

¹ Medizinbereich Anästhesiologie – Intensivmedizin – OP-Management (AIO), UniversitätsSpital Zürich

² Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Deutschland

³ Zentrum Klinische Pflegewissenschaft (Z-KPW), UniversitätsSpital Zürich

Martin R. Fröhlich^{1,2} (Dipl. Pflege- und Ges.wiss., RN), Christiane Becker² (Dipl. Pflege- und Ges.wiss., RN),

Elisabeth Handel³ (MAS), Rebecca Spirig³ (Prof., PhD, RN)

Die Implementierung von Bezugspflege im intensivpflegerischen Setting – Evaluation mit dem Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP)

Der Schwerpunkt der Bezugspflege am UniversitätsSpital Zürich (USZ) liegt auf der Verantwortung einer Pflegefachperson für den Pflegeprozess der von ihr betreuten Patient(inn)en. Dieser wird im Rahmen einer professionellen Beziehung mit der damit verbundenen Verantwortlichkeit für pflegerische Entscheidungen und Handlungen sowie gestützt auf forschungs- und erfahrungsbasiertes Fachwissen gestaltet – vom Tag der Aufnahme bis zur Entlassung aus dem Spital. Der Artikel beschreibt die Evaluation der Pflegeorganisationsform auf drei Intensivabteilungen am USZ im Kontext der Implementierung der Bezugspflege mit dem Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP®). In einem Vorher-nachher-Vergleich zeigte IzEP® bei der Umsetzung von Konzeptinhalten im Intensivpflegebereich eine klare Steigerung pflegerischer Kontinuität und Patient(inn)enorientierung von anfänglich 56–60 % auf Werte von 68–75 % (Score von 0–100 %). Zugleich wurde vorhandenes Entwicklungspotenzial für dieses Pflegesystem sichtbar. Es wurde deutlich, dass IzEP® aufgrund seines Aufbaus für einen breiten stationären Anwendungsbereich und in der Formulierung der Fragen auf idealtypische Pflegeorganisationsformen ausgerichtet ist. Gegebene Rahmenbedingungen des intensivpflegerischen Settings und spezifische Konzeptideen werden nur bedingt berücksichtigt. Somit bietet es einen eingeschränkten Wiedererkennungswert des eigenen Konzepts für die Befragungsgruppen.

Schlüsselwörter: Pflegesystem, Bezugspflege, Evaluation, Intensivpflege

Hintergrund

Im Laufe der Zeit veränderte sich die Organisation der pflegerischen Arbeit immer wieder. Neben politischen Entscheidungen, Arbeitsmarktfaktoren, beispielsweise Fachkräftemangel und betriebswirtschaftliche Erkenntnissen, beeinflussten auch sich ändernde pflegerische Vorstellungen die Gestaltung der Patient(inn)enbetreuung und -ver-

sorgung. Patient(inn)en äußern zunehmend den Wunsch nach einer fachlich kompetenten und auch individuellen Pflege, verbunden mit einer hohen Kontinuität (Bachmann-Mettler, 2007). Um diesen Anforderungen zu entsprechen, wurde am UniversitätsSpital Zürich (USZ) im Jahr 2003 begonnen, ein Konzept zur Bezugspflege zu entwickeln, welches sich auf die theoretischen Vorstellungen von Primary Nursing (Manthey, 2005) stützt. Zu den vier tragenden Elementen von Primary Nursing zählen hierbei die persönliche Verantwortung der Pflegenden für von ihnen getroffene pflegerische Entscheidungen und durchgeführte Interventionen, die Arbeit nach der Fallmethode, welche die Betreuung der Patient(inn)en vom Tag der stationären Aufnahme bis zu seiner Entlassung umfasst, direkte Kommunikationswege zwischen der verantwortlichen Pflegefachperson, Angehörigen der Patient(inn)en und den Mitgliedern des therapeutischen Teams sowie die Einheit von Pflegeplanung und -durchführung in einer Person.

Die USZ-Konzeption betont weiterhin die Wichtigkeit von forschungs- und erfahrungsbasiertem Fachwissen, eine professionelle und somit ethisch sowie fachlich basierte, vertrauensbildende Beziehung zu Patient(inn)en und Angehörigen sowie eine Pflegepraxis, bei der Pflegenden die erbrachte Pflege selbst oder im Team kritisch reflektieren. Für den Intensivpflegebereich mit insgesamt 65 Betten wurde im Jahr 2009 ein adaptiertes Bezugspflegekonzept erstellt, welches neben den beschriebenen Grundsätzen zusätzlich bestehende Rahmenbedingungen wie Fluktuationsraten und Aufenthaltsdauer der Patient(inn)en und bestehende Dienstplanregelungen berücksichtigt. Neben der Rolle der Bezugspflegerinnen – und sie vertretende Pflegepersonen – werden weitere wichtige Rollen der Teammitglieder beschrieben, zu denen die der Gruppenleitung, der Schichtleitung, des Berufsbildners/der Berufsbildnerin und des/der Pflegeexperten/-expertin gezählt werden (Epping, Kohler, Krause, Liem, Maier & Rosch, 2010).

Herausforderungen an die Evaluation von Pflegesystemen

Die Evaluation eines Pflegesystems, und damit auch der Nachweis von Bezugspflege, stellen in der Praxis eine besondere Herausforderung dar. Voraussetzung ist zunächst ein einheitliches Verständnis dessen, was im Pflegealltag unter dem Begriff «Bezugspflege» praktiziert werden soll. Abderhalden und Needham (1999) beschreiben in ihrer Arbeit den Weg zur Konsensfindung über eine konzeptio-

nelle und operationale Definition von Primary Nursing in der stationären psychiatrischen Pflege und verdeutlichen die Notwendigkeit einer klaren Terminologie. Darüber hinaus müssen Qualitätskriterien definiert sein, anhand derer eine Überprüfung durchgeführt werden kann.

Deren Operationalisierung gestaltet sich äußerst anspruchsvoll und hat Auswirkungen auf Design- und Methodewahl, wie Boeckler (2006) in ihrem Review deutlich macht. Es fehlen zudem ausreichend validierte und reliable Instrumente, mit denen der tatsächliche Umsetzungsgrad von Bezugspflege anhand mehrerer Dimensionen und auf einem Kontinuum bestimmt werden kann. Bislang zur Verfügung stehende Instrumente werden diesen Ansprüchen nicht ausreichend gerecht (Arbeitsgruppe Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP^{®1}, 2008).

