

Die Rolle der Primary Nurse – welche Veränderung ist durch Primary Nursing möglich?

Maria Mischo-Kelling
Trier, 12.05.2011

Themen des Tages

- Einige Daten zur Einstimmung
- Organisatorischer und konzeptueller Bezugsrahmen
- Die Kernelemente von Primary Nursing
- Veränderungspotenziale & Gestaltung von Veränderungsprozessen
- Entwicklung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs & der Kompetenzen
 - Eine zentrale Führungsaufgabe
 - Eine zentrale Aufgabe jeder einzelnen Pflegekraft

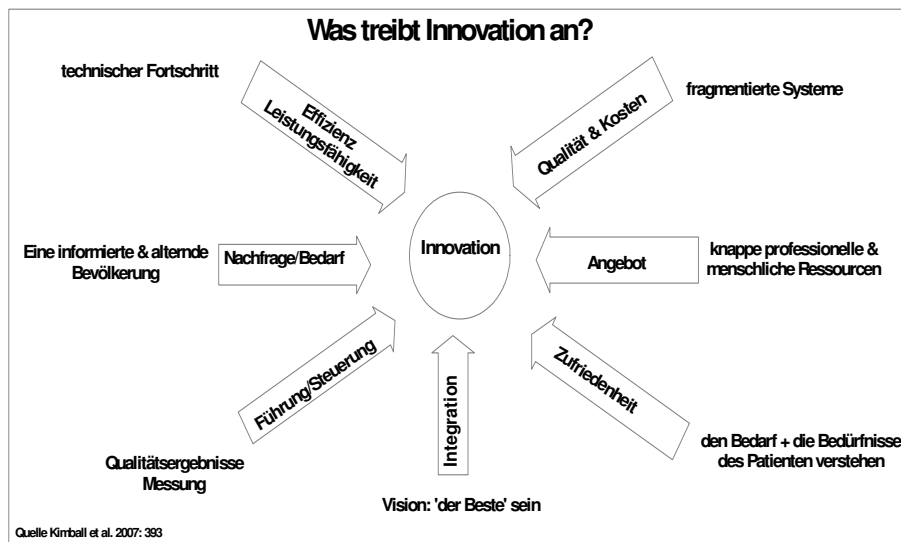
Unterschiedliche Generationen – unterschiedliche Werte

	Veteranen			Baby-Boomer			Generation X			Generation Y			
	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2015	2020
											100		110
											90		100
											80		90
											70		80
Patienten											60		70
											50		60
											40		50
StationsleiterInnen											30		40
											20		30
MitarbeiterInnen													20

Unterschiede zwischen den Generationen:

	Baby Boomer (1946-64) = 3 % der PK in Italien	Generation X (1965-79) = 58% der PK in Italien	Generation Y (1980-heute) = 29 % der PK in Italien
Kernwerte	Optimismus Teamorientiert Persönliche Entwicklung Arbeit Jugend	Vielfalt Globales Denken Work-Life-Balance Technische Kenntnisse Selbstvertrauen Bevorzugen keine Bindungen / Fesseln	Optimismus Vertrauen Vielfalt Idealistisch Geselligkeit Bevorzugen keine Bindungen / Fesseln
Kapital in Bezug auf die Arbeit	Dienstleistungsorientiert Bereit, die extra Meile zu gehen Gut in Beziehungen Gute Teamplayer	Anpassungsfähig Unabhängig Kreativ Auf Karriere fokussiert	Kollektives Handeln Optimismus Fähigkeit zum Multitasking Technologisch erfahren
Verbindlichkeit	Fühlen sich bei Konflikten unwohl Selbstzentriert wenig Glaube an Autoritäten	Ungeduldig Schlechte Menschenkenntnisse Unerfahren Mangel an Respekt gegenüber Autoritätspersonen	Bedarf an Supervision + Struktur Unerfahren, besonders beim Handeln schwieriger menschlicher Fragen

Welche Entwicklung stimulieren zu Innovation und Veränderungen



Organisatorischer und konzeptueller Bezugsrahmen

Organisationsform = Methode der Organisation + Erbringung der Pflege, um erwünschte Ziele zu erreichen	klinische Entscheidungsfindung: ➤ zentral ➤ dezentral	Arbeitszuweisung □ Tätigkeit □ Patient	Kommunikation	Management der Pflege
□ Private Duty Nursing	Dezentral	Patient	PK/Pat.	PK 24/7.
□ Funktionspflege	Zentral	Tätigkeit	STL	STL/Tätigkeit
□ Gruppenpflege	Zentral	Pat/Tätigkeit	GL/STL	Schicht
□ Fallmethode (gesamte Pflege eines Menschen)	Dezentral/Zentral	Pat/Tätigkeit	PK/STL	Schicht
□ Zimmerpflege				
□ Modulare Pflege				
□ Primäre Pflege				
□ Case Management				
□ Patienten/ Familienorientierte Pflege				

Kernelemente der Primären Pflege

Sie lauten:

1. Übertragen der persönlichen Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen auf eine Person und deren Akzeptanz durch diese Person (dezentrale Entscheidungsfindung)
2. tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode
3. direkte Kommunikation von Mensch zu Mensch
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 (Manthey 2002: 61) .

