

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG
IN DER INTENSIVPFLEGE**

24.11.2008 bis 18.12.2009

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Primäre Pflege

Implementierung im Intensivbereich

vorgelegt von: Heike Lampel
A. ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St.Veit/Glan
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

begutachtet von: OSr. MMag. Dr. Warmuth Maria
LKH Villach
Neurologie

5. Oktober 2009

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur, sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung, sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Althofen, 5. Oktober 2009

KURZZUSAMMENFASSUNG

In der folgenden Abschlussarbeit wird das System der Primären Pflege und dessen Implementierung auf der Intensivstation erörtert. Im ersten Teil wird der theoretische Hintergrund anhand der aktuellen Literatur über das Primärpflegesystem erarbeitet. Dazu zählen die geschichtliche Entwicklung und die verschiedenen Definitionen dazu. Des Weiteren werden die Vor- und Nachteile aufgezeigt. Unter anderem sind die überwiegend gebräuchlichen Pflegesysteme wie Gruppen- und Bereichspflege oder die Patientenzuteilung erklärt. Im empirischen Teil wird geschildert, wie das Primärpflegesystem von einer diplomierten Pflegekraft als eine von zwei Projektleiterinnen auf einer interdisziplinären Intensivstation eingeführt wurde. Es wird über die Phasen der Implementierung und die damit verbundenen Erfahrungen und Erkenntnisse bei der Vorbereitung, Planung und Umsetzung berichtet.

ABSTRACT

This paper deals with the system of Primary Nursing and its implementation in the intensive care unit. The first part describes the system of Primary Nursing theoretically due to literature. This includes historical development and the various definitions of the concept. Further the advantages and disadvantages are described and definitions of the various care systems are given. The empirical part describes how the system of Primary Nursing has been implemented in an intensive care unit by a qualified caregiver. The phases of implementation and the related experiences in preparation, planning and implementation are reported.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

bzw.	beziehungsweise
BHB	Barmherzige Brüder
ca.	zirka
DGKS	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeschwester
etc.	etcetera
MMag.	Magister
OSr.	Oberschwester
St.Veit/Glan	Sankt Veit an der Glan
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

INHALTSVERZEICHNIS

0. VORWORT	7
1. EINLEITUNG	8
2. PFLEGESYSTEME	10
2.1. Funktionspflege	10
2.2. Patientenorientierte Pflege	11
2.2.1. Gruppen- und Bereichspflege	11
2.2.2. Patientenzuteilung	11
2.3. Ganzheitspflege	12
3. PRIMÄRPFLEGE	13
3.1. Definitionen	13
3.2. Geschichtliche Entwicklung	14
3.3. Ziele	15
3.3.1. Patientenbezogene Ziele	15
3.3.2. Personalbezogene Ziele	15
3.3.3. Betriebsbezogene Ziele	16
3.4. Kernelemente der Primärpflege	16
3.4.1. Verantwortung	16
3.4.2. Kontinuität der Pflege durch die Fallmethode	17
3.4.3. Direkte Kommunikation	18
3.4.4. Pflegeplanender ist zugleich Pflegedurchführender	19
3.5. Rollen und Aufgaben im Primärpflegesystem	20
3.5.1. Pflegedienstleitung	20
3.5.2. Stationsleitung	20
3.5.3. Die Primärpflegeperson (Primary Nurse)	21
3.5.4. Sekundärpflegekraft (Associated Nurse)	22
3.5.5. Die Primärpflegekraft und andere Berufsgruppen	22
4. VOR- UND NACHTEILE DES PRIMÄRPFLEGESYSTEMS	23
4.1. Vorteile	23
4.2. Nachteile	23
5. EMPIRISCHER TEIL	25
5.1. Praktische Umsetzung des Primärpflegesystems	25
5.2. Implementierung der Primärpflege im Intensivbereich	26
5.2.1. Dynamik mit Stil im Zusammenhang mit Primärpflege	26

5.2.2. Aufbaustruktur und Personaleinsatz auf der Intensivstation.....	28
5.2.3. Beschluss über die Einführung der Primärpflege und Motivation	29
5.2.4. Vorbereitung und Umsetzung	29
5.2.5. Dokumentation.....	32
5.2.6. Pflegeplanung.....	33
5.2.7. Dienstplan und Dienstübergabe	33
5.2.8. Schwierigkeiten bei der Implementierung und Umsetzung.....	34
5.2.9. Feedback-Runden	35
5.3. Evaluierung	35
5.3.1. Ergebnisse.....	36
6. ZUSAMMENFASSUNG	39
7. PERSÖNLICHES RESÜMEE.....	40
8. LITERATURVERZEICHNIS	41

0. VORWORT

Meine Abschlussarbeit habe ich dem Thema der Primärpflege (Bezugspflege) gewidmet. Ich arbeite seit 2005 an der Intensivstation im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in St.Veit/Glan. In den letzten vier Jahren habe ich mir immer wieder Gedanken darüber gemacht, wie sich unsere Patienten fühlen, wenn sie auf der Intensivstation liegen, belastet nicht nur durch die Krankheit, sondern auch durch Geräuschkulisse, invasives Monitoring und dem Abhängigkeitsgefühl gegenüber anderen.

Aus Gesprächen mit Patienten ging hervor, dass viele nicht wussten, was sie auf der Intensivstation erwartet. Ängste, Sorgen und Verunsicherung sind häufig ihre Begleiter.

Im Team wurde es immer mehr zum Thema, wie dem Patienten der unvermeidliche Intensivaufenthalt angenehmer gestaltet werden kann und welche Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um noch mehr auf die individuellen Bedürfnisse jedes Einzelnen einzugehen.

Durch eine Fortbildung im Jahr 2007 über das Primärpflegesystem, vorgetragen von der Betreuerin meiner Abschlussarbeit, Frau OSr. MMag. Dr. Warmuth, sind wir auf das Pflegesystem der Primärpflege aufmerksam geworden. Die Primärpflege erschien uns als Chance, um Patienten und Angehörige umfassender betreuen und begleiten zu können und als förderlicher Weg zur Steigerung der Pflegequalität.

In Zusammenarbeit mit der Stationsleitung DGKS Mair Doris und dem Team entschieden wir dieses Pflegesystem auf unserer Station zu implementieren. Schnell wurde uns klar, dass es nicht einfach wird ein neues Pflegesystem in den bereits bestehenden Arbeitsalltag einer Intensivstation einzufügen.

Für meine Kollegen/Innen soll es ein Nachschlagewerk sein und ausführlichere Informationen zu diesem Pflegesystem bieten.

Dank gilt an dieser Stelle meinen Vorgesetzten und Arbeitskollegen, die mir diese Sonderausbildung ermöglichten.

Ebenso bedanken möchte ich mich bei OSr. MMag. Dr. Maria Warmuth, welche mir beim Erstellen der Abschlussarbeit mit gutem Rat zur Seite stand.

Besonderer Dank gilt jedoch meiner Familie und meinen Freunden, ohne deren Unterstützung ich diese Sonderausbildung nicht hätte absolvieren können.

1. EINLEITUNG

Der Beruf der Krankenpflege als menschliche Tätigkeit ist an der Bedürfnisbefriedigung des Patienten orientiert. Durch bessere Ausbildung und stetige Weiterentwicklung des selbstständigen Arbeitens, kommt es zur Professionalisierung des Pflegeberufes. Der Pflegenden nimmt unter anderem als Unterstützer des Heilungsprozesses nun auch einen autonomen und eigenverantwortlichen Bereich im Rahmen des Pflegeprozesses wahr. Die patientenorientierte Pflege spiegelt sich im Pflegeprozess und der damit verbundenen Pflegeplanung wieder. Defizite des Patienten werden erkannt und im Rahmen des Pflegeprozesses gelöst. Infolgedessen werden außer der Allgemein- bzw. Grundpflege ebenso Phänomene wie Angst, Schmerz, Verzweiflung, soziale Isolation, Beschäftigungsdefizit, eingeschränkte Kooperation beim Patienten berücksichtigt (vgl. KOZON/FORTNER, 1998:9).

„Also, wenn wir nicht patientenorientiert arbeiten – wie soll man das sonst nennen? Eine Armee von Helfern, ausgestattet mit einem Arsenal von medizinisch technischer Einrichtung, auf dem letzten Stand der Technik, der Pharmakologie und der Wissenschaft. Kann man mehr für unsere Patienten tun?“ (KOZON/FORTNER, 1998:17).

Seit Ende der 60er Jahre ist immer wieder von einer am Patienten orientierten Pflege die Rede, welche in den vergangenen 30 Jahren mit Hilfe unterschiedlichster Mittel erreicht werden sollte. Dazu zählen unter anderem die Einführung verschiedenster Pflegekonzepte, wie zum Beispiel Gruppen- und Bereichspflege oder Patientenzuteilung. Bereits in den 80er Jahren und verstärkt seit Ende der 90er wird in der Fachöffentlichkeit über Primärpflege (Bezugspflege) berichtet (vgl. MANTHEY, 2005:8ff).

Primärpflege stellt eine Rückkehr zu dem Konzept „mein Patient“ – „meine Pflegekraft“ im hochkomplexen Krankenhausumfeld dar. Es entspricht der im ambulanten Bereich entwickelten Fallmethode, insofern es eine Eins-zu-Eins Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient ermöglicht. Dieses Pflegesystem wird als ein sich selbst erhaltendes, zur Außenwelt offenes System mit Anpassungsmechanismen für verschiedene Einflussgrößen zugunsten der einen Konstante, die Versorgung der Patienten auf hohem Niveau, bezeichnet (vgl. MISCHO-KELLING/SCHÜTZ-PAZZINI, 2007:54).

In der folgenden Abschlussarbeit wird der Frage nachgegangen, ob und wie das Primärpflegesystem unter Berücksichtigung auf dessen Kernelemente im bereits bestehenden Arbeitsalltag der Intensivstation eingeführt, umgesetzt und gelebt werden kann. Welche Schwierigkeiten werden anhand der Daten der Zwischenevaluierung nach 7 Monaten und der Endevaluierung nach 18 Monaten aufgezeigt?

2. PFLEGESYSTEME

Es gibt verschiedene Formen von Pflegesystemen. Die einen orientieren sich an den Bedürfnissen und der Ganzheitlichkeit des Patienten, die andere an den zu verrichtenden Tätigkeiten. Hierbei wird von tätigkeitsorientierter oder patientenorientierter Pflege gesprochen, wobei vorwiegend Mischformen dieser Systeme auf den Stationen praktiziert werden. In den folgenden Unterkapiteln wird ein Einblick in die verschiedenen Formen der Pflege gegeben. Das System der tätigkeitsorientierten Funktionspflege und die zur patientenorientierten Pflege geltenden Systeme, wie Gruppen- und Bereichspflege, das der Patientenzuteilung und die Ganzheitspflege werden zusammenfassend erklärt (Anmerkung der Verfasserin).

2.1. Funktionspflege

Das System der Funktionspflege ist ein tätigkeitsorientiertes Pflegesystem, basierend auf einem Konzept der industriellen Produktion, der Arbeitsteilung (Fließband). Pflegepersonen übernehmen gemäß ihrer Qualifikationen die Verantwortung für bestimmte Tätigkeiten. Patientenbezogene Pflegehandlungen werden in Arbeitsschritte (Funktionen) eingeteilt, z.B.: Jeweils durchgehendes Betten machen, Blutdruck messen oder verteilen von Medikamenten, etc. Ein wirtschaftlicher Vorteil entsteht aus diesem System, denn auch weniger qualifizierte Pflegenden können darin definierte Aufgaben übernehmen (vgl. MENCHE, 2007:55).

