Masterarbeit

DAS PFLEGEORGANISATIONSKONZEPT PRIMARY NURSING

EVALUIERUNG DES UMSETZUNGSGRADES PRIMARY NURSING AM BEISPIEL DER AKUTGERIATRISCHEN STATIONEN DER ALBERT SCHWEITZER KLINIK IN GRAZ

eingereicht von

Marie-Christin STAMPFER

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

FH-Prof.Mag.Dr. Gerhard Pöttler, MBA

und

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

Graz, 12.10.2015

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 12. Oktober 2015 *Marie-Christin Stampfer eh.*

„Ich bin überzeugt, dass sich das Chaos, das wir in der Gesundheitsversorgung erleben, erledigen wird, wenn wir uns wirklich wieder auf den Patienten beziehen.“

Marie Manthey (*1939)
Krankenschwester und Associate Director of Nursing

Meinen Eltern, Dietmar und Gerti

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet

DANKSAGUNG

An erster Stelle bedanke ich mich herzlich bei meinem Betreuer Herrn FH-Prof. Mag. Dr. Gerhard Pöttler, MBA, der mir dieses Thema überlassen und mich vor und während des Verfassens dieser Masterarbeit hervorragend unterstützt hat. Bei Fragen stand er mir stets mit Rat und Tat zur Seite.
Des Weiteren möchte ich meiner Zweitbetreuerin Frau Univ.-Prof.in Dr.in rer.cur.Christa Lohrmann danken. Besonders hilfreich im Rahmen des Empirischen Teils der Arbeit war die freundliche Unterstützung von Frau Andrea Sallegger, BSc MSc.

Ein ganz besonderer Dank gebührt meinen Eltern Dietmar und Gerti, die mich während meines gesamten Studiums in jeglicher Art und Weise unterstützt haben. Nicht nur finanziell, sondern auch persönlich standen sie mir immer helfend zur Seite. Sie lehrten mich auf vorbildliche Art und Weise, die wirklich wichtigen Werte im Leben zu erkennen und zu begreifen. Dafür bin ich ihnen von ganzem Herzen dankbar.

Weiters möchte ich mich bei meinen lieben Geschwistern Christoph und Miriam für ihre Unterstützung und Nähe, trotz örtlicher Distanz, herzlich bedanken.

Bei meinem Freund Daniel, der mir stets ein treuer Wegbegleiter und eine wichtige Stütze ist, bedanke ich mich besonders für seine langjährige Liebe und Ermutigungen.

VORWORT

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit dem Thema Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing und dessen Umsetzungsgrad auf akutgeriatrischen Stationen der Albert Schweitzer Klinik in Graz. Dabei wird zu Beginn auf das Pflegeorganisationskonzept mit seinen Merkmalen genauer eingegangen. Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist, dem Lesenden einen Überblick über Primary Nursing zu geben und darüber hinaus mit Hilfe eines Praxisprojektes den Umsetzungsgrad von Primary Nursing zu veranschaulichen und dabei Stärken und Schwächen aufzuzeigen. Beginnend mit den Grundlagen von Primary Nursing, wie Definitionen, die geschichtliche Entwicklung, Kernelemente, Ziele und Aufbau- und Ablaufstrukturen über Vor- und Nachteile für PatientInnen und das Pflegepersonal soll außerdem die Evaluierung des Umsetzungsgrades von Primary Nursing anhand eines Praxisprojektes – eine Querschnittstudie mittels schriftlichen Fragebögen, Interviews und einer Dokumentenanalyse - wiedergegeben werden. In diesem empirischen Teil werden Design, Setting, Stichprobenauswahl, Intervention, Instrumente, ethische Aspekte sowie Datenerhebung und Datenauswertung dargestellt. Die Organisation der Pflege unterlief in den letzten Jahrzehnten einem starken Wandel. Die Wissenschaft der Pflege ist ständigen Entwicklungen unterworfen, mit dem Ziel, die PatientInnen wieder in den Mittelpunkt zu stellen und eine qualitativ hochwertige Pflege zu praktizieren. Primary Nursing wird als ein passendes Organisationssystem beschrieben, um dieses Ziel zu erreichen und den Erwartungen und Bedürfnissen der PatientInnen gerecht zu werden.

Im Zuge dieser Masterarbeit soll evaluiert werden, ob Primary Nursing auf den akutgeriatrischen Stationen erfolgreich implementiert wurde und folglich in welchem Ausmaß praktiziert wird.

Diese Masterarbeit ist im ersten Teil als Literaturanalyse und im zweiten Teil im Rahmen des Praxisprojektes als Querschnittstudie zu verstehen. Es soll den aktuellen Stand der Pflegepraxis nach der Implementierung von Primary Nursing aufzeigen und die Ergebnisse analysieren.

KURZFASSUNG

TITEL

Das Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing – Evaluierung des Umsetzungsgrades Primary Nursing am Beispiel der akutgeriatrischen Stationen der Albert Schweitzer Klinik in Graz.

EINFÜHRUNG

Primary Nursing, auch Bezugspflege genannt, wurde im Jahr 1969 von Marie Manthey entwickelt. Es beruht auf den vier Kernelementen Verantwortung, Kontinuität der Pflege, direkte Kommunikation und dass der Pflegeplanende gleichzeitig auch Pflege-durchführender ist. Im Rahmen dieses Pflegeorganisationskonzeptes ist eine Pflegeperson, die Primary Nurse, dauerhaft für die Pflege eines/einer Patienten/Patientin – von der Aufnahme bis zur Entlassung – verantwortlich. Bei Abwesenheit der Primary Nurse übernimmt eine zugeordnete Pflegekraft, die Associate Nurse, die von der Primary Nurse vorab geplanten Pflegetätigkeiten. Primary Nursing ermöglicht in der Pflegepraxis eine hohe Kontinuität der Pflege, Autonomie, eine klar geregelte Verantwortung, vertrauensschaffende Kommunikationsmuster und somit nicht nur eine Steigerung der Pflegequalität, sondern auch eine Verbesserung der Pflegeperson-PatientInnen-Beziehung.

ZIEL

Ziel dieser Masterarbeit ist es, den Begriff Primary Nursing näher zu erläutern und im Rahmen des Forschungsprojektes den Umsetzungsgrad von Primary Nursing auf den akutgeriatrischen Stationen der Albert Schweitzer Klinik in Graz zu evaluieren. Darüber hinaus sollen auftretende Barrieren durch Verbesserungsmaßnahmen überwunden werden.

METHODEN

Diese Masterarbeit ist im ersten Teil als eine Literaturrecherche zu sehen und bezieht die Inhalte aus der systematischen und themenrelevanten Suche, sowohl aus der medizinischen Meta-Datenbank „PubMed“ und aus Fachzeitschriften als auch aus Fachlexika und aktuellen Lehrbüchern aus dem deutsch- und englischsprachigen Raum. Für das Praxisprojekt wird im zweiten Teil eine Querschnittstudie als Forschungsdesign gewählt. Die Daten werden mittels standardisierten Fragebögen, standardisierten persönlichen Interviews und einer Dokumentenanalyse zu einem Zeitpunkt erhoben (n=86) und anschließend mit dem Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP©) ausgewertet.

ERGEBNISSE

Nach der Implementierung von Primary Nursing auf den akutgeriatrischen Stationen der Albert Schweitzer Klinik konnte durchschnittlich ein Umsetzungsgrad von 75% erreicht werden. Daher kann von Primary Nursing gesprochen werden. Die Gesamtprofilauswertung auf den Stationen AGO B (80%) und AGO D (76%) ergaben einen Wert von > 75%. Hier wird nach dem Konzept des Primary Nursing gearbeitet. Die Stationen AGO A (69%) und AGO C (73%) erreichten einen Wert < 75% und sind somit der Bereichspflege zuzuordnen. Barrieren in der Umsetzung von Bezugspflege treten durch Mangel an Kenntnis über Bezugspflege, Krankenstände, Aus- und Fortbildungen, Teilzeitbeschäftigung, fehlendes Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie eine lange Aufenthaltsdauer der PatientInnen auf. Die Einführung einer Personalrotation, eine langfristigen Dienstplangestaltung, eines Fortbildungsplanes, sowie regelmäßige Reflexionsgespräche im Team können diese Barrieren reduzieren.

SCHLUSSFOLGERUNG

Primary Nursing stellt eine adäquate Möglichkeit dar, die Pflege auf akutgeriatrischen Stationen so zu organisieren, dass für die PatientInnen eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Ergebnisse zeigen, dass eine transparente und personelle Kommunikation sowie eine personelle Kontinuität in der Verantwortung durch die Bezugspflege gestärkt werden. Die Herausforderung bei diesem Pflegeorganisationskonzept ist es, sich so an die bestehenden komplexen Krankenhausstrukturen und Barrieren anzupassen, dass die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Pflegepersonen sowie die Compliance der PatientInnen voll ausgeschöpft werden und eine Verschwendung von Ressourcen auf ein Minimum reduziert wird. Ein wirksames Zeitmanagement, Flexibilität, eine offene Fehlerkultur und die Interaktionsfähigkeit des gesamten Pflegeteams sind fundamentale Einflussfaktoren eines hohen Umsetzungsgrades von Primary Nursing.

SCHLÜSSELWÖRTER

Primary Nursing; Bezugspflege; Primärpflege; Pflegeorganisationssystem; Patientenorientierung

ABSTRACT

TITEL

Primary Nursing – an evaluation of its effect in a geriatric unit at the Albert Schweitzer hospital in Graz

INTRODUCTION

Primary Nursing, originated in 1969 by Marie Manthey, is a system of nursing care delivery, which emphasizes responsibility, continuity of care, direct communication and that the care planner is also the care giver. Within this nursing care system, the Primary Nurse is responsible for the patient throughout his stay in the unit. In case of absence of the Primary Nurse an assigned caregiver, called Associate Nurse, provides complete care, which is planned by the Primary Nurse in advance. Primary Nursing enables a high level of continuity of care, autonomy, clearly regulated responsibility, trustfully communication, an increased quality of care and an improvement of the therapeutic relationship between patient and caregiver.

AIM

This master thesis aims to define the term Primary Nursing and to evaluate the effect of Primary Nursing in a geriatric unit at the Albert Schweitzer hospital. Furthermore, improvement measures should help in overcoming existing barriers.

METHODS

This master thesis is a detailed and systematic literature research and includes information from the medical database “PubMed” and from professional journals as well as from specialized literature and encyclopedias in German and English language. A cross-sectional study was chosen for the research project. Members of the professional team in the geriatric ward at the Albert Schweitzer hospital were examined randomly. Data were collected through questionnaires, standardized personal interviews and a document analysis at one point of time (n=86). Afterwards, the data were analyzed with an instrument to assess nursing care delivery systems called IzEP© (Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen).

RESULTS

Results showed an average degree of implementation of 75%. Therefore, the care in the geriatric unit can be called a Primary Nursing care delivery system. Results of the wards AGO B (80%) and AGO D (76%) reached a value of > 75% and belong to Primary Nursing. AGO A (69%) and AGO C (73%), which are < 75%, perform Team Nursing. Lacking knowledge regarding Primary Nursing, sick leave rates, education and training, part-time employment, the absence of admission and discharge management and long-

term patients were identified as barriers to successfully maintaining Primary Nursing in practice. The implementation of staff rotation, a long-term strategy regarding shift planning and individual training plans as well as regular team meetings could reduce those barriers and enable staff in Primary Nursing roles to seek and receive support in working therapeutically with patients.

CONCLUSION

Primary Nursing is a form of organizing care delivery that promotes professional practice. Findings show an increase in personal communication and personal continuity in responsibility when practicing Primary Nursing. The challenge is to consider complex hospital organizations and adapt Primary Nursing accordingly, in order to make full use of the abilities and skills of caregivers and to reach high compliance of patients. An efficient time management, flexibility, dealing with mistakes in a constructive way and the ability to interact with each other are required from the nursing staff to achieve high effects of primary nursing.

KEYWORDS

Primary Nursing; Primary Care; care delivery system; patient-centered care; patient-oriented care

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AGO	Aktiv Gesund Organisiert
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DRG's	Diagnostic Related Groups
dzt.	derzeit
evtl.	eventuell
ggf.	gegebenenfalls
GGZ	Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz
IzEP	Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen
PDL	Pflegedienstleitung
PN	Primary Nurse
SL	Stationsleitung
z.B.	zum Beispiel
>	größer
<	kleiner
≥	größer-gleich
≤	kleiner-gleich
+	plus

ABBILDUNGS- und TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Vor- und Nachteile von Primary Nursing [10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 37]..... 22

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien der Befragen [40]..... 28

Tabelle 3: Das IzEP Modell – modifiziert und adaptiert nach Abderhalden et.al (2010) [40]. 31

Tabelle 4: Darstellung der Rücklaufquote..... 33

Abbildung 1: von der Funktionspflege zur ganzheitlichen Pflege adaptiert und modifiziert nach Büssing (1997) [37] 5

Abbildung 2: Modell der Teamorganisation mit Primary Nursing modifiziert und adaptiert nach Bücker [10]..... 21

Abbildung 3: Phasen der Evaluierung des Umsetzungsgrades Primary Nursing 29

Abbildung 4: Gesamtprofilauswertung AGO A [40]..... 35

Abbildung 5: Stationsprofil AGO A der fünf Merkmale in je zwei Ausprägungen [40]..... 36

Abbildung 6: Pflegebezogene Outcomes AGO A [40].. 37

Abbildung 7: Gesamtprofilauswertung AGO B [40]..... 38

Abbildung 8: Stationsprofil AGO B der fünf Merkmale in je zwei Ausprägungen [40]..... 39

Abbildung 9: Pflegebezogene Outcomes AGO B [40] 40

Abbildung 10: Gesamtprofilauswertung AGO C 41

Abbildung 11: Stationsprofil AGO C der fünf Merkmale in je zwei Ausprägungen [40].. 42

Abbildung 12: Pflegebezogene Outcomes AGO C [40].. 43

Abbildung 13: Gesamtprofilauswertung AGO D [40].. 44

Abbildung 14: Stationsprofil AGO D der fünf Merkmale in je zwei Ausprägungen [40] 45

Abbildung 15: Pflegebezogene Outcomes AGO D [40].. 46

Abbildung 16: Auswertung der Ergebnisse zu Frage 5 IzEP – Pat – Patienten.. 47

Abbildung 17: Auswertung der Ergebnisse zu Frage 6 IzEP – An – Fragebogen Angehörige.. 48

Abbildung 18: Auswertung der Ergebnisse zu Frage 18 IzEP – Pfle – Fragebogen Pflegende 50

INHALTSVERZEICHNIS

Eidesstattliche Erklärung ..... **I**
Zitat ..... **II**
Widmung ..... **III**
Danksagung ..... **IV**
Vorwort ..... **V**
Kurzfassung ..... **VI**
Abstract ..... **VIII**
Abkürzungsverzeichnis ..... **X**
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis ..... **XI**

1 EINLEITUNG **1**
1.1 Problemstellung **2**
1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage **2**
1.3 Methode und Aufbau **3**

2 GRUNDLAGEN VON PRIMARY NURSING **4**
2.1 Definitionen **4**
2.1.1 Pflegeorganisationskonzept 4
2.1.2 Funktionspflege 5
2.1.3 Bereichspflege 6
2.1.4 Bezugspflege / Primary Nursing 7
2.2 Geschichtliche Entwicklung **9**
2.3 Kernelemente von Primary Nursing **11**
2.3.1 Verantwortung 11
2.3.2 Kontinuität der Pflege 13
2.3.3 Direkte Kommunikation 14
2.3.4 Pflegeplanender ist Pflegedurchführender 15
2.4 Ziele von Primary Nursing **16**
2.4.1 patientenbezogene Ziele 16
2.4.2 personalbezogene Ziele 16
2.4.3 organisationsbezogene Ziele 17
2.5 Aufbau- und Ablaufstrukturen **17**
2.5.1 Rolle und Aufgabe der Pflegedienstleitung 18
2.5.2 Rolle und Aufgabe der Stationsleitung 18
2.5.3 Die Primärpflegeperson (Primary Nurse) 19
2.5.4 Die Sekundärpflegekraft(Associated Nurse) 21
2.6 Vor- und Nachteile für PatientInnen und Personal **22**
2.6.1 Auswirkungen auf das Personal 24
2.6.2 Auswirkungen auf die PatientInnen 25

3 EMPIRISCHER TEIL **27**
3.1 Design **27**
3.2 Setting **27**
3.3 Stichprobenauswahl und Stichprobe **28**
3.4 Intervention **29**
3.5 Instrumente **29**
3.6 Ethische Aspekte **32**
3.7 Datenerhebung **32**
3.8 Datenauswertung **33**

4 ERGEBNISSE 34
4.1 Darstellung der Stichprobe 34
4.2 Ergebnisse der IzEP-Soft Auswertung 35
4.3 Umsetzungsgrad des Pflegeorganisationssystems 51

5 DISKUSSION DER ERGEBNISSE 52
5.1 Einflussfaktoren 52
5.2 Stärken und Limitationen des Praxisprojektes 53
5.3 Barrieren in der Umsetzung 54
5.4 Implikationen für die Pflegepraxis 56

6 SCHLUSSBETRACHTUNG UND AUSBLICK 59

7 LITERATURVERZEICHNIS 62

8 ANHANG 65
8.1 IzEP© – Pat – Fragebogen Patienten 65
8.2 IzEP© – An – Fragebogen Angehörige 70
8.3 IzEP© – Pfle – Fragebogen Pflegende 72

1 EINLEITUNG

Die Gestaltung der Krankenhausversorgung wird mit der Einführung von Diagnostic Related Groups (DRGs), ein einheitliches, leistungsorientiertes sowie pauschalierendes Vergütungssystem für voll- und teilstationäre Leistungen im Krankenhauswesen [2, 5], und durch bürokratische Krankenhausstrukturen vor die Herausforderung gestellt, sich intensiver mit der Krankenhausversorgung und seinen ablaufenden Prozessen zu beschäftigen. In Anbetracht dessen, spielt die Organisation der Versorgung der PatientInnen eine zentrale Rolle. Innerhalb des Pflegeorganisationssystems Primary Nursing, auch bekannt als Primärpflege, welches im Jahr 1969 von Marie Manthey in den USA entwickelt wurde, steht der/die PatientIn im Zentrum. [1] Darin wird die eigentliche, vermehrt verloren gegangene Mitte der Praxis, eine Pflegeperson-PatientIn-Beziehung, wieder hervorgehoben. Diese Beziehung spielt im heutigen komplexen Gesundheitssystem eine immer größer werdende Rolle. Pflegende, welche die größte Gruppe von Leistungserbringern im Gesundheitswesen darstellen, stehen über einen langen Zeitraum in Beziehung mit den PatientInnen und nehmen somit eine einzigartige Position ein, das Gesundheitssystem beziehungsorientiert zu gestalten. [36] Das Praxismodell Primary Nursing verhilft zu einer patientenorientierten, interdisziplinären Pflegeplanung, welche wiederum die Patientenergebnisse verbessert und die Zufriedenheit auf Seiten der PatientInnen, deren Angehörigen und des Pflegepersonals steigert. Primary Nursing ist eine dauerhafte Verantwortung für die Pflege eines/einer Patienten/Patientin von der Aufnahme bis zur Entlassung. Bei Abwesenheit der Primary Nurse (PN) wird die physische Versorgung des/der Patienten/Patientin der vertretenden Pflegekraft übergeben. Marie Manthey zufolge ist eine qualitativ hochwertige Pflege eine Pflege, die sich individuell an den/der Patienten/Patientin richtet und menschlich, kompetent, umfassend und kontinuierlich erfolgt. Primary Nursing ist hierbei nicht der einzige Weg, aber ein Weg, um die Qualität der Pflege trotz unablässiger Bedrohung systembedingter Veränderungen zu erreichen.

> *Primary Nursing ist keine eigentlich neue Idee. Es ist der logische Versuch, die kranken Menschen so zu pflegen, wie wir gerne gepflegt werden würden, wenn wir krank wären.* (Marie Manthey) [1]

1.1 Problemstellung

Das Krankenhaus ist mit all seinen Abläufen, Abteilungen und Strukturen ein komplexes System. Durch ökonomische Rahmenbedingungen wird die Pflege vermehrt vor eine große Herausforderung gestellt. Es wird immer schwieriger, die Pflege nach den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen auszurichten. Umso wichtiger ist es, PatientInnen in den Mittelpunkt der Arbeitsprozesse zu stellen. Ziel von Primary Nursing ist es, dem Patienten/der Patientin während seines/ihres gesamten Aufenthaltes eine umfassende Betreuung und Begleitung einer Bezugsperson zu gewährleisten. Im Gegensatz zur Funktionspflege, welche sich durch eine tätigkeitsorientierte Pflege kennzeichnet, stellt die Bezugspflege eine patientenorientierte Pflege dar. Kommunikationsdefizite, Informationsverlust und fehlende Kontinuität der Patientenversorgung können durch die Primäre Pflege vermindert werden. Dies führt zur Steigerung der PatientInnen- und Angehörigenzufriedenheit, der Zufriedenheit des Pflegepersonals sowie zur Verbesserung der Pflegequalität.
Im Jahr 2008 wurde in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ) in Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz ein Pilotprojekt zur Implementierung von Primary Nursing gestartet. 2012 wurde das Projekt erneut aufgegriffen.

1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen

Ziel dieser Masterarbeit ist es, das Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing näher zu beleuchten und die Wichtigkeit einer Implementierung in die Pflegepraxis zu betonen. Des Weiteren zielt die Arbeit darauf ab, den Umsetzungsgrad von Primary Nursing auf den akutgeriatrischen Stationen mit Hilfe eines Praxisprojektes zu evaluieren. Im Rahmen dieser Arbeit komme ich zur Beantwortung folgender Forschungsfragen:

- Wie hoch ist der Umsetzungsgrad von Primary Nursing seit der Implementierung auf den akutgeriatrischen Stationen?
- Wo liegen Barrieren und Hindernisse bei der Umsetzung und wie können diese überwunden werden?

1.3 Methode und Aufbau

Die Methode der Masterarbeit basiert im ersten Teil auf einer Literaturrecherche, mit welcher verschiedene Informationen zum gegenständlichen Thema gesammelt wurden. Relevante Literatur wurde an der Bibliothek der Medizinischen Universität Graz entlehnt. Auch im Internet konnten lehrreiche Seiten zum Inhalt des Themas gefunden werden. Weitere hilfreiche Informationen in Bezug auf die Fragestellung wurden über die Online-Datenbank der Medizinischen Universität Graz bereitgestellt. Zunächst wird im ersten Teil das Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing erläutert. Im Anschluss erfolgt der empirische Teil - das Praxisprojekt als quantitative Querschnittstudie. Darin wird die Vorgehensweise der Evaluierung des Umsetzungsgrades von Primary Nursing vorgestellt und anschließend die Ergebnisse exakt dargestellt und interpretiert. Zuletzt werden Implikationen für die Pflegepraxis gegeben und das Projekt hinsichtlich Stärken und Schwächen kritisch betrachtet.

2 GRUNDLAGEN VON PRIMARY NURSING

2.1 Definitionen

In der Pflegeorganisation wird mit unterschiedlichen Begriffen gearbeitet. Einige wichtige Begriffe werden nachstehend definiert und erklärt.

2.1.1 Pflegeorganisationskonzept

Nach Bernhard/Walsh 1995 wird in den USA die Organisation des Erbringens von pflegerischen Dienstleistungen als „nursing care delivery system“ oder kurz „nursing system“ (Pflegesystem) bezeichnet. Sullivan und Decker (2001) zufolge dient ein Pflegesystem dazu, eine Struktur vorzugeben, die einer Pflegeperson ermöglicht, eine definierte Gruppe von PatientInnen zu pflegen. Zur Pflege gehören die Einschätzung des Pflegebedarfs, das Erstellen und Umsetzen des Pflegeplans und die Evaluierung der pflegerischen Intervention. Die Definition einer Arbeitsorganisation lautet nach Thomas Elkeles (1985), die Art und Weise, wie die Aufteilung der Arbeit sowie die Verteilung der zur Verfügung stehenden Personen auf einer Station erfolgt. Arbeitsteilung und Arbeitszuweisung werden in dieser Definition betont. Die Pflegeorganisation ist wesentlicher Bestandteil der professionellen Pflege und dient zur Unterstützung, erwünschte Patientenergebnisse erzielen zu können. [2,4] Eine weitere Bezeichnung arbeitsorganisatorischer Regelmuster lautet “Pflegesystem“ oder “Pflegemodell“. Reinhart (2002) differenziert zwischen einem Pflegesystem, welches tätigkeitsorientiert oder personenorientiert ist. Die Ablauforganisation umfasst betriebliche Handlungen und Abläufe. Pflegerische Abläufe werden durch die Ablauforganisation gestaltet und durchgeführt. Büssing (1997) und Büssing und Glaser (1996) unterscheiden zwei Dimensionen bezüglich der Arbeitsorganisationsformen im pflegerischen Bereich – dem “Pflegeprinzip“ und der “Pflegeorganisationsform“. Das Pflegeprinzip bezieht sich auf die inhaltliche Orientierung der Pflege, während die Pflegeorganisationsform die organisatorische Zuständigkeit regelt. [2,3] Je nach Organisationsgrad kann ein Pflegeorganisationskonzept ein hohes oder niedriges Maß an Umsetzung erreichen. Dies ist abhängig von ihrer Durchführung auf den jeweiligen Stationen. [37] Abbildung 1 veranschaulicht die unterschiedliche Ausprägung an Patienten-

zentriertheit und der jeweiligen Pflegeorganisationsform. Es lassen sich verschiedene Pflegesysteme unterscheiden. Drei dieser Pflegesysteme werden nachfolgend näher beschrieben.

