

Kann man Primary Nursing überall umsetzen?

## Vom „Ob“ zum „Wie“

Zeitschriften- und Kongressbeiträge sowie Netzwerkaktivitäten zeigen das steigende Interesse an patientenorientierter Pflegeorganisation (Bezugspflege/ Primary Nursing<sup>1</sup>). Anlass hierfür sind erwartete Outcomes und deren Qualitätsaspekte, mit denen den Veränderungen im Gesundheitswesen begegnet werden soll. In vielen Erfahrungsberichten wird vermutet, dass strukturelle Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Umsetzung patientenorientierter Pflegeorganisation haben, wissenschaftliche Untersuchungen standen bis jetzt aus.



handelt: Während für einige die Umsetzung von PN aufgrund der vorhandenen Rahmenbedingungen unvorstellbar ist, arrangieren sich andere mit den Gegebenheiten und entwickeln auf ihre Bedürfnisse angepasste Umsetzungskonzepte.

### Hintergrund

Pflegesettings sind unterschiedlich. Manthey erklärt, dass PN in allen Institutionen professioneller Pflege mit vorhandenem Personal umsetzbar ist, abhängig von Führungspolitik & Pflegenden (Manthey, 2003). Die anfallende Arbeit wird umorganisiert. Büssing (1997) beschreibt, dass es trotzdem gewisse notwendige materielle, strukturelle und personelle Rahmenbedingungen geben muss, zum Beispiel Fortbildungen, spezifisches Fachwissen und die Bereitschaft der Pflegenden, mehr Verantwortung zu übernehmen als bei der Übernahme delegierter Tätigkeiten von der Stationsleitung. Als Beschreibungen der Umsetzung von PN findet man im wesentlichen Erfahrungsberichte und Expertenbefragungen in Fachzeitschriften & -büchern, Studien wurden bisher kaum durchgeführt. Die Berichte kom-

**E**s gibt viele Gründe für die Einführung von PN, also der Zuteilung einer benannten Fallverantwortlichen Pflegefachperson zu jedem Patienten, von dessen Aufnahme bis zu seiner Entlassung. So soll diese Form der Arbeitsorganisation Grundlage für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung liefern. Die bewusste Steuerung der Arbeitsprozesse soll zur Senkung der Verweildauer bei gleicher oder höherer Qualität beitragen. Früher gewachsene Organisationsstrukturen reichen bei der ökonomisch

geforderten Leistungsverdichtung nicht mehr aus. Heute sind systematische Konzepte wie PN notwendig. Auch entspricht die Übernahme einer Fallverantwortung für den Patienten, analog zum fallführenden Arzt, dem Professionalisierungswunsch vieler Pflegenden.

Im Praxisalltag finden häufig Diskussionen zu der Annahme statt, dass strukturelle Voraussetzungen eine Einführung von Primary Nursing behindern oder fördern können. Häufig werden heterogene Annahmen geäußert – und mitunter entsprechend ge-

men aus stationärer sowie ambulanter Pflege verschiedener Länder, meist aus Krankenhäusern oder der Psychiatrie, seltener aus Rehabilitation und Pflegeheim. Ein Einfluss der Einrichtungs-/Stations- oder Zimmergröße wird oft erwähnt, mal mit angeblichen Vorteilen bei Einzelzimmern, mal bei „Krankensälen“. Beim Pflegeteam gilt der Personalschlüssel als abhängig vom Pflegeaufwand und nicht vom Pflegesystem (Böckenkamp, 2006; Chilton, 2000). Bedeutend sei ein ausreichender Anteil an examiniertem Pflegepersonal (Abderhalden & Needham, 1999). Kein Konsens besteht, wie viel Stellenprozente eine PN mindestens arbeiten muss, um die Fallverantwortung für Patienten zu übernehmen (Sears & Williams, 2000; Kleine Hörstkamp, 2007; Streubelt, 2007; Schneeberger, 1995; Abderhalden & Needham, 1999). Einig sind sich die Experten, dass die Zusammensetzung des Pflegeteams dezentral durch die Stationsleitung gesteuert werden muss (Krüger et al., 2006; Jahnelt, 2007; Kleine Hörstkamp, 2004b). Eine zu starke Fokussierung von Dienstplanmodellen, Dienstzeiten sowie eine ho-

he Ausfallquote der Pflegenden gestalten die Umsetzung von PN schwierig (Bachmann-Mettler, 2007; Elkeles, 1997; Hart, 2000; Streubelt, 2007). Elementar für die Patientenzuteilung gilt Experten die Aufenthaltsdauer der Patienten. Merkmale der Patienten wie Alter oder eingeschränkte Kommunikation scheinen keinen Einfluss auf die Umsetzung von PN zu haben (Allsopp, 2000; Kleine Hörstkamp, 2004b/c; Heinrich, 2007; Jahnelt, 2007).

