universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Primary Nursing als Organisationsform der Pflege - Implementierung im stationären Sektor in Österreich - eine Zukunftsvision

Verfasserin

Cornelia Mann

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057 122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Pflegewissenschaft
Betreuerin / Betreuer:	Dr. Eva Friedler

1. Einleitung 1
1.1. Einführung in die Thematik 1
1.2. Forschungsfragen und Zielsetzung der Diplomarbeit 3
1.3. Kapitelübersicht 4
2. Primary Nursing als Organisationsform 6
2.1. Überblick Organisationsformen geschichtlich betrachtet – amerikanische Perspektive 6
2.2. Geschichte von Primary Nursing 7
2.3. Primary Nursing – Begriffserklärung 12
2.4. Definition von Primary Nursing 12
2.5. Abgrenzung Synonym Bezugspflege von Primary Nursing 15
2.6. Aufgaben der Primary Nurse 16
2.7. Aufgaben der Associate Nurse 17
2.8. Aufgabe der Stationsleitung 18
2.9. Andere Organisationsformen in der Pflege als Primary Nursing 19
2.9.1. Funktionspflege 19
2.9.1.1. Vor- und Nachteile der Funktionspflege 20
2.9.2. Patientenorientierte Pflege 21
2.9.2.1. Zimmerpflege 21
2.9.2.3. Gruppenpflege 22
2.9.3.4. Vor- und Nachteile der Zimmer-, Bereichs- und Gruppenpflege 23
2.10. Ziele von Primary Nursing 24
2.10.1. Ziele der Einrichtung/Organisation mit Primary Nursing 25
2.10.2. Ziele für die Pflegekraft mit Primary Nursing 25
2.10.3. Ziele für den Patient 26
2.11. Vor- und Nachteile von Primary Nursing 26
3. Status quo zur Organisation der Pflege in Österreichs Krankenhäusern 28
3.1. Die Schnittstellenproblematik im Krankenhaus 31
3.2. Entlassungsmanagement im Krankenhaus 32
3.2.1. Projekt: Umsetzung „wienweites“ indirektes Entlassungs-management 34
3.2.2. Curriculum Weiterbildung Entlassungsmanagement 36

3.2.3 Entlassungsmanagement – was wäre die beste Lösung für den Patienten? ... 37
4. Grundlagen der Planungsphase zur Implementierung von Primary Nursing in den stationären Sektor ... 39
4.1. Planungsgruppe und „Change Agent“ ... 40
4.2. Bottom-Up-Ansatz als Grundlage zur Umsetzung ... 42
4.3. Bewusstsein der Mitarbeiter ... 43
4.4. Veränderung der Pflegekultur ... 43
4.5. Vorbereitung auf Primary Nursing mittels Fort- und Weiterbildung 45
4.6. Weitere Aktivitäten in der Planungsphase ... 46
4.7. Zusammenfassung der Planungsphase ... 47
5. Implementierung von Primary Nursing in Österreich - Theorie und Praxis ... 48
5.1. Qualifikationsprofile ... 48
5.1.1. Qualifikationsprofil Primary Nurse ... 48
5.1.2. Qualifikationsprofil Associate Nurse ... 49
5.1.3. Qualifikationsprofil Stationsleitung ... 50
5.2. Veränderung der Rolle der Stationsleitung ... 50
5.3. Aspekte von Änderungen und deren Management bei der Implementierung einer neuen Organisationsform ... 52
5.4. Ist-Analyse der Station ... 54
5.5. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in der Praxis ... 55
5.6. Personal- und Arbeitsorganisation ... 55
5.6.1. Arbeitszeitregelungen für Dienstnehmer in österreichischen Krankenanstalten ... 56
5.6.2. Arbeitszeitformen für Pflegepersonen im Krankenhaus ... 57
5.6.2.1. Regelarbeit ... 57
5.6.2.2. Turnusdienst ... 57
5.6.2.3. Dauernachtdienst ... 57
5.6.2.4. Projekt „12,5 Stunden Arbeitszeit – Fluch oder Segen?“ ... 58
5.6.2.5. Persönliche Sichtweise von Pflegepersonal bezüglich Arbeitszeiten ... 59
5.6.2.6. Projekt im Kaiserin-Elisabeth-Spital - Verkürzung der Dienstdauer ... 61

5.6.3. Resümee bezüglich Arbeitszeitformen für die Implementierung von Primary Nursing in Österreich 63
5.6.4. Aktuelles Beschäftigungsausmaß der Pflegepersonen in Österreich 64
5.6.5. Dienstplangestaltung 65
5.6.6. Resümee Personalorganisation 67
5.7. Probleme und Unklarheiten die bei der Umsetzung von Primary Nursing entstehen können 68
5.8. Evaluation 70
5.8.1. Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien 72
5.8.2. Laufende formative Evaluation 73
5.8.3. Formelle summative Evaluation 75
5.9. Forschungsprojekt „Primary Nursing in der Geriatrie“ des Institutes für Pflegewissenschaft auf der Medizinischen Universität Graz 77
6. Primary Nursing als Qualitätssicherungsfaktor 81
7. Ausbildung und Tätigkeitsbereiche der Krankenschwester - Ländervergleich 84
7.1. Österreich 84
7.2. Vereinigte Staaten von Amerika 86
7.3. Großbritannien 88
7.4. Finnland 89
7.5. Resümee Ländervergleich und Primary Nursing 90
8. Wirtschaftliche Faktoren für die Implementierung von Primary Nursing 92
9. Folgerung für Forschung und Praxis 93
10. Zusammenfassung 94
Anhang 101
Abstract Deutsch 101
Abstract English 103
Lebenslauf 104
Literaturverzeichnis 106

1. Einleitung

1.1. Einführung in die Thematik

„…jeden Morgen wenn ich die Augen öffne, schaue ich in ein anderes Gesicht,…“
(Zitat einer Bewohnerin einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung)

Mit diesen Worten bringt die Dame zum Ausdruck, dass sie jeden Tag von einer bzw. mehreren anderen Pflegepersonen betreut wird und keine fixe Pflegekraft hat, die sich um sie kümmert. Der Wunsch nach einer individuellen, adäquaten und kontinuierlichen Pflege ist bei vielen Patienten/Heimbewohnern groß. Ein Beziehungsaufbau zwischen Pflegepersonal und der zu pflegenden Person ist durch den ständigen Personalwechsel nur schwer möglich. Hinzu kommt, dass jede Pflegekraft ihre eigene persönliche Art und Umgangsweise in der Pflege des Patienten hat.

Die Organisationsform Primary Nursing kann den Wünschen einer individuellen, adäquaten und kontinuierlichen Pflege nachkommen. Die Primary Nurse hat die Verantwortung für die Pflege rund um die Uhr für ihren Patienten, vom Tag der Aufnahme bis zum Tag der Entlassung. Sie führt, wann immer es ihr möglich ist, die Pflege selbst durch. Ihre Aufgabe ist es die Pflege zu planen und zu koordinieren. Wenn die Primary Nurse nicht anwesend ist, erledigt die Associate Nurse die Aufgaben für die Primary Nurse, und zwar nach der Planung der Primary Nurse. Eine Primary Nurse hat für gewöhnlich von Montag bis Freitag zu den Kernarbeitszeiten Dienst. Damit ist gewährleistet, dass sie alle wichtigen Entscheidungen selbst treffen kann. Ihr Patient kann sich stets mit allen Fragen und Anliegen an sie wenden. Der Vertrauensaufbau zwischen Patient und Primary Nursing ist ein wichtiger Faktor für das Gelingen einer positiven Patient-Pflegeperson-Beziehung.

Der österreichische Pflegebericht 2007[1] zeigt auf, dass ein Optimierungsbedarf in Bezug auf die Einführung der Bezugspflege besteht. Hier muss betont

[1] vgl. ÖBIG (2007)

werden, dass in diesem Bericht Bezugspflege als Synonym für Primary Nursing benutzt wird. (siehe Punkt 2.5. Abgrenzung Synonym Bezugspflege von Primary Nursing).

In Wien überwiegt gegenwärtig die Gruppenpflege mit 63 Prozent. Innerhalb der Gruppenpflege wird eine Gruppe von Patienten einer Gruppe von Pflegenden zugeteilt. Pro Tag hat jeder Patient mehrer Pflegekräfte die für ihn verantwortlich sind. Die Funktionspflege, mit 23 Prozent, sollte im Sinn der Modernisierung der Pflegekonzepte in allen Bundesländern reduziert werden. Bei der Funktionspflege werden die Pflegetätigkeiten in Einzelarbeiten zerlegt. Jede Pflegeperson hat die Verantwortung für eine einzelne Tätigkeit oder eine Gruppe von Tätigkeiten. In Punkt 2.9. wird auf diese Begriffe näher eingegangen.

Die Vorreiterrolle der Bezugspflege in Österreich übernimmt, laut österreichischem Pflegebereicht, derzeit die mobile Krankenpflege.

Bei der näheren Beleuchtung des Themas Primary Nursing, ist festzustellen, dass dies eine Organisationsform ist, die bis zum jetzigen Zeitpunkt in Österreich nicht bzw. kaum umgesetzt wird. Es gibt abgewandelte Formen des Primary Nursing – Bezugspflege genannt, die in Stationen in Österreich erprobt und umgesetzt werden. Veröffentlichte wissenschaftliche Studien zu Primary Nursing in Österreich gibt es bis dato keine.

Das Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz arbeitet an einem laufenden Forschungsprojekt zu „Primary Nursing in der Geriatrie“ (Punkt 9. Forschungsprojekt „Primary Nursing in der Geriatrie“ des Institutes für Pflegewissenschaft auf der Medizinischen Universität Graz). Die Forschungsergebnisse sind gegenwärtig unveröffentlicht.

Zusätzliche Erläuterungen

Um die Authentizität der spezifischen Begriffe bei der Organisationsform Primary Nursing zu erhalten, wurden die Berufsbezeichnungen „Primary Nurse“ und „Associate Nurse“ in englischer Sprache übernommen.[2]

In dieser Arbeit wird zur besseren Lesbarkeit von einer geschlechterspezifischen Schreibweise abgesehen.

1.2. Forschungsfragen und Zielsetzung der Diplomarbeit

Ziel dieser Diplomarbeit ist eine Literaturanalyse von Primary Nursing in Österreich, insbesondere in Bezug auf Faktoren die für oder gegen die Implementierung dieser Pflegeform sprechen. Weiters wird erforscht welche dieser Faktoren fehlen und wie man diese in Österreich umsetzen könnte. Theoretische und praktische Konsequenzen für die Pflege und die Pflegeorganisation werden herausgearbeitet.

Darüber hinaus soll der Frage nachgegangen werden, ob Primary Nursing zu einer Steigerung der Pflegequalität führen kann. Zudem wird ergründet welche wirtschaftlichen Änderungen für die Implementierung von Primary Nursing notwendig sind. Im Zuge dieser Arbeit wird auch ein Ländervergleich der Tätigkeitsbereiche der Krankenschwester, unter Einbeziehung von Österreich, beschrieben.

Methodik dieser Arbeit ist hauptsächlich die Literaturanalyse. Auch Erfahrungen aus dem eigenen Handlungsfeld werden eingebracht.

[2] Sie beziehen sich sowohl auf weibliches wie auch männliches Pflegepersonal

1.3. Kapitelübersicht

Ausgehend von der Geschichte von Primary Nursing werden Grundlagen und Grundbegriffe erklärt, die Aufgaben der Primary Nurse, der Associate Nurse und der Stationsleitung beschrieben. Die Abgrenzung zum Begriff „Bezugspflege“ wird heraus gearbeitet.

Weiters werden im zweiten Kapitel die Organisationsformen Gruppenpflege, Patientenzuteilung und Funktionspflege beschrieben, sowie Vor- und Nachteile von Primary Nursing, für die Organisation, für die Pflegekraft und für den Patienten, aufgedeckt.

Zusätzlich wird im dritten Kapitel der Status quo zur Organisation der Pflege in Österreichs Krankenhäusern dargestellt, das Schnittenmanagement zwischen stationären und ambulanten Bereich und Entlassungsmanagement im Krankenhaus werden erläutert.

Im vierten Kapitel werden die Grundlagen der Planungsphase zur Implementierung von Primary Nursing im stationären Sektor erklärt.

Das fünfte Kapitel handelt von der Implementierung von Primary Nursing in Österreich. Es werden Theorie und Praxis beleuchtet. Zuerst werden die einzelnen Qualifikationsprofile der Primary Nurse, der Associate Nurse und der Stationsleitung beschrieben. Zudem werden sowohl die Veränderung der Rolle der Stationsleitung als auch die Veränderungsaspekte des Managements beschrieben. Des Weiteren wird die Ist-Analyse der jeweiligen Station beschrieben. Auch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind bei der Implementierung einer neuen Organisationsform unerlässlich. Zusätzlich beschäftigt sich dieses Kapitel mit der Personal- und Arbeitsorganisation. Dieser Abschnitt befasst sich mit Arbeitszeitenregelungen, Arbeitszeitformen und der Dienstplangestaltung. Weiters werden Probleme und Unklarheiten beschrieben, die bei der Implementierung entstehen können. Ein weiterer wichtiger und vorletzter Punkt dieses Kapitels ist die detaillierte Beschreibung der Evaluation. Den Abschluss dieses Kapitels bildet eine Zusammenfassung

des Forschungsprojektes „Primary Nursing in der Geriatrie“ des Institutes für Pflegewissenschaft der Universität Graz.

Kapitel sechs widmet sich der Frage ob Primary Nursing als Qualitätssicherungsfaktor dienen kann.
Das siebente Kapitel beleuchte die spezifische Ausbildung und Tätigkeitsbereiche der Krankenschwestern in Österreich, Amerika, Großbritannien und Finnland. Ein Resümee mit einem Ländervergleich mit Bezug auf Primary Nursing schließt dieses Kapitel ab.

Die Betrachtung der wirtschaftlichen Aspekte von Primary Nursing bilden das achte Kapitel.

Einen Ausblick auf Forschung und Praxis gibt das vorletzte Kapitel.

Das abschließende Kapitel enthält eine Zusammenfassung dieser Arbeit.

2. Primary Nursing als Organisationsform

2.1. Überblick Organisationsformen geschichtlich betrachtet – amerikanische Perspektive [3]

Amerika spielt die wichtigste Rolle bei der Entstehung der Organisationsform Primary Nursing. Der folgende Text bezieht sich daher auf die Entwicklung amerikanischer Organisationsformen.

In den 20er Jahren kam die Pflegekraft zu den zu pflegenden Personen nach Hause und führte, im privaten Umfeld des Patienten, die Pflege durch. Es gab keine Krankenhaushierarchie und keine Vorgesetzte die die gesetzten Tätigkeiten kontrollierte. Die Pflegekräfte arbeiteten fallbezogen. Von ihnen wurde erwartet, dass sie immer im Dienst waren, vierundzwanzig Stunden, jeden Tag. Ein freier Tag war nur möglich, wenn ein angemessener Ersatz vorhanden war und die Erlaubnis des Patienten und des Arztes eingeholt wurde.

In weiterer Folge verlegte sich der Schwerpunkt in die stationäre Versorgung. Die fallbezogene Pflege, die im privaten Umfeld Anwendung fand, wurde nun im Krankenhaus von Funktionspflege abgelöst. In der Krankenhauspraxis setzte sich das Konzept der Funktionspflege durch.

Mit Beginn der 50er Jahren machte sich Unzufriedenheit über die Funktionspflege breit und es entstand eine Befürwortung der Gruppenpflege. Somit kam es zur Aufnahme der Gruppenpflege. Mitte der 60er Jahre war ein Krankenhaus, das dieses Modell nicht umgesetzt hatte, als unterentwickelt angesehen. Doch auch die Gruppenpflege wurde problematisch angesehen, denn Patienten erhielten keine persönliche und keine kontinuierliche Pflege. Darauf entwickelte sich im Laufe der Zeit die Gruppenpflege wieder zur fallbezogenen Pflege zurück, welche schließlich zu der Organisationsform Primary Nursing führte.

[3] vgl. Manthey (2005), S. 30ff und Ersser & Tutton (2000), S. 15ff

Zusammenfassend wird festgehalten, dass es mit Primary Nursing wieder zu einer Rückkehr der fallbezogenen Betreuung der 20er Jahre kam.

2.2. Geschichte von Primary Nursing [4]

Primary Nursing ist in den 60 er Jahren in den USA – Minnesota durch Marie Manthey entstanden. Die Geschichte von Primary Nursing, die im folgenden Text näher erläutert wird, beschreibt folglich die amerikanische Geschichte und die Hintergründe für die Entstehung der neuen Organisationsform Primary Nursing.

20er Jahre

In den 20er Jahren wurde die Pflege als attraktiver Beruf angesehen und auch als gute Alternative zum Lehrberuf wahrgenommen. Die 20er Jahre waren für Frauen eine wichtige Zeit bezüglich der Emanzipation. Eine Karriere im Pflegeberuf anzustreben, wurde von immer mehr Frauen als eine gute Möglichkeit angesehen. Es gab genug Ausbildungsmöglichkeiten und auch die Kosten dafür konnten sich Mittelstandsfamilien leisten. Neue Krankenpflegeschulen schossen überall aus dem Boden, wo neue Krankenhäuser gebaut wurden. Meistens waren dies kleine, von privater Seite getragene, Institutionen, die einen ökonomischen Vorteil darin sahen, Auszubildende als Arbeitskräfte einsetzen zu können, und demnach eigene Ausbildungsstätten einrichteten.

30er Jahre

In den 30 er Jahren herrschte ein Überangebot von Pflegekräften. Diese Entwicklung sorgte dafür, dass die Löhne des Krankenpflegepersonals sanken, somit waren die Pflegekräfte auf die ökonomischen Probleme der Depression im Jahre 1929 schlecht vorbereitet. Die bereits geringen Stellenangebote wurden noch geringer. Es wurde für Familien immer schwieriger sich überhaupt Lebensmittel leisten zu können, und wie sollten sie sich dann erst für ihr krankes Familienmitglied eine Pflegekraft leisten können. Wie bereits im Punkt

[4] vgl. Manthey (2005), S. 41ff

2.1. erwähnt, war es damals üblich, zuhause von der eigens angestellten Pflegekraft versorgt zu werden.

Die Pflege verlagerte sich nun aber immer mehr in den stationären Bereich. Dies hatte zur Folge, dass in den frühen dreißiger Jahren immer mehr Pflegekräfte ungenügend Arbeit fanden um sich selbst ernähren zu können. In dieser Zeit kehrten viele Pflegekräfte zu ihren Ausbildungshäusern zurück um dort gegen Kost und Logis zu arbeiten. Die Krankenhäuser öffneten ihnen die Türen und gaben ihnen für eine volle Arbeitswoche einen Platz zum Schlafen und drei Mahlzeiten am Tag. Mit der Zeit wurden diesen Pflegekräften Gehälter bezahlt. Ihre Positionen wurden durch eine Einführung von Stellenbeschreibungen und einer regelmäßigen Bezahlung abgesichert.

Weiters ist hier zu erwähnen, dass es im häuslichen Bereich nie mehr wieder so viele Pflegekräfte gab.

40er Jahre

Doch praktisch über Nacht hat sich das Blatt gewendet und aus dem Überangebot von Pflegekräften ist eine kritische Unterversorgung entstanden. Bedingt durch die Bombardierung von Pearl Harbor kam es sehr schnell zu einem erhöhten Bedarf an Pflegekräften. Es gab zwar genug ausgebildete Pflegekräfte, aber es zeigte sich das Problem, dass diese dem Krieg nicht „dienen“ wollten. Daraufhin förderte die Bundesregierung die Pflegeausbildung um den Bedarf zu decken. Demzufolge fingen militärische Ausbildungslehrgänge an. Jedoch egal wie viele Pflegekräfte ausgebildet wurden, der Krieg brauchte immer mehr. Deshalb wurden Ausbildungslehrgänge mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus entwickelt um der Knappheit entgegen zu wirken. Die Erhöhung der Pflegekräfte, somit der Quantität, führte nicht eins zu eins zu einer Qualitätsverbesserung.

Schlussendlich sind aus diesen zwei neuen Ausbildungen die Berufsgruppen Krankenpflegehelferinnen und Pflegehelferinnen entstanden. Am Ende des zweiten Weltkriegs waren die Hilfskräfte so weit etabliert, dass die meisten Krankenhäuser ihre eigenen Ausbildungslehrgänge für Hilfskräfte aufgebaut

hatten. Außerdem erhielten die Hilfskräfte einen fixen Platz in der Krankenhaushierarchie. Trotz all dem blieb es bei einem beachtlichen Pflegekräftemangel, der in den folgenden 20 Jahren das Hauptproblem im Gesundheitswesen blieb, denn kriegsbedingt kam es zu einem großen Aufschwung und die Krankenhäuser sind enorm an Komplexität und Größe gewachsen.

50er Jahre

Ein großer Teil der Pflegeforschung der 50er Jahre beschäftigte sich damit, Systeme der Akutversorgung zu entwickeln, die den Einsatz von Hilfskräften bei der unmittelbaren Pflege unter der Aufsicht einer examinierten Pflegekraft erlauben. *(*Unter examinierten Pflegepersonen verstand man jene Personen mit Examen, vergleichbar mit den heutigen Gesundheits- und Krankenpflegdiplom) Die Hilfskräfte waren aufgrund des anhaltenden Pflegekräftemangels nicht wegzudenken.

Wie die Literatur aus den USA zeigt, war eines der Hauptergebnisse der Pflegeforschung die Schaffung der Gruppenpflege. Die Gruppe bestand aus Krankenpflegehelferinnen und Pfleghelferinnen und manchmal auch aus diplomierten Pflegekräften*.* Als Teamleitung fungierte immer eine examinierte Pflegekraft. Ihre Aufgabe war es, das Team zu beaufsichtigen und die pflegerischen Handlungen zu koordinieren. Sie hatte dafür zu sorgen, dass alle Anforderungen ihres Teams pünktlich ausgeführt wurden. Außerdem war sie dafür verantwortlich, dass auch die weniger qualifizierten Mitglieder des Teams professionell pflegen. Die meisten geprüften Pflegekräfte beschwerten sich darüber nicht mehr direkt am Krankenbett arbeiten zu können.

60er Jahre

Mitte der 60er Jahre entstand eine große Unzufriedenheit in der Pflege. Die zwei wesentlichen Probleme die dazu führten sind erstens, dass die Patienten eine unpersönliche und diskontinuierliche Pflege erhielten und zweitens, dass die Pflegekräfte von ihrer Arbeit entmutigt und frustriert waren. Ende der 60er Jahre wurde ein Hauptanteil der klinischen Arbeit von Pflegehelferinnen und Krankenpflegehelferinnen erledigt. Sie wurden weiterhin von den diplomierten

Pflegekräften beaufsichtigt. Einige schwierige Aufgaben übernahmen die geprüften Pflegepersonen auch selbst. Obwohl die Pflegekräfte mehr Zeit für Kommunikation aufwendeten, wussten sie nicht, wer ihre Patienten waren und warum sie im Krankenhaus lagen. Und die Patienten wussten nicht, wer eine examinierte Pflegekraft war und wer nicht.

Es musste etwas geschehen, damit die Patientenzufriedenheit in der Pflege gesteigert wird. Zwei Lösungen wurden hierfür herausgearbeitet. Zuerst wurde ein Stationsmanagement eingeführt. Diese Aufgabe sollte von einer Person erledigt werden, die keine Pflegekraft ist. Weiters war sie für mehrere Stationen zuständig. Eine weitere Lösung war die verstärkte Bereitstellung von Pflegepersonen. Trotzdem beschwerten sich die Patienten weiterhin über die schlechte Versorgung und Pflege. Die Pflegekräfte wiederum beschwerten sich über die viele Schreibarbeit, die sie täglich zu erledigen hatten, und durch die sie viel Zeit verlieren würden. Die Pflegedienstleitung konzentrierte sich darauf mehr Pflegekräfte zu bekommen und die Schreibarbeit zu reduzieren. All diese gesetzten Maßnahmen führten nicht zu dem gewünschten Ziel. Die gewonnene Zeit, die nun zur Verfügung stand, kam nicht dem direkten Patientenkontakt zugute, sondern wurde am Schreibtisch, bei der Dokumentation, bei Gesprächen mit Kollegen oder auch beim Kaffee, verbracht.

Die Station 32 auf der Universität von Minnesota – „Geburtsort“ von Primary Nursing

Manthey (2005, S. 51) schreibt, dass sie sich zu fragen begann, ob das Personal nicht in der Lage war etwas zu ändern, oder ob sie es nicht wollten. Somit begann man sich zu überlegen, ob der Pflegenotstand mit der Zahl der tatsächlich vorhandenen Pflegekräfte zusammenhing, oder ob es hauptsächlich darum ging, wie die Pflegekräfte eingesetzt wurden.
Auf der Universität von Minnesota wandten sich Pflegekräfte diesen Fragen zu. Das Personal ging davon aus, dass eine noch effektivere Gruppenpflege zu einer besseren geplanten, koordinierten und umfassenden Patientenversorgung führen müsste. Es wurde versucht herauszufinden, warum die Gruppenpflege wahrscheinlich nicht richtig eingeführt worden war.

Als Ergebnis zeigten sich drei Hauptproblemfelder

- Fragmentierung der Pflege
- komplexe Kommunikationsstrukturen
- unklare Verantwortung und fehlende Zuständigkeiten

Diese Probleme sollten durch eine verbesserte Einführung der Gruppenpflege behoben werden, jedoch führten alle Bemühungen nicht zum Erfolg.
Alle Anstrengungen, diese genannten Probleme in den Griff zu bekommen, scheiterten. Allerdings führte die Station 32 auf der Universität von Minnesota 1969 eine alternative Organisationsform ein. Diese wurde Primary Nursing genannt. Die Struktur der neuen Organisationsform war die unmittelbare Antwort darauf, dass die Gruppenpflege nicht im Stande war, eine koordinierte, individualisierte und umfassende Pflege zu erbringen.