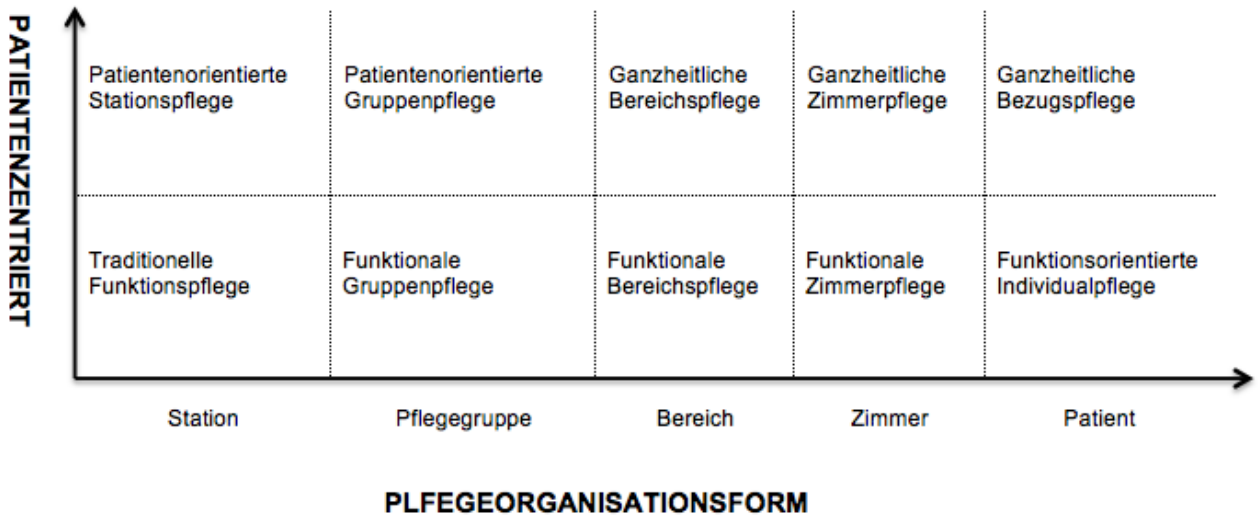

Abbildung 1: von der Funktionspflege zur ganzheitlichen Pflege adaptiert und modifiziert nach Büssing (1997) [37]

2.1.2 Funktionspflege

Die Funktionspflege (funktionelle Pflege) wird auch als Stationspflege bezeichnet. Kennzeichnend für diese Art der Pflege ist die zweckmäßige Gliederung der Arbeit in Funktionen oder einzelne Tätigkeiten, die von den Pflegepersonen je nach Qualifikation bei allen PatientInnen ausgeführt wird. So lassen sich komplexe Arbeiten von einfachen unterscheiden. Wenig qualifiziertes Personal führt einfache Arbeiten aus, wie beispielsweise Messung des Pulses, Blutdruckes und der Köpertemperatur sowie die Essensverteilung. Eine Pflegefachkraft hingegen ist für anspruchsvollere Tätigkeiten zuständig, wie beispielsweise die Versorgung der Wundverbände der PatientInnen. Die Rolle der Stationsleitung ist in der Funktionspflege klar vorgegeben. Sie plant und koordiniert die Pflege aller PatientInnen und delegiert die Durchführung einzelner Aufgaben an das Pflegepersonal. Die Gesamtverantwortung für die Pflege obliegt der Stationsleitung. Der Kontakt und die Kommunikation zwischen PatientIn und Stationsleitung sind beschränkt. Sie findet lediglich innerhalb der Statushierarchie

statt. Dies mindert den Gesamteindruck des/der Patienten/der Patientin, sowie die fachliche Einschätzung der Fähigkeiten des/der Patienten/Patientin. PatientInnen kommen mit dem Pflegepersonal häufig in Kontakt, besitzen jedoch keinen konstanten Ansprechpartner. Der Gesamteindruck des/der einzelnen Patienten/ Patientin ist auch bei den Pflegenden mangelhaft, da sich die Pflege nur auf einzelne Tätigkeiten beschränkt. Dies kann ein niedriges Verantwortungsbewusstsein gegenüber den PatientInnen oder eine Überforderung bei der Erstellung der Pflegeplanung zur Folge haben. Andererseits führt dies bei Pflegefachkräften, die über spezifische Fähigkeiten verfügen, zur Unterforderung. [5,37] Da die Funktionspflege rein tätigkeitsorientiert ist, steht die Erfüllung der Bedürfnisse der PatientInnen nicht im Mittelpunkt. Der Informationsfluss gestaltet sich auf lineare Art. Wünsche oder Bedürfnisse des/der Patienten/Patientin werden als störende Unterbrechung der Arbeitsschritte angesehen. [10,37] Die Funktionspflege verfügt über ein hohes Maß an Fragmentierung und Diskontinuität. PatientInnen treten in eine passive Haltung und sind somit nicht in der Lage, an der eigenen Pflege mitzuwirken. [37]

2.1.3 Bereichspflege

Die Einteilung einer Station in mehrere Bereiche wird als Bereichspflege (Gruppen- oder Zimmerpflege) bezeichnet. Die Gruppen gliedern sich meist in 2-4 Zimmer mit ungefähr 4-12 PatientInnen. Die Pflegeplanung und alle Pflegehandlungen innerhalb eines bestimmten Bereiches werden von einer Pflegefachkraft durchgeführt. Die Dauer der Zuteilung einer Pflegekraft zu einem/einer Patienten/Patientin kann sich täglich ändern. Der Fokus in der Bereichspflege liegt auf dem Gesamten, eine Aufteilung der Maßnahmen wird vermieden. Die Orientierung erfolgt an den PatientInnen, die Arbeitsschritte können aber auch tätigkeitsorientiert sein. Der/Die PatientIn kann auf eine feste Ansprechperson pro Schicht zurückgreifen. Durch diese Arbeitsorganisation steigen das Verantwortungsgefühl und die Zufriedenheit des Pflegepersonals. Im Gegensatz zur Funktionspflege fühlt sich die Pflegeperson für alle Tätigkeiten am/an der Patienten/Patientin, von der Erhebung der Pflegeanamnese über die Pflegeplanung bis zur Durchführung der Pflegemaßnahmen, verantwortlich. Diese Organisation der Pflege ermöglicht dem Pflegepersonal ein weitgehend un-

abhängiges Arbeiten. Die Gruppenleitung setzt ihre MitarbeiterInnen nach deren Qualifikationen und je nach Pflegebedarf der PatientInnen ein. Die Arbeit wird während einer Schicht eigenverantwortlich eingeteilt und durchgeführt. Der/Die Patient/Patientin kann durch die erhöhte Kontinuität ein Vertrauensverhältnis zur Pflegefachkraft aufbauen. Mit Ende der Schicht endet aber auch die Verantwortung, und eine kontinuierliche Pflege kann nicht mehr in vollem Umfang gewährleistet werden. Ein direktes Kommunikationsmuster ist innerhalb der Gruppenpflege nicht gegeben. Alle Zustandsveränderungen des/der Patienten/Patientin werden an die Gruppenleitung weitergeleitet, welche die nächsten adäquaten Behandlungsschritte einleitet. Ist die Gruppenleitung nicht im Stande Entscheidungen zu treffen, so wird dies der Stationsleitung übertragen. Somit hat die Stationsleitung oder die Gruppenleitung die Gesamtkontrolle und Autorität der Pflege inne. [5,37]

2.1.4 Bezugspflege / Primary Nursing

Der Begriff Primary Nursing entstand in den USA wird auch synonym als Primäre Pflege oder Bezugspflege bezeichnet. In Deutschland entstanden Bezeichnungen wie Beziehungspflege, Bezugssystempflege, Bezugsystem oder Bezugspersonenarbeit. [29] Der Begriff Primary Nursing wird definiert als:

> *„Die Primäre Pflege ist ein wertorientiertes System der pflegerischen Versorgung (Pflegesystem). Es zielt auf die Pflegeperson-Patient-Beziehung und auf die für eine sichere Praxis entscheidenden Komponenten Kommunikation und Kontinuität.“* [1]

> *„Primary Nursing ist ein System pflegerischer Versorgung in einer stationären Einrichtung“* [1]

> *„Primary Nursing ist ein fallbezogenes, patienten- und prozessorientiertes Erkennen, Planen und Durchführen von Pflege. Die Primary Nurse ist das zentrale Element im Behandlungsprozess.“* [10]

> *„Es ist der logische Versuch, die kranken Menschen so zu pflegen, wie wir gerne gepflegt werden würden, wenn wir krank wären.“* [1]

„Unter „Primary Nursing“ wird ein Pflegeorganisationssystem verstanden, nach welchem jeder Patient einer namentlich bezeichneten, fachlich ausgebildeten Pflegeperson (Bezugspflegekraft) zugeordnet wird.“ [25,30]

Primary Nursing hat in vielen englischsprachigen Ländern (USA, Australien, Kanada, England) und Belgien, Mitte 1990 in Polen und besonders in Skandinavien Verbreitung gefunden. [6,7,13,20] In dieser Arbeitsorganisation wird jedem/jeder Patienten/Patientin eine Pflegefachkraft, die Primary Nurse, fix zugeordnet. Die Verantwortung der Pflege und Versorgung erstreckt sich von der Aufnahme bis zur Entlassung des/der Patienten/Patientin, 24 Stunden am Tag. Bei Abwesenheit der Primary Nurse werden die Tätigkeiten einer zugeordneten Pflegekraft (Associate Nurse) aufgetragen, welche aber die Pflegetätigkeiten nach dem von der Primary Nurse entwickelten Pflegeplan ausführt. Durch Primary Nursing wird eine hohe Kontinuität der Pflege erzielt, da die Verantwortung für die Pflege des/der Patienten/Patientin beim Schichtwechsel nicht endet. Somit wird die Wirkung der Pflegemaßnahmen erhöht und deren Beurteilung erleichtert. Die Primary Nurse verfügt über eine umfassende Autonomie und einen definierten Verantwortungsbereich. Sie entscheidet über die Planung und Durchführung der Pflege. Dadurch steigt die Kommunikation und das Vertrauen gegenüber der Pflegefachkraft, da den PatientInnen sowie deren Angehörigen und anderen an der Versorgung des/der Patienten/Patientin Beteiligten während des gesamten Aufenthaltes eine Ansprechperson zur Verfügung gestellt wird. [1,17,18,23] Positive Effekte auf die Kommunikation zeigen Studien wie Metcalfe(1983), MacGuire & Botting (1990) und Boekholdt (1981). Nach der Einführung eines patientenorientierten Pflegesystems nehmen sich Pflegepersonen mehr Zeit für die Kommunikation zum/zur Patienten/Patientin und fühlen sich besser über den/die Patienten/Patientin und dessen/deren Angehörigen informiert. Auch die Kommunikation innerhalb des interdisziplinären Teams profitiert durch solch ein Pflegesystem. Auch einer nonverbalen Kommunikation, vor allem in der Altenpflege, wird große Bedeutung zugebilligt. Dabei wird besonders Augenkontakt, Nicken, Lächeln, Körperhaltung und Berührung hervorgehoben. [19] Boumans (1996) bestätigt in einer quasiexperimentellen Studie eine gesteigerte Autonomie und Kommunikation, besonders zwischen dem Pflege- und ärztlichem Personal sowie zwischen Pflegepersonen und der Stationsleitung. Studien von Thomas (1992) und Alock et al. (1993) zeigen auf, dass das

Pflegepersonal durch Primary Nursing ein erhöhtes Mitwirken in ihrem Job erleben. Primary Nursing gilt derzeit als das modernste und erstrebenswerteste Pflegesystem. Es wird als ein adäquates pflegerisches Versorgungssystem betrachtet, in dem eine professionelle Pflege möglich ist, trotz vorherrschender bürokratischer Krankenhausstrukturen, wo der Fokus primär auf den/die Patienten/Patientin, wahrgenommen als eine Person, ausgerichtet wird. [1,5,13,15,18] Projekte in österreichischen Kliniken zeigen positive Auswirkungen auf die Effektivität von Pflege und auf die Zufriedenheit seitens der PatientInnen, deren Angehörigen und des Pflegepersonals. Primary Nursing - als praktizierte Arbeitsorganisation - findet besonders in der psychiatrischen Pflege große Verbreitung. [21,23,24,26,27,29,30,32] Da es jedoch ein sehr anspruchsvolles Pflegesystem darstellt, wird einer erfolgreichen Implementierung eine intensive Auseinandersetzung mit dem Pflegesystem vorausgesetzt. [6,7]

Dem Begriff Primary Nursing werden nachfolgende Kapitel gewidmet. Darin wird dieses Pflegeorganisationskonzept genauer beleuchtet.

2.2 Geschichtliche Entwicklung

In den 1930er Jahren waren examinierte Pflegekräfte privat angestellte Pflegekräfte und nicht Angestellte des Krankenhauses. Durch angebotene Gehälter und einer regelmäßigen Bezahlung wurden examinierte Pflegekräfte schließlich vom häuslichen Bereich in das Krankenhaus verlagert. Zu Beginn dieses Wechsels stand die individuelle Versorgung des Patienten im Mittelpunkt, die Pflegekräfte wussten um die gesamte benötigte Versorgung des/der Patienten/Patientin Bescheid. Doch war in dieser Zeit bereits der Beginn erster Regeln und Vorschriften einer bürokratischen Institution zu verzeichnen, unter welchen sich die Pflegekräfte beugten. Kriegsbedingt kam es 1940 zu einem erhöhten Bedarf an ausgebildetem Pflegepersonal. Aufgrund der von Knappheit geprägten Zeit wurden Ausbildungen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus angeboten. So entstand militärisches Pflegepersonal und im zivilen Leben wurden Krankenpflegehelferinnen (Licensed Practical Nurse) und Pflegehelferinnen (Nurses Aides) ausgebildet. Ende des zweiten Weltkrieges gestalteten sich die Krankenhäuser als immer größer und komplexer, welche aus dem enormen Aufschwung medizinischer und technischer Entwicklungen resultierten. In den 1950er Jahren wurde vermehrt nach einem System der Akutversorgung geforscht.

In dieser Zeit hat sich das Konzept der Gruppenpflege entwickelt. Im Rahmen dieser Pflegeorganisation wurde das Pflegepersonal für die Früh- und Spätschicht auf den Stationen verteilt, angeleitet von einer examinierten Pflegekraft. Die Krankenhausleitung sah in dieser Form der Pflege eine Senkung der Personalkosten, da die Möglichkeit bestand, billige Arbeitskräfte einzusetzen. Gleichzeitig wurden erste Beschwerden der examinierten Pflegekräfte laut, dass sich dadurch der unmittelbare Kontakt am Krankenbett des/der Patienten/Patientin vermindern würde. Mitte 1960 stieg die Unzufriedenheit seitens des Pflegepersonals, und die Pflegedienstleitung sah sich mit zwei gravierenden Problemen konfrontiert. Zum einen wurden die PatientInnen unpersönlich, diskontinuierlich und fragmentiert gepflegt und zum anderen stieg das Ausmaß an Entmutigung und Unzufriedenheit der Pflegekräfte an. Anstrengungen, den Begriff „Profession“ zu definieren, häufige Veränderungen der Curricula und Uneinigkeiten die Inhalte der Pflegeausbildung betreffend, prägten diese Zeit. Gegen Ende 1960 standen sich das Pflegepersonal und der/die PatientIn mit dem Problem gegenüber, dass weder der/die PatientIn wusste, welche Pflegeperson welche Aufgaben hat, noch die pflegenden Personen, wer ihre PatientInnen waren und mit welcher Diagnose sie im Krankenhaus verweilten. Die Einführung eines Stationsmanagements sollte das Motto „zufriedene Pflegekräfte gleich zufriedene PatientInnen“ stützen, welches aber am Pflegebudget scheiterte. Auch das Anheben des Anteils professioneller Pflegekräfte auf einer Station führte zu keiner grundsätzlichen Lösung des Problems. Es wurde mit diesen Lösungsansätzen zwar Zeit gewonnen, aber nicht mehr Zeit am Krankenbett verbracht. Alle Bemühungen beschränkten sich auf eine Verbesserung der Gruppenpflege. Es kam die Überzeugung auf, dass dadurch eine noch effektivere Gruppenpflege eine besser koordinierte und umfassendere Patientenversorgung resultieren würde. Im Fokus standen drei Hauptproblemfelder, die mit der aktuell eingeführten Gruppenpflege einhergingen: Fragmentierung der Pflege, komplexe Kommunikationsstrukturen und eine unklare Verantwortung samt fehlender Rechenschaftspflicht. Die Einführung einer verbesserten Gruppenpflege konnte zwar nicht erzielt werden, jedoch wurde eine alternative Organisation der Pflege aufgebaut – Primary Nursing. Die Struktur von Primary Nursing stellt die direkte Antwort auf die drei vorgenannten Hauptprobleme dar. Dabei wird die fragmentierte Pflege von der Fallmethode abgelöst. Anstelle komplexer Kommunikationsstrukturen treten einfache direkte Strukturen auf, und eine unklare

und unsichere Verantwortlichkeit wird durch eine deutlich sichtbare persönliche Verantwortung ersetzt. Manthey weist immer wieder darauf hin, dass Primary Nursing die Qualität der pflegerischen Versorgung nicht garantiert. [16] Die Pflege kann auch im System des Primary Nursing schlecht, unvollständig, unregelmäßig, standardisiert und routiniert sein. Es liefert jedoch die Möglichkeit einer hohen Qualität, da Primary Nursing als System den/die einzelne/n MitarbeiterIn unterstützt, das höchstmögliche Ausmaß seiner Leistungsfähigkeit auszuschöpfen. [1,37]

2.3 Kernelemente von Primary Nursing

Primary Nursing - als pflegerisches Versorgungssystem - besteht aus vier Kernelementen. Dieses Kapitel gibt eine Darstellung dieser Kernelemente und knüpft an die entsprechenden Rollenerwartungen an.

2.3.1 Verantwortung

Die Verantwortung ist das Kernstück des Pflegesystems. Sie bezieht sich insbesondere auf eine Planungs-, Entscheidungs-, Durchführungs- und Kontrollverantwortung für die Pflege des/der zugeteilten Patienten/Patientin. [26,35] Dadurch agiert die Pflegeperson nicht mehr ausschließlich als „ausführendes Organ“. [34] Die Primary Nurse ist eindeutig persönlich für den/die Patienten/Patientin und für alle Entscheidungen in Bezug auf die Pflege des/der Patienten/Patientin verantwortlich. Diese Verantwortung erstreckt sich kontinuierlich über die gesamte Dauer des Aufenthalts des/der Patienten/Patientin. Dieses erste Kernelement ist der wesentliche Unterschied zu anderen Pflegeorganisationssystemen. In der Funktionspflege trifft die Stationsleitung die Entscheidungen während in der Gruppenpflege die Entscheidung, auf das Team übertragen wird. Der Pflegeplan des/der Patienten/Patientin ergibt sich somit aus einer kollektiven Entscheidungsfindung. Die Primary Nurse hat sowohl die Planung der Pflege als auch die Ausführung der Pflege zur Aufgabe. Ein großer Vorteil besteht darin, dass die primäre Pflegekraft alleinige Entscheidungsfreiheit hat, alles in ihrem Ermessen Mögliche vorausgesetzt. Von großer Bedeutung ist, dass alle Beteiligten und Mitarbeitenden genau erkennen und wissen, welche Primary Nurse für welchen/welche Patienten/Patientin verantwortlich ist. Die

primäre Pflegekraft muss innerhalb deren Verantwortung drei wesentliche Aspekte berücksichtigen:

- Sie ist verantwortlich für sämtliche klinische Informationen über den/die Patienten/Patientin während ihrer Abwesenheit, um eine informierte pflegerische Betreuung bieten zu können. Sie unterscheidet, welche Informationen von Relevanz sind und welche nicht. Ob und welche Informationen von Bedeutung sind, wird individuell entschieden.
- Die Primary Nurse trägt Verantwortung über die Durchführung der Pflege und stellt sicher, dass ihre Kollegen und Kolleginnen relevante Informationen in Form von Pflegeanweisungen bekommen. Sie ist zudem für die Erstellung eines Pflegeplanes zuständig. Die Grundlage dafür liefern Informationen direkt vom/von der Patienten/Patientin, die Krankenakte, Arzt/Ärztin oder Angehörige des/der Patienten/Patientin. Die Qualität der pflegerischen Entscheidungen wird wesentlich erhöht, wenn die Pflegekraft den/die Patienten/Patientin und seine/ihre Angehörigen miteinbezieht. Aber nicht nur die Primary Nurse hat einen Einfluss auf die Qualität der Pflege, sondern auch das Vorhandensein einer hohen Compliance des/der Patienten/Patientin trägt beträchtlich zum Erfolg bei. Bei Abwesenheit der primären Pflegekraft müssen diejenigen, die für den/die Patienten/Patientin sorgen, den Pflegeplan der Primary Nurse befolgen. Kommt es zu einer Veränderung der gesundheitlichen Situation und des Befindens des/der Patienten/Patientin, können die Anweisungen der Primary Nurse abgeändert werden. [1] Diese große Verantwortung ist unmittelbar mit einer Rechenschaftspflicht verbunden. Die Darstellung und Begründung von Pflegeentscheidungen erfordern ein persönliches Engagement zur Fort- und Weiterbildung, um auf dem aktuellen Stand des Wissens zu bleiben. [35,36]
- Die primäre Pflege ist für die Planung der Entlassung verantwortlich. Kehrt der/die PatientIn nach dem Krankenhausaufenthalt wieder nach Hause zurück, muss eine sichere und effektive Versorgung des/der Patienten/Patientin gewährleistet sein. Eine vollständige und zuverlässige Informationsweitergabe ist auch im Falle einer Überweisung des/der Patienten/Patientin in eine andere Einrichtung wichtig. Die primäre Pflegekraft ist dabei für einen nahtlosen Übergang verantwortlich. Dies kann telefonisch, mittels eines ausgefüllten Überweisungsformulars oder

eines detaillierten Entlassungsbriefes erfolgen. Vereinzelt ist es notwendig, dass die Pflegekraft den/die Patienten/Patientin in die andere Einrichtung persönlich begleitet. [1]

2.3.2 Kontinuität der Pflege

Pflegerische Kontinuität beschreibt eine dauerhafte, zielgerichtete, systematische und geplante Pflege zugeordneter PatientInnen während des gesamten Aufenthaltes. Die Kontinuität bezieht sich auf folgende Bereiche: den Pflegeprozess, die Beziehungsgestaltung, die Personaleinsatzplanung und die institutionsübergreifende Organisation. [26,35] Manthey beschreibt das zweite Element auch als „die tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode“. Dabei wird die Pflegekraft einem/einer Patienten/Patientin so zugeteilt, dass diese alle pflegerischen Maßnahmen durchführen kann, unabhängig von der Qualifikation, die für diese Aufgaben notwendig ist, vorausgesetzt sie gehen nicht über den gesetzlich festgelegten Rahmen hinaus. Steht eine Pflegeperson vor Aufgaben, die der Stellenbeschreibung nicht entsprechen, so ist es ihre Aufgabe und Verantwortung, diese Tätigkeiten an jemanden mit der entsprechenden Qualifikation zu übertragen. Bei der Methode der Fallzuweisung handelt es sich um eine Patientenorientierung und ist nicht tätigkeitsorientiert. Somit können die vielen unterschiedlichen Pflegehandlungen beim ersten Betreten des Krankenzimmers durchgeführt werden. Diese Vorgehensweise schafft mehr Zeit, die dann für den/die Patienten/Patientin und seiner/ihrer individuellen Bedürfnisstillung aufgebracht werden kann. Um eine erfolgreiche Patienten-zuweisung sicherstellen zu können, müssen Kriterien wie der besondere Bedarf des/der jeweiligen Patienten/Patientin sowie die Fähigkeiten und spezifischen Stärken des verfügbaren Personals berücksichtigt werden. Durch die Anwendung der Fallmethode können die Fähigkeiten der Pflegepersonen auf den Bedarf der PatientInnen gezielt angeglichen werden. [1] Dass die praktische Umsetzung dieses Kernelementes nicht leicht ist, bestätigen Gray und Smedley (1998) in einer Studie. Sie untersuchten die durchschnittliche Anwesenheit einer Primary Nurse bei der Behandlung eines/einer Patienten/Patientin im Rahmen der Schichtarbeit. Die Evaluierung ergab durchschnittlich 3,19 Schichten, also 15% aller Schichten pro Woche. [33]

2.3.3 Direkte Kommunikation

Die Direkte Kommunikation ist die Bezeichnung des dritten Grundelementes. Es dient dazu, eine unmittelbare Kommunikation zwischen dem/der Patienten/ Patientin und den Personen aller Berufsgruppen, die an der Versorgung des/der Patienten/Patientin beteiligt sind, zu schaffen. [1,35] Dadurch soll die Datenübermittelung durch Dritte verhindert und eine direkte Kommunikation zwischen allen Beteiligten gefördert werden. Diesem Element wird eine besonders große Bedeutung, vor allem in der Altenpflege, beigemessen. Studien haben belegt, dass mangelnde Kommunikation die größte Ursache unzufriedener PatientInnen ist. [24] Die Primary Nurse nimmt eine Schlüsselfigur innerhalb dieses Elementes ein und ist für den Informationsfluss von bedeutenden Patientendaten an den verantwortlichen Kollegen/der Kollegin der nachfolgenden Schicht zuständig. [25,37] Eine Form der Übermittlung relevanter Informationen ist die Dienstübergabe. Optimal wäre es, wenn das gesamte interdisziplinäre Team bei der Übergabe anwesend ist. Fehlt der Primary Nurse interdisziplinäre, patientenbezogene Informationen, ist es ihre Pflicht, sich davon Kenntnis zu verschaffen und mit der entsprechenden Berufsgruppe in Kontakt zu treten. Durch dieses Kommunikationsmuster kann die primäre Pflegekraft den Informationsstand und den Wissensbedarf des/der Patienten/Patientin gut einschätzen. Durch den Einbezug des/der Patienten/Patientin bei den Entscheidungsfindungen können Schadensfälle aufgrund von Wissensdefiziten seitens der PatientInnen reduziert werden, indem die Primary Nurse alle anderen Berufsgruppen, insbesondere das ärztliche Personal, auf Informationsdefizite aufmerksam macht. Durch die Gestaltung eines vertrauensvollen Interaktionsprozesses kann die primäre Pflegekraft den/die Patienten/Patientin dahingehend unterstützen, indem sie den/die Patienten/Patientin auf problematische Verhaltens- und Beziehungsmuster aufmerksam macht und dieser/diese dann konstruktiv nach Lösungen sucht. Die Reflexionsfähigkeit der Pflegeperson nimmt dabei eine maßgebliche Rolle ein. [1,21]

2.3.4 Pflegeplanender ist Pflegedurchführender

Das vierte Kernelement beschreibt „die Übernahme der Verantwortung für die Qualität der für einen/eine Patienten/Patientin erbrachten Pflege durch eine Person, und zwar 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche.“ [1] Da die Primary Nurse über die Versorgung des/der Patienten/Patientin entscheidet (Pflegeplanung), ist die praktische Durchführung der Pflege ihre Aufgabe. Ein von Manthey beschriebenes Problem innerhalb dieses Kernelementes ist die Arbeitszuweisung an Pflegekräften mit unterschiedlichen Qualifikationen. Werden Fähigkeiten einer diplomierten Pflegekraft und eines Krankenpflegehelfers / einer Krankenpflegehelferin aufeinander abgestimmt, kann dies dem Problem entgegen-wirken. Standardisierte Pflege- und Behandlungsabläufe mit vorhersehbarem Pflegebedarf und Ergebnissen unterstützen die Krankenpflegehelfer in der individuellen Durchführung der Pflege. Im System des Primary Nursing stehen mehr die persönlichen Qualitäten des/der einzelnen Mitarbeiters/Mitarbeiterin im Vordergrund als akademische Grade. [1,25] Dieses Kernelement wird durch äußere Faktoren, wie Aufenthaltsort des/der Patienten/Patientin sowie die Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche der Primary Nurse beeinflusst. So ist es sinnvoll, dass eine Primary Nurse auf einer Intensivstation in Vollzeit arbeitet, da sich das Befinden des/der Patienten/Patientin kontinuierlich ändert. Auf anderen Stationen, wo der Zustand des/der Patienten/Patientin relativ stabil bleibt, ist dies weniger entscheidend. [37]

2.4 Ziele von Primary Nursing

Die Ziele des Organisationskonzeptes Primary Nursing beziehen sich auf den/die Patienten/Patientin, das Personal und die Organisation selbst.