Ein hierarchisches Denken ist in vielen Fällen die Folge, da Pflegenden sich auf unterschiedlichen Rangstufen bewegen. Begründet dadurch werden Tätigkeiten, wie z.B. Körperpflege und Blutdruck messen als „einfache“, und somit weniger qualifizierte Tätigkeiten angesehen, als z.B. das Wechseln eines Verbandes.

Die Stationsleitung plant und koordiniert die Pflege aller Patienten und delegiert Einzelaufgaben an ihr Personal. Sie ist gleichzeitig zentrale Anlaufstelle für Ärzte, Pflegenden und Angehörige und gibt Informationen an ihr Team weiter. Die einzelnen Mitarbeiter dagegen sind in ihrem Verantwortungsbereich eingeschränkt. Sie haben wenig Überblick über den Pflege- und Versorgungsbedarf der Patienten, da sie sich auf ihre Einzelaufgaben konzentrieren. Funktionspflege führt häufig zur Unterforderung der Pflegenden da sie ihre Qualifikationen nicht umfassend einsetzen können (vgl. MENCHE, 2007:55).

Die Meinung, dass sich bei Personalengpässen durch Funktionspflege Zeit sparen lässt, ist kritisch zu betrachten, da sich der Arbeitsaufwand nach dem Bedarf der Patienten und nicht nach dem Pflegesystem richtet. Im Vergleich mit anderen Pflegesystemen kann es durch erhöhten Koordinationsbedarf zu Verzögerungen kommen (vgl. MENCHE, 2007:56).

2.2. Patientenorientierte Pflege

Der Begriff der „patientenorientierten Pflege“ hat vor allem seit den 80er Jahren immer mehr an Gewicht bekommen. Verschiedene Konzepte, wie zum Beispiel die Gruppen- oder Bereichspflege, oder das der Patientenzuteilung sollen sich stärker an den speziellen und individuellen Bedürfnissen des Patienten orientieren. In den folgenden zwei Unterkapiteln werden die beiden Konzepte genauer beschrieben (vgl. KOZON/FORTNER, 1998:7f).

2.2.1. Gruppen- und Bereichspflege

In dieser Organisationsform wird eine Gruppe von Patienten einer kleinen Gruppe von Pflegekräften mit unterschiedlicher Qualifikation zugeteilt. Es ist dabei weder die Dauer der Zuteilung, noch ob die Arbeitsübertragung tätigkeitsorientiert, patientenorientiert oder eine Mischform davon ist, festgelegt. Eine professionelle Pflegeperson übernimmt die Leitung der Gruppe, die ihr von der Stationsleitung zugeordnet wird. Somit übernimmt diese die Verantwortung für die Qualität der Pflege und deren Kontinuität. Die Dauer der Zuteilung ist bei dieser Form des Pflegesystems nicht festgelegt. Wechselnde Gruppenkonstellationen entstehen und können die Kontinuität des Pflegeprozesses negativ beeinflussen. Ein Ausgleich zwischen der Patientenzuteilung und der Pflegeintensität der Patienten soll bestehen. Auf diese Weise kann das System vollständig ausgeschöpft werden (vgl. LANGE, 2005:21f zit. n. ERSSER/TUTTON S. 10f).

2.2.2. Patientenzuteilung

Bei dem Pflegesystem der Patientenzuteilung werden mehrere Pflegekräfte mehreren Patienten zugeordnet. Die Zuordnung kann sich täglich ändern. Die Verantwortung über die Pflegequalität verbleibt bei der Stationsleitung. Die Stationsleitung übernimmt die Pflegeplanung, oder delegiert diese an die Pflegefachkraft. Eine Kontinuität der Pflege besteht nur für die Dauer der jeweiligen Schicht, wodurch sich die Entwicklung von engen Pflegeperson-Patient-Beziehungen erschwert. Die effektive Planung der Pflege wird durch mangelnde Kenntnis der Patientenbedürfnisse beeinträchtigt (vgl. LANGE, 2005:22).

2.3. Ganzheitspflege

Der Pflegeprozess ist ein systematischer Weg zur professionellen Pflege und ganzheitlichen Betreuung. Das Prinzip der Ganzheitlichkeit setzt die patientenorientierte und individuelle Ausrichtung der Planung, Durchführung und Bewertung voraus. Der ganzheitliche Pflegeprozess lässt sich als ein Regelkreis darstellen. Der Patient wird in allen Phasen dieses Prozesses mit einbezogen, was sich positiv auf die Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patient auswirkt. Umgekehrt führen auch bei den Pflegepersonen der ganzheitliche Denkansatz und die anspruchsvolleren Arbeitsbedingungen zu einem neuen Selbstverständnis mit verstärkter Motivation und größerer Zufriedenheit. Voraussetzung für die Ganzheitspflege ist eine umfassende Informationssammlung, die sich zusammensetzt aus pflegerischen und medizinischen Quellen wie z. B. der Pflegeanamnese oder dem Arztbrief. In der Ganzheitspflege führt im Idealfall die Pflegebezugsperson alle Maßnahmen selbst durch. Einerseits ist dieses System unwirtschaftlich und die Pflegefachperson kann sowohl physisch wie psychisch überfordert werden. Andererseits hingegen entsprechen die Grundprinzipien der Ganzheitspflege viel eher den Bedürfnissen der betreuten Person, als zum Beispiel bei der Funktionspflege (vgl. FAWCETT, 1998:12ff).

3. PRIMÄRPFLEGE

Ursprünglich wurde das Primärpflegekonzept in den 60er Jahren in den USA entwickelt und bedeutet Primär- oder Bezugspflege. Marie Manthey ist die Begründerin dieses Pflegesystems.

3.1. Definitionen

Literarisch finden sich zum Begriff der Primären Pflege unterschiedliche Definitionen, wobei sich diese nicht immer genau voneinander abgrenzen lassen (Anmerkung des Verfassers).

Definition nach Marram et al. (1976)

„Primärpflege ist die Durchführung von umfassender, kontinuierlicher, koordinierter und individueller Pflege durch die Primärpflegeperson, die über Autonomie, Rechenschaftspflicht und die Autorität verfügt, als verantwortliche Pflegeperson für ihre Patienten zu handeln“ (MOCKER, 2007:6).

Definition nach Anderson und Choi (1980)

„Primärpflege ist als Pflegesystem so organisiert, dass es die kontinuierliche und umfassende pflegerische Versorgung der Patienten maximiert. Den Schwerpunkt bildet eine Pflegeperson, die über die professionelle/organisatorische Autonomie verfügt, die Verantwortung und die Rechenschaftspflicht für die Pflegeplanung und soweit möglich, die umfassende pflegerische Versorgung bestimmter Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes zu übernehmen. Im Idealfall erstreckt sich diese Verantwortung auch über die Wiederaufnahme eines Patienten, auf die häusliche Pflege und die weitere ambulante Versorgung“ (MOCKER, 2007:6).

Definition nach Hegyvary (1982)

- *„Rechenschaftspflicht:
Eine Pflegeperson, Primärpflegeperson, ist 24 Stunden am Tag verantwortlich für die Pflege eines Patienten während seines gesamten Krankenhausaufenthaltes.*
- *Autonomie:
Die Primärpflegeperson verfügt über und handelt mit der Autorität, Entscheidungen über die Pflege ihrer Patienten in professioneller Selbstbestimmung zu treffen (MOCKER 2007:6).*

- *Koordinierung:*
Kontinuierliche Pflege rund um die Uhr, nicht unterbrochen durch Schichtwechsel und mit direkter Kommunikation der Pflegedurchführenden.
- *Umfassende pflegerische Versorgung:*
Jede Pflegeperson führt die gesamte erforderliche Pflege für einen Patienten während einer bestimmten Zeitspanne, beispielsweise einer Schicht durch“ (MOCKER 2007:6).

Definition nach Manthey (1980)

- *„Zuteilung und Akzeptanz individueller Verantwortung für Entscheidungen einer Pflegeperson*
- *Zuteilung der täglichen Pflege nach dem Prinzip der fallbezogenen Betreuung*
- *Direkte Kommunikation*
- *Eine Pflegeperson trägt die Verantwortung für die Pflegequalität bestimmter Patienten einer Station, 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche.*

Punkt 4 wurde aktualisiert in „Umfassende pflegerische Verantwortung für einen Patienten, der Pflegeleistungen von einer bestimmten Station oder sonstigen Stelle erhält“ (MOCKER, 2007:6f zit. n. MANTHEY 1988).

3.2. Geschichtliche Entwicklung

Der Grundgedanke der Primärpflege lässt sich nach Manthey auf die Entprofessionalisierung der Pflege Mitte des letzten Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten zurückführen. In den 20er und 30er Jahren des letzten Jahrhunderts arbeiteten die Krankenschwestern weitgehend autonom. Sobald ein Pflegebedarf bestand kümmerte sich die Pflegekraft, meist in den Wohnungen der Kranken, um den Patienten. Es gab keine Vorschriften, Routineprozeduren und keinen Zeitplan. Manthey sieht genau diese Freiheit, Entscheidungen zu treffen und autonom zu handeln als Zeichen einer echten Profession. In den frühen 30ern kam es zur Verlagerung der Krankenversorgung aus dem häuslichen Umfeld in die Krankenhäuser. Durch die damit einhergehende Einführung von Arbeitsvorgaben und Richtlinien zerfiel die Struktur der häuslichen Pflege. Folglich kam es zu einer Differenzierung der Pflegekräfte und eine Gesamtheit der Pflege, ausgehend von einer Fachkraft, konnte nicht aufrechterhalten werden (vgl. MANTHEY, 2005:42; PFLEGEWIKI: http://www.pflegewiki.de/wiki/Primary_Nursing 13.07.2009, 15:01).

Hierarchische Strukturen entstanden in den Krankenhäusern und das staatlich geprüfte Personal wurde ausführendes Organ der Angaben von akademischen Fachkräften und zugleich Aufpasser über die niedrigeren Personalgruppen. Um aus einer Ent- und Deprofessionalisierung wieder eine Professionalisierung zu machen, wurde die Primärpflege von Marie Manthey am University of Minnesota Hospital entwickelt und 1969 erstmals dort umgesetzt. In den 70er und 80er Jahren fand das Modell weite Verbreitung in den USA. Über Amerika gelangte die Primärpflege in den angelsächsischen Raum, von dort aus weiter nach Deutschland. Seit Mitte der 90er Jahre findet das Modell immer mehr Anhänger in vielen europäischen Ländern (vgl. PFLEGEWIKI: http://www.pflegewiki.de/wiki/Primary_Nursing 13.07.2009, 15:01; vgl. MANTHEY, 2005:43; vgl. BÜCKER, 2006:42f;).

3.3. Ziele

Jene Ziele, die mit der Organisationsform der Primärpflege erreicht werden sollen, beziehen sich auf den Patienten, das Personal und die Organisation, in Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege (vgl. JOSUKS, 2003:18).