Die Hauptproblemfelder wurden von der Station 32 bearbeitet und anstatt der fragmentierten Pflege kam schließlich die Fallmethode. Die komplexen Kommunikationsstrukturen wurden durch einfache direkte Strukturen abgelöst und an die Stelle der unklaren und unsicheren Verantwortung, ist die deutlich sichtbare persönliche Verantwortung getreten. Das professionelle Element der Pflege konnte nun zurück gewonnen werden, und es wurde ein System geschaffen, dass den Erwartungen der Patienten gerecht werden konnte.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die zunehmende Unzufriedenheit des Pflegepersonals und die hohe Fluktationsrate der Auslöser war, um Primary Nursing ins Leben zu rufen.[5]

70er Jahre bis heute – Zeit der Internationalisierung

In den 70er Jahren wurde Primary Nursing als Organisationsform in den USA am Häufigsten angewendet. Von den USA verbreitete es sich über Australien nach Großbritannien. Von dort breitete es sich in die skandinavischen Länder, Norditalien und die Niederlande aus. In Deutschland und der Schweiz gewinnt Primary Nursing erst seit den neunziger Jahren an Bedeutung. Auch in Asien

[5] vgl. Tewes (2006), S. 89

und Kanada konnte Primary Nursing Fuß fassen. Diese Pflegeform hat sich im Laufe der Zeit in der ganzen Welt weiter verbreitet.[6]

2.3. Primary Nursing – Begriffserklärung [7]

Primary Nursing kommt aus dem englischen und wird mit primärer Pflege übersetzt. „primary“ bedeutet die/der Erste oder primär. Der Begriff „nursing“ heißt übersetzt Pflege. Der Begriff Primary Nursing ist ausdrücklich von der deutschen Übersetzung Bezugspflege abzugrenzen. (siehe auch Punkt 2.5. Abgrenzung Synonym Bezugspflege)

Bei der Organisationsform Primary Nursing gibt es zwei wichtige Rollen, die Rolle der Primary Nurse und die der Associate Nurse. Primary Nurse ist die primäre Pflegekraft und die Associate Nurse ist die zugeordnete bzw. assozierte Pflegekraft. (nähere Beschreibung siehe Punkt 2.6. Aufgaben der Primary Nurse und Punkt 2.7. Aufgaben der Associate Nurse)

2.4. Definition von Primary Nursing [8]

Die Begründerin von Primary Nursing, Marie Manthey, definiert Primary Nursing mit den vier Grundelementen aus dem diese Organisationsform besteht.
Diese sind: „

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

[6] vgl. Fischer (2002), S. 70 und Kleine Hörstkamp (2004), S. 26
[7] vgl. Fischer (2004), S. 275 und Manthey (2005), S. 15
[8] vgl. Manthey (2005), S. 61ff

4. Übernahme der Verantwortung für die Qualität der für einen Patienten erbrachten Pflege durch eine Person, und zwar 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche. „[9]

Im folgenden Text wird die Definition von Primary Nursing näher erläutert und erklärt. Ein Element, das Primary Nursing kennzeichnet, ist die **persönliche Übernahme der Verantwortung**. Die Primary Nurse entscheidet selbst darüber wie ihr Patient pflegerisch versorgt wird. Die Verantwortung für ihre Patienten hat die primäre Pflegekraft rund um die Uhr, sieben Tage die Woche. Es ist wichtig, dass die Übernahme der Verantwortung für alle Beteiligten sichtbar ist. Das bedeutet, der Patient, seine Angehörigen und das gesamte Versorgungsteam wie andere Pflegepersonen und Ärzte sollen wissen wer die zuständige Primary Nurse ist.

Die Primary Nurse hat drei bedeutende Bereiche der Verantwortung zu erledigen. Diese sind:

1. Die Primary Nurse hat dafür zu sorgen, dass alle klinischen Informationen, die für den Patienten benötigt werden, zur Verfügung stehen.
2. Weiters hat sie die Verantwortung, wie die Pflege durchgeführt werden soll und sie hat dafür zu sorgen, dass alle Pflegeanweisungen an beteiligte Pflegepersonen weitergeleitet werden. Außerdem kümmert sie sich darum, dass alle Informationen des Patienten, der Angehörigen und der Ärzte gesammelt werden. Mit diesen Daten erstellt sie den Pflegeplan.
3. Eine weitere wichtige Verantwortung trägt die Primary Nurse bei der Planung der Entlassung (auf das Thema Entlassungsmanagement wird noch näher eingegangen, siehe Punkt 3.1.1. Entlassungsmanagement im Krankenhaus). Ab und zu ist es notwendig, dass der Patient in eine weitere Einrichtung überwiesen werden muss, dann ist es ihre Aufgabe, dass sie alle notwendigen Informationen für einen problemlosen Übergang an die neue Primary Nurse übermittelt. Häufig kommt es vor, dass gewisse Informationen nur durch einen persönlichen Anruf der

[9] Manthey (2005), S. 61

Primary Nurse bei der Pflegekraft, der jeweiligen Einrichtung, vermittelt werden können. Vereinzelt ist es auch notwendig, dass die Primary Nurse ihren Patienten in die überwiesene Einrichtung begleitet. Dieses Vorgehen wird in Amerika ermöglicht, in Österreich ist es derzeit nicht vorgesehen.

Ein weiteres Kernelement von Primary Nursing ist die tägliche **Arbeitszuweisung nach der Fallmethode**. Diese Methode ist patientenorientiert und nicht tätigkeitsorientiert. In der Fallmethode ist es möglich, dass die spezifischen Fähigkeiten der Pflegekräfte auf den Bedarf der Patienten abgestimmt werden können. Somit ist es möglich, dass sowohl examinierte Pflegekräfte und Krankenpfleghelferinnen als Primary Nurse arbeiten können. Die akuten schwer erkrankten Patienten werden den examinierten Pflegekräfte zugeteilt und die leicht erkrankten Patienten werden von den Krankenpfleghelferinnen versorgt.

Manthey (2005, S. 71) sagt dazu: „*Ich meine, dass alle examinierten Pflegekräfte in der Lage sein müssten, die Rolle einer primären Pflegekraft zu übernehmen, und ich denke, dass auch begabte Krankenpfleghelferinnen dies können, wenn man ihnen Zeit lässt, sich in die Rolle zu finden. Diese System beruft sich mehr auf die persönlichen Qualitäten der Einzelnen als auf akademische Grade*.“

Die Stationsleitung muss über sehr gute Kenntnisse der Fertigkeiten und Begabungen ihres Personals verfügen, um das Pflegepersonal optimal den Patienten zuteilen zu können.

Um die Qualität der Pflege selbst garantieren zu können ist es wichtig, dass die Primary Nurse die Planung der Pflege und auch die Ausführung der Pflege, soweit es ihr möglich ist, selbst übernimmt. **Pflegeplanender ist somit zugleich Pflegedurchführender** bei der Organisationsform Primary Nursing.
Ein weiteres wichtiges Element von Primary Nursing ist die **direkte Kommunikation**. Sie hat das Ziel, dass wichtige Informationen nicht mehr durch Dritte vermittelt werden und dadurch soll verhindert werden, dass

bedeutende Informationen von weiteren Pflegepersonen gefiltert werden. Diese Versorgung soll gewährleisten, dass immer direkte Kommunikation zwischen den Personen stattfindet. Dieses Element ist auch sehr wichtig um die Kommunikation zwischen allen Mitgliedern des Teams, wie Pflegekräften, Diätassistenten, Ärzten, Physiotherapeuten und Seelsorgern zu fördern.

Zusammenfassend sind die Schlüsselkomponenten von Primary Nursing die **Verantwortung** und **Kontinuität** in der Pflege, weiters die **direkte Kommunikation** mit allen Beteiligten und der **Zusammenfall von Pflegeplanung und Durchführung**.

2.5. Abgrenzung Synonym Bezugspflege von Primary Nursing

Wie schon bei der Begriffserklärung Primary Nursing erwähnt, ist der Begriff Bezugspflege deutlich von Primary Nursing abzugrenzen. In der deutschen Literatur werden die Begriffe Primary Nursing und Bezugspflege häufig synonym verwendet. Außerdem wird Primary Nursing oft fälschlich mit dem Begriff Bezugspflege übersetzt. Richtig wäre Primary Nursing mit primärer Pflege zu übersetzt. Bezugspflege bedeutet inhaltlich was anderes, auch wenn es parallelen zwischen den zwei Begriffen gibt.

Als Beispiel wird hier ein Auszug aus dem Österreichischen Pflegebericht zitiert, der die Begriffsunschärfe darstellt. „Mit einer Umstellung des Pflegesystems (bisher Funktions-, Gruppen- oder Zimmerpflege) auf Primary Nursing (Bezugspflege) können sowohl Kompetenzüberschreitungen als auch Kompetenzunterschreitungen reduziert werden.“[10] Dieses Zitat zeigt, dass auch der Österreichische Pflegebericht die Pflegeorganisationsform Primary Nursing unexakt mit Bezugspflege übersetzt und als Synonym verwendet wird.

Bezugspflege wird laut Schlettig und von der Heide definiert, dass jeder Patient eine für ihn zuständige Pflegeperson hat. Dadurch soll eine individuelle Pflege ermöglicht werden und es soll auch die Anonymität der Pflegenden besiegt

[10] ÖBIG (2006), Vorwort

werden. Von der Aufnahme bis zur Entlassung bzw. bis zu einer Verlegung auf eine andere Station soll die kontinuierliche Versorgung bestehen bleiben. Die Bezugspflegeperson soll dem Patienten und allen Mitarbeitern namentlich bekannt sein.[11]

Bei der Bezugspflege wird deutlich, dass auch die Beziehung zum Patienten im Vordergrund steht, wie der Name Bezugspflege schon sagt, genauso wie bei Primary Nursing. Eine weitere Ähnlichkeit ist, dass alle Beteiligten, wie Patient, Angehörige und das übrige therapeutische Team, wissen sollen, wer ihre zuständige Ansprechperson ist. Hier ist der Unterschied zu Primary Nursing, dass sich bei der Bezugspflege die Bezugspersonen täglich ändern können und bei Primary Nursing bleibt es dieselbe Person, die die Verantwortung für den Patienten trägt. Die 24-stündige Verantwortung der Primary Nurse ist ein wesentlicher Unterschied zur Bezugspflege.[12]

Zusammenfassend lässt sich aufzeigen, dass die Bezugspflege schichtorientiert ist. Das bedeutet, mehrere Pflegepersonen sind für die Pflegeentscheidungen zuständig und sind somit auch für eine bestimmte Patientengruppe verantwortlich. Primary Nursing hingegen ist schichtübergreifend, da die Pflegekraft die Verantwortung für den Patienten, 24 Stunden am Tag, trägt. [13]

2.6. Aufgaben der Primary Nurse

Im folgenden Absatz werden noch einmal alle Aufgaben der Primary Nurse zusammengefasst. Die Primary Nurse ist für den ganzen Aufenthalt des Patienten für ihn zuständig. Sie plant, gestaltet, organisiert und koordiniert eigenverantwortlich den gesamten stationären Aufenthalt des Patienten.[14]
Die Primary Nurse trägt die Verantwortung für den Patienten rund um die Uhr, sieben Tage die Woche. Zu ihren Aufgaben zählen, die Erhebung der pflegerischen Anamnese und die Erstellung der Pflegeplanung. Wann immer es

[11] vgl. Christian (2008), S. 6
[12] vgl. Manthey (2005), S. 15
[13] vgl. Bücker (2006), S. 44
[14] vgl. Krüger (2006), S. 93

ihr möglich ist, führt sie die Pflege selbst durch. Weiters führt sie auch die Evaluierung der Pflegeplanung durch. Die Primary Nurse hat den vollen Überblick über alle Maßnahmen, auch aus den Bereichen Diagnostik und Therapie, die den Patienten betreffen. Sie steht in ständiger direkter Kommunikation mit ihrem Patienten und bespricht mit ihm wie seine Versorgung gestaltet werden soll. Als Schlüsselperson für die direkte Kommunikation tritt die Primary Nurse ein. Zusätzlich steht sie in Kooperation mit allen Berufsgruppen, die bei der Behandlung und Pflege ihres Patienten beteiligt sind. Zudem ist es ihr auch wichtig Kontakt mit den Angehörigen und Bezugspersonen aufzunehmen. [15]

2.7. Aufgaben der Associate Nurse [16]

Die Associate Nurse ist der Primary Nurse zugeordnet. Gemeinsam mit der Primary Nurse führt sie die Pflege der Patienten aus und zwar nach der Planung der Primary Nurse. Die Associate Nurse übernimmt die Pflege erst dann, wenn die Primary Nurse abwesend ist. Sie ist daher die Vertretung der Primary Nurse. Mit diesem System wird die Kontinuität der Pflege sichergestellt. Einer Primary Nurse sind immer zwei Associate Nurses zugeordnet. Die Primary Nurse übernimmt acht Stunden Tagdienst und die zwei Associate Nurses übernehmen die restlichen 16 Stunden Dienst des Tages. Die Dienste sind somit im acht Stunden Rhythmus aufgeteilt.

Die von der Primary Nurse definierten Anweisungen müssen von der Associate Nurse befolgt werden, außer es tritt eine Veränderung im Befinden des Patienten auf, die eine Korrektur der Anweisungen erfordert. Die Associate Nurse kann somit auch Pflegeplanungen erstellen. Sie muss dies jedoch mit der Primary Nurse absprechen, da diese letztendlich die Verantwortung dafür trägt. Eine weitere Aufgabe von ihr ist es, die Pflegeplanung der Primary Nurse kritisch zu hinterfragen und mit ihr zu besprechen. Die Associate Nurse steht folglich immer im engen Kontakt und Austausch mit der Primary Nurse.

[15] vgl. Fischer (2002), S. 71
[16] vgl. Krüger (2006), S. 93 und Hoppe (1998), S. 3 und Stuhl (2006), S. 23

Jede als Primary Nurse tätige Pflegekraft kann auch gleichzeitig Associate Nurse für andere Patienten sein.

2.8. Aufgabe der Stationsleitung [17]

Die Hauptaufgabe der Stationsleitung ist auf das Management der Station ausgerichtet. In der Organisationsform Primary Nursing werden die Entscheidungen für den Patienten von der zuständigen Primary Nurse getroffen. Sie hat wie oben bereits erwähnt, die Verantwortung für all ihre Aufgaben. Es wird nach der dezentralen Entscheidungsfindung vorgegangen. Dies bedeutet, dass die Entscheidungskompetenz auf der Ebene des Handelns liegt. Die dezentrale Entscheidungsfindung nimmt an, dass die handelnde Person selbst die Lösung findet, die sie gerade benötigt, und danach ihre Entscheidung trifft. Die Stationsleitung gibt der Primary Nurse keine Pflegeanweisungen vor. Wenn eine Pflegekraft mit einem Problem bzw. Anliegen zur Stationsleitung kommt, dann ist es die Aufgabe der Stationsleitung ihr Lösungsmöglichkeiten vorzuschlagen, damit die Primary Nurse in weiterer Folge selbst die Lösung ihres speziellen Problems in Angriff nehmen kann.

Weitere Aufgaben der Stationsleitung sind wie bereits erwähnt, das Management der Station und die Zuordnung der Patienten zu einer Pflegkraft. Deshalb ist es sehr wichtig, dass die Leitung der Station alle ihre Mitarbeiter und ihre Fähigkeiten gut kennt um die Patienten optimal dem Pflegepersonal zuteilen zu können. Sie muss auch in der Lage sein, die klinisch-pflegerischen Entscheidungen jeder einzelnen Primary Nurse zu beurteilen und auch sicherstellen, dass diese angemessen sind. Die Stationsleitung fungiert auch als Lehrende und muss sicherstellen, dass jede ihrer Pflegekräfte die nötigen Grundkenntnisse hat, um auf der Station handeln zu können. Weiters ist sie auch bei der Personalentscheidung beteiligt. Die Qualitätsentwicklung auf der Stationsebene gehört auch zu ihren Aufgaben. Im Rahmen der Qualitätsentwicklung führt die Stationsleitung Pflegevisiten und zusätzliche Dokumentationsüberprüfungen durch. Das Pflegepersonal empfindet dies als

[17] vgl. Krüger (2006), S. 94 und Manthey (2006), S. 74

nützliche Hilfe für die Verbesserung ihrer Arbeit. Falls die Leitung der Station auf Mängel ihrer Mitarbeiter stößt, muss sie mit der betreffenden Pflegeperson zusammenarbeiten, um die vorhandenen Defizite zu bezwingen und zu lösen. Wenn Pflegepersonal ausfällt springt sie gegebenenfalls als Associate Nurse ein. Zusätzlich kümmert sie sich um das Konfliktmanagement auf der Station. Sie steht dem Pflegeteam beratend, koordinierend und moderierend zu Seite.

Der Verantwortungsbereich der Stationsleitung verändert sich innerhalb der Organisationsform Primary Nursing und somit ändert sich auch die Rolle der Stationsleitung. Diese Thematik wird in Punkt 5.2. näher beschrieben.

2.9. Andere Organisationsformen in der Pflege als Primary Nursing

In der Fachliteratur wird zwischen der funktionsorientierten und der patientenorientierte Pflege unterschieden. Die Funktionspflege wird der funktionsorientierten Pflege zugeordnet und die Gruppen-, Bereichs- und Zimmerpflege der patientenorientierten Pflege. Im folgenden Text werden die Organisationsformen mit ihren Merkmalen erklärt und die Vor- und Nachteile der jeweiligen Form werden dargestellt.

2.9.1. Funktionspflege [18]

Die Funktionspflege ist darauf ausgerichtet, die pflegerische Versorgung nach den Regeln der Fließbandproduktion durchzuführen. Das bedeutet, die Pflegearbeit wird in Einzelarbeiten zerlegt. Jede Pflegeperson hat die Verantwortung für eine einzelne Tätigkeit oder eine Gruppe von Tätigkeiten. Diese Aufgaben werden ihr nach ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten zugeteilt. Es entsteht dadurch eine Hierarchie der Tätigkeiten.

Die pflegerische Arbeit bei der Funktionspflege ist tätigkeitsorientiert und läuft nach standardisiertem Vorgehen ab. Zum Beispiel führt eine Pflegeperson die

[18] vgl. Christian (2008), S. 20 f , Ersser & Tutton (2000), S. 12ff und Stuhl (2006), S. 16

Blutdruckmessungen bei allen Patienten durch, eine andere Pflegeperson versorgt Patienten mit Wundverbänden, wieder eine andere Pflegekraft teilt die Medikamente aus. Alle Pflegepersonen zusammen betreuen die Patienten einer Station.

Die Stationsleitung hat eine bedeutende Rolle in der Funktionspflege, denn sie übernimmt die gesamte Pflegeplanung, koordiniert diese und delegiert die Durchführung an das Personal auf ihrer Station. Die einzelne Pflegekraft hat die Rechenschaftspflicht und die Autorität hauptsächlich für die ihr zugeteilten Aufgaben.

2.9.1.1. Vor- und Nachteile der Funktionspflege

Vorteile

Ein Vorteil für die Pflegepersonen ist, dass sie ihre Tätigkeit täglich ausüben und dadurch können sie dies routinierter, rascher und geübter ausführen. Die Leitung der Station ist die eindeutige Ansprechpartnerin für Patienten.

Nachteile

Die Funktionspflege steht für ein hohes Maß an Fragmentierung und Diskontinuität, der Patient kann sich an keine Pflegeperson gewöhnen. Jede Pflegekraft führt für den Patienten eine andere Tätigkeit durch. Die Pflegeperson weiß kaum etwas über die Person für die sie tätig ist. Sie kann dadurch kein Bewusstsein für die Bedürfnisse des Patienten aufweisen und entwickeln. Die Sicht der ganzen Persönlichkeit eines zu Pflegenden geht verloren. Wünsche und Bedürfnisse können als Unterbrechung wichtiger Arbeitsschritte gesehen werden. Es entsteht eine Distanz zwischen Pflegedurchführenden und Pflegenden. Die Funktionspflege erfolgt tätigkeitsorientiert statt prozessorientiert. Dies bedeutet, dass der Erfüllung der pflegerischen Tätigkeiten die höchste Bewertung zugeschrieben wird. Pflegende besitzen nur ein Teilwissen, wodurch die Zusammenhänge zwischen Therapie und Maßnahme sowie im weitern Krankenhausverlauf nicht erkennbar sind.

Die Stationsleitung wird häufig aufgrund ihrer vielen Aufgaben überlastet, während die Mitarbeiter ihrer Station unterfordert sind. Die Arbeitsmotivation sinkt beim Personal aufgrund der „einseitigen“ Arbeit. Ein weiterer Nachteil der Funktionspflege ist der schlechte Informationsfluss, der zustande kommt indem die Informationen auf dem Weg durch die Hierarchiestufen variierenden Interpretationen ausgesetzt sind.

Es zeichnet sich ab, dass die Funktionspflege als alleiniges Pflegesystem, dem Bild der ganzheitlichen, individuellen Pflege völlig widerspricht.

2.9.2. Patientenorientierte Pflege

Als Gegenzug zur Funktionspflege entwickelten sich Modelle zur patientenorientierten Pflege. Hierzu gehören die Zimmer-, Bereichs- und Gruppenpflege.

2.9.2.1. Zimmerpflege [19]

Bei der Zimmerpflege werden die Pflegenden zu Dienstbeginn einzelnen Zimmern zugeteilt. Das bedeutet, anstatt der Einteilung in Gruppen, erfolgt die Einteilung nach Zimmern. Die Zahl der Zimmer, die eine Pflegeperson zur Betreuung zugeteilt bekommt, richtet sich nach der Betreuungsintensität der Patienten, die darin liegen. Um lange Wege zu vermeiden, wird bei der Zimmerverteilung darauf geachtet, dass diese nebeneinander liegen.

[19] vgl. Christian (2008), S. 21

2.9.2.2. Bereichspflege [20]

Bei der Bereichspflege wird eine Station in verschiedene zusammenhängende Bereiche unterteilt. Die Größe der Bereiche richtet sich nach der Anzahl der Patienten und der Pflegebedürftigkeit dieser. Die Zimmer sollten auch bei der Bereichspflege nebeneinander liegen, um lange Wegzeiten zu vermindern.

2.9.2.3. Gruppenpflege [21]

Bei der Gruppenpflege wird eine Gruppe von Patienten einer Gruppe von Pflegenden zugeteilt. Jede Pflegegruppe gilt als selbstständige und Verantwortung tragende Einheit und verfügt über eine Gruppenleitung. Die Gruppenleitung ist eine professionelle Pflegeperson, die Pflichten und Verantwortung übernimmt, die ihr von der Stationsleitung übertragen werden. Die Ausübung von Verantwortung, Autorität und Rechenschaftspflicht zur Gewährleistung der Qualität der Pflege, liegt bei der Gruppenleitung. Die Gruppenleitung trägt die Verantwortung dafür, dass sie die Pflegekräfte nach ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten einsetzt, um die Kontinuität der Pflege zu gewährleisten. Alle Pflegenden, die zu einer Gruppe gehören, sind bemüht die Patienten, die von der Gruppe versorgt werden, kennenzulernen und außerdem sind die Pflegekräfte bestrebt einen Beitrag für die Pflegeplanung zu erbringen, damit alle Patienten von den vereinten Pflegefertigkeiten der Gruppenmitglieder profitieren.

Eine Primary Nurse sagt folgendes zur Gruppenpflege: „*Ich hatte das Gefühl, dass in der Gruppenpflege eine ganze Menge Sachen verloren gehen und dass die meisten Leute sich darüber keine Gedanken machten. Es gab einige die sich wirklich engagierten, aber sie wussten, dass es nicht reichte, wenn es so vielen egal war. (…) In der Gruppenpflege konnten sie den Schwarzen Peter*

[20] vgl. Christian (2008), S.22
[21] vgl. Christian (2008), S. 22 f, Ersser & Tutton (2000), S. 10 f und Stuhl (2006), S. 17

einfach weitergeben. Die Sachen konnten einfach von einer Schicht auf die andere geschoben werden.“ [22]

2.9.3.4. Vor- und Nachteile der Zimmer-, Bereichs- und Gruppenpflege

Vorteile der Zimmer-, Bereichs- und Gruppenpflege [23]

Die Vorteile der Zimmer-, Bereichs- und Gruppenpflege sind, dass die Pflegeperson die Verantwortung für die durchzuführende Pflege trägt und die Kontinuität der Pflege gewährleistet wird, da die gleiche Gruppe von Pflegenden für die gleiche Gruppe von Patienten während einer bestimmten Zeitspanne zuständig ist. Die Pflegenden haben auch die Gelegenheit, die individuellen Bedürfnisse ihrer Patienten zu erfassen und eine Beziehung herzustellen. Sie sehen den Erfolg ihrer Arbeit. Die Motivation der Pflegenden steigt aufgrund der höheren Verantwortung. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Patienten nicht so oft gestört werden müssen, da die Pflegenden bestimmten Zimmern, Bereichen bzw. Gruppen zugeordnet sind. Zusätzlich ist die Zusammenarbeit von Krankenpflegeschülern mit professionellem Pflegepersonal positiv zu erwähnen, denn dies wirkt sich vorteilhaft auf die Ausbildung der Krankenpflegeschüler aus.

Nachteile der Zimmer-, Bereichs- und Gruppenpflege [24]

Die Nachteile der Zimmer-, Bereichs- und Gruppenpflege werden im folgenden Absatz erläutert. Wie bereits erwähnt, trägt die Gruppenleitung die Verantwortung für die Pflegeplanung. Die Pflege führt sie jedoch meistens nicht durch, sondern ihre Teammitglieder. Die Pflegeversorgung kann dadurch fragmentiert werden, da die erfahrenste Pflegeperson, die Gruppenleitung, am wenigsten an der direkten Pflege beteiligt ist. Ein weiterer Nachteil ist, dass die Gruppenleitung meistens mehr Informationen über die Patienten hat, als ihre Teammitglieder, die die Pflegeversorgung durchführen. Zusätzlich zeichnet sich

[22] Manthey (2005), S. 57
[23] vgl. Christian (2008), S. 22 f, Ersser & Tutton (2000), S. 10 f
[24] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 10 f

das Problem ab, dass sich keine Einzelperson umfassend für die Pflegequalität verantwortlich fühlt.