2.4.1 Patientenbezogene Ziele

Die Erhöhung der Zufriedenheit des/der Patienten/Patientin ist ein wesentliches Ziel von Primary Nursing. Der PatientInnen und deren Angehörigen wird ein fixer Ansprechpartner während des gesamten Krankenhausaufenthaltes zur Verfügung gestellt. Das sich daraus entwickelnde Vertrauensverhältnis sowie eine individuelle, koordinierte und zielorientierte Pflege und der aktive Einbezug auf Pflegeentscheidungen und Pflegetätigkeiten geben dem/der Patienten/Patientin ein sicheres, wohl aufgehobenes Gefühl. [6] Des Weiteren sollte Pflege zur Förderung des Selbstmanagements und der Selbsthilfe des/der Patienten/ Patientin beitragen und nicht Abhängigkeit fördern. Durch Primary Nursing wird die Grundlage dafür geschaffen, dass die PatientInnen ihre Selbstwirksamkeit entdecken. [31]

2.4.2 Personalbezogene Ziele

Personalbezogene Ziele inkludieren Berufs- und Arbeitszufriedenheit, sowie eine klare Übernahme von Verantwortung für alle pflegerischen Handlungen. Durch das persönliche Wahrnehmen von Erfolgserlebnissen in der Pflege, der daraus resultierenden gesteigerten Zufriedenheit seitens des Pflegepersonals und eine kontinuierliche Durchführung von Pflegetätigkeiten, kann sich die Qualität der Pflege stetig weiterentwickeln und steigern. Ein weiteres Ziel ist die Verringerung des Personalabgangs, indem die Einarbeitung und Anleitung neuer MitarbeiterInnen gezielt gestaltet werden. Da die Pflegeplanung und die Dokumentation von der primären Pflegekraft verrichtet werden, kommt es zur Entlastung der Pflegehilfskräfte, die nur noch die erbrachte Pflege und deren Verlauf aufzeichnen. [6]

2.4.3 Organisationsbezogene Ziele

Durch die Abgabe der Verantwortung für die Pflege von der Stationsleitung auf die Primary Nurse wird eine Dezentralisierung von Machtstrukturen erzielt. Der Aufbau eines Gesamtpersonals von Pflegefach- und Pflegehilfskräften als ein Team kommt der ökonomischen Betriebsführung zugute, da dies dem steigenden Pflegebedarf der Gesellschaft und dem bestehenden Mangel an Pflegefachkräften unterstützend entgegen kommt. Zudem können neue MitarbeiterInnen durch eine klare Aufgabenverteilung und einer klar definierten Zuständigkeit auf schnellem Wege in das Team integriert werden. [6]

2.5 Aufbau- und Ablaufstruktur

Die Aufbaustruktur verbindet strukturrelevante Elemente (Stelle, Abteilung und Instanz) und setzt sich mit einem im Systemkontext stehenden Verhalten und Kommunikation der MitarbeiterInnen einer Organisation auseinander. Durch gewisse Maßnahmen wird eine Aufbauhierarchie gebildet. Innerhalb der Ablauforganisation hingegen wird eine bewusst geschaffene Ordnung von Ablaufprozessen (Arbeitsprozesse) angestrebt. Primary Nursing stellt eine Methode der Ablauforganisation und eine moderne Form der Pflegeorganisation dar und ist somit ein geeignetes Werkzeug der Teamorganisation. Es zählt zu einer innovativen und lernenden Organisationsform. Während in der Funktions- und Bezugspflege wesentliche Informationen - bedingt durch den Schichtwechsel - verloren gehen können, kann Primary Nursing eine qualitativ hochwertige und verlässliche Pflege bieten. Durch eine kontinuierliche Verantwortung und Weitergabe von relevanten Patienteninformationen wird eine unkoordinierte und unprofessionelle Pflege verhindert. Prozessabläufe können in diesem Organisationsmodell optimiert und Effizienz und Effektivität gesteigert werden. Primary Nursing muss nicht angeordnet, sondern viel mehr entwickelt werden. Es ist eine gute Möglichkeit, Pflegekräften neben anderen Disziplinen innerhalb der hierarchischen Krankenhausstruktur eine adäquate und gleichberechtigte Position zu geben. [10] Damit dieses Pflegeorganisationskonzept Erfolg zeigt, ist die Mitwirkung von verschiedenen Leitungspersonen erforderlich. Da Primary Nursing eine dezentrale Entscheidungsfindung anstrebt, ist es von großer Bedeutung, Personen mit einzubeziehen, die auf Stationsebene handeln. [1]

2.5.1 Rolle und Aufgabe der Pflegedienstleitung

Die Pflegedienstleitung ist der Primary Nurse in Fach und Disziplin höhergestellt. [6] Sie prüft die vorhandenen administrativen Strukturen hinsichtlich der Effektivität. Als Führungskraft ist es ihre Verantwortung, das Konzept Primary Nursing so zu unterstützen, dass für jedes Teammitglied eine kontinuierliche und klare Verantwortung - entsprechend des Grades an Qualifikationen - ersichtlich und die Bedeutung des Konzeptes bewusst wird. Im Rahmen der Implementierung und Durchführung von Primary Nursing ist das Aufbauen und Aufrechterhalten einer offenen Fehlerkultur von großer Wichtigkeit. Ein tolerantes und verständnisvolles Gegenübertreten der Pflegedienstleitung bei etwaigen Fehlern oder Risiken ist dem vorauszusetzten. [1,37]

2.5.2 Rolle und Aufgabe der Stationsleitung

Hierarchische Strukturen innerhalb des Krankenhauses fördern Machtverhältnisse. Sie verleihen einer Stationsleitung Macht bezüglich der Pflegeplanung und deren Durchführung und verhärten festgeschriebene Kommunikationswege, sowie ein funktional-lineares, wenig vernetztes Denkmuster. Sie bestimmen sowohl das Stationsklima als auch den Pflegestil. Mit der Implementierung von Primary Nursing kommt es zu einer Dezentralisierung der Pflege und infolge dessen zu einer Änderung hierarchischer Strukturen und Verlagerung der Verantwortung - weg von der Stationsleitung hin zur primären Pflegekraft. Das Kernelement “Verantwortlichkeit“ im Konzept des Primary Nursing zeigt die veränderte Rolle der Stationsleitung auf. Die Leitung, Verantwortung und Rechenschaftspflicht bezüglich pflegerischer Tätigkeiten liegt nicht mehr im alleinigen Bereich der Stationsleitung sondern wird der Primary Nurse zugetragen. Dadurch steigt der Einfluss der Primary Nurse auf die Pflege des/der Patienten/Patientin, der Einfluss der Stationsleitung und der Ärzte hingegen sinkt und die Kommunikationsstruktur zwischen Pflegeperson und PatientIn kann positiv vertieft und erweitert werden. Boumans (1996) zufolge kommt es durch die Einführung von Primary Nursing auch zu einer erhöhten Kommunikation mit der Stationsleitung, da diese eine zentrale Rolle im Veränderungsprozess und auch nach der Implementierung des Systems Primary Nursing einnimmt. Die Stationsleitung ist nunmehr für wichtige Aufgaben im Managementbereich zuständig, wie beispielsweise die Personalentwicklung, MitarbeiterInnengespräche und Mitarbeit bei der Entwicklung von

Leistungsdesigns (Implementierung und Umsetzung von nationalen Experten-standards). Sie trägt auch die Verantwortung für eine angemessene Zuteilung der Pflegekräfte an die PatientInnen und überprüft die pflegerische Planung und Durchführung der Primary Nurse. Es ist grundsätzlich möglich, dass auch die Stationsleitung als primäre oder als zugeordnete Pflegekraft fungiert, um beispielsweise eine neue Pflegekraft zu unterstützen oder ihr Wissen zu vertiefen. Sie fördert die Umsetzung von Primary Nursing und steht bei der Anwendung des Pflegeprozesses dem gesamten Pflegepersonal, beispielsweise durch regel-mäßige Reflexionsgespräche mit der Primary Nurse [35], unterstützend zur Seite. Dem Erfolg von Primary Nursing geht eine erfolgreiche Veränderung der Rolle der Stationsleitung voraus und ist innerhalb dieses Organisationskonzeptes unvermeidlich. Das Tätigkeitsfeld der Leitung verändert sich dahingehend, dass die Primary Nurse die Möglichkeit einer autonomen Berufsausübung hat. Während die Primary Nurse Verantwortung für ihre PatientInnen übernimmt, ist die Stationsleitung für die Gesamtqualität der Pflege auf der jeweiligen Station verantwortlich. [1,10,13,14,18,23,30,33,37]

2.5.3 Die Primärpflegeperson (Primary Nurse)

In der Aufbauorganisation verfügt die Primary Nurse in ihrem Team, welches aus Associate Nurses und Assistant Nurses (Pflegekräfte) besteht, über Entscheidungs- und Weisungsmacht. Sie entscheidet über die Pflegeplanung und die Pflegedurchführung eines/einer Patienten/Patientin und trägt die Ver-antwortung sowohl gegenüber dem/der Patienten/Patientin als auch gegenüber anderen Berufsgruppen. Die Assistant Nurse führt die geplanten pflegerischen Tätigkeiten durch. Das ärztliche Personal (Oberarzt/Oberärztin, Ärzte/Ärztinnen, ArztassistentInnen) hat bezüglich behandlungspflegerischer Tätigkeiten Weisungsbefugnis, nimmt aber nicht die Rolle eines Vorgesetzten der Primary Nurse ein. In der Ablaufstruktur bilden die Primary Nurse, die Associate Nurse und der Arzt/die Ärztin ein therapeutisches Team auf kollegialer Ebene. Die Pflegefachkraft wird durch die direkte Zuteilung von PatientInnen zur Primary Nurse. Gleichzeitig zur Funktion als Primary Nurse kann sie die Rolle der Associate Nurse für eine andere, zur Zeit abwesende Primary Nurse, übernehmen. Die Primary Nurse plant, gemeinsam mit der Associate Nurse und gelegentlich mit dem/der Arzt/Ärztin, die individuelle Pflege des/der Patienten/

Patientin. Die Primary Nurse ist für die Informationssammlung und deren Weiterleitung an das therapeutische Team zuständig. Die Durchführung obliegt ebenfalls der Primary Nurse. Bei Abwesenheit werden die geplanten Pflegetätigkeiten an die Associate Nurse oder Assistant Nurse delegiert. Zudem liegt die Entlassungsplanung im Zuständigkeitsbereich der Primary Nurse. [6,10,30,33,37] Eine optimale Effektivität der Tätigkeiten als Primary Nurse kann erst nach etwa einem halben Jahr erreicht werden, daher ist es von großem Nutzen, MitarbeiterInnen länger als ein Jahr als Bezugspflegekraft einzusetzen. [23] Eine erfolgreiche Umsetzung des Bezugspflegesystems fordert vom gesamten Team ein entsprechendes Anpassungsvermögen, Flexibilität sowie eine hohes Maß an Belastbarkeit und Interaktionsfähigkeit. Um angemessene pflegerische Entscheidungen treffen zu können, muss die Primary Nurse über besondere Fachkenntnisse verfügen. Die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung ist daher unerlässlich. [37] Wird Primary Nursing ein fester Bestandteil in der Pflegephilosophie eines Hauses, fördert dies die genannten Anforderungen an das Team. [29] Abbildung 2 zeigt die Ablauforganisation der primären Pflegekraft innerhalb der vertikalen Teamstruktur. Sie ist sowohl im Behandlungsteam als auch im Pflegeteam involviert. Ziel dieser Teamorganisation ist der Aufbau eines Kommunikationsnetzes und das Schaffen kooperativer Umgangsformen. [37]

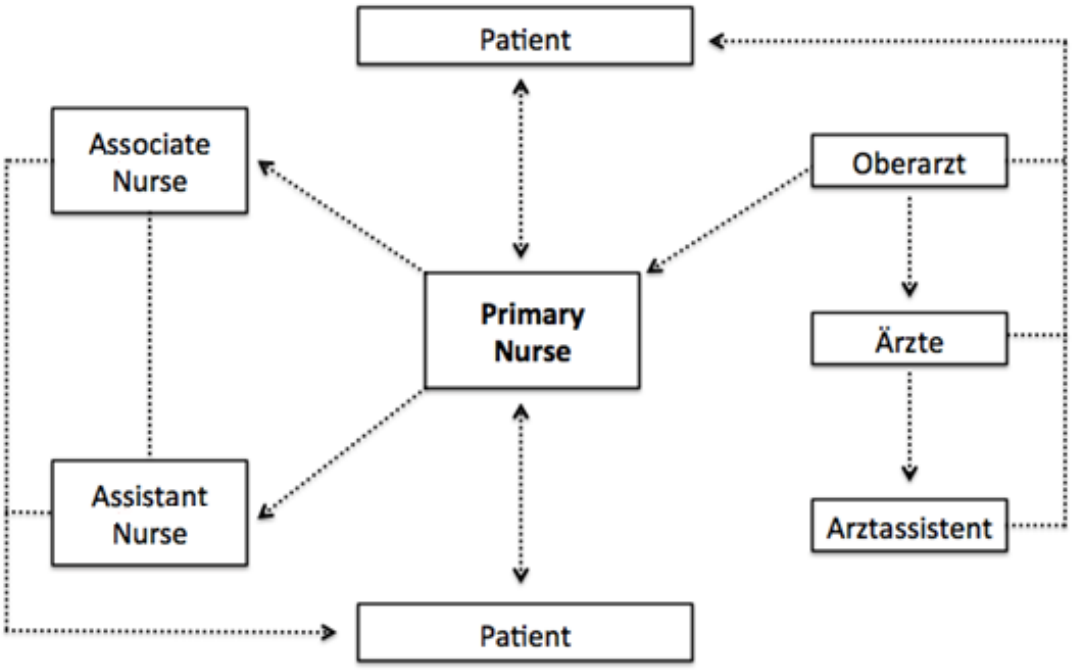

Abbildung 2: Modell der Teamorganisation mit Primary Nursing modifiziert und adaptiert nach Bücker [10]

2.5.4 Die Sekundärpflegeperson (Associate Nurse)

Die Associate Nurse, auch als Begleitpflegekraft bezeichnet, ist für die Pflegedurchführung, Pflegedokumentation und für die Weiterleitung relevanter Informationen an die Primary Nurse zuständig. Im Rahmen der Ausübung von Pflegetätigkeiten übernimmt die Sekundärpflegeperson Handlungsverantwortung. Die Planungsverantwortung geht auf die Primary Nurse zurück. Sie darf Änderungen in der Pflegeplanung durchführen, wenn akute Beschwerden ein Abwarten oder Vertagen nicht mehr zulassen. Die Associate Nurse nimmt eine wichtige Rolle innerhalb des Primary Nursing ein, da sie die Kontinuität der Pflege sicherstellen kann. [6,10,35,37]

2.6 Vor- und Nachteile für PatientInnen und Personal

Das Pflegesystem der Primärpflege hat Vor- und Nachteile, sowie Auswirkungen auf PatientInnen und das Personal, welche in den nachstehenden Unterkapiteln zusammengefasst sind.

Vorteile	Nachteile
Aufbau einer besseren Pflegeperson-PatientIn-Beziehung	Bei Personalmangel leidet die individualisierte Pflege
Stärkung der individualisierten Pflege	Leichte Unzufriedenheit im Pflegeteam über die Zuteilung
Verbesserte Kontinuität im Pflege- und Behandlungsprozess	Zu wenig Wissen über andere PatientInnen
Verbesserung der Kommunikation durch kompetente Ansprechpartner/ mehr Feedback der PatientInnen	Persönliche Differenzen zwischen Pflegepersonal und PatientIn
Steigerung der Pflegequalität	Ggf. lange Konzeptumsetzung
Ausbau der Fertigkeiten in der Pflegepraxis, Lehre und Führung (durch zunehmender Verantwortung)	Ungenügende Klarheit über Regeln und Methodik → Arbeit wird komplex (durch mangelnde Kommunikation)
Steigerung der Arbeitszufriedenheit	Überforderung der Primary Nurse mit der Rolle als Supervisor (unmittelbar nach der Einführung)
Arbeit im multiprofessionellen Team	Primary Nursing ist auf die Unterstützung der PDL und SL angewiesen
Gezielte Personalplanung und wirtschaftlicher Personaleinsatz	Vermehrte Verantwortung wirkt stressinduziert
Steigerung der PatientInnen- und Angehörigenzufriedenheit	Probleme im Bereich Nähe und Distanz (Psychiatrie)
Steigerung der Motivation und	Gefahr der Überidentifikation mit der

Leistungsbereitschaft der Pflegenden	Rolle (Psychiatrie)
Patientenorientierte Entscheidungsfindung	Gefahr des Konkurrenzkampfes im Team
Sicherung der Weitergabe relevanter Patienteninformationen	
Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit (Pflegerische Innovation und kreatives Denken)	
Ansatz ganzheitlicher Pflege	
Steigerung der Autonomie der Pflegeperson sowie des/der Patienten/ Patientin	
Erhöhung der Profession Pflege	
Optimierung des Pflegeprozesses	
Reduzierung des Stresslevels der PatientInnen	
Erleichterung der Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen	
Klar definierte Rollen	
Stärkung der Compliance der PatientInnen	
Sofortige Erkennung von Pflegeergebnissen	
„Empowerment“ der Pflegenden sowie Steigerung der Selbstwirksamkeit der PatientInnen	
Stärkung der Selbstfürsorge und -akzeptanz	
Lösungsorientiert im Pflegeprozess	
Frühzeitige Entlassungsvorbereitung	
Ausführliche Dokumentation gibt Teilzeitbeschäftigten raschen Überblick über Gesundheitszustand der PatientInnen	

Aufwertung der eigenen Person durch den/die Bezugspatienten/Bezugspatientin
Intervenierender, alltagspraktischer, empathischer, konfrontativer, somatischer und edukativer Charakter (vor allem in der Psychiatrie)
Aufdeckung eingeschliffener Verhaltensweisen
Erhöhte Anwendung von Forschungsergebnissen
Fähigkeiten der Pflegepersonen werden voll ausgeschöpft
Zunahme der Gesamtmenge an verfügbaren Ressourcen
Geringe Personalfluktuation

Tabelle 1: Vor- und Nachteile von Primary Nursing
[10,11,13,14,15,16,17,18,20,21,22,23,25,27,28,29,30,31,32,34,37]

2.6.1 Auswirkungen auf das Personal

Wenn die Pflege nach dem Konzept des Primary Nursing gestaltet wird, steigert dies die Zufriedenheit des Personals. Die Primary Nurse hat großen Einfluss auf die Arbeitsaufgaben, erlebt Verantwortlichkeit, kann ihre Kenntnisse und Fähigkeiten ausreichend zur Anwendung bringen und sieht die Pflege als etwas Sinnvolles an. Dies spiegelt sich in einer hohen Motivation und einer hohen Leistungsbereitschaft wider. Die Implementierung eines neuen Pflege-organisationskonzepts kann aber auch dazu führen, dass die MitarbeiterInnen-zufriedenheit unmittelbar nach der Einführung deutlich sinkt. Jede Umstellung gefährdet erstmals die routinemäßige Arbeitsweise und führt zu Stress und Un-sicherheit. Primary Nursing wirkt sich positiv auf die Beziehung zwischen Pflege-person und PatientIn aus. Es bietet die Möglichkeit, ein besseres Verständnis für die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen zu entwickeln. Durch das regel-mäßige Einholen relevanter Patienteninformationen ist eine umfassende Patientenberatung und gewissenhafte Koordination der Pflege möglich. Davon

profitiert vor allem auch die Entlassungsplanung. Primary Nursing fordert von der Pflegeperson emotionale Nähe zum/zur Patienten/Patientin und persönliches Engagement. Dies steigert das Risiko, vermehrt Stress ausgesetzt zu sein. Intensive Beziehungen zu PatientInnen und eine „Rund um die Uhr“ – Verantwortung können für die Pflegeperson neue Erfahrungen und damit einhergehende Schwierigkeiten darstellen. Solch ein neues Organisationskonzept kann zusätzliche Last aufbürden, da die Primary Nurse im interdisziplinären Team verhältnismäßig oft präsent sein muss. Durch die im Primary Nursing betonte Position der einzelnen Pflegekraft kann entweder Sicherheit oder auch ein Gefühl von Isoliertheit innerhalb des Pflegeteams erwachsen. Das kollegiale Verhältnis innerhalb von Primary Nursing soll den Stress aber primär verringern als bei hierarchisch aufgebauten Formen der Pflegeorganisation. [10,11,37]

2.6.2 Auswirkungen auf die PatientInnen

Ersser und Tutton (2000) heben deutlich hervor, dass nur wenige Studien vorhanden sind, welche einen Zusammenhang zwischen Primary Nursing und den Auswirkungen auf die PatientInnen untersuchen. [37] Aus einer Pilotstudie zu Primary Nursing in einer geriatrischen Klinik in Österreich geht hervor, dass die Zufriedenheit der PatientInnen durch die Implementierung von Primary Nursing gesteigert wurde. Durch eine vermehrte Einbeziehung der PatientInnen und deren Angehörigen in Entscheidungsfindungen kann auf die Forderung des Kernelementes „Direkte Kommunikation“ reagiert werden. Durch diese Gegebenheit kann eine verbesserte Bedürfnisstillung der PatientInnen und deren Angehörigen erfolgen, wodurch gleichzeitig eine Verbesserung der Qualität der Versorgungsleistung erreicht wird. [12] Primary Nursing ermöglicht im Gegensatz zur Gruppenpflege eine Steigerung der patientenorientierten Pflege. Dem/Der Patienten/ Patientin kommt eine individuell geplante Pflege zugute und man kann eine klar strukturierte und gut ersichtliche Verantwortlichkeit innerhalb des Pflegepersonals erkennen. Dadurch wird der Krankenhausaufenthalt von PatientInnen als positiv empfunden, sie fühlen sich besser verstanden und sind in der Informationsweitergabe aufgeschlossener. Angehörige oder Familienmitglieder können mit der Primary Nurse leicht in Kontakt treten und eine aktive Rolle im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes und der Pflege des/der Patienten/Patientin einnehmen. Laakso et al. (2001) berichtet, dass Familienangehörige durch Primary Nursing

mehr Unterstützung und Informationen seitens des Pflegepersonals erhalten haben. Vor allem in der Geriatrie sind Familienmitglieder ein bedeutender Einflussfaktor im Genesungsverlauf der PatientInnen und für die Pflegenden ein unentbehrlicher Bestandteil ganzheitlicher Pflege. Primary Nursing stellt einen Weg dar, wo Pflegende und Familienmitglieder stärker im Interesse des/der Patienten/ Patientin zusammenarbeiten können. Allgemein kann gesagt werden, dass ein hoher Grad an Rechenschaftspflicht für die Pflege, Kontinuität und direkte Kommunikation geeignete Bedingungen schaffen, um positive Auswirkungen auf die PatientInnen zu erwirken. [11,17,37]

3 EMPIRISCHER TEIL

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen vom ausgewählten Forschungsdesign bis hin zur Datenauswertung behandelt.

3.1 Design

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittstudie, ein Untersuchungsdesign, bei welchem die Daten einmalig, meist zu einem bestimmten Zeitpunkt, in einer Stichprobe erhoben werden. [7] Eine Querschnittstudie ist für alle deskriptiven Studien mit dem Hauptziel, eine Ist-Analyse durchzuführen, geeignet. Dadurch ist eine Analyse des momentanen Zustands möglich. Da in diesem Forschungsdesign soziale Daten erhoben werden, stehen Methoden wie die Befragung und Dokumentenanalyse im Fokus. [8]

3.2 Setting

Die Erhebung der Daten erfolgte auf den akutgeriatrischen Stationen AGO A, AGO B, AGO C und AGO D der Albert Schweitzer Klinik in Graz. Der Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) gliedert sich in die Abteilung für Innere Medizin und in die Abteilung für Neurologie. Sie dient Menschen höheren Alters, welche eine Beeinträchtigung oder eine Gefährdung der Selbstständigkeit und Mobilität nach einer Krankheit, einem Unfall oder nach einer Operation erfahren. Die Abteilung für Innere Medizin gliedert sich in drei Stationen: AGO A, B und C zu je 25 Betten und eine Tagesklinik für Akutgeriatrie/Remobilisation. Zur Abteilung für Neurologie zählt die Station AGO D mit 25 Betten. Das Team setzt sich aus Ärzten/Ärztinnen, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegehelferInnen, Physio- ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, SozialarbeiterInnen, DiätologInnen, SeelsorgerInnen sowie PsychologInnen zusammen. [9]

3.3 Stichprobenauswahl und Stichprobe

Zur Evaluierung des Umsetzungsgrades Primary Nursing wurde das gesamte Personal auf den jeweiligen Stationen miteinbezogen. Durch die Vollerhebung bei den Pflegenden und der Stationsleitung wurde eine völlige Anonymität sichergestellt. Die Stichprobenauswahl entsprach bei den PatientInnen als Gelegenheitsstichprobe einer Zufallsauswahl. Verfügbare PatientInnen wurden als UntersuchungsteilnehmerInnen herangezogen. Auch Angehörige der zufällig ausgewählten PatientInnen wurden je nach Verfügbarkeit in die Studie mit eingeschlossen. Die Rekrutierung wurde zu jenem Zeitpunkt beendet, als die erforderliche Stichprobe erfüllt war. In Tabelle 2 werden die Ein- und Ausschlusskriterien der Befragten zusammengefasst.