3.3.1. Patientenbezogene Ziele

Eines der wichtigsten Ziele der Primärpflege ist die Zufriedenheit des Patienten. Um ein Gefühl von Sicherheit im Rahmen der Pflege zu gewährleisten, sollen sowohl der Patient als auch die Angehörigen einen festen Ansprechpartner haben. Das so aufgebaute Vertrauensverhältnis zählt ebenso zu den Zielen, wie die individuelle, koordinierte und zielorientierte Pflege. Diese wird auf der Grundlage des pflegerischen Wissens geplant und durchgeführt. Dem Patienten wird die Möglichkeit gegeben, die Pflegetätigkeiten aktiv mitzugestalten, was auch eine Ablehnung der Primär- oder Bezugspflegeperson durch den Patienten (aus persönlichen Gründen) beinhaltet (vgl. JOSUKS, 2003:19).

3.3.2. Personalbezogene Ziele

Zu den personalbezogenen Zielen gehören die Berufs- und Arbeitszufriedenheit, welche durch die Übernahme von Verantwortung für die eigene Tätigkeit erreicht wird. Ein weiteres personalbezogenes Ziel ist die qualitative Weiterentwicklung der Pflege, die Kontinuität in der Durchführung pflegerischer Tätigkeiten und das bewusste Wahrnehmen von Erfolgen in der Pflege des Patienten (vgl. JOSUKS, 2003:19).

3.3.3. Betriebsbezogene Ziele

Die Verantwortung für die Pflege wird von der Pflegedienst- oder Stationsleitung an die Primär- oder Bezugspflegerperson verlagert. Auf diese Weise kommt es zu einer Dezentralisierung von Machtstrukturen. Diese nimmt einen positiven Einfluss auf die Zusammenarbeit des Teams. Es kommt zu einer Steigerung der Pflegequalität und somit kann dem wachsenden Pflegebedarf der Bevölkerung entgegen gekommen werden. Weiters ermöglichen die klar definierten Zuständigkeiten in der Primärpflege eine schnellere Integration neuer Mitarbeiter in das Pflegeteam (vgl. JOSUKS, 2003:19).

3.4. Kernelemente der Primärpflege

Die folgenden Unterpunkte geben eine Darstellung der vier Grundelemente des Primärpflegesystems und beschreiben im Zusammenhang damit entsprechende Rollenerwartungen:

- Verantwortung
- Kontinuität der Pflege durch die Fallmethode
- Direkte Kommunikation
- Pflegeplanender ist zugleich Pflegedurchführender (vgl. MANTHEY, 2005:61).

3.4.1. Verantwortung

Bei der Primärpflege übernimmt die zuständige Pflegekraft die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess und alle damit in Verbindung stehenden Entscheidungen. Die Übernahme der Verantwortung muss für alle Beteiligten, ob innerhalb oder außerhalb des Systems, transparent sein. Der Patient, seine Angehörigen, andere Pflegekräfte, die Ärzte und andere Mitglieder des Gesundheitsteams sollen den Namen der Primärpflegerperson kennen. Wird eine solche Verantwortung übernommen, sind drei wesentliche Punkte zu berücksichtigen (vgl. MANTHEY, 2005:62f):

- Die Primärpflegerperson hat zu entscheiden, welche Informationen wichtig sind und welche nicht und ist dafür verantwortlich, dass der Informationsfluss auch während ihrer Abwesenheit gegeben ist (vgl. MANTHEY, 2005:63).
- Der Pflegeprozess ist von großem Nutzen, um Informationen in Form von Pflegeanweisungen an andere Pflegekräfte weiterzugeben. Die Primärpflegerperson holt relevante Informationen ein und erstellt einen vorläufigen Pflegeplan (vgl. MANTHEY, 2005:62).

Die Anweisungen der Primären Pflegekraft sind auch während ihrer Abwesenheit zu befolgen. Korrekturen werden nur durchgeführt, wenn eine wesentliche Veränderung im Befinden des Patienten es verlangt. Konflikte innerhalb des Pflegepersonals, die Patientenversorgung betreffend, sollten auf vernünftige Weise gelöst und nicht über den Pflegeplan des Patienten ausgetragen werden (vgl. MANTHEY, 2005:62f).

- Wesentliche Verantwortung trägt die Primärpflegekraft bei der Planung und Organisation der Entlassung des Patienten. Die pflegerische Betreuung ist auch nach dem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen. Dies betrifft entweder die Versorgung zu Hause, die mit der Familie geplant und organisiert wird, oder die Entlassung in eine andere Pflegeeinrichtung. Alle wichtigen Informationen den Patienten und den Pflegeplan betreffend sind weiterzuleiten. Die Zuständigkeit und Verantwortung der Primärpflegeperson für den Patienten erstreckt sich von der Aufnahme bis zur Entlassung (vgl. MANTHEY, 2005:64).

3.4.2. Kontinuität der Pflege durch die Fallmethode

Das zweite Kernelement der Primärpflege bezieht sich auf die Arbeitszuweisung nach der Fallmethode. Entsprechend den Qualifikationen und der Stellenbeschreibung übernimmt eine Pflegekraft sämtliche die Pflege betreffenden Aufgaben für den zugeteilten Patienten. Die tägliche Patientenzuweisung unterliegt zwei Kriterien: Erstens der besondere Bedarf des jeweiligen Patienten, der mit den Möglichkeiten des Personals in Einklang gebracht werden muss. Zweitens sind die Fähigkeiten und spezifischen Stärken des verfügbaren Personals zu berücksichtigen (vgl. MANTHEY, 2005:64f).

Die Methode der Fallzuweisung ist patienten- und nicht tätigkeitsorientiert. Es ist also möglich verschiedene Pflegehandlungen bei einem Besuch im Krankenzimmer zu bündeln. Dies hat den Vorteil der Zeitersparnis und erlaubt mehr Gespräche und persönliche Zuwendung für den Patienten. Es kann genauer auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten eingegangen werden und in Verbindung damit können Dinge in Erfahrung gebracht werden, die für die Pflege und/oder Entlassung wesentlich sind. Räumliche Verhältnisse sollten keinen Einfluss auf die Patientenzuweisung haben. Eine Berücksichtigung der Lage der jeweiligen Zimmer macht nur dann einen Sinn, wenn sich dadurch eine wesentliche Wegstreckenverkürzung ergibt. Dennoch erweist sich die Fallmethode diesbezüglich als effektiverer. Die Aufgabe der Stationsleitung besteht darin die Fähigkeiten und Stärken ihres Personals zu kennen und es gezielt zum Einsatz zu bringen (vgl. MANTHEY, 2005:65).

Unter bestimmten Umständen, die das Einführen des Primärpflegekonzeptes aus verschiedenen Gründen nicht möglich machten, führte der Wechsel von der Gruppenpflege zur Fallmethode zu einer beachtlichen Verbesserung. Ein Rückgang von Hektik und Anspannung auf vielbeschäftigten Stationen konnte beobachtet werden. Zugleich fanden Arbeiten wieder in einem eigenen Rhythmus statt (vgl. MANTHEY, 2005:66).

Ein Nachteil der Fallmethode ist, dass diese oft Einfluss auf die Entscheidungsfreiheit und Arbeitsmoral der Mitarbeiter nimmt. Die willkürliche Einengung bei der Zuteilung der Patienten führt oft zu einer eingeschränkten Wahrnehmung der Patienten auf der Station durch die einzelne Pflegekraft. Dennoch erfreut sich die Fallmethode oder an sie angelehnte Ausführungen einer gewissen Beliebtheit (vgl. MANTHEY, 2005:66).

3.4.3. Direkte Kommunikation

Das dritte Kernelement der Primärpflege wurde entwickelt um Verzerrungen in der Datenübermittlung zu vermeiden. Es schafft Voraussetzung für eine unmittelbare und direkte Kommunikation unter den verschiedenen Berufsgruppen, die am Patienten tätig sind wie zum Beispiel der Arzt aber auch die Diätassistentin oder die Physiotherapie. Das Element besteht in der Vereinfachung der Kommunikationsstrukturen. Ziel ist es wichtige Informationen nicht über Dritte zu übermitteln. Alle mit der Versorgung des Patienten Betrauten reden direkt miteinander (vgl. MANTHEY, 2005:67).

Als zentraler Punkt der Informationsübermittlung auf der Station kristallisiert sich die Dienstübergabe heraus. Diese wird teilweise unterschiedlich durchgeführt. Auf den allgemeinen Stationen wird die Dienstübergabe üblicherweise im Schwesternzimmer durchgeführt. Auf Intensivstationen wird vorwiegend von Bett zu Bett oder von Zimmer zu Zimmer gegangen. Im Optimalfall sind alle Pflegekräfte, egal ob Pflegehelfer, Auszubildende und diplomierte Pflegekräfte bei der Übergabe anwesend. Die Wichtigkeit dieses Kernelements liegt darin, dass zum Beispiel die Person, die während des Tagdienstes die Verantwortung für den Patienten trägt, ihren Bericht der verantwortlichen Pflegekraft des Nachtdienstes erstattet. Weiters ist sie als Primäre Pflegekraft dafür zuständig wichtige Informationen an andere Mitglieder des Gesundheitsteams weiterzugeben oder einzuholen (vgl. MANTHEY, 2005:67).

Gelegentlich muss sich die Primäre Pflegekraft auch als „Anwalt“ des Patienten verstehen. Viele Krankenhäuser sehen das Primärpflegekonzept als Möglichkeit Schadensfälle zu reduzieren und gerichtlichen Auseinandersetzungen infolge mangelnder Informationsübermittlung an den Patienten und/oder seinen Angehörigen zu vermeiden. Die Primärpflegekraft sollte in der Lage sein den Wissenstand des Patienten und der auskunftsberechtigten Familienmitglieder einzuschätzen und den erkannten Wissensbedarf zu füllen (vgl. MANTHEY, 2005:68).

3.4.4. Pflegeplanender ist zugleich Pflegedurchführender

Im Primärpflegesystem geht die Entscheidung, wie der Patient versorgt werden soll, auf diejenige Person über, die hauptsächlich für die Durchführung der Pflege verantwortlich ist. Diese Person vermag am ehesten zu beurteilen, ob der erstellte Pflegeplan für den Patienten angemessen ist oder nicht. Dadurch können notwendige Verbesserungen des Pflegeplans in Zusammenhang mit Planen und Ausführen unverzüglich korrigiert werden. In den 70er Jahren wurde versucht die Pflegeplanung den Pflegekräften mit akademischen Grad zuzuteilen und die Ausführung den Pflegehelfern, Krankenpflegehelfern und examinierten Pflegekräften mit praktischer Ausbildung zu übertragen. Die Teammitglieder hatten den pflegerischen Anordnungen von Teamleitern, die nicht im direkten Kontakt zum Patienten standen, Folge zu leisten. Das eigenständige Denken und Entscheiden der untergeordneten Teammitglieder erfuhr eine starke Einschränkung (vgl. MANTHEY, 2005:69).

Im Primärpflegesystem hingegen ist eine diplomierte Pflegeperson mit praktischer Ausbildung weitgehend mit dem gesamten Pflegeprozess vertraut und ist somit nicht nur für die Planung, sondern auch für die Durchführung verantwortlich. Dieses System beruht darauf die Qualitäten der Einzelnen einzubeziehen. Akademische Grade spielen dabei keine Rolle.