Vor diesem Hintergrund entwickelte eine aus Mitgliedern des Deutschen Netzwerks für Primary Nursing gebildete Arbeitsgruppe ein mehrdimensionales, wissenschaftlich erprobtes Instrument zur Beurteilung von Pflegesystemen (IzEP), das objektiv, valide und reliabel in verschiedenen pflegerischen Settings praktisch gut einzusetzen ist (Abderhalden, Boeckler, Dobrin Schippers, Feuchtinger, Schaepe, Schori et al., 2006) und Abteilungen durch ein erstelltes Abteilungsprofil einem Pflegesystem zuordnet, das sich anhand folgender Merkmale und Dimensionen charakterisiert:

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 patient(inn)enbezogene Kontinuität und wahrgenommene Zuständigkeit für die patient(inn)enbezogene Kontinuität)
5. Rollenverständnis (Angestrebte Dezentralisierung der pflegerischen Verantwortung und wahrgenommene Autonomie durch die Pflegenden)

Zu den bereits erfolgten Instrumententestungen zählen neben einer Inhaltsvalidierung (Abderhalden et al.; 2006) die Bestimmung der kriterienbezogenen Validität (Driescher, Feuchtinger & Schaepe, 2007; Christen, 2006). In beiden Untersuchungen zeigten sich Übereinstimmungen zwischen Expert(inn)enmeinungen und IzEP-Resultaten bei der Einstufung von Abteilungen in die Bezugspflege. Differenzierungsprobleme bestanden bei Stationen, die nach subjektiver Einschätzung dem System der Funktionspflege

zugeordnet, durch IzEP jedoch zum System der Bereichs-/Gruppenpflege zugeteilt wurden. Feuchtinger (2007) konnte mit ihrer qualitativen Studie zur Bestimmung der Konstruktvalidität verdeutlichen, dass IzEP die Wahrnehmungsverarbeitung von Patient(inn)en auf Reize aus dem Pflegesystem nur zu einem Zeitpunkt misst, was bei weiteren Messungen unterschiedliche Ergebnisse zur Folge hat. Eine Reliabilitätsmessung erfolgte am Fragebogenmodul für Pflegenden, bei der in einem Test-Retest-Verfahren ein mittlerer bis hoher Übereinstimmungsgrad mit Cohen's Kappa-Werten zwischen 0,41 bis 0,6 beziehungsweise 0,61 bis 1 bestand (Köbing, 2006). Schori, Kersten und Abderhalden (2006) konnten in einem Interrater-Verfahren für das Modul zur Beurteilung der Pflegedokumentation bei 27 der insgesamt 30 Items Werte für Cohen's-Kappa und AC1-Werte zwischen 0,61 und 1 berechnen.

Aktueller Forschungsstand

Um den aktuellen Forschungsstand von Bezugspflege im Intensivbereich und zur Evaluation von Bezugspflege mit IzEP zu überprüfen, wurde eine systematische Literatursuche durchgeführt. Dabei wurde in den Datenbanken Pubmed, Cinahl und der Cochrane Library mit den Suchbegriffen «primary nursing», «nursing care delivery system», «patient care delivery model», «primary care», «IzEP», «ICU», «intensive care», «assessment» und «evaluation» recherchiert. Es konnte festgestellt werden, dass die wissenschaftlich begleitete Evaluation von Pflegesystemen und damit auch jene von Bezugspflege im Intensivpflegebereich kaum beschrieben wird. Hügelmeier (2008) analysierte mithilfe von IzEP die Pflegeorganisation auf einer Intensivabteilung ohne bereits vorhandenes Bezugspflegekonzept und konnte damit nicht nur das bestehende Pflegesystem beschreiben, sondern auch vorhandene Problemfelder identifizieren, konkrete Lösungsansätze erarbeiten und Empfehlungen für eine künftige Optimierung der Pflege ableiten.

Häufiger lassen sich Erfahrungsberichte im Kontext der Implementierung von Bezugspflege (Techam & Heinrich, 2007) oder Artikel mit Ergebnissen zu Auswirkungen auf das Pflegepersonal, auf Angehörige von Patient(inn)en oder den medizinischen Dienst finden (Goode & Rowe, 2001; Manley, Hamill & Hanlon, 1997; Manley, Cruse & Keogh, 1996; Alcock, Lawrence, Goodman & Ellis, 1993). Über die praktische Anwendung von IzEP bei der Evaluation von 37 Bettenabteilungen am UniversitätsSpital Zürich berichten Handel, Dobrin Schippers, Fröhlich und Spirig (2011). Dabei konnte festgestellt werden, dass 23 Stationen Bezugspflege praktizieren.

1 Auf die Angabe des Markenzeichens wird im weiteren Text aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet.

IzEP wurde darüber hinaus in mehr als 280 Messungen in 54 Einrichtungen verwendet (Arbeitsgruppe Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP, 2011). Die Anwendbarkeit konnte hierbei auch auf dem Gebiet der Kurzzeitpflege aufgezeigt werden (Lassen, 2010).

Ziele und Fragestellung

Für die geplante Implementierung des adaptierten Bezugspflegekonzepts in Form eines Pilotversuchs auf drei der sechs Intensivabteilungen wurde die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Begleitung mit IzEP erkannt. Dabei sollte die Frage beantwortet werden, welches Pflegesystem zu Pilotbeginn auf den Stationen zu finden ist und in welchem Umfang sich die Konzeptinhalte nach ihrer Implementierung mit IzEP abbilden lassen. Zugleich sollten Erfahrungen in der Anwendung des Instruments gesammelt werden, um Aussagen zur Praktikabilität im intensivpflegerischen Setting treffen zu können.

Design und Methoden

Zur Beantwortung der Forschungsfragen kam ein nicht-experimentelles quantitatives Design zur Anwendung. Die Überprüfung des Pflegesystems der Intensivstationen erfolgte in deskriptiver Form vor und nach der Konzeptführung, woraus ein Vorher-nachher-Design resultierte. Die Untersuchungen wurden von zwei Forschenden auf drei der sechs Intensivstationen durchgeführt. Diese Abteilungen verfügen über 6 oder 12 Betten, sind den Fachgebieten der Viszeral- und Thoraxchirurgie, der Inneren Medizin und der Traumatologie zugeordnet und versorgen Patient(inn)en nach elektiven operativen Eingriffen und akute Notfälle. Der modulare Aufbau von IzEP impliziert auf jeder Abteilung die mündliche Befragung der Abteilungsleitung, von Pflegenden ($n = 6$), von Mitgliedern des therapeutischen Teams (medizinischer Dienst oder Physiotherapie) ($n = 3$), von Patient(inn)en ($n = 6$) und deren Angehörigen ($n = 3$) sowie spitalexterner Ansprechpartner(innen) ($n = 1$). Die Befragung der Vorgesetzten der Abteilungsleitungen erfolgte in schriftlicher Form. Inhalte vorliegender Pflegeplanungen ($n = 6$) und der Dienstplan des Pflegepersonals der letzten 30 Tage wurden mithilfe von IzEP-Beurteilungsbögen einer Dokumentenanalyse unterzogen. Die angegebenen Zahlen der zu befragenden Personen und einzusehenden Dokumente beruhen auf den Empfehlungen der Arbeitsgruppe IzEP (Arbeitsgruppe Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP, 2008).