Ein- und Ausschlusskriterien der Befragten tabellarisch zusammengefasst

Informationsquelle	Ein- und Ausschlusskriterien	Stichprobenbildung
PDL	Direkte Vorgesetzte der Stationsleitung	Vollerhebung
Stationsleitung	Dzt. Stelleninhaberin bzw. Vertretung	Vollerhebung
Pflegende	Mind. 3 jährige Ausbildung, seit ≥ 3 Monaten auf der Station tätig	Vollerhebung
PatientInnen	≥ 3 Tage auf Station, auskunftsfähig, orientiert, der deutschen Sprache mächtig	25% der PatientInnen, nach Zufallsprinzip
Ärzte/Ärztinnen, Therapie	≥ 1 Monat auf der Station tätig	3 Befragungen, die die meisten befragten PatientInnen betreuen
Angehörige	Mind. 1x Kontakt zum/zur Patienten/ Patientin gehabt	Angehörige von mind. 50% der befragten PatientInnen
PatientInnen-Dokumentation	Schriftlich/elektronisch, jener PatientInnen mit Einverständniserklärung	Dokumentation aller in die Erhebung inkl. PatientInnen
Dienstplan	Aktuelle Ist-Situation	Bei befragten PatientInnen im gesamtem Aufenthalt

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien der Befragten [40]

3.4 Intervention

Die Intervention in der vorliegenden Evaluierung bestand in der Implementierung des Organisationskonzeptes Primary Nursing in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz. Die Umstellung auf Primary Nursing startete im Jahr 2008 in Begleitung des Instituts für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz. Im Jahr 2012 wurde am Praxisprojekt wieder angeknüpft und fortgesetzt. Die Evaluierung des Effektes von Primary Nursing auf den akutgeriatrischen Stationen erfolgte in 5 Schritten, die in Abbildung 3 gezeigt werden.

Abbildung 3: Phasen der Evaluierung des Umsetzungsgrades Primary Nursing

3.5 Instrumente

Die Evaluierung des Umsetzungsgrades von Primary Nursing auf den akutgeriatrischen Stationen der Albert Schweitzer Klinik wurde mit dem Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP) durchgeführt. Dieses mehrdimensionale, wissenschaftlich erprobte Instrument wurde von einer Arbeitsgruppe des Deutschen Netzwerkes für Primary Nursing entwickelt, um Pflegesysteme beurteilen zu können. Es findet Einsatz in verschiedenen pflegerischen Settings (Akutspital, Langzeitpflege, Rehabilitation, extramurale Pflege) und wird als objektiv, valide und reliabel bewertet. Es wurde bis 2010 in mehr als 280 Messungen in 54 Einrichtungen erprobt und seit 2015 in mehr als 620 Organisationseinheiten in Österreich, Deutschland und der Schweiz angewendet. Das Instrument besteht aus neun verschiedenen Fragebögen, die unterschiedlich umfangreich gestaltet sind. Der Fragebogen für die Stationsleitung ist sehr ausführlich im Gegensatz zur den übrigen Fragebögen. [39] IzEPs ordnet Stationen oder Abteilungen einem Pflegeorganisationssystem zu. Es zeichnet sich durch folgende fünf Merkmale und Dimensionen aus:

1. Pflegekonzeption: Vorhandensein und Durchdringungsgrad
2. Arbeitsorganisation: Personenorientierung in der Aufgaben- /Fallzuteilung und personelle Kontinuität in der Verantwortung
3. Pflegeprozess: angestrebte personelle Kontinuität und wahrgenommene personelle Kontinuität
4. Kommunikation: Zuständigkeit für die patientenbezogene Kontinuität und wahrgenommene Zuständigkeit für die patientenbezogene Kontinuität.
5. Rollenverständnis: Angestrebte Dezentralisierung der pflegerischen Verantwortung und wahrgenommene Autonomie durch die Pflegenden.

Neben den im Zentrum stehenden Merkmalen und Dimensionen werden innerhalb des IzEP-Modells Rahmenbedingungen und Ressourcen der Station oder Abteilung sowie pflegesystembezogene Outcomes erfasst (Tabelle 3) und dienen weiterführenden Untersuchungen. Das in der Praxis angewandte Pflegesystem beeinflusst die pflegesystembezogenen Outcomes. Den Merkmalen M1-M5 werden bestimmte Items zugeordnet und schließlich in der Auswertung zusammengefasst. Somit werden die Teilnehmer nur punktuell befragt und die Antworten unterschiedlich gewichtet. [38]

Nach der erfolgten Rekrutierung der Studienteilnehmer und der Erhebung der Daten wurden diese in anonymisierter Form durch die Software IzEP Soft Version 2.0 deskriptiv ausgewertet und die Ergebnisse durch unterschiedliche Grafiken dargestellt. Die grafische Darstellung zeigte für jede Station die prozentuelle Ausprägung der eingangs genannten Dimensionen auf einer Skala von 0 bis 100 Prozent. Der Grad der Patientenorientierung der pflegerischen Organisation wird auf einer Skala von Funktionspflege bis Bezugspflege (Primary Nursing) abgebildet. Auf eine differenzierte Art und Weise gibt das Ergebnis Auskunft über das praktizierte Pflegesystem. Null Prozent ergeben somit keine Regelung und hundert Prozent stellen eine perfekt ausgeführte Primäre Pflege dar. Folgende Richtwerte liegen dem IzEP Modell zugrunde: < 10 Prozent: keine Regelung, > 10 Prozent bis 40 Prozent: Funktionspflege, > 40 Prozent bis 75 Prozent: Bereichspflege und > 75 Prozent bis 100 Prozent: Primary Nursing/ Bezugspflege. Bei einem Gesamtscore > 82 Prozent kann von einer nachhaltig umgesetzten Bezugspflege gesprochen werden. Werte > 90 Prozent sind im Praxisalltag schwierig zu realisieren, da eine perfekte Umsetzung der Bezugspflege nicht möglich ist. [38]

Rahmenbedingungen und Ressourcen	Merkmale des Pflegesystems	Pflegesystembezogene Outcomes
	Stationsprofil	
R1: Setting Fachbereich Art der Einrichtung	**M1: Orientierung an einem Konzept** D1: Vorhandensein D2: Durchdringungsgrad	**O1:** Vollständigkeit und Dokumentation des Pflegeprozesses
R2: Stationsumgebung Bettenzahl Zimmergröße	**M2: Verantwortung und Kontinuität** D3:Personenorientierung des Systems der Aufgaben-/Fallzuteilung D4: personelle Kontinuität in der Kommunikation	**O2:** Strukturierung der Kommunikation **O3:** Wahrnehmung des Pflegeprozesses durch die PatientInnen
R3: PatientInnen Alter, Geschlecht, Verweildauer Kommunikationseinschränkung	**M3: Pflegeprozess** D5: angestrebte personelle Kontinuität im Pflegeprozess D6: personelle Kontinuität im Pflegeprozess	**O4:** Patientenpartizipation **O5:** Beziehung zu Primary Nurse/zu Prozessverantwortlichen
R4: Team Stellenplan/-besetzung, Ausbildungsstand, Beschäftigungsgrad	**M4: Kommunikation** D7: Zuständigkeit für patientenbezogene Kommunikation D8: personelle Kontinuität in der Kommunikation	
R5: Fachlicher Support Fort- /Weiterbildung Fachliche Unterstützung/Beratung	**M5: Rollenverständnis** D9: angestrebte Dezentralisierung der Verantwortung für die Pflege D10: wahrgenommene Autonomie durch die Pflegenden	
R6: Regelungen für Zuständigkeit		
R7: Merkmale der Befragten		

Tabelle 3: Das IzEP Modell – modifiziert und adaptiert nach Abderhalden et.al (2010) [40]

3.6 Ethische Aspekte

Im Vorfeld der Studie wurde am 13.10.2014 ein Antrag an die Ethikkommission gestellt. Nach der Bearbeitung des geplanten Forschungsvorhabens durch die Kommissionsmitglieder wurden die Korrekturvorschläge eingearbeitet. Die Zustimmung des Ethikvotums erfolgte am 22.01.2015. Auf die Einhaltung der Anonymität, der Möglichkeit zur Ausscheidung aus der Studie ohne Angabe von Gründen, einer umfassenden Informationsgabe und der freiwilligen Zustimmung wurde hingewiesen und während der gesamten Evaluierung geachtet. Alle an der Studie teilnehmenden Personen erhielten eine ausführliche mündliche und schriftliche Erklärung zum Inhalt, Informationen zu Ziel und Zweck des Praxisprojektes, sowie die Zusage zur Einhaltung der ethischen Grundprinzipien. Die Zustimmung zur Teilnahme an der Studie erfolgte mittels Unterschrift auf dem Informationsblatt. Für aufkommende Fragen wurde die Kontaktadresse der Pflegedienstleitung der Albert Schweitzer Klinik angeführt.

3.7 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte nach der Einholung der Einverständniserklärung im Februar 2015 bis 06.03.2015. Die von der Arbeitsgruppe IzEP im Handbuch vorgeschlagenen Datenerhebungsstrategien beinhalten eine schriftliche Befragung der Pflege- und Stationsdienstleitung, des Pflege- und Ärztepersonals, der TherapeutInnen der Station sowie eine Dokumentenanalyse der Pflegedokumentation und der Dienstpläne. Die Fragebögen wurden auf den jeweiligen Stationen (AGO A - AGO D) ausgehändigt, die ausgefüllten Fragebögen anschließend in verschlossenen Kuverts wieder eingesammelt. Die Daten von PatientInnen sowie deren Angehörigen wurden im Rahmen eines persönlichen Interviews mithilfe eines standardisierten Fragebogens erhoben. Mit den Fragebögen wurden insgesamt 18 kognitive Pre-Tests durchgeführt. Nach laufenden Anpassungen stellen die jetzigen Fragebögen die Endversion dar.

3.8 Datenauswertung

Die Auswertung der Daten aller Fragebögen erfolgte mit dem Programm Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP Software). Die Rücklaufquote wird in Tabelle 4 zusammengefasst.

Informationsquelle	**Rücklaufquote/befragte Personen**
PDL	100% (1/1)
Stationsleitung	100% (4/4)
Pflegende (DGKP)	83% (29/35)
PatientInnen	100% (26/26)
Ärzte und Ärztinnen, Therapie	13
Angehörige	100% (13/13)
Dokumentation	100% (25/25)
Dienstplan	100%

Tabelle 4: Darstellung der Rücklaufquote

4 ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die Resultate des Praxisprojektes vorgestellt. Es werden die Gesamt- und Einzelprofilauswertungen der jeweiligen Stationen durch Grafiken veranschaulicht. Anschließend werden einzelne, in Bezug auf Primary Nursing als besonders wichtig erachtete Fragen aus dem Fragebogen herausgenommen und genauer evaluiert.

4.1 Darstellung der Stichprobe

Die Darstellung der Stichprobe fokussiert sich auf die Teilnehmer der PatientInnen und deren Angehörigen, welche die Einschlusskriterien erfüllten. Es wurden insgesamt 26 PatientInnen, davon 12 Männer und 14 Frauen interviewt. 25 PatientInnen fallen in die Altersgruppe 66-85 Jahre, 1 Patient ist über 85 Jahre alt. Die Verweildauer der befragten PatientInnen erstreckte sich von 3 bis 30 Tagen. Ein Patient wies eine Verweildauer von 2-3 Tagen auf, 9 PatientInnen 4-7 Tage, 10 PatientInnen 8-14 Tage und 6 PatientInnen waren 15-30 Tage lang stationär aufgenommen. 13 Angehörige, davon 4 Männer und 9 Frauen, wurden befragt. Unter den befragten Angehörigen befanden sich 3 erwachsene Söhne/Töchter, 4 PartnerInnen, 2 Elternteile, 2 andere Verwandte und 2 Freundinnen bzw. NachbarInnen.

4.2 Ergebnisse der IzEP-Soft Auswertung

Nachfolgend werden die Auswertungen des IzEP der vier Stationen vorgestellt. Nach der Darstellung des Gesamtprofils der jeweiligen Station werden die Ergebnisse des Stationsprofils und der pflegebezogenen Outcomes präsentiert. Auf die Fragen 5, 6 und 18 aus dem Fragebogen für PatientInnen, Pflegende und Angehörige wird genauer eingegangen.

AGO A

Das Gesamtprofil gibt Auskunft über das Ausmaß der Patientenorientierung und der Kontinuität der Fallzuteilung einer Station. Es wird auf einer Skala von 0 – 100% angezeigt. Wissenschaftliche Untersuchungen haben folgende Referenzwerte ergeben: < 10% keine Regelung, > 10% - 40% Funktionspflege, > 40% - 75% Bereichspflege, > 75% - 100% Primary Nursing. [40] Abbildung 4 zeigt den Umsetzungsgrad des tatsächlich praktizierten Pflegesystems auf der Station AGO A. Nach der Implementierung des Pflegesystems Primary Nursing wird ein Gesamtscore von 69% erreicht und somit dem Pflegesystem Bereichspflege zugeordnet.

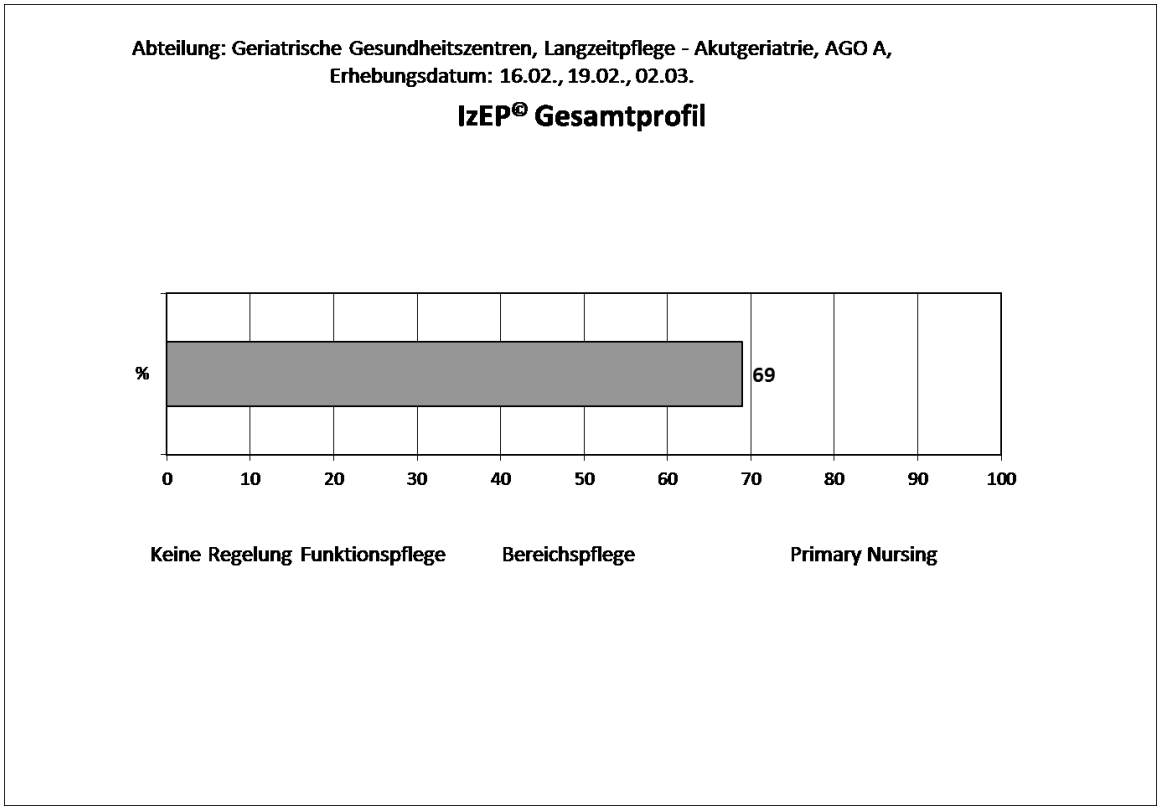

Abbildung 4: Gesamtprofilauswertung AGO A [40]

Eine detaillierte Einzelprofilauswertung zeigt Abbildung 5. Hier werden die Ergebnisse des Stationsprofils mit den fünf beschriebenen Merkmalen in je zwei Ausprägungen (Dimensionen) dargestellt. Die weiß hinterlegte Spalte gibt den Soll-Wert an, der Ist-Wert wird durch die graue Spalte abgebildet. Auf diese Weise können Differenzen zwischen der theoretisch definierten Umsetzung von Primary Nursing und der tatsächlich praktizierten Umsetzung visualisiert werden. Somit können gezielt Verbesserungsmaßnahmen gesetzt sowie Maßnahmen abgeleitet und Zielwerte für eine weitere Erhebung festgelegt werden. [39]

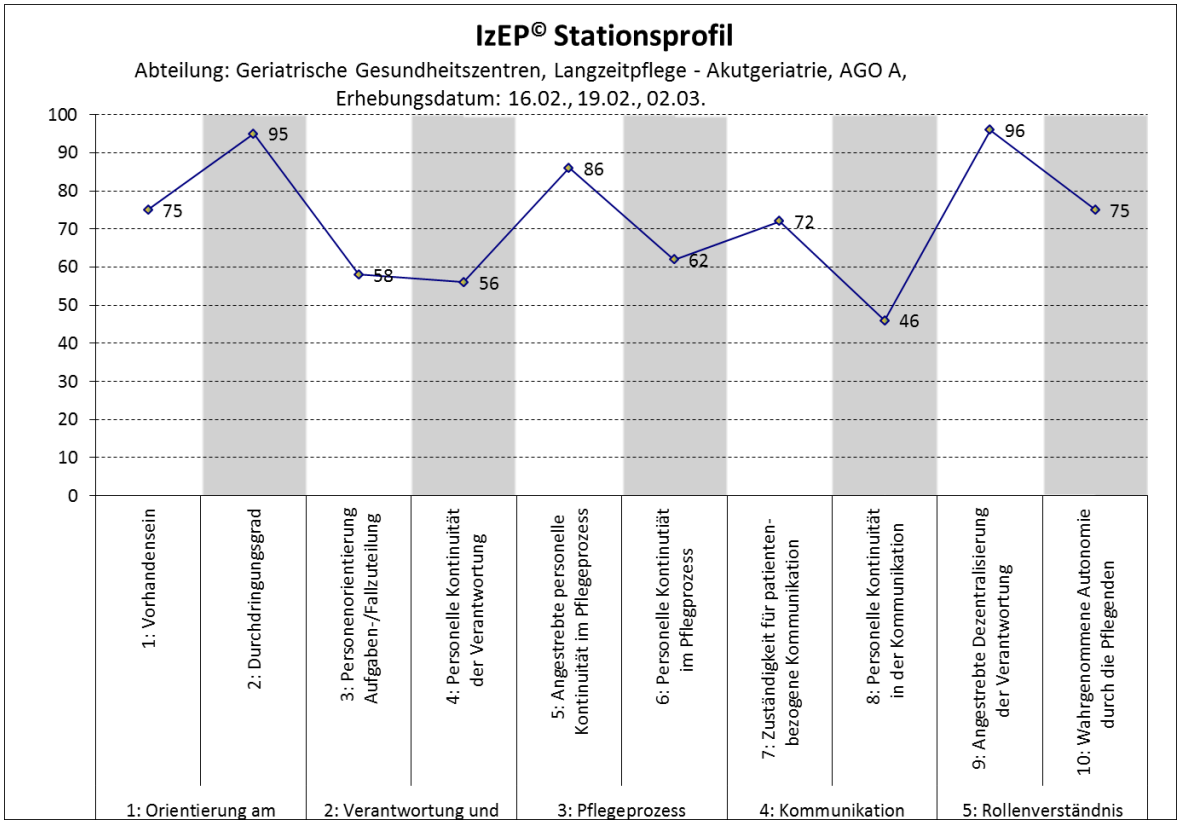

Abbildung 5: Stationsprofil AGO A der fünf Merkmale in je zwei Ausprägungen [40]

Im Vergleich beider Dimensionen wird eine prozentuelle Steigerung im Merkmal 1 erreicht. So ist der Durchdringungsgrad von Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing sehr hoch. Der Vergleich von den Merkmalen 2 bis 5 zeigt eine Abnahme zwischen den Soll- und Ist-Werten, wobei die Reduktion im Merkmal 2 gering ist. Insgesamt entsprechen die Ergebnisse der Einzelprofilauswertung dem praktizierten Pflegeorganisationssystem der Bereichspflege.

In einem Balkendiagramm (Abbildung 6) wird das Ausmaß der pflegebezogenen Outcomes (O1-O5) veranschaulicht. Die Werte stehen in keinem Zusammenhang mit den Referenzwerten der anderen Abbildungen und machen keine Angaben zum Pflegesystem, das auf der Station praktiziert wird. Der Wert beim Outcome 1 stellt das Ausmaß aller Schritte des Pflegeprozesses dar (Umsetzung und Dokumentation). 100% bedeuten, dass auf der Station AGO A bei sämtlichen PatientInnen alle Schritte des Prozesses vollständig erkennbar sind. Der Wert zu Outcome 5 wird nur bei Stationen berechnet, welche eindeutig Primary Nursing oder pflegerische Prozessverantwortung umsetzen. Auf der Station AGO A ist der Wert Null. Es werden dabei keine Aussagen über die PatientInnen-Pflegende-Beziehung gemacht. [40]

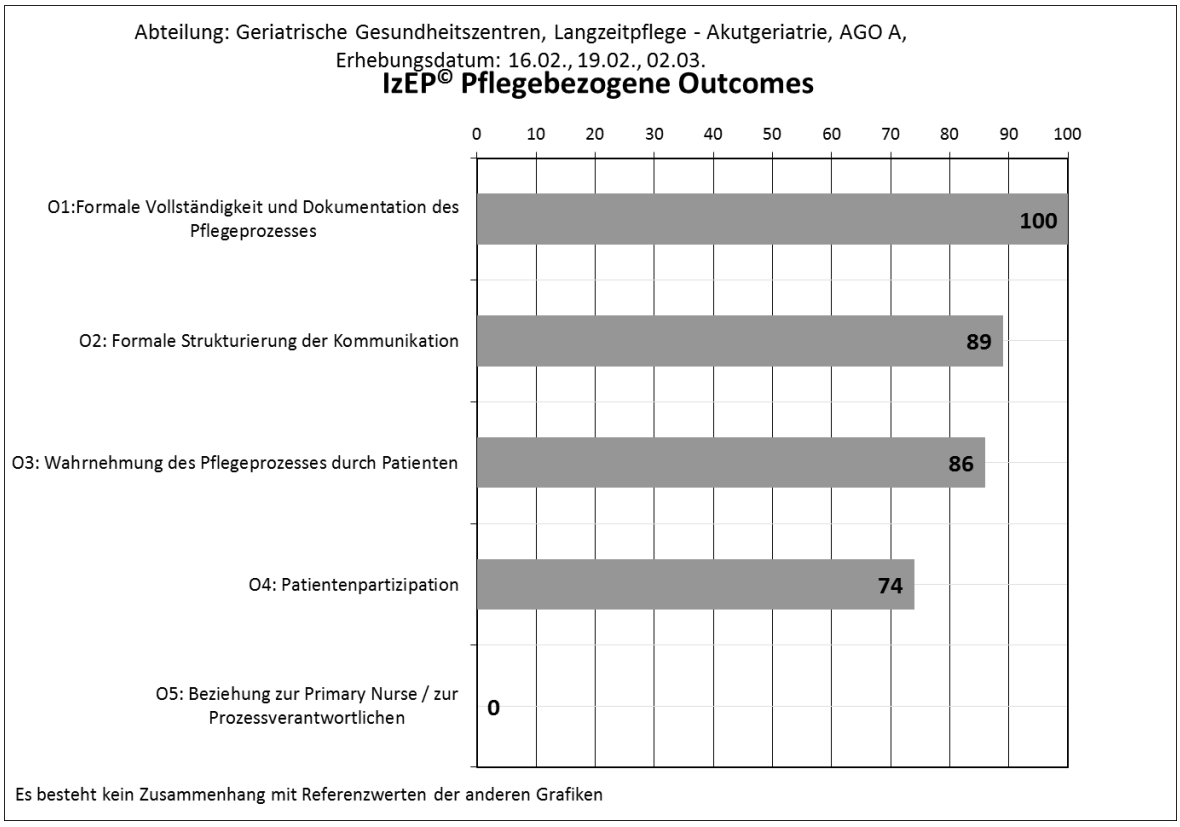

Abbildung 6: Pflegebezogene Outcomes AGO A [40]

AGO B

Das Gesamtprofil der Station AGO B in Abbildung 7 zeigt einen Umsetzungsgrad des praktizierten Pflegeorganisationssystems von 80%. Somit wird auf dieser Station nach dem Konzept des Primary Nursing gearbeitet.