Im Optimalfall kümmert sich die Primärpflegekraft von 21 Schichten, in die eine Arbeitswoche normalerweise aufgeteilt ist, in fünf davon selbst um die ihr zugeteilten Patienten. In Österreich dagegen überwiegt in den Krankenhäusern noch der 12 Stunden Dienst. Infolgedessen wird eine Arbeitswoche in 14 Dienste aufgeteilt. Je nach Personalstand entscheidet sich wie viele Bezugspatienten einer Pflegekraft zugeordnet werden (vgl. MANTHEY, 2005:70f; Anmerkung der Verfasserin).

3.5. Rollen und Aufgaben im Primärpflegesystem

Das System der Primärpflege stellt ein nach bestimmten Regeln funktionierendes Ganzes dar, innerhalb dessen die einzelnen Mitglieder bestimmte Rollen und Aufgaben übernehmen. Trotz klarer Rollendefinition der einzelnen, an der Pflege beteiligten, Personen ist es Voraussetzung im Team zu arbeiten um das Funktionieren des Primärpflegesystems zu gewährleisten (vgl. BÜCKER, 2006:21).

3.5.1. Pflegedienstleitung

Die pflegerische Leitung eines Krankenhauses obliegt der Pflegedienstleitung oder auch Pflegedirektion genannt. Die Pflegedienstleitung ist in der Regel direkt dem Träger der Einrichtung unterstellt und hat die disziplinarische und fachliche Aufsicht über das Pflegepersonal, die jeweiligen Hilfsberufe, sowie die Zivildienstleistenden, Praktikanten und anderer Mitarbeiter im Pflegedienst. Die Pflegedienstleitung kontrolliert die Entwicklung des Primärpflegekonzeptes auf den Stationen und steht in ständiger Verbindung mit den Stationsleitungen (vgl. MANTHEY, 2005:107; vgl. BÜCKER, 2006:66).

3.5.2. Stationsleitung

Bei der Einführung des Primärpflegesystems erfährt die Stationsleitung eine Veränderung ihrer Rolle. Eine Stationsleitung definiert sich in der Gruppenpflege dadurch auf alle Fragen eine Antwort zu haben und jedes Problem in den Griff zu bekommen. Sie stellt sich im System der Gruppenpflege als zentrale Informationsquelle dar. Andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens holen bei ihr die notwendigen Informationen über die Patienten ein. Im Primärpflegesystem hingegen gibt die Stationsleitung alle an sie gerichteten Fragen den Patienten betreffend an die dafür zuständigen Pflegekräfte weiter, da die Primärpflegekraft für die direkte Kommunikation verantwortlich ist (vgl. MANTHEY, 2005:72f).

Häufig fällt es der Stationsleitung schwer, dass die Primärpflegekraft besser über ihre einzelnen Patienten Bescheid weiß. Verunsicherungen der Stationsleitung sind die Folge. Die Rolle der Stationsleitung besteht im Primärpflegesystem in der Leitung und Erledigung organisatorischer Aufgaben, wie zum Beispiel Dienstplangestaltung, Stundenabrechnung, Neuanschaffungen und der Mitarbeiterführung in Krisensituationen, sowie in der kontinuierlichen Verantwortung für das gesamte Management der Patientenversorgung (vgl. MANTHEY, 2005:74ff; vgl. MISCHO-KELLING, SCHÜTZ-PAZZINI, 2007:149).

Sie sollte dem Primärpflegepersonal bei seinen Entscheidungen unterstützend zur Seite stehen, die getroffenen Entscheidungen akzeptieren und sie entsprechend mittragen. Falls Meinungsunterschiede auftreten, ist es Aufgabe der Stationsleitung dies der betreffenden Pflegekraft zu erklären und Alternativen aufzuzeigen. Um auf der Station sicher handeln zu können soll sie als „Lehrende“ sicherstellen, dass ihr Personal über die notwendigen Grundkenntnisse verfügt. Sobald Defizite auftreten, liegt ihre Aufgabe darin das Fehlende persönlich zu vermitteln oder entsprechende Vorkehrungen zu treffen. Somit fungiert sie als Qualitätsmanager auf ihrer Station (vgl. MANTHEY, 2005:74ff; vgl. MISCHO-KELLING, SCHÜTZ-PAZZINI, 2007:149).

3.5.3. Die Primärpflegeperson (Primary Nurse)

Die Aufgaben der Primärpflegeperson beziehen sich auf die vier Kernelemente des Pflegesystems (siehe Kapitel 3.4.): Sie ist für eine bestimmte Gruppe von Patienten, unabhängig davon, in welchem Zimmer diese liegen oder welche Krankheit sie haben, für den kompletten Pflegeprozess verantwortlich. Speziell wenn schwierige Entscheidungen anstehen, wird die Verantwortungsübernahme am deutlichsten. In ihrer Position ist es nicht erlaubt diese Verantwortung zu ignorieren oder auf den nächsten Dienst zu übertragen. Hilfe bei Entscheidungsschwierigkeiten können jedoch bei Teammitgliedern oder der Stationsschwester eingeholt werden. Sie ist verpflichtet sich der Probleme anzunehmen und die dafür notwendigen Schritte zu planen und einzuleiten. Die schriftliche Dokumentation der Pflegeplanung und der Pflegebericht stellen für die Primärpflegekraft eine Argumentationshilfe und ein wichtiges Beweismittel dar. Sie ist Ansprechpartner für den Patienten, seine Angehörigen und alle anderen am Patienten tätigen Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Kann der Patient seine Interessen nicht selbst vertreten, dient sie ihm als Sprachrohr bei Teamsitzungen der Visite oder sonstigen Besprechungen, wie zum Beispiel gegenüber Angehörigen (vgl. BÜCKER, 2006:44ff; MANTHEY, 2005:61f/75; MENCHE, 2007:56ff).

Die Primärpflegekraft ist eine erfahrene, diplomierte Pflegeperson, die in den folgenden Bereichen qualifiziert sein sollte:

- Akzeptanz der Pflegeverantwortung
- Übernahme der Verantwortung
- Beziehungsfähigkeit
- Autorität zum Handeln

Die Aufgabe der Primärpflegekraft ist es mit dem Patienten zu arbeiten, nicht für ihn. Sie arbeitet ebenso mit anderen Berufsgruppen, weder für noch gegen sie. Da die Primärpflegekraft nicht rund um die Uhr im Dienst ist, jedoch trotzdem die Kontinuität der Pflege aufrecht erhalten muss, braucht sie ein funktionierendes Team an ihrer Seite (vgl. BÜCKER, 2006:68ff; vgl. MANTHEY, 2005:100-103).

3.5.4. Sekundärpflegekraft (Associated Nurse)

Die Sekundärpflegekraft ist der Primärpflegekraft nachgeordnet und führt in deren Abwesenheit die Pflege der Patientengruppe der Planung entsprechend weiter. Somit wird das Problem, dass Pflegemaßnahmen täglich umgeändert werden, vermieden (vgl. BÜCKER, 2006:45; MANTHEY, 2005:15).

Die Sekundärpflegekraft darf Änderungen in der Planung nur vornehmen, wenn akute Probleme auftreten und ein Abwarten und Vertagen nicht vertretbar ist. Daraus ist ersichtlich, dass sich die auch die Sekundärpflegekraft ihrer Verantwortung nicht entziehen kann (vgl. BÜCKER, 2006:45; MANTHEY, 2005:15).

3.5.5. Die Primärpflegekraft und andere Berufsgruppen

Die Pflege hat sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt und klare Konzepte hervorgebracht. Primärpflege kann die Wissensgrundlage der Pflegenden verbessern, aber auch das Konfliktpotenzial mit anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen erhöhen. Das hierarchische System war bisher so gegliedert, dass nur die Stationsleitung mit den Ärzten kommunizierte und Entscheidungen in Frage stellen konnte. Im Primärpflegesystem hingegen kommuniziert jede Pflegeperson, je nach ihrem Autonomie- und Autoritätsbereich, mit dem Arzt und mit anderen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Physiotherapeuten, Seelsorgern oder Diätassistenten. Die Primärpflegekraft hat durch ihren engen Kontakt zum Patienten und seinen Angehörigen eine umfassendere Wissensgrundlage. Diese kann in Diskussionen mit anderen Berufsgruppen eingebracht werden und Entscheidungen den Patienten betreffend beeinflussen (vgl. LANGE, 2005:27f zit. n. MCMAHON in ERSSER/TUTTON S. 199ff).

4. VOR- UND NACHTEILE DES PRIMÄRPFLEGESYSTEMS

Das Primärpflegesystem hat sowohl Vor- als auch Nachteile, welche in den nachstehenden Unterkapiteln ausführlicher erläutert und zusammengefasst werden.

4.1. Vorteile

Die Vorteile der Primärpflege liegen in der Dezentralisation, die durch einen ständigen Informationsfluss zwischen konstant zugeordneter Primärpflegekraft und den jeweilig zugeordneten Patienten gekennzeichnet wird. Die somatische und psychosoziale Pflegeanamnese wird umfassender erhoben und somit eine höhere Bedürfnisorientierung in der Pflegeplanung erreicht. Der Prozesskreis der Planung, Pflegedurchführung und der Evaluation schließt sich. Mittels stetigen Informationsfluss und das Verständnis für zusammenhängende Pflegeprozesse durch die Primärpflegekraft wird die Pflegedokumentation erleichtert. Examinierte Pflegekräfte haben in diesem System ihrem Wissensstand angemessene Entscheidungs- und Handlungsspielräume. Auf diese Weise wird die berufliche Zufriedenheit gefördert. Aufgaben im Bereich der Administration und Koordination werden zum größten Teil auf die Primärpflegekräfte verteilt und die Stationsleitungen entlastet. Der Zeitaufwand ist häufig niedriger als in der Funktions- oder Bereichspflege. Pflegehandlungen an einzelnen Patienten können deshalb einfacher strukturiert werden. Ablaufbedingte Wartezeiten und Wegzeiten werden verringert. Patienten erfahren durch das Primärpflegesystem einen erleichterten Kontakt zur Pflegekraft, somit wird der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses positiv gefördert. Der Tagesablauf auf einer Station oder pflegerischen Einrichtung kann innerhalb dieses Systems besser an die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Patienten oder Klienten angepasst werden (vgl. PFLEGEWIKI: http://www.pflegewiki.de/wiki/Primary_Nursing 13.07.2009, 15:01).

4.2. Nachteile

Der Informationsfluss zwischen den Mitarbeitern ist innerhalb des Primärpflegesystems gelegentlich erschwert. Damit alle Pflegekräfte über die einzelnen Patienten ausreichend informiert sind, ist mit verlängerten Dienstübergabezeiten zu rechnen. Durch die individuell auf Patienten abgestimmte Pflegeplanung dauert die Einarbeitung neuer Mitarbeiter länger als bei rein tätigkeitsorientierter Pflege. Der erforderliche Anteil an examinierten Pflegekräften ist höher. Einzelne Aufgaben können lediglich bedingt aus dem Pflegeprozess losgelöst und weiterdelegiert werden (vgl. PFLEGEWIKI: http://www.pflegewiki.de/wiki/Primary_Nursing 13.07.2009, 15:01).