Organisatorischer und konzeptueller Bezugsrahmen

Organisationsform = Methode der Organisation + Erbringung der Pflege, um erwünschte Ziele zu erreichen	1. klinische Entscheidungsfindung:	Arbeitszuweisung	Kommunikation	Management der Pflege
	> dezentral	□ Patient		
□ Primäre Pflege	<p>Das Schlüsselkonzept + die drei Teilkonzepte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Übergabe von Verantwortung (R = Responsibility) ▪ die Autorität (Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich einer Profession) für die Pflege eines Patienten (A = Authority) ▪ die Übernahme von Verantwortung/ Rechenschaft (A = Accountability) 			

2. Methode der Arbeitszuweisung

Primäre Pflege:

- Ein/e PatientIn bzw. mehrere PatientInnen wird/werden von der Stationsleitung einer Pflegeperson von der Aufnahme bis zur Entlassung zugewiesen.
- Die Zuweisung erfolgt auf der Basis von nachvollziehbaren Kriterien:
 - Pflegebedarf des Patienten / der Patientin
 - Komplexität der Pflege
 - Kompetenzen/Fähigkeiten der Pflegeperson
- die Pflegeperson akzeptiert die Zuweisung des Patienten X,Y,Z bzw. der Patientin M, N, O.

Die Verantwortung

- wird für alle **sichtbar übertragen**: der/die PatientIn weiß, dass **Frau Meier seine/ihre primäre Pflegekraft** ist
- Frau Meier akzeptiert die damit verbundene Verantwortung und Zuständigkeit für die Pflege der ihr zugewiesenen PatientInnen.

Methode der Arbeitszuweisung

Funktionsweise:

Jede Pflegeperson übernimmt

- die Rolle/Funktion der **Primären Pflegekraft** (PN) für die ihr zugewiesenen PatientInnen und
- die Funktion der **zugeordneten Pflegekraft** (AN) für die PatientInnen der Primären Pflegekraft, die nicht im Dienst ist

Beispiel:

- **4 PatientInnen als PN + 3 PatientInnen als AN**

- Gesamte ‚Falllast‘ (case load) = **7 PatientInnen**

Das Thema Rollen/Funktionen ist eng verbunden mit

- Kommunikation (3. Kernelement) → Sicherstellen der Kontinuität
- Management der Pflege (4. Kernelement) → Kontinuität/Qualität

3. Kommunikation - Beziehungen

direkte Kommunikation von Mensch zu Mensch, d.h.

- PatientIn + Pflegeperson
- zwischen PN + AN sowie zwischen Pflegepersonen
- zwischen Pflegeperson + Angehörigen
- Zwischen Pflegeperson + Arzt/Ärztin
- zwischen Pflegeperson + Berufen/Professionen
- zwischen Pflegeperson + anderen Diensten.

Kommunikation - Beziehungen

Die direkte Kommunikation von Mensch zu Mensch

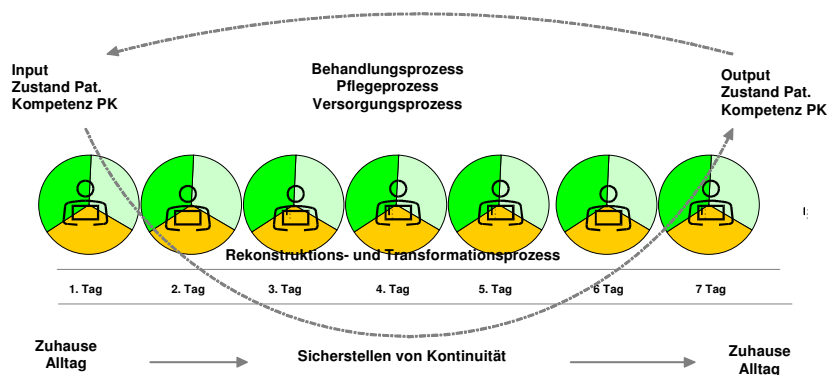
- bringt neue Formen der Arbeitsbeziehungen zwischen den Pflegepersonen mit sich.
- Die Beziehung zwischen PN und AN ist **keine hierarchische**, sondern eine **kollegiale**.
- Ebenso werden **kollegiale Beziehungen** zu den Mitgliedern anderer Berufe/Professionen inkl. zu den Ärzten/Ärztinnen angestrebt.

