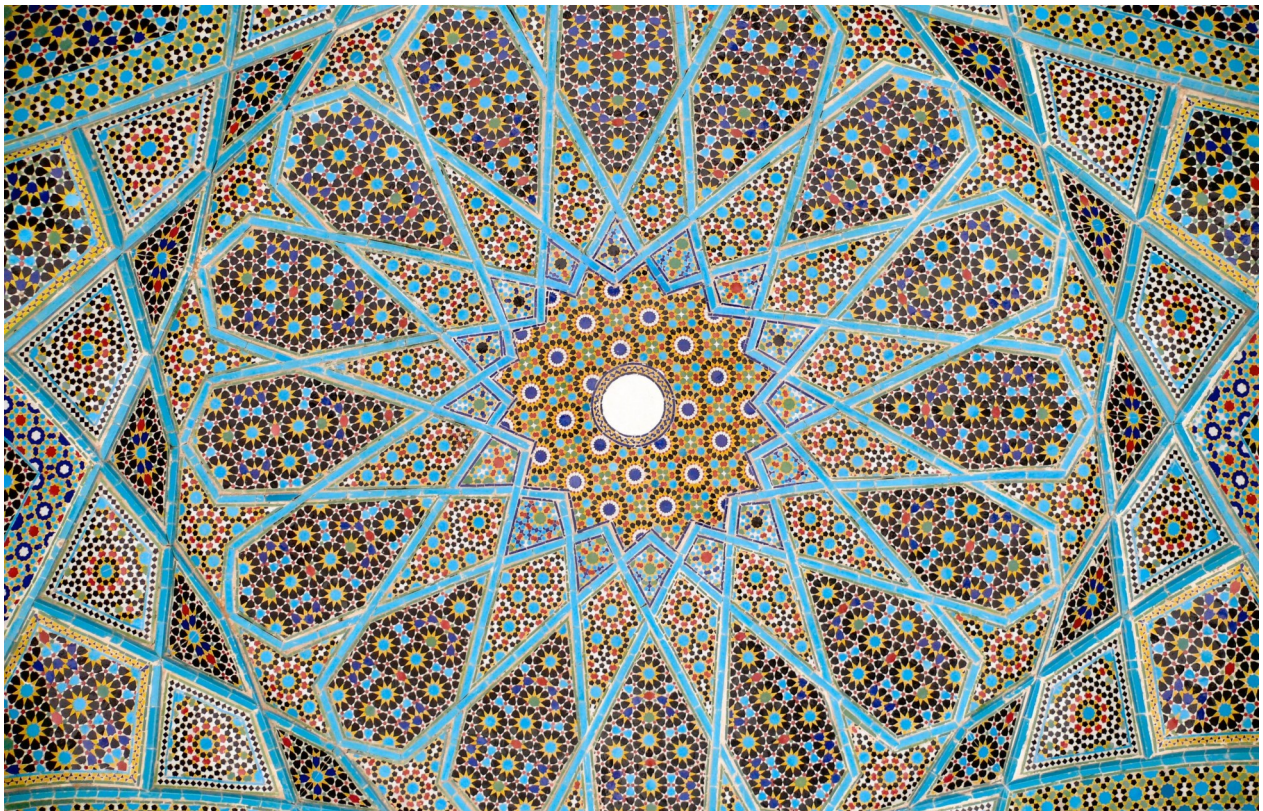


Impulspapier

Primary Nursing - Muster des Gelingens

Die erfolgreiche Implementierung des Primary Nursing im
stationären & ambulanten Setting



Einführung

Das Deutsche Netzwerk Primary Nursing besteht nun bereits seit über 10 Jahren unter dem Dach des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK). Bei den Mitgliedern handelt es sich um an Primary Nursing (PN) interessierte Pflegende von der Basis, Pflegewissenschaftler/innen in Stabsfunktionen, Pflegeleiter/innen, Hochschullehrer/innen oder auch freiberuflich tätige Coaches und Dozent/innen. Dadurch werden viele individuelle Expertisen in ein gemeinsames Netzwerk „verwoben“. Im Netzwerk repräsentieren sich alle Sektoren der Pflege. Insbesondere der Netzwerk-Zielsetzung „Wege suchen zu sinnvoller und erfolgreicher Umsetzung“ widmete sich eine Arbeitsgruppe, die Mitglieder waren Uta Boeckler, Wolfram Kämmer und Markus Lotz. Der gesetzte Arbeitsauftrag setzte Erfahrungen in der praktischen Umsetzung mit Primärer Pflege (Primary Nursing) voraus.