Demzufolge weist die Primärpflege mehrfach einen größeren Personalkostenanteil als das Funktionspflegesystem auf. Auseinandersetzungen zwischen der Primärpflegekraft und der Sekundärpflegekraft können ein Problem darstellen. Diplomiertes Pflegepersonal ist momentan unabhängig von der Berufserfahrung theoretisch gesehen auf derselben Ebene platziert. Erfolgt hier nun eine Differenzierung zwischen dem Pflegepersonal, können Teamkonflikte die Folge sein. Um dem entgegenzuwirken sind der Einsatz von Informationsmaterialien und die Vermittlung der Notwendigkeit einer Sekundärpflegekraft erforderlich (vgl. PFLEGEWIKI: http://www.pflegewiki.de/wiki/Primary_Nursing 13.07.2009, 15:01).

Einen weiteren Nachteil zeigt sich im Umgang mit Nähe und Distanz. Bei längeren Betreuungsphasen eines Patienten kann es zur Verdichtung einer emotionalen Beziehung kommen. Wird diese Beziehung nicht professionell reflektiert, können aufgrund der hohen Verantwortung Schwierigkeiten mit der Rollenidentifikation auftreten. Die Gefahr der Überforderung oder sogar eines Burn outs der Pflegenden kann die Folge sein. Diese Gefahr sollte auf der Leitungsebene erkannt werden und mittels Angebot von professioneller Begleitung oder Unterstützung ein Burn out rechtzeitig abgewendet werden (vgl. PFLEGEWIKI: http://www.pflegewiki.de/wiki/Primary_Nursing 13.07.2009, 15:01; vgl. MOCKER, 2007:16).

5. EMPIRISCHER TEIL

5.1. Praktische Umsetzung des Primärpflegesystems

Die Einführung des Primärpflegesystems und die damit verbundene Teamorganisation ist ein erheblicher Veränderungsprozess im Krankenhauswesen. Alte Organisationsstrukturen werden aufgebrochen und verändert. Alle betroffenen Mitarbeiter müssen diesen Prozess verstehen, wollen und umsetzen (vgl. BÜCKER, 2006:28).

Das Management oder die Pflegedienstleitung kann verschiedenen Voraussetzungen schaffen, um den Prozess der Einführung und Umsetzung zu unterstützen und zu beschleunigen. Ob und wie das System eingeführt wird, soll auf der Stationsebene selbst entschieden werden. Ein „zwangsbeglücken“ des Personals ist weniger Erfolg versprechend (vgl. MANTHEY, 2005:80).

Die Entscheidung das Primärpflegekonzept zu erkunden ist der erste wirkliche Schritt des Personals zu dessen Einführung. In der Regel drehen sich die ersten Diskussionen diesen Schritt zu gehen darum, ob das System der Primärpflege dem gegenwärtig genutzten überlegen ist oder nicht. Die Erwartungen an das System liegen darin die Pflegequalität zu steigern und die Mitarbeiterzufriedenheit zu fördern (vgl. MANTHEY, 2005:82).

Auch wenn das Personal und die Stationsleitung sich einig sind das Primärpflegesystem einzuführen, bleibt ein Anfangsproblem bestehen: Die bei der Implementierung entstehenden Rollenveränderungen (siehe Kapitel 3.5) zu akzeptieren und selbst anzunehmen. Das Pflegepersonal wird den Unterschied in seiner neuen Beziehung zur Stationsleitung in der Regel als positiv erleben. Die neu zu schaffenden Beziehungen untereinander sind jedoch von größerer Wichtigkeit. Sie bilden die Grundlage der Primärpflege. Weder die Krankenhausbürokratie noch die Gruppenpflege verlangen oder fördern zwischenmenschliche Beziehungen, die auf gegenseitiges Vertrauen und dem Respekt vor der Pflegekompetenz des anderen beruhen, gleichermaßen wie das Primärpflegesystem (vgl. MANTHEY, 2005:80f).

Das System der Primärpflege kann in jedem beliebigen Praxisfeld eingesetzt werden, wenn die Organisation dementsprechend umstrukturiert wird. Dies setzt Mut und Engagement des Personals voraus (vgl. MANTHEY, 2005:73).

Da Ergebnis ist jedoch immer dasselbe: Höhere Zufriedenheit des Personals, unabhängig davon, ob das System von der administrativen Struktur unterstützt wird oder nicht. Die erfolgreiche Einführung führt zur Entstehung von Arbeitsbeziehungen innerhalb des Personals. Diese ermöglichen jedem Einzelnen die Unterstützung zukommen zu lassen an der es normalerweise fehlt. Ein Wagnis einzugehen ist immer riskant, aber umso schöner ist der Erfolg und die Arbeit macht sogleich mehr Spaß (vgl. MANTHEY, 2005:73/81f).

5.2. Implementierung der Primärpflege im Intensivbereich

Der Entschluss zur Implementierung der Primärpflege basierte auf zwei wesentlichen Aspekten, die für unser Krankenhaus von großer Wichtigkeit sind. Zum einem der christliche Hintergrund des Ordens und zum anderen das ständige Streben nach mehr Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Der Provinzialrat veröffentlichte 2002 ein Buch für Mitarbeiter der Werke der Barmherzigen Brüder. Jeder Mitarbeiter ist aufgefordert, unabhängig seines Glaubens, sich in seiner täglichen Arbeit mit Patienten oder Kollegen an den Inhalten dieses Buches zu orientieren. Um diese Hintergründe für den Leser dieser Abschlussarbeit näher zu bringen, wurde im folgenden Kapitel der Zusammenhang zwischen Dynamik mit Stil und der Primärpflege genauer erklärt (Anmerkung der Verfasserin).

5.2.1. Dynamik mit Stil im Zusammenhang mit Primärpflege

Die Prinzipien nach denen der Orden seine Mitarbeiter führt, lassen sich optimal mit der Primärpflege in Einklang bringen. „Dynamik mit Stil“ sind Orientierungsrichtlinien, die von allen Mitarbeitern in den Krankenanstalten oder Pflegeeinrichtungen der Barmherzigen Brüder gelebt werden sollten (Anmerkung des Verfassers).

Die Mitarbeiter in den Werken der Barmherzigen Brüder dürfen aus den Überlieferungen des Heiligen Johannes von Gott schöpfen und halten an folgenden Leitsätzen für unsere Sichtweise des Menschen fest (vgl. ASTNER G. et al., 2002:19):

- Auch im Krankenhaus ist der Mensch für einen bestimmten Zeitraum „zu Hause“. Strukturen und Rahmenbedingungen werden so gestaltet, dass das Wohlbefinden der Patienten/Bewohner gefördert wird, und sich der Tagesablauf an die Bedürfnisse anpasst.

- Die Aufnahme im Krankenhaus ist oft mit Unsicherheit und Angst verbunden. Durch Gespräche und gezielte Informationen soll eine Beziehung aufgebaut und eine Vertrauensbasis geschaffen werden. In der gelebten Hospitalität soll der Ankommende spüren, dass er ein willkommener Gast ist.
- Wir orientieren uns an der Lebensgeschichte der Patienten/Bewohner und akzeptieren sie in ihrer Ganzheitlichkeit unter Berücksichtigung ihrer physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Ausprägung.
- Wir praktizieren ein professionelles Handeln nach dem Leitgedanken des Heiligen Johannes von Gott „Das Herz befehle“ und sehen Würde, Achtung und Wertschätzung als Maßstab für all unser Tun.
- Ziel ist es, eine Brücke zwischen Krankenhaus, dem Zuhause und den extramuralen Einrichtungen aufzubauen, um auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus eine kontinuierliche Betreuung zu sichern.
- Achtung des Respekts, der Rücksichtnahme und der Anerkennung der erbrachten Leistungen aller Berufsgruppen. Das bedeutet partnerschaftliches Arbeiten und eine gelebte Zusammenarbeit.
- Medizinisch und pflegerische Dokumentation ist gesetzlich geregelt und ein fixer Bestandteil unseres professionellen Handelns. Sie dient der Qualitätssicherung, der Nachvollziehbarkeit und der Kontinuität von gesetzten Handlungen.
- Wir wissen um die Einheit Körper–Seele–Geist des Menschen und erkennen, dass die Behandlung körperlichen Leidens und die Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichts nicht voneinander zu trennen sind.
- Jeder hat das Recht auf Wahrheit seinen Gesundheitszustand betreffend, wenn es nicht auf Kosten seines persönlichen Wohlergehens geht. Entscheidungen die Patienten/Bewohner für sich selber getroffen haben, sind grundsätzlich anzuerkennen (vgl. ASTNER G. et al. 2002:27-90).

- Sterbende werden im letzten Abschnitt ihres Lebens mit dem Ziel begleitet, durch unsere Zuwendung und Betreuung, gerade in dieser Phase des Seins, eine individuelle und bestmögliche Lebensqualität zu erhalten (vgl. ASTNER G. et al. 2002:93).

Nach diesen Leitsätzen zu arbeiten stellt für die Mitarbeiter täglich eine neue Herausforderung im Berufsalltag dar. Es bedeutet ständig an die Grenzen des eigenen Tuns zu geraten und in Bezug auf die auszuführenden Tätigkeiten am Patienten in Konfrontation mit sich selbst und dem eigenen Handeln zu stehen. Das System der Primärpflege bietet eine Basis, um diese Leitsätze in den Pflegealltag einzubauen und leben zu können (Anmerkung des Verfassers).

„Durch Sensibilität wird der Mensch mit seinen Bedürfnissen und Wünschen angenommen, die sich aus seinem Leben und die ihn prägende Umwelt ergeben“

„Gutes tun und es gut tun“
(zit. n. ASTNER G. et al., 2002:19)

5.2.2. Aufbaustruktur und Personaleinsatz auf der Intensivstation

Das Pflegeteam der interdisziplinären Intensivstation St. Veit/Glan setzt sich derzeit aus 22 Mitarbeitern (Voll- und Teilzeit) zusammen. Die Station umfasst acht Intensivbetten, die alle als Beatmungsplätze ausgestattet sind. Zwei Patienten können bei besonderem Bedarf in Einzelkojen isoliert werden. Die restlichen Betten teilen sich auf jeweils zwei Dreibettzimmern auf (vgl. www.barmherzige-brueder.at 15.09.2009, 21:29; Anmerkung der Verfasserin).

Zum Großteil setzt sich unser Patientengut aus chirurgischen, zum kleineren Teil auch aus internen Intensivpatienten zusammen. Besonderer Schwerpunkt unserer Abteilung liegt in der Bauchchirurgie. Meistens handelt es sich dabei um onkologische Patienten, die bereits eine breite Palette von Krankenhausaufenthalten und Therapien hinter sich haben. Jährlich werden ca. 200 Patienten, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 4.8 – 4.9 Tagen, auf unserer Intensivstation betreut (vgl. www.barmherzige-brueder.at 15.09.2009, 21:29; Anmerkung der Verfasserin).

Vor der Einführung der Primärpflege wurde auf unserer Station das Zimmerpflegesystem praktiziert. Gegenwärtig kommen beide Pflegesysteme zum Einsatz – genaueres darüber wird in den folgenden Kapiteln noch erläutert (Anmerkung der Verfasserin).

Im Normalbetrieb bzw. bei Vollaustattung sind tagsüber vier Diplomierte Pflegekräfte und zwei Pflegehelfer im Dienst. Die Aufgaben der Pflegehelfer beschränken sich jedoch auf patientenferne Arbeiten. Dazu zählt beispielsweise das Verräumen der Apotheke oder hygienische Arbeiten nach dem Reinigungsplan. Der Nachtdienst ist mit drei diplomierten Pflegekräften besetzt. Bei voller Auslastung von Patienten mit entsprechender Pflegeintensität wird ein vierter Nachtdienst zusätzlich organisiert, um weiterhin eine optimale Pflege und Versorgung zu gewährleisten und Überforderungen des Personals zu vermeiden (Anmerkung der Verfasserin).