Die Datenerhebung erfolgte im Setting der Intensivabteilungen zu drei Messzeitpunkten, von denen zwei (T^0 und T^1) vor der Konzeptimplementierung gesetzt wurden. Eine abschließende Erhebung erfolgte am Ende der Pilotphase (T^2). Der Grund für dieses Vorgehen begründet sich in der Nutzung der Daten aus T^0 für die vorausgehende Adaptation des Bezugspflegekonzepts für den Intensivpflegebereich und die Beschreibung des Pflegesystems unmittelbar vor der Konzeptimplementierung (T^1), wobei zwischen beiden Messzeitpunkten ein zeitlicher Abstand von acht Monaten bestand, während zwischen T^1 und T^2 genau zehn Monate vergingen. Die Erfassung sämtlicher Daten durch IzEP erfolgte in anonymisierter Form auf kodierten Frage- beziehungsweise Beurteilungsbögen. Eine separate Schlüsseldatei ermöglichte die nachfolgende Zuteilung der befragten Personen und eingesehenen Dokumente zu Abteilung und Messzeitpunkt. Sämtliche Daten wurden mithilfe der von der AG IzEP entwickelte Software IzEP Soft Version 2.0 deskriptiv analysiert. Für die Darstellung der Ergebnisse wurden Grafiken genutzt, die für jede Abteilung die Ausprägung pflegerischer Kontinuität und Patient(inn)enorientierung auf einem Kontinuum zwischen 0 und 100 % anzeigen. Somit wurde die Zuteilung in ein Pflegesystem ermöglicht und die Ausprägung der eingangs genannten Dimensionen, die ein Pflegesystem beschreiben, in gleicher prozentualer Gliederung detailliert abgebildet. Für diese pflegewissenschaftliche Untersuchung lag zur Berücksichtigung ethischer Grundsätze in der Forschung (Polit, Beck & Hungler, 2004) und zum Schutz von Patient(inn)en und Angehörigen als «vulnerable» Probanden (Hurst, 2008) ein positives Votum der zuständigen Kantonalen Ethikkommission vor.

Ergebnisse

Im Rahmen der Pilotphase wurden insgesamt vier Abteilungsleitungen, zwei Vorgesetzte der Abteilungsleitungen, 52 Pflegenden, 27 Mitarbeiter(innen) aus dem therapeutischen Bereich, acht Personen aus externen Einrichtungen/ Stellen, neun Patient(inn)en und 29 Angehörige befragt. Letztere wurden stellvertretend für die Patient(inn)en befragt, wenn diese persönlich keine Auskunft geben konnten. Es wurde Einsicht in 36 Pflegedokumente genommen und drei Dienstpläne zu T^2 überprüft. Abbildung 1 zeigt die Gesamtprofile der evaluierten Abteilungen zu den drei Messzeitpunkten. Es wird ersichtlich, dass alle Intensivabteilungen vor der Einführung des Bezugspflegekonzepts nahezu identische Ausprägungen in der Patient(inn)enorientierung und der pflegerischen Kon-

tinuität mit Werten zwischen 56 und 61 % aufweisen, was die Abteilungen zu T⁰ und T¹ dem System der Bereichspflege zuordnet, welches auf der Skala zwischen 46 und 75 % vertortet ist (Arbeitsgruppe Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP, 2008). Nach Implementierung des Konzepts zu T² zeigen alle Stationen eine deutliche Verbesserung in der Patient(inn)enorientierung und der pflegerischen Kontinuität. Sie verbleiben in der Bereichspflege, allerdings näherten sich zwei Abteilungen stark der Pflegeorganisationsform Bezugspflege an, welche ab einem Wert von 76 % vorliegt. In den Abteilungsprofilen (Abb. 2–4) werden mit der Einführung des Konzepts stattgefunden positive Entwicklungen deutlich.

Orientierung am Konzept

Zu T² konnte von fast allen befragten Pflegenden und den Abteilungsleitungen die praktizierte Pflegeorganisationsform der Bezugspflege benannt werden, was zu den beiden vorherigen Messzeitpunkten noch eine deutliche Schwierigkeit darstellte. Über die Inhalte des vorhandenen Pflegeleitbildes und zum Bezugspflegekonzept war mit Ausnahme einer Abteilung mehr Wissen bei den Befragten vorhanden. Es zeigte sich zudem, dass diese Inhalte auf ihre Umsetzung (Durchdringungsgrad) vermehrt überprüft und die daraus gezogenen Erkenntnisse stärker in die tägliche Arbeit am Patient(inn)enbett einfließen.

Verantwortung und Kontinuität

Die Personenorientierung in der Zuteilung der Patient(inn)en auf allen Intensivabteilungen konnte soweit verbessert werden, dass Pflegenden nun häufiger namentlich benannt und mit der pflegerischen Verantwortung für die Patient(inn)en vom Tag der Aufnahme bis zur Verlegung beauftragt werden. Im Zuteilungsprozess findet die Anwesenheit der Pflegefachfachperson in den kommenden Diensten eine weitaus stärkere Berücksichtigung als noch vor der Konzeptimplementierung. Ein wichtiger Aspekt bleibt die Komplexität der Pflege der Patient(inn)en, um die anfallende Arbeitslast gerecht und gleichmäßig auf alle Teammitglieder zu verteilen. Ebenso bedeutend bleiben Kompetenzen der Pflegenden durch ihren Status als in Weiterbildung befindliche oder examinierte Intensivpflegende.

Die von den Pflegenden erlebte Dauer der Verantwortung veränderte sich positiv. Sie weicht jedoch von der angestrebten Verantwortung für die gesamte Aufenthaltsdauer der Patient(inn)en auf der Abteilung ab und beschränkt sich im Fall von langen Liegezeiten oft auf mehrere aufeinanderfolgende Dienste. Diese Tatsache wird gleichsam von Patient(inn)en, ihren Angehörigen und auch Mitgliedern des therapeutischen Teams bestätigt. Einfluss darauf hat wohl die Tatsache, dass individuelle Freiwünsche der Pflegenden als Reduktion zur Arbeitsbelastung gesehen werden und in die Dienstplanung einfließen. Durch den

