

Frage: Feste Zuordnung der Associate Nurse (AN); hier speziell im Bereich Psychiatrie

„Ich bin als Stationsleitung in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie... (Borderline-PKS, Affektive Störungen, Kriseninterventionen) tätig. ... In der Literatur bin ich auf teilweise unterschiedliche Auslegungen über die Festlegung der AN an die Primary Nurse (PN) gestoßen. Frau Manthey macht darüber nur die Aussage, dass eine AN nicht fest an den Patienten gekoppelt werden muss und verweist auf die Erfüllung der 4 Kernelemente. Mir geht es um die Frage, ob eine AN bereits bei der Aufnahme eines Patienten fest an die PN gekoppelt wird (im Sinne eines 1. und 2. Bezuges für den gesamten Aufenthalt) oder nur die nachfolgenden Dienste damit gemeint sind, die jeweils von unterschiedlichen Kollegen übernommen werden können. In unserem psychiatrischen Setting wäre das die schichtbezogene Zuständigkeit eines Kollegen im Tagesbezug. Für mich stellt es sich so dar, als ob nur die PN zuständig ist und vertreten wird von unterschiedlichen ANs ohne feste Zuordnung. Ist die PN im Urlaub etc. ist es ihre Aufgabe, eine entsprechende (feste) Vertretung im Sinne einer vertretenden PN zu suchen.

Können Sie mir weiterhelfen, ob meine Auslegung im Sinne des PN richtig ist, vor dem Hintergrund des psychiatrischen Settings?“

(2012) Dies sind die eingegangenen Antworten, die Reihenfolge entspricht dem Datum des Eingangs und ist nicht hierarchisch zu sehen:

1. Frau Manthey legt sich hier nicht fest, damit man sich organisatorisch nicht von vornherein einengt. Grundsätzlich gilt: so wenig Bezugspersonenwechsel wie möglich. Die ANs müssen aber nicht fest zugeordnet werden, würden davon aber profitieren. Es gibt Stationen, die bilden innerhalb des großen Teams kleine PN-Teams; d.h. jede PN hat feste Vertretungskräfte. Danach wird auch der Dienstplan geschrieben. Dann sind die AN genauso fest zugeordnet wie die PN. Aber durch Krankheit, Urlaub und andere unvorhergesehene Ereignisse gibt es immer wieder die Situation, dass andere AN einspringen müssen und das ist dann auch kein Problem. Auszubildende sollen ja auch eingebunden werden, sind aber immer kürzer auf den jeweiligen Stationen und werden zugeordnet.
2. Ich halte eine kontinuierliche Zuordnung einer AN zu einer PN für sinnvoll, wenngleich sich dies meist anspruchsvoll in der (Dienstplan-)Umsetzung gestaltet. Die (Haupt-)Begründungen dazu sind ...
 - Personale Kontinuität als Kernelement bezieht sich auf die gesamte Pflegebeziehung. Diese beinhaltet aus meiner Sicht auch die zugeordnete Pflegekraft.
 - Entscheidungen, die in Abwesenheit der verantwortlichen PN durch die AN getroffen werden müssen (z.B. notwendige Abweichungen bezüglich der Pflegeplanung bei Veränderung der Patientensituation), erfordern häufig die Fähigkeit des „Gedanken lesen“ (Wie würde die PN jetzt entscheiden?). Die Fähigkeit der Antizipation steigt mit dem Grad der Kenntnis über die Denk- und Handlungsstrategien der verantwortlichen PN. Sie steigt mit der personalen Bindung und Kontinuität zwischen PN und AN.
 - Grundvoraussetzung für ein gelingendes „PN-AN-Miteinander“ ist selbstverständlich die Akzeptanz und Wertschätzung des gegenseitigen Tuns. Die Annahmequote von Kritik und Verbesserungsvorschlägen seitens der AN an die PN (die m.E. nach obligat sind, wenn tatsächlich Qualität „gelebt“ werden soll) steigt in einem (positiven) persönlichen Verhältnis. Konflikte und Meinungsverschiedenheiten können direkter erkannt und „behandelt“ werden.

Gerade an letztgenanntem Argument lässt sich erahnen, dass sich die Umsetzung dieser „Bindung“ nicht immer leicht gestaltet. Dennoch liegen die Vorteile für mich klar auf der Hand. Die oben genannten Pro-Argumente sind lediglich eine Auswahl.
(Dozent, Trainer und Coach; Projektleitung bei der Einführung und wissenschaftlichen Evaluation von Primary Nursing im Krankenhaus; Begleitung von Einrichtungen bei der Einführung von Primary Nursing)
3. Ihre Auslegung deckt sich mit meinem Verständnis von Primärer Pflege: In Ihrem Bereich (Psychiatrie/ Psychotherapie) sollte die PN diejenige sein, die das ausführliche Anamnesegespräch und somit den ersten Beziehungsaufbau mit dem Patienten geführt hat. Eine feste AN birgt die Gefahr, dass der Patient sich seine PN auswählt. Er kann sich aussuchen, mit wem er welche Gespräche führt. Die AN ist daher gut austauschbar. Umgekehrt kann es sein, dass sich PN/feste AN in ein "PN-Konkurrenz-Gerangel" begeben, da beide eine recht intensive Beziehung zum Patienten aufbauen. Der Patient wird irritiert sein und seine PN vielleicht nicht wahrnehmen. Ebenso teile ich Ihre Sichtweise, dass die PN an eine feste (temporäre) AN/vertretende PN weiterleitet und den Patienten darüber in