Ziele

Das übergeordnete Ziel der gemeinsamen Arbeitsgruppen-Aktivität war das Sammeln, Bündeln und zugänglich machen der Netzwerk-Expertisen zu den praktischen Erfahrungen von gelingenden Handlungsmustern und Strategien der Einführung von Primärer Pflege (Primary Nursing). Dabei wurden insbesondere folgende Fragestellungen fokussiert:

1. Was hat sich Setting übergreifend bei der Implementierung von Primärer Pflege bewährt?
2. Welche Handlungsmuster und Strategien können aus den Erfahrungen der Mitglieder des Deutschen Netzwerks Primary Nursing für die Einführung der Primären Pflege in anderen Einrichtungen formuliert werden?
3. Was sind typische Missverständnisse und schwer erfüllbare Erwartungen im Zuge der Einführung von Primärer Pflege?

Vorgehen

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe formulierten und extrahierten aus ihrem eigenen Erfahrungsschatz hilfreiche Handlungsmuster und bewährte Strategien der Einführung der Primären Pflege. Diese persönlichen Erfahrungen wurden nach der Sammlungsphase kategorisiert und zur Präsentation für das Netzwerktreffen in Berlin am 09. März 2019 in Berlin von der Arbeitsgruppe vorbereitet.

Der so entstandene Entwurf dieses Impulspapiers wurde den anwesenden Mitgliedern des Netzwerks vorgestellt, von ihnen diskutiert, ergänzt und an einigen Stellen korrigiert. Zusammen mit weiteren eingesandten Rückmeldungen wurde der Entwurf noch einmal überarbeitet, so dass nun ein konsentiertes Impulspapier veröffentlicht werden kann.

Die Mitglieder des Deutschen Netzwerks Primary Nursing danken der Arbeitsgruppe, Frau Uta Boeckler, Herrn Wolfram Kämmer und Herrn Markus Lotz, ganz herzlich für ihre Expertise, ihr großes Engagement und die Zeit, die sie für das Zustandekommen dieser Veröffentlichung aufgewendet haben.

Wir hoffen, dass die Impulse und Empfehlungen Einrichtungen und Pflegeleitungen, die sich für Primary Nursing interessieren und Wege suchen, es im eigenen Unternehmen erfolgreich zu implementieren, eine Hilfe sein können.

Gliederung:

