



Die Pflegefachperson rückt ins Rampenlicht

Chancen und Herausforderungen der Bezugspflege für
Pflegefachpersonen

Kummer Adina
[REDACTED]

López Ceballos Anna-Maria
[REDACTED]

Departement Gesundheit

Institut für Pflege

Studienjahr: 2021

Eingereicht am: 03.05.2023

Begleitende Lehrperson: Dreizler Jutta

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	III
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	2
1.2 Begründung der Themenwahl.....	2
1.3 Ziel und Fragestellung	3
2 Theoretischer Hintergrund	5
2.1 Geschichte der Bezugspflege	5
2.2 Evidence-based-Nursing.....	7
3 Methode	10
3.1 Literaturrecherche.....	10
3.2 Limitationen und Ein-/Ausschlusskriterien	11
3.3 Selektionsprozess.....	11
3.4 Kritische Würdigung der Studien	13
4 Ergebnisse	14
4.1 Arbeitszufriedenheit.....	17
4.2 Pflegequalität.....	17
4.3 Beziehungen.....	19
4.4 Pflegeprozess	20
4.5 Stress	21
4.6 Weiterentwicklung.....	21
5 Diskussion	23
5.1 Gütekriterien	23
5.2 Diskussion der Ergebnisse	26
5.2.1 Arbeitszufriedenheit	26
5.2.2 Pflegequalität	28
5.2.3 Beziehungen	30

5.2.4	Pflegeprozess	32
5.2.5	Stress	34
5.2.6	Weiterentwicklung	36
5.3	Limitationen	38
5.4	Beantwortung der Fragestellung	39
6	Praxisimplikationen	40
6.1	Pflegeforschung	40
6.2	Expertise der Pflegefachpersonen	41
6.3	Patientenpräferenz	43
6.4	Lokaler Kontext	43
6.5	Praxis-Transfer	45
7	Schlussfolgerung	47
	Literaturverzeichnis	49
	Abbildungsverzeichnis	56
	Tabellenverzeichnis	56
	Anhang	59

Abstract

Einleitung: Im Jahr 2022 blieben 7 453 Stellen für Pflegefachpersonen in der Schweiz unbesetzt, was den Pflegenotstand verdeutlicht. Die Bezugspflege wurde, Ende der 1960-er Jahren entwickelt, um trotz einer begrenzten Anzahl an Pflegefachpersonen eine hohe Pflegequalität zu ermöglichen. Obwohl die Auswirkungen dieses Pflegeorganisationsmodells auf Patient:innen und Institutionen bereits häufig erforscht wurden, erweise sich die Auswirkungen auf die Pflegefachpersonen als Forschungslücke.

Fragestellung: *Welche wissenschaftlich fundierten Auswirkungen hat die Umsetzung von Bezugspflege auf Pflegefachpersonen?*

Methode: Es wurde eine systematisierte Literaturrecherche der letzten 20 Jahre in zwei Datenbanken durchgeführt. Neun quantitative Studien konnten anhand der Ein- und Ausschlusskriterien und nach der kritischen Würdigung eingeschlossen werden.

Ergebnisse: Durch Bezugspflege verbessert sich die Pflegequalität und der Pflegeprozess gewinnt an Bedeutung. Auch die Beziehung zu den Patient:innen verbessert sich und die interprofessionelle Zusammenarbeit wird in einigen Bereichen gefördert. Während die Arbeitszufriedenheit teilweise gestiegen ist, zeigen sich widersprüchliche Auswirkungen auf die persönliche und unternehmerische Weiterentwicklung. Der allgemeine Stress hat durch die Bezugspflege deutlich zugenommen

Schlussfolgerung: Trotz der positiven Auswirkungen der Bezugspflege ist es notwendig zu untersuchen, wie mithilfe dieses Pflegeorganisationsmodells die Arbeitszufriedenheit des Pflegefachpersonals erhöht und der Stress reduziert werden kann, um den aktuellen Bedingungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden.

Keywords: Primary Nursing, Staff-Related Outcomes, Bezugspflege

1 Einleitung

Das Primary Nursing Modell (PNM) wurde Ende der 1960er-Jahre von der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Mary Manthey als Pflegeorganisationsmodell entwickelt (Manthey et al., 1980/2011; Schewior-Popp et al., 2017). Seit Mitte der 1990er-Jahre besteht auch im deutschsprachigen Raum ein vermehrtes Interesse an der Implementierung (Schewior-Popp et al., 2017). Im Jahr 2003 begann das Universitätsspital Zürich (USZ) – angelehnt an die theoretischen Grundlagen von PNM (Fröhlich et al., 2013) – mit der Entwicklung eines Bezugspflegekonzepts. Seit 2006 wird PNM in vielen gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen im deutschsprachigen Raum umgesetzt (Boeckler, 2006; Manthey et al., 1980/2011; Schewior-Popp et al., 2017). Da dieses Pflegeorganisationsmodell im schweizerischen Gesundheitswesen weit verbreitet ist, rückt die Frage in den Vordergrund, welche Auswirkungen seine Umsetzung auf die Pflegefachpersonen hat. Der Fokus dieser Arbeit liegt deswegen auf den Pflegefachpersonen, weil sie die fachliche Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess tragen. Unter dem Begriff Pflegefachpersonen werden alle Pflegepersonen zusammengefasst, die über einen Abschluss auf Tertiärstufe verfügen (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation [SBFI], 2019; Schäfer et al., 2013).

Im klinischen Bereich wurde PNM erstmalig wie folgt definiert: «Primary Nursing ist die Durchführung von umfassender, kontinuierlicher, koordinierter und individualisierter Pflege durch die Primary Nurse (PN), die über Autonomie, Rechenschaftspflicht und die Autorität verfügt, als verantwortliche Pflegeperson für ihre Patienten zu handeln» (Ersser & Tutton, 2000, as cited in Marram et al., 1976, p. 5).

In der vorliegenden Arbeit wird von Bezugspflege anstelle von PNM gesprochen, da dieser Begriff im Schweizer Gesundheitssystem verwendet wird. In der Literatur wird Bezugspflege ebenfalls häufig als Synonym von PNM verwendet oder PNM mit Bezugspflege ins Deutsche übersetzt (Needham & Abderhalden, 2002). Für Bezugspflege gibt es in der Literatur bis heute kaum ein einheitliches Verständnis, was zur Folge hat, dass unterschiedliche Definitionen existieren. In dieser Arbeit wird angelehnt an die Definitionen von Manthey et al. (1980/2011) sowie Schädle-Deininger und Wegmüller (2016) unter Bezugspflege Folgendes verstanden: Bezugspflege findet statt, wenn eine Pflegefachperson die Verantwortung für die pflegerische Betreuung, der ihr zugeteilten Patient:innen, vom Eintritt bis Austritt übernimmt. Die Pflegefachperson ist dabei für die

pflegerischen Entscheidungen, den Pflegeprozess, die Koordination, die Ausführung von Interventionen, die Pflegequalität und die Individualisierung der Pflege verantwortlich.

1.1 Problemstellung

Im Jahr 2022 waren Pflegefachpersonen mit 7 453 offenen Stellen die gefragteste Berufsgruppe der Schweiz (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK], personal communication, July 10, 2022). Der Nachfragebedarf in der Schweiz liegt bei durchschnittlich 4 340 Fachkräften jährlich. Im Jahr 2019 machten im Vergleich zu den eigentlich 6 900 benötigten Pflegefachpersonen nur 2 986 ihren Abschluss, was lediglich 43 Prozent des Jahresbedarfs deckte (Merçay et al., 2021). Zudem stieg die Nachfrage an Pflegefachpersonen in den letzten acht Jahren um 150 Prozent (Meier, 2021). Diese Zahlen verdeutlichen, wie essenziell eine Veränderung in schweizerischen Gesundheitseinrichtungen ist, um die Auswirkungen des Pflegemangels zu entschärfen.

Als eine mögliche Lösung bietet sich die Implementierung des Pflegeorganisationssystems Bezugspflege an. Dieses wurde mit dem Ziel entwickelt, die Pflegequalität trotz einer beschränkten Anzahl an Pflegefachpersonen zu steigern und dem chronischen Pflegemangel entgegenzuwirken (Manthey et al., 1980/2011; Schewior-Popp et al., 2017).

1.2 Begründung der Themenwahl

Im Austausch mit Pflegefachpersonen im Berufsalltag wurde wiederholt die Aussage getätigt, dass die Bezugspflege bei dem momentan starken Pflegekräftemangel nicht umsetzbar ist. Die zunehmende Komplexität der Patient:innen durch das vermehrte Auftreten von Multimorbidität und der in der Praxis übliche Skill-Grade-Mix erschweren die Umsetzung zusätzlich. Diese wiederholten negativen Äusserungen waren der Auslöser für die Autorinnen, sich im Rahmen ihrer Bachelorthesis mit den unterschiedlichen Auswirkungen der Bezugspflege auf Pflegefachpersonen auseinanderzusetzen.

Yarbrough et al. (2017) kamen zu der Erkenntnis, dass Pflegefachpersonen mit einer höheren Arbeitszufriedenheit und Bildungsabschluss länger im Beruf bleiben, was einen positiven Einfluss auf den aktuellen Pflegemangel hat. Verschiedene Studien zeigen zudem, dass Pflegefachpersonen eine höhere Arbeitszufriedenheit aufweisen, wenn ihre Autonomie in der Arbeit gefördert wird (Cramer & Hunter, 2019; Furunes et al., 2018; Josefsson et al., 2018). In einer Studie von Ferrua et al. (2016) äusserten fast alle Teilnehmenden, nach der Implementierung der Bezugspflege ein hohes Mass an

Autonomie zu besitzen. Boitshwarelo (2003) stellte fest, dass die Übernahme von Verantwortung die Autonomie von Pflegefachpersonen fördert. Diese Verantwortungsübernahme bildet laut Manthey et al. (1980/2011) die Grundlage der Bezugspflege und verpflichtet Pflegefachpersonen nach Arx-Strässler und Erzinger-Manea (2008) dazu, Pflegeinterventionen gegenüber Patient:innen, Angehörigen, dem inter- und intradisziplinären Team, dem Arbeitgeber, der Gesellschaft, der Berufsgruppe und sich selbst zu rechtfertigen. Weiter kann die Implementierung der Bezugspflege die Pflegequalität optimieren (Eichhorn & Frevert, 1979; Felton, 1975) und hat positive Auswirkungen auf die Gesundheitsökonomie. Eine Studie aus Österreich zeigte, dass die Anwendung der Bezugspflege in der mobilen Pflege zu einer signifikanten Reduktion von Pflegeleistungen, Pflegezeiten sowie Krankenhauseinweisungen führt (Bretbacher et al., 2020).

Schliesslich fällt auf, dass die Forschung zur Bezugspflege in den letzten 20 Jahren stark abgenommen hat und das Thema in den letzten Jahren kaum wissenschaftlich untersucht wurde. Die vorhandene Literatur fokussiert zudem überwiegend auf die strukturelle Implementierung von Bezugspflege sowie die Auswirkungen auf Pflegequalität Patient:innen und Institutionen. Die Erforschung der Bezugspflege und der Auswirkungen einer konsequenten Umsetzung auf die Pflegefachpersonen, konnte daher wie eingangs bereits erwähnt als Forschungslücke identifiziert werden.

Die oben genannten Punkte zeigen, welche hohe Relevanz dieses Thema für den Pflegeberuf hat. Noch deutlicher wird dies, wenn bedacht wird, dass die Bezugspflege in allen pflegerischen Settings implementiert und umgesetzt wird. So spielt sie eine bedeutende Rolle in der stationären Altenpflege (Stuhl, 2006), der ambulanten Pflege (Josuks, 2008), der pädiatrischen Pflege (Nadeau et al., 2016) sowie in der stationären psychiatrischen Pflege (Needham & Abderhalden, 2002). Entsprechend werden in dieser Arbeit alle pflegerischen Settings miteinbezogen.

1.3 Ziel und Fragestellung

Diese Arbeit hat zum Ziel mithilfe einer systematisierten Literaturrecherche wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über die Auswirkungen der Bezugspflege auf Pflegefachpersonen aufzuzeigen. Durch das Analysieren von wissenschaftlicher Literatur wird das Verständnis dieses Pflegeorganisationssystems vertieft und in einem weiteren Schritt werden die Auswirkungen auf Pflegefachpersonen fachgestützt diskutiert. Diese Arbeit soll dabei einen Theorie-Praxis-Transfer schaffen, um die Fachverantwortung

Pflege und Abteilungsleitung zum Thema Auswirkungen von Bezugspflege auf Pflegefachpersonen zu sensibilisieren. Vor allem sollen Chancen und Herausforderungen dieses Pflegeorganisationssystems für die Berufsgruppe wissenschaftlich fundiert erarbeitet und kritische Aspekte bei der Umsetzung der Bezugspflege beleuchtet werden. Folgende Fragestellung kann aus dieser Zielbeschreibung abgeleitet werden: *Welche wissenschaftlich fundierten Auswirkungen hat die Umsetzung von Bezugspflege auf Pflegefachpersonen?*

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird der geschichtliche Verlauf der Bezugspflege dargestellt und das Evidence-based-Nursing (EBN) Modell nach Rycroft-Malone et al. (2004) beschrieben. Dieses Modell wird in Kapitel 6 als theoretische Basis für den Theorie-Praxis-Transfer verwendet.

2.1 Geschichte der Bezugspflege

Die Pflegeorganisationsmodelle wurden im 20. Jahrhundert weltweit durch wechselnde Managementideologien, schwankende ökonomische Faktoren und sich entwickelnde soziale Werte geprägt. Die Weltwirtschaftskrise in den 1930er-Jahren führte zu einem Rückgang der Zahl der privaten Pflegepersonen, die nun wieder in den Krankenhäusern arbeiten. In den 1940er- und 1950er-Jahren führten politische Probleme aufgrund des Zweiten Weltkriegs und der unmittelbaren Nachkriegszeit zu einem Mangel an Pflegepersonen, zu einer Expansion des Krankenhaussystems und zu ökonomischem Druck. Die zunehmenden sozialhumanistischen Überlegungen in den 1960er- und 1970er-Jahren hatte eine erneute Individualisierung der Pflege zur Folge. So wandelten sich die Pflegemodelle von der ganzheitlichen Patientenbetreuung über die funktionelle Pflege und die Teampflege bis hin zur Bezugspflege (Krapohl & Larson, 1996; Manthey et al., 1980/2011; Rafferty, 1992b; Tiedeman & Lookinland, 2004).