4. Management der Pflege

- **Die 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.** (Manthey 2002: 61)
 - PN entscheidet verantwortlich darüber, wie gepflegt wird und zwar kontinuierlich rund um die Uhr (S. 62)
 - Derjenige, der die Pflege erbringt, plant sie
 - Primäre Pflegekraft (PN)
 - zugeordnete PK (AN)
 - Die Rolle der StationsleiterIn/ der Führungskräfte
 - Vermittlung eigener Werte, Überzeugungen, Pflegeverständnis
 - Formulierung **klarer Erwartungen in Bezug auf die Qualität der Pflege** + in Bezug auf die **Qualität der Beziehung zum Patienten/ zur PatientIn**
 - Formulierung **klarer Erwartungen in Bezug auf die Qualität der Zusammenarbeit zwischen PN + AN, im Team**
 - Sicherstellen der Kontinuität (z.B. Dienstplan, Kommunikation, Dokumentation)

4. Management der Pflege

- Die Übergabe der Verantwortung, die Inbesitznahme des Kompetenz-, Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs + die Übernahme von Verantwortung zeigt sich u.a. :
- in der Gestaltung der Beziehung zum Patienten

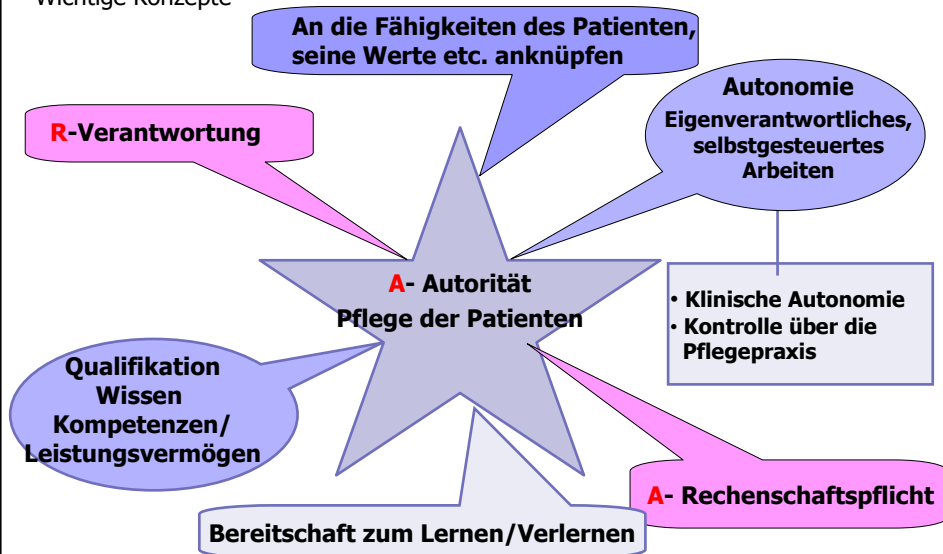


Veränderungspotenziale & Gestaltung von Veränderungsprozessen

- Rahmen
- Kultur
- Partizipation der MitarbeiterInnen
- Die PatientInnen/Interessengruppen

Das Konzept „dezentrale Entscheidungsfindung“

Wichtige Konzepte



Responsibility – Authority – Accountability

Pflegeperson

- Qualifikation
- Aufgabenprofil
- Kompetenzen
- Erfahrung

Rollen/Funktion:

- Primäre Pflegekraft (PN)
- zugeordnete Bezugsperson (AN)

PatientInnen

- Pflegebedarf
- Komplexität der Pflege

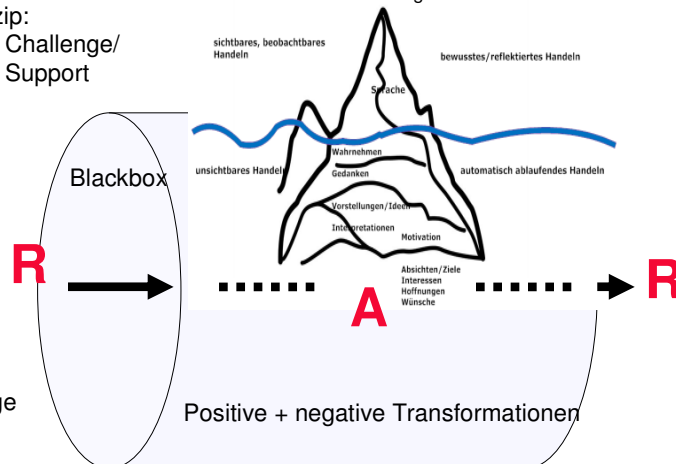
Achtung! Wer ist PN? Wer ist AN?