Um PN erfolgreich umsetzen zu können benötigen Pflegendes gutes Fachwissen, müssen den Pflegeprozess zur Arbeitsplanung beherrschen, eine kooperative Haltung dem Patienten gegenüber haben sowie die Rolle als PN freiwillig übernehmen. Unterschiedlich diskutiert wird, ob Primary Nurses eine Weiterbildung benötigen oder ob ihre Aufgaben in der Pflegegrundausbildung bereits erlernt werden müssten (Lotz, 2007; Abderhalden & Needham, 1999; Kleine-Hörstkamp, 2004b; Rogner, 2008; LBIMGS, 2005; Benner, 1994; Bischofsberger, 1992; Kiechle, 2007; Chilton, 2000)

Um neue Organisationsformen einzuführen braucht es transpa-

rente, schriftliche Konzepte, die allen Mitarbeitern bekannt sind (Needham, 2000).

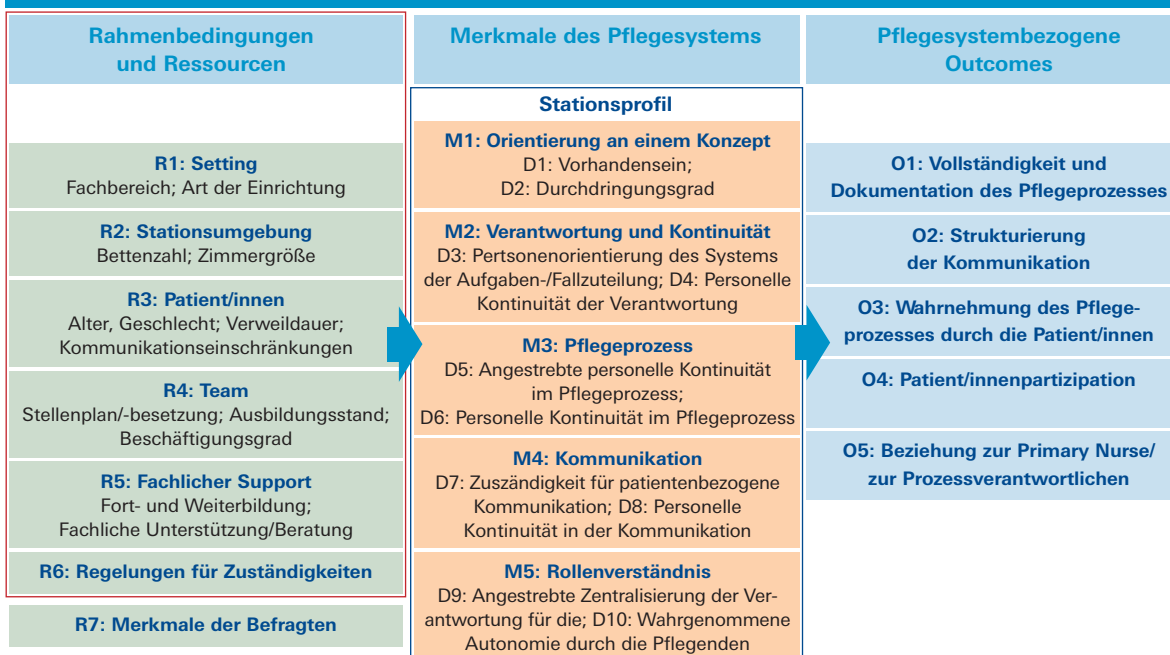
Sicher scheint, dass Unterstützungsangebote wie Fortbildung, Coaching durch Pflegeexperten und die Stationsleitung sowie eine geeignete Patientendokumentation die Umsetzung von PN fördern (Abderhalden & Needham, 1999, Bachmann-Mettler, 2007; Jahnelt, 2007; Streubelt, 2007; Goode & Rowe, 2001; Drach-Zahavy, 2004; Wolf- rum et al., 1997; Kleine Hörstkamp, 2004a).

### Vorgehen

Was ist aber nun wirklich unterstützend oder hemmend? Um diese Fragestellung zu untersuchen wurden vorhandene Daten aus dem Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP®) ausgewertet. Das deutschsprachige IzEP® wurde unter anderem entwickelt, um pflegerische Organisation in der Praxis evaluieren und weiterentwickeln zu können. Mit dem IzEP® haben mittlerweile mehr als 500 Stationen in Deutschland, Österreich und der Schweiz ihre Organisationsform überprüft. IzEP® besteht aus Fragebögen für Sta-