Die Bezugspflege gewann in den 1980er-Jahren insbesondere im englischsprachigen Raum und Skandinavien an Bedeutung (Schewior-Popp et al., 2017). Im Jahr 2000 wurde das Grundlagenwerk «The Practice of Primary Nursing» von Mary Manthey ins Deutsche übersetzt. Im gleichen Jahr wurde das Bundesdeutsche Netzwerk Primary Nursing (Boeckler, 2006) und 2004 das schweizerische Netzwerk Bezugspflege gegründet. Im Jahr 2007 wurde Letzteres aufgelöst, da in der Deutschschweiz Bezugspflege bereits weit verbreitet war (██████████, personal communication, August 15, 2022).

Die Bezugspflege besteht nach Manthey et al. (1980/2011) aus vier Kernelementen:

- 1) Die Verantwortung und Akzeptanz für das Treffen von Entscheidungen obliegt einer Pflegefachperson.
- 2) Tägliche Arbeitszuweisung wird nach dem Prinzip der Fallmethode vorgenommen.
- 3) Direkte zwischenmenschliche Kommunikation.
- 4) Verantwortung der erbrachten Pflegequalität liegt für 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche bei einer Pflegefachperson.

Die vier Kernelemente der Bezugspflege und deren Einführung wurden von Manthey ausführlich beschrieben. Trotzdem existierten lange Zeit keine konkreten Leitfäden zur Umsetzung dieses Pflegeorganisationssystems (Manthey et al., 1980/2011). Die Entwicklung von Leitfäden zur Implementierung und Anwendung von Bezugspflege in den verschiedenen Bereichen der Pflege begann in den letzten Jahren. Erst 2021 wurde mittels Delphi-Methode ein Instrument entwickelt und validiert, welches die Compliance von Pflegefachpersonen gegenüber Bezugspflege misst und evaluiert (Cocchieri et al., 2021).

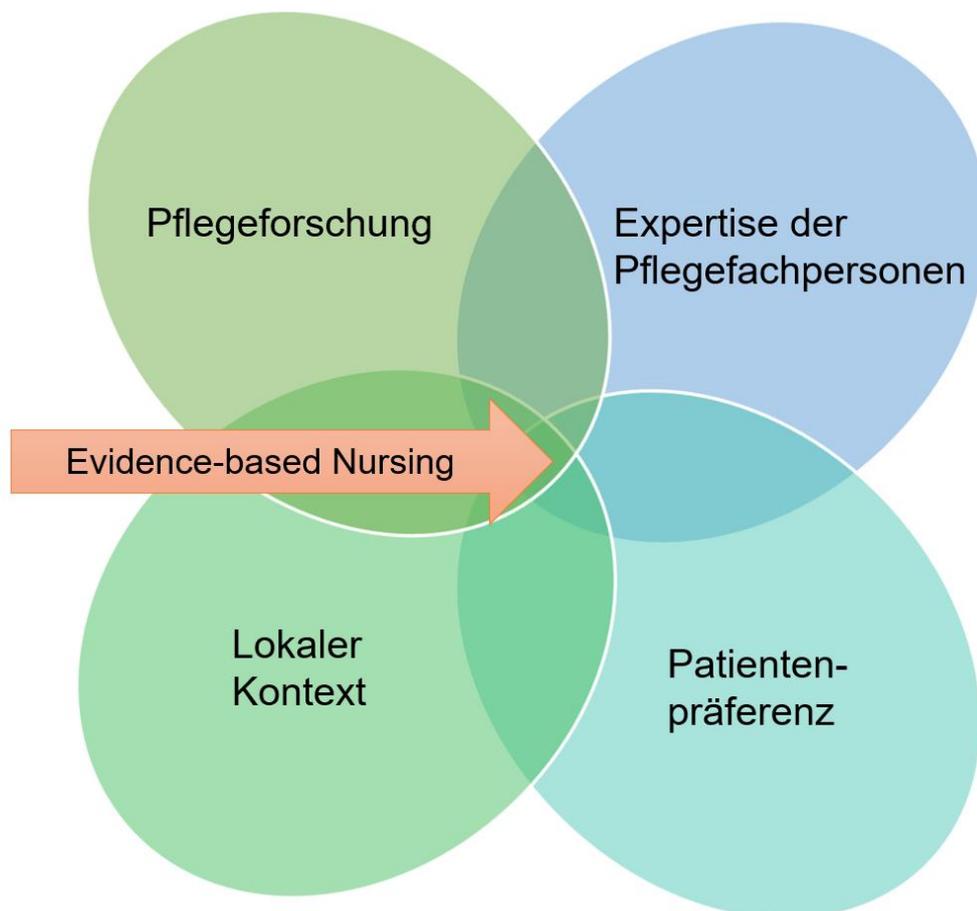
2.2 Evidence-based-Nursing

Das Evidence-based-Nursing (EBN) Modell steht an der Grenze zwischen Pflegewissenschaft und -praxis mit dem Ziel, diese zusammenzubringen (Latteck & Seidl, 2022). Dabei handelt es sich um eine Denk- und Arbeitshaltung, anhand welcher pflegerische Entscheidungen getroffen werden können (Rycroft-Malone et al., 2004). In der Fachliteratur wird EBN wie folgt definiert: «Evidence-based Nursing ist die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen oder einzigartigem Pflegesystem und professionell Pflegenden» (Behrens & Langer, 2016, p. 25).

Das EBN-Modell basiert auf dem Zusammenwirken der vier Evidenzquellen (siehe Abbildung 2): Pflegeforschung, Expertise der Pflegefachperson, Patientenpräferenzen und lokaler Kontext (Boegli et al., 2016; Rycroft-Malone et al., 2004).

Abbildung 1

EBN-Modell in Anlehnung an Darstellung von Rycroft-Malone et al. (2004)



Pflegeforschung: Dieser Evidenzquelle wird die höchste Relevanz zugesprochen (Boegli, et al., 2016; Rycroft-Malone et al., 2004). Dabei handelt es sich um das gesicherte Wissen, welches in Datenbanken vorliegt. Durch die Anwendung systematischer Beobachtungen können Erfahrungen kontrolliert geprüft werden. Diese erwiesenen Interventionen, Erfahrungen, Beobachtungen und diagnostischen Verfahren sind dabei – im Vergleich zum Erfahrungswissen – nachgeprüft und nachprüfbar. (Behrens & Langer, 2016). Laut Rycroft-Malone et al. (2004) muss aber bedacht werden, dass sich die Forschung stetig verändert, nie absolut sicher und weniger wertfrei ist als gedacht.

Expertise der Pflegefachpersonen: Diese Evidenzquelle beinhaltet die individuellen beruflichen Erfahrungen sowie Intuitions- und fachliches Wissen. Zusammen mit der Pflegeforschung ist das Wissen der einzelnen professionell Pflegenden im Pflegealltag unerlässlich. Jedoch ist eine Sicherstellung der optimalen Versorgungsqualität nur begrenzt möglich, da klinische Expertise selektiv und fehleranfällig ist (Boegli et al., 2016; Rycroft-Malone et al., 2004).

Patientenpräferenz: Bei dieser Evidenzquelle stammt das Wissen aus der Lebens- und Krankheitserfahrung von Patient:innen. Im Verlauf können sich Präferenzen und deren Bedeutungen je nach Person oder Kontext ändern. Deswegen muss für Patient:innen die Möglichkeit zur kontinuierlichen Mitbestimmung bestehen. Dieses Wissen ist individuell und kann mittels Wahrnehmungen und Gesprächen erlangt werden (Behrens & Langer, 2016; Rycroft-Malone et al., 2004; Smoliner et al., 2008).

Lokaler Kontext: Diese Evidenzquelle beruht auf dem Wissen des interdisziplinären Teams, Gesprächen im Pflege team und Erzählungen von Patient:innen (Boegli et al., 2016; Rycroft-Malone et al., 2004). Auch lokal und systematisch gewonnene Informationen wie die erbrachte Leistung, die Pflegequalität, die Planung und Evaluationsmassnahmen gehören dazu (Stetler, 2003). Weiter beeinflussen Politik, Gesellschaft, Kultur und Ökonomie diese Evidenzquelle erheblich (Boegli et al., 2016; Rycroft-Malone et al., 2004).

Das EBN-Modell wurde für diese Arbeit als theoretischer Hintergrund gewählt, da es sich bei der Umsetzung der Bezugspflege im weitesten Sinne um eine Intervention handelt. Um die Pflegewissenschaft und die Pflegepraxis zusammenzuführen, wird der Theorie-Praxis-Transfer anhand der vier Evidenzquellen des EBN-Modells begründet. In Art. 3 Absatz 2 GesBG (Gesundheitsberufegesetz) ist die Sicherstellung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zudem gesetzlich verankert. Weiter müssen die Pflegeleistungen dem aktuellen wissenschaftlichen Stand und der fachlich gebotenen Qualität entsprechen.

Die Evidenzquelle der Pflegeforschung ist in dieser Arbeit von zentraler Bedeutung, da die Forschungsfrage anhand einer systematisierten Literaturrecherche beantwortet wird. Die Expertise der Pflegefachpersonen spielt ebenfalls eine gewichtige Rolle, da die Umsetzung der Bezugspflege stark von der ausführenden Funktion abhängt. Die Umsetzung der Bezugspflege hat einen erheblichen Einfluss auf Patient:innen, wobei auch deren Mitbeteiligung als Empfänger gefragt ist. Das Ausführen der Bezugspflege ist zudem vom lokalen Kontext wie den strukturellen und personellen Ressourcen sowie der Individualisierung der Pflege abhängig.

Das EBN-Modell hat sich für die Professionalisierung der Pflege als Konzept weltweit durchgesetzt. Zudem leistet es einen essenziellen Beitrag zur Sicherstellung des Theorie-Praxis-Transfers. In einer Zeit, in welcher die professionelle Pflege von Informationsflut, Wirtschaftlichkeit und Zeitnot geprägt ist, sorgt EBN für eine Vereinbarkeit von Forschung und Praxis (DiCenso et al., 2009; Panfil, 2005).

3 Methode

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Forschungsfrage beschrieben. Nach der Eingrenzung des Themas wurde eine Grobrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL Complete und Cochrane Library durchgeführt. Das detaillierte Vorgehen bei der systematisierten Literaturrecherche wird im Kapitel 3.1 dargelegt. Die Limitationen sowie die Ein- und Ausschlusskriterien, welche bei der Literaturrecherche berücksichtigt wurden, werden ebenfalls aufgeführt. Die Darstellung des Selektionsprozesses wird anhand eines Flowcharts abgebildet und die für die kritische Würdigung verwendeten Instrumente werden beschrieben.

3.1 Literaturrecherche

Die Keywords (siehe Tabelle 1) wurden basierend auf den Komponenten der Fragestellung definiert. Anhand dieser wurde im Dezember 2022 eine systematisierte Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL Complete durchgeführt. Die Wahl der Datenbanken gründet darauf, dass diese aktuelle pflegewissenschaftliche Publikationen beinhalten und hochwertige Evidenz für das Gesundheitswesen liefern.

Tabelle 1

Keywords

Komponente	Deutsche Keywords	Englische Keywords	MeSH (PumMED) Subheadings (CINHAL)
Population	Pflegefachpersonen, Pflegefachpersonal, Krankenpflege	Nurs*	Nurses
Phänomen	Patientenorientierte Krankenpflege, Pflegesystem, Bezugspflege	«Primary nursing», «Primary nursing model»	Primary Nursing
Weitere	Auswirkungen	«Staff-related outcomes», impact*, effect*	

Um die Keywords zu kombinieren, wurden die Bool'schen Operatoren <OR> zur Erweiterung der Treffermenge und <AND> für deren Einschränkung verwendet. Der Bool'schen Operatoren <NOT> kam nicht zum Einsatz, da die Treffermenge nicht reduziert werden musste. Für eine umfassende Suche wurden die Trunkierung <*> und Phrasen (siehe Tabelle 2) verwendet. Die Trunkierung <*> wurde eingesetzt, um alle grammatikalischen Endungen in die Suche miteinzuschliessen, während die Phrasen dazu

dienten, um die Suche zu spezifizieren. Die finale Suchstrategie wird in der Tabelle 2 dargelegt. Das ausführliche Rechercheprotokoll befindet sich im Anhang A.

Tabelle 2

Suchstrategie

OR	AND	OR	AND	OR
nurs*		«primary nursing»		«staffrelated outcomes»
Nurses (MESH/ Subjectheadings)		«Primary nursing model»		Effect*
		Primary Nursing (MESH/ Subjectheadings)		Impact*

Anmerkung. Die Keywords basieren auf den Komponenten der Fragestellung

3.2 Limitationen und Ein-/Ausschlusskriterien

Die verwendeten Limitationen für den gesamten Suchprozess waren die deutsche und englische Sprache aufgrund der Sprachkenntnisse der Autorenschaft sowie Studien, welche in den letzten 20 Jahren (2002-2022) publiziert wurden. So konnte die Aktualität gewährleistet werden, ohne relevante Ergebnisse aus früheren Publikationen auszuschliessen. Der Selektionsprozess wurde durch die vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien geleitet, welche in Tabelle 3 beschrieben und begründet werden.

Tabelle 3

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
Alle pflegerischen Settings, in welchen die Bezugspflege umgesetzt wird.	Alle pflegerischen Settings, in welchen andere Pflegeorganisationssysteme angewendet werden.	Es soll die Auswirkung der Bezugspflege auf Pflegefachpersonen untersucht werden.
Bezugspflege und/oder Primary Nursing	Alle anderen Pflegeorganisationssysteme	Bezugspflege und PN werden in der Literatur häufig als Synonyme verwendet oder Bezugspflege mit ‚Primary Nursing‘ ins Englische übersetzt. Somit konnte keine Information übersehen werden.