2.10. Ziele von Primary Nursing

Primary Nursing gehört wie die Zimmer-, Bereichs- und Gruppenpflege zur patientenorientierten Pflege. Im Unterschied zu den genannten Organisationsformen wird bei Primary Nursing eine Pflegeperson einem Patienten zugeordnet und nicht einem Zimmer, Bereich oder Gruppe.[25]

Im Mount Sinai Hospital in New York bekommt jeder Patient zu Beginn seines Aufenthaltes im Krankenhaus einen Faltprospekt in dem der Name der Primary Nurse eingesetzt ist und in dem folgende Ziele dargestellt werden: „Primary Nursing ist eine Philosophie der Pflege, die für Sie entwickelt wurde, um eine konsequente und koordinierte Qualität der Krankenpflege bereitzustellen. Während Sie Patient sind, ist eine diplomierte Krankenschwester für die Planung Ihrer Pflege durch 24 Stunden hindurch verantwortlich. Diese Schwester ist Ihre Primary Nurse. Wenn Ihre Primary Nurse nicht im Dienst ist, besorgen Associate Nurses Ihre Pflege auf Anordnung Ihrer Primary Nurse. Ihre Primary Nurse ist zuständig für:

- Den Aufbau einer partnerschaftlichen Beziehung zu Ihnen, um die Notwendigkeiten für Ihre Pflege festzustellen
- Die Information der Associate Nurses über den von Ihnen über Ihrer Primary Nurse erstellten Pflegeplan
- Die Durchführung Ihrer Pflege
- Die Einbeziehung von Ihnen selbst und Ihrer Familie in der Pflege
- Ihre Aufklärung und Ihre Familie sowohl über die Geschehnisse während des Krankenhausaufenthalts als auch über die Notwendigkeiten anlässlich der Entlassung
- Alle Handlungen zu Ihrem besten Interesse

[25] vgl. Christian (2008), S. 23

- Die Zusammenarbeit mit Ihrem Arzt und den anderen für Sie tätigen Beschäftigungen in Hinsicht auf Ihre Pflege während des Krankenhausaufenthaltes
- Hilfestellung beim Schaffen und Aufrechterhalten einer Umgebung und Atmosphäre, die Ihre Heilung begünstigen.“ [26]

2.10.1. Ziele der Einrichtung/Organisation mit Primary Nursing [27]

Die Primary Nurse kümmert sich von der Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung um ihn. Sie managt somit alles für die Entlassung bzw. die Überweisung auf eine andere Station bzw. Einrichtung. Die Organisationsform Primary Nursing hat somit einen positiven Einfluss auf das Entlassungsmanagement, weil auch dieses Aufgabengebiet zu ihren Tätigkeiten gehört. Ein wichtiges Ziel ist es, dass die Stationsleitung die Verantwortung an die jeweilige Primary Nurse abgibt.

Durch die klaren Zuständigkeiten der primären Pflegekräfte ist es möglich, dass neue Mitarbeiter schnell in das Team integriert werden. Auch die Teilzeitbeschäftigung kann bei dieser Organisationsform gewährleistet werden.

2.10.2. Ziele für die Pflegekraft mit Primary Nursing [28]

Mit der Organisationsform Primary Nursing kann die Berufs- und Arbeitszufriedenheit gesteigert werden, durch die Übernahme an Verantwortung für die eigenen Tätigkeiten. Die Pflegeperson kann durch den kontinuierlichen direkten Kontakt mit dem Patienten ein Vertrauensverhältnis aufbauen und sie kann den positiven Erfolg ihre Arbeit selbst wahrnehmen. Einzelne Pflegekräfte können ihre Fertigkeiten und Fähigkeiten in der Pflegepraxis zeigen, und werden durch die Verantwortungstransparenz sichtbar. Weiters können

[26] vgl. Hradsky (1988), S. 31 f
[27] vgl. Joskus (2003), S. 19
[28] vgl. Joskus (2003), S. 19 und Stuhl (2006), S. 19

Pflegende ihre Lehr- und Führungsfertigkeiten aufgrund ihrer zunehmenden Verantwortung und Rechenschaftspflicht ausbauen.

Ein weiteres indirektes Ziel ist die Verringerung der Fluktation, durch die gezielte Einarbeitung und Anleitung der neuen Mitarbeiter, die durch Primary Nursing begünstigt wird, da eine ständige Evaluation der Pflege erfolgt, in welche die neuen Mitarbeiter eingebunden werden.

2.10.3. Ziele für den Patient [29]

Primary Nursing soll die Zufriedenheit des Patienten steigern. Sowohl der Patient als auch seine Angehörigen haben eine fixe Ansprechperson an die sie sich wenden können. Die Patienten können somit ein Vertrauensverhältnis zu ihrer Pflegeperson aufbauen und fühlen sich durch die individuelle, zielorientierte und kontinuierliche Pflege rund um versorgt. Zusätzlich wird dem Patienten ermöglicht, dass er seine spezifische Pflege mit gestalten kann.
Wenn sich der Patient mit seiner Primary Nursing nicht versteht bzw. nicht zu Recht kommt, aus welchen Gründen auch immer, kann und soll ihm eine andere Primary Nurse zugeteilt werden.

2.11. Vor- und Nachteile von Primary Nursing

Zuerst werden die Vorteile beschrieben. Patient und Pflegende können zueinander eine bessere Beziehung aufbauen. Weiters können Pflegende die Schwächen und Stärken der Patienten klarer unterscheiden. Die Pflegenden können Veränderungen am Patienten früher erkennen, da sie jeden Tag in enger Beziehung mit dem Patienten stehen. Auf die Wünsche der Patienten kann besser eingegangen werden. Der Druck auf die Pflegenden, die Erwartungen an die Versorgung der Patienten, nicht gerecht zu werden, verringert sich. Für die Patienten steht mehr Zeit zur Verfügung, da die Pflegetätigkeit nicht jeden Tag neu geplant bzw. neu erfragt werden muss.

[29] vgl. Joskus (2003), S. 19

Patienten erleben den häufigen Wechsel von Mitarbeitern als Belastung. Diese wird bei Primary Nursing reduziert, da höchstens drei Mitarbeiter für einen Patienten zuständig sind. Wie bereits im Punkt 2.7. dargestellt hat jede Primary Nurse zwei Associate Nurses zugeordnet, die sich um den Patienten kümmern wenn die Primary Nurse keinen Dienst hat. Jede einzelne Pflegekraft arbeitet 8 Stunden pro Tag und somit können drei Pflegekräfte einen 24 h Tag abdecken.
Die Primary Nurse übernimmt auch das Entlassungsmanagement des Patienten.

Ein weiterer Vorteil von Primary Nursing ist, dass das Ansehen bzw. die Profession Pflege gesteigert wird. Weiters wird der Umgang mit dem Pflegeprozess gefördert, die Pflegequalität und die Patientenzufriedenheit gesteigert. Ein wichtiger wirtschaftlicher Faktor ist, dass Spitalkosten reduziert werden. [30]

Es zeigen sich auch Nachteile bezüglich Primary Nursing. Diese sind, dass Pflegende zu wenig Wissen über andere Patienten auf ihrer Station haben. Weiters können nicht alle funktionellen Tätigkeiten in der praktischen Arbeit aufgegeben werden, wenn es zu wenig diplomierte Pflegekräfte in einer Abteilung gibt.

[30] vgl. Melchior (1996), S. 695

3. Status quo zur Organisation der Pflege in Österreichs Krankenhäusern [31]

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen beauftragte das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) mit der Erstellung eines österreichischen Pflegeberichts. Ziel dieses Berichts ist eine systematische und umfassende Bestandsaufnahme von quantitativ und qualitativ erfassbaren Aspekten der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie der diesbezüglichen Personalversorgung im Gesundheits- und Sozialwesen. Eine regelmäßige umfassende Pflegeberichterstattung gibt es in Österreich sowie in anderen europäischen Staaten nicht. Eine österreichische und systematische Erfassung und Aufbereitung von Daten zum Pflegewesen existiert erst in Ansätzen. Auch aus dem Bereich der Altenpflege gibt es nur zu vereinzelten Aspekten eine regelmäßige Datenerfassung und Berichterstattung.

Die Daten die im folgenden Text erwähnt werden, stammen aus dem österreichischen Pflegebericht und sollen den Status quo in österreichischen Krankenhäusern beleuchten und die Einsatzmöglichkeiten von Primary Nursing im österreichischen Pflegesystem aufzeigen.

In Österreich sind der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger) und die Pflegehilfe, die Berufsgruppen die für die Pflege verantwortlich sind. Diese zwei Berufsgruppen zählen zu den nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Die Altenfachbetreuerin/der Altenfachbetreuer zählt genauso wie die Heimhilfe zu den Sozialbetreuungsberufen.

Der Arbeitsbereich Pflege umfasst in Österreich zwischen 60.000 und 80.000 Menschen, die in Spitälern, Ambulanzen, Heimen und privaten Haushalten ihrer Beschäftigung nachgehen. Präzisere Zahlen können derzeit nicht gemacht werden, weil zuverlässige und alle Bereiche umfassende Daten fehlen. Nach einer Schätzung des ÖBIG sollen im Jahr 2010 zusätzlich insgesamt 6.000 Pflegekräfte benötigt werden. Dem steht jedoch das Problem gegenüber, dass

[31] vgl. ÖBIG (2006), S. 1-62

die Zahl der Absolventen der Pflegeschulen konstant bleibt. Empfohlene Maßnahmen, laut österreichischem Pflegebericht, wären erstens eine überregionale Planung von Ausbildungsplätzen, wobei die Anzahl der Ausbildungsplätze auf Basis einer vorausschauenden Personalbedarfsplanung festgelegt werden sollte. Zweitens wird eine verpflichtende Registrierung aller im Pflegeberuf tätigen Personen befürwortet, um dem Datendefizit mit einem zuverlässigen Melde bzw. Erfassungssystem entgegen zu wirken.

Bezüglich der Personalentwicklung wurde im Pflegebericht festgestellt, dass in den Krankenhäusern zwischen 1994 und 2004 die Anzahl der diplomierten Pflegepersonen in Österreich um 20 Prozent gestiegen ist. Das Pflegehilfspersonal hat im Gegensatz um 21 Prozent abgenommen. Dieser Trend ist in unterschiedlicher Intensität in sämtlichen Bundesländern erkennbar. Insgesamt gesehen, ist in den Krankenhäusern ein Mehrbedarf von rund 1240 vollzeitbeschäftigten Pflegepersonen zu verzeichnen. Dies bedeutet einen Mehrbedarf von ca. 2600 diplomierten Pflegepersonen. Als Folge von Personalmangel bzw. Personalunterbesetzung sehen Führungskräfte vor allem eine Verschlechterung der Pflegequalität, gefolgt von der Demotivation des vorhandenen Personals, von erhöhtem Krankenstand und Burn-Out-Syndrom. Manchmal werden erhöhte Gefahr für Unfälle oder Pflegefehler gesehen. Laut Angaben der Führungskräfte wird eher selten unterqualifiziertes Personal eingesetzt, oder werden Aufenthaltszeiten für Patienten verlängert.

Zum Beschäftigungsausmaß ist zu sagen, dass zwischen 70 und 80 Prozent der praktizierenden Pflegepersonen einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen. Ein Fünftel ist zwischen 20 und 37 Stunden pro Woche beschäftigt und rund fünf Prozent sind weniger als 20 Stunden berufstätig.

In Österreich werden die Pflegeorganisationssysteme Funktions-, Zimmer-, Gruppen- und Bezugspflege angewendet. Es wird noch einmal drauf hingewiesen, dass Primary Nursing und Bezugspflege nicht synonym zu verwenden sind. Laut Österreichischem Pflegebericht 2007 besteht ein Optimierungsbedarf in Bezug auf die Einführung der Bezugspflege. In Wien überwiegt gegenwärtig die Gruppenpflege mit 63 Prozent. Die Funktionspflege

mit 23 Prozent, sollte im Sinn der Modernisierung der Pflegekonzepte in allen Bundesländern reduziert werden. Die Vorreiterrolle der Bezugspflege in Österreich, übernimmt derzeit die mobile Krankenpflege. [32]

Die Ergebnisse im Pflegebericht zeigen, dass die Verantwortungsaufteilung in Bezug auf die Kontrolle insgesamt unklar ist. Personen vieler verschiedener Hierarchieebenen sind zuständig für die Letztverantwortung für die Kontrolle der Pflegeprozessschritte. Auch an der Erstellung der Pflegeprozessschritte sind verschiedene Berufsgruppen und Hierarchieebenen beteiligt.

Im österreichischen Pflegebericht wird deutlich die Empfehlung abgegeben, dass mit der Umstellung der derzeitigen Pflegeorganisationssysteme, auf Primary Nursing, die Kompetenzunterschreitungen und Kompetenzüberschreitungen reduziert werden können und auch die Verantwortung im Pflegeprozess geklärt werden kann. Dies lässt sich erklären, dass bei der Organisationsform Primary Nursing jeder Mitarbeiter nach seinen Kompetenzen eingeteilt wird. Wenn eine Pflegekraft nicht die verantwortungsvolle Aufgabe einer Primary Nurse übernehmen möchte, dann muss sie dies trotz theoretischer Qualifikation nicht tun. Sie kann auch die Aufgabe einer Associate Nurse übernehmen. Wie bereits erwähnt hat die Primary Nurse die Verantwortung für die Pflege ihrer Patienten rund um die Uhr, und zwar vom Tag der Aufnahme bis zum Tag der Entlassung. Ihre Aufgabe ist es auch die Pflege zu planen und zu koordinieren. Das bedeutet, die Verantwortung im Pflegeprozess ist klar abgegrenzt und somit einer Person zuordenbar.

Mit Primary Nursing und der Verantwortung, die eine Primary Nurse für ihren Patienten übernimmt, kann auch die Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert werden. Da die Letztverantwortung mit dieser Pflegeorganisationsform geklärt ist und sie ein Verhältnis zu ihrem Patienten aufbauen kann. Im Österreichischen Pflegebericht ist auch, als ein Grund von mehreren Gründen, zu lesen, dass Krankenpflegepersonal unzufrieden ist, weil es schwer ist, Beruf und Familie zu vereinen. Dieser Unzufriedenheit kann auch mit Primary Nursing entgegen

[32] ÖBIG (2007), S. 60

getreten werden, denn eine Primary Nurse trägt die Verantwortung für den Patienten 24 h am Tag und führt wann immer es ihr möglich ist die Pflege selbst durch. Aus diesem Grund wird die Diensteinteilung bei Primary Nursing in drei Mal acht Stunden eingeteilt, damit die Primary Nurse fünf Tage die Woche in den Kernarbeitszeiten anwesend sein kann. Die Kernarbeitszeit im Krankenhaus ist zwischen 7 Uhr früh und 15 Uhr nachmittags. Dies würde bedeuten, dass die belastenden 12 Stunden Dienste wegfallen.

3.1. Die Schnittstellenproblematik im Krankenhaus

Die Art der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und anderen Berufsgruppen innerhalb einer Einrichtung ist ein wesentliches Kriterium für die Qualität der Pflege und die Zufriedenheit des Patienten. Auch die Kooperation mit weiterführenden Einrichtungen ist ein wichtiges Merkmal, das nicht außer acht gelassen werden darf.

Im Krankhaus sind die Kernprozesse Aufnahme, Diagnostik, Therapie und Entlassung interdisziplinär organisiert. Zwei Berufsgruppen kümmern sich um die Anliegen des Patienten. Dies sind erstens die Ärzte und zweitens die Pflegekräfte. Die Zusammenarbeit von mehreren Personen und Berufsgruppen hat einen erhöhten Kommunikations- und Koordinationsaufwand zur Folge. Die funktionale Arbeitsteilung begünstigt Schnittstellen. In solchen Systemen ist eine hohe Fehlerhäufigkeit vorbestimmt, wenn es nicht gelingt ein effektives Informations- und Arbeitssystem zu gestalten. Mit dem Organisationssystem Primary Nursing wird einer negativen Prozessentwicklung, wie oben beschrieben, entgegen gesteuert. [33] Die anderen Berufsgruppen wie Ärzte und Therapeuten wissen bei Primary Nursing an welche Primary Nurse sie sich wenden müssen. Auf einer Übersichtstafel können sie nachschauen, welche Primary Nurse die Verantwortung für welchen Patienten hat. [34] Durch die direkte Kommunikation wird vermieden, dass Information durch die Weitergabe über mehrere Personen verloren geht. Die Primary Nurse kümmert sich auch

[33] Weidemann (1999), S. 649
[34] Krüger (2006), S. 94

um die Aufnahme und Entlassung des Patienten. Falls ein Patient auf eine andere Station oder Institution weiter überwiesen wird, nimmt sie Kontakt mit dieser Stelle auf, um den weiteren Verlauf und die Behandlung abzuklären.

3.2. Entlassungsmanagement im Krankenhaus

Das Thema Entlassungsmanagement hat aktuell eine hohe Relevanz für das Gesundheitswesen. Die Begriffe Qualität und Kosteneffizienz gewinnen immer mehr an Bedeutung. In Österreich ist das Entlassungsmanagement zwar Thema, aber die flächendeckende Organisation blieb bislang aus. Auf Projektebene wird bereits daran gearbeitet. (Der Punkt 3.1.2. beschreibt ein Projekt zur „wienweiten“ Umsetzung des Entlassungsmanagements)

Ein Ziel ist es, Entlassungsmanager zu beschäftigen, die die Kontinuität der Betreuung nach dem Krankenhausaufenthalt sicherstellen. Entlassungsmanagement beinhaltet außerdem die Beratung von Patienten über weiterführende Therapiemöglichkeiten und Dienstleistungsangebote. Diese Aufgabenbereiche deckt bei der Organisationsform Primary Nursing die Primary Nurse ab.

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen ist ein sehr wichtiger Faktor für ein professionelles Entlassungsmanagement. Die Schnittstellenproblematik soll vermieden werden, denn unkoordinierte Schnittstellen haben hohe Kosten zur Folge. Auch unnötige Wiedereinweisungen und mangelnder Informationsaustausch zwischen den Dienstleistungserbringern verursachen hohe Kosten.

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen Sektion VII, ist der Herausgeber der Arbeitsergebnisse der Modellprojektgruppe "Aufnahme- und Entlassungsmanagement" im Kooperationsprojekt "Qualität im Krankenhaus". Diese arbeitete mit dem Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien, zusammen. In dieser Modellprojektgruppe war auch das Donauspital – SMZ Ost vertreten. Darin ist zu lesen: „An fast

jedem österreichischen Krankenhaus wird die Entlassung in vielen Fällen zum Krisenmanagement. Ein Problem stellt die unzureichende Kommunikation zwischen Krankenhausmitarbeitern und Patienten dar: Patienten, Angehörige und Kontaktpersonen werden nur ungenügend in die Abklärung der Entlassungsfähigkeit miteinbezogen, die Entlassung erfolgt oft völlig überraschend und zu Hause können nicht alle nötigen Vorbereitungen rechtzeitig getroffen werden. Auch die ärztlichen Entlassungsgespräche sind oft unvollständig, den Patienten fehlt es an ausreichenden Informationen über ihre Krankheit, den zu erwartenden Heilungsverlauf, oder über die Notwendigkeit einer weiterführenden Betreuung. Umfassende Schulungen von Patienten und deren Angehörigen durch die Krankenhausabteilung finden nur in Einzelfällen statt. Nicht nur die Patienten selbst, sondern auch die extramuralen Institutionen werden nur selten in die Abklärung von Entlassungsfähigkeit, Entlassungstermin und die Planung weiterer Maßnahmen involviert. Genauso wie die Angehörigen werden auch sie erst relativ spät über die tatsächliche Entlassung informiert.“ [35]

[35] Berger et al. (o.j), S. 26

3.2.1. Projekt: Umsetzung „wienweites“ indirektes Entlassungs-management [36]

Die Projektgruppe „Patientenorientierte Integrierte Krankenbetreuung“ (PIK) arbeitete an einer „wienweiten“ machbaren und nachhaltigen Lösung des Entlassungsmanagements und deren Umsetzung. Der Begriff „wienweit“ ist derzeit begrenzt auf die Anzahl der beteiligen Spitäler.
Das Projekt dauert von Juni 2005 bis März 2010 und wurde von der Wiener Stadträtin für Gesundheit und Soziales beauftragt.

Folgende Krankenhäuser waren in Wien beteiligt:

- Krankenhaus St. Josef
- Vinzenz Gruppe, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern
- Vinzenz Gruppe, Krankenanstalt des Göttlichen Heilandes
- Hanusch-Krankenhaus
- Krankenhaus Barmherzige Brüder
- Evangelisches Krankenhaus
- AUVA, UKH Meidling
- AUVA, UKH Lorenz Böhler

Bei dem Projekt waren außerdem noch ambulante Anbieterorganisationen, Wohn- und Pflegeheimeinrichtungen, Fonds Soziales Wien und niedergelassene Ärzte beteiligt.

Ziele der „wienweiten“ Umsetzung waren folgende:

- Zielgenauigkeit in der Versorgung
- Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung
- Beschränkung des Spitalaufenthaltes auf das erforderliche Mindestmaß
- effektivere Beratung und Information von Patienten und Angehörigen/Vertrauenspersonen im Sinne von eigenständigem Krankheitsmanagement und Selbsthilfe
- Verbesserung der Patientenzufriedenheit
- Vermeidung unnötiger Wege des Patienten und ihrer Angehörigen

[36] vgl. PIK - indirektes Entlassungsmanagement (2007): S. 2-9

Ausgangslage des Projektes

Im Vordergrund stehen Themenschwerpunkte wie Doppelbefundungen, unnötige Wiedereinweisungen, mangelnde Vernetzung und Informationstransfer zwischen den Dienstleitstungserbringern. Weiters die mangelhafte Beratung von Patienten über weiterführende Therapiemöglichkeiten und Dienstleistungsangeboten. Dies bewirkt für Patienten einen unzumutbaren Parcours durch die Versorgungslandschaft. Wenn Patienten nicht unnötigen Wegen, vorschnellen Krankenhauseinweisungen, Mehrfachuntersuchungen und Versorgungslücken zum Opfer fallen wollen, müssen sie sich viel Wissen und Kompetenz im Umgang mit dem Gesundheits- und Sozialwesen aneignen. Vor allem betagte und immobile Personen können sich die Informationen nicht selbst zusammentragen und haben dadurch Nachteile.

Spitäler sehen zwei große Herausforderungen, die im Widerspruch zueinander stehen, nämlich die Patientenorientierung und die Wirtschaftlichkeit. Beide Aspekte wollen sie umsetzen.

Internationale und nationale Entwicklungen zeigen auf, dass Patienten mit einem komplexen poststationären Betreuungsbedarf für das Entlassungsmanagement eines Krankenhauses eine besondere Herausforderung darstellen. Wie bereits erwähnt, begegnete man diesen Herausforderungen bereits mit unterschiedlichen Projekten und Initiativen. Eine flächendeckende Lösung blieb für Wien bislang aus. Genau an dieser Stelle setzt das Projekt „wienweites“ Entlassungsmanagement an und setzt ein „wienweites“ Konzept der Zielgruppe vor.

Das entwickelte Modell

Das entwickelte Modell orientierte sich an nationalen und internationalen Entwicklungen. National an österreichweiten Projekten wie „Qualität im Krankenhaus“ und „MedTogehter“. Und international an Entlassungsmanagementmodellen aus Deutschland und der Schweiz. Das Projekt „Qualität im Krankenhaus“ wurde bereits erwähnt und bearbeitete mehrere Schwerpunktthemen. Eines davon war das Thema Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Beim Projekt „MedTogether“ [37] lag der Fokus auf der

[37] vgl. Baumer (2003), S. 37

Bearbeitung der Kernprozesse wie Zuweisung, Aufnahme, Entlassung und Übernahme in poststationäre Betreuung unter Einbeziehung der jeweils relevanten extramuralen Partner.

Organisation Personalbedarf

Jedes Krankenhaus kann selbst die Entscheidung treffen ob sie hausinternes Personal, oder externes Personal für das Entlassungsmanagement einsetzt. Die Mitarbeiter der Einheit Entlassungsmanagement können sich entweder mono- oder multiprofessionell zusammen setzen. Ein Beispiel für monoprofessionell ist, dass sich ausschließlich Pflegepersonen um das Entlassungsmanagement kümmern. Multiprofessionell bedeutet, dass mehrere Berufsgruppen für das Entlassungsmanagement verantwortlich sind.

Potenzialerhebung

Die Potenzialerhebung ergab einen Personalbedarf von 95 VZÄ (Vollzeitäquivalenz) in den beteiligten Krankenhäusern. Aufteilen lassen sich die 95 VZÄ in nicht-KAV-Häuser mit 24 VZÄ und in KAV-Häuser mit 71 VZÄ. Bestehendes Entlassungsmanagement Personal in VZÄ gibt es in Nicht-KAV-Häuser 14,5 und in KAV-Häuser 3, insgesamt somit 17,5 VZÄ.

Standard Entlassungsmanagement

Von der Projektgruppe wurde für Patienten mit umfassendem poststationärem Betreuungs- und Versorgungsbedarf ein Standard entwickelt.

3.2.2. Curriculum Weiterbildung Entlassungsmanagement

Curriculum

In Zusammenarbeit mit relevanten Partnern des Weitbildungsbereiches im Wiener Gesundheitswesen erfolgte unter Leitung von Dr. Karl Krajic vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie die Entwicklung eines Wiener Curriculums Entlassungsmanagement. Der erste Lehrgang startete bereits im September 2006. Die Dauer der Weiterbildung ist

bis zu einem Jahr, berufsbegleitend. Sie beinhaltet 6 Module mit insgesamt 172 Übungseinheiten, 64 Stunden Praktika und eine Abschlussarbeit.

Die 172 Übungseinheiten setzen sich aus 6 Modulen zusammen, die wie folgt lauten:

- Modul 1: Grundprinzipien des indirekten Entlassungsmanagements
- Modul 2: Rechtliche, finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen
- Modul 3: Assessment, Planung und Beratung
- Modul 4: Implementierung, Koordination und Evaluierung
- Modul 5: Praktika 64 h
- Modul 6: Abschlussarbeit und Reflexion

Die 64 Stunden Praktika setzen sich zusammen aus

- Vorbereitungs-Workshop
- Praktika, Exkursionen
- Reflexions-Workshop

3.2.3 Entlassungsmanagement – was wäre die beste Lösung für den Patienten?

Es stellt sich die Frage welche Berufsgruppe oder Berufsgruppen sich schlussendlich um das Entlassungsmanagement kümmern werden. Wird es das hausinterne Personal sein, wie das Krankenpflegepersonal, die Sozialarbeiter, oder die Ärzte. Vielleicht werden auch alle Berufsgruppen gemeinsam die Einheit des Entlassungsmanagements bilden. Es besteht auch die Möglichkeit, dass Entlassungsmanager in den Krankenhäusern eingestellt werden. Wie der Name schon sagt, ist es ihre Aufgabe die Entlassungen zu managen. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass sich externes Personal um das Entlassungsmanagement kümmert.