5.2.3. Beschluss über die Einführung der Primärpflege und Motivation

Der Entschluss das System der Primärpflege als „Pilotprojekt“ für die Intensivstation wurde im Jänner 2008 getroffen. Die Dauer des Projekts wurde in einem Zeitrahmen von maximal zwei Jahren festgelegt. Mehrere diplomierte Pflegekräfte und die Stationsleitung der Intensivstation, sowie auch die Pflegedienstleitung besuchten 2007 eine Fortbildung zum Thema „Patientenorientierte Pflegesysteme“. Somit war die Voraussetzung geschaffen, dass bereits einige Pflegepersonen auf der Station ein Grundwissen über das Konzept der Primärpflege erhielten, um mit der Umsetzung beginnen zu können. Um die Implementierung des Systems zu erleichtern und erfolgreich durchzuführen, wurden zwei diplomierte Pflegekräfte der Station mit der Aufgabe der Projektleitung beauftragt. Die Projektleiter meldeten sich freiwillig und aus eigenem Interesse (Anmerkung der Verfasserin).

Die Motivation das Primärpflegesystem umzusetzen lag in der Leitungs- und Stationsebene unter anderem darin, die oben genannten Leitsätze des Heiligen Johannes von Gott mit einem patientenorientierten Pflegesystem leichter leben zu können. Ziel war es, eine höhere Pflegequalität zu bieten und somit für Patienten und Pflegepersonal mehr Zufriedenheit zu schaffen. In Absprache mit der Pflegedienstleitung und der Stationsschwester, die selbst in allen Phasen der Implementierung mit persönlichem Einsatz dabei war, wurde im Jänner 2008 mit der Vorbereitung und Umsetzung begonnen (Anmerkung der Verfasserin).

5.2.4. Vorbereitung und Umsetzung

Die Vorbereitung begann sofort mit dem Entschluss das System auf der Intensivstation zu implementieren. Die Projektleiter setzten sich vorerst genauer mit dem Thema Primärpflege auseinander, um das bereits vorhandene Wissen zu vertiefen. Plan war es im Februar 2008 mit der Umsetzung zu beginnen (Anmerkung der Verfasserin).

In den regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen, bei denen bis auf Ausnahmen Anwesenheitspflicht besteht, wurden die Mitarbeiter des Intensivpflegeteams über das Vorhaben in Kenntnis gesetzt und ihre Zustimmungen eingeholt. Mehrheitlich wurde die Bereitschaft gezeigt das Projekt in Angriff zu nehmen. Bereits während der Teamsitzungen wurde das Pflegepersonal über das Primärpflegesystem geschult und informiert. Die Fragen der Mitarbeiter bezüglich Primärpflege wurden beantwortet und Kritikpunkte diskutiert (Anmerkung der Verfasserin).

Um das Pflorgeteam anfangs nicht zu überfordern und mit diesem Pflegesystem langsam vertraut zu machen, schien es sinnvoll, die Primärpflege vorläufig in einem eingeschränkten Rahmen durchzuführen. Es wurden Kriterien für die Durchführung der Primärpflege festgelegt:

- Das Primärpflegesystem beschränkt sich auf den Zeitraum von der Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung auf der Intensivstation.
- In Primärpflegesystem aufgenommen werden vorerst die Patienten, die geplante große Operationen und somit einen Intensivaufenthalt von mehreren Tagen haben.
- Konzentrationsschwerpunkt liegt in der Aufklärungsarbeit – was wird den Patienten auf der Intensivstation erwarten. Viele Patienten sind noch nie auf einer Intensivstation gelegen und haben daher Angst, sind verunsichert und haben falsche Vorstellungen bezüglich des bevorstehenden Intensivaufenthaltes.
- Wenn möglich wird der Patient bereits bei der Vorbereitung auf die Operation einer Primärpflegeperson zugeteilt. Dies geschieht in der Regel am Vortag der Operation, im Rahmen der präoperativen Vorbereitung auf der Intensivstation (Anmerkung der Verfasserin).

Um den Mitarbeitern eine Orientierungshilfe zu bieten, wurden Richtlinien für das Führen eines Primärpflegegespräches erarbeitet:

- Vorstellen der zuständigen Primärpflegeperson mit Namen.
- Zeit nehmen und nicht während des Gespräches weglaufen.
- Auf gleicher Ebene und verständlich kommunizieren (zum Bett setzen).
- Auf Fragen, Ängste und Sorgen des Patienten eingehen.
- Eine Vertrauensbasis schaffen.

- Sympathie und Antipathie zwischen Patient und Pflegekraft klären, gegebenenfalls eine andere Primärpflegeperson zuteilen.
- Jeder Patient hat das Recht über die Bedeutung der Primärpflege informiert zu werden und diese abzulehnen (Anmerkung der Verfasserin).

Das Primärpflegegespräch soll inhaltlich für jeden Patienten gleich gestaltet sein. Daher wurde ein Themenkatalog erstellt, der die wesentlichen anzusprechenden Punkte des Gespräches festlegt (Anmerkung der Verfasserin).

Was soll das Primärpflegegespräch beinhalten?

- Anamnesebogen mit dem Patienten ausfüllen, sollte dieser nicht selbst in der Lage sein (wurde vom Team der Intensivstation erstellt und beinhaltet wertvolle Informationen über Schlafgewohnheiten, Essengewohnheiten, Gewohnheiten bei der Körperpflege, wie der Patient auf Schmerz reagiert etc.).
- Den Patienten danach fragen, ob er sich ausreichend aufgeklärt fühlt oder, ob noch Fragen offen sind (sollte dies der Fall sein, ist der Patient ärztlich noch einmal aufzuklären).
- Postoperative Aufwachphase (fast alle Patienten kommen nach der OP intubiert und beatmet auf die Station; Bei unkomplizierten postoperativen Verlauf wird noch am selben Tag extubiert).
- Notwendigkeit der Atemtherapie und unterschiedliche Möglichkeiten bei Patienten mit Platzangst (eventuell verschiedene Masken anpassen und/oder den Umgang mit Mundstück erklären).
- Information über Liegedauer von Drainagen, Sonden und Kathetern.
- Aufklärung über postoperative Schmerzbehandlung, Möglichkeit der Inanspruchnahme von Aromapflege, Lärmpegel auf der Intensivstation.
- Aufklärung über Nahrungskarenz bzw. Nahrungsaufbau und Mobilisation.
- Die vorrausichtliche Dauer des Intensivaufenthaltes.
- Anbieten von Seelsorge und psychologischem Dienst.
- Wenn möglich Auswahl des Platzes (Einzelkoje, Fensterplatz).
- Informationen über den Tagesablauf geben (Visite, Besuchsregelung).
- Auskunftspersonen ermitteln und Codewort für die Auskunftsberechtigung anbieten, will der Patient von jemanden nicht besucht werden.
- Patienten auffordern notwendige persönliche Dinge zusammenzurichten (werden von der Station am Operationstag auf die Intensivstation gebracht).

- Informationen bezüglich Fernseher, Radio oder die Tageszeitung erhalten.
- Aufklären darüber, dass es bei Platzmangel zu einer früheren Verlegung auf die Station kommen, kann wenn es der Zustand des Patienten erlaubt.
- Termin für das Evaluationsgespräch mit dem Patienten vereinbaren. Dabei wird berücksichtigt, wann die Primärpflegekraft weiterhin im Dienst ist und dies dem Patienten mitteilen (Anmerkung der Verfasserin).

Die Evaluierung bezieht sich nicht allein auf die Pflegeplanung. Das Evaluationsgespräch ist ein wesentlicher Faktor im Primärpflegesystem. Es gibt Auskunft darüber in wie fern der Patient vom Primärpflegesystem profitiert hat und ob der Patient Mängel in der pflegerischen und auch medizinischen Versorgung erlebt hat. Folglich kann sich das Pflegeteam mit seinen Schwächen auseinandersetzen und vorher unerkannten Defiziten entgegen wirken (Anmerkung der Verfasserin).

Was soll das Evaluationsgespräch beinhalten?

- Das Evaluationsgespräch soll herausfinden, wie es dem Patienten geht und wie er sich betreut und versorgt fühlt.
- Spezielle Probleme aus dem ersten Gespräch oder bereits vorausgegangenen Evaluationsgesprächen werden nochmals angesprochen.
- Neue Fragen des Patienten werden beantwortet und gegebenenfalls weitergeleitet.
- Es soll evaluiert werden, ob der Patient und/oder die Angehörigen pflegerisch und medizinisch ausreichend Aufklärung und Informationen erhalten haben (Anmerkung des Verfassers).

5.2.5. Dokumentation

Die Pflegedokumentation wird im gesamten Krankenhaus St/Veit/Glan elektronisch durchgeführt. So können zum Beispiel die Anamnese, Haut- und Schmerzprotokolle oder Pflege- und Verlegungsberichte jederzeit vom Personal aller Stationen mittels Passworteingabe eingesehen werden. Die im vorhergehenden Kapitel genannten Richtlinien sind auf allen Stationscomputern der Intensivstation abgespeichert. Primärpflege- und Evaluationsgespräche werden im elektronischen Pflegebericht dokumentiert und farbig unterlegt. Die Mitarbeiter haben demzufolge die Möglichkeit sämtliche Dokumentationen jederzeit einzusehen (Anmerkung der Verfasserin).

Auch das Abrufen von aktuellen Änderungen und Neuerungen wird so rasch ermöglicht und der Informationsfluss wird nicht unterbrochen. Die Pflegeplanung ist übersichtlich gestaltet und einfach zu erstellen. Die Anweisungen der Primärpflegekraft sind daher sichtbar dargestellt (Anmerkung der Verfasserin).

Die Patientenkurven befinden sich direkt beim Patientenbett. Auf jeder neuen Tageskurve wird ein rotes „B“ mit den Namen der Primärpflegeperson vermerkt. So ist für Kollegen der Pflege, Ärzte und andere im Krankenhaus tätige Berufsgruppen ersichtlich, wer der Ansprechpartner ist. Zurzeit findet auf der Intensivstation die Umstellung von der händisch geschriebenen auf die elektronische Patientenkurve statt (Anmerkung der Verfasserin).

Zusätzlich wurde ein so genanntes „Primärpflegebuch“ eingeführt und auf der Station aufgelegt. Darin wird das Patientenetikett des jeweiligen Patienten eingeklebt und daneben der Name der Primärpflegeperson mit dem Datum des Primärpflegegespräches vermerkt. Den Projektleitern dient es als Hilfestellung für die Durchführungskontrolle (Anmerkung der Verfasserin).