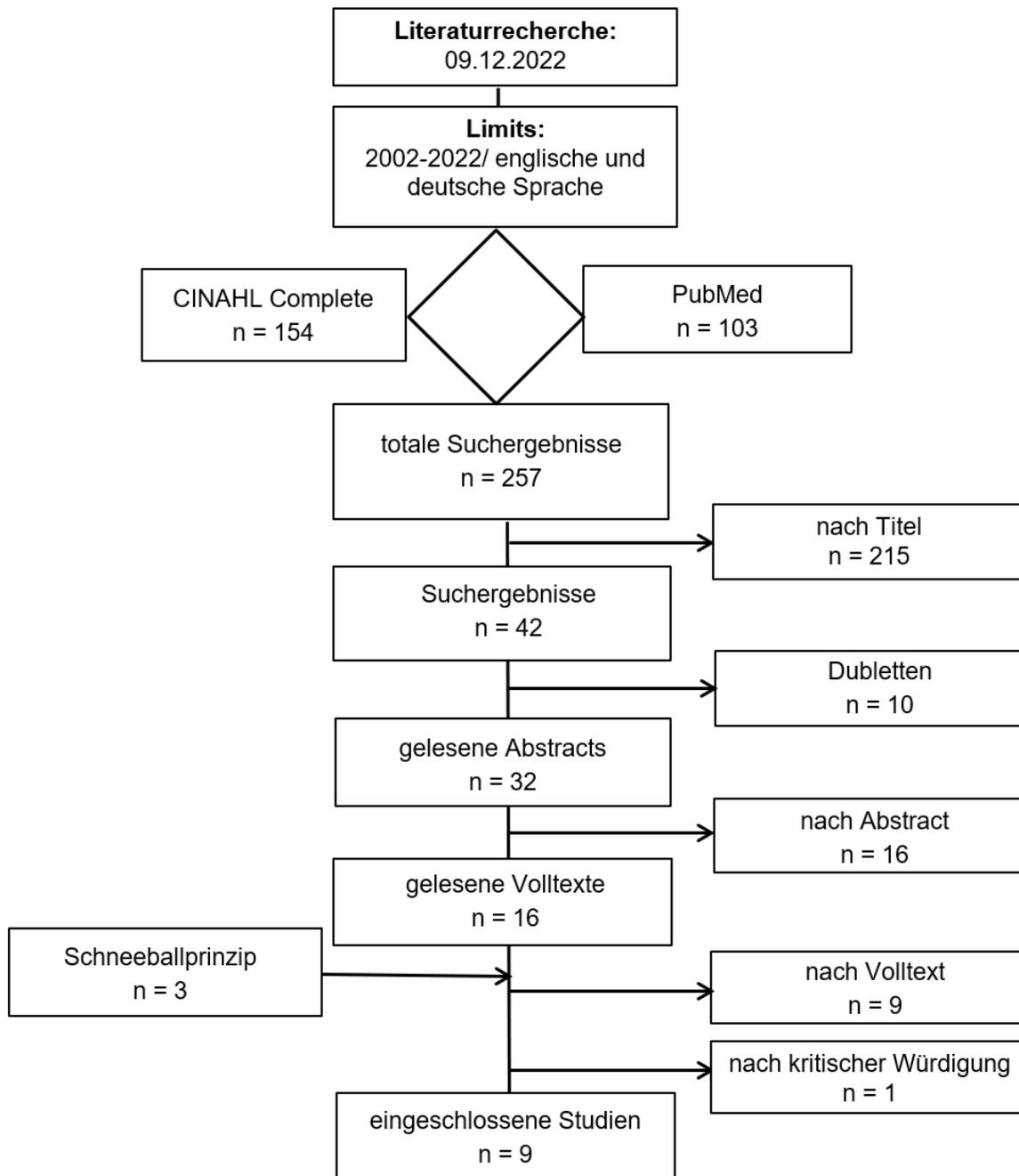
3.3 Selektionsprozess

Für diese Arbeit wurden Studien ab dem Jahr 2002 eingeschlossen, da sich während der Grobrecherche zeigte, dass zu diesem Thema in den letzten zehn Jahren kaum geforscht wurde. Die systematisierte Literaturrecherche in den beiden Datenbanken ergab 257 Treffer. Nach Prüfung der Titel auf deren Relevanz und dem Ausschliessen von zehn

Dubletten wurden die Abstracts der verbliebenen 32 Studien gelesen. Diese Prüfung ergab, dass 16 Studien, die Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 3) erfüllten. Neun Studien wurden aufgrund mangelnder Kompatibilität mit der Fragestellung aussortiert. Mittels Schneeballprinzip wurden weitere drei Studien eingeschlossen. Die finalen zehn Studien wurden zusammengefasst und kritisch gewürdigt (siehe Anhang B). Eine Mixed-Methods-Studie wurde nach der kritischen Würdigung ausgeschlossen. Grund dafür waren die lückenhafte Beschreibung des Designs und der Datenanalyse, die fehlende Diskussion der Limitationen sowie der fehlende Integrationsstrang der quantitativen und qualitativen Ansätze. Nachfolgend wird der Selektionsprozess anhand eines Flowcharts (siehe Abbildung 2) dargestellt.

Abbildung 2

Flowchart (eigene Darstellung)



3.4 Kritische Würdigung der Studien

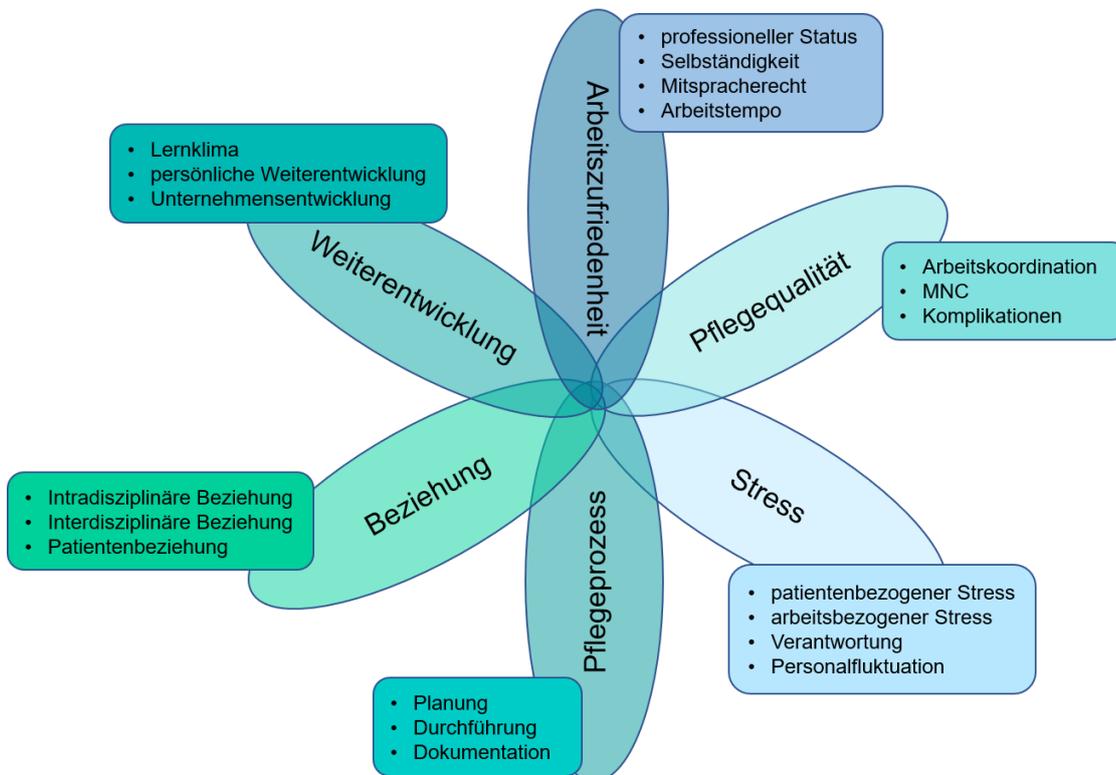
Die ausgewählten Studien wurden anhand des Arbeitsinstruments für ein Critical Appraisal (AICA) nach Ris et al. (2022) zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Dabei wurde die Güte der qualitativen Forschungsartikel mittels der Gütekriterien nach Bartholomyczik et al. (2008) und das Evidenzlevel jeder Studie mittels der 6-S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeschätzt.

4 Ergebnisse

Nach der systematisierten Literaturrecherche wurden neun quantitative Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage in die Bachelorarbeit eingeschlossen und eine Ergebnissynthese vorgenommen. In allen Studien wurde das Pflegeorganisationsmodell auf struktureller Ebene untersucht, wobei die Auswirkungen auf die Pflegefachpersonen nur indirekt untersucht wurden. Somit beantworteten nur Teile der eingeschlossenen Studien die Forschungsfrage dieser Arbeit und die Studienergebnisse mussten für diese Arbeit heruntergebrochen werden. Es kristallisierten sich die sechs Hauptkategorien *Arbeitszufriedenheit, Pflegequalität, Beziehung, Pflegeprozess, Stress* und *Weiterentwicklung* heraus, welche die Auswirkungen der Bezugspflege auf die Pflegefachpersonen aufzeigen. Diese Kategorien sind nicht absolut voneinander getrennt und können sich gegenseitig beeinflussen. Die Zuordnung der einzelnen Faktoren zu den Kategorien ist in der Abbildung 4 dargestellt.

Abbildung 3

Hauptkategorien mit den zugeordneten Faktoren (eigene Darstellung)



Alle eingeschlossenen Studien können dem ersten Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009) zugeordnet werden. In Tabelle 4 werden die einzelnen Studien vorgestellt, um einen Überblick zu gewährleisten.

Tabelle 4*Eingeschlossene Studien*

Referenz	Forschungsziel	Design	Stichprobe	Hauptkenntnisse
Carvalho Moura et al. (2020) Brasilien	Der Zusammenhang zwischen der Implementierung von PNM und nicht durchgeführter Pflege (MNC) sowie die Gründe und der Zeitpunkt wurden untersucht.	Quantitativ, prädiktive Korrelationsstudie	PP (n=96)	Nach PNM-Implementierung nahmen MNC ab. Je länger PNM implementiert war, desto weniger MNC traten auf. Hauptgründe: Mangel an Ressourcen und Kommunikation, geringe Motivation und steigende Akutheit auf der Abteilung.
Chen et al. (2020) China	Veränderungen im Zusammenhang mit HQCP sowie die Auswirkungen von PNM auf das PP- und Pat.-Outcome wurden untersucht.	Zwei quantitative Querschnittsstudien	Abteilungen (n=40) Spitäler (n=10)	2016 konnten eine signifikant höhere Pflegequalität, Arbeitszufriedenheit, eine Reduktion von unerwünschten Ereignissen sowie eine Verbesserung der Kommunikation zwischen PP und Pat. festgestellt werden.
Cocchieri et al. (2022) Italien	Die Auswirkung von PNM und TN auf die Pflegedokumentation wurde verglichen.	Quasi-experimentelles, exploratives und deskriptives Design	elektronische Pflegedokumentationen (n=720)	Nach der PNM-Implementierung konnte eine Verbesserung in allen Bereichen der Pflegedokumentation festgestellt werden, mit Ausnahme von Strukturierung und Lesbarkeit.
Dal Molin et al. (2018) Italien	Der Effekt von PNM auf PFP, Pat. und die Organisation wurde erforscht.	Quantitative Before-after-Studie	Pat. vor (n=2 857)/ nach (n=3 169) Implementation, PP (n=369).	Nach der PNM-Implementierung konnte bei den PFP eine signifikante Steigerung in sieben Kompetenzen und allen Bereichen des Teamklimas sowie eine signifikante Reduktion von Infektionen bei Pat. festgestellt werden.
Mäkinen et al. (2003) Finnland	Der Zusammenhang zwischen Pflegorganisationsmodellen und der Arbeitszufriedenheit wurde untersucht.	Querschnittsstudie	Abteilungen (n=26) PP (n=568)	Je näher das umgesetzte Pflegemodell PNM entsprach, desto höher war die Arbeitszufriedenheit. Zudem konnte diese mit der Arbeitsverteilung und dem Dienstplan in Verbindung gebracht werden.

Referenz	Forschungsziel	Design	Stichprobe	Hauptkenntnisse
Naef et al. (2019) Schweiz	Die Adaption und Qualität von PNM und der wahrgenommene Nutzen wurden untersucht. Diese Punkte wurden zwischen den Bereichen des Spitals verglichen.	Quantitative single-centred deskriptive Querschnittsstudie	Abteilungen (n=52) Bereiche (n=7) PP (n=381) Pat. (n=369)	95,5 % der Pat. berichteten über eine hohe Gesamtpflegequalität. Die meisten PP gaben an, dass PNM die personenzentrierte Pflege, die Beziehung zu den Pat. und die Kontinuität erhöht. Zudem konnte ein signifikanter Unterschied im Pflegeprozess mit Ausnahme des Austrittsassessments festgestellt werden.
Rantanen et al. (2016) Finnland	Die Unterschiede zwischen PNM und IPAM bzgl. arbeitsbezogener Motivation, Stressfaktoren und der Arbeitszufriedenheit wurden untersucht.	Quantitative Querschnittsstudie	Abteilungen (n=22) PNM (n=8) IPAM (n=14) PP (n=643)	Die PNM-Gruppen empfanden einen signifikant höheren arbeitsbezogenen Stress, waren jedoch mit der persönlichen Weiterentwicklung zufriedener. Die IPAM-Gruppen empfanden den patientenbezogenen Stress als belastender und waren mit ihren Vorgesetzten zufriedener.
Sellick et al. (2003) Australien	Die Auswirkungen von PNM auf die Mitarbeiterzufriedenheit und die Wahrnehmung der Pflege von Pat. wurden untersucht.	Quantitative quasi-experimentelle Studie	PNM-Abteilung Pat. (n=28) PP (n=17) Kontrollabteilung Pat. (n=31) PP (n=20)	Im Vergleich konnten signifikante Unterschiede zugunsten von PNM festgestellt werden: Bestimmung des Arbeitstempos, Möglichkeiten, Entscheidungen zu treffen und die eigene Meinung zu äussern sowie Empfinden von Sinnhaftigkeit in den durchgeführten Interventionen.
Sjetne et al. (2008) Norwegen	Die Beziehung zwischen den Pflegemodellen, der von den PFP empfundenen Pflegequalität und Umgebungsfaktoren wurden ermittelt. Es wurde überprüft, ob lokale Konditionen diese Beziehungen modifizieren.	Quantitative Querschnittsstudie	Abteilungen (n=87) PP (n=1 137) Spitäler (n=39)	Auf PNM-Abteilungen war die Assoziation zwischen komplexen Patientensituationen und geringer Pflegequalität niedriger. Zudem war die Zusammenarbeit zwischen PN und ärztlichem Dienst auf PNM-Abteilungen im Vergleich schlechter. Es konnte keine signifikante Assoziation zwischen PNM und Arbeitszufriedenheit und Lernklima festgestellt werden.

Anmerkung. PNM = Primary Nursing, MNC = Missed Nursing Care, PP = Pflegeperson, HQCP = High-Quality Care Project, Pat. = Patient:in, TN = Team Nursing, PFP = Pflegefachperson, IPAM = Individual Patient Allocation Model, PN = Primary Nurse

4.1 Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals ist umso höher, je mehr das angewandte Pflegeorganisationsmodell dem der Bezugspflege entspricht (Mäkinen et al., 2003). Laut Sellick et al. (2003) sind Pflegepersonen auf Stationen mit Bezugspflege bei folgenden Items statistisch signifikant zufriedener als Pflegepersonen auf Abteilungen mit Funktionspflege: etwas Sinnvolles erreichen (*The chances you have to accomplish something worthwhile*) ($p < 0.01$), die eigene Meinung äussern (*The opportunity to voice opinions*) ($p < 0.025$), an Entscheidungen mitwirken (*The chances you have to take part in making decisions*) ($p < 0.005$), das Arbeitstempo selbst bestimmen (*I set the pace of my work*) ($p < 0.05$). Lediglich das Item, sehr schnell arbeiten zu müssen (*I have to work very fast*) ($p < 0.001$) war in der Abteilung mit Funktionspflege signifikant höher als auf Bezugspflegeabteilungen.