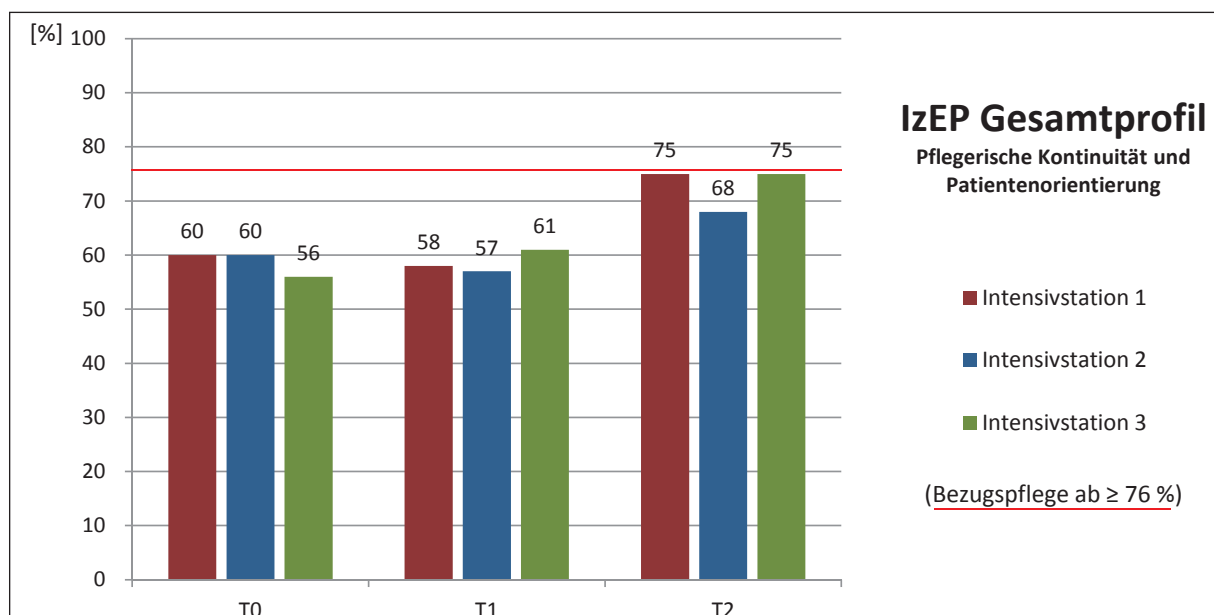


Abbildung 1: IzEP-Gesamtprofile mit Ausprägung von pflegerischer Kontinuität und Patient(inn)enorientierung.

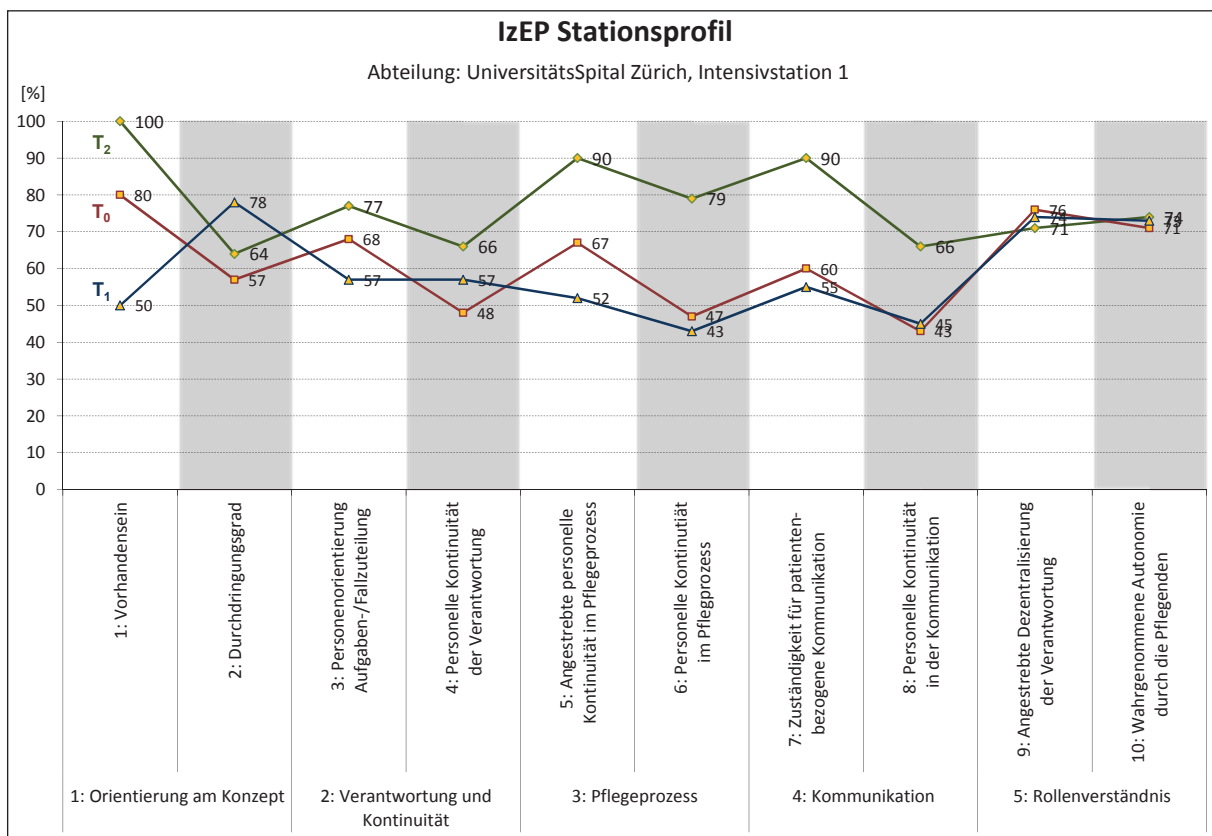


Abbildung 2: IzEP-Dimensionen und Ausprägung (Intensivstation 1).

Schichtbetrieb mit Tag- und Nachtdiensten entsteht bei Patient(inn)en und Angehörigen zusätzlich der Eindruck, täglich mit anderen Pflegenden im Kontakt zu sein.

Pflegeprozess

Deutliche Fortschritte zeigten sich in der Formulierung der Verantwortlichkeiten im Pflegeprozess. Die im Bezugspflegekonzept verankerten Regelungen für den Umfang und das zeitliche Ausmaß der Verantwortung sind zu T² hinreichend bekannt und wirken sich auf die Pflegepraxis aus.

Die Erstellung von Pflegeplanungen gehörte bereits vor der Einführung des Bezugspflegekonzepts zum festen Aufgabenspektrum der Pflegenden, ausgeprägte Verbesserungen finden sich nun in der Dokumentation von Gesprächsinhalten sowie in der vermehrten Formulierung von Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen durch die Bezugspfleger oder eine stellvertretende Pflegeperson. Keine Veränderungen gab es hinsichtlich dokumentierter Ressourcen, auch Pflegeziele werden selten bis gar nicht formuliert. Informationen zur geplanten Verlegung der

Patient(inn)en werden nicht schriftlich hinterlegt. Die Dauer der Verantwortlichkeit im Pflegeprozess konnte verbessert werden, die Analyse der Pflegedokumentation und der Dienstpläne verdeutlicht aber immer wieder wechselnde Zuständigkeiten mit unterschiedlich stark ausgeprägter Kontinuität, vor allem im Fall von Langzeitpatient(inn)en.