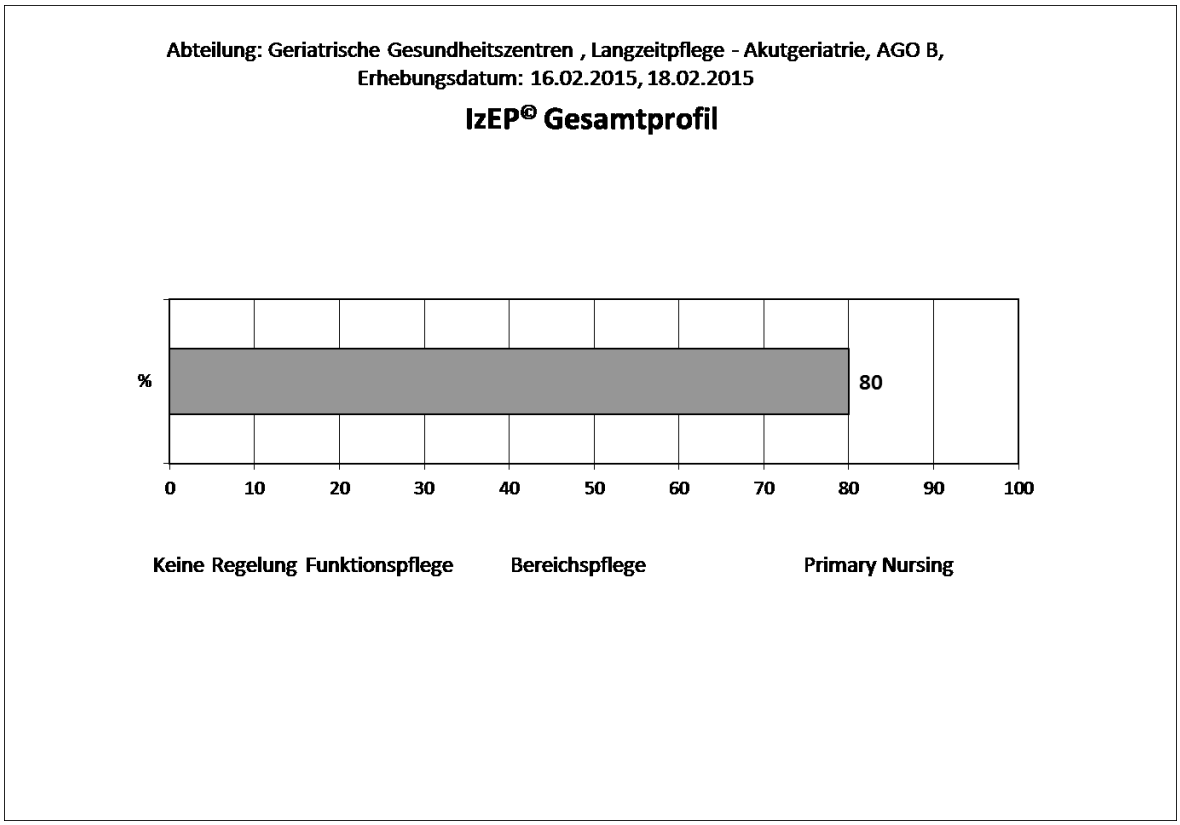

Abbildung 7: Gesamtprofilauswertung AGO B [40]

Der Vergleich der Dimensionen im Stationsprofil in Abbildung 8 zeigt keine Steigerung der Merkmale. Das Merkmal 2 ist gleichbleibend. Eine deutliche Abnahme ist bei den Merkmalen 3 bis 5 erkennbar. Die personelle Kontinuität im Pflegeprozess und in der Kommunikation, sowie wahrgenommene Autonomie durch die Pflegenden sind zu optimieren.

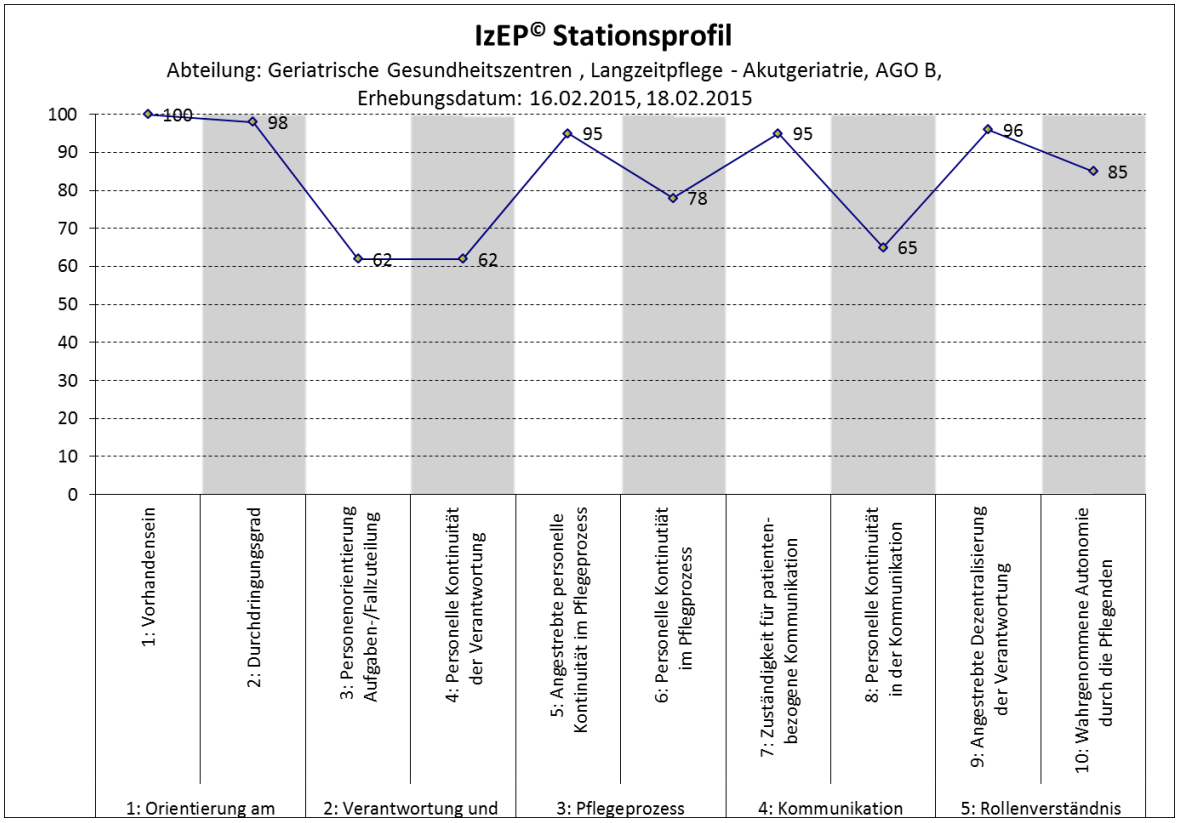

Abbildung 8: Stationsprofil AGO B der fünf Merkmale in je zwei Ausprägungen [40]

Abbildung 9, welche die pflegebezogenen Outcomes auf der AGO B darstellt, zeigt, dass die formale Vollständigkeit und Dokumentation des Pflegeprozesses sowie die formale Strukturierung der Kommunikation zu 99% gegeben sind. Das bedeutet, dass die Schritte des Pflegeprozesses in einem hohen Ausmaß formal vorhanden und dokumentiert sind. Auch die Kommunikation in definierten Settings findet ausreichend statt.

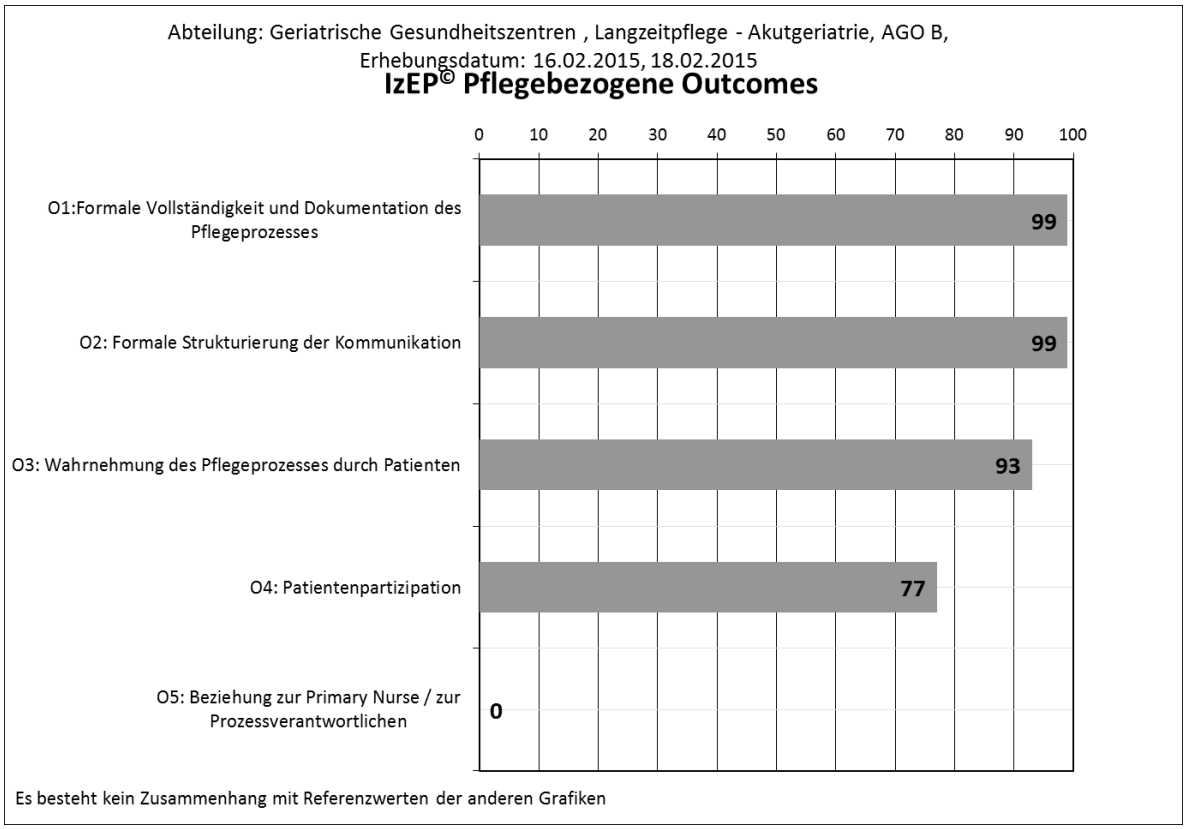

Abbildung 9: Pflegebezogene Outcomes AGO B [40]

AGO C

Auf der Station AGO C ergibt das Gesamtprofil 73 % (Abbildung 10). In der Pflegepraxis wird nach der Organisation der Bereichspflege gearbeitet.

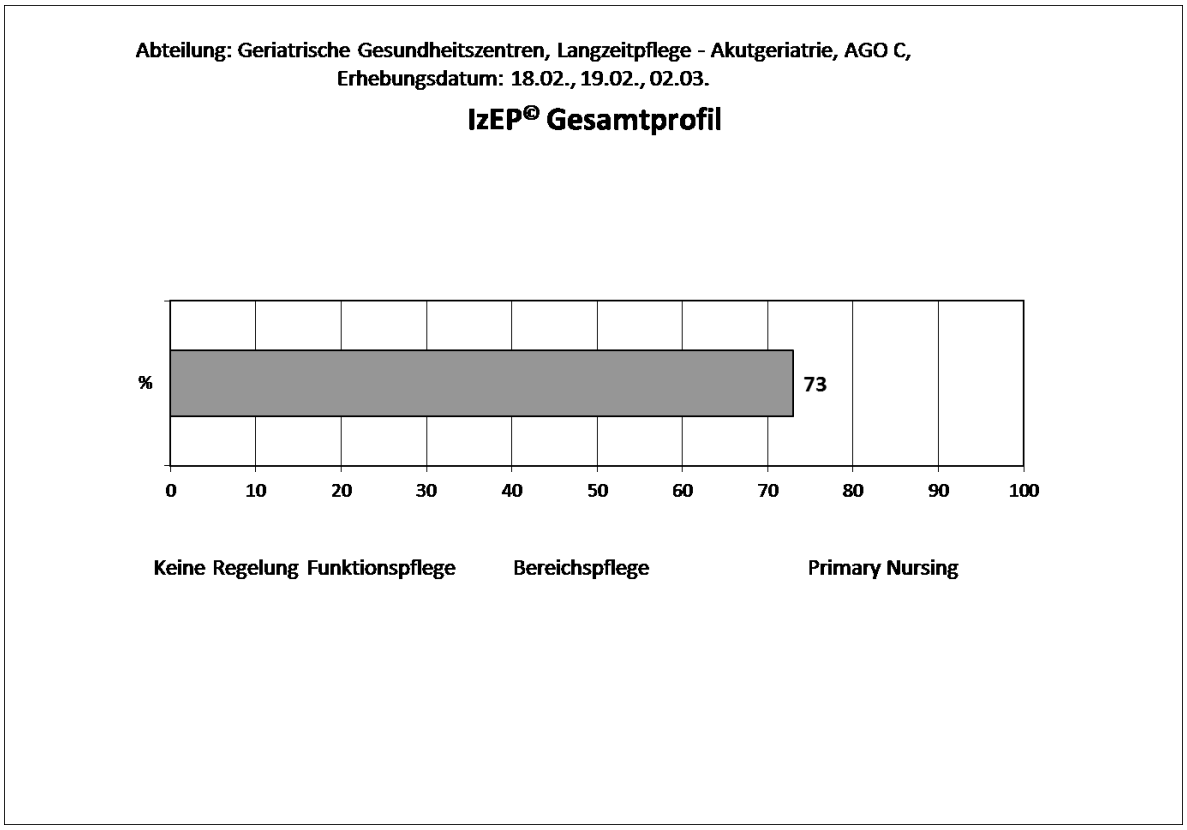

Abbildung 10: Gesamtprofilauswertung AGO C [40]

Bei der Auswertung des Stationsprofils in Abbildung 11 lässt sich in keinem Merkmal eine Steigerung erkennen. Die Merkmale 1, 2 und 5 bilden jedoch eine sehr geringe Reduzierung im Durchdringungsgrad von Primary Nursing, der personellen Kontinuität in der Verantwortung und in der wahrgenommenen Autonomie durch die Pflegenden ab. Eine merkliche Abnahme weisen die Dimensionen Personelle Kontinuität im Pflegeprozess und Kommunikation auf.

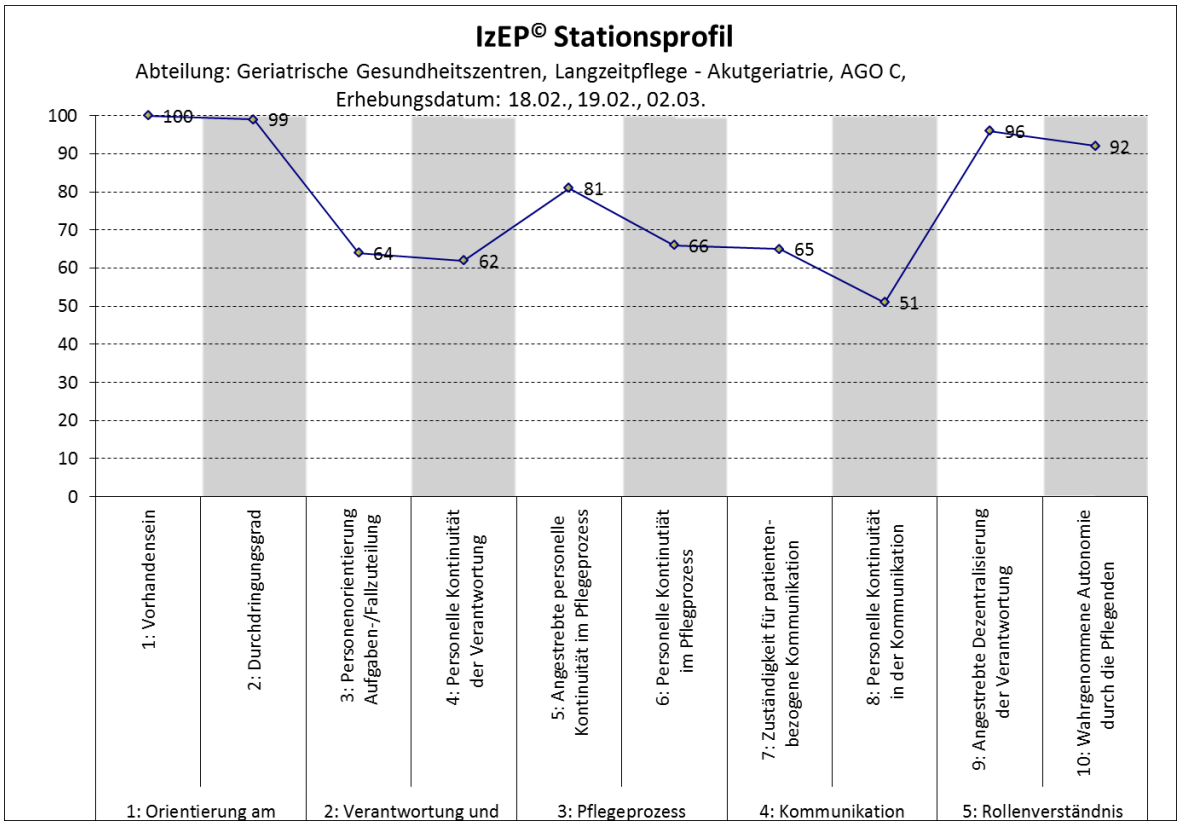

Abbildung 11: Stationsprofil AGO C der fünf Merkmale in je zwei Ausprägungen [40]

Die pflegebezogenen Outcomes auf der Station AGO C in Abbildung 12 zeichnen sich wie folgt ab: Die formale Strukturierung der Kommunikation war bei allen PatientInnen vorhanden. Die formale Vollständigkeit und Dokumentation des Pflegeprozesses erreichte 99% und wurde somit bei fast allen PatientInnen gründlich ausgeführt.

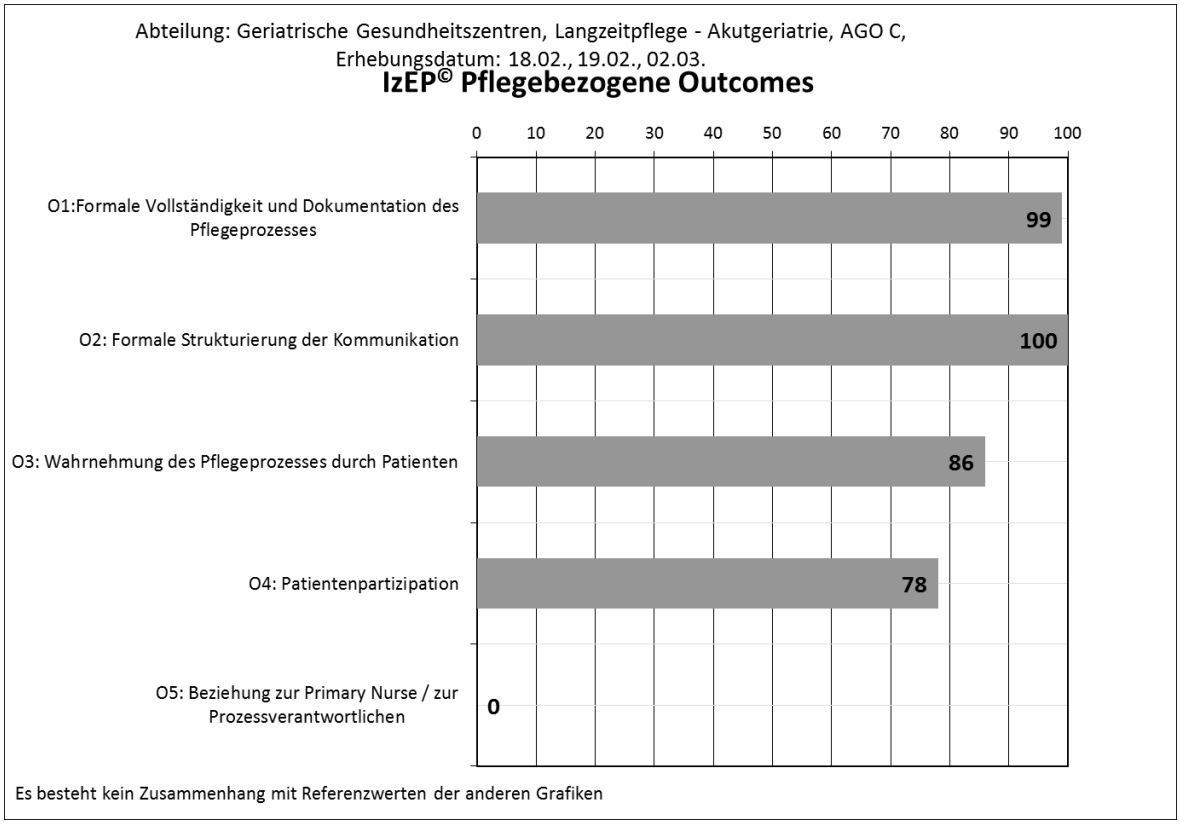

Abbildung 12: Pflegebezogene Outcomes AGO C [40]

AGO D

Die Gesamtprofilauswertung auf der Station AGO D ergibt > 75%. Somit wird nach dem Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing gearbeitet. (Abbildung 13)

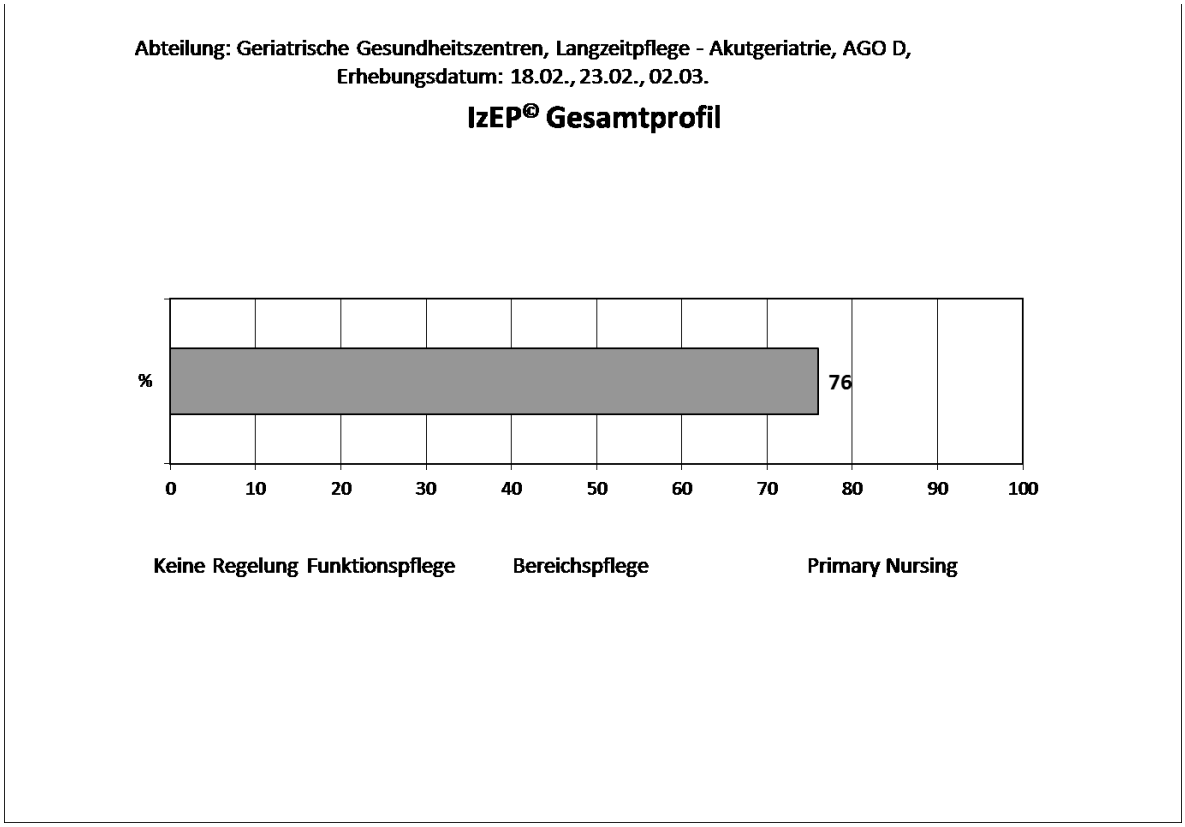

Abbildung 13: Gesamtprofilauswertung AGO D [40]

Die Auswertung des Stationsprofils in Abbildung 14 zeigt eine starke Abnahme der Dimensionen Durchdringungsgrad und Personelle Kontinuität in der Kommunikation. Auch die personelle Kontinuität im Pflegeprozess ist sinkend. Einzig das Merkmal 5 ist in der wahrgenommenen Autonomie durch die Pflegenden gestiegen.