Laut Chen et al. (2020) konnte sieben Jahre nach der Implementierung der Bezugspflege kein signifikanter Unterschied in der allgemeinen Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals beobachtet werden. In den Subkategorien Selbständigkeit bei der Arbeit (*Independence at work*) ($p < 0.01$) und professioneller Status (*Professional status*) ($p < 0.01$) konnte ein statistisch signifikanter Anstieg beobachtet werden. Auch bei der Absicht, den Arbeitsplatz zu verlassen (*Intention to leave*), konnte eine Reduktion festgestellt werden, die jedoch nicht statistisch signifikant war. Sjetne et al. (2008) konnten keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Umsetzung der Bezugspflege und der Arbeitszufriedenheit belegen. Jedoch wurde auf grösseren Abteilungen ($p \leq 0.05$) und auf Abteilungen mit einer hohen Anzahl von temporär Angestellten ($p \leq 0.05$) eine statistisch signifikante negative Assoziation zur Arbeitszufriedenheit festgestellt. Die Arbeitsaufteilung, der Grad der Verantwortung und die Möglichkeit, den Pflegeprozess zu steuern, hatten im Allgemeinen einen signifikant positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals (Mäkinen et al., 2003).

4.2 Pflegequalität

Sieben Jahre nach der Implementierung der Bezugspflege nahm die Bed-to-Nurse-Ratio ab. Gemäss der Wahrnehmung der Pflegepersonen hat sich die Grundlage der Pflegequalität trotzdem signifikant verbessert ($p < 0.001$). Zudem stieg die Wahrscheinlichkeit mit der eine Pflegeperson die Qualität der Patientenversorgung mit ‹ausgezeichnet› bewertet, signifikant ($p = 0.005$) (Chen et al., 2020) und es wurde eine

Korrelation zwischen der Assoziation der Bezugspflege und dem von den Pflegenden wahrgenommenen Nutzen festgestellt. Knapp drei Viertel des Pflegepersonals (71.4 Prozent) gaben an, dass die Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt werden konnten. In einem schweizerischen Krankenhaus, welches die Bezugspflege umsetzt, äusserten 95 Prozent aller Patient:innen unabhängig vom Fachbereich eine hohe allgemeine Pflegequalität. Auch die Reaktionsfähigkeit und die Kompetenz der Pflegepersonen wurden von den Patient:innen als hoch empfunden (Naef et al., 2019).

Die Assoziation zwischen einer geringen Pflegequalität und komplexer Pflege war auf Bezugspflegeabteilungen signifikant geringer (Sjetne et al., 2008). In der Studie von Dal Molin et al. (2018) spürten die Pflegepersonen eine geringe bis keine Auswirkung auf die Pflegekompetenzen. In folgenden Kompetenzen der 73 Items der Pflegequalität konnte eine signifikante Verbesserung gesehen werden: Pflegequalität (*Ensuring quality*) ($p=0.0057$) und Betreuung von Studierenden (*Teaching-coaching the student*) ($p=0.0335$).

Chen et al. (2020) konnten weniger unerwünschte Ereignisse bei den Patient:innen ($p=0.001$) feststellen. Dal Molin et al. (2018) untersuchten den Effekt der Bezugspflege auf Patient:innen und konnten eine Verminderung im Auftreten von Dekubiti und Stürzen sowie signifikant weniger Harnwegsinfekte ($p=0.0264$) und Infektionen der peripheren- ($p=0.0002$) sowie der zentralen Venenkatheter ($p=0.008$) aufzeigen. Die prädiktive Korrelationsstudie von Carvalho Moura et al. (2020) kam zum Ergebnis, dass bei der ersten Datenerhebung vier Monate nach der Implementation der Bezugspflege von den 28 Items des MISSCARE-Brazil-Instruments sechs ein hohes Level an Missed Nursing Care (MNC) aufwiesen – Mobilisation (*Ambulation*), Mahlzeiten bereitstellen (*Setting up meals*), innerhalb von fünf Minuten auf Rufsignal reagieren (*Response to call lights within five minutes*), an interdisziplinären Konferenzen teilnehmen (*Attend interdisciplinary care conferences*), Absaugen der Atemwege (*Suction airway*), Patient:innen am Bettrand mobilisieren (*Sitting the patient off the bed*). Bei der zweiten Datenerhebung, sieben Monate nach der Implementierung der Bezugspflege konnte eine Reduktion von MNC in 22 Items festgestellt werden. Lediglich vier Items wiesen weiterhin ein hohes Level an MNC auf – Mobilisation, Patient:innen zweistündlich umlagern, Mahlzeiten bereitstellen und an interdisziplinären Konferenzen teilnehmen. Der Datenvergleich für die Gründe von MNC zeigten zwischen vier und sieben Monate nach der Implementation der Bezugspflege eine Reduktion der Items fahrlässiges Handeln der Pflegekräfte (*The nursing professional is negligent*) und unerwartete Zunahme an Patient:innen und/oder

Zunahme der Akutheit auf der Station (*Unexpected rise in patient volumen and/or acuity on the unit*).

Die Management-, Führungs- und Unterstützungsfähigkeiten der Pflegepersonen zeigten nach der Implementierung der Bezugspflege eine signifikante Besserung ($p < 0.007$) (Chen et al., 2020). Die Pflegepersonen aus der Studie von Rantanen et al. (2016) hingegen nahmen ihre Arbeit als zersplittert und unvollendet wahr.

4.3 Beziehungen

Das Teamklima verbesserte sich nach der Implementierung der Bezugspflege in allen Faktoren. Das Teamleitbild (*Vision of the group*) ($p < 0.0001$) zeigte eine signifikante Verbesserung. Auch die Häufigkeit die Interaktionsfrequenz verbesserte sich, allerdings nicht signifikant (Dal Molin et al., 2018). Rantanen et al. (2016) stellten fest, dass Pflegepersonen auf Bezugspflegeabteilungen im Vergleich zu Abteilungen mit dem Individual Patient Allocation Model (IPAM) das Gefühl hatten, weniger Feedback von Vorgesetzten und Teamkollegen zu erfolgreich ausgeführten Tätigkeiten zu erhalten. Gemäss Naef et al. (2019) gaben 56.5 Prozent der Pflegepersonen auf Bezugspflegeabteilungen an, von der Abteilungsleitung unterstützt zu werden.

Chen et al. (2020) entdeckten eine signifikante Verbesserung der kollegialen Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Dienst im Zeitraum von 2009 (vor der Implementierung der Bezugspflege), und 2016 (sieben Jahre danach) ($p = 0.001$). Eine Verbesserung der partizipativen Entscheidungsfindung des Pflegepersonals nach der Implementierung der Bezugspflege fanden auch Dal Molin et al. (2018). Im Gegensatz dazu kamen Sjetne et al. (2008) zu dem Schluss, dass die Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Dienst auf Abteilungen mit Bezugspflege signifikant schlechter war als auf Abteilungen mit dem Hybridmodell ($p \leq 0.05$). Das Hybridmodell ist gemäss Sjetne et al. (2008) eine Kombination aus Bezugspflege und dem Team-Nursing (TN) Modell, in welcher beide Team Leader und Bezugspersonen umfangreiche Verantwortung haben.

In Naef et al. (2019) gaben 79.5 Prozent der 381 befragten Pflegepersonen an, dass die Umsetzung der Bezugspflege im Praxisalltag den Beziehungsaufbau zwischen Pflegepersonen und Patient:innen fördert. Insgesamt 73.9 Prozent waren der Meinung, dass Bezugspflege die Kontinuität der Pflege erhöht und 80.5 Prozent gaben an, dass dieses Modell die patientenzentrierte Pflege unterstützt. Die Aspekte Kommunikation und

Beziehung wurden von Patient:innen auf Bezugspflegeabteilungen signifikant höher bewertet (Sellick et al., 2003) und die Zufriedenheit mit der Pflege verbesserte sich signifikant ($p < 0.0001$) (Dal Molin et al., 2018).

4.4 Pflegeprozess

Befragte Pflegepersonen äusserten, dass die Implementierung der Bezugspflege keine oder lediglich geringe Auswirkungen auf die Pflegekompetenzen habe. Eine signifikante Verbesserung in Bezug auf den Pflegeprozess konnte in folgenden der 73 Items der Pflegekompetenz festgestellt werden: diagnostische Funktionen (*Diagnostic functions*) ($p = 0.0007$), Patientenedukation (*Teaching-coaching the patient*) ($p = 0.0002$) sowie Familienedukation (*Teaching-coaching the family*) ($p = 0.0015$). Zudem wurde eine geringe bis mittlere Steigerung des diagnostischen Denkens ($p < 0.00001$) von den Pflegefachpersonen berichtet (Dal Molin et al., 2018).

In der Studie von Cocchieri et al. (2022) wurde die Auswirkung der Bezugspflege im Vergleich zu traditionellen Pflegemodellen auf die Genauigkeit der Pflegedokumentation untersucht. Nach der Implementierung der Bezugspflege verbesserte sich die Genauigkeit der Eintrittsdiagnose- ($p < 0.001$), der Pflegediagnose- ($p < 0.001$) und der Interventionsdokumentation ($p < 0.05$) sowie der Bewertung der Patientenoutcomes ($p < 0.001$). Kein signifikanter Unterschied konnte bei Lesbarkeit und Struktur festgestellt werden. Zwischen Pretest und Posttest sowie zwischen Pretest und Follow-up wurde ein signifikanter Anstieg in der Genauigkeit der Pflegedokumentation beobachtet. Zwischen Posttest und Follow-up ergaben sich keine signifikanten Veränderungen.

Naef et al. (2019) zeigten auf, dass der Fachbereich einen Einfluss auf den vom Pflegepersonal wahrgenommenen Nutzen der Bezugspflege hat. Dabei war die Einschätzung des Nutzens der Bezugspflege durch die Pflegepersonen auf den Intensivstationen signifikant geringer als in den meisten anderen Fachbereichen ($p < 0.05$). Weiter konnte ein signifikanter Unterschied in der Zuweisung der Bezugspflegeperson ($p = 0.000$), der von der Bezugspflegeperson-geleiteten Aufnahme ($p = 0.002$) sowie der von der Bezugspflegeperson-geleiteten Planung und Assessments ($p = 0.011$) zwischen den unterschiedlichen Abteilungen ($n = 52$) des Krankenhauses festgestellt werden. In 81.1 Prozent der Fälle erfolgten das Eintrittsassessment und die Pflegeplanung innerhalb von 48 Stunden, in 26.1 Prozent der Fälle ausschliesslich durch die Bezugspflegeperson. In 86.5 der Fälle Prozent wurde die Austrittsplanung dokumentiert und in 42.9 Prozent war die Bezugspflegeperson in irgendeiner Weise beteiligt. In 50.5 Prozent der Fälle wurden

die Pflegeplanung und das wöchentliche Assessment durchgeführt, in 43.3 Prozent durch die Bezugspflegeperson. Kein Unterschied konnte in der Austrittsplanung ($p=0.82$) beobachtet werden. In dieser Querschnittsstudie, gaben 63.3 Prozent der Pflegepersonen an, dass die Bezugspflege auf ihrer Abteilung eingeführt wurde. Insgesamt 45 Prozent gaben an, dass Koordination und Dokumentation des Pflegeprozesses von den Bezugspflegepersonen durchgeführt wurden.

4.5 Stress

Die Pflegepersonen, welche mit dem Bezugspflegemodell arbeiten, geben im Allgemeinen ein höheres Stressniveau an als diejenigen, die mit dem IPAM arbeiten. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Die Pflegefachpersonen auf den Bezugspflegeabteilungen äussern zwar signifikant weniger patientenbezogenen Stress ($p=0.025$), aber dafür ein höheres Stressniveau aufgrund unterlassener Interventionen und quantitativ unzureichendem Pflegepersonal ($p=0.002$). Des Weiteren empfanden die Pflegepersonen auf Bezugspflegeabteilungen die Personalfuktuation als belastender ($p=0.003$) (Rantanen et al., 2016). Darüber hinaus hatten die Pflegenden auf Bezugspflegeabteilungen ein höheres Verantwortungsgefühl, während die Pflegenden auf IPAM-Abteilungen ein höheres Kompetenzgefühl äusserten. Die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant (Rantanen et al., 2016). In der Datenerhebung von 2009 (vor der Implementierung) und 2016 (sieben Jahre danach), konnte kein Unterschied im Auftreten von Burnout festgestellt werden (Chen et al., 2020). Die Arbeitszeiten pro Schicht nahmen laut Chen et al. (2020) zu ($p=0.000$). Dem entgegen steht die Studie von Carvalho Moura et al. (2020), in welcher 79.2 Prozent der Pflegepersonen nach der Implementation der Bezugspflege äusserten, keine Überstunden geleistet zu haben.

4.6 Weiterentwicklung

Mäkinen et al. (2003) zeigten, dass die Zufriedenheit mit der persönlichen Weiterentwicklung aufgrund erhöhter Verantwortung, Entscheidungsspielraum, der Möglichkeit, die Pflegedokumentation zu führen und einer engeren interdisziplinären Beziehung stieg. Pflegepersonen auf Bezugspflegeabteilungen waren zudem im Vergleich zu solchen auf IPAM-Abteilungen zufriedener mit der Möglichkeit, sich persönlich weiterzuentwickeln. Der Unterschied war jedoch nicht signifikant (Rantanen et al., 2016). Sjetne et al. (2008) fanden keine Assoziation zwischen Bezugspflege und Lernklima, jedoch zeigte sich eine signifikante negative Assoziation zwischen dem Lernklima und

chirurgischen Abteilungen ($p \leq 0.05$) sowie zwischen Abteilungen mit einer hohen Anzahl an Pflegefachpersonen ($p \leq 0.05$) und dem Lernklima.

Sieben Monate nach der Implementation der Bezugspflege blieb das Level an MNC beim Item Teilnahme an interdisziplinären Konferenzen (*Attend interdisciplinary care conferences*) trotz einer Reduktion weiterhin hoch (Carvalho Moura et al., 2020). Bezogen auf die Unternehmensentwicklung konnte nach der Implementierung der Bezugspflege kein Unterschied hinsichtlich der Beteiligung von Pflegepersonen an Spitalangelegenheiten festgestellt werden (Chen et al., 2020).

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Gütekriterien der neun eingeschlossenen Studien dargestellt. Die zentralen Ergebnisse werden unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Forschung kritisch diskutiert. Anschliessend werden die Limitationen aufgezeigt und die Fragestellung dieser Arbeit beantwortet.