Die Frage ist, welche die effizienteste und beste Lösung für den Patienten wäre? Entlassungsmanager und externes Personal kennen die Patienten und ihre persönlichen Eigenschaften, die für ein optimales organisieren des Entlassungsmanagements notwendig sind, nicht. Und wenn doch, dann nicht auf derselben Ebene wie das Pflegepersonal und Ärzte ihre Patienten kennen.
Wenn mehrere Berufsgruppen gleichzeitig für das Entlassungsmanagement zuständig sind, wie es in der Praxis häufig der Fall ist, kommt es wie bereits aufgezeigt zu Koordinationsproblemen und es gibt keinen Hauptverantwortlichen für den Entlassungsprozess. All diese aufgezeigten Möglichkeiten sind nicht optimal für den Patienten.

Wie bereits erwähnt (Punkt 2.10.1. Ziele der Einrichtung/Organisation mit Primary Nursing und 2.11. Vor- und Nachteile von Primary Nursing) übernimmt bei der Organisationsform Primary Nursing die Primary Nurse die Aufgaben des Entlassungsmanagements. Diese Lösung ist für den Patienten ideal. Die Primary Nurse kennt seine Krankengeschichte, seine Persönlichkeit und seine individuellen Bedürfnisse. Sie übernimmt von der Aufnahme bis zur Entlassung die gesamte Verantwortung und kümmert sich wann immer es ihr möglich ist, um alle Aufgaben selbst.

4. Grundlagen der Planungsphase zur Implementierung von Primary Nursing in den stationären Sektor

Um Primary Nursing erfolgreich implementieren zu können, ist die Bewältigung eines komplexen Veränderungsprozess notwendig. Dieser Prozess muss im Vorhinein sorgfältig geplant werden. Die Denkweisen der Pflegenden, ihre Pflegedurchführung und die Organisation der Pflege müssen verändert werden. Als Rahmen dazu dient Ottaways Veränderungsstrategie. Ottaways Ansatz betrachtet die Veränderung als sozialen Prozess. Lewin (1958) bestimmte drei Entwicklungsphasen, die den Veränderungsprozess zusammenfassen. [38]

1. Loslösen von alten Normen
2. Annähern an die neuen Normen
3. Verankern der neuen Normen

Für die Einführung von Primary Nursing gibt es kein fixes Schema nach dem Schritt für Schritt vorzugehen ist. Die sogenannte Zauberformel gibt es nicht, denn die Einführung muss sich an den jeweiligen Umständen orientieren. Wie zum Beispiel die Art der Institution, die fachliche Qualifikation des Personals, die Kompetenz des Personals, die Budgetverantwortung, die Art der Versorgung der Patienten und die Pflegeperson-Arzt-Beziehung. Jede Station hat ihre eigenen Bedürfnisse und Problemstellungen auf die eingegangen werden muss. [39]

Manthey beschreibt jedoch drei Faktoren, die sich für eine erfolgreiche Einführung von Primary Nursing als nützlich gezeigt haben. Diese sind: „

1. Die Einbeziehung von Mitgliedern des stationären Pflegepersonals in die Entscheidungsfindung
2. Die Einführung einer standardisierten Entscheidungsfindungsstruktur (oder -methode)

[38] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 37
[39] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 41

3. Das Vorhandensein einer effektiven und unterstützenden Managementstruktur“ [40]

Primary Nursing kann in jedem geeigneten Praxisfeld eingeführt werden. Es setzt immer den Mut und das Engagement des Personals voraus. Die zwei grundlegenden Entscheidungen, die am Anfang getroffen werden müssen sind erstens, dass Primary Nursing eingeführt werden soll und zweitens, wie die vier Elemente des Systems auf der jeweiligen Station umgesetzt werden sollen. Wie bereits erwähnt basiert diese Organisationsform auf der dezentralen Entscheidungsfindung. Daher geht es um das Personal, das auf Stationsebene handelt und diese Mitarbeiter sollen auch die Entscheidungen treffen. Das Management kann verschiedene Voraussetzungen schaffen, damit die Einführung von Primary Nursing stattfinden kann, aber ob und wie die neue Organisationsform eingeführt werden soll, muss vom Personal auf der Station selbst getroffen werden. Laut Manthey soll jeder auf der Station, der bei der Entscheidung teilnehmen möchte, auch beteiligt werden. Und dies unabhängig von seinem beruflichen Status. Der Grund dafür ist verständlich, denn wo alle Ebenen betroffen sind, muss es auch möglich sein, dass sich alle Ebenen beteiligen können. Jedoch müssen die Pflegekräfte und die Stationsleitung am intensivsten an diesem Projekt mitarbeiten, da sie auch diejenigen sind, die am stärksten von der Verschiebung der Verantwortung betroffen sind. Von großer Bedeutung sind die neu zu schaffenden Beziehungen untereinander, denn diese sind die Grundlage von Primary Nursing. Das gegenseitige Vertrauen und den absoluten Respekt vor der Pflegekompetenz der Kollegen ist das um und auf bei Primary Nursing.

4.1. Planungsgruppe und „Change Agent“

Eine wichtige Aufgabe bei der Einführung der neuen Organisationsform übernimmt, laut Manthey, die Planungsgruppe. Es muss darauf geachtet werden, dass alle Ebenen, Beschäftigungsgruppen sowie Gruppen mit spezifischen Interessen in dieser Einheit repräsentiert sein müssen. Diese

[40] vgl. Manthey (2005), S. 79

Planungsgruppe muss klein genug sein, um effektiv arbeiten zu können, und groß genug sein, um alle Beteiligten zu vertreten. Die Aufgabe der Mitglieder der Planungsgruppe ist es, die Kommunikation in zwei Richtungen aufrecht zu erhalten, nämlich zum Personal und zur Gruppe als Ganzes.[41] Wie der Name schon sagt, übernimmt diese Gruppe die Planung für die Einführung von Primary Nursing.

In anderen Literaturquellen wie Ersser und Tutton ist zu lesen, dass es einen sogenannten „Change Agent" geben soll. Eine der wichtigsten Aufgaben des Change Agent besteht darin, die Kollegen die Notwendigkeit von Primary Nursing fühlen und verstehen zu lassen. Mauksch und Miller (1981) definieren den „Change Agent" als Person, deren Aufgabe es ist, den Mitgliedern des Systems dabei zu helfen, Veränderungen bei sich selbst, oder am System vorzunehmen. Diese Definition zeigt auf, dass der Change Agent die Schlüsselrolle übernimmt, indem er die Mitarbeiter unterstützt, Veränderungen bei sich selbst vorzunehmen. Diese Rolle des „Change Agent" übernimmt in vielen Pflegebereichen die Stationsleitung, da sie am Besten dafür geeignet scheint. Denn dieser muss über die Autorität verfügen um Veränderungen herbei führen zu können. Weiters muss diese Person klar und deutlich formulieren, warum diese Veränderung wichtig ist. Als Mitglied des Stationsteam ist es für den „Change Agent" leichter die Kollegen im Veränderungsprozess zu unterstützen und er kennt die Stärken und Schwächen der einzelnen Pflegenden und kann damit die möglichen Widerstände und Schlüsselfragen klären. Außerdem verfügt der „Change Agent" über genug Erfahrung um ausreichend Diskussionsmöglichkeiten zu schaffen. [42]

Sowohl die Planungsgruppe als auch der „Change Agent" haben die Aufgabe das Team der Station bei der Einführung der neuen Organisationsform zu unterstützen. Es zeigt sich, dass die Meinungen auseinander gehen, wer schlussendlich die verantwortlichen Personen sind, um die Implementierung von Primary Nursing zu fördern und zu unterstützen.

[41] vgl. Manthey (2005), S. 79ff
[42] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 38ff

4.2. Bottom-Up-Ansatz als Grundlage zur Umsetzung

Für die Umsetzung von Primary Nursing ist es wichtig, dass sich alle Mitarbeiter daran beteiligen. Bottom-Up-Ansatz bedeutet „Beteiligung der Betroffenen". Dieser Ansatz wird bei der Einführung von Primary Nursing benötigt. Wie bereits erwähnt, soll man die Veränderung bei sich selbst vornehmen, denn die Entscheidung Primary Nurse oder Associate Nurse zu sein, muss jeder für sich selbst treffen. Es ist eine Tatsache, dass Mitarbeiter, auf die sich die Veränderungen auswirken, sich viel eher dafür interessieren, wenn sie sich an den Veränderungen beteiligen. Mit diesem Ansatz wird den Betroffenen geholfen, dass sie die Kontrolle über die Geschehnisse behalten. Aber auch der Bottom-Up-Ansatz kommt nicht ohne die Unterstützung des Managements aus. Jedoch liegt die Kontrolle des Veränderungsprozesses eher bei den praktizierenden Pflegenden als beim Management. In der Pflege findet normalerweise der Top-Down-Ansatz Anwendung. Dieser bedeutet, dass Veränderungen durch das Management von oben angeordnet werden. Ein solcher Ansatz legt Veränderungen fest, ohne die betroffenen Mitarbeiter darauf vorzubereiten. [43]

Wie wichtig die aktive Beteiligung des Personals ist, zeigt ein praktisches Beispiel. Stuhl (2006) führte eine Studie zur Implementierung von Primary Nursing in der stationären Altenpflege durch. Es wurden mehrere Stationen bei der Einführung begleitet. Die Mitarbeiter, von einer dieser Stationen, haben sich von Anfang an gewehrt, Primary Nursing einzuführen. Sie haben es sofort abgelehnt, ohne es probiert zu haben. Ein Argument war, dass die Mitarbeiter nicht vier Wochen lang denselben Bewohner betreuen wollen, denn dies würden sie psychisch nicht verkraften. Ein weiterer Einwand war, dass die Mitarbeiter kaum noch Veränderungen der Bewohner wahrnehmen würden, wenn sie sie jeden Tag dort sind. Bei dieser Abteilung scheiterte die Einführung von Primary Nursing. Dieses Beispiel zeigt, dass die Implementierung noch so gut vorbereitet werden kann, wenn sich die Mitarbeiter dagegen stellen, kann man nichts dagegen machen. Das Projekt wird scheitern.

[43] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 38 f

4.3. Bewusstsein der Mitarbeiter [44]

Um Primary Nursing erfolgreich implementieren zu können, ist die Überzeugung der Mitarbeiter sehr wichtig. Im nächsten Abschnitt wird beschrieben, wie vorgegangen werden sollte, um das positive Bewusstsein bei den Mitarbeitern, für die Organisationsform Primary Nursing, zu schaffen.

Am Anfang ist es ein wichtiger Schritt, dass das Personal seine Vorstellungen benennen darf, wie seine persönlichen pflegerischen Überzeugungen, Wertvorstellungen und Zielsetzungen der Pflege sind. Wenn jeder seine Vorstellungen genannt hat, und der „Change Agent“ weiß was das Personal über ihre Arbeit denkt, kann begonnen werden eine Diskussion darüber zu starten, welche die gemeinsamen erreichbaren Ziele der Gruppe wären. Es ist weiters die Frage an die Gruppe zu stellen, wie Pflege besser organisiert werden kann.

Das Bewusstsein für Primary Nursing zu schaffen kann auch bedeuten, dem Personal die Gelegenheit zu geben mit Fachleuten zu sprechen, oder andere Abteilungen zu besuchen, um dort ein Bild von Schwierigkeiten und Erfolgen von der Organisationsform Primary Nursing zu bekommen.

4.4. Veränderung der Pflegekultur [45]

Pyramidenförmige Organisationsstrukturen sind hinderlich für die Implementierung von Primary Nursing und müssen daher abgeflacht werden. Die Beziehungen innerhalb des Teams sollen sich zur Kollegialität hin entwickeln können. Die Rolle der traditionellen Stationsleitung muss sich bei der Einführung von Primary Nursing verändern, denn jede Primary Nurse trägt selbst die Verantwortung für ihre Patienten und für ihr Handeln. Für die Stationsschwester ist es ein schwerer Schritt, an den sie sich erst gewöhnen muss. Die Rolle der Krankenschwester muss sich für die Einführung von

[44] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 40 f
[45] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 42ff

Primary Nursing ändern (siehe Punkt 5.2. Veränderung der Rolle der Stationsleitung).

Das typische Rollenverständnis der Krankenpflegeschwester geht auf die Zeit von Florence Nightingale zurück. Sie legte bei der Pflegeausbildung mehr Wert auf eine Haltung des Gehorsams, als auf logisches Denken. Die Krankenschwester hatte mit den Tugenden des Gehorsams und der Unterwürfigkeit ausgestattet zu sein. Sie nahm die Rolle einer Dienstmagd, oder Erfüllungsgehilfin ein. Diese Rolle war durch drei Leitgedanken charakterisiert. Diese sind: Loyalität zum medizinischen Bereich, das Bewusstsein eines untergeordneten Status und ein Gefühl der Machtlosigkeit. Dieses Rollenbild der Krankenschwestern ist immer noch in sehr vielen Köpfen verankert. Bei Primary Nursing müssen diese alten Normen durch Neue ersetzt werden. Das berufliche Selbstbewusstsein ist zu betonen und ausschlaggebend für diese Änderung.

Folgende Tabelle [46] zeigt die alten Normen vor der Einführung von Primary Nursing und die neuen Normen nach der Implementierung von Primary Nursing.

Alte Norm	**Neue Norm**
Wertschätzen medizinischer Tätigkeiten	*Wertschätzen von Pflege per se*
Gehorsam gegenüber Ärzten	*Berufliches Selbstverständnis den Ärzten gegenüber*
Rolle der Handlangerin oder Erfüllungsgehilfin	*Kollegiale Rolle*
Loyalität gegenüber Ärzten	*Loyalität gegenüber den Patienten*

Es ist wichtig, dass Pflegende bereit sind, die ganze Verantwortung für den einzelnen Patienten zu übernehmen und dies auch rechtfertigen zu können. Gute Teamarbeit und gute Kommunikation sind Voraussetzungen für die

[46] Ersser & Tutton (2000), S. 44

Durchführung von Primary Nursing. Außerdem muss ein gegenseitiges Vertrauen zwischen den einzelnen Mitarbeitern gegeben sein.

4.5. Vorbereitung auf Primary Nursing mittels Fort- und Weiterbildung [47]

In einem Interview erzählt Marie Manthey ihre Erfahrungen über Schulungsmaßnahmen bei Primary Nursing. Sie sagt, dass Schulungsmaßnahmen erst dann ankommen, wenn die einzelnen Pflegenden in der Rolle als Primary Nurse Zuständige arbeiten. Manthey erklärt, dass jeder Versuch der Schulung, Befürchtungen des Pflegepersonals verstärken und damit zu starken Widerständen führen, nicht nach dem Prinzip Primary Nursing zu arbeiten, wenn sie sich neuen Rollenanforderungen gegenüber sehen, bevor sie diese Rollen wirklich einnehmen können. Beginnend mit der Akzeptanz Verantwortung für die Entscheidungen über die Pflege ihrer Patienten zu übernehmen, werden sie lernen wollen. Manthey hat in den vielen Jahren herausgefunden, dass die wesentlichen Dinge über Primary Nursing nicht in einem Klassenzimmer gelernt werden können. Wie kann man eine persönliche Beziehung zu einem Patienten eingehen und wie kann man Entscheidungen treffen. Man kann mit Pflegenden über Beziehungen sprechen, aber sie werden es erst dann umsetzten können, wenn sie sich in der realen Situation wiederfinden. Genauso werden Pflegende lernen, Entscheidungen zu treffen, wenn sie die Verantwortung übernehmen müssen. [48]

In der Literatur ist dennoch zu lesen, dass Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen vor der Implementierung von Primary Nusing angeboten werden. Die Fort- und Weiterbildung wird eingeplant, um Pflegende eine Einarbeitung zu ermöglichen, bevor sie die volle Verantwortung als Primary Nurse übernehmen. Jedoch ist es schwierig einen allgemein gültigen Lehrplan zur Vorbereitung auf die neue Rolle als Primary Nurse zu erstellen, denn jede Pflegeperson verfügt über unterschiedliche Fähigkeiten, Erfahrungen und Beweggründe. Diese Individualität der Pflegekräfte muss unbedingt beachtet werden.

[47] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 57ff
[48] vgl. Manthey (2003), S. 422

Manthey hat durch ihre langjährige Erfahrung festgestellt, dass zur Einführung von Primary Nursing jedoch ein Lernbedarf, im medizinischen Fachwissen, in den Fertigkeiten zur Anwendung des Pflegeprozesses und in den Kommunikationsfertigkeiten, besteht. Das medizinische Fachwissen ist unentbehrlich, da Pflegende erkennen müssen, was ihren Patienten fehlt, welche Behandlung erforderlich ist und welche Komplikationen auftreten können. Der Pflegeprozess ist ein wichtiges Instrument für die Pflegeperson. Die Dokumentation des Pflegeprozesses setzt die Primary Nursing ein, um über ihre Maßnahmen Rechenschaft abzulegen. Innerhalb dieser Dokumentation kann die Pflegekraft das Assessment des Patienten und die ihn betreffenden Umstände erfassen, die Pflegeziele aufzeigen, die Maßnahmen, die Durchführung und das Ergebnis darlegen. Der Pflegeprozess, als Dokument der Rechenschaftspflicht, ist somit für die Primary Nurse und die Associate Nurse unerlässlich. Pflege ist ein zwischenmenschlicher Prozess und es ist für alle Pflegepersonen hilfreich, wenn sie ihre kommunikativen Fähigkeiten ausbauen.

Die Literaturrecherche in dem jeweiligen Fachgebiet und die kritische Betrachtung und Analyse der Fachliteratur, sind wichtige Fertigkeiten, die eine Primary Nurse besitzen soll. Wenn eine Pflegeperson diese Methoden nicht anwenden kann, muss sie diese erlernen. In einem Beruf wie der Pflege, muss das Wissen und die Fertigkeiten der Pflegepersonen ständig aktualisiert werden, um immer am neuesten Wissensstand zu sein.

4.6. Weitere Aktivitäten in der Planungsphase

Bevor mit der Implementierung von Primary Nursing gestartet werden kann, müssen auch die Stellenbeschreibungen definiert und geschrieben werden, und weitere Planungsarbeiten erledigt werden, wie die Personal- und Arbeitsorganisation. Weiters müssen Arbeitsabläufe, Übergaben und Visiten geplant werden. Die praktische Anwendung dieser Elemente von Primary Nursing werden in Punkt 5 näher dargestellt und erläutert.

4.7. Zusammenfassung der Planungsphase

Die Dauer der Planungsphase ist in der Praxis ganz unterschiedlich und kann nicht vorausgesagt werden. Ziele der Planungsphase sind, dass das Personal nach Primary Nursing arbeiten will und sie dieser Philosophie und Arbeitsweise zustimmen können. Es soll der Wunsch da sein, dass die Pflegeorganisation des Krankenhauses verändert werden soll um effektiver und individualisierter pflegen zu können. Weiteres Ziel ist es, dass sich die Pflegenden die Qualifikationen, die ihnen für die neue Organisationsform fehlen, aneignen.

Wenn die Planungsphase abgeschlossen wurde und das Personal die Zustimmung für die Weiterführung gibt, kann mit der Phase der Implementierung begonnen werden.

5. Implementierung von Primary Nursing in Österreich - Theorie und Praxis

5.1. Qualifikationsprofile

Die Organisationsform Primary Nursing stellt spezifische Anforderungen an das Personal. Es ist wichtig, dass in der Implementierungsphase nicht überzogene Anforderungen an das Krankenpflegepersonal gestellt werden, denn die Qualifizierung wird langfristig und berufsbegleitend geschehen.

5.1.1. Qualifikationsprofil Primary Nurse [49]

Als formale Voraussetzung braucht die Primary Nurse mindestens zwei Jahre Berufserfahrung, nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Neun bis zwölf Monate soll sie Pflegeerfahrung in ihrem relevanten Fachgebiet mitbringen. Weitere wichtige Voraussetzungen sind Nachweise über berufliche Weiterbildungen und Lehrqualifikationen.

Eine wichtige Qualifikation, die eine Primary Nurse besitzen soll, ist das berufliche Engagement. Weiters soll sie die Bereitschaft zur ständigen fachlichen Weiterbildung und Weiterentwicklung mitbringen. Relevante Qualifikationen sind die körperfunktionsorientierte Unterstützung, die sozio-emotionale Unterstützung und die handlungs- und verhaltensorientierte Unterstützung des Patienten. Innerhalb der körperfunktionsorientierten Unterstützung ist es die Aufgabe der Primary Nurse, die verlorenen bzw. eingeschränkten Körperfunktionen von Patienten zu substituieren und ein Höchstmaß an körperlicher Funktionalität zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Als sozio-emotionale Unterstützung des Patienten und seinen Angehörigen ist die Primary Nurse die Hauptbezugsperson und hat eine besondere Beziehung zu ihren Patienten. Sie leistet emotionalen Beistand und ist offen für Sorgen, Nöte und Situationen von Hoffnungslosigkeit. Weiters ist sie unterstützend als

[49] vgl. Stratmeyer (2005), S. 5ff, Ersser & Tutton (2000), S. 247

Vermittlerin im Familienbund tätig. Hierfür benötigt die Primary Nurse kommunikative Kompetenzen. Für den Bereich handlungs- und verhaltensorientierte Unterstützung bedarf es Fähigkeiten wie Patienten- und Angehörigenschulung und –beratung. Eine weitere wichtige Qualifikation ist die selbstbewusste Kooperation mit anderen Berufsgruppen um Abläufe im Krankenhaus zu koordinieren. Diese Kooperationen sind außerdem wichtig für einen geregelten Entlassungsprozess. Weitere fachliche Voraussetzungen für eine Primary Nurse sind: Verantwortlichkeit und Rechenschaftspflicht für das Assessment, Planen, Durchführen und Evaluieren der Pflege eines Patienten, ein hohes Maß an Pflegequalität entwickeln und aufrechterhalten, Kenntnisse der Pflegetheorien, Fähigkeit der Literaturrecherche und kritischen Analyse der Fachliteratur, die Verantwortung der Station in Abwesenheit der Stationsleitung übernehmen können, als Mentor für Krankenpflegeschüler fungieren und ein kleines Team von Associate Nurse betreuen.

Primary Nurses sollen hauptsächlich als Vollzeitkräfte arbeiten, damit sie in den Kernarbeitszeiten anwesend sind. Sie können jedoch auch, wenn es nicht anders möglich ist, Teilzeit beschäftigt sein. Teilzeit arbeitende Primary Nurses bekommen Patienten zugeteilt, von denen man im Vorhinein weiß, dass sie nur ein bis zwei Tage stationär aufgenommen werden.

5.1.2. Qualifikationsprofil Associate Nurse [50]

Ein Jahr Berufserfahrung, nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, soll die Associate Nurse als Voraussetzung mitbringen.

Die Associate Nurse ist der Primary Nurse beim Assessment, Planen, Durchführen und Evaluieren der Pflege eines Patienten behilflich und benötigt die Qualifikationen für diese Tätigkeiten. Weiters gehören zu ihren Qualifikationen, die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Pflegequalität und die Koordinationsfähigkeit. Kommunikative Fähigkeiten sind für die Associate

[50] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 249

Nurse genauso wichtig wie für die Primary Nurse, denn wenn die Primary Nurse nicht im Dienst ist, übernimmt sie all ihre Aufgaben. Weiters sind auch die fachliche Weiterbildung, Weiterentwicklung und die Mentortätigkeit bei Krankenpflegeschüler als Qualifikationen zu nennen.

Associate Nurses können frisch ausgebildete, oder in Teilzeit beschäftigte diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegende, Krankenpflegehelfer in Vollzeit oder Teilzeit, oder Krankenpflegeschüler unter direkter Aufsicht sein. [51]

5.1.3. Qualifikationsprofil Stationsleitung [52]

Die Stationsleitung fungiert als Pflegeexpertin und Mentorin für Lernende. Zu ihren Qualifikationen gehören Kommunikationsfähigkeit, Lehrtätigkeit, Personalentwicklung, Personalbesetzung, Personalauswahl, Qualitätsentwicklung, Qualitätskontrolle und Managementfertigkeiten wie Führungs-, Leitungsaufgaben und Budgetverwaltung. Weiters ist es eine wichtige Fähigkeit der Stationsleitung, dass sie auf Forschungsergebnissen basierende Pflege fördert und Forschungsprojekte in der Pflegepraxis unterstützt.

5.2. Veränderung der Rolle der Stationsleitung [53]

Im Gegensatz zu anderen Pflegesystemen, die Teile einer starken hierarchischen Organisation sind, verflacht in dem System Primary Nursing die Organisationsspitze. Die Position der Stationsleitung wird nicht überflüssig, aber sie ändert sich, indem andere Schwerpunkte für ihren Aufgabenbereich gesetzt werden. Für Stationsleitungen bedeutet dies, dass sie eine völlig neue Rolle einnehmen müssen.

[51] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 65
[52] vgl. Weidemann (1999), S. 577, Ersser & Tutton (2000), S. 251 f
[53] vgl. Schütz-Pazzini (2003), S. 876ff, Weidemann (1999), S. 576

Es galt immer als selbstverständlich, dass die Stationsleitung die Anlaufstelle aller zentralen Entscheidungen war. Sie stand im Mittelpunkt des Teams, da alle wichtigen pflegerischen Entscheidungen über sie liefen. Mit dieser Vorgehensweise konnte die pflegerische Professionalität und Eigenverantwortung nicht gefördert werden.

Die Einführung von Primary Nursing führt dazu, dass jede Primary Nurse die Verantwortung für ihre Patienten selbst übernimmt. Dies bedeutet, dass die Verantwortung für pflegerische Entscheidungen auf eine andere Ebene verlagert wird. Von der Ebene der Stationsleitung auf die Ebene der einzelnen Pflegekräfte eines Stationsteams.

Die Stationsleitung muss lernen, dass jede Primary Nurse selbst ihre Entscheidungen treffen muss, denn solange eine Stationsleistung sich als Zentrum ihres Teams erlebt und Quelle allen Wissens und aller Entscheidungen ist, werden die Mitarbeiter keine Verantwortung für eigene pflegerische Entscheidungen übernehmen können und auch nicht müssen. Die Stationsleitung kann nur dann führen, wenn sie sich nicht als einzigen Entscheidungsträger sieht, sondern die Kompetenz der Primary Nursing anerkennt. Um ein Team effektiv führen zu können, benötigt sie immer wieder Abstand vom Team und von den laufenden Prozessen.

Die Einführung von Primary Nursing fordert von der Stationsleitung, dass sie einen strukturellen Rahmen schafft, in dem die Teammitglieder entsprechend ihrer individuellen Stärken und Schwächen eigenverantwortlich und in einer Verantwortung für das Team arbeiten können. Die Stationsleitung hat Entscheidungen ihrer Mitarbeiter zu akzeptieren, die sie vielleicht selbst nicht getroffen hätte, denn sie kann die Entscheidung einer Primary Nurse nicht negieren. Dies bedeutet nicht, dass alles möglich und erlaubt ist, jedoch der Umgang mit Fehlern wird sich ändern, indem konstruktiv Kritik, auf Basis einer grundlegenden Akzeptanz, ausgesprochen wird.