Kommunikation

Mit dem Bezugspflegekonzept wurden klare Verantwortlichkeiten für die Bezugspfleger oder ihre Stellvertretung in der patient(inn)enbezogenen Kommunikation geschaffen, welche zu T² transparent sind. Dem Idealzustand entsprechen sie nicht, da die Begrüßung weiterhin bei der am Bett arbeitenden Pflegenden verankert ist und bewährte Strukturen und Prozesse wie der Dienstrapport nicht verändert wurden. Pflegerische und interdisziplinäre Fallbesprechungen werden mit unterschiedlicher Häufigkeit, aber nicht auf allen Abteilungen durchgeführt, die Verantwortlichkeit für die Patient(inn)envorstellung wird individuell zwischen Pflegeexperte/-expertin, Bezugspfleger-

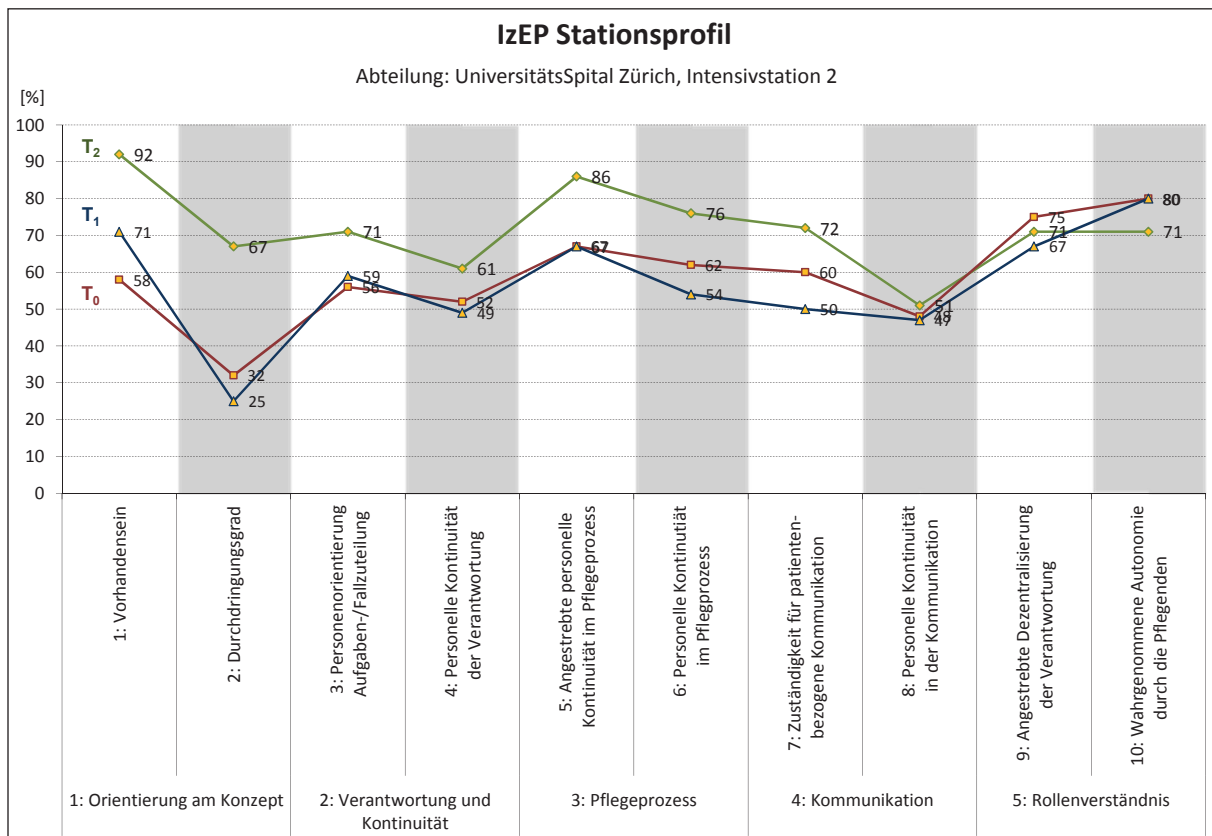


Abbildung 3: IzEP-Dimensionen und Ausprägung (Intensivstation 2).

son oder einer/einem anderen Pflegenden abgesprochen. Aufnahmegespräche finden nun etwas vermehrt, aber aufgrund des Patient(inn)enzustands bei Eintritt und der damit verbundenen geringen Zeitressourcen weiterhin unregelmäßig oder verzögert statt. Ausführliche Patient(inn)engespräche in Vorbereitung auf die Verlegung werden nicht durchgeführt.

Die personelle Kontinuität in der patient(inn)enbezogenen Kommunikation verbesserte sich in geringem Umfang. Für Patient(inn)en wie auch Angehörige ist es aufgrund des Schichtdienstes und damit verbundener Personalwechsel schwer zu erkennen, dass ihnen während des Stationsaufenthaltes für die Abstimmung der Pflege eine hauptverantwortliche Pflegeperson zur Verfügung steht. Ärzte/Ärztinnen sowie Physio-/Ergotherapie nehmen im Vergleich zu vorherigen Befragungen etwas deutlicher eine Verantwortung von Pflegenden über mehrere, aufeinanderfolgende Frühdienste wahr, erleben aber schichtdienstbedingt auch häufig wechselnde Zuständigkeiten am Patient(inn)enbett.

Rollenverständnis

Zu T⁰, T¹ und T² zeigten sich die Vorstellungen und Bestrebungen des Pflegemanagements auf moderatem bis hohem Niveau, die pflegerische Verantwortung und Entscheidungsbefugnis auf die Pflegenden zu übertragen. Die angestrebte Dezentralisierung blieb gleich oder ging nur leicht zurück. Stellenweise ist eine geringe Einflussnahme in den Pflegeprozess erkennbar, doch beschränkt sich diese ausschließlich auf die Visite. Bei der Gestaltung der Dienstpläne steht die Schaffung von Kontinuität in der Patient(inn)enversorgung nicht allein im Vordergrund, sondern ebenso das Bedürfnis der Pflegenden, freie Tage nach Wunsch zu bekommen.

Vom Pflegepersonal wird die ihnen eingeräumte Handlungs- und Entscheidungsfreiheit in ihrem Arbeitsbereich mehrheitlich in gleichem und höherem Ausmaß erkannt. Sie fühlen sich nicht allein für den/die Patienten/Patientin und die erbrachte Pflegequalität sehr verantwortlich, sondern auch für die in Weiterbildung befindlichen Kollegen. Der/die Patient(in) wird – sofern möglich – in die Planung der Pflege mit eingeschlossen, die Pflegeplanung hat zu

einem großen Teil Verbindlichkeit für die die Bezugsperson vertretende Pflegenden. Die im USZ-Bezugspflegekonzept formulierte Verantwortlichkeit der Bezugsperson für die von ihr betreuten Patient(inn)en auch während ihrer Abwesenheit wird zur abschließenden Evaluation noch nicht vollständig erkannt und in der Praxis umgesetzt.