5.1 Gütekriterien

Die eingeschlossenen, ausschliesslich quantitativen Studien wurden hinsichtlich ihrer Objektivität, Reliabilität und Validität nach Bartholomeyczik et al. (2008) bewertet und ihr Evidenzlevel anhand der 6-S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeschätzt. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die eingeschätzte Qualität der einzelnen Studien. Im Anhang B findet sich die detaillierte Bewertung der Studien.

Objektivität: Die Objektivität beschreibt die Nachvollziehbarkeit sowie die Unabhängigkeit der Forschungsergebnisse. Dabei sollen Letztere unabhängig von der Meinung, Sichtweise und Interpretation der Forschenden sein (Brandenburg & Dorschner, 2021; Geng, 2011).

Der Forschungsprozess ist in allen eingeschlossenen Studien mit Ausnahme von Mäkinen et al. (2003) übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt. In deren Methodenteil fehlen die Beschreibung des Forschungsdesigns, die Begründung der Auswahl der Messinstrumente sowie die Datenanalyse und ist somit unzureichend beschrieben, was die Objektivität einschränkt. Sechs der Studien beschreiben ein Forschungsziel (Carvalho Moura et al., 2020; Chen et al., 2020; Dal Molin et al., 2018; Naef et al., 2019; Rantanen et al., 2016; Sjetne et al., 2008) und zwei zusätzlich eine Hypothese (Cocchieri et al., 2022; Sellick et al., 2003). In der Studie von Mäkinen et al. (2003) wird das Forschungsziel im Abstract zwar beschrieben, ist jedoch in der Studie nicht klar ersichtlich. In fünf der eingeschlossenen Studien wird die Beziehung zwischen Forschenden und Probanden nachvollziehbar beschrieben, was sich positiv auf die Objektivität der Studien auswirkt (Carvalho Moura et al., 2020; Cocchieri et al., 2022; Naef et al., 2019; Sellick et al., 2003; Sjetne et al., 2008). Chen et al. (2020) beschreibt, dass die Datenerhebung sowohl 2009 als auch 2016 von demselben Forschungsteam durchgeführt wurde, wodurch die Beeinflussung der Daten durch das Forschungsteam minimiert werden konnte. In drei Studien wird die Beziehung zwischen Forschenden und Probanden nicht beschrieben (Carvalho Moura et al., 2020; Mäkinen et al., 2003; Rantanen et al., 2016).

Für fünf Studien wurde die Zustimmung einer Ethikkommission eingeholt (Carvalho Moura et al., 2020; Chen et al., 2020; Cocchieri et al., 2022; Dal Molin et al., 2018; Sjetne et al., 2008). Die Studie von Naef et al. (2019) wurde von der Ethikkommission geprüft, die eine Genehmigung für nicht erforderlich hielt. Für Rantanen et al. (2016) wurde die Genehmigung zur Durchführung bei der Fachentwicklung Pflege (*Educational Nursing Director*) eingeholt. Mäkinen et al. (2003) sowie Sellick et al. (2003) erwähnten keine ethischen Überlegungen.

Reliabilität: Die Reliabilität bezieht sich auf die Reproduzierbarkeit der Forschungsergebnisse. Dabei sollen die Forschungsergebnisse unter gleichen Rahmenbedingungen mit den gleichen Messinstrumenten und bei dem gleichen Untersuchungsstand unabhängig von der forschenden Person identisch oder ähnlich ausfallen (Brandenburg & Dorschner, 2021).

Es war zu beobachten, dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse variiert. Acht Studien fanden in verschiedenen Fachbereichen statt (Carvalho Moura et al., 2020; Chen et al., 2020; Cocchieri et al., 2022; Dal Molin et al., 2018; 2003; Naef et al., 2019; Rantanen et al., 2016; Sjetne et al., 2008). Sellick et al. (2003) erhoben die Daten lediglich in einem Fachbereich. Die Adaption auf eine breite Population könnte durch die Tatsache beeinflusst sein, dass mit Ausnahme von Mäkinen et al. (2003) und Chen et al. (2020), die mehrere Kliniken einbezogen, alle in einem Krankenhaus durchgeführt wurden. Darüber hinaus wurden die Generalisierbarkeit der Ergebnisse durch das verwendete Querschnittsdesign eingeschränkt (Chen et al., 2020; Mäkinen et al., 2003; Naef et al., 2019; Rantanen et al., 2016; Sjetne et al., 2008).

Die Reproduzierbarkeit ist in den meisten Studien gewährleistet (Chen et al., 2020; Cocchieri et al., 2022; Mäkinen et al., 2003; Naef et al., 2019; Sellick et al., 2003; Sjetne et al., 2008). Bei Rantanen et al. (2016) ist sie aufgrund der fehlenden Überwachung der Interventionsumsetzung und bei Carvalho Moura et al. (2020) durch die lückenhafte Beschreibung der Datenanalyse erschwert. Die Datenerhebung der Pflegeorganisationsmodelle auf den Abteilungen erfolgte in (Sjetne et al., 2008) und Rantanen et al. (2016) mittels Fragebögen, die von den Abteilungsleitungen ausgefüllt wurden. Es ist wahrscheinlich, dass diese ein unterschiedliches Verständnis des Bezugspflegemodells hatten, was die Zuverlässigkeit der Ergebnisse einschränkt. Nur in Sjetne et al. (2008) wurden ausschliesslich Pflegefachpersonen in die Datenerhebung einbezogen. Die anderen Studien unterscheiden im Ergebnisteil nicht zwischen

Pflegefachpersonen und Pflegepersonal, wodurch eine Verzerrung der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden kann.

Validität: Die Validität beschreibt die Gültigkeit der Forschungsergebnisse und inwieweit die angewandten Messinstrumente das messen, was sie angeben zu messen (Brandenburg & Dorschner, 2021).

Die Validität der eingeschlossenen Studien ist unterschiedlich zu bewerten. Bei der Datenanalyse wählten die Forschenden in sieben Studien geeignete statistische Tests. In Mäkinen et al. (2003) und Sellick et al. (2003) sind die Datenanalyseprozesse nicht detailliert beschrieben. Laut Mäkinen et al. (2003) hätte ein prospektives Interventionsdesign zu einer höheren internen Validität geführt. Bei Sellick et al. (2003) verhinderte das Studiendesign eine Randomisierung der Probanden und bei Chen et al. (2020) ist fraglich, inwiefern der Langzeiteffekt mit lediglich zwei Querschnittsstudien (2009 und 2016) gemessen werden kann. In Dal Molin et al. (2018) und Chen et al. (2020) liefen die Studien über einen längeren Zeitraum; der Einfluss externer Variablen – beispielsweise durch Personalfuktuation – kann daher nicht ausgeschlossen werden.

Die Validität der in den Studien verwendeten Messinstrumente wird als mässig bis hoch eingestuft (Carvalho Moura et al., 2020; Chen et al., 2020; Cocchieri et al., 2022; Rantanen et al., 2016). In Naef et al. (2019) wurden die verwendeten Fragebögen vom Forschungsteam selbst entwickelt oder – wie in Dal Molin et al. (2018) – übersetzt, was die Validität einschränkt. Darüber hinaus machten drei Studien keine Angaben zur Validität der Messinstrumente (Mäkinen et al., 2003; Sellick et al., 2003; Sjetne et al., 2008). Cocchieri et al. (2022) beschrieben zudem lediglich die Validität des Hauptmessinstruments, ohne die Validität der weiteren Messinstrumente anzugeben, während Sjetne et al. (2008) Messinstrumente verwendeten, die nicht für diesen Zweck entwickelt wurden.

Evidenzlevel: Studien können je nach Evidenzlevel einer von sechs Stufen zugeordnet werden (DiCenso et al., 2009). Originalstudien befinden sich auf der untersten Stufe. Je höher sie in der 6-S-Pyramide stehen, desto synthetisierter ist das Forschungswissen. Auf der obersten Stufe findet sich somit die höchste Evidenz. Da es sich bei allen in dieser Arbeit eingeschlossenen Studien um Originalstudien handelt, sind sie der untersten Stufe der 6-Pyramide zuzuordnen.

Tabelle 5*Gütekriterien nach Bartholomeycik et al. (2008)*

Referenz	Objektivität	Reliabilität	Validität
Carvalho Moura et al. (2020)	++	+	++
Chen et al. (2020)	++	+++	+++
Cocchieri et al. (2022)	+++	+	+++
Dal Molin et al. (2018)	+++	++	+
Mäkinen et al. (2003)	+	++	+
Naef et al. (2019)	+++	+++	+
Rantanen et al. (2016)	++	+	++
Sellick et al. (2003)	+	+	+
Sjetne et al. (2008)	+++	++	+

Anmerkung. +++ = hoch; ++ = mittel; + = tief

5.2 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Auswirkungen der Umsetzung von Bezugspflege auf die Pflegefachpersonen anhand der sechs Hauptkategorien und unter Berücksichtigung von Forschungsergebnissen, Fachliteratur und Expertenmeinungen aus der Praxis diskutiert.

5.2.1 Arbeitszufriedenheit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Implementierung der Bezugspflege sich sowohl positiv als auch negativ auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegepersonen auswirkt.

Mäkinen et al. (2003) stellten fest, dass die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals umso höher ist, je mehr das umgesetzte Pflegeorganisationsmodell dem der Bezugspflege ähnelt. Dies kann mit den Ergebnissen von Sellick et al. (2003) erklärt werden, die herausfanden, dass Pflegenden in Bezugspflegeabteilungen signifikant zufriedener mit der Möglichkeit zur Meinungsäußerung, der Beteiligung an Entscheidungen und der Bestimmung des Arbeitstempos waren. Die signifikante Zunahme von Meinungsäußerung und Mitbestimmung lässt sich durch die Übernahme von Entscheidungsverantwortung erklären, welche eines der vier in Kapitel 2 beschriebenen Kernelemente der Bezugspflege nach Manthey et al. (2011/1980) darstellt. Darüber hinaus schafft das Kernelement, die tägliche Arbeitszuweisung nach dem Prinzip der Fallmethode, eine

Kontinuität und klare Verantwortlichkeiten in der täglichen Arbeit, was sich positiv auf das empfundene Arbeitstempo auswirkt. Dies kann aber auch zu einer Einschränkung der Arbeitsplanung führen, da alle Pflegefachperson mehrere Tage am Stück arbeiten müssen, um die Kontinuität zu gewährleisten. Ein Wechsel zwischen den Schichten wird dadurch erschwert, was sich wiederum negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirken kann. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Arbeitszufriedenheit komplex und mehrdimensional ist und von mehreren Faktoren beeinflusst wird. Während die Bezugspflege einen positiven Einfluss auf interpersonelle Faktoren wie direkte Patientenversorgung, die Professionalisierung des Pflegeberufs, die berufliche Beziehung, die Autonomie und die Führungsrolle, hat kann sie die persönlichen, wie Alter oder Kultur, und externen Faktoren, wie Regierungspolitik oder Lohn, nicht beeinflussen (Hayes et al., 2010). Die Bezugspflege hat zwar einen positiven Einfluss auf interpersonelle Faktoren wie direkte Patientenversorgung, Professionalisierung des Pflegeberufs, berufliche Beziehung, Autonomie und Führungsrolle, hat jedoch keine Auswirkungen auf persönliche und externe Faktoren (Hayes et al., 2010).

Während Mäkinen et al. (2003) und Sellick et al. (2003) einen signifikanten Zusammenhang zwischen der allgemeinen Arbeitszufriedenheit und der Bezugspflege beobachteten, war dieser bei Chen et al. (2020) und Sjetne et al. (2008) nicht signifikant. Auffällig ist, dass die neueren Studien keinen allgemeinen Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Bezugspflege fanden, während die beiden Studien, aus dem Jahr 2003 einen signifikanten Zusammenhang feststellten. Ein Grund dafür könnte sein, dass sich das Gesundheitssystem und der Pflegeberuf haben sich in den letzten 20 Jahren stark verändert haben. Die Anforderungen und Erwartungen an das Pflegepersonal sind gestiegen, indem die Komplexität der Krankheitsbilder sowie der Pflegebedarf von Patient:innen zunahm, während die Krankenhausaufenthaltsdauer gesunken ist (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2019). All dies könnte das Verständnis von Arbeitszufriedenheit verändert haben. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass in allen oben genannten Studien unterschiedliche Messinstrumente zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit verwendet wurden. Dabei wurde die Arbeitszufriedenheit unterschiedlich detailliert und anhand verschiedener Subkategorien erhoben. All diese Faktoren können die unterschiedlichen Ergebnisse der Studien erklären.

Chen et al. (2020) konnte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Bezugspflege und der allgemeinen Arbeitszufriedenheit nach der Implementierung der Bezugspflege feststellen. Die Subkategorien Arbeitsselbständigkeit und Professionalität waren jedoch signifikant höher, was auch bei Sellick et al. (2003) der Fall war. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass die Bezugspflege die Professionalisierung der Pflege auf Abteilungsebene unterstützt, was bei anderen Organisationsmodellen nicht der Fall ist (Manthey et al., 2011/1980). Dabei wird nicht nur die Arbeitsselbständigkeit, sondern auch die Autonomie der Pflegenden durch die Implementierung der Bezugspflege erhöht (Kramer et al., 2007). Letzteres lässt sich dadurch erklären, dass die Verantwortung für das Treffen von Pflegeentscheidungen auf eine Bezugspflegeperson übertragen wird (Manthey et al., 1980/2011). Dass die Übernahme von Verantwortung die Autonomie der Pflegefachpersonen stärkt, wurde auch von Boitshwarelo (2003) festgestellt. Drach-Zahavy (2004) konstatierte zudem, dass mit zunehmender Autonomie auch Motivation und Leistungsfähigkeit der Pflegefachpersonen steigen. Die Experten sind sich einig, dass die Umsetzung der Bezugspflege das Verantwortungsbewusstsein der Pflegenden fördert. Allerdings ist zu bedenken, dass zu viel Verantwortung – insbesondere bei fehlender Führung – auch zu Überforderung und Stress beim Pflegepersonal führen kann (F. Däster, personal communication, March 3, 2023). Trotzdem beobachteten Chen et al. (2020) einen Rückgang der Kündigungsabsichten nach der Implementierung der Bezugspflege. Ein Grund dafür könnte sein, dass Pflegefachpersonen mit einer höher Arbeitszufriedenheit länger im Beruf bleiben (Yarbrough et al., 2017). Ein Fakt, der angesichts des aktuellen Pflegenotstands zu bedenken ist.