- Match PN/AN
- Match PK/PatientInnen

Prinzip:
High Challenge/
High Support

Eine große Herausforderung besteht in der Veränderung von:

- Gewohnten Handlungsabläufen
- Denkgewohnheiten .u.a.m



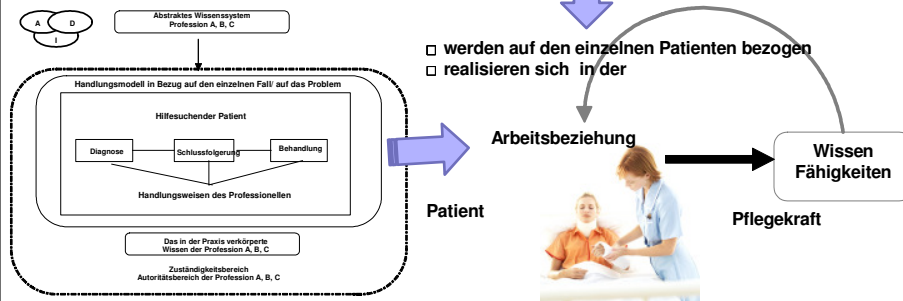
Authority - Autoritätsbereich

Der Autoritäts-, Zuständigkeits- oder auch Kompetenzbereich

- ist im KrPFIG und in der KrPFIAPrV beschrieben
- muss auf betrieblicher Ebene konkretisiert werden (**Vision** / Leitbild Pflege im Krankenhaus X, Stellenbeschreibung, Klären von Rollen und Funktionen auf der Arbeitsebene)
- umschreibt den Bereich, wo eine Pflegeperson das Recht + die Pflicht hat, **eigenständig** bzw. auf **Anordnung des Arztes** und/oder in **wechselseitiger Absprache** mit anderen Berufsgruppen *zu handeln*.

Authority - Autoritätsbereich

Das Wissenssystem eines Berufs/einer Profession ist die Basis für eine autonome klinische Entscheidungsfindung.
Aus dem Wissenssystem werden die Fähigkeiten/Kompetenzen für die Praxis abgeleitet. Diese Fähigkeiten



Trier, 12. Mai 2011

M. Mischo-Kelling

19

Authority - Autoritätsbereich

Es werden in der Literatur unterschiedliche Formen von Autorität erwähnt.
Autorität aufgrund

- des Fachwissens (Expertise/Könnerschaft)
- der Situation, z.B. Notfallsituation
- der Position/der Funktion, z.B. PN oder AN.

Manthey unterscheidet vier Autoritätsniveaus bzw. Ebenen.
Weiter wird ein Zusammenhang zwischen Autonomie + Autorität behauptet.

Was die Autonomie betrifft, wird unterschieden zwischen:

- Klinischer Autonomie
- Kontrolle über die Pflegepraxis (strukturelle Autonomie).

Beide Formen von Autonomie erfordern andere Kompetenzen!

Trier, 12. Mai 2011

M. Mischo-Kelling

20

Authority - Autoritätsbereich

Der Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich (A+Z) der Pflege und das damit korrespondierende Wissenssystem ist

ein kritischer Punkt ...

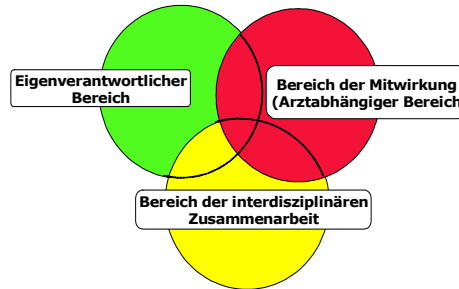


Abb. 4.1: Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege nach KrPflG 2003 + KrPflAPrV 2003

- Er ist gesetzlich nicht abgesichert.
 - Dies führt täglich zu vielen Problemen
- Beim Wissenssystem stellen sich Fragen:
- Wie wird das Ganze inhaltlich gefüllt?
 - Welche Kompetenzen sind gefordert?

Authority - Autoritätsbereich

Ein kritischer Punkt ...

... ist die **Wertschätzung des Wissens** und der verschiedenen Teilbereiche. Diese hängt ab:

- von der beruflichen Sozialisation
- vom Pflegeverständnis der Pflegekraft/ des Pflegeteams/ des interdisziplinären Teams
- von zeitlichen, materiellen und personellen Ressourcen.

Die Wissensbasis und das Handeln in Gesundheitsunternehmen ist geprägt:

- vom Wissenssystem der Medizin, d.h. vom Modell der akuten Krankheit
- von betriebswirtschaftlichen und ökonomischen Ideen

Authority - Autoritätsbereich

Ein kritischer Punkt ...