Diskussion

Entwicklungsfelder

Diese Erhebung zählt zu den ersten, welche die Einführung von Bezugspflege auf Intensivabteilungen evaluiert. Die Ergebnisse zeigen die praktische Umsetzung der Inhalte des Bezugspflegekonzepts im Pflegealltag, woraus eine verbesserte pflegerische Kontinuität und Patient(inn)enorientierung resultiert. Sie verdeutlichen aber auch Felder mit vorhandenem Entwicklungspotenzial und sind somit für die Praxisentwicklung dieser Intensivabteilungen von Bedeutung. Zu den Entwicklungsfeldern zählen besonders die Umsetzung von Leitbildinhalten in der Praxis, die Op-

timierung der Patient(inn)enzuteilung und Betreuungskontinuität sowie die Verbesserung von Betreuungs- und Kommunikationskontinuität.

Pflegeleitbilder beinhalten die Auffassungen darüber, was den Beruf der Pflege ausmacht und formulieren angestrebte Ziele und daran geknüpfte Aufgaben (Müller, 2001). Zur besseren Orientierung müssen die Leitbildinhalte optisch präsent sein und durch Vorgesetzte vermittelt und überprüft werden, um einen Konsens in der Ausrichtung der Pflege im Pflgeteam und damit eine einheitliche Gestaltung der Arbeit mit gleicher Prioritätensetzung zu erreichen. Für Pflegenden bietet sich durch das Leitbild (und ergänzend durch das bestehende Bezugspflegekonzept) die Möglichkeit zu vermehrten Diskussionen, in denen sie ihre eigenen Vorstellungen von Pflege und ihr Pflegehandeln reflektieren können. Dass diese Prozesse bereits stattfinden, verdeutlichen die abschließenden Resultate zur Konzeptorientierung.

Zur Steigerung pflegerischer Kontinuität kann die Umgestaltung der Dienstpläne in Blockform mit gleichen Schichten beitragen. Allerdings zeigen Erfahrungsberichte

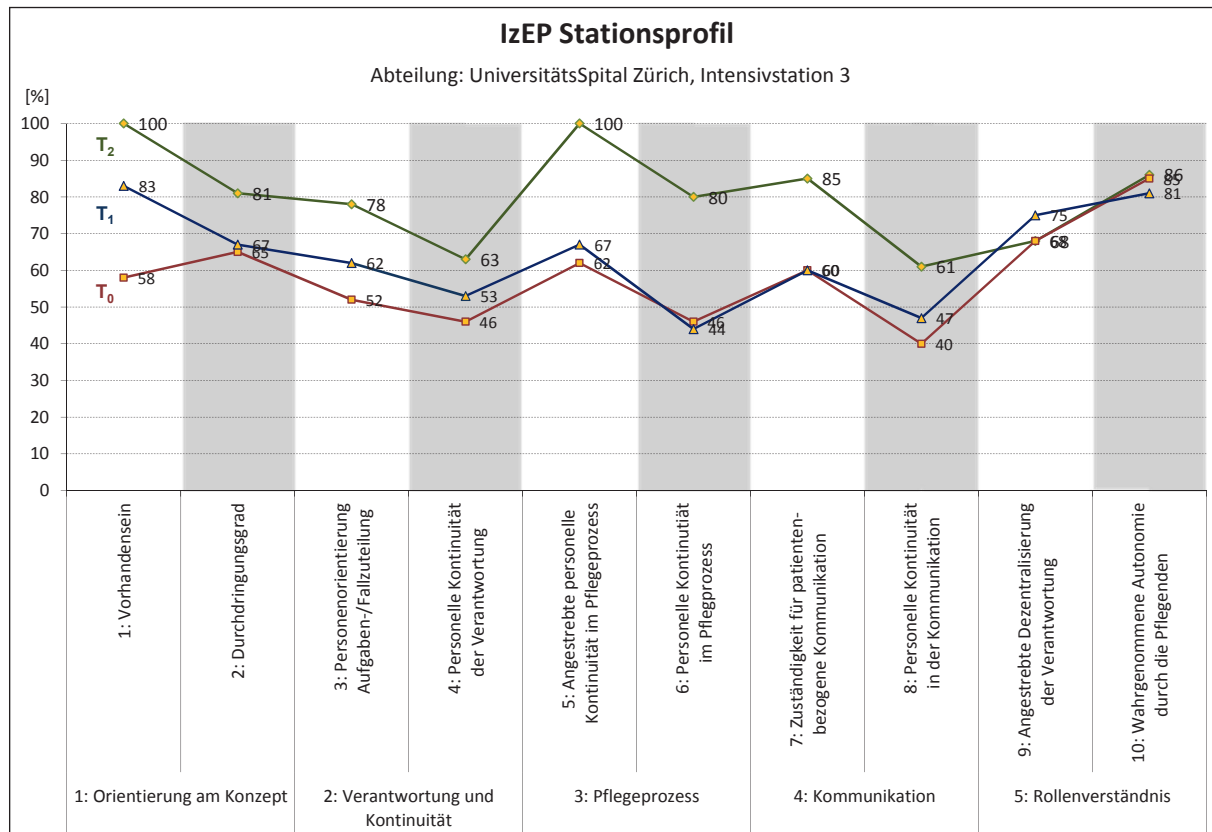


Abbildung 4: IzEP-Dimensionen und Ausprägung (Intensivstation 3).

der Normalabteilungen am USZ, dass ein derartiges Vorgehen Unzufriedenheit mit der Arbeit und deutliche Ablehnung beim Pflegepersonal auslöste (Handel & Mathis-Jäggi, 2005). Zu berücksichtigen bleiben physische und psychische Belastungen bei der längerfristigen Betreuung von Patient(inn)en in aufwändigen und anspruchsvollen Pflegesituationen (Fröhlich, 2010; Goode & Rowe, 2001), welche bei unzureichendem sozialen Ausgleich das Risiko der Entstehung eines Burnouts erhöhen und zum Berufsausstieg führen können (Hasselhorn, Tackenberg, Müller & NEXT-Studiengruppe, 2005). Kompromisslösungen sind daher anzustreben, die eine kontinuierliche Patient(inn)enbetreuung mit unkomplizierter Möglichkeit der Abgabe der Fallverantwortung vorsehen. Ein solcher Weg kann durch das System des Co-Primary oder Team Primary Nursing (Atkinson, 1991; Kaplow, Ackerman & Outlaw, 1989) mit geteilter, wechselseitiger Verantwortlichkeit für zwei bis drei Pflegenden geboten werden. Zugleich könnten damit die noch bestehenden Schwierigkeiten bei der Patient(inn)enzuteilung positiv beeinflusst werden.