5.2.2 Pflegequalität

Die Studienlage zeigt, dass sich die Bezugspflege hauptsächlich positive Auswirkungen auf die Pflegequalität auswirkt. Laut Chen et al. (2020) stieg diese nach Implementierung der Bezugspflege und die Patientenversorgung wurde von den Pflegepersonen häufiger als ausgezeichnet bewertet. Auch Dal Molin et al. (2018) stellten nach der Implementierung der Bezugspflege eine signifikante Verbesserung der Pflegequalität fest. Carvalho Moura et al. (2020) belegten, dass durch die Implementation der Bezugspflege eine Reduktion in MNC erzeugt werden kann. Des Weiteren konnten Chen et al. (2020) und Dal Molin et al. (2018) nach der Implementierung der Bezugspflege eine Reduktion von unerwünschten Ereignissen aufzeigen. Es ist bereits bekannt, dass MNC das Auftreten von unerwünschten Ereignissen erhöht, während ein hoher Grad an

Pflegequalität dieselben reduziert (Fiechter & Meier, 1981). Dabei hängen diese Resultate stark mit der Pflegequalität zusammen. Carvalho Moura et al. (2020) und Dal Molin et al. (2018) gaben dabei einen Einblick in die kurzfristigen und Chen et al. (2020) in die langfristigen Auswirkungen der Bezugspflege auf die Pflegequalität. Die einzige Limitation, die Carvalho Moura et al. (2020) anführten, war die Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund fehlender Referenzdaten. Auch bei Chen et al. (2020) können externe Einflussfaktoren – trotz des Einsatzes desselben Forschungsteams, derselben Messinstrumente und der gleichen Abteilungen – aufgrund der langen Zeitspanne zwischen den beiden Querschnittsstudien nicht ausgeschlossen werden.

Zu den wesentlichsten Vorteilen der Bezugspflege gehören nach Ferrua et al. (2016) eine bessere Vertrautheit mit den Patient:innen, die Gewährleistung von Kontinuität und die individuelle Betreuung. In Naef et al. (2019) äusserten die Pflegepersonen zu 63.3 Prozent, die Bezugspflege auf den Abteilungen umzusetzen und zu 71.4 Prozent, die Bedürfnisse der Patient:innen berücksichtigen zu können. Ob der hohe Anteil der Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse mit der Umsetzung der Bezugspflege zusammenhängt, bleibt jedoch unklar, da nicht ersichtlich ist, ob diejenigen Pflegepersonen, die angaben, die Patientenbedürfnisse berücksichtigen zu können, dieselben waren, die angaben, die Bezugspflege umzusetzen. Zwar verlagert Bezugspflege die Macht von einer «gesichtslosen, anonymen, hierarchischen, autoritären Bürokratie auf die einzelne Pflegekraft, die für die Pflege des kranken Menschen verantwortlich ist» (Manthey, 1980/2011, p. 39). Dennoch könnte Bezugspflege daran scheitern, dass Patient:innen denken, nur eine Pflegeperson könne ihnen helfen (Rose & Yates, 2013).

Das Pflegeorganisationsmodell Bezugspflege erzeugt nach Chen et al. (2020) eine Verbesserung der Management-, Führungs- und Unterstützungsfähigkeiten der Pflegepersonen. In Rantanen et al. (2016) hingegen empfanden die Pflegepersonen ihre Arbeit als fragmentiert und unvollständig. Ein möglicher Grund dafür ist, dass in Chen et al. (2020) die Bezugspflege im Rahmen eines Projekts des chinesischen Gesundheitsministeriums auf allen Abteilungen implementiert wurde. In Rantanen et al. (2016) hingegen wurde kein neues Modell implementiert, sondern bereits bestehende untersucht. Dazu wurden die Abteilungsleitungen gebeten, aus fünf unterschiedlichen Organisationsmodellen jenes auszuwählen, welches am ehesten auf die Abteilung zutrifft. Im Gegensatz zu Chen et al. (2020), schien dabei die Kontrolle der korrekten Umsetzung

der Bezugspflege auf den Abteilungen zu fehlen, was das Gefühl der Fragmentierung und Unvollständigkeit der Arbeit bei den Pflegepersonen erklären könnte.

Zwar konnten Carvalho Moura et al. (2020), Chen et al. (2020) und Dal Molin et al. (2018) einen Zusammenhang zwischen Bezugspflege und einer Steigerung der Pflegequalität belegen. Dennoch wird eine Modifikation des traditionellen Organisationsmodells immer stärker thematisiert. Ferrua et al. (2016) kamen zum Schluss, dass es für die Praxis entscheidend ist, sich von überholten Organisationsformen zu verabschieden und Modelle zur Förderung der Praxis und zur Verbesserung der Pflege einzuführen. Chan et al. (2006) bestätigten, dass eine modifizierte Bezugspflege mit Aspekten von TN zur Verringerung von Kreuzkontaminationen und nosokomialen Infektionen sorgt. Jost et al. (2010) passten die Definition der Bezugspflege ebenfalls an die Gegebenheiten, Belastungen und Erwartungen der Pflege im 21. Jahrhundert an. Auch Naef et al. (2019) diskutierten die eventuelle Notwendigkeit, die Bezugspflege zu überdenken, um sie den immer komplexeren Bedürfnissen der Patient:innen anzupassen.

5.2.3 Beziehungen

Die Umsetzung der Bezugspflege beeinflusst die Beziehungen zwischen Patient:innen und Pflegepersonal, zwischen Pflegepersonal und dem ärztlichem Dienst sowie innerhalb des Pflorgeteams; die Aussagen hierzu sind jedoch widersprüchlich (Chen et al., 2020; Dal Molin et al., 2018; Naef et al., 2019; Rantanen et al., 2016; Sjetne et al., 2008).

Das allgemeine Teamklima scheint sich nach der Implementierung der Bezugspflege signifikant zu verbessern (Dal Molin et al., 2018). Eine Erklärung dafür könnte die Anerkennung der individuell erbrachten Leistung durch das Behandlungsteam sein, welche Pflegepersonen auf Bezugspflegeabteilungen nach Boitshwarelo (2003) erfahren. Gegen diese Argumentation spricht jedoch, dass laut Rantanen et al. (2016) Pflegepersonen auf Bezugspflegeabteilungen weniger Feedback aus dem Team erhalten. Die Ursache dafür könnte im Organisationsmodell liegen. Bei der Bezugspflege ist eine Pflegeperson für eine Patientengruppe während des gesamten Krankenhausaufenthaltes verantwortlich (Fairbrother et al., 2010; Marquis & Huston, 2015). Dabei wird der komplette Pflegeprozess von einer Pflegefachperson geplant und organisiert, was den Austausch innerhalb des Pflorgeteams reduziert. Zudem kann konstruktive Rückmeldung im Team auch den Eindruck erwecken, dass die verantwortliche Pflegefachperson in ihrer Arbeit belehrt werden soll (██████, personal communication, March 20, 2023), so dass aus diesem Grund keine Rückmeldung erfolgt.

Die Beziehung zwischen Pflegepersonen und Ärzt:innen verbesserte sich vor (2009) und sieben Jahre nach (2016) der Implementierung der Bezugspflege (Chen et al., 2020). Der positive Einfluss der Bezugspflege auf die Beziehung zwischen den beiden Professionen wurde bereits in früheren Studien konstatiert (Adams & Bond, 1997; Scott et al., 1999) und kann durch die klar definierte Ansprechperson und die Kontinuität in der Versorgung, die das Organisationsmodell voraussetzt, erklärt werden. Die Kontinuität erleichtert zudem den Informationsfluss und ermöglicht einerseits der Pflegefachperson im interdisziplinären Team, fundierte Aussagen über die Wünsche und Bedürfnisse der Patient:innen zu tätigen (F. Däster, personal communication, March 3, 2023). Andererseits erleichtert sie den Ärzt:innen, die medizinische Entscheidungsfindung, weil diese besser über den Gesundheitszustand der Patient:innen informiert sind, was weniger Krankenhauseinweisungen aufgrund therapiebedingter Nebenwirkungen zur Folge hat (Rose & Yates, 2013). Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse der Studie von Sjetne et al. (2008), die zu dem Schluss kommen, dass die Beziehung zwischen Ärzt:innen und dem Pflegepersonal auf Bezugspflegeabteilungen signifikant schlechter ist. Die mangelhafte Beziehung könnte durch Kompetenzüberschneidungen der beiden Professionen erklärt werden, denn im Gegensatz zu Abteilungen mit anderen Organisationsmodellen trägt auf einer Bezugspflegeabteilung eine Pflegefachperson die Gesamtverantwortung für die ihr zugeteilten Patientengruppe. Dies kann die Abgrenzung der Verantwortungsbereiche zwischen den beiden Professionen erschweren. Darüber hinaus kann diskutiert werden, ob sich der ärztliche Dienst durch die zunehmende Einbindung der Pflegefachpersonen in die Patientenversorgung in seiner Autorität eingeschränkt fühlt und im Gegenzug die Bezugspflegeperson den ärztlichen Dienst als nicht ausreichend eingebunden empfindet (Vedel et al., 2013). Zudem fungiert die Pflegefachperson aufgrund der professionellen Beziehung zu den Patient:innen auch als Advokat im interprofessionellen Austausch (██████████, personal communication, March 8, 2023) und stellt dem ärztlichen Dienst kritische Fragen. Dieser negative Zusammenhang zwischen Bezugspflege und interdisziplinärer Zusammenarbeit konnte in keiner anderen Studie beobachtet werden, was die Frage aufwirft, ob hier zum Beispiel abteilungsspezifische oder demografische Bedingungen die Ergebnisse beeinflusst haben könnten.

Der Effekt, welchen die Bezugspflege auf die Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patient:innen hat, ist positiv. Von den Pflegepersonen äusserten 79.5 Prozent, dass der

Beziehungsaufbau zwischen Pflegepersonal und Patient:innen durch die Umsetzung der Bezugspflege gefördert werde (Naef et al., 2019). Insbesondere chronisch kranke und/oder komplexe Patient:innen profitieren von einer konstanten professionellen Beziehung (██████████, personal communication, March 20, 2023), die Halt, Sicherheit und Vertrauen vermittelt. Auch die Patient:innen in Sellick et al. (2003) äusserten, auf Bezugspflegestationen eine signifikant bessere Beziehung zu den Pflegepersonen zu haben. Diese Ergebnisse korrelieren mit weiteren Studien, die die Bezugspflege untersucht haben (Boitshwarelo, 2003; Ferrua et al., 2016; Goode & Rowe, 2001). Darüber hinaus lassen sich diese Ergebnisse durch die vier Kernelemente der Bezugspflege erklären, welche die Basis der Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient:innen bilden (Ersser & Tutton, 2000; Jost et al., 2010; Manthey et al., 1980). Abschliessend muss erwähnt werden, dass eine Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient:innen nur dann aufgebaut werden kann, wenn eine Kontinuität in der Pflege gewährleistet ist. Schichtbetrieb, krankheitsbedingte Absenzen, Personalmangel, Skill-Grade-Mix und Pflegefachpersonen mit tiefen Pensen erschweren die Umsetzung im Praxisalltag hingegen. Für die Beziehungsgestaltung ist deshalb die fallbezogene Einteilung zentral. Dies erfordert eine angemessene Unterstützung durch die Stationsleitung, welche die Dienst- und Tagesplanung erstellt (██████████, personal communication, March 20, 2023).

5.2.4 Pflegeprozess

Als Pflegeprozess wird die umfassende und systematische Planung, Durchführung und Dokumentation pflegerischer Massnahmen bezeichnet (Hojdelewicz, 2018).

Planung: Nach der Implementierung des Bezugspflegesystems berichteten die Pflegepersonen über eine statistisch signifikante Verbesserung im diagnostischen Denken und in diagnostischen Funktionen (Dal Molin et al., 2018). Die Bedeutung einer vorausschauenden Planung sowie Kontinuität in der Pflege führt zu einem besseren Verständnis der Patient:in und damit zu mehr Verantwortung und Verpflichtung (Rose & Yates, 2013). Demgegenüber nannten Ferrua et al. (2016) als Nachteile eine übermässige Bürokratisierung der Arbeit durch die Bezugspflege sowie eine höhere Arbeitsbelastung. Nach Einführung der Bezugspflege stimmte die Pflegeplanung nicht mehr mit der durchgeführten Pflege überein; Pflegeprozesse waren unvollständig und insbesondere bei hoher Arbeitsbelastung wurde der Grundpflege Priorität eingeräumt (Berkhout et al., 2004).

Durchführung: Der Pflegeprozess hat sich in Bezug auf die Patienten- und Familienedukation nach der Umsetzung der Bezugspflege signifikant verbessert (Dal Molin et al., 2018). Nach Ferrua et al. (2016) brachte Bezugspflege die grösste Veränderung in den Bereichen Autonomie und Verantwortung. Die Pflege war keine Reihe unverbundener Interventionen mehr, sondern bestand aus miteinander verbundenen und homogenen Schritten mit einem direkten Ziel. Auch eine Abteilungsleitung bei Rose und Yates (2013) berichtete, dass Pflegepersonen vor der Einführung der Bezugspflege nicht pflegten, sondern Prozesse steuerten und Assistenzpersonal für den ärztlichen Dienst waren. Im Gegensatz dazu fand Drach-Zahavy (2004) keinen Zusammenhang zwischen der Bezugspflege und der Pflegeleistung, sondern führte die positiven Veränderungen auf die Einstellung und Unterstützung der Vorgesetzten gegenüber dem Modell zurück.

Dokumentation: Zwischen Pre- und Posttest konnte eine Verbesserung der Dokumentationsgenauigkeit (Eintritts-, Diagnose-, Interventions- und Evaluationsdokumentation) festgestellt werden (Cocchieri et al., 2022). Fröhlich et al. (2013) bestätigten dies mit einer eindeutig erkennbaren Verbesserung im Pflegeprozess. Durch die klare Regelung der Verantwortlichkeiten und des Pflegeprozesses konnte eine deutliche Verbesserung in der Dokumentation von Gesprächsinhalten, Pflegediagnosen und -interventionen erzeugt werden. Dies belegt eine verbesserte Dokumentation durch alle Schritte des Pflegeprozesses und integriert sowohl intellektuelle als auch praktische Arbeit – «Wer die Pflege erbringt, soll die Pflege planen» (Manthey, 1980, as cited in Mischo-Kelling, 2011, p. 87). In Cocchieri et al. (2022) wurden die Pflegepersonen in der Interventionsgruppe intensiv geschult; daher stellt sich die Frage, inwieweit dies einen Einfluss auf die Verbesserung der Dokumentation gehabt haben könnte. Zwischen Posttest und Follow-up konnten keine signifikanten Veränderungen konstatiert werden (Cocchieri et al., 2022), die die Nachhaltigkeit der Bezugspflege bestätigt hätten.