Am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg wurde die Organisationsform Primary Nursing eingeführt. Die Arbeitsgruppe beschreibt, dass sich die

Stationsleitung mit rund 20 Prozent ihrer Arbeit am direkten patientenbezogenen Leistungsprozess beteiligt. Gründe die dafür sprechen sind, dass die Stationsleitung regelmäßig und unmittelbar über den Arbeitsanfall informiert ist, sie kann ihre Mitarbeiter im Arbeitsprozess beobachten und wichtige Rückschlüsse für die Personalentwicklung ziehen. Weiters gewinnt sie einen direkten Eindruck von der Qualität der Patientenversorgung und dem Grad der Patientenzufriedenheit, erhält Anhaltspunkte zur Beurteilung der Zusammenarbeit innerhalb der Pflegegruppe und mit anderen Berufsgruppen und sie kann sich dadurch über Veränderungen in der Versorgungspraxis auf dem Laufenden halten. Die geringe Anwesenheit der Stationsleitung in der Patientenversorgung schließt aus, dass sie die Funktion einer Primary Nurse übernehmen kann. Deshalb wird empfohlen, dass sie tageweise die Aufgaben einer Associate Nurse übernimmt. [54]

5.3. Aspekte von Änderungen und deren Management bei der Implementierung einer neuen Organisationsform [55]

Der Prozess der Einführung einer neuen Organisationsform der Pflege hat nicht nur Auswirkungen auf das Pflegepersonal, sondern auch auf alle anderen Berufsgruppen im Krankenhaus. Wenn die Einführung der neuen Organisationsform zu einem Erfolg führen soll, dann ist es wichtig, die Akzeptanz aller Berufsgruppen herzustellen.

Der Umstrukturierungsprozess ist sensibel zu handhaben, denn es müssen wichtige Themen geklärt werden, die jeden Mitarbeiter persönlich treffen, wie Arbeitsbedingungen und Bezahlungsfragen. Die Personalvertretung ist ein wesentlicher Innovater, der unbedingt in den Veränderungsprozess miteinbezogen werden muss.

[54] vgl. Stratmeyer (2005), S. 6
[55] vgl. Friedler (1993), S. 40ff

Ein wichtiges Element der Umstrukturierung ist es, dass sich die Initiatoren der neuen Organisationsform selbst die Ausgangslange bewusst machen und Gründe für die Einführung erkennen.

Weiters ist eine Unterstützung, ohne Druck von Seiten des Managements, von maßgeblicher Bedeutung bei der Implementierung der neuen Organisationsform. Die Umsetzung von Primary Nursing muss vom Personal der Station gewollt werden. Dieser Faktor wird von Personen in Leitungspositionen häufig schwer akzeptiert. [56]

Sind sich die Führungskräfte über alle Aspekte der Veränderung klar und über die gewünschten Resultate einig, kann mit der Umsetzung gemeinsam mit dem Personal begonnen werden.

Folgende Vorgehensweise wird von Zednik empfohlen: [57]

- Zielformulierung
- Ist-Analyse
- Möglichkeiten erfassen
- Unterstützende Faktoren
- Hindernde Faktoren
- Projekte festlegen
- Feststellung der Betroffenen
- Änderungsplan
- Rahmenbedingungen schaffen
- Durchführung
- Begleitende Fortschrittskontrolle und Erfolgssteuerung
- Lernen durch Rückblick

Wie bereits in Punkt 4.2. (Bottom-Up-Ansatz als Grundlage zur Umsetzung) erläutert wurde, ist es für die Umsetzung von Primary Nursing bedeutend, dass sich alle Mitarbeiter am Veränderungsprozess beteiligen können. In der Praxis

[56] vgl. Manthey (2005), S. 104
[57] vgl. Friedler (1993), S. 40ff

ist es jedoch unerlässlich, dass die Direktion von Anfang an über das geplante Projekt Bescheid weiß, dem zustimmt und dieses somit auch unterstützen kann.

Das Um und Auf bei der Umstrukturierung ist die Mitbeteiligung und vor allem die positive Einstellung zu Primary Nursing von Seiten der Pflegekräfte.
Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Management die Gründe für die Umstrukturierung erkennen muss und ihre Mitarbeiter bei der Veränderung unterstützen muss. Für die erfolgreiche Umsetzung der neuen Organisationsform sind alle Mitarbeiter gemeinsam verantwortlich.

5.4. Ist-Analyse der Station

Einer der ersten Aufgaben der Stationsleitung beziehungsweise der Projektleitung ist die Durchführung der Ist-Analyse auf der Station, um im Hinblick auf die Umsetzung von Primary Nursing, die notwendigen organisatorischen Änderung zu besprechen und mit Hilfe ihres Teams umzusetzen.

Anstehende Veränderungen sind:

- Einsetzen von Primary Nurses und Associate Nurses
- Bildung der Primary Nurses-Teams und Zuteilung der Patienten
- Koordination der ärztlichen und pflegerischen Zusammenarbeit (zum Beispiel Absprache von Visitenzeiten)
- Einführung von Übergaben und Pflegegesprächen am Bett der Patienten
- Einführung von interdisziplinären Fall- und Fachbesprechungen
- Änderung der Kommunikationswege - das bedeutet direkt von Person zu Person anstelle von hierarchiebezogener Kommunikation und Sicherung der Informationsweitergabe
- Einführung der Kernarbeitszeit
- Änderung der Tagesabläufe
- Koordination mit anderen Berufsgruppen
- Anpassung der Essenszeiten an die Bedürfnisse der Patienten

5.5. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in der Praxis

Das Evangelische Amalie Sieveking-Krankenhaus in Deutschland zum Beispiel führte im Zuge der Einführung von Primary Nursing Fortbildungsmaßnahmen mit folgenden Themen ein: Primary Nursing als Organisationsmodell und Philosophie, Geschichte von Primary Nursing, Kompetenzen der Primary Nurse und der Associate Nurse, Beziehung und Verantwortung, wie hängt Pflegeorganisation mit der Organisation im gesamten Krankenhaus zusammen, eigenes berufliches Selbstverständnis und Berufsbild der Krankenpflege in der USA. [58]

Das Therapiezentrum in Burgau in Deutschland praktiziert seit mehr als zehn Jahren Primary Nursing und zeigt auf, dass es bereits Weiterbildungen im Bereich Primary Nursing gibt. In dieser Einrichtung wird ein Weiterbildungslehrgang „Primary Nursing“ angeboten. Diese zusätzliche Qualifikation dauert berufsbegleitend dreieinhalb Jahre. Sie sieht 808 Unterrichtsstunden im Modularsystem vor und schließt mit drei theoretischen und drei praktischen Prüfungen ab. Externe Einrichtungen interessieren sich immer wieder für den Weiterbildungslehrgang. Dieser wurde jedoch speziell für die neurologische Frührehabilitation im Therapiezentrum Burgau entwickelt. Dennoch kommt es immer wieder mal vor, dass externe Teilnehmer an der Weiterbildung teilnehmen. [59]

5.6. Personal- und Arbeitsorganisation

Die Personalorganisation ist ein wesentlicher Punkt zur optimalen Umsetzung von Primary Nursing. Wie bereits in Punkt 2.11. (Vor- und Nachteile von Primary Nursing) erwähnt, arbeiten Primary Nurses acht Stunden am Tag, fünf Tage die Woche, um in den Kernarbeitszeiten anwesend zu sein und die Pflege ihrer Patienten selbst übernehmen zu können. Die anderen 16 Stunden werden sie von Associate Nurses vertreten. In den meisten österreichischen

[58] vgl. Hoppe (1998), S. 7
[59] vgl. Teigerle (2006), S. 812

Krankenhäusern herrschen andere Arbeitszeitenmodelle im Pflegebereich, als die acht Arbeitsstunden pro Tag.

Die Tagesarbeitszeit beträgt durchschnittlich zwölf Stunden. Manche Nachtdienste dauern dreizehn Stunden, manche Tag- und Nachtdienste je zwölfeinhalb Stunden. Die Überschneidungen sind für die Dienstübergabe nötig. Arbeitsbeginn ist für gewöhnlich zwischen halb sieben und sieben Uhr am Morgen und das Arbeitsende ist entweder um halb sieben, sieben oder halb acht Uhr am Abend. [60]

Diese Dienstlängen sind nicht förderlich für die Umsetzung der Organisationsform Primary Nursing. Im nächsten Punkt wird auf die aktuelle Arbeitszeitenorganisation in Österreich und die Änderungen, die für die Organisationsform Primary Nursing nötig wären, eingegangen.

5.6.1. Arbeitszeitregelungen für Dienstnehmer in österreichischen Krankenanstalten

Im Bundesrecht - gesamte Rechtsvorschrift für Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, Fassung vom 18.10.2009, und im Kollektivvertrag für Arbeitnehmer im Kollektivvertrag, ist folgender Inhalt zu lesen:

Für Dienstnehmer, die aufgrund ihrer Tätigkeit dem Krankenanstaltenarbeitsgesetz unterliegen, beträgt die durchschnittliche Normalarbeitszeit 40 Stunden wöchentlich.

Die Tagesarbeitszeit darf 13 Stunden nicht überschreiten. Die Wochenarbeitszeit darf innerhalb eines Durchrechnungszeitraumes von bis zu 17 Wochen im Durchschnitt 48 Stunden betragen und in den einzelnen Wochen des Durchrechnungszeitraumes 60 Stunden, soweit nichts Anderes bestimmt wurde.

[60] Schrems (1994), S. 138 f

5.6.2. Arbeitszeitformen für Pflegepersonen im Krankenhaus

5.6.2.1. Regelarbeit

Ein Regelarbeitstag umfasst zwischen 8 und 10 Stunden pro Tag. Die Regelarbeit kann in mehrere Blöcke zerlegt werden. Zum Beispiel Frühdienst, Spätdienst und Nachtdienst. Die Regelarbeitszeit findet im Pflegebereich wenig Anwendung. [61]

5.6.2.2. Turnusdienst

Die regelmäßige Aufeinanderfolge von Arbeitstagen kann in unterschiedlichen Kombinationen stattfinden. Für eine Pflegeperson dauert ein Arbeitstag bzw. ein Turnusdienst in der Regel 12,5 Stunden. Im Pflegeberuf sind dies für gewöhnlich Tag- und Nachtdienste die sich regelmäßig abwechseln. Zum Beispiel leistet eine Pflegeperson zwei Tagdienste hintereinander und darauf folgt am dritten Tag ein Nachtdienst, dann spricht man von einem „3-er Radl". Erfolgt die Wiederholung in 4, 5, … Tagen, spricht man von einem „4-er Radl", „5-er Radl", … Die Zahl an abwechselnden Kombination ist groß. Der Nachtdienst kann beim „Radldienst" entweder ex- oder inkludiert sein.
Der Turnusdienst ist die Hauptarbeitsform beim Pflegepersonal in österreichischen Krankenanstalten. [62]

5.6.2.3. Dauernachtdienst

Die Arbeitszeit wird nur in Form von Nachtdiensten abgeleistet. Nachtschwestern kommen für diese Form der Arbeitseinteilung in Frage. [63]

[61] vgl. Friedler (1993), S. 20
[62] vgl. Friedler (1993), S. 28
[63] vgl. Friedler (1993), S. 28

5.6.2.4. Projekt „12,5 Stunden Arbeitszeit – Fluch oder Segen?“ [64]

In der Zusammenfassung des Themas „12,5 Stunden Arbeitszeit – Fluch oder Segen?“ der Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen - Wiener Informationsnetzwerk, ist zu lesen, dass eine gesunde Arbeitszeit 8 Stunden pro Tag beträgt. Trotzdem sind mehr als 80 Prozent der Mitarbeiter für die 12,5 h Dienste.

Vorteile der 12,5 Stunden Dienste, die beschrieben wurden, sind:
Viel Freizeit, Möglichkeit einer Zweitbeschäftigung, die Tagesfreizeit, weniger Dienste und weniger Personalbedarf.

Ein Problem, das mit den 12,5 h Diensten auftritt ist die Vereinbarkeit mit der Familie, denn Kinderbetreuungseinrichtungen haben bestimmte Öffnungszeiten und gestalten somit die Dienstzeit der Mütter.

Folgende Lösungsoptionen werden vorgeschlagen:

- Wahlmöglichkeiten bezüglich Arbeitszeiten schaffen (zwischen 6h und 12,5h pro Dienst)
- Änderungen der Zeitgrenzen von derzeit 7.00-19.00 auf 6.00-22.00
- Gruppendruck erschwert Veränderungen – entsprechende Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden
- Entscheidungen für Dienstlängen sollten nicht nur aufgrund von persönlichen Befindlichkeiten, sondern auch aufgrund von Belastungsspitzen getroffen werden
- Nicht nur Arbeitszeit als Faktor, sondern auch Unvorhergesehenes versus geplante Arbeit

Auch auf den krankmachenden Faktor Nachtdienst wurde näher eingegangen und folgende Lösungen wurden vorgeschlagen:

- Reduktion der Nachtdienste zum Beispiel auf Spezialabteilungen

[64] vgl. http://www.gspwien-info.net/downloads/15_zwoelf-komma-fuenf-fluch-segen.pdf (18.10.2009)

- Häufung von Nachtdiensten (Umstellung besser? /Rückumstellung dauert länger)
- Nachtdienste kürzen von 22.00 auf 6.00
- Nachtdienst-Arbeiten reduzieren

5.6.2.5. Persönliche Sichtweise von Pflegepersonal bezüglich Arbeitszeiten

In der Untersuchung von Berta Schrems (1994) ist zu lesen, dass in der Praxis die Beobachtung gemacht wurde, dass in den zwölf Stunden Diensten die anfallende Arbeit schwerpunktmäßig am Vormittag erledigt wird.

Zitat einer Pflegeperson: „ …*und so im Laufe der Vormittagsarbeit is es für mi relativ günstig, weil i einfach nu im Arbeiten drinnen bin, also i mach gern an Großteil der Arbeit am Vormittag und tua halt am Nachmittag dann nur mehr so, ja, mi ausrasten sozusagen (lacht), also des mach i so, also i schau eher, dass i die Arbeit am Vormittag gmacht hab*“.[65]

Der Grund dafür ist: „*Weil eben am Vormittag noch, man is selber noch ausgeruhter und die innere Spannung hält länger an und am Nachmittag häng ich dann öfter mal durch und dann denk ich mir, um Gottes Willen, noch immer nicht später*“.[66]

Das Pflegepersonal spricht auch an, wie schwer es fällt nach sechzehn Uhr die vorgegebenen Routinearbeit zu erledigen. Das Problem ist, dass es nur schwer zu ungestörten Pausen für die Pflegekräfte kommt und sie sich nicht völlig zurück ziehen können für eine Pause. Sie stehen unter ständiger Konzentration und Anspannung. Häufig ist die Zeit bis zum frühen Nachmittag ausgefüllt mit verschiedensten Tätigkeiten. Acht, zehn und zwölf sind Routinezeiten, dazwischen fallen die Visiten, Tätigkeiten die sich aus der Visite ergeben und Arbeiten für die gesamte Abteilung. Im Normalfall tritt anschließend auf der

[65] Schrems (1994), S. 139
[66] Schrems (1994), S. 140

Station eine ruhige Phase ein. Eine Pause für das Pflegepersonal ist nötig. Dennoch handelt es sich um keine Pause, in der völlig abgeschaltet werden kann.

„*Nein, nein ich persönlich bin wirklich nicht gebaut für einen 12-Stunden-Dienst. Ja, ja ich bin ein absoluter Verfechter vom 8-Stunden-Dienst und ich muss mich, also weniger jetzt bei jemanden so wie die Dame gestern, aber wenn da noch einmal händisch Lavagieren und noch einmal Bauchverbinden bis die Vieruhrrunde losgeht, da muss ich mich derart aufraffen, das is, das is entsetzlich die Zeit dann immer von vier bis um sieben normalerweise, na, dafür bin ich nicht gebaut*“. [67]

Das Personal klagt als Konsequenz der 12-Stunden-Dienste darüber, dass es nach der permanenten Anspannung und Konzentration Probleme hat beim Abschalten und Entspannen nach der Arbeit. Mehrere 12-Stunden-Dienste hintereinander belasten das Krankenpflegepersonal besonders.

„*ja, i maan, wenn der Dienst z.B. nur bis um drei dauern würde, wärs was anderes, aber wenn ma so gegen achte am Abend erst hamkummt und um halbsechse wieder ausfmuass, is für mi ned vü Motivation nu großartige Dinge zu starten*“. [68]

All diese Zitate zeigen auf, wie belastend die 12-Stunden-Dienste für das Pflegepersonal ist, dennoch wird auch in dieser Untersuchung erwähnt, dass trotz allem der 12-Stunden-Dienst bevorzugt wird, aufgrund der geringen Anzahl an Arbeitstagen pro Woche.

[67] Schrems (1994), S. 140
[68] Schrems (1994), S. 141

5.6.2.6. Projekt im Kaiserin-Elisabeth-Spital - Verkürzung der Dienstdauer [69]

Auf der Homepage Arbeit und Alter – altersgerechte Arbeitsorganisation ist von dem Projekt Verkürzung der Dienstdauer im Kaiserin-Elisabeth-Spital zu lesen. Das Projekt wurde 1996 zur Senkung der täglichen Dienstdauer von 12,5 Stunden auf 8–10 Stunden durchgeführt. Hintergrundgedanken dieses Projekts waren, dass lange und ungünstige Dienstzeiten an zweiter Stelle der Ausstiegsgründe der Pflegeberufe stehen. Arbeitswissenschaftlich wird der Pflegeberuf als mittelschwere bis schwere Tätigkeit eingestuft und maximal 8 Stunden-Dienste werden empfohlen.

Ziele dieses Projektes sind:

- Personalwirtschaftliche Verbesserung durch Reduktion von Ausfallzeiten (Krankenstand, Personalreserve) und Reduktion von Überstunden
- Altersverträglichkeit der Arbeitszeiten, um den längeren Verbleib erfahrener Mitarbeiter im patientennahen Pflegedienst zu sichern
- Leistungsqualität beim Patienten erhöhen

Es wurde begonnen mit einer Reduzierung der Tagesarbeitszeit auf unter 10 Stunden täglich. In einem zweimonatigen Erprobungszeitraum wurden die Dienstzeiten von Montag bis Sonntag mit 8-10 Stunden festgelegt. Der Nachtdienstbeginn wurde auf 21.00 Uhr verschoben. Diese neuen kürzeren Dienstzeiten wurden von den Pflegekräften negativ angenommen. Die geringe Akzeptanz war darauf zurückzuführen, dass Probleme mit der zeitlichen Organisation des Privatlebens bei den vor allem jungen Pflegekräften zu einem ausgeprägten subjektiven Gefühl der Mehrbelastung führten. Darauf hin wurde das Pilotprojekt adaptiert. Nachtdienstbeginn wurde wieder auf 19 Uhr festgelegt und die Dienstzeiten waren Montag bis Freitag 8-10-Stunden-Dienste, Samstag und Sonntag 12,5-Stunden-Dienste.

[69] vgl. http://www.arbeitundalter.at/index.php?option=com_content&task=view&id=137&Itemid=3 (3.11.2009)

Zur Evaluierung des neuen Dienstzeitmodells führte das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (IBG) gemeinsam mit dem arbeitsmedizinischen Dienst des Kaiserin Elisabeth-Spitals eine Untersuchung zur “Lebensqualität, Gesundheit und Arbeitszeit” durch. Ziel der Untersuchung war es die Konsequenzen der neuen Dienstzeitenregelung auf die private Situation der Pflegekräfte zu erfassen und zu bewerten, um auf individuelle Bedürfnisse besser reagieren zu können.

Ergebnisse der Befragung

Die Rücklaufquote der Fragebogenerhebung war mit 83 Prozent sehr hoch. Die große Mehrheit der Pflegekräfte ist der Ansicht, eine Dienstzeit von 8-10 Stunden sei besser für Gesundheit, Entwicklung und das Älterwerden. Ein Drittel der Pflegekräfte bevorzugt eine Tagesarbeitszeit von 8 Stunden. Je mehr Erfahrung Mitarbeiter mit 8 Stunden Diensten haben, umso höher die Zustimmung.

Abgelehnt wurden die 8-Stunden-Dienste in Bereichen, in denen keine 8-Stunden-Dienste eingeführt wurden und diese nicht erlebt werden konnten.

Die Zustimmung zu den kürzeren Dienstformen steigt eindeutig mit dem Alter, mit familiären Ansprüchen, dem Stressempfinden und der Anzahl der Krankheiten.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass entsprechende Dienstzeitenregelungen die Arbeitszufriedenheit, die Lebensqualität und die Gesundheit des Pflegepersonals verbessern können. Weiters zeigen die Ergebnisse klar, dass im Hinblick auf die älterwerdende Belegschaft im Pflegebereich adäquate Maßnahmen möglich sind.

Ein wirtschaftlicher Effekt, der aus dem Arbeitsmodell resultiert, ergibt sich aus dem Rückgang der frei verrechneten Überstunden. Verglichen mit 1995 reduzierten sich die Überstunden 1996 um 44 Prozent. 1997 war eine Reduktion um weitere 17 Prozent zu verzeichnen. Auch die Krankenstände konnten in diesem Zeitraum um 30,4 Prozent gesenkt werden.

Trotz aller positiven Ergebnisse ist das Projekt 2001 beendet worden. Grund dafür war die massive Unzufriedenheit eines Teils der Belegschaft, der weiterhin 12-Stunden-Schichten bevorzugte. Möglich ist auch, dass der Übergang von dem bisherigen Modell auf 8-Stunden-Schichten zu rasch vor sich gegangen ist und eine stressfreie Umstellung für das Personal deswegen nicht möglich war.

Als positive Veränderung dieses Projektes geht hervor, dass es aktuell für alle Pflegekräfte eine Wahlmöglichkeit zwischen kurzen und langen Diensten gibt. Die 8-10-Stunden-Dienste werden zu etwa 20 Prozent genutzt. Weiters sind die Projektergebnisse, im Rahmen der flexiblen Diensteinteilung, im gesamten Wiener Krankenanstaltenverbund eingeflossen, sodass es in allen Krankenanstalten und Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes, aufbauend auf dem Arbeitszeitmodell des Kaiserin-Elisabeth-Spitals, im Rahmen der flexiblen Diensteinteilung in allen Bereichen Mischformen vor allem der Tagesarbeitzeit, aber auch der Nachtarbeitszeit gibt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass auch dieses Projekt aufzeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Belegschaft im Kaiserin-Elisabeth-Spital weiterhin die 10-12 Stunden-Dienste bevorzugt.

5.6.3. Resümee bezüglich Arbeitszeitformen für die Implementierung von Primary Nursing in Österreich

Für die Implementierung von Primary Nursing in österreichische Krankenanstalten wäre die Einführung der Regelarbeitszeit nötig, damit die Primary Nurse fünf Tage die Woche, 8 Stunden pro Tag, zu den Kernarbeitszeiten anwesend ist. Wie bereits erwähnt ist die Hauptarbeitszeitform in den österreichischen Krankenanstalten der Turnusdienst. Die Umsetzung wird nicht leicht, denn wie bereits in der Zusammenfassung des Themas „12,5 Stunden Arbeitszeit – Fluch oder Segen?“ erwähnt, bevorzugen 80 Prozent der Pflegepersonen den Turnusdienst. Auch das Projekt im Kaiserin-Elisabeth-Spital zur

Dienstzeitverkürzung und die persönlichen Sichtweisen des Pflegepersonals bezüglich der Arbeitszeiten zeigen deutlich auf, dass in Österreich der 12-Stunden-Dienst bevorzugt wird.

5.6.4. Aktuelles Beschäftigungsausmaß der Pflegepersonen in Österreich

Wie bereits in Punkt 3 (Status quo zur Organisation der Pflege in Österreichs Krankenhäusern) erläutert wurde, gehen zwischen 70 und 80 Prozent der praktizierenden Pflegepersonen einer Vollzeitbeschäftigung nach. Ein Fünftel ist zwischen 20 und 37 Stunden pro Woche beschäftigt und rund fünf Prozent sind weniger als 20 Stunden berufstätig. Diese Zahlen legen eine gute Grundlage für die Implementierung für die Organisationsform Primary Nursing dar. Denn wie bereits in Punkt „Qualifikationsprofil Primary Nurse“ dargestellt, ist es optimal für die Organisationsform, wenn Primary Nurses Vollzeitarbeitskräfte sind.

Ein generelles Problem, das sich in Österreich und auch in anderen Ländern zeigt, ist ein Personalmangel von diplomierten Pflegepersonen. Wie bereits in Punkt 3 aufgezeigt, sind es in Österreich ca. 2600 diplomierten Pflegepersonen, die benötigt werden.

Im Österreichischen Pflegebericht (siehe auch Punkt 3) ist zu lesen, als ein Grund von mehreren Gründen, dass Krankenpflegepersonal unzufrieden ist, weil Beruf und Familie schwer zu vereinen sind. Dieser Unzufriedenheit kann auch mit Primary Nursing entgegen getreten werden, denn acht Stunden Dienste sind mit einer Familie leichter zu vereinbaren als 12 Stunden Dienste. Ob eine Primary Nurse Nacht- und Wochenenddienste macht, ist individuell auf der Station zu vereinbaren. In der Literatur ist zu lesen, dass Primary Nurses zu den Kernarbeitszeiten anwesend sein sollen, um die Hauptpflege, die Planung und Organisation für weitere Termine wie Untersuchungen zu vereinbaren und um zur Fragenbeantwortung und Kommunikation für den Patienten und seinen Angehörigen da zu sein. Die Anwesenheit von Montag bis Freitag zu den Kernarbeitszeiten ist für den Patienten wertvoller und daher macht die Primary Nurse für gewöhnlich keine Nacht- und Wochenenddienste. Dies könnte jedoch

für das Klima auf einer Station problematisch werden, wenn Associate Nurses es als unfair erachten, dass Primary Nurses keine Nacht- und Wochenenddienste mehr machen. Eine mögliche Kompromisslösung wäre, das Primary Nurses Wochenenddienste machen, jedoch keine Nachtdienste.