5.2.6. Pflegeplanung

Die Pflegeplanung des Patienten wird von der Primärpflegekraft am Operationstag des Patienten erstellt. Bereits im Vorfeld wurde berücksichtigt, dass das Primärpflegegespräch von einer Pflegekraft, welche auch am Tag der Operation des Patienten im Dienst ist, durchgeführt wird. In Ausnahmefällen wird der Pflegeplan von der Sekundärpflegekraft erstellt. Sie orientiert sich an den Informationen, die im Primärpflegegespräch gesammelt und dokumentiert wurden. Die Kontrolle der Richtigkeit des Pflegeplans obliegt der Primärpflegekraft. Bei akuten Veränderungen des Patientenzustandes ist eine Korrektur des Pflegeplans aktuell vorzunehmen. Dies wird von der Pflegekraft durchgeführt, die während des jeweiligen Dienstes für den Patienten zuständig ist. Regulär wird der Pflegeplan alle sieben Tage evaluiert (Anmerkung der Verfasserin).

5.2.7. Dienstplan und Dienstübergabe

Dienstplangestaltung und Dienstübergabe wurden in ihrer ursprünglichen Form belassen. Es stellte sich keine Beeinträchtigung für das Durchführen der Primärpflege dar und eine Umgestaltung war somit nicht erforderlich. Bei der Dienstplangestaltung wird darauf geachtet, dass vollzeitbeschäftigte und teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter in einem ausgewogenen Verhältnis anwesend sind (Anmerkung der Verfasserin).

Gemeinsam wurde im Team vereinbart, dass Teilzeitkräfte, die seltener im Dienst sind, vorwiegend die Rolle der unterstützenden Sekundärpflegekraft übernehmen und die Vollzeitbeschäftigten hauptsächlich als Primärpflegekraft eingesetzt werden. Geht eine Primärpflegekraft auf Urlaub, übergibt sie ihre zugeteilten Patienten einer anderen Primärpflegekraft. Bei den Sekundärpflegekräften funktioniert es nach dem gleichen Prinzip (Anmerkung der Verfasserin).

Die Dienstübergabe erfolgt direkt am Patientenbett. Alle Pflegekräfte des vorhergehenden und neu beginnenden Dienstes sind bei der Übergabe dabei. Ein unkompliziertes Weiterfließen der Informationen ist somit gegeben (Anmerkung der Verfasserin).

5.2.8. Schwierigkeiten bei der Implementierung und Umsetzung

Die Einführungsphase war durch eine Vielzahl von Problemen gekennzeichnet. Es herrschte eine unterschiedliche Bereitschaft der Mitarbeiter die Umsetzung aktiv mitzugestalten. Wie sich herausstellte, kam von einigen Mitarbeitern häufiger als von anderen die Rückmeldung, dass bei der präoperativen Vorbereitung keine Zeit für das Führen eines Primärpflegegespräches blieb. In Folge dessen kann angenommen werden, dass diese Rückmeldung gelegentlich als Ausrede genutzt wurde (Anmerkung der Verfasserin).

Weiters gab es Probleme bei der Durchführung des Evaluierungsgespräches, das üblicherweise für sieben Tage geplant wird. Die Patienten werden bei komplikationslosem Intensivaufenthalt am vierten bis fünften postoperativen Tag oder früher auf die Station verlegt. Aufgrund der durchschnittlich kurzen Patientenaufenthaltsdauer, die sich daraus ergibt, ist es notwendig geworden, das Evaluierungsdatum für den dritten bis vierten postoperativen Tag einzuplanen (Anmerkung der Verfasserin).

Im Regelfall erhält der Patient bei der präoperativen Vorbereitung ein Beruhigungsmedikament. Folglich konnte festgestellt werden, dass sich einige Patienten deshalb an das Primärpflegegespräch nur mehr teilweise oder gar nicht erinnerten. In einigen Fällen war es aufgrund der verabreichten Medikation nicht möglich das Gespräch überhaupt durchzuführen. Es wurde beschlossen das Primärpflegegespräch durchzuführen bevor der Patient die Beruhigungsmedikation erhält. Ärzte, Physiotherapeuten, etc. wurden gezielt darauf hingewiesen, dass es einen speziellen Ansprechpartner für jeden Patienten gibt (Anmerkung der Verfasserin).

Von Seiten der anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen wurde die Einführung des Primärpflegesystems anfangs nicht wahrgenommen. Ärzte, Physiotherapeuten etc. wurden gezielt darauf hingewiesen einen speziellen Ansprechpartner für Angelegenheiten den Patienten betreffend zu haben und im Laufe der Zeit wurde der Vorteil erkannt (Anmerkung der Verfasserin).

5.2.9. Feedback-Runden

Bei den regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen erfolgte ein Erfahrungsaustausch bezüglich des Primärpflegesystems unter den Mitarbeitern. Die anfänglichen Startschwierigkeiten wurden im Team sachlich diskutiert und es wurden Vereinbarungen zur Lösung getroffen (siehe Kapitel 5.2.8.). Die verschiedenen Patienten-Feedbacks, die die Mitarbeiter erhielten, wurden weitergegeben. Da diese bis auf wenige Ausnahmen, sehr positiv ausgefallen sind, konnte die Motivation zur weiteren Umsetzung des Primärpflegesystems durch die Feedback-Runden gesteigert werden. Nach wie vor finden diese mindestens einmal im Monat nach der regulären Teamsitzung statt (Anmerkung der Verfasserin).

5.3. Evaluierung

Anhand der im „Kontroll- oder Primärpflegebuch“ dokumentierten Daten (siehe Seite 33), wurde nach sieben Monaten die erste Zwischenevaluierung vorgenommen. Nach weiteren elf Monaten kam es zu einer nochmaligen Evaluierung. Daraufhin erfolgte eine Zusammenfassung der Ergebnisse nach insgesamt achtzehn Monaten (siehe Kapitel 5.3.1.).

Ziel der Evaluierung war es folgende Daten zu erheben:

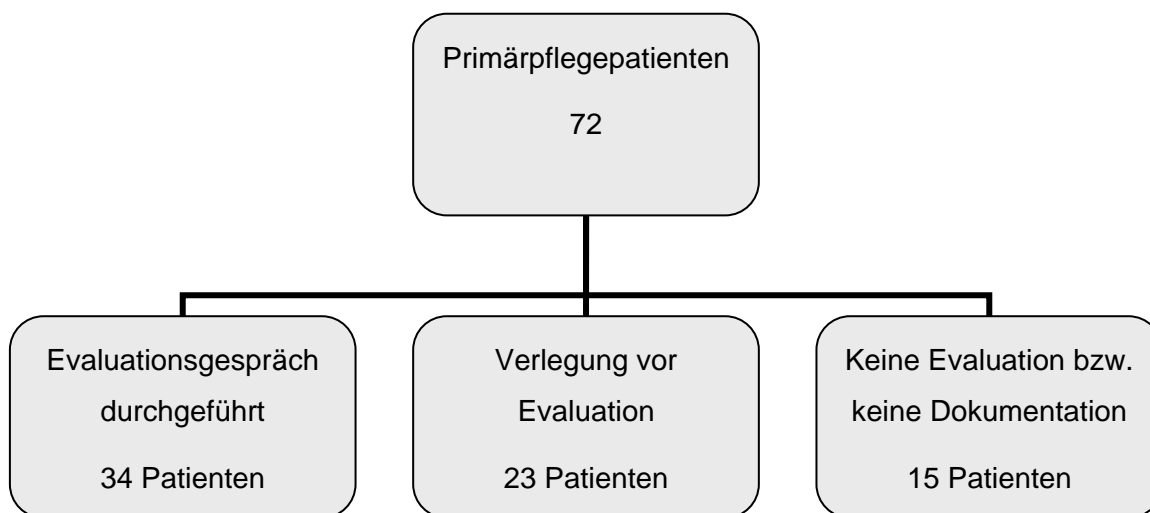
- Wie viele Patienten wurden im Primärpflegesystem betreut?
- Bei wie vielen Patienten wurde ein Evaluationsgespräch durchgeführt?
- Wie viele Patienten wurden vor dem Evaluationsgespräch verlegt?
- Bei wie vielen Patienten hat kein Evaluationsgespräch stattgefunden und bei wie vielen Patienten besteht eine Diskrepanz zwischen der Dokumentation im Kontrollbuch und der nicht nachvollziehbaren Primärpflege in der Pflegedokumentation?

Die Evaluierung dient wie bereits erwähnt dazu, gezielt Probleme und die damit verbundenen Mängel bei der Implementierung und Ausführung aufzugreifen. Den Projektverantwortlichen und dem Team sollen mögliche Verbesserungspotenziale bei der Umsetzung aufgezeigt werden (Anmerkung der Verfasserin).

5.3.1. Ergebnisse

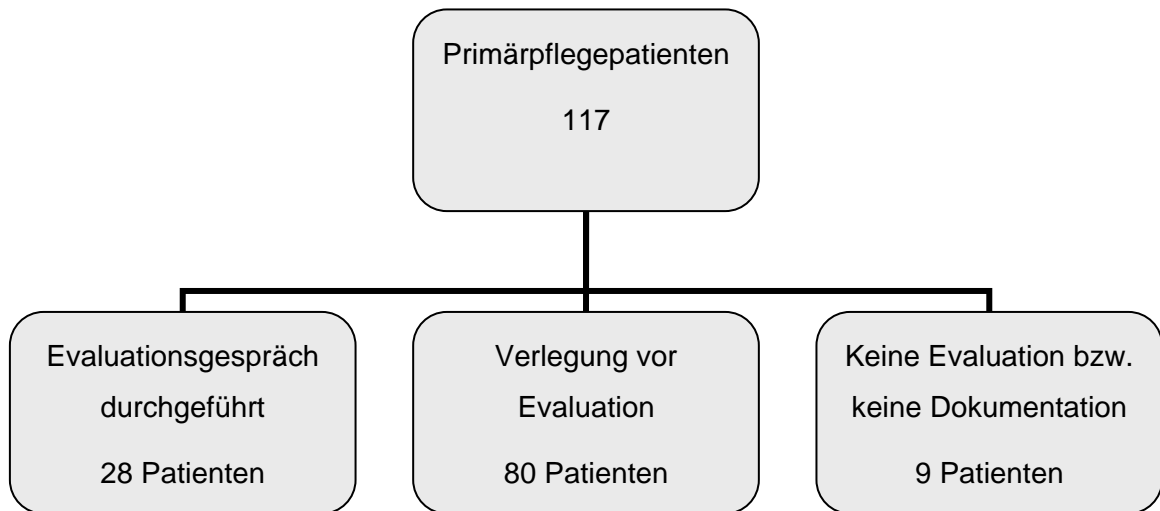
Die Ergebnisse der ersten und zweiten Evaluierung sowie das daraus resultierende Gesamtergebnis nach 18 Monaten werden in Organigrammen übersichtlich dargestellt und interpretiert. In diesem Zeitraum wurden ca. 300 Patienten auf der Intensivstation betreut (Anmerkung der Verfasserin).