Der PN-Implementierungsprozess

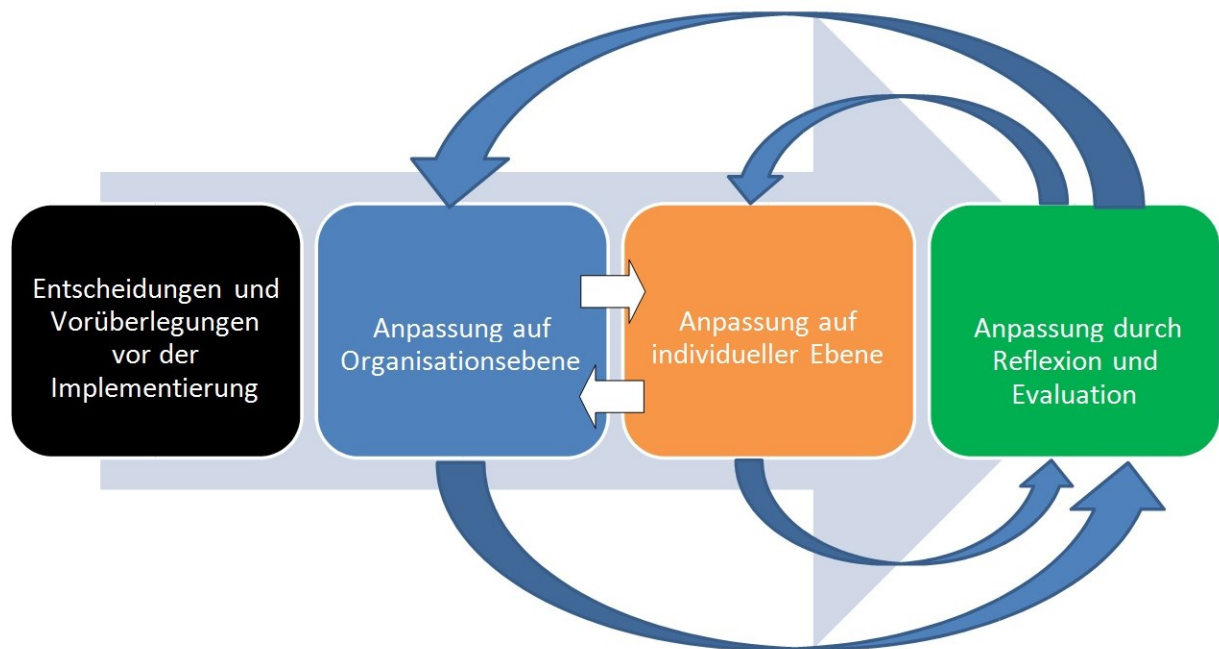
Handlungsmuster und Strategien

Anpassung auf Organisationsebene

Anpassung auf persönlicher/individueller Ebene

Anpassung durch Reflexion und Evaluation

Der PN-Implementierungsprozess



Handlungsmuster und Strategien

Entscheidungen und Vorüberlegungen für Primary Nursing vor Implementierung

- ◆ Die Entscheidung zur Implementierung des Primary Nursing und den damit frei zu stellenden Ressourcen muss auf oberster Managementebene getroffen werden. Die Erfolgsaussichten sind schlecht, wenn diese nicht deutlich erfolgt.
- ◆ Ist die Entscheidung zur Einführung des Pflegeorganisationssystems durch das Management der Einrichtung getroffen worden und sind die Gründe für die Einführung transparent und wiederholt auf allen Ebenen benannt, so sollte nur noch das "Wie?" der Einführungsschritte, -wege, -strategien usw. diskutiert werden, nicht mehr das "Ob".
- ◆ Zur erfolgreichen Implementierung sollte PN als Pflegeorganisationssystem in der gesamten Einrichtung und nicht nur in Teilbereichen eingeführt werden, um eine Konkurrenz der Organisationssysteme zu vermeiden.
- ◆ Richtlinien, Ansätze der Organisations- und Personalentwicklung müssen für die Einrichtung klar definiert und abgestimmt sein! Welche Rolle spielt hier die Implementierung des Primary Nursing? Welche konkreten Erwartungen sind mit diesem System verbunden? Sind diese realistisch?
- ◆ Es bedarf der schriftlichen Fixierung von getroffenen Absprachen und Entscheidungen, beispielsweise in Form von:
 - ◇ Stellenbeschreibungen
 - ◇ Rollenprofilen
 - ◇ Aufgabenbeschreibungen
 - ◇ Basiskonzept