... sind vor dem Hintergrund, dass ca. **70% der Patienten an chronischen Erkrankungen leiden**, nachstehende Vorstellungen:

- Pflegekräfte sind jederzeit austauschbar
- Pflegekräfte sind durch weniger qualifiziertes Personal ersetzbar
- die Pflege ist eine praktische Arbeit bestehend aus einer Anzahl von leichten bis komplexen Tätigkeiten.

Hierbei werden einzelne Pflgetätigkeiten losgelöst vom Kontext:

- der Pk.-Pat.-Beziehung
- der spezifischen Erfordernisse des jeweiligen Patienten.

Folge:

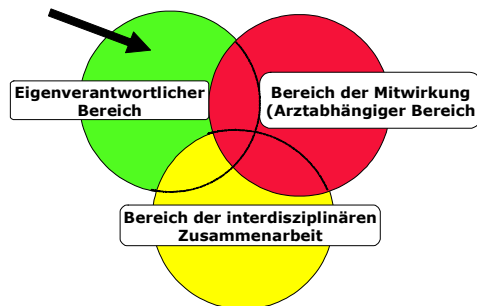
- Fehleinschätzung des Versorgungsbedarfs + der erforderlichen Kompetenzen der PK
- Pflegerisches Wissen und der eigenverantwortliche Bereich werden an den Rand gedrängt.

Authority - Autoritätsbereich

Ein kritischer Punkt ...

... ist somit der eigenverantwortliche Bereich, weil

- er noch „Entwicklungsland“ ist
- die Wissensbasis auf wackeligen Füßen steht
- der zu entwickelnde eigenverantwortliche Bereich im betrieblichen Alltag **leicht verletzbar + verwundbar** ist.



Authority - Autoritätsbereich

Nach der Konstruktion der Pflege als Berufung, Beruf + Profession:

- ist die Pflege ein „Anhängsel“, ein verlängerter Arm oder ein Instrument des Arztes
- ist die Pflege **kein** „eigenständiger, autonomer Beruf“.



ACHTUNG !!!!!

Diese Vorstellung wird in den USA seit Beginn des 20. Jh. und verstärkt ab den 50er Jahren des 20. Jh. in Frage gestellt. Sie ist bis heute nicht gelöst! Sie ist Gegenstand der Auseinandersetzung zwischen Pflege und Medizin. Hierbei geht es um die Behauptung

- eines eigenen **Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs**,
- einer **selbstgesteuerten Praxis** und
- um **die Kontrolle über die Praxis**.

Die Primäre Pflege bietet für die erforderlichen inhaltlichen Veränderungen den organisatorischen Rahmen.

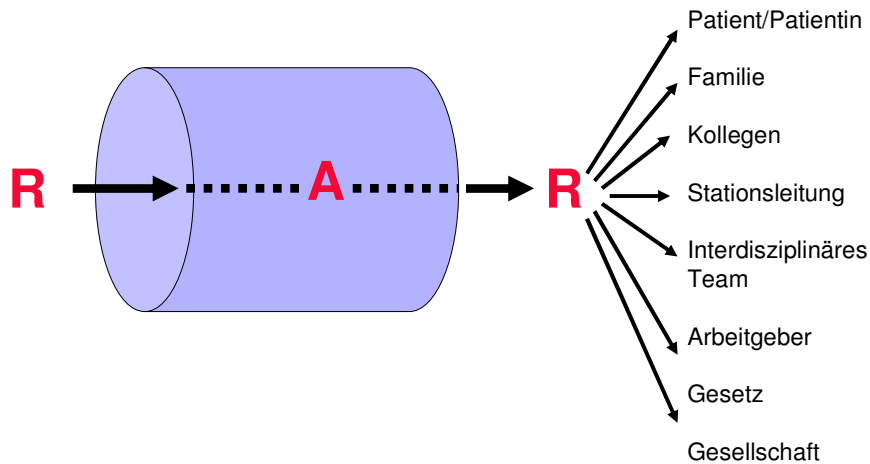
Accountability - Übernahme von Verantwortung und Rechenschaftspflicht

Die Verantwortungsübernahme ist die andere Seite der Medaille, d.h. der Übergabe von Verantwortung.

- Jede Pflegeperson übernimmt die Verantwortung für ihr Handeln und die Konsequenzen, die sich aus ihren Entscheidungen ergeben.
- Deshalb ist es notwendig, das **eigene Handeln zu reflektieren**, um sich **weiterentwickeln zu können** und **um aus Fehlentscheidungen lernen zu können**.