5.6.5. Dienstplangestaltung [70]

Die Dienstplangestaltung ist ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Umsetzung von Primary Nursing. Die Einsatzplanung muss so gestaltet werden, dass eine möglichst hohe Kontinuität gegeben ist. Ziel dabei ist es, dass die Primary Nurse eines Patienten an möglichst vielen Tagen des Krankenhausaufenthaltes des Patienten im Dienst ist. Bei Patienten mit längerer Verweildauer sollte dieser Wert etwa 50 Prozent oder mehr der Pflegetage des Patienten betragen. Bei kurzer Verweildauer sollte er höher als 50 Prozent sein. Und bei sehr kurzer Verweildauer, weniger als fünf Tage, sollte die Anwesenheit der Primary Nurse zu den Kernarbeitszeiten bei 100 Prozent liegen. Mit einer guten Planung und Zuteilung sollte erreicht werden, dass die Primary Nurse auf jeden Fall in den ersten Tagen der Behandlung sowie in den Tagen der Entlassung und am Entlassungstag anwesend ist.

Die tägliche Planung pflegerischer Aufgaben und die Planung wichtiger interdisziplinärer Besprechungen und die Anwesenheit der Primary Nurse sollten aufeinander abgestimmt sein, damit die Primary Nurse bei all diesen Planungen dabei sein kann.

Zuständig für die Einsatzplanung und für die Zuteilung der Primary Nurses und Associate Nurses ist die Stationsleitung. Die Patientenzuweisung stellt eine sehr sensible und konfliktträchtige Aufgabe der Leitungskräfte dar. In der Anfangsphase wird den Stationsleitungen daher empfohlen, sich regelmäßig von den Primary Nurses rückmelden zu lassen, inwieweit sie die Patientenzuweisung als gerecht empfinden.

[70] vgl. Abderhalden (2007), S. 12, Teigerle (2006), S. 813, Stratmeyer (2005), S. 9 f

Wie bereits in Punkt 5.6.4. (Aktuelles Beschäftigungsausmaß der Pflegepersonen in Österreich) erwähnt wurde, ist eine Primary Nurse im Normalfall nicht für Wochenenddienste vorzusehen. Dies würde jedoch in vielen Bereichen zu erheblichen Arbeitszeitnachteilen für die anderen Beschäftigten führen. Es ist wichtig, dass auf die besonderen Bedingungen und Interessen einer Station eingegangen wird und nach diesen Bedingungen Dienstpläne erstellt werden. Die Klärung der Frage ob Primary Nurses Wochenenddienste und Nachtdienste übernehmen muss die Station individuell entscheiden.

Ist eine Primary Nurse länger abwesend und kann ihre Dienste nicht leisten, dann wird sie von ihrer Funktion als Primary Nurse befreit und die Patienten werden einer anderen Primary Nurse zugeteilt. Während kurzfristiger Ausfälle, von geringer Dauer, wird die Primary Nurse durch eine andere Primary Nurse oder eine qualifizierte Associate Nurse vertreten. Diese arbeiten nach der Pflegeplanung und Intention der zuständigen Primary Nurse weiter.

Primary Nurses und Associate Nurses arbeiten immer in gegenläufigen Schichten und können nicht gleichzeitig auf Urlaub gehen. Dies gewährleistet, dass immer eine Person vom Kernteam anwesend ist und der Patient seine persönliche Ansprechperson hat. Ein Kernteam kann aus unterschiedlichen Mitarbeitern bestehen. Es besteht jedoch immer aus einer Primary Nurse und einer Associate Nurse. Weitere Mitglieder des Kernteams können Pflegehelfer oder in Teilzeit arbeitende Pflegepersonen sein.

Flexible Arbeitszeiten mit Primary Nursing

Mit der Organisationsform Primary Nursing besteht auch die Möglichkeit flexiblere Arbeitszeiten einzuführen. Es gibt das Aufgabenprofil der Primary Nurse, der Associate Nurse und der Pflegehilfskraft die sowohl die Primary Nurse als auch die Associate Nurse unterstützen. Jeder Mitarbeiter soll frei entscheiden können welche Rolle er in der neuen Organisationsform übernehmen kann und will. Eine Primary Nurse ist sich ihrer Arbeitszeit bewusst. Somit weiß sie wie ihre Arbeitszeiten aussehen werden. 12-Stunden-Dienste wird sie keine mehr leisten. Wenn es Mitarbeiter gibt die auf 12-Stunden-Arbeitstage bestehen, dann können diese von den Associate Nurses

übernommen werden. Die ebenfalls um 7 Uhr am Morgen ihren Dienst beginnen und bis 7 Uhr am Abend bleiben. Eine Pflegehilfskraft kann sich aussuchen ob sie lieber 12-Stunden-Dienste oder 8-Stunden Dienste leisten will. Denn wie bereits erwähnt braucht sowohl die Primary Nurse als auch die Associate Nurse eine Pflegehilfskraft.

Auswahl zwischen Voll- oder Teilzeitarbeit ist für alle Mitarbeiter gegeben. Wie bereits in Punkt 5.1.1. (Qualifikationsprofil Primary Nurse) erwähnt kann eine Primary Nurse auch Teilzeitarbeitskraft sein.

5.6.6. Resümee Personalorganisation

In Punkt 5.6. (Personal- und Arbeitsorganisation) wurde bereits erwähnt, dass die Personalorganisation ein wesentliches Element zur Implementierung von Primary Nursing ist. Es lässt sich feststellen, dass die Personalorganisation der schwierigste und konfliktträchtigste Bestandteil des Konzepts zur Implementierung von Primary Nursing ist. Denn der Erfolg von Primary Nursing ist davon abhängig, inwieweit es gelingt, die mitarbeiterbezogenen Interessen angemessen zu berücksichtigen, ohne dabei die Grundprinzipien der Organisationsform Primary Nursing aufzugeben.

5.7. Probleme und Unklarheiten die bei der Umsetzung von Primary Nursing entstehen können

Im folgenden Absatz werden Probleme und Unklarheiten aufgezeigt, die bei der Umsetzung von Primary Nursing auftreten können.

Mitarbeiterzufriedenheit

Die Mitarbeiterzufriedenheit kann sich in den ersten Wochen durch die Implementierung von Primary Nursing zuerst verschlechtern, denn durch die Umstellung auf ein neues Pflegeorganisationssystem entsteht Stress. Dies erklärt wiederum die Zunahme der Unzufriedenheit. Dies ändert sich wieder ins Positive wenn Primary Nursing erfolgreich implementiert wurde und jeder Mitarbeiter seinen Arbeitsbereich kennt und seine Arbeit gewissenhaft erledigen kann. [71]

Medikamentengabe

Folgender Gesetzestext zeigt, dass Pflegehilfskräfte unter Aufsicht mitverantwortliche Tätigkeiten übernehmen dürfen. Im Fall der Medikamentengabe würde dies bedeuten, dass eine diplomierte Pflegeperson oder ein Arzt bei der Ausgabe dabei sein muss. Im Österreichischen Pflegebericht 2006 ist zu lesen, dass laut Angaben des Personals, die mitverantwortlichen Tätigkeiten der Hilfskräfte von rund der Hälfte ohne Aufsicht durchgeführt werden. Hier muss jedoch angemerkt werden, dass laut GuKG die Aufsicht auch nachfolgend, über die Pflegedokumentation, oder die schriftliche Pflegeevaluation, wahrgenommen werden kann. Daher ist keine unmittelbare persönliche Anwesenheit erforderlich. Dies ist ein großer Vorteil für die Arbeit mit der Organisationsform Primary Nursing. Somit kann auch eine Associate Nurse die Medikamentenausgabe übernehmen und die Aufgabe der Medikamentenausgabe muss nicht funktionell getätigt werden.

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG ist beim mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich folgendes zu lesen: „ … Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

[71] vgl. Stuhl (2006), S. 78

1. Verabreichung von Arzneimittel,
2. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,
4. Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
5. Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,
6. Durchführung von Darmeinläufen und
7. Legen von Magensonden

Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnung gemäß Abs. 1 bis 4 folgende Tätigkeiten weiter zu übertragen und die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen:

1. An Angehörige der Pflegehilfe sowie an Teilnehmer eines Pflegehilfelehrganges im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten gemäß § 84 Abs. 4,
2. an Schüler einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs,
3. an Rettungssanitäter gemäß SanG Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung zum Notfallsanitäter und
4. an Notfallsanitäter mit allgemeiner Notfallkompetenz Arzneimittellehre gemäß SanG Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung in der allgemeinen Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion.“

Die Medikamentenausgabe wird auf jeder Station anders gehandhabt. Wenn es zu wenig diplomiertes Pflegepersonal auf eine Station gibt, wird folgendermaßen vorgegangen. Die diplomierte Pflegeperson schlichtet die Medikamente, in eine mit dem Namen des Patienten beschriftete Medikamentenschachtel ein, und die Hilfskraft teilt diese bereits fertig

eingeschlichteten Schachteln an die Patienten aus. Bei der Umsetzung der Organisationsform Primary Nursing in Österreich würde das bedeuten, dass bei einem Mangel an diplomierten Pflegepersonal, die Primary Nurse die Medikamente für ihre Patienten einschlichtet und vorbereitet, damit diese, wenn nötig, auch von der Associate Nurse ausgeteilt werden können.

5.8. Evaluation

Die Evaluation oder Bewertung ist der letzte Schritt des Prozesses Implementierung von Primary Nursing. Das allgemeine Funktionieren des Systems und die Arbeit der einzelnen Primary Nurses soll regelmäßig überprüft werden.

Man unterscheidet zwei Formen der Evaluation: [72]

1. laufende, informelle (formative) Evaluation im Alltag,
2. formelle (summative) Evaluation

ad 1.
Die formative Evaluation dient im Arbeitsalltag dazu, das Funktionieren von Primary Nursing zu besprechen und zu reflektieren. Gemeinsam im Team, individuell als Primary Nurse, im Kontakt mit anderen Berufsgruppen und im Gespräch mit Patienten und Angehörigen wird Geschehenes besprochen und evaluiert. Selbsteinschätzung der Beteiligten, Einholen von Feedback und das Erfassen des subjektiven Erlebens der Beteiligten sind vorwiegend die Instrumente der formativen Evaluation.

ad 2.
Die formelle Evaluation führt systematische Erhebungen und Auswertungen von Daten durch. Auch die systematische Beurteilung inwieweit die untersuchte Praxis den Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien entspricht, ist ein Teil der formellen Evaluation.

[72] vgl. Abderhalden (2007), S. 13ff

Ziel ist es, möglichst objektive und vergleichbare Informationen zu gewinnen. Als Hilfsmittel zur Datengewinnung dienen standardisierte Erhebungsinstrumente und Fremdeinschätzungen. Mögliche Informationsquellen sind Patienten, Pflegende, Vorgesetzte, Angehörige, Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Stationskonzepte, Konzepte, Regelungen zu Primary Nursing, Patientendokumentationen und Dienstpläne.
Erhebungsmethoden sind schriftliche und mündliche Befragungen, Beobachtungen im Stationsalltag, Dokumenten- und Dienstplananalysen.

Am Anfang der Implementierung ist eine informelle Evaluation angemessen und ausreichend. Die subjektiven Reaktionen auf die Veränderung im Pflegealltag sind sowohl beim Personal als auch bei den Patienten von großer Bedeutung für die Beurteilung der Umsetzung der neuen Organisationsform. [73]

Typische Reaktionen des Personals:

„*Im Primary Nursing werde ich viel mehr als professionelle Person angesehen, vielleicht in 89 bis 90 Prozent der ganzen Zeit, als ich es jemals in der Gruppenpflege erlebt habe*." [74]

„*Ich finde, Primary Nursing hat echt dazu beigetragen, dass das Team Arzt/Pflegekraft besser zusammenarbeitet. Wir sind uns deutlich näher gekommen, und ich denke, die Ärzte respektieren uns wirklich viel mehr. Unglaublich, wie oft die Ärzte heute kommen, um etwas mit mir zu besprechen.*"[75]

Sollte es nach wie vor Schwierigkeiten geben bei der Implementierung von Primary Nursing, kann der Prozess der Evaluation helfen, die Aufmerksamkeit auf das Problem zu lenken, es zu benennen und mit Hilfe geeigneter Personen nach Lösungen zu suchen. [76]

[73] vgl. Manthey (2005), S. 96
[74] Manthey (2005), S. 97
[75] Manthey (2005), S. 97
[76] vgl. Manthey (2005), S. 97

5.8.1. Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien [77]

Strukturkriterien

- klare Rollen- und Aufgabenbeschreibung
- klare Regelungen für die Patientenzuteilung
- klares Anforderungsprofil für die Primary Nurses
- auf Kontinuität ausgerichtete Dienst- und Arbeitsplanung
- unterstützende Rolle und Aufgabe der Stationsleitung
- Unterstützung- und Schulungsangebot für Primary Nurses
- Evaluationskonzept

Prozesskriterien

- Aufgaben der Primary Nurses im direkten Patientenkontakt
  - Orientierung der Patienten über das Pflegeorganisationssystem und die Gestaltung der Zusammenarbeit
  - alle Schritte des Pflegeprozess
  - Kontakt mit den Angehörigen
  - Austrittsvorbereitung
- Intra- und interdisziplinäre Koordinations- und Kommunikationsaufgaben
- Aktive Gestaltung der Arbeitsbeziehung mit den Patienten

Ergebniskriterien

- hohe Pflegequalität
- Umsetzung des Pflegeprozesses
- guter Informationsstand der Patienten
- Konstruktive Arbeitsbeziehungen mit Patienten
- hohe Zufriedenheit der Patienten
- Autonomie der Patienten
- Einbezug der Angehörigen in der Pflege
- gute interdisziplinäre Zusammenarbeit

[77] Abderhalden (2007), S. 13

5.8.2. Laufende formative Evaluation [78]

Primary Nurses können ihre eigene Arbeit im Alltag durch folgende Beispielfragen selbst überprüfen:

Fragen zu den Strukturkriterien im Bereich Rollen-/Aufgabenbeschreibung:

- Ist mir meine Rolle klar?
- Sind mir meine Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten klar?

Fragen zu den Strukturkriterien im Bereich Zuteilung:

- Stimmt die Zuteilung der Patienten für mich?
- Stimmt die Arbeitsbelastung?
- Gibt es Patienten, bei deren Pflege ich aufgrund mangelnder Erfahrung/Fachkompetenz Schwierigkeiten habe?
- Klappt die Vertretungsregelung?
- Klappt die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Kollegen, die mich vertreten?
- Kann ich mich darauf verlassen, dass in meiner Abwesenheit meine Patienten im Sinne der von mir erstellten Pläne gepflegt werden?
- Werde ich von meinen Vertretern gut informiert über das Geschehen in meiner Abwesenheit?
- Sind die Patienten und meine anderen Partner in der Arbeit über die Vertretungsregelung genügend informiert?

Fragen zu den Prozesskriterien im Bereich Aufgaben im direkten Patientenkontakt:

- Wie gelingt es mir, meinen Patienten meine besondere Rolle und meine Aufgaben als Primary Nurse zu erklären?
- Wie gut ist die Zusammenarbeit mit den Patienten bei den Schritten des Pflegeprozesses?
- Fühlen sich meine Patienten einbezogen?
- Wie gut sind sie über die von mir formulierten Pflegeprobleme/-diagnosen und –pläne informiert?

[78] Abderhalden (2007), S. 14

- Können sich meine Kollegen aufgrund meiner Dokumentation ein gutes Bild meiner Patienten machen?
- Werden die von mir festgelegten Pflegepläne von meinen Kollegen respektiert?

Fragen zu den Prozesskriterien im Bereich Koordinations- und Kommunikationsaufgaben:

- Kennen die für meine Patienten zuständigen Ärzte und Therapeuten meine Rolle und Aufgaben?
- Wenden sie sich mit Fragen/Anliegen zu meinen Patienten direkt an mich?
- Wie gut klappt der direkte Informationsaustausch zwischen mir und für meine Patienten zuständigen Ärzten und Therapeuten?
- Bin ich bei wichtigen Besprechungen über meine Patienten dabei (zum Bespiel wenn es um die Entlassungsvorbereitung geht)?
- Kommt es vor, dass meine Patienten von mir und meinen interdisziplinären Partnern widersprüchliche Informationen erhalten?

Fragen zu den Prozesskriterien im Bereich Beziehung:

- Haben meine Patienten den Eindruck, dass ich ihre Bedürfnisse genügend berücksichtige?
- Wenden sich meine Patienten mit wichtigen Fragen, Anliegen direkt an mich?
- Wie bringe ich in Erfahrung, wie die Patienten die Zusammenarbeit mit mir als Primary Nurse erleben?
- Wie äußern sich meine Patienten beim Abschlussgespräch vor der Entlassung darüber, wie sie mein Primary Nursing erlebt haben?
- Was finden sie gut, was könnte nach Ansicht der Patienten verbessert werden?

5.8.3. Formelle summative Evaluation [79]

Die formelle Evaluation hat das Ziel, objektive Anhaltspunkte für eine gute Umsetzung von Primary Nursing zu finden. Es geht darum, dass die Umsetzung im Alltag sichtbar und wahrnehmbar ist.

Eine Möglichkeit der formellen Evaluation ist die Patientenbefragung. Diese könnte zum Beispiel folgende Fragen enthalten:

- Gibt es jemanden unter den Schwestern und Pflegern, der speziell für sie zuständig ist? Wie heißt diese Person?
- Beschreiben Sie die Aufgaben ihrer Primary Nurse?
- Werden Sie von der Primary Nurse ausreichend in Entscheidungen einbezogen?
- Haben Sie an jedem Tag, an dem Ihre Primary Nurse arbeitet, mindestens einen kurzen Kontakt mit ihr?
- Informiert Sie Ihre Primary Nurse, wenn sie mehr als drei Tage abwesend ist, wer für Sie zuständig ist in ihrer Abwesenheit?
- Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihre Primary Nurse bemüht, Ihre Probleme zu erkennen?
- Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihre Primary Nurse bemüht, sich genügend Zeit für Sie zu nehmen?
- Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihre Primary Nurse bemüht, Lösungen für Ihre Probleme zu finden?
- Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Primary Nurse Sie genügend informiert über alles, was die Behandlung hier auf der Station anbetrifft?
- Wann hat das letzte längere Gespräch mit Ihrer Primary Nurse stattgefunden? Ist ein nächster Gesprächstermin mit Ihrer Primary Nurse vereinbart?
- Die Primary Nurse muss für Sie einen Pflegeplan erstellen. Wurden Sie von Ihrer Primary Nurse genügend informiert über Ihren Pflegeplan?

[79] vgl. Abderhalden (2007), S. 14

- Haben Sie den Eindruck, dass die verschiedenen Betreuer (Arzt, Primary Nurse, Sozialarbeiter, Ergotherapeut usw.) in Bezug auf Ihre Behandlung gut zusammenarbeiten?
- Erhalten Sie von Ihrer Primary Nurse und anderen Betreuungspersonen widersprüchliche Informationen?

Eine weitere Möglichkeit der formellen Evaluation ist die Dokumentenanalyse. Eine zentrale Aufgabe der Primary Nurse ist die Verantwortung für den Pflegeprozess der ihr zugeteilten Patienten. Die Prüfung der Dokumentation auf Vollständigkeit und Qualität der Dokumentation des Pflegeprozesses ist ein wichtiges Element der Evaluation von Primary Nursing.

5.9. Forschungsprojekt „Primary Nursing in der Geriatrie“ des Institutes für Pflegewissenschaft auf der Medizinischen Universität Graz

Das Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz arbeitet an einem laufenden Forschungsprojekt zu Primary Nursing in der Geriatrie. Die Projektidee wurde im Sommer 2007 entwickelt. Nach Informationsveranstaltungen, der Integration der Mitarbeiter, dem Start der Planungsgruppe und dem „Prä-Test“ wurde diese Projektidee im Sommer 2008 umgesetzt.

Vorgehensweise

Vor dem Projektstart wurde das Vorhaben mit der Direktion abgesprochen. Die Zustimmung der Direktion ist unerlässlich für die weitere Planung des Projekts.

In einem weiteren Schritt wurde nun ergründet, welche Station für die Umsetzung von Primary Nursing geeignet wäre und welche Mitarbeiter positiv von der Idee Primary Nursing überzeugt waren und es auch umsetzen wollten. Nachdem die Direktion und auch die Mitarbeiter der Station, in der Primary Nursing umgesetzt werden sollte, Bescheid wussten, konnte weiter vorgegangen werden.

Es gab eine umfangreiche Ist-, und Kompetenz-Analyse. Weiters wurde eine Planungsgruppe aufgebaut, die sich aus gewählten Pflegepersonen zusammen setzte.

Themen der Planungsgruppe waren

- Aufnahme von Bewohnern
- Anamnese und Dokumentation
- Pflegeplanung
- Tagesabläufe
- Übergabe
- Dienstplan
- Zusammenarbeit/Kommunikation im inderdisziplinären Team

- Information und Integration der Angehörigen

Die Fortbildungsmaßnahmen zu Thema Primary Nursing wurden von dem Lehrpersonal des Institutes für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz übernommen. Es wurden die Grundlagen von Primary Nursing gelehrt und auch Literatur zu diesem Thema wurde bearbeitet. Eine Prüfung am Ende der Fortbildung bestätige das Wissen des Pflegepersonals über Primary Nursing.

Im Zuge der Kompetenzanalyse wurde auf jede Pflegekraft individuell eingegangen. Je nach Defizit gab und gibt es individuelle Förderungen.

Im Dezember 2008 wurden Patienten, Angehörige und das Personal zum ersten Mal evaluiert. Wie bereits erwähnt, sind die Forschungsergebnisse noch nicht veröffentlicht, eine positive Tendenz zeichnet sich ab.

Rahmenbedingungen

Die acht Stunden Dienste, wie sie in der Literatur bei Primary Nursing empfohlen werden, mussten bei diesem Projekt nicht neu eingeführt werden, weil diese schon vorher Standard waren.

Die Aufgaben der Primary Nurse wird von den diplomierten Pflegekräften übernommen. Einer Primary Nurse werden fünf bis sechs Bewohner zugeordnet. Jede Primary Nurse hat eine Associate Nurse zugeordnet. Weiters werden sie von Pflegehelfern unterstützt.

Die Rolle der Stationsleitung wurde im Zuge des Projektes, wie es die Organisationsform Primary Nursing vorsieht, umgeordnet. (Punkt 5.2. Veränderung der Rolle der Stationsleitung).

Neue Umsetzungen

Für jeden auf der Station frei ersichtlich wurde eine Tafel angebracht auf der die Namen der Primary Nurses stehen mit ihrer Telefonnummer. Bei der Aufnahme eines neuen Bewohners auf der geriatrischen Station bekommt jeder Bewohner

und auch ihre Angehörigen eine Visitenkarte der für sie zuständigen Primary Nurse mit dem Namen und der Telefonnummer. Jede Primary Nurse ist mit einem eigenen Telefon ausgestattet. Weiters bekommt jeder Bewohner und auch die Angehörigen einen Flyer, der erklärt wie sich die Station von anderen Stationen unterscheidet.

Strikte Tagesabläufe wurden geändert, die Bewohner müssen nicht alle bis zu einem bestimmten Zeitpunkt gewaschen werden, sondern sie können sich nun aussuchen wann die Körperpflege durchgeführt werden soll und ob ihre Angehörigen dabei sein sollen oder nicht.

Wirtschaftlicher Aspekt

Der Personalschlüssel blieb bei der Projektumsetzung unverändert und damit auch die Personalkosten.

Durch die Übernahme der Fortbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter des Institutes für Pflegewissenschaft auf der Medizinischen Universität Graz gab es für das Krankenhaus in diesen Bereich keinen zusätzlichen Kostenaufwand.

Ein gewisser Implementierungsaufwand bleibt bestehen indem Telefone, eine Tafel und eine Sitzecke zur Besprechung mit Angehörigen angeschafft werden musste.

Erkenntnisse

Dieses Forschungsprojekt bestätigt das Ergebnis, wie auch in Punkt 8. (Wirtschaftliche Faktoren für die Implementierung von Primary Nursing) aufgezeigt wird, dass die Implementierungskosten für Primary Nursing gering sind, denn der Personalschlüssel bleibt gleich. Kosten entstehen bei den Schulungsmaßnahmen, für die neue Organisationsform, und durch die Anschaffung von benötigten Utensilien, wie zum Beispiel Telefone für alle Primary Nurses.

Weiters bestätigt dieses Projekt, dass Primary Nursing mit Diensten von acht Stunden sehr gut umzusetzen ist.

Es muss festgehalten werden, dass dieses Forschungsprojekt vorzeigt, dass die Implementierung von Primary Nursing in Österreich möglich ist und auch erfolgreich sein kann. Vorgehensweise war die, die auch in der Literatur zu Primary Nursing beschrieben wird. Hierzu muss jedoch noch einmal erwähnt werden, dass es für die Implementierung von Primary Nursing kein allgemein gültiges Vorgehen gibt. Die Literatur beschreibt die Umsetzungsgrundlagen und jede Station muss ein individuelles Konzept erarbeiten.

6. Primary Nursing als Qualitätssicherungsfaktor

Im folgenden Text wird der Frage nachgegangen in wie weit Primary Nursing in der Praxis als Qualitätssicherungsfaktor dienen kann?