- ◇ Ggf. Delegationsvereinbarungen.
- ◆ Für die gesamte Institution sollte ein Roter Faden bzgl. des Grundverständnisses von PN erkennbar sein, der jedoch unbedingt eine flexible Anpassung auf die Bedingungen und Bedarfe der einzelnen Organisationseinheiten ermöglicht.
- ◆ Leitfragen, die einer institutionsbezogenen und teils Setting bezogenen Antwort bedürfen:
 - ◇ Was sehe ich als zentrale Aufgabe der Primary Nurse an? (Kommunikation, organisatorische Abläufe, Schnittstellen der Primary Nurse zu anderen Berufsgruppen ...) Welche Strukturen stärken oder schwächen die Rolle der Primary Nurse? (Nachtdienste möglich oder auszuschließen?) Gibt es zentrale Meetings (z.B. Sozialvisite, Tumorkonferenz, multiprofessionelle Fallbesprechungen; zielüberprüfende Pflegeprozessgespräche mit Pat.; Angehörigengespräche, Pflegevisiten, Erstgespräche und der „runde Tisch“ in der ambulanten Pflege), zu denen die Präsenz der Primary Nurse erforderlich ist, die möglichst nicht delegiert werden sollen? Soll ein solches Meeting aufgebaut werden? Wie sollen Fortbildungen für die Primary Nurse gestaltet werden?
 - ◇ Gibt es real Bereiche, die für die Organisationsform Primäre Pflege/Primary Nursing ungeeignet sind? Warum?
 - ◇ Soll jede pflegerische Fachperson Primary Nurse werden können oder nur einzelne? Welcher Bedarf begründet die Entscheidung? Gilt dies für alle Bereiche gleich, oder sollte differenziert werden? Warum?
 - ◇ Wenn Vorentscheidung getroffen "Lediglich Einzelpersonen sollen die Primary Nurse-Rolle übernehmen": Wie sieht unser Bewerbungsverfahren aus? Was tun wir, um dem Risiko der Degradierung und Schaffung hierarchischer Ebenen entgegenzuwirken? Geeignete Maßnahmen könnten sein, spezielle Aufgaben, wie beispielsweise Praxisanleitung, Notfallmanagement, Hygienemanagement usw., bevorzugt an Kollegen in Associated Nurse-Funktion zu delegieren, um eine Konzentration von Aufgaben bei den Primary Nurses zu vermeiden.
 - ◇ Gibt es Faktoren/Rahmenbedingungen, welche zur Implementierung zwingend erforderlich sind? Wie gehen wir damit um, wenn diese nicht gegeben und kompensierbar sind? (z.B. weitgehend besetzte Stellen; Leihpersonal; unzureichende Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation; Infrastruktur; Leitung sollte mit Team und Setting vertraut sein; Veränderungsmaßnahme davor sollte gefestigt sein, nicht zu früh bzw. zu viele Veränderungsmaßnahmen auf einmal...).
- ◆ Ein angemessenes Modell der Projektbegleitung bestimmen. Bewährt hat sich ein projektbezogenes Vorgehen mit 4 Phasen, wo die Abteilungsleitung die Projektleitung übernimmt und durch Pflegeentwicklung begleitet wird: 1. Vorbereitung, 2. Konzeption mit Kick Off oder Team-Workshops, 3. Pilot, 4. Stabilisierung. Gekoppelt an fortlaufende Evaluation, gespeist durch abteilungsbezogene konkrete Fragestellungen, Einbeziehen der Mitarbeiter und wiederholte Abstimmung von priorisiertem Vorgehen. Ein konkreter Zeitplan, in dem die wesentlichen Aufgaben in den einzelnen Phasen sichtbar werden, kann einen sehr wertschätzenden und motivierenden Effekt auf Leitung und Team haben.
- ◆ Erfolgt die Einführung des PN-Systems zunächst in Teilbereichen / Projektabteilungen usw. der jeweiligen Einrichtung, so sollten die gelingenden Strategien dieser "Pilot-Bereiche" explizit und plausibel kommuniziert und zugänglich gemacht werden. Dies kann der internen Modellbildung dienen. Als Foren dazu eignen sich beispielsweise Gruppencoachings (z.B. mit Pilot-Bereichen und "Newcomern"), welche dem "Strategie-Muster-Transfer" dienen können.

- ◆ Eine Begleitung der im Implementierungsprozess beteiligten Personen (alle Hierarchieebenen) durch z.B. Coaching, Supervision, Schulungen oder Teambuildingmaßnahmen ist hilfreich und ggf. erforderlich. Dies kann zur verbesserten Umsetzung des Konzeptes, erweitertem Wissensstand, Motivation und Konfliktfähigkeit des Personals beitragen.