Die Verantwortungsübernahme geht einher mit der Pflicht zur Rechenschaft gegenüber verschiedenen Instanzen:

Accountability - Übernahme von Verantwortung und Rechenschaftspflicht



Accountability - Übernahme von Verantwortung und Rechenschaftspflicht

Unterschiedliche Ebenen der Verantwortung und Rechenschaftspflicht:	Beispiel direkte Pflege
<input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung	z.B. Qualitätsstandards in gesamten KH/Unternehmen
<input type="checkbox"/> PflegedienstleiterIn	z.B. Qualitätsstandards der Abteilung/ des Zentrums X
<input type="checkbox"/> StationsleiterIn	z.B. Qualitätsstandards der Station X
<input type="checkbox"/> MitarbeiterIn	Qualität der Pflege bei PatientIn X,Y,Z

Entwicklung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs & der Kompetenz

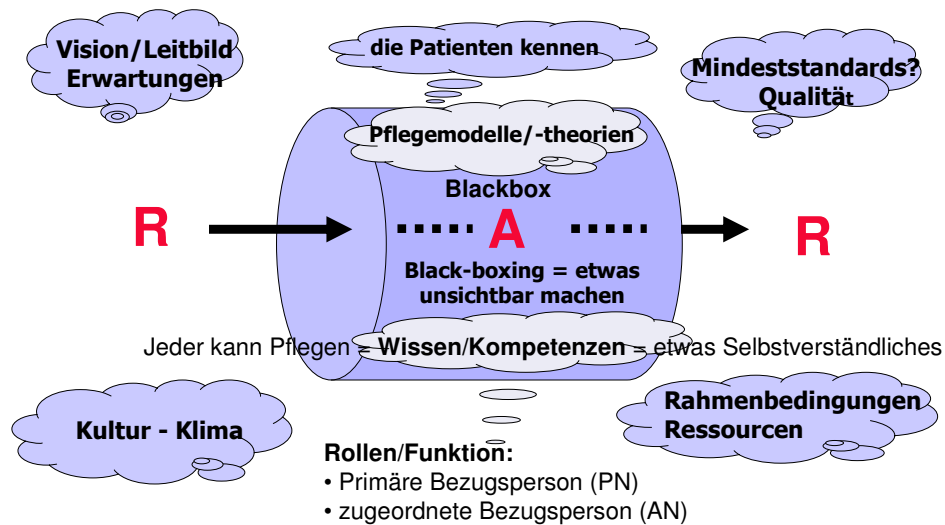
Eine zentrale Führungsaufgabe
Eine zentrale Aufgabe jeder einzelnen Pflegekraft

Entwicklung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs & der Kompetenz

Um grundlegende Veränderungen zu bewirken, muss erkannt werden:

- dass Medizin und Pflege sich mit zwei **unterschiedlichen Phänomenen** befassen – **Krankheit + Pflege**
- dass **Pflege ein lebenslanges und –notwendiges Phänomen ist**, eine anthropologische Größe und menschliche Kulturleistung
- dass Krankheit in akuter und chronischer Form auftreten kann
- dass Krankheit die **Bedingungen der Pflege verändert**, aber nicht die Notwendigkeit von Pflege erklärt !

Entwicklung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs & der Kompetenz



Trier, 12. Mai 2011

M. Mischo-Kelling

31

Entwicklung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs & der Kompetenz

Um den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege inhaltlich füllen zu können, muss

- die Vision und Mission eines Krankenhauses berücksichtigt werden
- die konkrete Aufgabe der Pflege innerhalb des Krankenhauses näher definiert werden (z.B. Stellenbeschreibung, Klären der Rollen PN/AN).

Vision:

- Eine professionelle Pflegepraxis und eine patientenorientierte Pflege/Versorgung ermöglichen:
 - was bedeutet dieses im Jahr 2015, 2020, 2030
 - Von welchen Werten lassen wir uns bei unserer Vision leiten?

Mission:

- Den Versorgungsauftrag des Krankenhauses X, des Zentrums Y, der Station Z sicherstellen.
- Was sind unsere Ziele, Schwerpunkte und Prioritäten im Rahmen der politisch-ökonomischen und betrieblichen Vorgaben.

Konkrete Aufgabe:

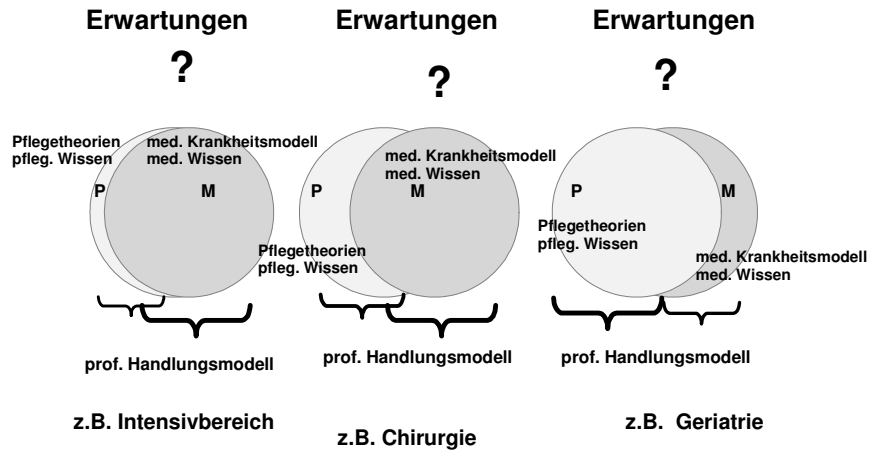
- Eine professionelle, patientenorientierte Pflege auf der Station X erbringen.
 - Wie können wir die o.g. Vision mit Leben füllen und konkret umsetzen?
 - Wo stehen wir heute, was sind unsere Stärken/Schwächen?
 - Was müssen wir an Entwicklungsarbeit leisten, um von **A** nach **Z** zu kommen?
 - Welche Kompetenzen müssen wir entwickeln?