Trotz der Tatsache, dass das Krankenhaus in Naef et al. (2019) ein einheitliches Modell der Berufspraxis aufwies, konnten grosse Unterschiede zwischen den Fachbereichen in Bezug auf die Übernahme und den Nutzen der Bezugspflege festgestellt werden. Dass der Nutzen in verschiedenen Fachbereichen unterschiedlich wahrgenommen wird, hängt mit der Individualität der Patient:innen zusammen, die in den einzelnen Abteilungen betreut werden. So überwiegt der negative Effekt der Bezugspflege für die Pflegefachpersonen auf Intensivstationen. Eine intensivere Beziehung zu Patient:innen und Angehörigen in dieser Ausnahmesituation und die Verantwortung für Patient:innen in

kritischem Gesundheitszustand werden als belastender und stressiger empfunden (Goode & Rowe, 2001). Eine enge Betreuung von Patient:innen mit einer kritischen Erkrankung kann erfüllend sein, Pflegefachpersonen aber auch belasten (██████████, personal communication, March 8, 2023). Im Gegensatz dazu überwiegen positive Effekte dieser Beziehung auf Bettenabteilungen.

Die Eintritts- und Austrittsplanung sowie die Pflegeplanung wurden in über 80 Prozent der Fälle durchgeführt, was die Bedeutung der Umsetzung des Pflegeprozesses zeigt. Dass nur 45 Prozent der Pflegepersonen angaben, dass die Koordination und Dokumentation durch eine Bezugsperson erfolgte, könnte mit der fehlenden Kontinuität in der Dienstplanung aufgrund von Schichtarbeit erklärt werden. Die individuelle Umsetzung der Bezugspflege scheint mit unterschiedlichen Verständnissen und Implementierungsstrategien zusammenzuhängen (Naef et al., 2019).

5.2.5 Stress

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen, auf Bezugspflegeabteilungen im Allgemeinen mehr Stress empfinden. Dabei konnte eine signifikante Abnahme des patientenbezogenen und eine Zunahme des arbeitsbezogenen Stresses festgestellt werden. Darüber hinaus war das Stressniveau aufgrund von Personalfuktuation und unterlassenen Interventionen signifikant höher (Rantanen et al., 2016). Chen et al. (2020) beobachteten nach der Implementierung der Bezugspflege ein höheres Verantwortungsgefühl des Pflegepersonals. Dies kann mit einem der vier Kernelemente des Modells nach Manthey et al. (1980/2011) erklärt werden, bei welchem eine Pflegefachperson die Verantwortung für die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege der ihr zugeteilten Patient:innen vom Eintritt bis zum Austritt trägt (Marquis & Huston, 2015). Die persönliche Verantwortungsübernahme der Pflegefachperson wurde von Manthey (1980/2011) als zentrales Element der Bezugspflege und damit als wesentlicher Unterschied zu anderen Modellen beschrieben. Die Tatsache, dass Pflegefachpersonen in der Bezugspflege mehr Stress empfinden und insbesondere mehr Stress durch unterlassene Interventionen äussern, könnte auch durch das erhöhte Verantwortungsgefühl erklärt werden. Diese persönlich zugeschriebene Verantwortung begünstigt das Stressempfinden bei unterlassenen Interventionen, da die Pflegefachpersonen in der Bezugspflege die Rechenschaft für ihr Handeln übernehmen müssen. Trotz der höheren Verantwortung gaben 79.2 Prozent der Pflegepersonen bei Carvalho Moura et al. (2020) an, nach der Implementierung der Bezugspflege keine

Überstunden geleistet zu haben. Das widerspricht der Studie von Chen et al. (2020), welche eine steigende Arbeitszeit pro Schicht auf Bezugspflegeabteilungen aufzeigte. Auch die Pflegepersonen bei Sellick et al. (2003) berichteten, sehr schnell arbeiten zu müssen. Manthey (2003) war jedoch davon überzeugt, dass die Bezugspflege nicht mehr Ressourcen benötigt als jedes andere Modell.

Ein Grund dafür, dass Pflegepersonen auf Bezugspflegeabteilungen eine signifikant höhere Stressbelastung aufgrund von Personalfuktuation äusserten (Rantanen et al., 2016), kann darin liegen, dass Pflegepersonen bei einer höheren Anzahl von Patient:innen als Bezugspfleger:innen eingesetzt werden. Dies führt zu einer höheren Arbeitsbelastung und Verantwortung, wodurch sich das Stressniveau erhöht. Weiter wird bei der Bezugspflege eine konstante Zuteilung aller Patient:innen vorausgesetzt, was sich auch in einem der vier Kernelemente der Bezugspflege nach Manthey (1980/2011) – der täglichen Arbeitszuteilung nach der Fallmethode – widerspiegelt. Diese Kontinuität in der Patientenbetreuung wird durch eine hohe Personalfuktuation erschwert und könnte das Stressniveau durch ein Gefühl der Unzulänglichkeit gegenüber den Patient:innen erhöhen. Der signifikant höhere arbeitsbezogene Stress auf Bezugspflegeabteilungen (Rantanen et al., 2016) könnte durch die höhere Arbeitsbelastung der Bezugspfleger:innen erklärt werden. Nebst der klinischen Entscheidungsfindung sind diese sowohl für die Koordination und das Management der Pflege als auch für administrative Tätigkeiten verantwortlich (Huber & Joseph, 2021; Parreira et al., 2021). Zusätzlich zur höheren Arbeitsbelastung erschweren diese Aufgaben die Umsetzung der Bezugspflege weiter und erhöhen das Stresslevel (Ferrua et al., 2016). Im ambulanten Setting ist die Bezugspfleger:in ausserdem für die Kostengutspracheverhandlungen mit Krankenkassen zuständig (■■■■■, personal communication, March 8, 2023).

Die Bezugspflege bringt für Patient:innen durch eine klare Ansprechperson und eine kontinuierliche Betreuung Ruhe in den hektischen Praxisalltag. Viele Prozesse und Abläufe werden durch die eindeutige Zuweisung von Verantwortlichkeiten vereinfacht, was das Stressempfinden der Pflegefachpersonen reduziert (■■■■■, personal communication, March 20, 2023). So kennen die Pflegefachpersonen die Patient:innen und deren Gesundheitszustand besser und können kleine Veränderungen früher erkennen, adäquater einschätzen und schneller handeln (Boitshwarelo, 2003). Dies sind mögliche Gründe für die von Rantanen et al. (2016) festgestellte signifikante Reduktion des patientenbezogenen Stresses. Bei Pflegepersonen kann eine starke und intensive

Involvierung in Patientensituationen Stress auslösen oder dazu führen, dass sie selbst erkranken (Boitshwarelo, 2003). Eine Mangel an professioneller Distanz durch die Beziehungskontinuität insbesondere bei psychisch und physisch anspruchsvollen Patient:innen birgt zudem immer das Risiko, die bereits hohe Arbeitsbelastung der Pflegefachpersonen überzustrapazieren (██████████, personal communication, March 8, 2023). Es kann diskutiert werden, ob die Bezugspflege in seltenen Fällen durch eine zu intensive Beziehung zwischen Patient:innen und Bezugspflegerperson eine Compassion Fatigue auslöst, bei der die Pflegeperson durch wiederholte belastende Situationen in den Zustand emotionaler Erschöpfung gerät (Boyle, 2015).

5.2.6 Weiterentwicklung

Die Auswirkungen der Bezugspflege auf die Weiterentwicklung sind widersprüchlich. Nach Mäkinen et al. (2003) stieg die Zufriedenheit mit der persönlichen Entwicklung durch die höhere Verantwortung, den grösseren Entscheidungsspielraum, die Möglichkeit zu dokumentieren und den engeren interdisziplinären Kontakt. Nach Rantanen et al. (2016) stieg die persönliche Entwicklung in Zusammenhang mit der Bezugspflege jedoch ohne Signifikanz und Sjetne et al. (2008) konnten keine Assoziation zwischen der Bezugspflege und dem Lernklima feststellen.

Die negative Assoziation zwischen Lernklima und chirurgischen Abteilungen in Sjetne et al. (2008) könnte dadurch erklärt werden, dass Letztere oft von rigiden Behandlungsplänen und häufigen geplanten Eintritten gekennzeichnet sind. Dabei treten auch weniger unbekannte Krankheitsbilder auf, was die fachliche Weiterbildung negativ beeinflusst. Dass zwischen Lernklima und einer hohen Anzahl an Pflegefachpersonen eine negative Assoziation vorliegt (Sjetne et al., 2008), könnte dadurch begründet werden, dass der Zusammenhang zwischen dem Lernklima und der Arbeitsleistung durch psychische Belastung beeinflusst wird (Cortini et al., 2016). Pflegefachpersonen tragen grundsätzlich mehr Verantwortung als Pflegepersonen mit einem niedrigeren Bildungsniveau und weisen damit zwangsläufig ein höheres Stressniveau auf.

Die Teilnahme an interdisziplinären Konferenzen wird gemäss Carvalho Moura et al. (2020) auch nach der Implementierung der Bezugspflege oft vernachlässigt. Eine mögliche Ursache dafür ist, dass sich Bezugspflegerpersonen aufgrund knapper personeller Ressourcen und der Verantwortung gegenüber ihren Patient:innen nur schwer dem Alltag entziehen können. Auch Chen et al. (2020) zeigte auf, dass Pflegepersonen nach der Implementierung der Bezugspflege nicht häufiger an Spitalangelegenheiten

beteiligt wurden. Dies könnte an der hierarchisch strukturierten Gesellschaft von China liegen, welche sich in den Spitälern und somit beim Pflegepersonal widerspiegelt (Roedenbeck Schäfer, 2018).

In einer Mixed-Method-Studie von Ferrua et al. (2016) haben Pflegepersonen nach der Implementierung der Bezugspflege berichtet, dass sie in Bezug auf Entwicklungsmöglichkeiten und den Zugang zu Informationen – zum Beispiel über bedeutende und grundlegende strategische Entscheidungen und organisatorische Massnahmen – stärker befähigt waren. Diese Erkenntnisse stimmen mit Mäkinen et al. (2003) überein, stehen jedoch in Kontrast zu Carvalho Moura et al. (2020) sowie Chen et al. (2020).

5.3 Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist einige Limitationen auf. Die Aktualität der verwendeten Studien könnte kritisch diskutiert werden, da Studien aus der Zeit zwischen Jahr 2002 und 2022 eingeschlossen wurden. Der Grund für die Entscheidung, Studien aus den letzten 20 Jahren in die Arbeit einzubeziehen, lag darin, dass die Bezugspflege hauptsächlich zwischen den 1970er- und den 2000er-Jahren erforscht wurde und die Anzahl der Publikationen in den Jahren danach deutlich abnahm. Daher sind drei der eingeschlossenen Studien älter als zehn Jahre. Weiter wurden bei der Literaturrecherche lediglich neun Studien in die Analyse mit einbezogen, was für ein Literaturreview eine geringe Anzahl bedeutet. Auffallend war jedoch, dass in allen Studien immer wieder dieselben Forschenden zitiert wurden, was einer Datensättigung entspricht.

Darüber hinaus wurde in der Forschung hauptsächlich die Auswirkungen des Pflegeorganisationsmodells auf struktureller Ebene untersucht. In allen einbezogenen Studien machten die Pflegefachpersonen somit nur einen Teil der Studienpopulation aus und die Gewichtung der Auswirkungen von Bezugspflege auf die Pflegefachpersonen war teilweise gering. Die Durchführung der Studien auf struktureller Ebene war auch daran erkennbar, dass nur in einer der eingeschlossenen Studien eine Unterscheidung zwischen Pflegefachpersonen und Pflegepersonen vorgenommen wurde. Diese Unterscheidung wäre für die Beantwortung der Fragestellung jedoch relevant gewesen und stellt eine erhebliche Limitation dar. Die Ergebnisse mussten daher für diese Arbeit heruntergebrochen werden und sind nicht alle spezifisch auf die Zielgruppe dieser Arbeit bezogen, so dass ein Bias nicht ausgeschlossen werden kann.

Abschliessend ist anzumerken, dass die Gütekriterien der eingeschlossenen Studien ebenfalls Mängel zeigten, was als weitere Limitation dieser Arbeit zu betrachten ist. In zwei der eingeschlossenen Studien wurden die ethischen Überlegungen nicht erwähnt und eine Studie wies eine lückenhafte Methodik auf, so dass die Qualität der Studien als eingeschränkt zu bewerten ist. Letztendlich wurden nur quantitative Studien in die Arbeit einbezogen. Der zusätzliche Einbezug qualitativer Studien hätte einen tieferen Einblick in den Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Bezugspflege aus Sicht von der Pflegefachpersonen ermöglicht. Alle auffindbaren qualitativen Studien wurden jedoch vor 2002 publiziert und daher auf Grund ihres Alters ausgeschlossen.

5.4 Beantwortung der Fragestellung

Im folgenden Abschnitt wird die Fragestellung dieser Arbeit beantwortet: *Welche wissenschaftlich fundierten Auswirkungen hat die Umsetzung von Bezugspflege auf Pflegefachpersonen?*

Die Bezugspflege birgt für Pflegefachpersonen Chancen, aber auch Herausforderungen. Die Umsetzung der Bezugspflege fördert die Selbständigkeit bei der Arbeit, die Professionalität des Pflegeberufes und sorgt für eine höhere Arbeitszufriedenheit bei den Pflegefachpersonen. Weiter fördert die Bezugspflege deren berufliche und persönliche Weiterentwicklung. Sie verbessert intra- und interdisziplinären Beziehungen, erweitert das Mitspracherecht von Pflegefachpersonen innerhalb des Behandlungsteams und fördert das Teamklima. Zudem wird durch den Faktor Kontinuität eine patientenzentrierte Pflege ermöglicht. Die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen wird zudem in einigen Bereichen positiv beeinflusst und das Verantwortungsbewusstsein und die Führungskompetenzen werden gesteigert. Des Weiteren fördert die Bezugspflege die Fähigkeiten der Pflegefachpersonen in der Steuerung des Pflegeprozesses, steigert die Leistungsfähigkeit und verhindert patientenbezogene Komplikationen.

Trotz der aufgezeigten Chancen birgt die Bezugspflege auch Herausforderungen, welche adressiert werden müssen. So gaben die Pflegefachpersonen auf den Bezugspflegeabteilungen ein höheres Stressniveau an und empfanden die unterlassenen Pflegeinterventionen als belastender als die Pflegenden auf den IPAM-Abteilungen. Intensive Beziehungen, wie sie die Bezugspflege vorsieht, können Pflegefachperson überlasten, insbesondere bei psychisch und physisch anspruchsvollen Patient:innen. Zudem kann die Beziehung zwischen dem Pflegefachpersonal und dem ärztlichen Dienst durch die abgeflachte hierarchische Struktur und die unklaren Grenzen der Kompetenzbereiche negativ beeinflusst werden. Des Weiteren erhalten Pflegefachpersonen auf Bezugspflegeabteilungen weniger konstruktive Kritik aus dem Pflgeteam. Zwar überwiegen die positiven Auswirkungen für das Pflegefachpersonal, jedoch gibt es auch Herausforderungen, welche die Umsetzung der Bezugspflege erschweren oder sogar verhindern können. Für eine umfassende Beantwortung der Fragestellung sind weitere, speziell auf das schweizerische Gesundheitssystem ausgerichtete Forschungen mit Fokus auf Pflegefachpersonen und einer genauen Kontrolle der Interventionen und Kontrollgruppen notwendig.