Kenntnis setzt, wenn sie, die PN, für längere Zeit nicht anwesend ist. Der Patient muss wissen, wann er sich mit seinen Anliegen an wen richten kann.

4. ... Allerdings arbeite ich in einer gerontopsychiatrischen Klinik. Unsere Regelungen kann man aber problemlos auf den allgemeinspsychiatrischen Bereich anwenden.

Im Januar dieses Jahres haben wir nach sehr langer und umfangreicher Vorbereitungszeit Primäre Pflege (Primary Nursing) in unseren Stationen eingeführt. Bereits im Vorfeld haben wir wichtige organisatorische Fragestellungen zusammen mit den Stationsleitungen diskutiert und geregelt. Unter anderem ging es hier auch um die Fragestellung der Zuteilungen. Grundsätzlich erfolgt bei uns die Zuteilung als Primäre Pflegekraft (PN) wie auch als Vertretende Pflegekraft (AN) durch die Stationsleitung. Die Primären Pflegekräfte sollten sich nicht selbst eine Vertretung suchen. Vielmehr halte ich es für wichtig, dass die Zuteilung zentral über die Leitung läuft, weil hier u.a. auch folgende Kriterien berücksichtigt werden sollten und die Stationsleitung den besseren Überblick hat:

- Gewährleistung der Kontinuität nach Dienstplan
- Fallbezogene Anforderungen an spezielle Kompetenzen und Problemlösungsfähigkeiten der PN
- Belastungsgerechte Verteilung.

Für die Zeit, in der die Primäre Pflegekraft nicht im Dienst ist, wird eine Vertretende Pflegekraft benannt (innerhalb der Kontinuität). Für uns war es wichtig, hier die Rolle als Vertretende Pflegekraft und deren Aufgabenbereiche klar zu definieren (natürlich gilt dies ebenso für die Rolle und Aufgaben einer Primären Pflegekraft). In der Praxis ist es fast nicht möglich, eine feste Zuordnung als Vertretung bereits im Vorfeld im Dienstplan zu regeln. Auch die Vertretenden Pflegekräfte betreuen ihre Patienten als Primäre Pflegekraft und arbeiten nicht immer in der Wechselschicht der anderen PPK. Die Arbeitsbelastung muss also auch hier berücksichtigt werden. Eine feste Zuordnung ist meiner Meinung nach auch nicht unbedingt erforderlich. Natürlich sind wir bemüht, auch die Vertretenden Pflegekräfte möglichst kontinuierlich den gleichen Patienten zuzuordnen, allerdings ist dies nicht immer möglich.

Grundsätzlich ist es wichtig, dass wichtige Informationen zum Patienten und der geplanten Versorgung transparent sind und gut vermittelt werden. Aus diesem Grunde wurde die gemeinsame Übergabe auch zu einer 1:1 Übergabe umorganisiert. Hier übergibt die PPK ihre Patienten unmittelbar an ihre Vertretung(en) und umgekehrt. Wenn eine Primäre Pflegekraft für längere Zeit ins Frei geht (bei uns länger als drei Tage abwesend), wird die primäre Pflegeverantwortung durch die Stationsleitung einer anderen Pflegekraft zugeordnet. Auch hier ist eine gute 1:1 Übergabe wichtig.

5. Bei uns läuft es so ab, dass wir drei Primary Nurses haben, die nur im Tagdienst sind (Früh- und Spätdienst). Aufnahmen führen auch die AN`s durch, wenn keine PN im Dienst ist, hierbei werden die Teile der Anamnese und Pflegeplanung gemacht, die bereits ersichtlich sind. Die PN, die am nächsten Tag kommt, übernimmt den Patienten.

Es gibt eine bestimmte AN als Vertretung, falls zwei PN`s ausfallen wegen Krankheit oder Urlaub. Diese wird dann, wenn irgend möglich, für die Zeit der Vertretung aus dem Nachtdienst herausgenommen.

6. *(eine ausführliche Antwort aus einer psychiatrischen Klinik in Österreich):*
Was ist eine zugeordnete Pflegekraft? Muss eine zugeordnete Pflegekraft immer für die Patienten derselben primären Pflegekraft zuständig sein?