Trier, 12. Mai 2011

M. Mischo-Kelling

32

Entwicklung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs & der Kompetenz



Entwicklung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs & der Kompetenz

Kompetenzen Mitarbeiter: Erwartungen der Führungskraft

Kompetenzen	Fachkompetenz		Personale Kompetenz	
	Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz (Interpersonale K)	Selbständigkeit (Intrapersonale K.); Führungskompetenz)
Kompetenzstufen				
Experte/Expertin				
Erfahrene/r MitarbeiterIn				
Kompetente/r MitarbeiterIn				
Erfahrene/r AnfängerIn				
AnfängerIn				

Benner hat 7 Bereiche (z.B. Helfen, Beraten und Betreuen) und 31 verschiedene Kompetenzen identifiziert.

Entwicklung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs & der Kompetenz

Wichtige Kompetenzen einer Pflegekraft aus Sicht der Patienten/Familie

N o v i z e ←————→ E x p e r t e

Kompetenzen	Fähigkeit ...
1. klinische Urteilsfähigkeit	Anwenden des klinischen Wissen, um Patientenergebnisse zu bewirken
2. klinische Erkundung	Probleme bei der direkten Pflege des Patienten und in seinem Umfeld lösen
3. eine fürsorgliche Praxis /Arbeitsweise	
4. Reaktion auf Verschiedenheit	
5. Anwaltschaft (agency)	
6. Förderung von Lernen	Förderung der Lernprozesse des Patienten / seiner Bezugspersonen und der Kollegen
7. Zusammenarbeit	Art der Zusammenarbeit mit anderen, fördert deren Beitrag und ist ermutigend
8. Systemisches Denken	

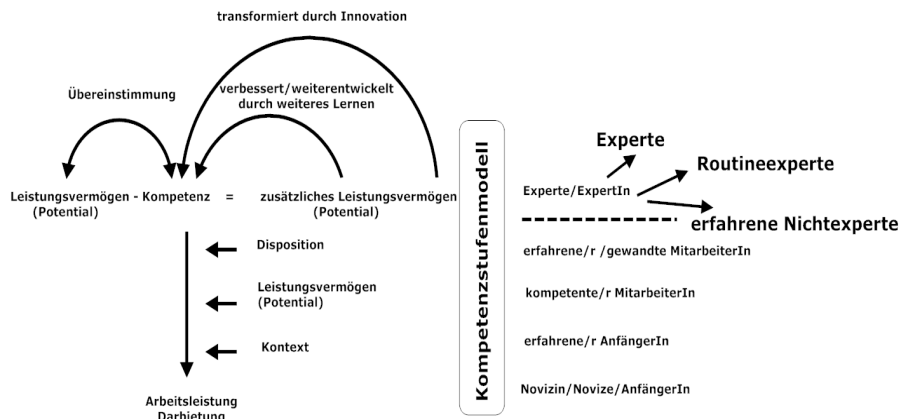
Quelle: Curley, M.A.Q (2007: 29ff)

Trier, 12. Mai 2011

M. Mischo-Kelling

35

Entwicklung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs & der Kompetenz



Ein Großteil des Lernens findet informell am Arbeitsplatz quasi als ‚Nebenprodukt‘ der Arbeit statt. Die Entwicklung in Richtung ‚Experte‘ bedarf eines entsprechenden Umfeldes