Viele Forscher haben sich schon mit der Frage beschäftigt, ob sich die Organisationsform Primary Nursing positiv auf die Pflegequalität auswirkt. Verschiedene Instrumente zur Messung der Pflegequalität kamen dabei zum Einsatz. [80]

Die Studien von Felton (1975), Eichhorn & Frevert (1979) und Steckel et al. (1980) zeigen auf, dass Stationen mit Primary Nursing eine signifikant höhere Punktezahl mit der QUALPACS-Skala erreichen, als andere Organisationsformen.[81]

Die Skala zur Evaluation der Qualität der Patientenpflege (QUALPACS – Quality Of Patient Care Scale) wurde häufig als Instrument zur Beurteilung der Pflegequalität herangezogen. [82] Die QUALPACS-Skala wurde aus der Slater-Skala zur Evaluation der Pflegedurchführung von Wandelt und Ager (1974) an der Wayne State University entwickelt. Sie hat das Ziel, den Pflegeprozess durch direkte, unbeteiligte Beobachtung unter Bezugnahme auf die Pflegeplanung zu messen. Die Skala setzt sich aus 68 Tätigkeiten zusammen, die in sechs Gruppen zusammengefasst sind. Die Slater-Skala beinhaltet dagegen 84 Tätigkeiten. Jeder der Punkte der QUALPACS-Skala ist eine Aussage, die der Beobachter auf einer Skala von 1 bis 5 beurteilt. Üblicherweise beobachten zwei Personen einen Patienten oder eine Gruppe von Patienten zwei Stunden lang und vergleichen ihre Ergebnisse miteinander. Dies soll die Auswirkungen möglicher Voreingenommenheiten des Beobachters verringern. [83]

[80] vgl. Archibong (1999), S. 681
[81] vgl. Archibong (1999), S. 681
[82] vgl. Archibong (1999), S. 681
[83] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 142

Reed (1988) stellte fest, dass nach Primary Nursing geführte Stationen eine höhere Pflegequalität aufweisen, als Stationen die mit der Gruppenpflege arbeiten. Shukla (1981) demonstrierte, dass fünf von den sechs Gruppen der QUALPACS-Skala eine höhere Pflegequalität bei Primary Nursing messen, als bei anderen Organisationsformen. Jedoch nur eine der sechs Gruppen, zeigt einen signifikanten Unterschied mit Primary Nursing auf. Die Studie von Shukla (1983) fand keine signifikanten Unterschiede zwischen der Station mit Primary Nursing und der Kontrollgruppe. Hegedus (1980) kam zum selben Ergebnis wie Shukla (1983). Martin und Stewart's stellten fest, dass es einen signifikanten Unterschied in der Formulierung der Pflegepläne gibt, jedoch keinen Unterschied in der Pflegetätigkeit zwischen Stationen mit oder ohne der Organisationsform Primary Nursing. Culpepper et al. (1986) zeigte eine deutliche Verbesserung der Qualität der Pflege und Betreuung nach der Einführung von Primary Nursing auf. Pearsons's (1989) Studie bewies in der Pflegequalität signifikant höhere Unterschiede mit Primary Nursing als in der Kontrollgruppe.[84] Armitage et al. (1991) brachte hervor, dass die Organisationsform Primary Nursing den positiven Effekt hat, dass Patienten mehr Selbstverantwortung übernehmen und ihre Rehabilitation fördern.[85] Nissen et al. (1997) stellten fest, dass Primary Nursing, die Pflegequalität betreffend, nur geringfügig besser ist, als traditionelle Organisationsformen.[86] Giovanetti (1980) zeigte auf, dass die verschiedenen Pflegemodalitäten keinen signifikanten Unterschied bei der Pflegequalität aufweisen. Pearson (1988) untersuchte weiters ob es Unterschiede in der Länge des Krankenhausaufenthaltes bei der Organisationsform Primary Nursing und anderen Pflegeformen gibt. Er kam zu der Erkenntnis, dass es diesbezüglich keine signifikanten Differenzen gibt. Bekkers et al. (1990) stellte fest, dass Patienten auf Stationen mit Primary Nursing besser informiert sind. Die Fehlerhäufigkeit betreffend zeigen sich zwei konträre Studien. Daeffler (1975) beschreibt eine signifikante Abnahme der Fehlerhäufigkeit auf Primary Nursing Stationen verglichen mit Stationen der Gruppenpflege. Turner (1984) hingegen

[84] vgl. Archibong (1999), S. 681
[85] vgl. Armitage (1991), S. 413
[86] vgl. Archibong (1999), S. 681

fand heraus, dass Stationen mit Primary Nursing signifikant mehr Fehler machen als Stationen mit Gruppenpflege. [87]

Viele dieser Studien weisen methodische Fehler auf. Zum Beispiel zeigte sich die Schwachstelle, dass operationalisierte Definitionen, wie Pflegequalität, Pflegekompetenzen, Patientenzufriedenheit häufig fehlten. [88]

Die Implementierungsschritte und die praktische Umsetzung von Primary Nursing variieren von Krankenhaus zu Krankenhaus. Aus diesem Grund können Studienergebnisse nicht generalisiert werden. [89]

Shukla (1981) passte die Kompetenzen der Pflegenden an, bevor sie die Pflegequalität gemessen hat. Ihre Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass die Kompetenz des Pflegepersonals einen größeren Einfluss auf die Art der Pflege hat als die Pflegeorganisationsform. [90]

Insgesamt sind die Ergebnisse zur Pflegequalität mit Primary Nursing sehr widersprüchlich. Einerseits zeigen sich Studien, die beweisen, dass Primary Nursing die Pflegequalität steigern und anderseits legen Studien dar, dass Primary Nursing keinen Einfluss auf eine bessere Pflegequalität aufweist, als andere Pflegeformen.

Die Kompetenz der Pflegeperson und die personelle Besetzung haben einen bedeutenden Einfluss auf die Pflegequalität, unabhängig von der praktizierenden Organisationsform.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Organisationsform Primary Nursing, nicht als Qualitätssicherungsfaktor für die Pflegequalität dienen kann.

[87] vgl. Nissen et al. (1997), S. 94
[88] vgl. Archibong (1999), S. 681 und Nissen et al. (1997), S. 95, S. 100
[89] vgl. Nissen et al. (1997), S. 100
[90] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 139

7. Ausbildung und Tätigkeitsbereiche der Krankenschwester - Ländervergleich

Im folgenden Text wird Österreich hinsichtlich der Ausbildung und der Tätigkeitsbereiche der österreichischen Krankenschwester beleuchtet. Weiters werden Länder beschrieben, die Primary Nursing bereits implementiert haben. Es wird aufgezeigt welche unterschiedlichen Tätigkeiten Krankenschwestern in den verschiedenen Ländern übernehmen.

7.1. Österreich

Die Tätigkeiten des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sind im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG zu lesen. Sie teilen sich in drei Tätigkeitsbereiche: der eigenverantwortliche, der mitverantwortliche und der interdisziplinäre.

Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst:

1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),
2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),
3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen,
5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),
6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,
7. psychosoziale Betreuung,
8. Dokumentation des Pflegeprozesses,
9. Organisation der Pflege,
10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals

11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und
12. Mitwirkung an der Pflegeforschung.

Weiters umfasst der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich lebensrettende Sofortmaßnahmen, solange und soweit kein Arzt zur Verfügung steht.

In Punkt 5.8. (Probleme und Unklarheiten die bei der Umsetzung von Primary Nursing entstehen) ist bereits der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich beschrieben.

Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst:

1. Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
2. Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,
3. Gesundheitsberatung und
4. Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung.

In Österreich gibt es folgende Grundausbildungen:

- allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
- Kinderkranken- und Säuglingsschwester
- psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

Die Grundausbildung dauert drei Jahre und schließt mit einem Diplom ab.
Weiters können Sonder- und Weiterbildungen absolviert werden.

Wie bereits in Punkt 3 (Status quo zur Organisation der Pflege in Österreichs Krankenhäusern) erwähnt, steht die verpflichtende Registrierung aller im Pflegeberuf tätigen Personen noch aus.

Das Arbeitsfeld der diplomierten Pflegeperson ist sehr umfangreich und sie kann sowohl im stationären als auch der ambulanten Bereich tätig sein.

Innerhalb des ambulanten Tätigkeitsbereichs gibt es die mobilen Dienste. Krankenschwestern pflegen und betreuen ihre Patienten individuell zuhause. Wenn nötig begleiten sie ihre Patienten zum Arzt. Auch in Arztpraxen ist diplomiertes Pflegepersonal tätig. Sie übernehmen dort die Patientenkoordination, die Wundversorgung, assistieren bei kleinen Eingriffen und führen auch Patientenschulungen durch.

Ein weiteres Tätigkeitsfeld, das es in Österreich noch nicht lange gibt ist Family Nursing. Ziel der Family Nurse ist es, sowohl der ganzen Familie als auch den einzelnen Menschen in einer Familie Gesundheitsfürsorge zukommen zu lassen. Es geht um familienbezogene Pflege, denn eine Krankheit erfordert immer den Auseinandersetzungsprozess aller Familienmitglieder und nicht nur der Betroffene selbst. [91]

Diplomierte Pflegepersonen haben die Möglichkeit im ambulanten Bereich freiberuflich selbstständig tätig zu sein.

Weiters ist zu erwähnen, dass es Case Managerinnen gibt, die als Bindeglied zwischen Medizin, Pflege und Verwaltung agieren. Sie übernehmen patientenrelevante Koordinierungs- und Steueraufgaben. [92]

7.2. Vereinigte Staaten von Amerika [93]

Die Aufgaben von einer registrierten Pflegeperson in Amerika sind es die Gesundheit zu erhalten, Krankheit zu verhindern und Patienten im Umgang mit Krankheit zu unterstützen.

Es gibt drei verschiedene Möglichkeiten um eine registrierte Pflegepersonen (registered nurse) zu werden.

[91] vgl. Gehring et al. (2001), S. 16ff
[92] vgl. Bachinger et al. (2008)
[93] vgl. Rappold (2003), S. 32 f

1. “Diploma”: Diese Ausbildung ist an das Krankenhaus gebunden, dauert 2 bis 3 Jahre und wird nur selten angeboten.
2. „Associate degree in nursing (A.D.N.)”: A.D.N. Ausbildungen werden von Gemeinden oder Colleges angeboten, dauern 2 bis 3 Jahre und machen ca. 50 Prozent der Ausbildungen aus. Anschließend kann man eine B.S.N. Ausbildung absolvieren.
3. „Bachelor of science degree in nursing (B.S.N.)” B.S.N. Ausbildungen werden von Universitäten angeboten, dauern 4 bis 5 Jahre und rund ein Drittel der Ausbildungen erfolgen in dieser Ebene. Ein „bachelor’s degree“ ist für Aufgaben in der Leitung, der Lehre, der Forschung, der Beratung sowie im Falle einer Spezialisierung notwendig.

Weiters gibt es Spezialisierungsmöglichkeiten:

- „Masters’s degree“ oder „Certificat“ in Pflege- oder Gesundheitsmanagement, dauert 1 bis 2 Jahre.
- „Advanced Practice Nurse (APN)” ist ein „master degree“. Am häufigsten ist jenes für “Nurse Practitioner (NP)“. Diese registrierten Pflegepersonen sind befähigt klinische Untersuchungen durchzuführen, Medikamente zu verschreiben, Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln, Labortests zu interpretieren und Patienten zu beraten. In 18 US-Staaten dürfen die NPS unabhängig von Ärzten arbeiten.

In Amerika gibt es viele verschiedene Tätigkeitsbereiche für Krankenschwestern. Es gibt die „hospital nurse“, die für die Pflege am Bett verantwortlich ist. Weiters gibt es die „office nurse“, die in Arztpraxen arbeitet, bei kleineren Eingriffen assistiert, für Injektionen, die Wundversorgung und die Dokumentation verantwortlich ist. Die Versorgung von Patienten in Pflegeheimen, Tageskliniken oder Rehabilitationszentren übernehmen „nursing home nurses“. Es gibt auch die mobile Krankenschwester – „home health nurse“ genannt, die Patienten zuhause betreut. Die „public health nurse“ arbeitet für den Staat oder für private Versicherungen, Kliniken, Schulen oder Gemeinden. Ihre Aufgabe ist die öffentliche Gesundheit, sie organisiert Impfaktionen und führt individuelle Beratungen durch. Zudem gibt es die „occupational health or industial nurses“, für Gesundheits- und

Sicherheitsfragen in Betrieben. Zusätzlich gibt es auch „head nurses or nurse supervisors“ die sich um den gesamten administrativen Bereich kümmern. Weiters sind noch einmal die „nurse practitioners“ zu nennen, ihr Aufgabengebiet ist, wie bereits weiter oben erwähnt, sehr umfangreich und verantwortungsvoll. Weiters ist noch einmal zu betonen, dass diese Schwestern in 18 US-Staaten unabhängig von Ärzten arbeiten dürfen.

7.3. Großbritannien

In Großbritannien findet die Ausbildung zur Krankenschwester an Universitäten statt. [94] Es gibt zwei Möglichkeiten, die jeweils drei Jahre dauern. Erstens der Abschluss „Diploma“ und zweitens der Abschluss „bachelor degree“. [95]

Die Aufgabenbereiche der Pflegepersonen in Großbritannien sind sehr vielfältig. Es gibt „children’s nurses“, „learning disability nurses“, “mental health nurses” und „general nurses“. Die Aufgabe einer „children’s nurse“ ist es, die physischen, psychischen und sozialen Einwirkungen auf die Entwicklung des Kindes zu erkennen. Weiters arbeitet sie mit Familien, Lehrern und anderen Berufsgruppen zusammen. Auch die Gesundheitserziehung in Schulen gehört zu ihren Aufgaben. Die „learning disability nurse“ betreut Menschen die eine Behinderung haben. Sie sind die einzig qualifizierten in diesem Fachgebiet und betreuen Wohngemeinschaften, arbeiten bei sozialen Diensten, privaten und öffentlichen Organisationen. Die „menthal health nurse“ betreut Menschen, mit verschiedenen psychischen Problemen sowohl zuhause als auch im Krankenhaus. Sie kümmert außerdem auch um Menschen im Gefängnis. Zum Schluss ist noch die „general nurse“ zu nennen, die sich um die akute und kontinuierliche Pflege der Patienten kümmert.

Um als Krankenschwester arbeiten zu können muss man sich registrieren lassen. Diese ist jedoch nur für drei Jahre gültig, danach muss man sie

[94] vgl. Rappold (2003), S. 31
[95] vgl. Rappold (2003), S. 34

erneuern. Mit dem regelmäßigen Registrierungsverfahren werden Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen sichergestellt. [96]

7.4. Finnland

In Finnland haben Krankenschwestern eine wichtige Rolle im Gesundheitssystem. Zum Beispiel können Krankenschwestern ihre eigene Praxis haben und verschiedene Dienste anbieten. Weiters arbeiten sie selbstständig, eigenverantwortlich und extramural. Die „Public Health Nurse“, die es in dieser Form in Österreich nicht gibt, hat ein umfassendes Aufgabengebiet. Zu ihren Aufgaben zählen die Familienplanung, Schulkinderbetreuung, Arbeitspflege, Hauskrankenpflege und gesundheitsfördernde Aktivitäten. [97]

Die Ausbildung dauert 3,75 Jahre und schließt mit einem „bachelor degree“ ab.[98]

[96] vgl. Rappold (2003), S. 31
[97] vgl. Rappold (2003), S. 29
[98] vgl. Rappold (2003), S. 34

7.5. Resümee Ländervergleich und Primary Nursing

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Berufsbild der Krankenschwester in jedem Land unterschiedlich ist. In Amerika und in Finnland haben Krankenschwestern weitaus mehr Eigenverantwortungsbereich als in Österreich. Es ist des Weiteren zu erkennen, dass in den anderen Ländern „Public Health“ und Gesundheitsförderung ein umfangreicheres Themengebiet der Krankenschwester ist, als in Österreich. In Amerika, Großbritannien und Finnland ist aus den Tätigkeitsbereichen zu sehen, dass die Übernahme der Verantwortung zu dem Aufgabenprofil der Krankenschwester gehören muss.

Es tritt die Frage auf, ob die Implementierung der Organisationsform Primary Nursing in diesen Ländern für das Personal einfacher umzusetzen war, weil es für sie zur „Normalität“ gehört, die Verantwortung für ihre Tätigkeiten zu übernehmen. Dies soll nicht bedeuten, dass die Krankenschwestern in Österreich nicht die Verantwortung übernehmen wollen und auch können, jedoch aufgrund der Organisationsstruktur der Gruppenpflege betreuen mehrere Krankenschwestern mehrere Patienten gemeinsam und keiner fühlt sich schlussendlich letztverantwortlich. In Punkt 3. (Status quo zur Organisation der Pflege in Österreichs Krankenhäusern) wurde bereits erwähnt, dass die Ergebnisse des Österreichischen Pflegeberichtes zeigen, dass die Verantwortungsaufteilung in Österreich in Bezug auf die Kontrolle insgesamt unklar ist, denn Personen vieler verschiedener Hierarchieebenen sind für die Letztverantwortung und für die Kontrolle der Pflegeschritte verantwortlich.

Innerhalb der Organisationsform Primary Nursing ist die Verantwortungsaufteilung klar geregelt. Die Primary Nurse trägt die Verantwortung für ihre Patienten und wenn diese nicht da ist, dann trägt sie die Associate Nurse.

Im österreichischen Pflegesystem kann die Implementierung von Primary Nursing hilfreich sein, um den Verantwortungsbereich deutlich abzugrenzen. Jede Pflegepersonen weiß für welchen Patienten sie die Verantwortung trägt.

Dieses Gefühl der Verantwortung für eine bzw. mehrere Personen ermöglicht der Pflegeperson einerseits zu sehen wie sich ihre Pflegemaßnahmen und ihre empathischen und kommunikativen Bemühungen auf das Wohl des Patienten auswirken und anderseits besteht die Möglichkeit, dass dieses erhöhte Verantwortungsgefühl die Zufriedenheit im Pflegeberuf steigert, wenn Pflegepersonen die Ergebnisse und Bemühungen um den Patienten persönlich erleben. Weiters besteht für das Pflegepersonal, durch die Organisationsform Primary Nursing, die Möglichkeit weitgehend selbstständig zu arbeiten.

8. Wirtschaftliche Faktoren für die Implementierung von Primary Nursing

Eine Voraussetzung für den Erfolg von Primary Nursing ist gut ausgebildetes, sich selbstständig weiterbildendes, motiviertes und zur Übernahme hoher Verantwortung bereites Personal.[99]

Die Implementierung der neuen Organisationsform erfordert je nach Umsetzungsmethode und Schulungsmaßnahmen keine bzw. geringe Kosten. Die Einführung der Organisationsform Primary Nursing erfordert nicht unbedingt mehr Personal, sondern eine spezifische Zusammensetzung der pflegerisch-fachlichen Qualifikationen. Der Anteil von qualifiziertem Personal soll höher sein gegenüber dem unqualifizierten Personal.[100] Wenn der aktuelle Anteil der qualifizierten Pflegekräfte zu klein ist, dann muss dieser aufgestockt werden. Dies führt zu höheren Gehaltskosten, die durch effektivere Arbeiten wieder hereingebraucht werden. [101]

Laut Melchior (1996) lassen sich die Spitalskosten mit Primary Nursing sogar reduzieren. Ein wichtiger Faktor für Österreich ist, dass sich die Primary Nurse auch um das Entlassungsmanagement kümmert. Durch ihr spezifisches Wissen über den Patienten kann sie die Entlassung optimal planen. Sie kümmert sich wenn nötig um die weiteren Versorgungsmaßnahmen für den Patienten, wie zum Beispiel die Kontaktaufnahme mit einem mobilen Pflegedienst, der die weitere Betreuung des Patienten übernimmt. Ein gutes Entlassungsmanagement kann Kosten der Wiedereinweisung, die aufgrund von Entlassungsmanagementfehlern entstanden sind, reduzieren.

[99] vgl. Hradsky (1988), S. 453
[100] vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 224
[101] vgl. Hradsky (1988), S. 452

9. Folgerung für Forschung und Praxis

Es gibt noch einen hohen Forschungsbedarf bezüglich der Implementierung der Organisationsform Primary Nursing in Österreich. Bis dato gibt es keine veröffentlichten Forschungsergebnisse zu Primary Nursing in Österreich. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes „Primary Nursing in der Geriatrie“ des Institutes für Pflegewissenschaft auf der Medizinischen Universität Graz werden erwartet und werden erste Erkenntnisse zur Umsetzung von Primary Nursing in Österreich zeigen. Schon jetzt kann man jedoch sagen, dass dieses Forschungsprojekt vorzeigt, dass die erfolgreiche Implementierung von Primary Nursing in Österreich möglich ist und erfolgreich sein kann.

Die Literatur zeigt, dass eine aufgezwungene Änderung der Organisationsform, von Seitens des Managements, zum Scheitern verurteilt ist. Für die Praxis ein wichtiger Erfolgsfaktor bei der Implementierung von Primary Nursing ist, dass alle Mitarbeiter der Station diese neue Organisationsform umsetzen wollen und sich auch bei der Planungs- und der Implementierungsphase aktiv beteiligen.

Weiters muss erwähnt werden, dass jede Station, die Primary Nursing erfolgreich implementieren möchte, individuell diesen Vorgang planen muss, denn ein Standardrezept zur Umsetzung dieser Organisationsform gibt es nicht.

10. Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit ist eine Analyse von Primary Nursing in Österreich. Somit werden die unterschiedlichen Faktoren für oder gegen die Implementierung dieser Pflegeform aufgearbeitet. Weiters wird erforscht welche dieser Faktoren fehlen und wie man diese in Österreich umsetzen könnte. Theoretische und praktische Konsequenzen für die Pflege und die Pflegeorganisation werden herausgearbeitet. Weiters wird der Frage nachgegangen, ob Primary Nursing zu einer Steigerung der Pflegequalität führen kann. Zudem wird ergründet welche wirtschaftlichen Änderungen für die Implementierung von Primary Nursing notwendig sind. Ein Ländervergleich der Tätigkeitsbereiche der Krankenschwester in Amerika, Großbritannien und Finnland, unter Einbeziehung von Österreich, wird beschrieben.

Die Organisationsform Primary Nursing wurde in den 1960 er Jahren in Amerika von Marie Manthey ins Leben gerufen. Die Begründerin definiert Primary Nursing mit den vier Grundelementen aus dem diese Organisationsform besteht. Diese sind:

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

Primary Nursing kann den Wünschen einer individuellen, adäquaten und kontinuierlichen Pflege nachkommen. Die Primary Nurse hat rund um die Uhr die Verantwortung für die Pflege ihrer Patienten, vom Tag der Aufnahme bis zum Tag der Entlassung. Sie führt wann immer es ihr möglich ist die Pflege selbst durch. Ihre Aufgabe ist es die Pflege zu planen und zu koordinieren. Wenn die Primary Nurse nicht anwesend ist, erledigt die Associate Nurse die Aufgaben für die Primary Nurse, und zwar nach der Planung der Primary Nurse.

Eine Primary Nurse hat für gewöhnlich von Montag bis Freitag zu den Kernarbeitszeiten Dienst. Damit ist gewährleistet, dass sie alle wichtigen Entscheidungen selbst treffen kann. Ihr Patient kann sich stets mit allen Fragen und Anliegen an sie wenden.

Der Begriff Primary Nursing ist ausdrücklich von der deutschen Übersetzung Bezugspflege abzugrenzen. In der deutschen Literatur wird Primary Nursing und Bezugspflege häufig synonym verwendet, oder Primary Nursing wird fälschlicherweise mit Bezugspflege übersetzt. Richtig wäre Primary Nursing mit primärer Pflege zu übersetzen. Die Bezugspflege ist schichtorientiert. Das bedeutet, mehrere Pflegepersonen sind für die Pflegeentscheidungen zuständig und sind somit auch für eine bestimmte Patientengruppe verantwortlich. Primary Nursing hingegen ist schichtübergreifend, da die Pflegekraft die Verantwortung für den Patienten, 24 Stunden am Tag, trägt.

Zum Status quo zur Organisation der Pflege in Österreich ist zu sagen, dass laut österreichischem Pflegebericht 2007, die Pflegeorganisationssysteme Funktions-, Zimmer-, Gruppen- und Bezugspflege angewendet werden. Es wird noch einmal darauf hingewiesen, dass Primary Nursing und Bezugspflege nicht synonym zu verwenden sind. Laut Österreichischem Pflegebericht 2007 besteht ein Optimierungsbedarf in Bezug auf die Einführung der Bezugspflege. In Wien überwiegt gegenwärtig die Gruppenpflege mit 63 Prozent. Innerhalb der Gruppenpflege wird eine Gruppe von Patienten einer Gruppe von Pflegenden zugeteilt. Pro Tag hat jeder Patient mehrer Pflegekräfte die für ihn verantwortlich sind. Die Funktionspflege, mit 23 Prozent, sollte im Sinn der Modernisierung der Pflegekonzepte in allen Bundesländern reduziert werden. Bei der Funktionspflege werden die Pflegetätigkeiten in Einzelarbeiten zerlegt. Jede Pflegeperson hat die Verantwortung für eine einzelne Tätigkeit oder eine Gruppe von Tätigkeiten. Die Vorreiterrolle der Bezugspflege in Österreich, übernimmt derzeit die mobile Krankenpflege. Im österreichischen Pflegebericht wird deutlich die Empfehlung abgegeben, dass mit der Umstellung der derzeitigen Pflegeorganisationssysteme, auf Primary Nursing, die Kompetenzunterschreitungen und Kompetenzüberschreitungen reduziert werden können und auch die Verantwortung im Pflegeprozess geklärt werden

kann. Dies lässt sich damit erklären, dass bei der Organisationsform Primary Nursing jeder Mitarbeiter nach seinen Kompetenzen eingeteilt wird.

Ein wichtiger Aspekt von Primary Nursing ist, dass die Primary Nurse die Aufgaben des Entlassungsmanagements übernimmt. Das Thema Entlassungsmanagement hat aktuell eine hohe Relevanz für das Gesundheitswesen. In Österreich ist das Entlassungsmanagement zwar Thema, aber die flächendeckende Organisation blieb bislang aus. Auf Projektebene wird bereits daran gearbeitet. Primary Nursing wäre eine ideale Lösung für dieses Problem.

Um Primary Nursing erfolgreich implementieren zu können, ist die Bewältigung eines komplexen Veränderungsprozess notwendig. Dieser Prozess muss im vorhinein sorgfältig geplant werden. Die Denkweisen der Pflegenden, ihre Pflegedurchführung und die Organisation der Pflege müssen verändert werden. Primary Nursing kann in jedem geeigneten Praxisfeld eingeführt werden. Es setzt den Mut und das Engagement des Personals voraus. Für die Einführung von Primary Nursing gibt es kein fixes Schema nach dem Schritt für Schritt vorzugehen ist. Jede Station muss ihr Vorgehen individuell planen. Die Planungsgruppe oder der „Change Agent“ haben die Aufgabe das Team der Station bei der Einführung der neuen Organisationsform zu unterstützen. Für die Umsetzung von Primary Nursing ist es von großer Bedeutung, dass sich alle Mitarbeiter beteiligen.

Bevor mit der Implementierung von Primary Nursing gestartet werden kann müssen auch die Stellenbeschreibungen definiert und geschrieben werden, und weitere Planungsarbeiten erledigt werden, wie die Personal- und Arbeitsorganisation. Weiters müssen Arbeitsabläufe, Übergaben und Visiten geplant werden. Die Dauer der Planungsphase ist in der Praxis ganz unterschiedlich und kann nicht vorausgesagt werden. Ziele der Planungsphase sind, dass das Personal nach Primary Nursing arbeiten will und sie dieser Philosophie und Arbeitsweise zustimmen können. Die Motivation sollte geweckt sein, dass die Pflegeorganisation verändert wird. Ziel ist es, dass sich die Pflegenden die Qualifikationen, die ihnen für die neue Organisationsform

fehlen, aneignen. Wenn die Planungsphase abgeschlossen wurde und das Personal die Zustimmung für die Weiterführung gibt, kann mit der Phase der Implementierung begonnen werden.