## Zusatzinformationen im IzEP®-Modell

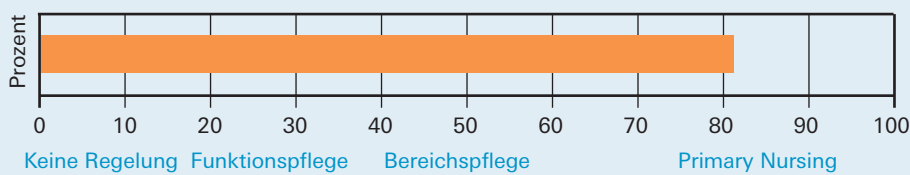
Abb. 1



## Grad der Patientenorientierung des Pflegesystems: IzEP® Gesamtpprofil mit Referenzwerten

Abb. 2

Abteilung: ..., Rehabilitation – ..., ..., Erhebungsdatum: Mai 2010



### Referenzwerte:

Keine Regelung	< 10 %
Funktionspflege	> 10–40 %
Bereichspflege	> 40–75%
Bezugspflege	> 75–100%

tionsleitung, Pflegenden, Patienten, Angehörige, Ärzte, und untersucht Dienstplan und Pflegedokumentation auf Merkmale von Pflegesystemen. Das gemessene Pflegesystem der Station wird in der Auswertesoftware mit dem Grad seiner Patientenorientierung auf einer Skala zwischen 0 und 100 Prozent angezeigt sowie im Detail anhand von fünf Merkmalen von Pflegesystemen in je zwei Ausprägungen. Ziele dieses Messsystems sind das Erkennen detaillierter „Baustellen“ bei der bewussten Gestaltung pflegerischer Organisation, Erfolgsausweisung durch Vorher-Nachhermessungen und Benchmarking mit anderen Einrichtungen. Für die Pflegewissenschaft ist die Messbarkeit des Pflegesystems Voraussetzung für die Beforschung und Weiterentwicklung von Pflegeorganisationssystemen.

Die im Instrument erhobenen Zusatzinformationen zu Rahmenbedingungen und Ressourcen der gemessenen Organisationseinheit wurden literaturbasiert für Analysen entwickelt (Abderhalden et al., 2006).

Alle bisher gemessenen Datensätze werden durch die AG IzEP® anonymisiert und zusammengeführt, unter anderem um IzEP® weiterzuentwickeln. Eine einheitliche Vorgehensweise bei den Befragungen wird durch ein detailliertes Handbuch gewährleistet.

## Ergebnisse

Die meisten Messungen wurden in Deutschland durchgeführt, gefolgt von der Schweiz. Die Institutionen erreichten Gesamtscores zwischen 25 und 88 Prozent.

Die statistische Berechnung der Vielzahl an Einflussfaktoren zeigte, dass die Größe der Einrichtung bei der erfolgreichen Umsetzung von PN ebenso wenig Einfluss hat wie die Anzahl von Einbettzimmern, also die Zimmergröße. In Österreich war der erwartete signifikante Gesamtscore niedriger, ebenso in der Rehabilitation, bei der Versorgung von Patienten > 65 Jahre und in der Langzeitpflege. Je weniger Pflegenden in den letzten zwölf Monaten weniger als einen halben Tag eine Fortbildung besucht hatten, desto geringer war der Grad der patientenorientierten Organisation. Hingegen in der Psychiatrie lag der erwartete Grad der Patientenorientierung in der Organisation signifikant höher.

Mittels multipler linearer Regressionsanalyse wurde berechnet, in wie weit zusammenhängende Prädiktoren den Grad der Patientenorientierung in der pflegerischen Versorgung erklären können. Zu einem Drittel lässt sich der Grad der Patientenorientierung der pflegerischen Organisation, also der erreichte IzEP® Gesamtscore, durch die einrichtungsbezogenen Prädiktoren erklären. Die Merkmale der Patienten haben einen Einfluss von 13,1 Prozent, die Merkmale des Pflegeteams einen von 20,4 Prozent. Unterstützen-

de Strukturen wie Coaching, Fortbildung oder Begleitung durch Pflegeexperten erklären zu 5,4 Prozent das umgesetzte Pflegesystem.

## Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sind nicht repräsentativ für Einrichtungen professioneller Pflege in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Vielmehr beziehen sich die Ergebnisse auf Einrichtungen, die größtenteils aus eigenem Interesse an der Umsetzung eines patientenorientierten Pflegesystems eine Messung mit dem IzEP® vorgenommen haben. Der Bezugspflege (PN) kommt zum Beispiel in der Schweiz ein sehr hoher Stellenwert zu, während in Österreich eher andere Themen mit Priorität voran gebracht werden. Die Untersuchung hat hierdurch einige Schwächen, konnte aber auch signifikante Ergebnisse zeigen, die im Abgleich mit der Literatur logisch erscheinen. So war beispielsweise anzunehmen, dass die zu erwartenden Werte in der Psychiatrie höher ausfallen als in anderen Fachgebieten, da die Förderung der therapeutischen Beziehung heute fester Bestandteil der psychiatrischen Pflege ist.