Nach Eraut 1998, 2000, Eraut/Hirsh 2007

Trier, 12. Mai 2011

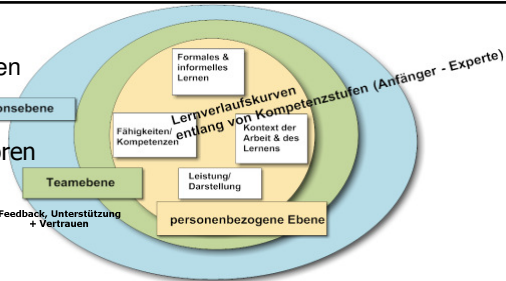
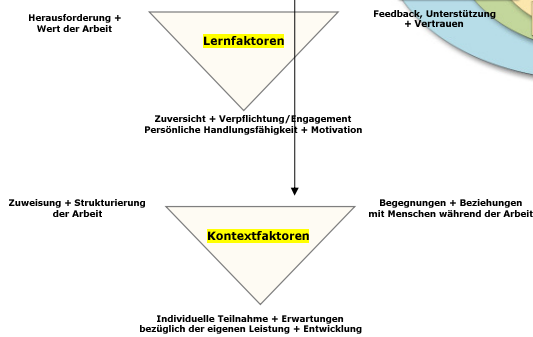
M. Mischo-Kelling

36

Entwicklung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs & der Kompetenz

Es gilt, Lernprozesse zu gestalten,
zu moderieren, aktiv zu unterstützen
und zu evaluieren!

Wichtige zu berücksichtigende Faktoren

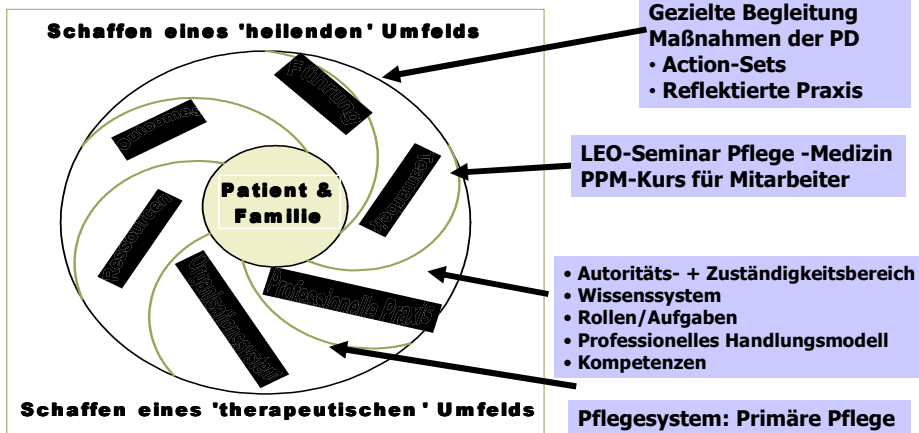


- Typologie von Lernverlaufskurven
- Rollenwahrnehmung
 - Bewusstsein + Verständnis
 - Entscheidungsfindung + Problemlösung
 - Teamarbeit u.a.m

Nach Eraut / Hirsh 2007

Entwicklung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs & der Kompetenz

Es ist sinnvoll, die Umsetzung der Primären Pflege als Teil eines professionellen Praxismodells wie z.B. RBC zu begreifen.



Quelle: Koloroutis. M. 2011: Beziehungsbasierte Pflege

Auch eine Reise von 1000 Meilen
fängt mit dem ersten Schritt an!

Aus China

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt: mischokelling@alice.it
maria.mischo-kelling@t-online.de

Literatur

- Benner Patricia 1994: Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert.. Verlag Hans Huber, Bern
- Curley Martha A.Q. 2007: Synergy. The Unique Relationship between Nurses and Patients. The AACN Synergy Model for Patient Care. Sigma Theta Tau International; Indianapolis
- Eraut Michael 1998: Concepts of competence. In Journal of Interprofessional Care, VI. 12 (2): 127-139
- Eraut Michael 2000: Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. In: British Journal of Educational Psychology. 70: 113-136
- Eraut Michael, Wendy Hirsh 2007: The Significance of Workplace Learning for Individuals, Groups and Organisations. ESRC Centre on Skills, Knowledge and Organisational Performance - SKOPE- Oxford & Cardiff Universities, www.skope.ox.ac.uk/publications/significance-workplace-learning-individuals-groups-and-organisations
- Kimball Bobbi, David Cherner, Jennifer Joynt, Edward O'Neil 2007: The Quest for New Innovative Care Delivery Models. In: JONA Vol. 37, No. 9: 392-398
- Koloroutis Mary (ed.) 2004: Relationship-Based Care. A Model for Transforming Practice. Creative Health Care Management, Minneapolis, deutsch: Beziehungsbasierte Pflege. Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis. Hans Huber Verlag, Bern, 2011
- Manion Jo 2009: Managing the Multi-Generational Nursing Workforce. Managerial and Policy Implications, International Centre for Human Resources in Nursing, Geneva
- Manthey Marie 2002: The Practice of Primary Nursing. Relationship-based, Resource-Driven Care Delivery. 2nd Edition. Creative HealthCare Management, Minneapolis, Minnesota, deutsche Ausgabe: Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Dritte Auflage erscheint im Juli 2011