Im Gegensatz zu anderen Pflegesystemen, die Teile einer starken hierarchischen Organisation sind, verflacht in dem System Primary Nursing die Organisationsspitze. Die Position der Stationsleitung wird nicht überflüssig, aber sie ändert sich, indem andere Schwerpunkte für ihren Aufgabenbereich gesetzt werden. Für Stationsleitungen bedeutet dies, dass sie eine völlig neue Rolle einnehmen müssen.

Es galt immer als selbstverständlich, dass die Stationsleitung die Anlaufstelle aller zentralen Entscheidungen war. Sie stand im Mittelpunkt des Teams, da alle wichtigen pflegerischen Entscheidungen über sie liefen. Mit dieser Vorgehensweise ist die Tendenz gegeben die pflegerische Professionalität und Eigenverantwortung weniger zu fördern. Die Einführung von Primary Nursing führt dazu, dass jede Primary Nurse die Verantwortung für ihre Patienten selbst übernimmt. Dies bedeutet, dass die Verantwortung für pflegerische Entscheidungen auf eine andere Ebene verlagert wird. Von der Ebene der Stationsleitung auf die Ebene der einzelnen Pflegekräfte eines Stationsteams. Die Stationsleitung muss lernen, dass jede Primary Nurse selbst ihre Entscheidungen treffen muss, denn solange eine Stationsleistung sich als Zentrum ihres Teams erlebt und Quelle allen Wissens und aller Entscheidungen ist, werden die Mitarbeiter keine Verantwortung für eigene pflegerische Entscheidungen übernehmen können und auch nicht müssen.

Einer der ersten Aufgaben der Stationsleitung beziehungsweise der Projektleitung ist die Durchführung der Ist-Analyse auf der Station, um im Hinblick auf die Umsetzung von Primary Nursing, die notwendigen organisatorischen Änderung zu besprechen und mit Hilfe ihres Teams umzusetzen.

Die Personalorganisation ist ein wesentlicher Punkt zur optimalen Umsetzung von Primary Nursing. Primary Nurses arbeiten acht Stunden am Tag, fünf Tage

die Woche, um in den Kernarbeitszeiten anwesend zu sein und die Pflege ihrer Patienten selbst übernehmen zu können. Die anderen 16 Stunden werden sie von Associate Nurses vertreten. In den meisten österreichischen Krankenhäusern herrschen andere Arbeitszeitenmodelle im Pflegebereich, als die acht Arbeitsstunden pro Tag. Die Tagesarbeitszeit beträgt durchschnittlich zwölf Stunden. Manche Nachtdienste dauern dreizehn Stunden, manche Tag- und Nachtdienste je zwölfeinhalb Stunden. Die Überschneidungen sind für die Dienstübergabe nötig. Arbeitsbeginn ist für gewöhnlich zwischen halb sieben und sieben Uhr am Morgen und das Arbeitsende ist entweder um halb sieben, sieben oder halb acht Uhr am Abend. Diese Dienstlängen sind nicht förderlich für die Umsetzung der Organisationsform Primary Nursing.

Persönliche Sichtweisen des Pflegepersonals sprechen an, wie schwer es fällt nach sechzehn Uhr die vorgegebenen Routinearbeit zu erledigen. Das Problem ist, dass es keine ungestörten Erholungsmöglichkeiten für das Personal gibt und sie sich im Arbeitsalltag nicht zurückziehen können. Sie stehen unter ständiger Konzentration und Anspannung. Häufig ist die Zeit bis zum frühen Nachmittag ausgefüllt mit verschiedensten Tätigkeiten, die sofort und unter Zeitdruck ausgeführt werden müssen. Acht, zehn und zwölf Stunden sind Routinezeiten, dazwischen fallen die Visiten, Tätigkeiten die sich aus der Visite ergeben und Arbeiten für die gesamte Abteilung an. Im Normalfall tritt anschließend auf der Station eine ruhigere Phase ein. Genau diese Zeit dient den Pflegepersonen zur Regenerierung. Eine Pause für das Pflegepersonal ist nötig. Arbeitswissenschaftlich wird der Pflegeberuf als mittelschwere bis schwere Tätigkeit eingestuft und maximal acht Stunden Dienste werden empfohlen. Aufgrund der geringen Anzahl an Arbeitstagen pro Woche, bevorzugt aber ein Großteil des Pflegepersonals trotzdem die belastenden 12-Stunden-Dienste.

Die Dienstplangestaltung ist ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Umsetzung von Primary Nursing. Die Einsatzplanung muss so gestaltet werden, dass eine möglichst hohe Kontinuität gegeben ist. Ziel dabei ist es, dass die Primary Nurse eines Patienten an möglichst vielen Tagen des Krankenhausaufenthaltes des Patienten im Dienst ist. Bei Patienten mit

längerer Verweildauer sollte dieser Wert etwa 50 Prozent oder mehr der Pflegetage des Patienten betragen. Bei kurzer Verweildauer steigt die Prozentzahl über 50 Prozent an. Und bei sehr kurzer Verweildauer, weniger als fünf Tage, kann sie bis zu 100 Prozent steigen. Mit einer guten Planung und Zuteilung sollte erreicht werden, dass die Primary Nurse auf jeden Fall in den ersten Tagen der Behandlung sowie in den Tagen der Entlassung und am Entlassungstag anwesend ist.

Mit der Organisationsform Primary Nursing besteht auch die Möglichkeit flexiblere Arbeitszeiten einzuführen. Es gibt das Aufgabenprofil der Primary Nurse, der Associate Nurse und der Pflegehilfskraft die sowohl die Primary Nurse als auch die Associate Nurse unterstützen. Jeder Mitarbeiter soll frei entscheiden können welche Rolle er in der neuen Organisationsform übernehmen kann und will. Eine Primary Nurse soll von Montag bis Freitag von 7 Uhr am Morgen bis 15 Uhr am Nachmittag anwesend sein. Somit weiß eine Primary Nurse wie ihre Arbeitszeiten aussehen werden. 12-Stunden-Dienste wird sie keine mehr leisten. Wenn es Mitarbeiter gibt die auf 12-Stunden-Arbeitstage bestehen, dann können diese Pflegepersonen Associate Nurses sein, die ebenfalls um 7 Uhr am Morgen ihren Dienst beginnen und bis 7 Uhr am Abend bleiben. Eine Pflegehilfskraft kann sich aussuchen ob sie lieber 12-Stunden-Dienste oder 8-Stunden Dienste leisten will. Sowohl die Primary Nurse als auch die Associate Nurse brauchen eine Pflegehilfskraft. Auswahlmöglichkeit zwischen Voll- oder Teilzeitarbeit ist für alle Mitarbeiter gegeben. Eine Primary Nurse kann auch Teilzeitarbeitskraft sein. Sie bekommt dann nur Patienten zugewiesen von denen man im Vorhinein weiß, dass sie nur ein bis zwei Tage stationär aufgenommen werden. Es ist festzuhalten, dass die Personalorganisation der schwierigste und konfliktträchtigste Bestandteil des Konzepts zur Implementierung von Primary Nursing ist.

Die Evaluation oder Bewertung ist der letzte Schritt des Prozesses Implementierung von Primary Nursing. Das allgemeine Funktionieren des Systems und die Arbeit der einzelnen Primary Nurses soll regelmäßig überprüft werden.

Zur Beantwortung der Frage ob Primary Nursing als Qualitätssicherungsfaktor dienen kann, ist zu sagen, dass die Ergebnisse zur Pflegequalität mit Primary Nursing sehr widersprüchlich sind. Einerseits zeigen sich Studien, die beweisen, dass Primary Nursing die Pflegequalität steigern und anderseits legen Studien dar, dass Primary Nursing keinen Einfluss auf eine bessere Pflegequalität aufweist, als andere Pflegeformen. Die Kompetenz der Pflegeperson und die personelle Besetzung haben einen bedeutenden Einfluss auf die Pflegequalität, unabhängig von der praktizierenden Organisationsform.
Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Organisationsform Primary Nursing, nicht als Qualitätssicherungsfaktor für die Pflegequalität dienen kann.

Die Implementierung der neuen Organisationsform erfordert je nach Umsetzungsmethode und Schulungsmaßnahmen keine bzw. geringe Kosten. Die Einführung der Organisationsform Primary Nursing erfordert nicht unbedingt mehr Personal, sondern eine spezifische Zusammensetzung der pflegerisch-fachlichen Qualifikationen. Der Anteil von qualifiziertem Personal soll höher sein gegenüber dem unqualifizierten Personal. Wenn der aktuelle Anteil der qualifizierten Pflegekräfte zu klein ist, dann muss dieser aufgestockt werden. Dies führt zu höheren Gehaltskosten, die durch effektivere Arbeiten wieder hereingebraucht werden.

Die Organisationsform Primary Nursing wird bis zum jetzigen Zeitpunkt in Österreich nicht bzw. kaum umgesetzt. Veröffentlichte wissenschaftliche Studien zu Primary Nursing in Österreich gibt es bis dato keine.

Das Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz arbeitet aktuell an den Forschungsergebnissen des Projektes „Primary Nursing in der Geriatrie“. Die Ergebnisse sind gegenwärtig noch unveröffentlicht.

Anhang

Abstract Deutsch

Ziel dieser Diplomarbeit ist eine Literaturanalyse von Primary Nursing in Österreich, insbesondere in Bezug auf Faktoren die für oder gegen die Implementierung dieser Pflegeform sprechen. Weiters wird erforscht welche dieser Faktoren fehlen und wie man diese in Österreich umsetzen könnte. Theoretische und praktische Konsequenzen für die Pflege und die Pflegeorganisation werden herausgearbeitet. Darüber hinaus wird den Fragen nachgegangen, ob Primary Nursing zu einer Steigerung der Pflegequalität führen kann und welche wirtschaftlichen Änderungen für die Implementierung von Primary Nursing notwendig sind.

Um Primary Nursing erfolgreich implementieren zu können, ist die Bewältigung eines komplexen Veränderungsprozess notwendig. Dieser Prozess muss im Vorhinein sorgfältig geplant werden. Die Denkweisen der Pflegenden, ihre Pflegedurchführung und die Organisation der Pflege müssen verändert werden. Primary Nursing kann in jedem geeigneten Praxisfeld eingeführt werden. Es setzt den Mut und das Engagement des Personals voraus.

In Wien überwiegt gegenwärtig die Gruppenpflege mit 63 Prozent. Mit der Umstellung der derzeitigen Pflegeorganisationssysteme, auf Primary Nursing, können Kompetenzunterschreitungen und Kompetenzüberschreitungen reduziert werden und auch die Verantwortung im Pflegeprozess kann geklärt werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt für Österreich ist, dass die Primary Nurse die Aufgaben des Entlassungsmanagements übernimmt.

Die Organisationsform Primary Nursing wird bis zum jetzigen Zeitpunkt in Österreich nicht bzw. kaum umgesetzt. Es gibt abgewandelte Formen des Primary Nursing – Bezugspflege genannt, die in Stationen in Österreich erprobt und umgesetzt werden. Veröffentlichte wissenschaftliche Studien zu Primary Nursing in Österreich gibt es bis dato keine.

Das Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz arbeitet aktuell an den Forschungsergebnissen des Projektes „Primary Nursing in der Geriatrie“. Die Ergebnisse sind gegenwärtig noch unveröffentlicht. Man kann jedoch jetzt schon sagen, dass dieses Forschungsprojekt vorzeigt, dass die Implementierung von Primary Nursing in Österreich möglich ist und auch erfolgreich sein kann.

Abstract English

The objective within this thesis is the analysis of Primary Nursing in Austria in particular regarding the factors which argue for and against the implantation. Furthermore it is investigated which of these factors are missing and how they could be put in to practice in Austria. As well the theoretical and practical consequences for the care and the organisational care are worked out. Moreover it is investigated into the question, if Primary Nursing could lead to an increase in quality of care and which economic change would be necessary for that.

For the successful implementation of Primary Nursing, the accomplishment of a complex changing process is necessary. This process has to be planned with reasonable care in advance. The mindset of nursing staff, the management and the organisation of nursing need to be changed. The implementation of Primary Nursing could be realized in practice in each suitable field. The courage and the engagement of the personnel is required.

With 63 percent the group care prevails in Vienna. With the change of the current organisational system of care to Primary Nursing, the shortfall of competences and the exceeding of competences could be reduced and the responsibility regarding the care process could be clarified. Another important aspect within Austria is that the Primary Nurse takes over the task of discharge management.

Up to the present the Organisational form Primary Nursing is hardly implemented in Austria. Although there is a modified form of Primary Nursing called “Bezugspflege”, which is approved and turned into action in Austria. Publicized scientific studies are not available at present.

The institution of nursing science a department of the medical university Graz is presently working on research results of the project “Primary Nursing in geriatrics”. Up to now the results are unpublished. Overall it could be said that this research project demonstrates that the implementation of Primary Nursing within Austria is realizable and could be very successful too.

Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

Name:	Cornelia MANN
Adresse:	Bachleitenstraße 43, 2345 Brunn am Gebirge
E-Mail:	cornelia.mann@aon.at
Telefonnummer:	0650/510 10 53
Geburtsdatum:	28.07.1983

BERUFSERFAHRUNG

Seit Okt. 2006	Ehrenamtliche Tätigkeit beim Roten Kreuz im Gesundheits- und Sozialen Dienst, 2345 Brunn am Gebirge ▪ Besuchsdienst ▪ Seniorentreff
Mai 2009 – Sept. 2009	Apothekenaußendienst für Actavis, österreichische Markeinführung der Pflegeserie „Decubal“ ▪ Schulung des Apothekenpersonals
Dez. 2008 – Mai 2009	Apothekenaußendienst für Herba Chemosan, Einführung des neuen Produktsortimens „Frag nach“ (Nahrungsergänzungsmittel) in österreichischen Apotheken ▪ Schulung des Apothekenpersonals ▪ Vorstellung der Produkte für Kunden in den Apotheken
Seit Mai 2005	Promotiontätigkeit bei Sales Crew, 1120 Wien ▪ Mystery Shopping ▪ Produkt Sampling
Sept. – Okt. 2006	Sitzwache im Hanusch Krankenhaus, 1140 Wien ▪ Nachtwache bei gefährdeten Einzelpatienten
Sept. 2003 – Okt. 2006	geringfügige Beschäftigung bei IKEA Vösendorf im Restaurant, Bistro und Schwedenshop ▪ Betreuung der Kunden ▪ Kassentätigkeit ▪ Nachfüllen der Speisen in den Vitrinen
1. Juni – 31. Aug. 2001	Praktikum Erste Bank, 1060 Wien ▪ Begleitung der Kunden zum Tresor

- Durchführung von aktiven Kundentelefonaten zwecks Terminvereinbarung
- Tätigkeit in der Informationszone und Betreuung der Kunden
- Tätigkeit am automatischen Kassentresor

SCHULE & STUDIUM

2005 - 2010	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft, Universität Wien
	Diplomarbeitsthema: Primary Nursing als Organisationsform der Pflege – Implementierung im stationären Sektor in Österreich – eine Zukunftsvision
	Wahlfach: Pädagogik
2003 – 2005	Studium der Humanmedizin, Medizinische Universität Wien
1998 – 2003	Matura HLTW Wien XIII, 1130 Wien Ausbildungsschwerpunkt: Kulturtouristik

---

WEITERBILDUNG

Oktober 2007	Ausbildung zur Roten Kreuz Besuchsdiensthelferin
Juli 2007	Kinesiologie
Februar 2007	Ausbildung zur Roten Kreuz Sozialdiensthelferin
Jänner 2008	Bachblüten

BESONDERE KENNTNISSE UND INTERESSEN

Sprachen	Englisch, Wort und Schrift Italienisch, Wort und Schrift
EDV-Kenntnisse:	Microsoft Office Paket
Interessen:	Gesundheitsprävention, Ernährung, Kochen, Sport

Literaturverzeichnis

Zitierte Literatur

Abderhalden Christoph (2007): Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien von Primary Nursing – Effektivität messen. In: CNE (Certified Nursing Education), Heft 1. Thieme Verlag. PDF-File unter http://www.thieme.de/cne-online/pdf/primary_nursing.pdf (25.9.2008)

Archibong Uduak E. (1999): Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study. In: Journal of Advanced Nursing, 29 (3), S. 680-689.

Armitage P., Champney-Smith J., Andrews K. (1991): Primary nursing and the role of the nurse preceptor in changing long-term mental health care: an evaluation. In: Journal of Advanced Nursing, 16 (4), S. 413-422.

Bachinger Nicole, Corinna Charvat, Ruth Mayrhofer (2008): Organisationsformen im niedergelassenen Bereich. Referat im Zuge der Lehrveranstaltung Organisationsformen der Pflege unter der Leitung von Friedler Eva. Unveröffentlichtes Manuskript.

Baumer Eva-Maria (2003): MedTogether – Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Betreuung. In: Österreichische Pflegezeitschrift, Heft 02, S. 37.

Berger Anna, Dunkl Angelika, Friedl Brigitte, Friedler Eva, Kaplans Herbert, Klein Georg, Krainer Franz, Müller Gerhard, Schraml Renate, Nowak Peter (o.J.): "Aufnahme- und Entlassungsmanagement" im Kooperationsprojekt "Qualität im Krankenhaus". Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen Sektion VII.

Bücker Thorsten (2006): Teamorganisation mit Primary Nursing: Ein systemischer Organisationsentwicklungsansatz im Krankenhaus. Hannover: Schlütersche.

Christian Karin (2008): Einführung des Organisationskonzeptes Primary Nursing: In einer geriatrischen Abteilung. München: Grin Verlag.

Ersser Steven, Tutton Elisabeth (2000): Primary nursing - Grundlagen und Anwendungen eines patientenorientierten Pflegesystems. Bern: Hans Huber.

Fischer Thomas (2002): Der Patient und sein Pfleger. In: Pflege aktuell, 56 (2), S. 70-72.

Fischer Thomas (2004): Am Brückenkopf erwartet werden - Primary nursing und Casemanagement. In: Pflegezeitschrift 57 (4), S. 275-277

Friedler Eva (1993): Arbeitszeitenregelungen, Eröffnete Möglichkeiten – menschliche Wirklichkeiten. Diplomarbeit für den Universitätslehrgang Krankenhausmanagement an der Wirtschaftsuniversität Wien.

Gehring M., Kean S., Hackmann M., Büscher A. (2001): Familienbezogene Pflege. Bern: Hans Huber

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG unter: http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026 (28.11.2009)

Hoppe Mechthild (1998): Primary Nursing im Evangelischen Amalie Sieveking-Krankenhaus e.V. In: Pflegezeitschrift, 51 (7), Beilage, S.1-9.

Hradsky Joseph (1988): Primary Nursing. In: Österreichische Krankenhauszeitung Heft 29, S. 31-34.

Josuks Hannelore (2003): Primary nursing: ein Konzept für die ambulante Pflege - ein Leitfaden zur Implementierung eines neuen Pflegesystems. Hannover: Schlütersche.

Kleine Hörstkamp Sonja (2004): Primary Nursing – ein Weg zur Professionalisierung der Pflege? In: Österreichische Pflegezeitschrift, Heft 06/07, S. 26-29.

Krüger Heike et al. (2006): Primary Nursing – lohnt sich der Aufwand? In: Die Schwester/Der Pfleger, 45 (2), S. 92-95.

Manthey Marie (2003): Wollen wir Fließband- oder Wissensarbeiter sein? Pflege steht an einer großen Kreuzung. Gespräch von Petra Schütz und Thomas Fischer mit Marie Manthey über Primary Nursing. In: Pflegezeitschrift, 56 (6), S. 420-423.

Manthey Marie (2005[2]): Primary Nursing - ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Hans Huber.

Melchior Matthijs E.W. et al. (1996): The effectiveness of primary nursing on burnout among psychiatric nurses in long-stay settings. In: Journal of Advanced Nursing, 24 (4), S. 694-702.

Nissen J.J.J.F. et al. (1997): Primary nursing and quality of care: a Dutch study. In: Journal of Nursing Studies, 34 (2), S. 93-102.

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstiut für Gesundheitswesen (Mai 2006): Österreichischer Pflegebericht – Endbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen.

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstiut für Gesundheitswesen (Mai 2007): Österreichischer Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familien und Jugend.

PIK – PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung (2007): Management Summery – indirektes Entlassungsmanagement. PDF-File unter http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Management/Management_Summary_EM_2007_06_19.pdf (9.8.2009)

Rappold Elisabeth (2003): Vereinte Staaten von Amerika – Ausländische Gesundheitssysteme im Überblick. In: Österreichische Pflegezeitschrift, Heft 3/03, S. 32-33.

Rappold Elisabeth (2003): Vereinigtes Königreich von Großbritannien – Ausländische Gesundheitssysteme im Überblick. In: Österreichische Pflegezeitschrift, Heft 5/03, S. 30-31.

Rappold Elisabeth (2003): Finnland – Ausländische Gesundheitssysteme im Überblick. In: Österreichische Pflegezeitschrift, Heft 6-7/03, S. 28-29.

Rappold Elisabeth (2003): Ausländische Gesundheitssysteme – ein Überblick über europäische Pflegeausbildungen. In: Österreichische Pflegezeitschrift, Heft 12/03, S. 34.

Schrems Berta (1994): Zeitorganisation in der Krankenpflege – zeitliche Dimensionen von Frauenarbeit am Beispiel der Pflegeberufe. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Schütz-Pazzini Petra (2003): Von der Stationsmutter zur Führungskraft. Die Stationsleitung im System der primären Pflege. In: Pflegezeitschrift, 56 (12), S. 875-878.

Stratmeyer Peter (2005): Primäre Zuständigkeit in der Pflege oder auch: Mehr Verantwortung und Hierarchie wagen. In: Pflegezeitschrift, 58 (1), Beilage Dokumentation Pflegemanagement S. 1-10.

Stuhl Tanja (2006): Primary Nursing in der stationären Altenpflege. Hannover: Schlütersche.

Teigeler Brigitte (2006): Primary Nursing für Fortgeschrittene. In: Die Schwester/Der Pfleger, 45 (10), S. 810-813.

Tewes Renate (2006): Primary Nursing. Das Pflegesystem der Zukunft. In: Die Schwester/Der Pfleger, 45 (2), S. 88-90.

Weidemann Karl-Heinz (1999): Pflege und Stationsmanagement werden getrennt. Das Organisationsmodell "primary nursing" - Teil I. In: Pflegezeitschrift, 52 (8), S. 575-580.

Weidemann Karl-Heinz (1999): Primärpflege erfordert auch kooperative Führung. Das Organisationsmodell "primary nursing" – Teil II. In: Pflegezeitschrift, 52 (9), S. 647-650.

http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/baumer.pdf (MedTogether) (09.08.2009)

http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009051&TabbedMenuSelection=BundesrechtTab (18.10.2009)

http://www.gspwien-info.net/downloads/15_zwoelf-komma-fuenf-fluch-segen.pdf (18.10.2009)

http://www.arbeitundalter.at/index.php?option=com_content&task=view&id=137&Itemid=3 (3.11.2009)

Weiterführende Literatur

Basche Jan und Benz Caroline (2004): Primary Nursing in der Ambulanten Pflege. In: Pflege aktuell, 58. Jg., S. 520-522.

Boumans N.P.G., Landeweerd J.A. (1996): A Dutch study of the effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. In: Journal of Advanced Nursing, 24 (1), S. 16-23.

Dobrin Schippers Andrea (2006): Primary Nursing: Glossar wichtiger Begriffe – Netzwerk Primary Nursing. In: PR-InterNet, 8.Jg, Heft 7-8, S. 441-442.

Drach-Zahavy Anat (2004): Primary nurses' performance: role of supportive management. In: Journal of Advanced Nursing, 45 (1), S. 7-16.

Fuhr Alexander (2005): Primary Nursing in der Ausbildung - Vorbereitung auf anspruchsvolle Aufgaben. In: Pflegezeitschrift 58 (9), S. 564-567.

Kellnhausen Edith (1994): Primary Nursing. Ein neues Pflegemodell. In: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 9, S. 747-752.

Kellnhauser Edith (1998): Primary Nursing und die Interaktionstheorie von Hildegard Peplau. In: Die Schwester/Der Pfleger, 37 (8), S. 633-638.

Kleine Hörstkamp, Sonja (2004): Bedeutung der Implementierung von Primary Nursing für das Management. In: Österreichische Pflegezeitschrift Heft 08/09, S. 29-32.

Kleine Hörstkamp, Sonja (2004): Primary Nursing in der ambulanten Pflege – alte Wege neu beschreiten. In: Österreichische Pflegzeitschrift Heft 10, S. 28-30.

Laakso Sami, Pirkko Routasalo (2001): Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents, their family members and nurses. In: Journal of Advanced Nursing, 33 (4), S. 475-483.

Lotz M. (2007): Organisationskonzept Primary Nursing. In: CNE (Certified Nursing Education), Heft 1. Thieme Verlag. PDF-File unter http://www.thieme.de/cne-online/pdf/primary_nursing.pdf (25.9.2008)

Melchior Matthijs E. W. et al. (1999): The effects of primary nursing on work-related factors. In: Journal of Advanced Nursing, 29 (1), S. 88-96.

Mills Carolyn (1995): Evaluation on primary nursing in a nursing development unit. In: Nursing Times, 91 (39), S. 34-37.

Perälä M., Hentinen M. (1989): Primary nursing: opinions of nursing staff before and during implementation. In: International Journal of Nursing Studies, 26 (3), S. 231-242.

Pontin David (1999): Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing? In: Journal of Advanced Nursing, 29 (3), S. 584-591.

Reinfeld Elke (2003): Alles aus einer Hand - "Primary Nursing". In: Pflegezeitschrift, 56 (1), S. 27-28.

Stratmeyer Peter (2007): Anforderungen an die patientenorientierte Pflegeorganisation - Im Dienste der Patientenorientierung. In: CNE (Certified Nursing Education), Heft 1. Thieme Verlag. PDF-File unter http://www.thieme.de/cne-online/pdf/primary_nursing.pdf

Thomas Lois et al. (1996): The impact of primary nursing on patient satisfaction. In: Nursing Times, 92 (22), S. 36-38.

Wiek Patrick (2008): Zentrale Verantwortung. In: Altenpflege, 33 (5), S. 31-33.