„Der Begriff „Associate Nurse“ bezog sich ursprünglich auf eine Pflegekraft, die die Pflege eines Patienten übernahm, wenn dessen primäre Pflegekraft nicht im Dienst war, und so habe auch ich ihn benutzt. Einige Krankenhäuser haben in dem Begriff allerdings mehr eine Stellenbeschreibung gesehen als eine schichtbezogene Aufgabenzuweisung. Ich bin aus mancherlei Gründen dagegen, die „Associate Primary Nurse“ als Stellenbeschreibung zu verstehen, nicht zuletzt, weil damit eine weitere Ebene in einer bereits viel zu sehr abgestuften Hierarchie geschaffen wird.

Das System des Primary Nursing schafft eine pflegerische Kontinuität, weil die primäre Pflegekraft sich jedes Mal, wenn sie im Dienst ist, um ihre eigenen Patienten kümmert und die nachfolgenden Kolleginnen entsprechend instruiert. In einigen Krankenhäusern hat man versucht, diese Kontinuität noch zu verstärken, indem sie auch Kontinuität in die Beziehung von zugeordneter Pflegekraft und Patient bringen wollten. Die logistischen Probleme hierbei

sind gewaltig, aber auch wenn sie ohne eine übermäßig komplizierte Planung gelöst werden können, muss man darauf achten, dass das Personal auf der Station nicht in eine extreme Isolation gerät. Auch wenn bestimmte einzelne Pflegekräfte im Primary Nursing eine viel tiefere Kenntnis von weniger Patienten erwerben, bleibt es wichtig, dass alle Pflegekräfte zumindest eine gewisse Vorstellung davon haben, was mit den übrigen Patienten los ist. Ich finde es besser, sich unter der primären Pflegekraft, der zugeordneten Pflegekraft oder der Schichtleitung jeweils für den Augenblick zugewiesene Rollen vorzustellen, die jede erfahrene und examinierte Pflegekraft mehr oder weniger ausfüllen kann, anstatt sie als Titel oder feste Position zu verstehen. Dadurch kann das Personal flexibler eingesetzt werden. So können die Aufgaben einer zugeordneten Pflegekraft unterschiedlichen Personen zugewiesen werden, je nach den Umständen auf der Station. Die Kontinuität ist gewährleistet durch die Anweisungen der primären Pflegekraft.“ (Manthey, 2005, S. 125)

Legt sich also Manthey hinsichtlich der Associate Nurse nicht generell fest, so betont sie immer wieder die Kontinuität in der Pflege. Das heißt, dass die gesamte Organisation darauf ausgerichtet sein soll, dem Patienten Kontinuität in der Pflege zu bieten, was eben durch die Verantwortungsübernahme der Pflege eines Patienten durch die Primary Nurse geschieht. Dies bedeutet aber auch eine Anpassung der Dienstplanung (eine herausfordernde Aufgabe der Stationsleitung im Rahmen von Primary Nursing im Zusammenhang mit der Fallzuweisung).

Es liegt nun an der Organisation und deren Möglichkeiten, größtmögliche Kontinuität zu gewährleisten – und dazu zählt auch die Anzahl der Pflegepersonen, mit denen der Patient im Laufe seines Aufenthaltes in Berührung kommt. Diese so weit als möglich zu beschränken scheint ein wesentliches Merkmal dieser Kontinuität zu sein.

Wenn also z.B. eine PN drei Tage die Pflegedurchführung beim Patienten übernimmt und dann zwei Tage frei hat, so ist es im Sinne der Kontinuität nicht zielführend, in diesen zwei Tagen jeweils eine andere AN die Agenden der PN fortführen zu lassen. Bei längeren Aufenthalten ist es auch im Sinne der Kontinuität, die Unterbrechungen in der Anwesenheit der PN immer mit derselben AN zu füllen. Das heißt aber nicht zwingend, dass PN und AN ein sogenanntes „Tandem“ bilden müssen. Eine AN mit z.B. vier zu betreuenden Patienten kann durchaus die Pflege aufgrund der Anweisung von zwei oder drei PN's durchführen. In der Praxis wird es vielfach so sein, dass eine PN auch zugleich AN ist – die Pflegekraft hat also ihre primären Patienten als PN als auch Patienten einer Kollegin oder eines Kollegen als AN zu pflegen. Dies wiederum gewährleistet die Verhinderung der von Manthey im obigen Auszug angesprochenen Isolation.

Zusammengefasst kann deshalb festgehalten werden, dass eine Associate Nurse nicht an eine Primary Nurse gekoppelt ist. Nach Möglichkeit aber soll sie an die Patienten gebunden sein. Je mehr eine Organisation dahingehend ausgerichtet werden kann, desto besser ist es für die Kontinuität, für Primary Nursing, aber vor allem für die Patienten - unabhängig von einem psychiatrischen oder somatischen Setting.

In diesem Sinne entwickeln wir die Organisation des Pflegesystems für unsere Patienten.