Anpassung auf Organisationsebene

- ◆ Es erweist sich im Anschluss an die primäre Einführungs- und Schulungsphase als hilfreich, wenn die Vermittlung der Grundprinzipien des PN-Systems (z.B. bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter) durch die Mitarbeiter / Führungskräfte der jeweiligen Einrichtung erfolgt. Eine immer wiederkehrende "Unterweisung" durch externe Dozenten / Referenten ist nicht ratsam, da diese Vorgehensweise das System "extern verortet". Führungskräfte müssen sprachfähig bzgl. neuem System sein!
- ◆ Die Einführung von PN kann, wie jede Veränderung der gewohnten Arbeitsabläufe, auf erheblichen Widerstand vieler Pflegenden stoßen. Bei einer Entscheidung für die Übernahme der Primary Nurse-Funktion durch einzelne Pflegenden können beispielsweise Befürchtungen wie die Schaffung hierarchischer Ebenen innerhalb von Pflgeteams und die Abwertung eigener beruflicher Leistungen entstehen. In diesen Fällen ist die Vermittlung, Klärung und Beratung durch die pflegerischen Leitungen notwendig und hilfreich. Neben den größeren Anforderungen an die Dienst- und Tourenplangestaltung stellt die Übernahme dieser Vermittlerrolle die größte Herausforderung für die jeweiligen Leitungen im PN-System dar.
- ◆ Je nach Setting, Ressourcen und Aufgabenstellung ist es erforderlich, einen Mindeststellenanteil für die Rollenbesetzung der Primary Nurse festzulegen, um Kontinuität zu gewährleisten. Als Orientierung ist das Verhältnis Primary Nurses zu Bettenanzahl möglich (z.B. 1:4 gerechnet auf 1 VK bei 0,75 Stellenanteil; bei 20 Bettenstation >> 5 Primary Nurses in Vollzeit oder entsprechend angepasst in Teilzeit). Lassen sich Teilzeitkräfte am Stück einplanen, ist auch hier die Übernahme der Primary Nurse-Rolle bei mittlerer oder kurzer Verweildauer denkbar. Entscheidend ist das Maß der Kontinuität (=Anwesenheitstage der Primary Nurse) zur durchschnittlichen bzw. rückblickend tatsächlichen Liegedauer des zugewiesenen Patienten. Folgende Strukturen können die Anzahl der Anwesenheitstage einer Primary Nurse erhöhen:
 - ◇ Befreiung von Nachtwachen
 - ◇ Viele Dienste zu "Kernarbeitszeiten"
 - ◇ Teilzeitkräfte am Stück einplanen.
- ◆ Es braucht Zeit und Übung, einen PN-orientierten Dienstplan schreiben zu lernen. Es ist gut, einen "Ausprobiererraum" zu definieren, der 4-6 Monate vor Implementierungsstart beginnt, so dass die zuständige Person ein Gefühl für die höchstmögliche Kontinuität auf Dienstplanebene entwickeln und ihre Strategien entsprechend erweitern kann. Strategiebeispiel: Anzahl der Patienten- bzw. Klientengruppen für FD/SD festlegen und jeweils eine Farbmarkierung zuordnen.
- ◆ Die Zuteilung der Primary Nurses sollte sichtbar gemacht werden. Dies gelingt beispielsweise durch Visitenkarten der Primary Nurse, Wandtafel/Plantafel; Flyer; Unterschrift in der Patientenakte; Namensnennung in der Behandlungsmappe o.ä.
- ◆ In Pflegeeinrichtungen sollten allen pflegebedürftigen Personen, unabhängig von der Aufenthaltsdauer, eine Primary Nurse zugewiesen werden, da sonst einer Fülle an kreativen Ausnahmeregelungen, "warum gerade bei diesem Fall keine Zuteilung möglich, war" Tor und Tür geöffnet wird.