Die Ergebnisse der Studie bestätigen die Variabilität der Aussagen aus der Literatur und führen zu der Annahme, dass strukturelle Rahmenbedingungen weniger Einfluss als gemeinhin angenommen auf die Umsetzung von PN haben. Nicht untersucht wurden sogenannte weiche Faktoren, zum Beispiel die Haltung und das Interesse der Pflegenden/Leitungen sowie der leitenden Personen, Primary Nursing umzusetzen, oder auch die Verinnerlichung der Verantwortung im Rollenverständnis als professionell Pflegenden. Diese können einen maßgeblichen Einfluss auf die Umsetzung einer patientenorientierten Pflege darstellen.

Einige dieser strukturellen Kriterien sind beeinflussbar. So

könnte die Thematisierung von PN als eine Möglichkeit, den ökonomischen Anforderungen des Gesundheitswesens zu begegnen, in Österreich dazu führen, dass eine Einführung an strategischer Bedeutung für das Management und berufspolitische Projekte gewinnt. Die Vorgabe und Einführung von multidisziplinären Bezugspersonenkonzepten als Behandlungsmassstab für die Rehabilitation könnte dort einen positiven Einfluss auf die Einführung von PN ausüben (DEGEMED, 2008).

### Fazit

Die Ergebnisse bestätigen die Erfahrung, dass PN generell in allen Bereichen professioneller Pflege umsetzbar ist.

Aber wie? Welche Vorgehensweisen haben den grössten Erfolg? Wichtig ist, dass strategische Vorgaben des Managements die Umsetzung am Patienten orientierter Prozesse unterstützen. Wichtig ist ein transparentes Organisationskonzept, bei dem die Pflegenden mit den erforderlichen Kompetenzen ausgestattet sind und welches auch

interdisziplinär akzeptiert und unterstützt wird. Das Konzept muss auch Patienten und Angehörigen gezielt kommuniziert werden, mündlich, aber auch schriftlich zum Beispiel über Poster in Wartebereichen und neben Aufzügen. Für die Übernahme der Patientenfallverantwortung braucht es examinierte Pflegenden, die Interesse und Verständnis für PN haben. Die gezielte Mitarbeiterrekrutierung und -führung des Pflgeteams muss dezentral bei der Stationsleitung liegen. Formen von Dienstplanung sowiezeiten müssen sich am Patienten orientieren, Blockplanungen beispielsweise verhindern eine Umsetzung von PN, ebenso der beschränkte Einsatz von Primary Nurses im Frühdienst. Unterstützungsangebote für die Mitarbeiter müssen individuell auf das Team, aber auch die einzelnen Mitarbeiter abgestimmt sein. PN lässt sich nur mit Unterstützung des interdisziplinären Teams unter besonderem Einbezug der Ärzte und anderer Berufsgruppen umsetzen. Die Pflegedokumentation muss auf Praktikabilität für die Umset-

zung von Primary Nursing untersucht werden. Elementar ist das Interesse der Stationsleitung an der Umsetzung von Primary Nursing. Von Ihrem Engagement für PN hängt der Erfolg direkt ab. Sie muss die Fallverantwortung für die Patienten abgeben und für die organisatorischen Rahmenbedingungen sorgen, damit Pflegenden als PN arbeiten können. Solch eine Systemumgestaltung benötigt Zeit und Begleitung.

Eine verinnerlichte Umsetzung von PN zeigt sich geeignet, für gezieltere Organisationsprozesse sowie gewünschte Outcomes zu sorgen und die Professionalisierung der Berufsgruppe Pflege voranzubringen. Vernetzung und Erfahrungsaustausch mit erfolgreichen PN-Einrichtungen kann das vom „Ob“ zum „Wie“ bekräftigen.

Literaturliste über: [redaktion@dbfk.de](mailto:redaktion@dbfk.de)

### Verfasserin:

Andrea Dobrin Schippers, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin MSc  
Arbeitsgruppe IZEP  
[www.izep.info](http://www.izep.info)  
[andreadobrin@schippers.ch](mailto:andreadobrin@schippers.ch)

## KROHWINKEL Seminar

9.–10. Oktober 2012 | Berlin



letztmalig mit  
Prof. Monika Krohwinkel

## FÖRDERNDE PROZESSPFLEGE MIT INTEGRIERTEN ABEDLs – DANN ABER RICHTIG!

Mehr Infos und Anmeldung unter  
[www.amiando.de/krohwinkel](http://www.amiando.de/krohwinkel)

Stark für  
die Pflege



DBfK Nordost | [nordost@dbfk.de](mailto:nordost@dbfk.de) | 03 31 / 74 88 83