Die Ergebnisse aus allen drei Messzeitpunkten machen deutlich, dass die Betreuungskontinuität und die Kontinuität in der patient(inn)enbezogenen Kommunikation aufgrund ihrer nahezu gleichen Ausprägung in unmittelbaren Zusammenhang stehen, womit auch an dieser Stelle die Vorzüge von Co-Primary Nursing zu bedenken wären. Patient(inn)enangehörige sind emotional stark belastet und haben ein ausgeprägtes Informationsbedürfnis (Maier, 2008). Sie erkundigen sich am Morgen meist telefonisch nach dem/der Patienten/Patientin. Im Rahmen eines aktiven Angehörigentelefonats (Maier, 2010) können durch die während der Frühdienste verantwortliche Pflegeperson des Primary-Nursing-Teams gezielte Angaben zu Geschehnissen in der Nacht gegeben und auf die während der Spätdienste zuständige Pflegenden verwiesen werden, was zu einer besseren Orientierung für die Angehörigen führen könnte. Gleichsam würden Mitarbeiter(innen) des medizinischen und physiotherapeutischen Dienstes profitieren. Dazu ist es hilfreich, die namentliche Kennzeichnung der Pflegeperson für den Patient(inn)en nicht nur auf den Rapportraum zu beschränken, sondern an einem weiteren zentralen Punkt der Abteilung und am Patient(inn)enbett fortzuführen. Somit reduziert sich der Aufwand für die Suche und für gezieltes Erfragen nach der pflegerischen Zuständigkeit.

Praktikabilität von IzEP im Intensivpflegebereich

Bereits eingangs wurde auf den Anspruch der AG IzEP verwiesen, ein Instrument für einen breiten stationären pflegerischen Bereich zu entwickeln, welches mit Hilfe der

Ausprägung von Patient(inn)enorientierung und pflegerischer Kontinuität die Eingliederung der Abteilung in eine Pflegeorganisationsform ermöglicht. Demzufolge sind die Antwortkategorien der Fragen in den IzEP-Modulen auf definierte Pflegesysteme wie Funktions-, Bereichs- und Bezugspflege ausgerichtet. Büssing (1997) stellt fest, dass sich in der Praxis selten idealtypische Ausprägungen der Pflegeorganisationsformen finden, stattdessen sind Mischformen anzutreffen.

Die Entwicklung des Bezugspflegekonzepts für den Intensivbereich erfolgte unter Berücksichtigung bestehender Rahmenbedingungen und bereits bewährter Strukturen und Prozesse, doch bilden sich diese in IzEP nur unzureichend ab oder führen aufgrund der gegebenen Antworten zu einer Herabstufung in der Pflegekontinuität. Beispielfähig sei an dieser Stelle das Vorgehen der Dienstübergaben genannt.

Die breite Ausrichtung von IzEP macht eine Konsensfindung in der Fragenformulierung der Module notwendig, doch schränkt dies die Verständlichkeit ein. Während der Evaluationen waren häufig Erläuterungen und alternative Fragenformulierungen durch den/die Interviewer(in) erforderlich, was die Anwender(innen)freundlichkeit des Instruments minderte.

In der vorliegenden Untersuchung bestanden Unsicherheiten der Befragten bei der Beantwortung, da die möglichen Antwortkategorien als zu stringent und idealtypisch ausgerichtet eingeschätzt wurden. Damit verdeutlichen sich Unterschiede zwischen der theoriebasierten Messung von Pflegesystemen durch IZEP und dem Anspruch aus der Praxis, das spitaleigene Bezugspflegekonzept in der Evaluation gut abbilden zu können.

Aus Sicht der Abteilungsleitungen und der Pflegenden wurde der Befragungsbogen als zu lang mit wiederkehrenden Formulierungen und Antwortmöglichkeiten eingestuft, hingegen äußerten Mitarbeiter(innen) aus der Physio- und Ergotherapie den Wunsch nach mehr Möglichkeiten, ihre Sicht zum Pflegesystem mitzuteilen.

Limitationen der Forschungsarbeit

Für diese Untersuchung bestanden Limitationen, welche als ergebnisrelevant einzuschätzen und daher an dieser Stelle zu nennen sind.

Die evaluierten Intensivstationen hatten mit 6 bis 12 Betten eine geringere Kapazität als Normalabteilungen. Durch die wechselnde Bettenauslastung und hohe Aufnahme- und Verlegungsraten standen weniger Patient(inn)en als geplant für die Befragung zur Verfügung, obwohl für jede Abteilung zwei Tage pro Messung eingeplant wurden. Maschinelle Beatmungspflicht oder kognitive Beeinträchtigungen schränk-

ten die Befragungsmöglichkeiten weiter ein. Dieser Umstand schmälert die Aussagekraft zum Pflegesystem aus der Patient(inn)enperspektive. Alternativ war es möglich, Angehörige im Sinne einer Patient(inn)envertretung zu befragen, doch aufgrund unregelmäßiger Anwesenheiten standen während des Untersuchungszeitraums nicht ausreichend Informationsträger(innen) zur Verfügung. Wegen damit verbundener fehlender Zustimmung zur Einsichtnahme in die Pflegedokumentation entstand auch an dieser Stelle ein Datenmangel, der die Validität der Resultate mindert. Eine Überprüfung des Pflegesystems wird durch die AG IzEP nach frühestens 12 Monaten empfohlen, um stattgefundenen Veränderungen im Pflegesystem sicher abbilden zu können. Dieser Zeitrahmen wurde allerdings mit zehn Monaten aufgrund des zeitlich dicht gedrängten Projektplans im Intensivbereich unterschritten. Eine Ergebniswirksamkeit ist anzunehmen, deutlichere Verbesserungen in einzelnen Dimensionen hätten erreicht werden können.

Fazit und Ausblick

Das Ziel der Forschungsarbeit war die wissenschaftliche Begleitung der Implementierung eines adaptierten Bezugspflegekonzepts im Intensivpflegebereich mit IzEP. Mit dessen Hilfe wurde es möglich, die Intensivabteilungen einem Pflegesystem zuzuordnen und die Umsetzung der Konzeptinhalte nachzuweisen. Die Realisierung von Bezugspflege ist im Intensivbereich möglich. Mit IzEP verdeutlichte Entwicklungsfelder zeigen Wege zur besseren Umsetzung in der Praxis auf. Diese flossen mittlerweile in die Überarbeitung der Konzeption ein.

Für die Verwendung von IzEP im intensivpflegerischen Setting ist eine spezifischere und weniger idealtypische Fragenformulierung wünschenswert, um Verständnisprobleme zu reduzieren und den Wiedererkennungseffekt der eigenen Konzeption für die Befragungsgruppen zu erhöhen.