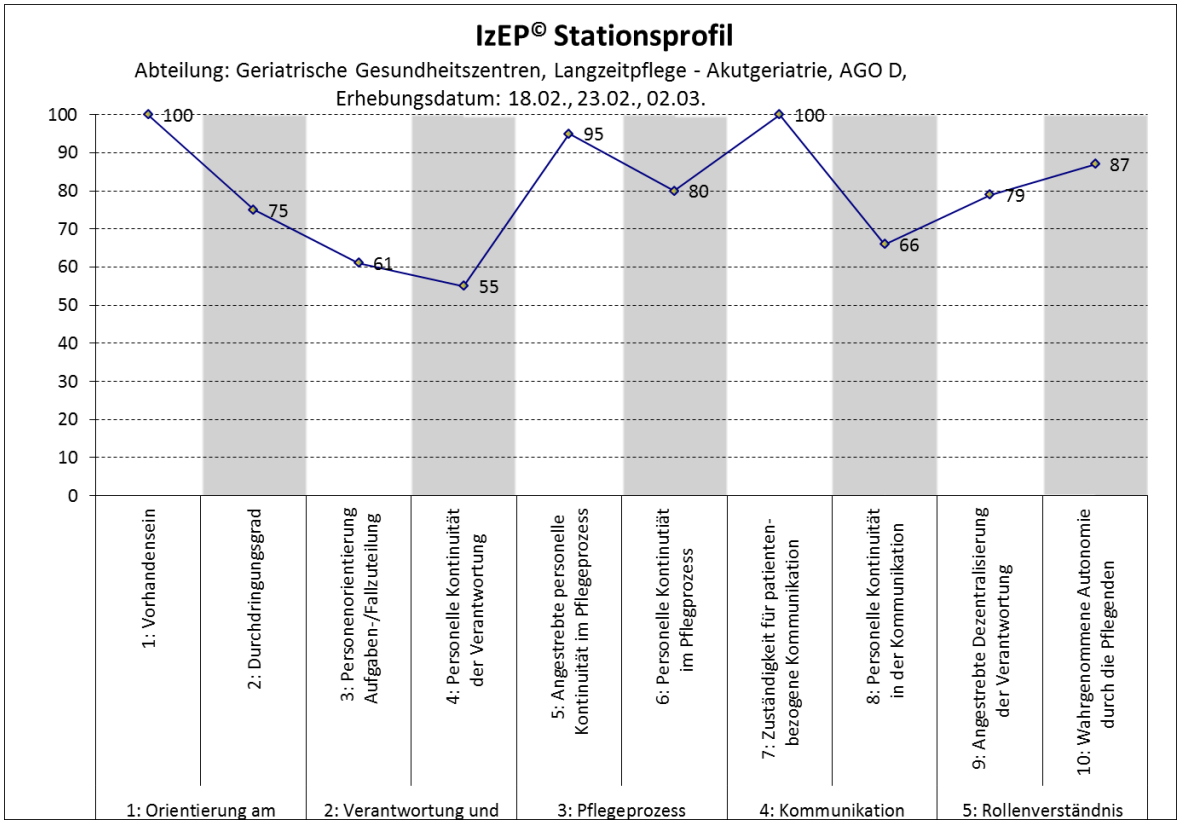

Abbildung 14: Stationsprofil AGO D der fünf Merkmale in je zwei Ausprägungen [40]

Die pflegebezogenen Outcomes in Abbildung 15 zeigen, dass das Ausmaß, in dem alle Schritte des Pflegeprozesses formal vorhanden und dokumentiert sind, sehr hoch ist, und zwar gleich wie das Ausmaß, in dem Kommunikation in definierten Settings stattfindet. Das Outcome 4 ist im Vergleich zu den Stationen AGO A – C mit 74% am geringsten. Die transparente Zusammenarbeit mit PatientInnen bedarf einer Verbesserung. [40]

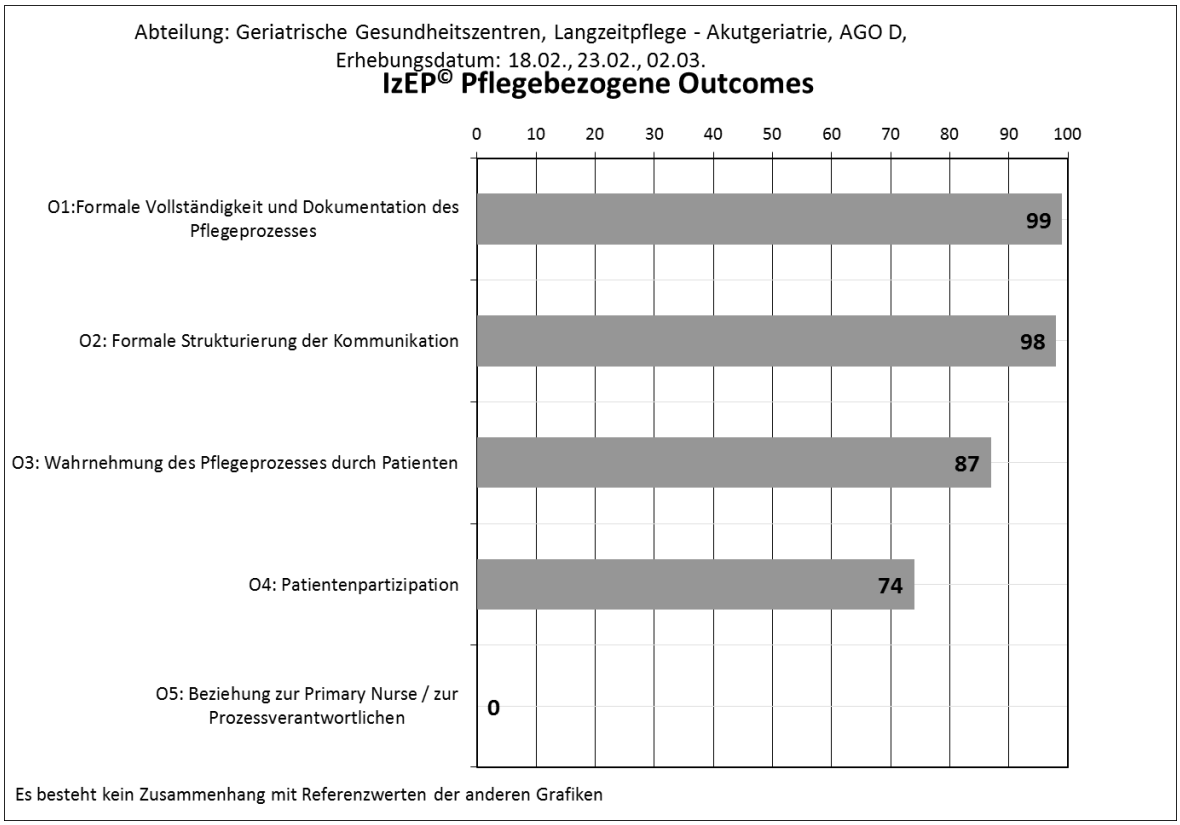

Abbildung 15: Pflegebezogene Outcomes AGO D [40]

Frage 5: Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihre Betreuung durch die Pflege am treffendsten (tagsüber, ohne Abend- und Nachdienste!):
(Bitte nur eine Aussage wählen, diejenige, die am ehesten zutrifft)

- Für mich ist jeden Tag eine andere Schwester/ein anderer Pfleger besonders zuständig
- Für mich sind mehrere Tage hintereinander dieselben Schwestern/Pfleger (Mehrzahl!) besonders zuständig
- Für mich ist mehrere Tage hintereinander dieselbe Schwester/derselbe Pfleger besonders zuständig (Einzahl!)
- Für mich ist während des ganzen Aufenthalts auf dieser Station eine bestimmte Pflegende besonders zuständig. [40]

Abbildung 16 zeigt die Auswertung der Ergebnisse zu dieser Frage. 19% der teilnehmenden PatientInnen geben an, dass jeden Tag eine andere Pflegeperson zuständig ist. 81% aller Befragten beschreiben ihre Betreuung durch die Pflege so, dass mehrere Tage hintereinander dieselben Pflegenden für sie zuständig sind.

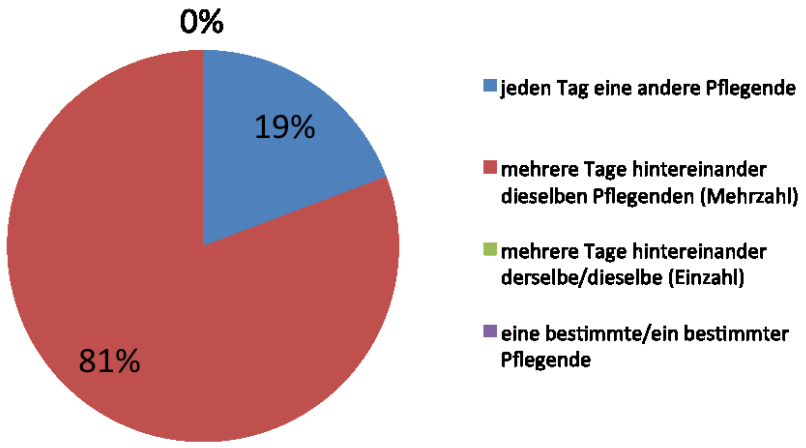

Abbildung 16: Auswertung der Ergebnisse zu Frage 5 IzEP –Pat- Fragebogen Patienten

Frage 6: Welche der folgenden Aussagen beschreibt die Situation Ihres Angehörigen am ehesten:

(Bitte nur eine Aussage wählen, diejenige, die am ehesten zutrifft)

Mein Angehöriger erlebt **überwiegend**,...

- Weiß nicht, kann ich nicht beurteilen
- ...dass in fast jedem Dienst eine andere Pflegende für ihn zuständig ist
- ...dass in jedem Dienst mehrere Pflegende für ihn zuständig sind
- ...dass über mehrere Dienste (z.B. Frühdienste) dieselbe Pflegende für ihn zuständig ist
- ...dass eine einzige Pflegende für den gesamten Aufenthalt für ihn zuständig ist. [40]

8% der befragten Angehörigen der PatientInnen gaben an, dass eine Pflegende für den/die Patienten/Patientin für den gesamten Aufenthalt verantwortlich ist. Für 23% traf die Antwortmöglichkeit „ über mehrere Dienste dieselbe Pflegende“ zu. Dass in fast jedem Dienst eine andere Pflegende für den/die Patienten/Patientin zuständig ist, waren 23% der Angehörigen der Meinung. 46% der Befragten waren der Meinung, dies nicht beurteilen zu können. (Abbildung 17)

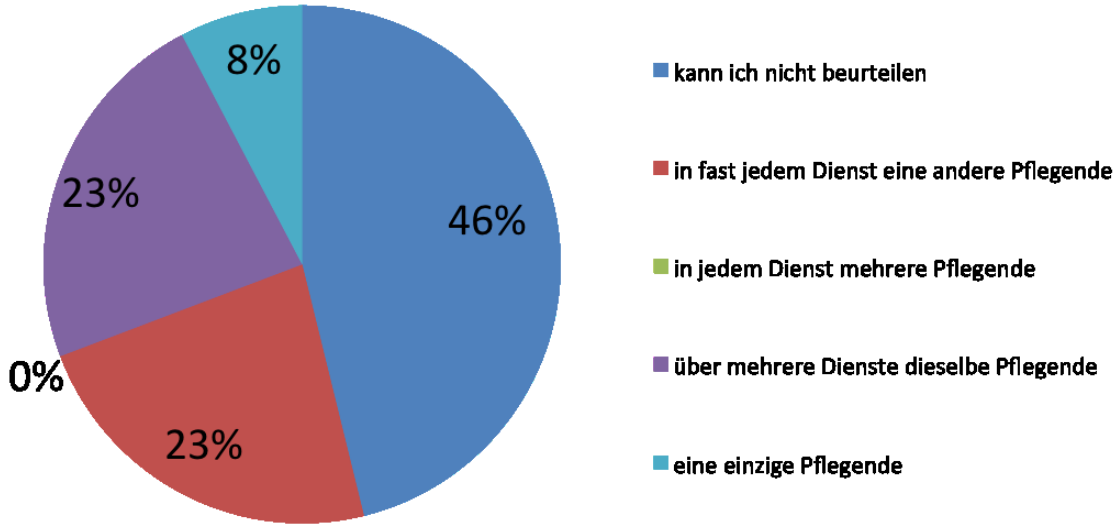

Abbildung 17: Auswertung der Ergebnisse zu Frage 6 IzEP –An - Fragebogen Angehörige

Frage 18: Welche der folgenden Beschreibungen spiegelt am ehesten die Organisation der Pflege auf Ihrer Station tagsüber wider?
(Bitte nur eine Aussage wählen, diejenige, die am ehesten zutrifft)

A) Die Pflege wird in **einzelne Tätigkeiten** aufgeteilt. Die Stationsleitung/ Vertretung weist den Mitarbeitern je nach eingeschätzten Kompetenzen anfallende Aufgaben zu. Somit sind pro Dienst bestimmte Personen jeweils für die Durchführung bestimmter pflegerischer Tätigkeiten bei allen Patienten zuständig. Patientenrelevante Informationen gehen zumeist direkt an die Stationsleitung. Sie bespricht nahezu alle patienten-spezifischen Belange mit den anderen Mitgliedern im therapeutischen Team. Die Stationsleitung/ Vertretung nimmt eine anweisende und kontrollierende Rolle ein.
B) Eine Station wird in zwei oder mehrere **Bereiche** eingeteilt, die jeweils eine bestimmte Anzahl an Patientenzimmer umfassen. Jedem Bereich sind eine oder mehrere Pflegende und ggf. Pflegehilfskräfte zugeordnet. Diese sind einzelnen Patienten aber nicht für die ganze Dauer des Aufenthaltes zugeteilt.
B1) Für jeweils einen Bereich ist eine Pflegende zuständig, die alle Patienten des Bereichs pflegt.
B2) Für jeweils einen Bereich gibt es eine hauptverantwortliche Pflegende, der weitere Mitarbeiter zugeordnet sind. Die Pflege wird in einzelne Tätigkeiten aufgeteilt. Die hauptverantwortliche Pflegende weist den Mitarbeitern je nach eingeschätzten Kompetenzen anfallende Aufgaben zu.
B3) Für jeweils einen Bereich gibt es eine hauptverantwortliche Pflegende, der weitere Mitarbeiter zugeordnet sind. Die hauptverantwortliche Pflegende weist den Mitarbeitern je nach eingeschätzten Kompetenzen Patienten zur eigenständigen Pflege zu. Diese Mitarbeiter führen normalerweise alle bei ihren Patienten anfallenden Pflegetätigkeiten durch.
C) Jedem Patienten ist eine **während der ganzen Dauer des Aufenthalts** verantwortliche Pflegende zugeteilt.
C1) Eine benannte Pflegende übernimmt **dienstübergreifend** die Verantwortung für den pflegerischen Prozess von Patienten von deren Aufnahme bis zur Entlassung. Sie ermittelt den individuellen Pflegebedarf, plant und überprüft die Pflege und passt den Plan an. In Abwesenheit übernimmt eine weitere benannte Pflegende/Prozessverantwortliche diese Aufgabe. **Die Durchführung der Pflege erfolgt mehrheitlich durch andere** Pflegende. Die Stationsleitung/Vertretung übernimmt in dieser Organisationsform eine beratende und unterstützende Rolle.

C2) Eine benannte Pflegende übernimmt **dienstübergreifend** die Verantwortung für die Pflege von benannten Patienten von deren Aufnahme bis zur Entlassung von der Station. Sie ermittelt den individuellen Pflegebedarf, plant und überprüft die Pflege und passt den Plan an. **Sie führt die Pflege**, wann immer möglich, selber durch. Sie kann darin durch zugeordnete Pflegende oder Pflegehilfskräfte unterstützt werden. In Abwesenheit hat sie eine Stellvertretung. Die Stationsleitung/Vertretung übernimmt in dieser Organisationsform eine beratende und unterstützende Rolle. [40]

Abbildung 18 zeigt, dass 21% der Pflegenden B2 als ihre Organisation der stationären Pflege wahrgenommen haben. B3 wurde von 17% der Befragten als passendes Organisationskonzept ausgewählt. 55% des Pflegepersonals ordnet die Pflegeorganisation der Beschreibung von C1 zu, 4% der Beschreibung zu C2. Die praktizierte Organisation der Pflege konnte von 3% der Teilnehmer nicht beurteilt werden.

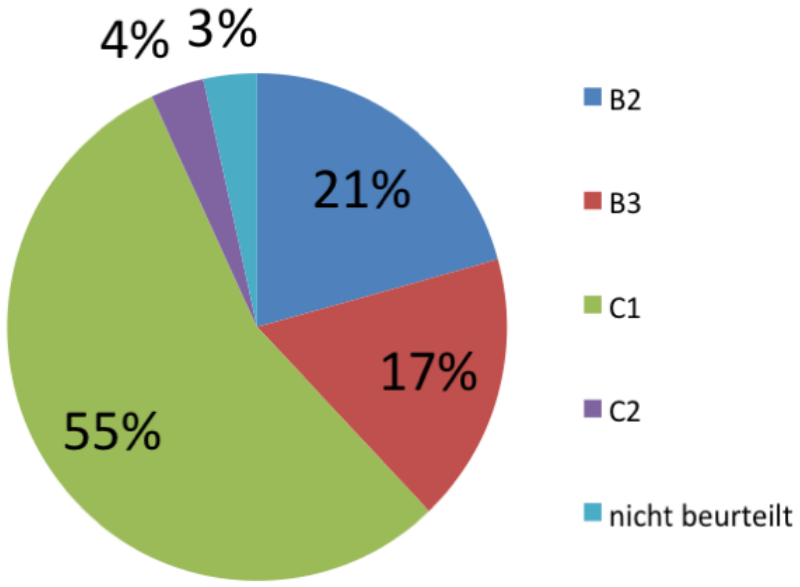

Abbildung 18: Auswertung der Ergebnisse zu Frage 18 IzEP – Pfle - Fragebogen Pflegende

4.3 Umsetzungsgrad des Pflegeorganisations-systems

Die Evaluierung des Pflegeorganisationskonzepts Primary Nursing zeigt, dass eine Umsetzung von Primary Nursing auf den akutgeriatrischen Stationen auf einem Mittelwert von 74,5% (~75%) erfolgt. Aus den Einzelprofilergebnissen der jeweiligen Stationen lässt sich insgesamt ableiten, dass die Orientierung am Konzept (Durchdringungsgrad) und das Rollenverständnis (wahrgenommene Autonomie durch die Pflegende) hochgradig bewertet wurden. Die personelle Kontinuität im Pflegeprozess wurde mittelgradig umgesetzt. Die Verantwortung und Kontinuität, sowie die Kommunikation weisen einen geringen Umsetzungs-grad auf. Die Daten dieser Querschnittstudie belegen im Gesamten eine positive Veränderung in der Pflegeorganisation. Die stationäre Pflege richtet sich auf den Stationen AGO B und D nach dem Konzept des Primary Nursings. Es ist davon auszugehen, dass einige beeinflussende Faktoren dieses Ergebnis begünstigten bzw. sich auf den Stationen AGO A und C nachteilig auswirkten. Diese werden im nächsten Kapitel näher erläutert und diskutiert.

5 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die im letzten Kapitel angeführten Auswertungen der Ergebnisse liefern zum größten Teil positive Veränderungen - eine Umsetzung des Pflegeorganisationskonzepts Primary Nursing in der Praxis. Aufgrund von unterschiedlich, zu berücksichtigen Einflussfaktoren wird die Aussagekraft der Ergebnisse allerdings geschwächt. Es ist anzunehmen, dass deutlich bessere Ergebnisse in einzelnen Dimensionen auf bestimmten Stationen hätten erreicht werden können. Nachfolgend werden die Ergebnisse diskutiert, auf Stärken und Schwächen der Untersuchung eingegangen, und abschließend Implikationen für die Pflegepraxis aufgestellt.

5.1 Einflussfaktoren

Die Einführung von Primary Nursing garantiert laut Manthey (2011) keine Steigerung der Pflegequalität. Die Sicherstellung einer menschlichen oder persönlichen Qualität von Pflege ist für das heutige Gesundheitswesen eine ständige Herausforderung. Primary Nursing kann nicht gelebt werden, wenn sich die Primary Nurse für längere Zeit im Krankenstand oder im Urlaub befindet. Auch der Beschäftigungsgrad des Pflegepersonals spielt bei einer erfolgreichen Umsetzung von Bezugspflege eine wesentliche Rolle. So gelingt Primary Nursing nur bei einer vermehrten Vollzeitbeschäftigung des Pflegepersonals. Bei teilzeitbeschäftigten Pflegenden kann Primary Nursing nur mittelgradig umgesetzt werden. Eine hohe Bereitschaft des Personals, die Arbeitszeit von Montag bis Freitag auszudehnen, fördert die Kontinuität in der Organisation der Pflege sowie die MitarbeiterInnenzufriedenheit und dadurch auch eine gelungene Umsetzung von Primary Nursing. Einflussfaktoren wie die Aufenthaltsdauer der PatientInnen sowie die Größe der Station sind im Rahmen der Bezugspflege zu beachten. Je länger die Aufenthaltsdauer (> 20 Tage) eines/einer Patienten/Patientin ist, desto schwieriger wird es, Primary Nursing kontinuierlich zu leben. Eine stetige Anwesenheit der Primary Nurse während einer langen Aufenthaltsdauer des/der Patienten/Patientin wird sich in Anbetracht der genannten Einflussfaktoren in der Praxis als schwierig erweisen. Des Weiteren sehen sich Stationen mit hoher Bettenanzahl mit größeren Schwierigkeiten einer erfolgreichen Umsetzung von Primary Nursing konfrontiert, als kleine Stationen wie beispielsweise im Intensiv-

bereich, wo ein kleines Team für eine kontinuierliche pflegerische Versorgung ausreicht. Zudem ist eine flächendeckende Planung der Entlassung ein weiterer wichtiger Bestandteil für eine erfolgreiche Umsetzung der Bezugspflege. Ohne funktionierendes Entlassungsmanagement kann Primary Nursing nicht erfolgreich durchgeführt werden. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Durchführung der Anamnese und Pflegeplanung, die Evaluierung, sowie das Entlassungsmanagement von derselben Pflegeperson durchgeführt werden soll, damit eine erfolgreiche Umsetzung von Primary Nursing sichergestellt werden kann.

5.2 Stärken und Limitationen des Praxisprojektes

Für diese Querschnittstudie bestanden Limitationen und Stärken, die an dieser Stelle zu nennen sind. Da das Praxisprojekt auf einem Erhebungszeitpunkt basiert, können nur Aussagen über die aktuelle Situation und über erste Veränderungen getroffen werden. Über Ursache – Wirkungsbeziehung können keine Aussagen getroffen werden. Ziel war es, das Praxisprojekt wissenschaftlich zu begleiten und den Umsetzungsgrad des Pflegeorganisationskonzepts im vorhandenen Rahmen zu evaluieren. Die Größe der Stichprobe zum Erhebungszeitpunkt ist für aussagekräftige Ergebnisse zu gering. Es wurden nur MitarbeiterInnen des Hauses befragt, daher weist die Studie eine hohe interne Validität auf. Eine Generalisierbarkeit oder eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Häuser ist unter diesen Umständen nicht gegeben. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass der Erhebungsbogen teilweise lückenhaft oder unleserlich ausgefüllt wurde. Fehlende Daten können zu einer Verzerrung der Ergebnisse beitragen und die Aussagekraft schmälern. Trotzdem konnte insgesamt eine hohe Rücklaufquote erreicht werden. SozialarbeiterInnen äußerten sogar explizit den Wunsch, bei der Befragung mitzumachen und ihre Sicht zum Pflegesystem mitzuteilen. Das Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen wurde noch nicht umfassend hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften getestet, aus diesem Grund sind die erhobenen Daten, die daraus gewonnenen Ergebnisse sowie die daraus gezogenen Folgerungen kritisch zu betrachten. Die Inter-rater-Reliabilität, Test-Retest-Reliabilität und Kriteriumsvalidität wurden einer Prüfung unterzogen. Weitere Untersuchungen zu Benchmarks, Einfluss struktureller Rahmenbedingungen, Patientenwahrnehmung, Bezugspflege in den ambulanten Pflegediensten sowie im Intensivbereich, und eine Evaluation von Veränderungen

des Pflegesystems wurden von den Autoren des Handbuches für IzEP durchgeführt. [40] Zu den wesentlichen Stärken der Studie zählt das methodische Vorgehen. Die standardisierten Fragebögen ermöglichen Vergleiche über einen bestimmten Zeitraum zwischen einzelnen Einrichtungen, sowie international im Bereich der Akutgeriatrie. Durch die Erhebung der Perspektiven aller an der Versorgung des/der Patienten/Patientin beteiligten Berufsgruppen kann ein weitreichender, aktueller Stand der Pflegepraxis aufgezeigt werden.

5.3 Barrieren in der Umsetzung

Eine Präsentation und Besprechung der Ergebnisse des Projektes fand am 08.05.2015 unter Anleitung der Pflegedienstleiterin Frau Sallegger und in Anwesenheit aller Stationsleitungen in den Geriatrischen Gesundheitszentren statt. Folgende Rückmeldungen wurden in die Diskussion der Ergebnisse miteinbezogen: Aus Sicht der Pflegenden wurde der Fragebogen als zu lang und mit teilweise wiederkehrenden Formulierungen eingestuft. Er wurde zudem teilweise missverstanden und musste dem/der betroffenen Mitarbeiter/in nochmals vom Team erklärt werden. Dies könnte eine Ursache für die teilweise lückenhaft ausgefüllten Fragebögen sein. Auf der Station AGO D wurden kurz vor der Durchführung der Befragung einige neue MitarbeiterInnen eingestellt. Diese erfüllten zwar die Voraussetzungen der Erhebung, jedoch kann die kurze Beschäftigungsdauer von mindestens 3 Monaten das Ergebnis im Vergleich zu den anderen Stationen beeinflussen.

Auch Angehörige gaben an, dass manche Fragen unklar, oder die möglichen Antwortkategorien zu stringent ausgerichtet waren. Dies zeigt, dass der Fragebogen für das Personal und für Angehörige eine Schwäche in der korrekten Formulierung aufweist. Die Auswertung der Ergebnisse zu Frage 6 (Fragebogen für Angehörige) zeigt, dass 46% der Befragten die Pflege des/der Patienten/ Patientin nicht beurteilen zu konnten. Aufgrund des Schichtdienstes und des damit verbundenen Personalwechsels, sowie Besuchszeiten der Angehörigen, die sich häufig auf den Nachmittag erstrecken, fühlten sie sich vermehrt nicht in der Lage, die Frage bezüglich wechselnder Pflegepersonen bzw. einer haupt-verantwortlichen Pflegeperson zu beantworten.

Die Auswertung der Frage 5 des Patienten-Fragebogens zeigt, dass die aktuelle Pflege zwar noch nicht ausreichend nach dem Konzept Primary Nursing durchgeführt, aber in eine wünschenswerte Richtung geht. Vergleichsweise wenige PatientInnen (19%) haben den Eindruck, jeden Tag eine andere Pflegeperson zu Gesicht zu bekommen.

Frage 18 aus dem Fragebogen des Pflegepersonals beschreibt die aktuelle Pflegeorganisation der Station aus Sicht des Pflegeteams. Antwortmöglichkeiten der Gruppe B stellen eher eine „realistische" Pflegeorganisation dar. Antworten der Gruppe C hingegen entsprechen einer optimalen Organisation der Pflege nach dem Konzept Primary Nursing. Mehr als die Hälfte (59%) ordnete die vorherrschende Pflegeorganisation der Gruppe C zu. Abhängig von den Kenntnissen über Pflegeorganisationskonzepte und der Ehrlichkeit der Befragten, kann diese Frage unterschiedlich bewertet werden. Es besteht die Möglichkeit, dass nur das ausgewählt wird, das aus Sicht des Personals erwartet wird, aber nicht den Tatsachen entspricht. Der Durchdringungsgrad ist, mit Ausnahme der Station AGO D, sehr hoch. Daraus ist zu schließen, dass die Mehrheit der Befragten Kenntnisse über Primary Nursing besitzt. Anzumerken ist jedoch, dass zum Erhebungszeitpunkt auf der Station AGO D neue MitarbeiterInnen und Ärzte/Ärztinnen eingestellt wurden und dies das Ergebnis beeinflussen kann.