- ◆ In Abteilungen, die groß und weitläufig sind, gelingt es, Laufruhe in den Alltag zu bringen, wenn die räumliche Nähe als eines von drei wesentlichen Zuteilungskriterien in Anlehnung an die Bereichspflege beibehalten, jedoch nicht absolut gesetzt wird. Entscheidend bleibt die höchstmögliche fallbezogene Kontinuität. In der ambulanten Pflege ist eine Tourenkontinuität hinsichtlich ökologischer und ökonomischer Aspekte unerlässlich.
- ◆ In Pflegeeinrichtungen ist es erforderlich, die Primary Nurse-Zuteilung in geregelter Form vorzunehmen (z.B. in stationären Einrichtungen mittags vor oder nach der Übergabe, um Neuaufnahmen, Planpatienten oder ggf. Entscheidungen bei Ausfallmanagement abzusprechen, oder in der ambulanten Pflege durch die Leitung nach dem Erstkontakt mit den Patienten). Ziel ist es, eine gerecht empfundene Zuteilung bzgl. der Arbeitslast, eine höchstmögliche Kontinuität aus Patientenperspektive und ggf. individuelle Bedürfnisse der Pflegenden (z.B. Entwicklungsfokus, Begleitung von Lernenden, Kompetenzen) auszubalancieren.

Anpassung auf persönlicher/Individueller Ebene

- ◆ Wer die Grundprinzipien von PN (Arbeiten auf Fallebene, Verantwortung für Dokumentation, Prozessüberblick/-gestaltung und Kommunikation an Schnittstellen, Planung 24/7, persönliche Verantwortungsübernahme) verstanden hat und über die im jeweiligen Bereich erforderliche Fachkompetenz verfügt, kann im praktischen Tun in die Primary Nurse-Rolle hineinwachsen. Sie/er gestaltet diese in der Kommunikation im multiprofessionellen Team, im Kontakt zu Patient/Angehörigen inkl. Vorstellung der eigenen Rolle und übernimmt Verantwortung beim Lösen auftauchender Konflikte an den Schnittstellen.
- ◆ Wir halten begleitende Bildungsmaßnahmen (Schulung, Training, Coaching, Kollegiale Beratung, Workshops - Setting bezogen oder Setting übergreifend) zur Vermittlung, Motivationsförderung und Unterstützung für unabdingbar. Der Umfang ist am Bedarf und den Ressourcen der Einrichtung zu orientieren.

Anpassung durch Reflexion und Evaluation

- ◆ Es hat sich sehr bewährt, mit Einführung des Primary Nursing ein regelmäßiges Gesprächsforum (z.B. PN-Talk / PN-Forum / Pflege-Forum / PN-Team / PN-Leitungsrunde...) für die Pflegenden auf Team und Leitungsebene zu schaffen. Es kann genutzt werden, um eigene Beobachtungen an die Gruppe zu spiegeln, Unzufriedenheit, Fragen, Konflikte, Verbesserungsanliegen einzelner Beteiligten etc. offen anzusprechen und entsprechend Vereinbarungen zu treffen / Unterstützungsangebote zu konkretisieren. Schulungen, Weiterbildungen und Trainings bieten zusätzliche Reflexionsräume für Praktiker.
- ◆ Evaluation ist unabdingbar. Sie liefert wichtige Hinweise auf Probleme und Fehlentwicklungen. Eine offene und transparente Kommunikation der Ergebnisse kann dazu beitragen, Widerstände zu überwinden. Beispiele:
 - ◇ Was kommt beim Patienten an? (z.B. Kennen Patienten ihre Primary Nurse? Hat Behandlungsplanung im Sinne des Patienten stattgefunden, wurden persönliche Wünsche berücksichtigt? War der Kontakt zur Primary Nurse leicht herzustellen?)

- ◇ Werden organisatorische Vorgaben eingehalten? (z.B. Wie viele Pat. sind einer Primary Nurse zugeteilt? Namentliche Nennung der Primary Nurse in Patientendokumentation? Regelmäßige Dokumentation der Primary Nurse-Gespräche)
- ◇ In der ambulanten Pflege müssen für die Evaluation der Schnittstelle zwischen Primary Nurse und Associated Nurse besondere Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Deutsches Netzwerk Primary Nursing, Berlin; Juli 2019

Kontakt über: Johanna Knüppel, knueppel@dbfk.de (Leiterin des Netzwerks)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570

E-Mail: dbfk@dbfk.de

www.dbfk.de