Organigramm 1: Erste Evaluation - Feber bis August 2008



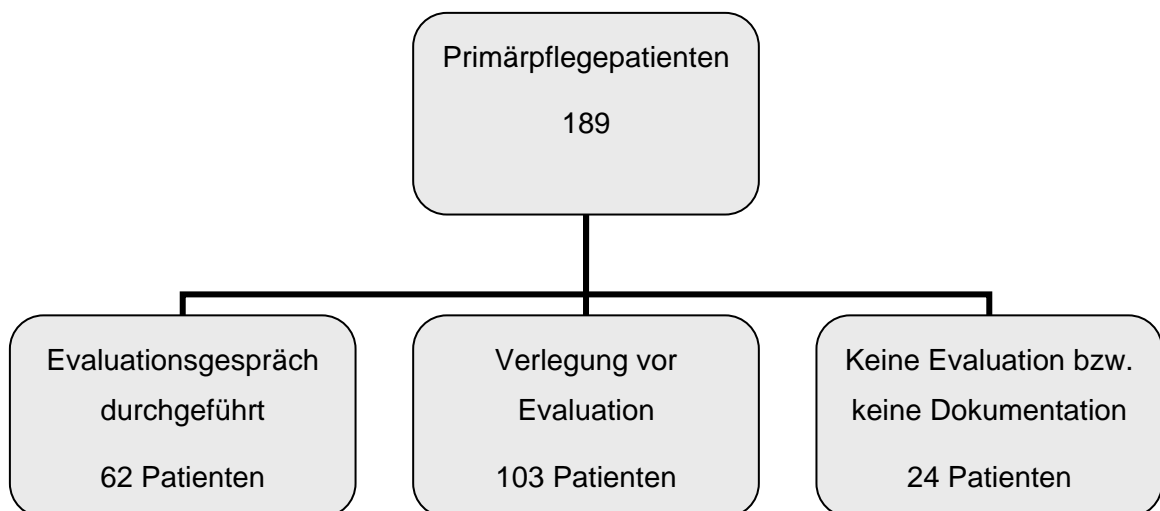
In den ersten sieben Monaten wurden durchschnittlich 116 Patienten auf der Intensivstation aufgenommen. Mehr als die Hälfte der Patienten wurden im Primärpflegesystem betreut. Bei über einem Drittel fand ein Evaluationsgespräch statt. Die Verlegung auf die Station vor der Evaluation erfolgte bei einem Drittel. In 15 Fällen ist von den im „Primärpflegebuch“ erfassten Patienten eine fehlerhafte bzw. keine nachvollziehbare Dokumentation der Primär Pflege vorhanden (Anmerkung der Verfasserin).

Organigramm 2: Zweite Evaluation - September 2008 bis Juli 2009



Nach weiteren elf Monaten wurden von ca. 183 auf der Intensivstation aufgenommenen Patienten nahezu zwei Drittel im Primärpflegesystem betreut. Bei einem Viertel davon wurde ein Evaluationsgespräch durchgeführt. Hier ergab sich in 9 Fällen die fehlerhafte oder nicht vorhandene Dokumentationen (Anmerkung der Verfasserin).

Organigramm 3: Gesamte Evaluierung - Feber 2008 bis Juli 2009



Insgesamt wurden im Zeitraum von Feber 2008 bis Juli 2009 ca. 300 Patienten intensivmedizinisch behandelt und betreut (Anmerkung der Verfasserin).

Nahezu zwei Drittel davon im Primärpflegesystem. Die ganzheitliche Umsetzung, die das Evaluationsgespräch mit einschließt, konnte bei einem Drittel erreicht werden. Mehr als die Hälfte der Patienten wurde vor der Evaluation auf die Station verlegt. Die fehlerhafte bzw. nicht vorhandene Dokumentation betrifft im Gesamten 24 Patienten (Anmerkung der Verfasserin).

Auffällig ist die niedrige Anzahl der Evaluationen im Verhältnis zu der im Primärpflegesystem betreuten Patientenzahl. Der Grund dafür liegt in der durchschnittlich kurzen Aufenthaltsdauer der Patienten von 4,8 Tagen im Jahr 2008 und 4,9 Tagen im Jahr 2009. Der Großteil der Patienten wurde bereits vor dem geplanten Evaluationsgespräch auf die Station verlegt. Es war erforderlich den Evaluationstermin der Durchschnittsaufenthaltdauer der Patienten anzupassen (Anmerkung der Verfasserin).

Die fehlerhafte Dokumentation bezieht sich darauf, dass Patienten zwar im Primärpflegebuch eingetragen sind, aber es keine nachweislichen Dokumentationen der Gespräche mit dem Patienten gibt. Miteinbezogen wurden Patienten die eine Aufenthaltsdauer von mehr als einer Woche hatten und bei denen es dennoch zu keinem Evaluationsgespräch gekommen war. Dies ist vor allem der Fall, wenn die Primärpflegeperson unerwartet in Krankenstand oder Pflegeurlaub geht und keine Übergabe der Patienten an eine andere Pflegeperson erfolgt (Anmerkung der Verfasserin).

Das Gesamtergebnis zeigt, dass 189 Patienten ein umfassendes Aufklärungsgespräch erhalten haben. Im Team selbst führte dieses Ergebnis zu einer größeren Motivation, das System noch ganzheitlicher durchzuführen. Mitarbeiter, die anfangs eher ein passives Verhalten gegenüber der Implementierung des Primärpflegesystems hatten, konnten Motivation finden, sich mehr zu integrieren und aktiver mitzuarbeiten (Anmerkung der Verfasserin).

6. ZUSAMMENFASSUNG

Das System der Primären Pflege ist zukunftsweisend für die Weiterentwicklung der Krankenhäuser und die Professionalisierung der Pflege. Es ermöglicht ein optimales Eingehen auf die Patientenbedürfnisse und ein Nutzen der vorhandenen Ressourcen.

Die vorliegende Abschlussarbeit soll zeigen, wie als Projektarbeit das System der Primärpflege unter den herrschenden Rahmenbedingungen auf der Intensivstation implementiert wurde. Die Herausforderung die sich dabei an das Pflgeteam gestellt hat kann überwunden werden, indem das Personal ein Verständnis für das System entwickelt und dessen Vorteile erkennt. Eine grundlegende Kenntnis über die Theorie der Primären Pflege, die sich im ersten Hauptteil finden lässt, ist dafür erforderlich. Die Antworten auf die in der Einleitung stehenden Fragestellungen werden im empirischen Teil dieser Abschlussarbeit geliefert.

Im ersten Abschnitt wird Auskunft darüber gegeben, wie das Primärpflegesystem in den bereits bestehenden Arbeitsalltag der Intensivstation eingebaut wurde. Dazu zählt, die theoretisch beschriebenen Kernelemente dieses Pflegesystems praktisch umzusetzen. Die Aufgaben des Pflgeteams liegen darin, Verantwortung zu übernehmen, Kontinuität der Pflege zu gewährleisten und als Pflegeplanender auch überwiegend Pflegedurchführender zu sein. Die einzelnen Schritte des Prozesses der Implementierung, angefangen vom Beschluss zur Einführung bis hin zum praktischen Umsetzen, beschreiben und zeigen wie das Pflegesystem auf der Intensivstation gelebt werden kann. Die Mitarbeiter haben in diesem Zusammenhang gelernt direkt zu kommunizieren und bemerkte Defizite offen anzusprechen. Die Rolle der Stationsleitung als zentrale Anlaufstelle hat sich verändert. Aufgaben werden nicht mehr bloß auf sie übertragen. Sie fungiert als Unterstützer und Lehrer für ihr Personal.

Weiters konnten die bei der Implementierung entstandenen Schwierigkeiten durch die begleitend geführte Datendokumentation, und die daraus resultierende Zwischen- und Endevaluierung, aufgedeckt werden. Im zweiten Abschnitt des empirischen Teils findet sich eine übersichtliche Darstellung der Evaluierungsdaten und deren Interpretation. Es wird deutlich gemacht, dass auftretende Probleme im Team gelöst und somit Wege zur Verbesserung gefunden werden konnten. Einbrüche im System gibt es immer wieder. Sie sind vor allem dann zu beobachten, wenn Dienstaussfälle aufgrund von Krankenständen oder Pflegeurlauben zu kompensieren sind. Das Arbeiten mit diesem Pflegesystem ist selbst nach seiner Implementierung ein sich ständig entwickelnder, nicht zum Stillstand kommender Prozess.

7. PERSÖNLICHES RESÜMEE

Zum Schluss möchte ich, als eine der beiden Projektleiter, ein persönliches Resümee der vergangenen eineinhalb Jahre ziehen. Meine Kollegen und Kolleginnen der Intensivstation St.Veit/Glan und ich haben in dieser Zeit sehr viel geleistet. Durch die Implementierung des Primärpflegesystems konnte eine merkbare Steigerung der Pflegequalität erreicht werden.

Meine bisherige Erfahrung ist, dass den Prozess der Implementierung als Projektleitung nur jemand übernehmen kann, der aus voller Überzeugung für das Primärpflegesystem einsteht. Zu Beginn bin ich bei den Teammitgliedern unserer Intensivstation durchaus auf Widerstände gestoßen. Meines Erachtens aus Angst vor Veränderungen und fehlender Information für das System. Warum ein gut funktionierendes und akzeptiertes System verändern? Wichtig als Projektleiterin war und ist es, bei Misserfolgen oder Schwierigkeiten Unterstützung und Förderung anzubieten.

Die ermittelten Daten der letzten 18 Monate können meiner Meinung nach als sehr positiv gesehen werden. Im Gesamten bin ich mit der Umsetzung des Pflegesystems bis jetzt zufrieden. Viele Patienten haben von diesem System profitiert. Das wurde in den Teamsitzungen, in denen das Patientenfeedback von den Mitarbeitern immer wieder berichtet wurde, klar. Ziel ist es zukünftig alle auf der Intensivstation betreuten Patienten in das Primärpflegesystem zu integrieren. Alle Patienten haben meiner Meinung nach das Recht auf ganzheitliche und patientenorientierte Pflege, die auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet ist. Deutlich wurde, dass Primärpflege auf einer Station nur gelebt werden kann, wenn alle an einem Strang ziehen und ein klares Ziel vor Augen haben: Die Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen und die Zufriedenheit und das Wohlbefinden unserer Patienten zu fördern.

8. LITERATURVERZEICHNIS

ASTNER G. et al. (2002): Provinzialrat der Barmherzigen Brüder. Dynamik mit Stil. Ein gemeinsamer Weg der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Barmherzigen Brüder. Wien

BÜCKER T. (2006): Teamorganisation mit Primary Nursing. Ein systemischer Organisationsentwicklungsansatz im Krankenhaus. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. Kg

FAWCETT J. (1998): Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. 2. überarbeitete Auflage, Bern, Verlag Hans Huber

FAWCETT J. (1999): Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Bern, Verlag Hans Huber

JOSUKS H. (2003): Primary Nursing: Ein Konzept für die ambulante Pflege. Ein Leitfaden zur Implementierung eines neuen Pflegesystems. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. Kg

KOZON V., FORTNER N. (1998): Impulse für die Pflegepraxis. ÖGVP Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien

LANGE N. (2005): Auswirkungen von Primary Nursing auf die Kommunikation im Krankenhaus. Hausarbeit. 1. Auflage, Norderstedt Deutschland, GRIN Verlag

MANTHEY M.(2005): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. 2. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber

MENCHE N. et al. (2007): Langen/Hessen.: Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 4. vollständig überarbeitete Auflage, München-Jena, Urban & Fischer Verlag

MISCHO-KELLING M., SCHÜTZ-PAZZINI P. (2007): Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderung und Chancen. 1. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber

MOCKER Y. (2006): Das Primary Nursing Konzept. Studienarbeit. 1. Auflage, Norderstedt Deutschland, GRIN Verlag

PFLEGEWIKI: http://www.pflegewiki.de/wiki/Primary_Nursing (13.07.2009, 15:01)

www.barmherzige-brueder.at (15.09.2009, 21:29)