Auf der Station AGO A war die Primary Nurse während des Zeitraumes der Datenerhebung häufig im Krankenstand. Daher wurden bei der Auswertung der Merkmale Verantwortung und Kommunikation niedrige Werte erzielt. Ist die Primary Nurse nicht anwesend, kann sie auch nicht kommunizieren. Die Kommunikation wird zudem stark vom Verhalten der Angehörigen beeinflusst und ist differenzierter zu betrachten. Ist der/die PatientIn weitgehend selbstständig, so ist eine intensive Unterstützung durch die Angehörigen nicht notwendig, und die Besuchszeiten verringern sich. Auch die sonst häufig geführten Verlaufsgespräche zwischen einer Pflegeperson und den Angehörigen reduzieren sich in diesem Fall. Da am Nachmittag in der Regel nur mehr wenig Personal auf den Stationen vertreten ist, und Angehörige überwiegend am Nachmittag zu Besuch kommen, verläuft sich die Kommunikation auf einen eher eingeschränkten Bereich. Die personelle Kontinuität im Pflegeprozess war auf den Stationen AGO A und C nicht ausreichend gegeben. Aus der Dokumentenanalyse geht hervor, dass ver-

schiedene Pflegepersonen - und nicht ausschließlich die Primary Nurse - dokumentiert haben. Durch vermehrte Fortbildungsmaßnahmen (mittleres Pflegemanagement, Bachelor Pflegewissenschaften und Master Pflegewissenschaften), die während des Erhebungszeitpunktes stattgefunden haben, kam es zu vereinzelten Ausfällen, die das Ergebnis beeinflussen und daher entsprechend berücksichtigt werden müssten. Die Aufenthaltsdauer des/der Patienten/Patientin beeinflusst die Umsetzung von Primary Nursing maßgeblich. Je länger die Aufenthaltsdauer der PatientInnen ist, desto höher ist das Risiko der in diesem Zeitraum auftretenden Krankenstände und Fortbildungen (oft Blöcke von drei Tagen) der Pflegepersonen. Zusätzlich sind viele Pflegepersonen auf der AGO A in Teilzeit beschäftigt. Dies erschwert die personelle Kontinuität im Pflegeprozess. Das Aufnahme- und Entlassungsmanagement stellt bei allen AGO Stationen eine Herausforderung dar. Auf der AGO A übernimmt häufig eine Pflegeperson die Aufnahme, eine andere Pflegeperson jedoch die Planung der Pflege. Ein erfolgreiches Entlassungsmanagement gelingt jedoch nur, wenn die Aufnahme, Planung und Entlassung des/der Patienten/Patientin durch die Primary Nurse erfolgt. Durch die verstärkte Teilzeitbeschäftigung des Personals oder durch zeitgleich stattfindende Besprechungen werden PatientInnen zu einem Zeitpunkt entlassen, wo die Primary Nurse nicht mehr anwesend ist.

5.4 Implikationen für die Pflegepraxis

Wie bereits einleitend erwähnt, stellt die Durchführung der Anamnese und Pflegeplanung, die Evaluierung sowie die Entlassung des/der Patienten/Patientin bestenfalls durch dieselbe Primary Nurse eine wichtige Implikation für die Pflegepraxis dar. Generell ist festzuhalten dass bei hohem Personalausfall die Pflegeorganisation nicht mehr richtig funktionieren kann. Bestimmte Lösungsansätze können aber entsprechend eingesetzt werden. Um ein erfolgreiches Aufnahme- und Entlassungsmanagement gewährleisten zu können, sollten Besprechungen auf frühestens 14 Uhr verlegt werden, da Neuzugänge erfahrungsgemäß um 13 Uhr stattfinden. Die Primary Nurse ist oft zeitgleich in Besprechungen und dadurch verhindert, bei der Aufnahme auf der Station persönlich anwesend zu sein. Ein Fortbildungsplan und eine langfristige Dienstplangestaltung, die jeder einsehen kann, verhindern kurzfristige Personalausfälle, welche die Kontinuität im Rahmen des Primary Nursing negativ

beeinflussen können. Der Schichtdienst wird als eine wesentliche Störgröße hinsichtlich eines kontinuierlichen Bezugspflegeprozesses genannt. Probleme, die durch die Teilzeitbeschäftigung auftreten, können durch die Einführung einer Personalrotation innerhalb der vier Stationen weitgehend gelöst werden. Dabei ist es die Aufgabe der Stationsleitung, den Zweck der Verteilung der Teilzeit-mitarbeiterInnen darzulegen und die Vorteile, die sich daraus ergeben, verstärkt zu kommunizieren. Nur bei ausreichender Flexibilität und Compliance der MitarbeiterInnen funktioniert eine effektive Personalrotation, ohne dabei Unzufriedenheit des Personals hervorzurufen. Grundsätzlich sollte der Stellenanteil der Primary Nurse nicht unter 75% liegen. Eine klare und vollständige Übergabe und patientenrelevante Informationen der Primary Nurse an ihre Vertretung ist für eine erfolgreiche Umsetzung von Primary Nursing unumgänglich. Die Einführung einer Kernarbeitszeit (z.B. Montag bis Freitag 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr) für die Primary Nurse wäre eine weitere Möglichkeit, die Kontinuität besser planen zu können. Grundsätzlich muss der Durchdringungsgrad von Primary Nursing und das Engagement der MitarbeiterInnen weiterhin gesteigert werden, indem die Pflegedienstleitung regelmäßig mit dem interdisziplinären Team, sowie die Stationsleitung mit dem Pflegepersonal kommuniziert, und die Bedeutung von Bezugspflege hervorhebt. Aufkommende Unklarheiten und positive Entwicklungen können in Reflexionsgesprächen besprochen werden. Als zusätzliche Strategie zählen weiterführende Schulungen zu Primary Nursing, um sich mit dem System intensiver auseinanderzusetzen und um das Pflegekonzept individuell für die Station weiterentwickeln zu können. Dabei sollten auch klare Regeln bezüglich der Rollenübernahme als Primary Nurse oder Associate Nurse formuliert werden. Hier gilt es klar zu definieren, wann eine Pflegeperson die Rolle der Primary Nurse bzw. der Associate Nurse übernehmen kann. [41]

Im Rahmen des Primary Nursing sollte auch eine Form der Unterstützung des Pflegepersonals in Betracht gezogen werden, wie deren Fähigkeit bestmöglich gefördert werden kann, eine Beziehung zu den PatientInnen und deren Angehörigen aufzubauen, ohne Gefahr zu laufen, sich emotional zu sehr damit zu belasten. Dazu sollten dem Personal Maßnahmen näher gebracht werden - beispielsweise in Form von Veranstaltungen - wie das Durchsetzungsvermögen und das Argumentationsgeschick der Pflegenden in Konfliktsituationen gestärkt werden kann. Zusätzlich kann die Primary Nurse auch die Rolle als Coach

einnehmen und das Pflegeteam entsprechend unterstützen. Das Konzept des Co-Primary Nursings bietet eine mögliche Lösung bei der Unterbrechung der Pflegekontinuität durch die Primary Nurse. Bei diesem Konzept werden zwei Primary Nurses, die sich gegenseitig ablösen, einem/einer Patienten/Patientin zugeteilt. Sind beide Primary Nurses nicht im Dienst, übernehmen dritte bzw. vierte Pflegende Associate Nurses die Pflege. Dieses Konzept erweist sich im Intensivbereich bei einem 12-Stunden Dienst als besonders erfolgreich. [41]

Eine Weiterentwicklung reliabler und valider Instrumente zur Messung des Umsetzungsgrades von Primary Nursing in der Pflegepraxis ist im Bereich der Forschung erforderlich. Um weitere Implikationen für eine Verbesserung der Pflegepraxis anstellen zu können, sind zusätzliche Untersuchungen zum Umsetzungsgrad von Primary Nursing und die dabei auftretenden Barrieren in der Akutgeriatrie durchzuführen.

6 SCHLUSSBETRACHTUNG UND AUSBLICK

Das Arbeiten innerhalb bürokratischer Strukturen sowie die Präsenz und der häufige Einsatz fortschrittlicher Technologie, gefährden eine „menschliche“ und persönliche Qualität der Pflege. Ein wesentliches Anliegen von Primary Nursing ist eine persönliche Pflege, die dem entmenschlichendem Prozess entgegen wirken soll. Denn nicht nur die Struktur und Organisation eines Krankenhauses kann den/die Patienten/Patientin in den Hintergrund stellen, sondern auch die Durchführung der Leistungen am/an der Patienten/Patientin. [37] Das Konzept von Primary Nursing erweist sich als eine gute Methode, die Pflege „human“ zu organisieren. Primary Nursing ordnet Menschen (Pflegepersonen) Menschen (PatientInnen) zu. [29] Es unterstützt zudem die PatientInnen, ihr volles Leistungsvermögen auszuschöpfen. Ein System oder ein Konzept ist aber immer nur so gut, wie sein Anwender. Das wertvollste Gut eines Pflegeorganisationskonzeptes sind die Pflegenden. Auf den Akutgeriatrischen Stationen der Albert Schweitzer Klinik wurde Primary Nursing nach deren Implementierung erfolgreich umgesetzt. Daraus lässt sich schließen, dass eine gute Überzeugungsarbeit geleistet wurde, und diese Veränderung der Organisation nicht “von oben herab“ diktiert wurde, sondern mit Hilfe des Bottom-Up Ansatzes diskutiert und schließlich erfolgreich implementiert wurde. Die Idee von Manthey „my patient – my nurse“ setzt einen hohen Grad an Autonomie der Pflegenden voraus. Dies ermöglicht im Gegenzug eine hohe Pflegequalität – der/die PatientIn im Mittelpunkt. [13] Denn je vertrauter die Kommunikation zwischen dem/der Patienten/Patientin und der Pflegeperson ist, desto zufriedener ist auch der/die PatientIn. Die Pflegeperson wiederum ist fähig, eine gute Kommunikationsstruktur aufzubauen, wenn sie im Berufsfeld ein hohes Maß an Autonomie erlebt. Diese Komponenten sind an eine hohe Berufszufriedenheit gekoppelt. In Anbetracht der Tatsache des heutigen Zeitmangels ist diese Form der Pflege jedoch schwer in der Praxis umzusetzen. Eine hilfreiche Maßnahme wäre es, eine höhere Anzahl an Pflegenden einzustellen. Studien haben jedoch gezeigt, dass dies nicht automatisch zu einer höheren Pflegequalität führen muss. Mehr Pflegepersonal bedeutet nicht unbedingt bessere Kommunikation zwischen Pflegenden und PatientInnen. [19] Der Schwerpunkt der Qualitätssicherung bei Primary Nursing liegt nicht mehr auf der

Prozessqualität - die Beurteilung der Pflegedurchführung, sondern auf der Ergebnisqualität - das Pflegeoutcome. [37]
Aus Sicht des Managements stellt die Einführung von Primary Nursing eine Lösung dar, auf die zunehmende Arbeitsbelastung und gleichzeitige Reduzierung der Anzahl von Arbeitskräften zu reagieren. Eine routinemäßige Ausführung der Pflege garantiert nicht mehr die Effektivität einer pflegerischen Tätigkeit und führt zur Verschwendung von Ressourcen. Primary Nursing schätzt im Gegensatz dazu den Pflegebedarf des/der Patienten/Patientin individuell ein, um in weiterer Folge nur die Tätigkeiten, die der/die PatientIn tatsächlich benötigt, auszuführen. Manthey (2011) ist der Meinung, dass auch fähige PflegehelferInnen die Rolle der Primary Nurse übernehmen können. Mischo-Kelling (2007) sieht Primary Nursing als ein Konzept, welches einrichtungs- und stationsspezifisch individuell gestaltet werden muss. [1,2] Hier sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Österreich eventuell zu überdenken.

Primary Nursing findet auch in der Psychiatrie und im Intensivbereich immer größere Verbreitung. In der psychiatrischen Pflege ist der Beziehungsprozess aufgrund von Störungen in der Beziehungsfähigkeit des Betroffenen bedeutsam. Gerade im Bereich der Suchtaufnahmestation stößt die Bezugspflege an ihre Grenzen, da die Verweildauer der PatientInnen meist nur kurz ist, und die somatischen Komponenten der Erkrankungen eine gut umsetzbare Bezugspflege verhindern. [27] Dennoch sollte das Konzept der Bezugspflege in der psychiatrischen Pflege weiterhin dringend praktiziert werden, da sich längerfristig beachtliche Vorteile für den/die Patienten/Patientin entwickeln können. Im Intensivbereich lässt sich die Bezugspflege aufgrund einer sehr geringe Anzahl an PatientInnen und eines kleinen Pflegeteams wesentlich leichter umsetzen.
Primary Nursing ist ein mögliches Konzept gegen ökonomische Zwänge und gegen den Mangel an Pflegepersonal, sowie der richtige Weg, trotz immer kürzerer Liegezeiten in den Krankenhäusern, eine persönliche und professionelle Beziehung zu den PatientInnen zu gewährleisten. Primary Nursing sollte methodisch nicht als ein zeitlich begrenztes Ereignis gesehen werden, sondern als Ziel eine schrittweise Umgestaltung der gängigen Praxis haben. Regelmäßige Erhebungen neuer Querschnittsdaten, retrospektiv nach der Implementierung von Primary Nursing, sollten im Rahmen der Evaluierung des Umsetzungsgrades stattfinden. Um den Umsetzungsgrad von Primary Nursing weiterhin steigern zu

können, verlangt es vom gesamten Team ein großes Maß an Anpassungsvermögen und Belastbarkeit, sowie Flexibilität im Sinne einer personenzentrierten Behandlung und Interaktionsfähigkeit. So kann Bezugspflege weiterentwickelt und interdisziplinär verankert werden.

7 LITERATURVERZEICHNIS

[1] Manthey M. *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem*.3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2011.

[2] Mischo-Kelling M, Schütz-Pazzini P. *Primäre Pflege in Theorie und Praxis.Herausforderungen und Chancen*. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2007.

[3] Löser A. *Pflegekonzepte nach Krohwinkel. Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: schnell, leicht und sicher*. 2. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG; 2004.

[4] Kerres A. Seeberger B. *Gesamtlehrbuch Pflegemanagement*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2005.

[5] Lauster M. Drescher A. *Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe*. 6., vollständige Auflage. München: Urban & Fischer Verlag/ Elsevier GmbH; 2014. p. 58-61.

[6] Josuks H. *Primary Nursing: ein Konzept für die ambulante Pflege*. *Ein Leitfaden zur Implementierung eines neuen Pflegesystems*. 2., aktualisierte Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG; 2008.

[7] Bartholomeyczik S. Linhart M. Mayer H. Mayer H. *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie*. 1. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2008. p.92.

[8] Mayer H. *Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung*. 4.,aktualisierte Auflage. Wien: Facultas Verlag; 2007. p.98,104.

[9] Leistungen/Akutgeriatrie/Remobilisation [Internet]. Graz: Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz; 2014 [cited 2015 May 13]. Available from: http://www.ggz.graz.at/ggz/content/viewfull/103

[10] Bücker T.*Teamorganisation mit Primary Nursing. Ein systemischer Organisationsentwicklungsansatz im Krankenhaus*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG; 2006.

[11] Stuhl T. *Primary Nursing in der stationären Altenpflege*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG; 2006.

[12] Mayer B. *Primary Nursing im geriatrischen Bereich aus Sicht der PatientInnen und Angehörigen*. Medizinische Universität Graz: Masterarbeit; 2010.

[13] Gorajek-Jozwik J. *Primary Nursing in Poland:theory and experience.* Journal of Nursing Management. 2014; 12, p.317-321.

[14] Boumans N. Landeweerd J. A Dutch study of the effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. Journal of Advanced Nursing. 1996; 24, p.16-23.

[15] Melchior M. Halfens R. Abu-Saad H. Philipsen H. Van den Berg A. Gassman P. *The effects of primary nursing on work-related factors.* Journal of Advanced Nursing. 1999; p.88-96.

[16] Rigby A. Leach C. Greasly P. *Primary nursing: staff perception of changes in atmosphere and role.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2001; 8, p.525-532.

[17] Laakso S. Routasalo P. *Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents, their family members and nurses.* Journal of Advanced Nursing. 2001; p.475-483.

[18] Manthey M. Ciske K. Robertson P. Harris I. *primary nursing.a return to the concept of „my nurse" and „my patient*. Nursing Forum. 1970; Volume IX No.1: p.64-84.

[19] Caris-Verhallen W. Kerkstra A. Bensing J. *Non-verbal behavior in nurse-elderly patient communication.* Journal of Advanced Nursing. 1999; 29(4), p.808-818.

[20] Tewes R. *Der Blick über den Tellerrand. Starke Persönlichkeiten sorgen für Innovationen in der Pflege.* ProCare. 12/2009; p. 6-9.

[21] Endikrat S. *Bezugspflege. Beziehung im Mikrokosmos*. Psych Pflege. 2013; 19, p.74-77.

[22] Von Arx-Strässler F. Erzinger-Manea E. *Die Bezugspflege – Ein patientenorientiertes Pflegesystem.* Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie. 2008; 212.

[23] Laschewski W. *Erfahrungsbericht über ein Modellprojekt. Bezugspflege im Dreischichtbetrieb – geht das wirklich?* Psych.Pflege. 2011; p. 45-49.

[24] Caris-Verhallen W. Gruijter I. Kerkstra A. Bensing J. *Factors related to nurse communication with elderly people.* Journal of Advanced Nursing. 1999; p.1106-1117.

[25] Tschinke I. *Dezentral organisierte Qualitätssicherung am Beispiel der Organisationsform Bezugspflege.* Psych.Pflege. 2003; p. 210-213.

[26] Dobrin Schippers A. *Primary Nursing: Glossar wichtiger Begriffe.* [Internet]. Printernet Community. Netzwerk Primary Nursing Arbeitsgruppe IzEP© 07-08/06 [cited 2015 May 18]. Available from: http://www.printernet.info/artikel.asp?id=643

[27] Tropper B. Dondalski J. *Die Bezugspflege im Fokus der Betrachtung. Eine Bestandsaufnahme am Beispiel der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen*. Psych.Pflege. 2001; p.209-213.

[28] Nowak-Zincke A. Schmitz F. Einsiedel R.Klinikweite *Implementierung der "Kongruenten Beziehungspflege" und der " Bezugspflege" auf pflegewissenschaftlicher Grundlage.* Psych.Pflege. 2009; p.233-239.

[29] Böttner S. *Möglichkeiten und Grenzen der Bezugspflege bei mehrfachabhängigen Menschen im Rahmen einer stationären Entzugsbehandlung.* Psych Pflege. 2007; 13:5, p. 5-10.

[30] Neeham I. Abderhalden C. *Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege.* Psych Pflege. 2002; 8, p. 189-193.

[31] Richards T. Coulter A. Wicks P. *Time to deliver patient centred care*. BMJ Publishing Group Ltd. 2015; 350:h530 doi: 10.1136/bmj.h530.

[32] Pillen A. *Psychotraumatologie in der Bezugspflege*. Psych Pflege. 2011; 17, p.262-266.

[33] Schulz M. Krause P. *Zwischen Bezugspflege und Primary Nursing – auf dem Weg zu einer evidenzbasierten und personenorientierten Pflegeorganisationsform.* Psych Pflege. 2003; 9, p.242-248.

[34] Fuchs A. *Die Einführung von Bezugspflege auf einer psychiatrischen Station und deren Widerspiegelung im Team*. Psych Pflege. 2006; 12, p. 34-41.

[35] Deutsches Netzwerk Primary Nursing. *Merkmale von Primary Nursing. Eine Orientierung und Handlungshilfe zur Umsetzung der pflegerischen Organisationsform Primary Nursing*. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V. 2008; p.2-11.

[36] Duffy J. *Quality Caring in Nursing. Applying theory to clinical practice, education and leadership*. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2009.

[37] Ersser S. Tutton E. *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems.* 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2000.

[38] Fröhlich M. Handel E. *Die Implementierung von Bezugspflege im intensivpflegerischen Setting – Evaluation mit dem Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP)*. Pflege. 2013; 26(5):357-367.

[39] Dobrin Schippers A. *Systematische Weiterentwicklung der Bezugspflege.* Psych Pflege. 2015: 21:94-98.

[40] Abderhalden C. Baraka A. Becker C. Dobrin Schippers A. Feuchtinger J. Schori E. Welscher R. *Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP* © .Handbuch. 2. Auflage. Bern: Verlag Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste; 2010.

[41] Rebitzer G. *Implementierung des Pflegeorganisationssystem Primary Nursing im Erwachsenen-Intensivpflegebereich in Form eines Pilotprojektes. Eine Evaluationsstudie.* Wien: Dissertation; 2013.

8 ANHANG

8.1 IzEP© – Pat – Fragebogen Patienten

	Ist der Patient / die Patientin informiert? **Einverständnis immer noch OK?** Wenn in der Institution durch eine globale Regelung erlaubt: Demografische Angaben (Alter etc.) aus der Dokumentation entnehmen. Wenn nein: Bei Patienten direkt erfragen.
	Frage: 1 [PA1_6] **Geschlecht?**
o	Männlich
o	Weiblich
	Frage: 2 [PA2_6] **Welcher Altersgruppe gehört der Patient an?**
o	0 - 12 Jahre
o	13 -18 Jahre
o	19 - 65 Jahre
o	66 - 85 Jahre
o	Mehr als 85 Jahre
	Frage: 3 [PA3_6] **Wie oft war der Patient in den letzten 10 Jahren schon in ambulanter oder stationärer Pflege?**
o	Jetzt das erste mal
o	Früher schon einmal
o	Früher zweimal oder häufiger
	Frage: 4 [PA4_6] **Wie lange ist der Patient schon auf der Station?**
o	Bis 24 Stunden
o	2 - 3 Tage
o	4 - 7 Tage
o	8 - 14 Tage
o	15 - 30 Tage
o	31 Tage - 3 Monate
o	> 3 - 6 Monate
o	> 6 - 12 Monate
o	Mehr als 1 Jahr

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

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

	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, …)?**
o	Weiss nicht mehr mit wem das Gespräch stattgefunden hat
o	Die für den gesamten Aufenthalt für mich zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende, die seither nie mehr für mich zuständig war
o	Eine Pflegende, die seither mehrmals wieder für mich zuständig war
o	Die Stationsleitung oder jemand, der alle Aufnahmegespräche führt
	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?**
o	Weiss nicht mehr ob solche Gespräche stattgefunden haben
o	So ein Gespräch hat nicht stattgefunden
o	Ja, das Gespräch hat stattgefunden
	(Hinweis) Nur wenn Antwort = Ja weiter zu Frage 16 sonst weiter zu Frage 17*
	Frage: 16 [PA17_4_8] **Wenn ja: <u>Wer aus der Pflege</u> 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?**
o	Weiss nicht wer diese Gespräche geführt hat
o	Die für den gesamten Aufenthalt für mich zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Immer wieder andere Pflegende
o	Eine Pflegende, die oft für mich zuständig ist
o	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")?**
o	Weiss nicht mehr ob das jemand mit mir besprochen hat
o	So ein Gespräch hat nicht stattgefunden
o	Ja, das Gespräch hat stattgefunden
	(Hinweis) Nur wenn Antwort = Ja weiter zu Frage 18 sonst weiter zu Frage 19*

	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")?**
o	Weiss nicht wer mit mir über die Entlassung gesprochen hat
o	Die für den gesamten Aufenthalt für mich zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Immer wieder andere Pflegende
o	Eine Pflegende, die oft für mich zuständig ist
o	Die Stationsleitung oder jemand, der für die Entlassungsvorbereitung bei allen PatientInnen zuständig ist (z.B. Überleitungspflegende, o.ä.)
	Frage: 19 [PA20_6] **Gibt es jemanden unter den Pflegenden, mit dem/der Sie vertrauensvoll über persönliche Sorgen und Anliegen sprechen können?**
o	Weiss nicht, bin noch nie auf diese Idee gekommen, kein Bedarf
o	Nein, Niemand
o	Ja, es gibt jemanden
	(Hinweis) Nur wenn Antwort = Ja weiter zu Frage 20 sonst weiter zu Frage 21*
	Frage: 20 [PA21_4_8] **Wenn ja: Wer ist der/die Pflegende, mit dem/der Sie vertrauensvoll über persönliche Sorgen und Anliegen sprechen können?**
o	Weiss nicht wer das ist
o	Ja, es ist die für den gesamten Aufenthalt für mich zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende, die oft für mich zuständig ist
o	Eine andere Person aus dem Pflegeteam oder die Stationsleitung
	Frage: 21 [PA22_6] **Gibt es jemanden unter den Pflegenden, der/die besonders eng mit dem hier für Sie zuständigen Arzt zusammen arbeitet?**
o	Weiss nicht ob jemand unter den Pflegenden besonders eng mit meinem Arzt zusammenarbeitet
o	Nein, Niemand
o	Ja, es gibt jemanden
	(Hinweis) Wenn Antwort = "Weiss nicht" oder „Nein, Niemand" dann Ende*
	Frage: 22 [PA23_4_8] **Wenn ja: Wer unter den Pflegenden arbeitet besonders eng mit Ihrem Arzt zusammen?**
o	Weiss aber nicht wer
o	Ja, es ist die für den gesamten Aufenthalt für mich zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende, die oft für mich zuständig ist
o	Die Stationsleitung