Literatur

- Abderhalden, C.; Needham, I. (1999). Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz. Ergebnisse einer Delphi-Studie. http://www.needham-abderhalden.ch/Delph_Bezugspflege_Vollstandige_Fassung_1999.pdf [05.04.2012].
- Abderhalden, C.; Boeckler, U.; Dobrin Schippers, A.; Feuchtinger, J.; Schaepe, C.; Schori, E.; Welscher, R. (2006). Ein Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP). Vorgehen bei der Instrumentenentwicklung. *PrInterNet*, 7–8, 420–424.
- Alcock, D.; Lawrence, J.; Goodman, J.; Ellis, J. (1993). Formative Evaluation: Implementation of Primary Nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 25 (3), 15–28.
- Arbeitsgruppe Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP (2008). Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP Handbuch. Bern: Verlag Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Universitäre Dienste Bern.
- Atkinson, C. (1991). Primary team nursing: A new ITU method. *Nursing Standard*, 6 (3), 25–28.
- Bachmann-Mettler, I. (2007). Das Bezugspflegesystem am UniversitätsSpital Zürich. In: Mischo-Kelling, M.; Schütz-Pazzini, P. (2007). Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber, 371–389.
- Boeckler, U. (2006). Primary Nursing einfach evaluieren? *PrInterNet*, 7–8, 404–419.
- Büssing, A. (1997). Neue Entwicklungen in der Krankenpflege. Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. In: Büssing, A. (Hrsg.) (1997). Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege: Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 15–48.
- Christen, D. M. J. (2006). Test der Kriteriumsvalidität des Instruments zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP). Unveröffentlichte Masterthesis im Rahmen des Studiengangs Pflegewissenschaft an der University of Maastricht/WE'G Aarau.
- Driescher, B.; Feuchtinger, J.; Schaepe, C. (2007). Selbst- und Fremdeinschätzung von Pflegesystemen – Testung von Instrumenten zur Erfassung von Pflegesystemen auf Kriteriumsvalidität mit der Technik der Known Groups. Studentisches Forschungsprojekt am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Epping, B.; Kohler, S.; Krause, S.; Liem, E.; Maier, J.; Rosch, C. (2010). Projekt Bezugspflegesystem. Ergänzendes Konzept «Bezugspflegesystem auf den Intensivstationen». Unveröffentlichtes Dokument des Universitäts-Spitals Zürich.
- Feuchtinger, J. (2007). Nehmen Patienten patientenorientierte Pflegesysteme nicht wahr? http://izep.info/media/PrInternet_2007_Feuchtinger_IzEP_Info.pdf [05.05.2012].
- Fröhlich, M. R. (2010). Einfluss von Bezugspflege im intensivpflegerischen Setting auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen. Unveröffentlichtes Dokument des UniversitätsSpitals Zürich.

- Goode, D.; Rowe, K. (2001). Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: a combined methods approach. *Intensive and Critical Nursing*, 17 (5), 294 – 303.
- Handel, E.; Dobrin Schippers, A.; Fröhlich, M. R.; Spirig, R. (2011). Fallverantwortung ist Voraussetzung für die patientenorientierte Pflege. *Competance*, (3), 24 – 25.
- Handel, E.; Mathis-Jäggi, F. (2005). Evaluationsbericht zum Stand der Umsetzung der Bezugspflege am UniversitätsSpital Zürich. Ergebnisse der Pilotabteilungen. Unveröffentlichtes Dokument des Universitäts-Spitals Zürich.
- Hasselhorn, H. M.; Tackenberg, P.; Müller B. H.; NEXT-Studiengruppe (2005). Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen? In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2005). Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Übersetzung Ü 15. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Hügelmeier, M. (2008). Bezugspflege auf einer Intensivstation? Eine Handlungsempfehlung. Unveröffentlichte Bachelorarbeit im Rahmen des Bachelorstudiums in Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Osnabrück.
- Hurst S. A. (2008). Vulnerability in research and health care; describing the elephant in the room? *Bioethics*, 22 (4), 191 – 202.
- Kaplow, R.; Ackerman, N.; Outlaw, E. (1989). Co-Primary Nursing in the Intensive Care Unit. *Nursing Management* 20 (12), 41 – 42, 46.
- Köbing, S. (2006). Prüfung der Test-Retest-Reliabilität des Moduls «Mündliche Befragung der Pflegenden» des «Instruments zur Erfassung des Pflegesystems» Version IzEP 0.3.5 (vom 01.06.2005). Unveröffentlichte Diplomarbeit im Rahmen des Studiengangs Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Lassen, B. (2010). Beschreibung der Implementierung und Machbarkeit des Pflegesystems Bezugspflege auf einer chirurgischen Station für Patientinnen und Patienten mit einem Aufenthalt bis zu 3 Tagen. Befragung und Dokumentationsanalyse mittels standardisierter Fragebögen: Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP®. Unveröffentlichte Masterthesis im Studiengang Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke.
- Maier, J. (2008). Angehörige auf der Intensivstation. Unveröffentlichte Abschlussarbeit Höfa II. Aarau: WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe.
- Maier, J. (2010). Das aktive Angehörigentelefonat. *Pflegen Intensiv*, 04/10, 28 – 31.
- Manley, K.; Hamill, J. N.; Hanlon, M. (1997). Nursing staff's perceptions and experiences of primary nursing practice in intensive care 4 years on. *Journal of Clinical Nursing*, 6 (4), 277 – 287.
- Manley, K.; Cruse, S.; Keogh, S. (1996). Job satisfaction of intensive care nurses practicing primary nursing. A comparison with those practicing total patient care. *Nursing Critical Care*, 1 (1), 31 – 41.
- Manthey, M. (2005). Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Hans Huber.
- Müller, E. (2001). Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Reihe Pflegewissenschaft. Bern: Hans Huber.
- Polit, D.; Beck, C. T.; Hungler, B. (2004). Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Bern: Hans Huber.
- Schori, E.; Kersten, B.; Abderhalden, C. (2006). Wie reliabel ist der Fragebogen zur Analyse der Pflegedokumentation (IzEP-Dok) im Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP? *PrInterNet Angewandte Pflegeforschung Online*, (8), 1 – 9.
- Techam, A.; Heinrich, I. (2007). Primäre Pflege im Intensivbereich. Erfahrungen zweier Führungskräfte. In: Mischokelling, M.; Schütz-Pazzini, P. (2007). Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber, 276 – 300.

Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Die Rekrutierung von Studienteilnehmenden im hochkomplexen Feld der Intensivpflege erforderte viel Flexibilität, Geduld und Verständnis.

**Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?**

Mehr Pflegende erkennen den Nutzen von Bezugspflege für Patient(inn)en und deren Angehörige und sehen sie nicht als Zusatzaufwand.

Was empfehlen Sie den LeserInnen zum Weiterlesen/Vertiefen?

Erfahrungsberichte verdeutlichen den Implementierungsprozess von Bezugspflege aus dem Blickwinkel von Konzeptentwickler(inne)n und -anwender(inne)n.

Korrespondenzadresse

Martin Robert Fröhlich
Medizinbereich Anästhesiologie, Intensivmedizin,
OP-Management
UniversitätsSpital Zürich
Rämistraße 100
8091 Zürich
Tel.: + 41 (0)44 255 10 01

martin.froehlich@usz.ch