8.2 IzEP© – An – Fragebogen Angehörige

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

	Frage: 5 [A5_4_8] **Mit wem hatten Sie dieses Gespräch? War das …**
o	Weiss nicht mehr
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Die im jeweiligen Dienst für den Patienten zuständige Pflegende
o	Eine beliebige Pflegende aus dem zuständigen Bereich/ Gruppe
o	Eine Pflegende die Zeit hatte
o	Eine leitende Pflegende (z.B. die Stationsleitung, Gruppenleitung, Schichtleitung)
o	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:**
	(Bitte nur eine Aussage wählen, diejenige, die am ehesten zutrifft) Mein Angehöriger erlebt ***überwiegend***, …
o	Weiss nicht, kann ich nicht beurteilen
o	… dass in fast jedem Dienst eine andere Pflegende für ihn zuständig ist
o	… dass in jedem Dienst mehrere Pflegende für ihn zuständig sind
o	… dass über mehrere Dienste (z.B. Frühdienste) dieselbe Pflegende für ihn zuständig ist
o	… dass eine einzige Pflegende für den gesamten Aufenthalt für ihn zuständig ist

8.3 IzEP© – Pfle – Fragebogen Pflegende

	Hinweise zum Ausfüllen Bitte gehen Sie den Fragebogen der Reihe nach durch und lesen Sie dabei jede Frage! Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie alle Fragen beantworten (lassen) und folgende Anweisungen beachten: Bitte kreuzen Sie in den für Sie zutreffenden Kästchen an Bitte schreiben Sie Ihre Antwort auf die dafür vorgesehenen Linien Bitte überspringen Sie fragen nur dann, wenn im Text ein entsprechender Hinweis gegeben ist Bei vielen Fragen finden Sie zusätzliche Erläuterungen (*kursive Schrift/Intervieweranweisungen*), die Ihnen das Ausfüllen erleichtern.
	Fragen zu Ihrer Person
	Frage: 1 [PF1_6] **Ihr Geschlecht?**
o	Männlich
o	Weiblich
	Frage: 2 [PF2_6] **Wie lange sind Sie nach *Abschluss der Grundausbildung* schon im Pflegeberuf tätig?**
o	Bis 1 Jahr
o	1 bis 2 Jahre
o	> 2 bis 5 Jahre
o	> 5 bis 10 Jahre
o	> 10 Jahre
	Frage: 3 [PF3_6] **Wie lange sind Sie schon auf dieser Station tätig?**
o	Bis 1 Jahr
o	1 bis 2 Jahre
o	> 2 bis 5 Jahre
o	> 5 bis 10 Jahre
o	> 10 Jahre

	Frage: 4 [PF4_6] **Wie viele Fort- oder Weiterbildungstage haben Sie *selbst* in den letzten 12 Monaten besucht (inner- und ausserbetriebliche Veranstaltungen, inkl. Besuch von Tagungen, Kongressen etc.)?** *(2 Kurzveranstaltungen von 1-2 Stunde = ½ Tag)*
○	Keine
○	bis ½ Tag
○	½ bis 1 Tag
○	> 1 bis 3 Tage
○	> 3 bis 5 Tage
○	> 5 bis 10 Tage
○	> 10 Tage
	Frage: 5 [PF5a_5_6] **Haben Sie selbst in den letzten drei Monaten ein arbeitsbezogenes Beratungs-/Unterstützungsangebot in Anspruch genommen (Beratung durch Pflegeexpertin, Supervision, Coaching, in Gruppe oder einzeln)?**
○	Nein
○	Ja
	(Hinweis) Wenn nein: weiter zu Frage 7*
	Frage: 6 [PF5_6] **Wenn ja, welche Unterstützungsangebote haben Sie in den letzten drei Monaten in Anspruch genommen?** *Mehrfachnennungen, alle zutreffenden ankreuzen*
□	Beratung durch PflegeexpertIn/-beraterIn/-spezialistIn
□	Teamsupervision/individuelles Coaching
□	Einzelsupervision / individuelles Coaching
□	Andere
→	

	Fragen zur Pflege auf Ihrer Station
	Frage: 7 [PF10_1_1] **Wie benennen Sie Ihr Pflegeorganisationssystem bzw. die Art und Weise, wie sie ihre Arbeit organisieren?**
o	Wir haben keine besondere Bezeichnung
o	Benennung:
→	
	Frage: 8 [PF11_1_2 / PF12_1_1] **Haben Sie in Ihrer Einrichtung ein schriftlich vorliegendes Leitbild für die Pflege oder den gesamten Betrieb?**
o	Wir haben keins
o	Ich weiss nicht
o	Ja, wir haben eins / mehrere
	(Hinweis) Wenn 1 oder 2: weiter zu Frage 14*
	Frage: 9 [PF13_1_2] **Was sind wichtige Gedanken aus diesem Schriftstück?**
o	Ich weiss nicht
o	Antworten:
→	
	(Hinweis) Wenn 1 oder 2: weiter zu Frage 14*
	Frage: 10 [PF14_1_2] **Wie wird versucht, diese wichtigen Ideen umzusetzen (z.B. bezüglich Arbeit mit den Patienten, oder bezüglich Weiterbildung, Organisation etc.)?**
o	Es wird keine Umsetzung vorgenommen
o	Ich weiss nicht
o	Antworten:
→	
	(Hinweis) Wenn 1: weiter zu Frage 14*
	Frage: 11 [PF15_1_2] **Welche Ergebnisse erwarten Sie aufgrund dieser wichtigen Ideen aus dem Leitbild?**
o	Ich weiss nicht, oder keine Erwartungen bezüglich der Ergebnisse
o	Antwort:
→	
	(Hinweis) Wenn 1: weiter zu Frage 14*

	Frage: 12 [PF16_1_2] **Auf welche Art und Weise wird überprüft, ob diese Ergebnisse erreicht werden?**
o	Weiss nicht, oder wir überprüfen keine Ergebnisse
o	Antwort:
→	
	(Hinweis) Wenn 1: weiter zu Frage 14*
	Frage: 13[PF17_1_2] **Kennen und nutzen Sie die Ergebnisse?**
o	Nein, ich kenne sie nicht
o	Weiss nicht
o	Ja, ich kenne und nutze die Ergebnisse
o	Ja, ich kenne sie, aber nutze sie nicht
	Frage: 14 [PF18_2_3] **Wer ist *verantwortlich* für die Pflege eines einzelnen Patienten?**
	Die Verantwortung liegt bei
o	Weiss nicht
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	vollständig bei der Stationsleitung/stv. Stationsleitung
o	vollständig bei der Gruppen-/Bereichsleitung
o	vollständig bei einer Gruppe von Pflegenden
o	vollständig bei der Pflegenden, die für einen Bereich zuständig ist
o	vollständig bei einer speziell benannten Pflegenden
o	bei einer beliebigen Pflegenden, die im Dienst ist
o	bei allen Pflegenden, die im Dienst sind, beim gesamten Pflegeteam
	(Hinweis) Wenn 1 oder 2: weiter zu Frage 17*
	Frage: 15 [PF19_2_4] **Für welchen Zeitraum gilt diese Verantwortung im Normalfall?**
	Die Verantwortung gilt…
o	Für die Dauer eines Dienstes
o	Für den Teil eines Dienstes (z.B. aufgabenorientierte Runde)
o	Für mehrere aufeinander folgende Dienste oder Arbeitstage, jedoch nicht für die gesamte Aufenthaltsdauer eines Patienten
o	Für den gesamten Aufenthalt eines Patienten
	(Hinweis) Nur wenn 14 =" vollständig bei einer speziell benannten Pflegenden" UND 15= "für gesamten Aufenthalt eines Patienten" weiter zu Frage 16; sonst weiter zu Frage 17*

	Frage: 16 [PF20_2_3] **Gibt es eine Regelung für die Vertretung der Bezugspflegenden bei Abwesenheit?**
○	Ja
○	Nein
	Frage: 17 [PF21 - PF29_2_3] **Nach welchen Kriterien wird ein neu aufgenommener Patient *(je nach System:* der Pflegeperson *oder* der Gruppe *oder* dem Zimmer) zugewiesen?** **Kreuzen sie die 3 wichtigsten Kriterien auf Ihrer Station an.** *Mehrfachnennungen, alle 3 zutreffenden ankreuzen*
	Die Zuweisung erfolgt unter Berücksichtigung von…
□	Kompetenzen der Pflegenden
□	Anwesenheit der Pflegenden in den kommenden Tagen/Wochen
□	Anzahl Patienten, für die die Pflegende bereits zuständig ist
□	Komplexität der Pflege der Patienten, für die die Pflegende bereits zuständig ist
□	Präferenz der Patienten für Geschlecht ihrer Pflegenden
□	Pflegende, die Patienten von früheren Aufenthalten kennt
□	Räumliche Gegebenheiten (z.B. wo ist ein Bett frei?)
□	Keine zu langen Wege
□	Zusammensetzung der Patientengruppe, (wer passt zu wem ins Zimmer)
□	Es trifft keines der aufgeführten Kriterien zu

	Frage: 18 [PF30_2_4] **Welche der folgenden Beschreibungen spiegelt am ehesten die Organisation der Pflege auf Ihrer Station tagsüber wieder?** *(Bitte nur eine Aussage wählen, diejenige, die am ehesten zutrifft)*
o	**A)** Die Pflege wird in **einzelne Tätigkeiten** aufgeteilt. Die Stationsleitung/ Vertretung weist den Mitarbeitern je nach eingeschätzten Kompetenzen anfallende Aufgaben zu. Somit sind pro Dienst bestimmte Personen jeweils für die Durchführung bestimmter pflegerischer Tätigkeiten bei allen Patienten zuständig. Patientenrelevante Informationen gehen zumeist direkt an die Stationsleitung. Sie bespricht nahezu alle patientenspezifischen Belange mit den anderen Mitgliedern im therapeutischen Team. Die Stationsleitung/Vertretung nimmt eine anweisende und kontrollierende Rolle ein.
	B) Eine Station wird in zwei oder mehrere **Bereiche** eingeteilt, die jeweils eine bestimmte Anzahl an Patientenzimmern umfassen. Jedem Bereich sind eine oder mehrere Pflegende und ggf. Pflegehilfskräfte zugeordnet. Diese sind einzelnen Patienten aber nicht für die ganze Dauer des Aufenthalts zugeteilt.
	Es wird zwischen drei Ausprägungsformen unterschieden:
o	**B1)** Für jeweils einen Bereich ist eine Pflegende zuständig, die alle Patienten des Bereiches pflegt
o	**B2)** Für jeweils einen Bereich gibt es eine hauptverantwortliche Pflegende, der weitere Mitarbeiter zugeordnet sind. Die Pflege wird in einzelne Tätigkeiten aufgeteilt. Die hauptverantwortliche Pflegende weist den Mitarbeitern je nach eingeschätzten Kompetenzen anfallende Aufgaben zu
o	**B3)** Für jeweils einen Bereich gibt es eine hauptverantwortliche Pflegende, der weitere Mitarbeiter zugeordnet sind. Die hauptverantwortliche Pflegende weist den Mitarbeitern je nach eingeschätzten Kompetenzen Patienten zur eigenständigen Pflege zu. Diese Mitarbeiter führen normalerweise alle bei ihren Patienten anfallenden Pflegetätigkeiten durch.
	C) Jedem Patienten ist eine **während der ganzen Dauer des Aufenthalts** verantwortliche Pflegende zugeteilt.
	Es wird zwischen zwei Ausprägungsformen unterschieden:
o	**C1)** Eine benannte Pflegende übernimmt **dienstübergreifend** die Verantwortung für den pflegerischen Prozess von Patienten von deren Aufnahme bis zur Entlassung. Sie ermittelt den individuellen Pflegebedarf, plant und überprüft die Pflege und passt den Plan an. In Abwesenheit übernimmt eine weitere benannte Pflegende/ Prozessverantwortliche diese Aufgabe. Die **Durchführung der Pflege erfolgt mehrheitlich durch andere** Pflegende. Die Stationsleitung/Vertretung übernimmt in dieser Organisationsform eine beratende und unterstützende Rolle.
o	**C2)** Eine benannte Pflegende übernimmt **dienstübergreifend** die Verantwortung für die Pflege von benannten Patienten von deren Aufnahme bis zur Entlassung von der Station. Sie ermittelt den individuellen Pflegebedarf, plant und überprüft die Pflege und passt den Plan an. Sie **führt die Pflege**, wann immer möglich, **selber durch**. Sie kann darin durch zugeordnete Pflegende oder Pflegehilfskräfte unterstützt werden. In Abwesenheit hat sie eine Stellvertretung. Die Stationsleitung/Vertretung übernimmt in dieser Organisationsform eine beratende und unterstützende Rolle.

	Frage: 19 [PF31_2_4] **Welche der folgenden Aussagen beschreibt die Situation auf Ihrer Station am ehesten:**
	(Bitte nur eine Aussage wählen, diejenige, die am ehesten zutrifft)
	*Auf unserer Station erleben die Patienten **überwiegend,...***
o	... dass in fast jedem Dienst eine andere Pflegende für sie zuständig ist
o	... dass in jedem Dienst mehrere Pflegende für sie zuständig sind
o	... dass über mehrere Dienste (z.B. Frühdienste) dieselbe Pflegende für sie zuständig ist
o	... dass eine einzige Pflegende für den gesamten Aufenthalt für sie besonders zuständig ist
	Frage: 20 [PF32_2_3] **Welche Kriterien ausser der Sicherstellung der gesetzlichen Regelungen und/oder der festgelegten Minimalbesetzung sind für Sie bei der Erstellung des Dienstplanes am Wichtigsten?**
	Bitte kreuzen Sie nur das wichtigste Kriterium an!
o	Gewährleistung der Kontinuität der Patientenbetreuung
o	Persönliche Bedürfnisse (z.B. Dienstplanwünsche, Anzahl der Dienste am Stück, etc.)
o	Anderes:
→	
	Frage: 21 [PF33_6] **Existieren auf ihrer Station klare, mündliche oder schriftliche Regelungen, welche Pflegenden von anderen Berufsgruppen bei Problemen / Fragen zu einem bestimmten Patienten angesprochen werden sollen?**
o	Ja
o	Nein oder weiss nicht
	Frage: 22 [PF34_6] **Werden im Normalfall von der Pflege Informationen über den Patienten erhoben (entspricht der Pflegeanamnese, Pflegeassessment, pflegerische Situationseinschätzung, Pflegebedarfserhebung etc.)?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn nein, weiter zu Frage 24*

	Frage: 23 [PF35_3_6] **Wenn ja: Wer erhebt im Normalfall diese Informationen (Pflegeanamnese, Pflegeassessment, pflegerische Situationseinschätzung, Pflegebedarfserhebung etc.)?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für diese Erhebung bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 24 [PF36_6] **Werden im Normalfall Pflegeprobleme/Pflegediagnosen (inkl. Risiken/Ressourcen) festgestellt?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn nein : weiter zu Frage 26*
	Frage: 25 [PF37_3_6] **Wenn ja: Wer stellt im Normalfall Pflegeprobleme/Pflegediagnosen (inkl. Risiken/Ressourcen) fest?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für diese Erhebung bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 26 [PF38_6] **Werden im Normalfall Pflegeplanungen erstellt (individuelle oder standardisierte Planung)?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn nein weiter zu Frage 28*

	Frage: 27 [PF39_3_6] **Wenn ja: Wer erstellt im Normalfall Pflegeplanungen (individuell oder standardisiert; bei standardisierten Plänen: wer passt sie für den Patienten an, wer wählt die Standardpläne aus, die bei einem Patienten eingesetzt werden)?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für die Erstellung der Pflegeplanung bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 28 [PF41_3_6] **Wer führt im Normalfall Pflegemassnahmen durch?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für eine bestimmte Tätigkeit bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 29 [PF42_6] **Werden im Normalfall die Auswirkungen der pflegerischen Massnahmen evaluiert/beurteilt?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn nein: weiter zu Frage 31*

	Frage: 30 [PF43_3_6] **Wenn ja: Wer evaluiert/beurteilt im Normalfall die Auswirkungen pflegerischer Massnahmen?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für die Evaluation bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 31 [PF44_6] **Werden Pflegeplanungen im Normalfall angepasst/überarbeitet?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn nein: weiter zu Frage 33*
	Frage: 32 [PF45_3_6] **Wenn ja: Wer passt Pflegeplanungen im Normalfall an/überarbeitet sie?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für die Anpassung/Überarbeitung der Pflegeplanung bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 33 [PF46_6] **Gibt es im Normalfall pflegerische Anteile der Entlassungsplanung, Pflegeüberleitung / Gestaltung der letzten Lebensphase?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn nein: weiter zu Frage 35*

	Frage: 34 [PF47_3_6] **Wenn ja: Wer übernimmt im Normalfall die pflegerischen Anteile der Entlassungsplanung, Pflegeüberleitung / Gestaltung der letzten Lebensphase?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für die pflegerischen Anteile der Entlassungsplanung, Pflegeüberleitung / Gestaltung der letzten Lebensphase bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 35 [PF49_4_8] **Wer begrüsst im Normalfall neu aufgenommene Patienten auf der Station?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für die Begrüssung bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 36 [PF50_6] **Gibt es im Normalfall ein pflegerisches Aufnahmegespräch?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn nein: weiter zu Frage 38*
	Frage: 37 [PF51_4_8] **Wenn ja: Wer führt im Normalfall das pflegerische Aufnahmegespräch?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für das pflegerisches Aufnahmegespräch bei allen Patienten zuständig ist

	Frage: 38 [PF52_6] **Werden im Normalfall anstehender Termine von der Pflege mit dem Patienten besprochen (z.B. Termine für Pflege, Diagnostik, Therapie, etc.)?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn nein: weiter zu Frage 40*
	Frage: 39 [PF53_4_8] **Wer *bespricht* im Normalfall anstehende Termine mit dem Patienten (z.B. Termine für Pflege, Diagnostik, Therapie, etc.)?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für die Besprechung anstehender Termine bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 40 [PF54_6] **Werden im Normalfall von der Pflege Standortbestimmungen mit dem Patienten durchgeführt, d.h. Besprechungen, wie es bisher gegangen ist, wie der aktuelle Stand ist und wie es weitergehen soll?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn nein: weiter zu Frage 42*
	Frage: 41 [PF55_4_8] **Wer führt im Normalfall Standortbestimmungen mit dem Patienten durch, d.h. Besprechungen, wie es bisher gegangen ist, wie der aktuelle Stand ist und wie es weitergehen soll?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für Standortbestimmungen bei allen Patienten zuständig ist

	Frage: 42 [PF56_6] **Werden im Normalfall pflegerische Anteile der Entlassungsplanung, Pflegeüberleitung/Gestaltung der letzten Lebensphase mit dem Patienten besprochen?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn nein: weiter zu Frage 44*
	Frage: 43 [PF57_4_8] **Wer *bespricht* im Normalfall die pflegerischen Anteile der Entlassungsplanung, Pflegeüberleitung /Gestaltung der letzten Lebensphase mit dem Patienten?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für die pflegerischen Anteile der Entlassungsplanung, Pflegeüberleitung / Gestaltung der letzten Lebensphase bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 44 [PF59_4_8] **Wer berichtet in der Pflegeübergabe über den Patienten (z.B. vom Frühdienst an den Spätdienst, Schichtübergabe, Übergabe, Übergaberapport)?** *Hinweis: mündliche und schriftliche Übergabeformen (Einlesen, stille Übergabe etc.) sind gleich zu bewerten*
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für die Pflegeübergabe bei allen Patienten zuständig ist

	Frage: 45 [PF60_4_8] **An wen erfolgt die Pflegeübergabe über den Patienten (z.B. vom Frühdienst an den Spätdienst, Schichtübergabe, Übergabe, Übergaberapport)?** *Hinweis: mündliche und schriftliche Übergabeformen (Einlesen, stille Übergabe etc.) sind gleich zu bewerten*
o	Weiss nicht an wen
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für die Pflegeübergabe bei allen Patienten zuständig ist
o	An alle in der folgenden Schicht zuständigen Pflegenden
o	Zuerst an alle, dann vertieft an die in der folgenden Schicht zuständigen Pflegenden
	Frage: 46 [PF61_6] **Werden Patienten in strukturierten pflegerischen Fallbesprechungen vorgestellt und besprochen?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn nein: weiter zu Frage 48*
	Frage: 47 [PF62_4_8] **Wer stellt in der strukturierten pflegerischen Fallbesprechung im Normalfall den Patienten vor?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende *oder* deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für pflegerische Fallbesprechungen bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 48 [PF63_6] **Wird die pflegerische Situation von Patienten in interprofessionellen Fallbesprechungen vorgestellt?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn nein: weiter zu Frage 50*

	Frage: 49 [PF64_4_8] **Wer stellt in der interprofessionellen Fallbesprechung im Normalfall die pflegerische Situation eines Patienten vor?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende *oder* deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für pflegerische Fallbesprechungen bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 50 [PF66_4_8] **Welche Pflegende ist im Normalfall Ansprechpartner für Fragestellungen zu einem bestimmten Patienten für nichtärztliche Therapeuten (z.B. Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden)?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende *oder* deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der Ansprechpartner für Fragestellungen für nichtärztliche Therapeuten bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 51 [PF68_4_8] **Welche Pflegende ist im Normalfall Ansprechpartner für Fragestellungen zu einem bestimmten Patienten für Ärzte?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende *oder* deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der Ansprechpartner für Ärzte bei allen Patienten ist

	Frage: 52 [PF70_4_8] **Wer führt im Normalfall *pflegerische* Informations- und Beratungsgespräche mit Angehörigen oder anderen externen Bezugspersonen des Patienten?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende *oder* deren Vertretung
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der für Informations- und Beratungsgespräche mit Angehörigen oder anderen externen Bezugspersonen bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 53 [PF71_8] **Ist die Pflege im Normalfall Ansprechpartner für Fragestellungen zu einem bestimmten Patienten für externe Partner (z.B. nachsorgende Dienste, Gemeindepflege)?**
o	Nein
o	Ja
	(Hinweis) Wenn „Nein“: weiter zu Frage 55*
	Frage: 54 [PF72_4_8] **Welche Pflegende ist im Normalfall Ansprechpartner für Fragestellungen zu einem bestimmten Patienten für externe Partner (z.B. nachsorgende Dienste, Gemeindepflege)?**
o	Weiss nicht wer
o	Dieses ist bei uns nicht / nicht klar geregelt
o	Eine Pflegende aus dem zuständigen Bereich / Gruppe
o	Eine Pflegende, die Zeit hat
o	Eine leitende Pflegende
o	Jemand der Ansprechpartner für externe Partner (z.B. nachsorgende Dienste, Gemeindepflege) bei allen Patienten ist

	Inwieweit treffen die folgenden Aussagen über die Rolle einer Pflegeperson auf Ihre aktuelle Arbeitssituation zu? ***Bitte beantworten Sie alle Fragen, unabhängig von Ihrer Pflegeorganisationsform!*** *Wenn auf Ihrer Station ein Pflegesystem mit individueller pflegerischer Fallverantwortung (Antwortkategorie C1 und C2 bei Frage 18) umgesetzt wird, beantworten Sie die folgenden Aussagen bitte aus der Sicht einer solchen fallverantwortlichen Pflegenden (Primary Nurse, Bezugsperson, Primärpflegeverantwortliche, Primäre Pflegekraft, ...).*
	Frage: 55 [PF73_5_10] **Ich bin für die Gestaltung des Pflegeprozesses verantwortlich**
o	Stimme völlig zu
o	Stimme eher zu
o	Stimme eher nicht zu
o	Stimme gar nicht zu
	Frage: 56 [PF74_5_10] **Die Entscheidung über den Pflegeprozess zum gesamten Aufenthalt eines Patienten auf dieser Station liegt bei mir**
o	Stimme völlig zu
o	Stimme eher zu
o	Stimme eher nicht zu
o	Stimme gar nicht zu
	Frage: 57 [PF75_5_10] **Ich bin verantwortlich für den Pflegeprozess der mir zugewiesenen Patienten auch wenn ich nicht im Dienst bin**
o	Stimme völlig zu
o	Stimme eher zu
o	Stimme eher nicht zu
o	Stimme gar nicht zu
	Frage: 58 [PF76_5_10] **Es ist meine Aufgabe, die Planung der Pflege mit den anderen Berufsgruppen zu koordinieren**
o	Stimme völlig zu
o	Stimme eher zu
o	Stimme eher nicht zu
o	Stimme gar nicht zu

	Frage: 59 [PF77_5_10] **Ich bin im Normalfall nur für diejenigen Tätigkeiten verantwortlich, die mir von der Stationsleitung/Schichtleitung zugewiesen werden**
o	Stimme völlig zu
o	Stimme eher zu
o	Stimme eher nicht zu
o	Stimme gar nicht zu
	Frage: 60 [PF78_5_10] **Ich beziehe den Patienten und ggf. dessen Bezugsperson in die Pflegeplanung mit ein**
o	Stimme völlig zu
o	Stimme eher zu
o	Stimme eher nicht zu
o	Stimme gar nicht zu
	Frage: 61 [PF79_5_10] **Ich werde von den anderen Therapeuten (z.B. Arzt, Physiotherapie, Sozialdienst) als (Ansprech-)Partnerin genutzt, wenn es um Fragen zu meinen Patienten geht**
o	Stimme völlig zu
o	Stimme eher zu
o	Stimme eher nicht zu
o	Stimme gar nicht zu
	Frage: 62 [PF80_5_10] **Die Partner im multiprofessionellen Team kennen meine Aufgaben und Kompetenzen**
o	Stimme völlig zu
o	Stimme eher zu
o	Stimme eher nicht zu
o	Stimme gar nicht zu
	Frage: 63 [PF81_5_10] **Ich orientiere mich an der Pflegeplanung die von meiner Kollegin für ihre Patienten erstellt wurde und erstatte ihr Bericht, wenn ich davon abweichen musste**
o	Stimme völlig zu
o	Stimme eher zu
o	Stimme eher nicht zu
o	Stimme gar nicht zu

	Frage: 64 [PF82_5_10] **Ich bin verantwortlich für die Ausbildung der mir zugewiesenen Lernenden**
o	Stimme völlig zu
o	Stimme eher zu
o	Stimme eher nicht zu
o	Stimme gar nicht zu
	Frage: 65 [PF84_5_10] **Ich fühle mich hauptverantwortlich für die Qualität der Pflege der mir zugeteilten Patienten, auch wenn ich die Pflege nicht selbst durchführe**
o	Stimme völlig zu
o	Stimme eher zu
o	Stimme eher nicht zu
o	Stimme gar nicht zu