6 Praxisimplikationen

In diesem Kapitel erfolgt der Theorie-Praxis-Transfer anhand des in Kapitel 2.2 beschriebenen EBN-Modells nach Rycroft-Malone et al. (2004) (siehe Abbildung 2). Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen anhand dieses Modells in den Praxisalltag übertragen werden. Die Auswirkungen, welche die Umsetzung der Bezugspflege auf das Pflegefachpersonal hat, werden praxisnah dargestellt und es werden erste Schritte zur Erweiterung des Fachwissens hinsichtlich der Bezugspflege beschrieben.

6.1 Pflegeforschung

Die wissenschaftliche Literatur zum Thema Bezugspflege und deren Auswirkungen auf Pflegefachpersonen ist wie bereits aufgezeigt begrenzt, da seit den 2000er-Jahren kaum noch dazu geforscht wird. Für die letzten 20 Jahre liegen keine Publikationen vor, die explizit die Auswirkungen der Bezugspflege auf Pflegefachpersonal untersuchen. Trotzdem konnten anhand der Literaturrecherche neun Studien aus verschiedenen Ländern eingeschlossen werden, welche Pflegepersonen in die Untersuchung einbezogen (Carvalho Moura et al., 2020; Chen et al., 2020; Cocchieri et al., 2022; Dal Molin et al., 2018; Mäkinen et al., 2003; Naef et al., 2019; Rantanen et al., 2016; Sellick et al., 2003; Sjetne et al., 2008).

Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zeigen, dass die Umsetzung der Bezugspflege sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Pflegefachpersonen hat. So zeigte die Bezugspflege positive Auswirkungen auf verschiedene Aspekte der Zufriedenheit von Pflegepersonen (Chen et al., 2020; Mäkinen et al., 2003; Sellick et al., 2003). Der Effekt auf die Gesamtarbeitszufriedenheit wird in der wissenschaftlichen Literatur jedoch kontrovers diskutiert (Chen et al., 2020; Sjetne et al., 2008). Dass die Umsetzung der Bezugspflege die Pflegequalität erhöht, ist unumstritten (Carvalho Moura et al., 2020; Chen et al., 2020; Dal Molin et al., 2018; Naef et al., 2019; Sjetne et al., 2008). Auch die Auswirkung auf die Beziehung zwischen Pflegepersonen und dem ärztlichen Dienst sowie zwischen Pflegepersonen und Patient:innen wird durch die Umsetzung der Bezugspflege sowohl negativ als auch positiv beeinflusst (Chen et al., 2020; Dal Molin et al., 2018; Naef et al., 2019; Rantanen et al., 2016; Sjetne et al., 2008). Darüber hinaus wurde eine Verbesserung der Steuerung des Pflegeprozesses nach der Implementierung der Bezugspflege beobachtet, jedoch nicht in allen Bereichen (Cocchieri et al., 2022; Naef et al., 2019). In einigen Studien konnte belegt werden, dass das allgemeine Stressniveau bei Pflegepersonen, die mit Bezugspflege arbeiten, höher ist, in

einigen Bereichen jedoch signifikant tiefer. Die Studienlage zeigt zudem einen positiven Effekt auf die von den Pflegenden wahrgenommene Weiterentwicklung, aber keinen signifikanten Unterschied zu Abteilungen mit anderen Organisationsmodellen (Rantanen et al., 2016).

Pflegepersonen sind Ausführende, somit direkt vom Pflegeorganisationsmodell betroffen und arbeiten täglich damit. Dass die Umsetzung der Bezugspflege einen Einfluss auf sie hat, zeigen die quantitativen Studien. Die Auswirkungen dieses Pflegemodells auf die Pflegepersonen sind jedoch nur ansatzweise erforscht und es fehlen qualitative Studien aus den letzten 20 Jahren, die die Sichtweise der Pflegenden zu diesem Thema untersuchen. Darüber hinaus unterscheidet die wissenschaftliche Literatur bisher nicht klar zwischen Pflegefachpersonen und Pflegepersonen, was bei der Erforschung dieses Themas jedoch von hoher Bedeutung wäre. Manthey (1980/2011) beschreibt deutlich, dass es Abweichungen in der Aufgabenverteilung gibt, was unterschiedliche Verantwortungen, Meinungen und Sichtweisen erzeugt. Zudem kamen Carvalho Moura et al. (2020) zu dem Schluss, dass die Arbeit von Pflegefachpersonen und Pflegepersonen unterschiedlich bewertet und wahrgenommen wird. Eine methodische Schwäche, die in zukünftigen Forschungsarbeiten zu berücksichtigen ist, besteht darin, dass die Implementierung und Umsetzung des Bezugspflegemodells nicht konsequent in allen Abteilungen kontrolliert wurde.

Weitere Untersuchungen zu den Auswirkungen der Bezugspflege auf das Pflegefachpersonal könnten zu einem besseren Verständnis der Hindernisse und Vorteile beitragen. Dies würde eine Übernahme des Pflegeorganisationssystems an die aktuellen Bedingungen des Gesundheitswesens ermöglichen. Die Fragen, wie Bezugspflege die Professionalisierung des Pflegeberufs fördern, dem Pflegenotstand entgegenwirken, die Arbeitszufriedenheit erhöhen, den Stress reduzieren und so den Verbleib im Beruf verlängern kann, sind noch unbeantwortet. Diese grosse Forschungslücke gilt es durch zukünftige Forschung zu schliessen.

6.2 Expertise der Pflegefachpersonen

Die Expertise der Pflegefachpersonen zu den Auswirkungen der Bezugspflege auf das Pflegefachpersonal wurde anhand von fünf Expertenmeinungen aus unterschiedlichen Fachbereichen zusammengetragen: F. Däster (personal communication, March 3, 2023) arbeitet auf einer Palliativstation, ██████████ (personal communication, March 8, 2023) auf einer Intensivstation, ██████████ (personal communication, March 8, 2023) in der

Spitex, ██████████ (personal communication, March 20, 2023) auf einer pädiatrischen Akutstation und ██████████ (personal communication, March 20, 2023) in einem paraplegischen Rehabilitationszentrum (Einverständniserklärungen siehe Anhang C). Die Aussagen dieser fünf Pflegefachpersonen bilden die Grundlage für die in diesem Abschnitt beschriebenen Auswirkungen. Die Aussagen zu den Folgen sind fachbereichsübergreifend einheitlich. Es werden viele positive Auswirkungen, aber auch einige kritische Faktoren genannt.

Alle befragten Pflegefachpersonen waren sich einig, dass die Bezugspflege für eine Kontinuität in der Pflege sorgt, welche die Beziehung zwischen Pflegenden, Patient:innen und deren Angehörigen stärkt. Sie ermöglicht einen professionellen Beziehungsaufbau und erleichtert den Informationsfluss im Behandlungsteam. Davon profitieren besonders Patient:innen mit chronischen Erkrankungen und/oder einer hohen Komplexität. Die Kontinuität gibt den Patient:innen Halt, Zuversicht und Vertrauen in einer Krisensituation. Dennoch hat die Kontinuität auch negative Auswirkungen, denn in belastenden Situationen wird eine Entlastung der Pflegefachperson erschwert. Besonders bei psychisch und physisch anspruchsvollen Patient:innen sowie in sehr belastenden Situationen erhöht die Bezugspflege das Risiko, die Pflegefachpersonen zu überlasten. Trotzdem wirkt sich die Bezugspflege durch die klar definierte Bezugsperson positiv auf die Steuerung des Pflegeprozesses aus, was Ruhe in den Praxisalltag bringt und sich günstig auf die Stressbelastung der Pflegefachpersonen auswirkt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Bezugspflege einen positiven Einfluss auf das Verantwortungsbewusstsein und die Professionalität des Pflegefachpersonals hat. Die Bezugspflegeperson bekommt im interprofessionellen Team eine grössere Bedeutung, da sie die Patient:innen rund um die Uhr betreut. Sie kennt den Krankheitsverlauf, Ressourcen, Copingstrategien und Bedürfnisse der Patient:innen am besten und wird so zur Schlüsselfigur im Behandlungsteam.

Um diese Kontinuität zu gewährleisten und die Bezugspflege in der Praxis erfolgreich umzusetzen, ist die Dienst- und Tagesplanung von zentraler Bedeutung. Schichtbetrieb, Personalmangel, krankheitsbedingte Ausfälle, ein hoher Skills-Grade-Mix und zahlreiche Pflegefachpersonen, die nur zu geringen Prozentsätzen arbeiten, erschweren die Umsetzung der Bezugspflege in der Praxis erheblich. Die Bezugspflege ist somit ein gutes Pflegeorganisationssystem mit deutlichen Vorteilen für die Pflegefachpersonen, scheitert aber im Praxisalltag oft an fehlenden Ressourcen. Ungeachtet der Art des Modells und

seiner Zeiteffizienz – ohne ausreichende personelle Ressourcen kann kaum eines erfolgreich umgesetzt werden.

6.3 Patientenpräferenz

Es konnte gezeigt werden, dass die Umsetzung der Bezugspflege zahlreiche Auswirkungen auf die Patient:innen und deren Angehörige hat. Denn sie werden nach dem Pflegeorganisationmodell betreut und sind somit direkt davon betroffen. Obwohl die Patient:innen in dieser Arbeit nicht Teil der Fragestellung waren, ist der Einbezug der Patientenpräferenzen in der Praxis unabdingbar. In fünf der eingeschlossenen Studien wurden auch Patientendaten erhoben und somit kann eine oberflächliche und verallgemeinerte Beschreibung der Patientenpräferenzen in Bezug auf die Bezugspflege erfolgen. Laut Rycroft-Malone et al. (2004) soll die Lebens- und Krankheitserfahrung der Patient:innen in die klinische Entscheidungsfindung miteinbezogen werden.

Die Zufriedenheit der Patient:innen mit der Pflege verbessert sich, wenn die Bezugspflege umgesetzt wird (Dal Molin et al., 2018). Befragte Patient:innen gaben an, dass sie sich durch die Kontinuität in der Pflege ernst genommen und individuell betreut fühlen. Dies hat zur Folge, dass sie den Krankenhausaufenthalt als angenehmer empfinden (Sellick et al., 2003). Drei Viertel der befragten Patient:innen waren der Meinung, dass ihre Bedürfnisse berücksichtigt wurden und fast alle gaben an, von den Pflegenden individuell betreut worden zu sein (Naef et al., 2019). Dies deckt sich mit objektiven Daten, gemäss denen durch die Umsetzung der Bezugspflege das Auftreten von Stürzen, Dekubiti, Harnwegsinfektionen und Infektionen von peripheren und zentralen Venenkathetern reduziert werden konnte (Dal Molin et al., 2018).

6.4 Lokaler Kontext

Einerseits beeinflusst die Bezugspflege interpersonelle Faktoren wie Patientenversorgung, Beziehungen und Autonomie, andererseits gibt es persönliche, strukturelle, gesellschaftliche, ökonomische und politische Konstrukte, welche wiederum das Pflegeorganisationsmodell beeinflussen.

Ein Pflegeorganisationsmodell umzusetzen, kann ein institutioneller (Carvalho Moura et al., 2020; Cocchieri et al., 2022; Naef et al., 2019; Sellick et al., 2003) oder politischer Entscheid (Chen et al., 2020) sein. Dennoch liegt die individuelle Übernahme hauptsächlich in den Händen der jeweiligen Abteilungsleitungen. Diese sind mitverantwortlich für den Erfolg und die Leistungssteigerung der Pflegepersonen bei der

Umsetzung der Bezugspflege (Drach-Zahavy, 2004), welche die Elemente des Pflegeprozesses in den Mittelpunkt rückt. Dabei ist es von Bedeutung, dass die Verantwortlichkeiten des Pflegeprozesses auf den Abteilungen geregelt sind.

Die Bezugspflege führt zu einer Steigerung der Arbeitsleistung (Chen et al., 2020), zu mehr Eigenverantwortung sowie zu einem höheren allgemeinen und arbeitsbezogenen Stressniveau (Rantanen et al., 2016). Der Austausch im Team ist essenziell und das Feedback von Teammitgliedern und Vorgesetzten sollte nicht – wie bei Rantanen et al. (2016) gezeigt – abnehmen. Überforderung der Teammitglieder und unnötiger Stress können dabei durch gute Führung vermieden werden.

Der im Krankenhaus vorherrschende Schichtbetrieb erschwert die Kontinuität. Ein ständiger Wechsel im Pflorgeteam macht deutlich, wie wesentlich der Informationsaustausch im interdisziplinären und im Pflorgeteam ist. Wie Sjetne et al. (2008) gezeigt haben, kann sich die Bezugspflege auch negativ auf die Beziehung zwischen Pflegepersonen und ärztlichem Dienst auswirken. Von Bedeutung ist, dass jedes Behandlungsteam klare Rollen- und Kompetenzgrenzen definiert. Nur so können sich beide Professionen gegenseitig unterstützen, ergänzen und die bestmögliche Betreuung für die Patient:innen gewährleisten. Darüber hinaus muss die Arbeitsplanung, die von der Abteilungsleitung erstellt wird, eine kontinuierliche Betreuung im Rahmen des Bezugspflegemodells ermöglichen. Nur auf diese Weise kann die dem Modell zu Grunde liegende Beziehung zwischen Patient:in und Bezugspflegeperson realisiert werden.

Die Möglichkeiten der Partizipation, der Äusserung der eigenen Meinung und der Beteiligung an Krankenhausangelegenheiten erhöhen die Arbeitszufriedenheit (Chen et al., 2020; Sellick et al., 2003). Sie werden durch krankenhauserne Strukturen und die medizinische Fachgesellschaft bestimmt. Die Bezugspflege hat darauf nur einen geringen Einfluss, kann aber eine Plattform für Pflegende darstellen. Vielmehr beeinflussen die Komposition des Teams und der Aufbau der Abteilungen die Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen. Für eine erfolgreiche Umsetzung der Bezugspflege in der Praxis ist zu berücksichtigen, dass grössere Abteilungen und solche mit einer hohen Anzahl an temporären Mitarbeitern eine negative Assoziation mit der Arbeitszufriedenheit aufweisen (Sjetne et al., 2008). Da Krankenhäuser immer weiter wachsen und aufgrund des aktuellen Pflegemangels viele Abteilungen auf temporäre Hilfsangebote angewiesen sind, liegt es bei den Abteilungsleitungen, das Organisationsmodell anzupassen. Ob dies auch die Chance erhöht, dass Pflegefachpersonen im 21. Jahrhundert länger im Beruf bleiben,

muss noch untersucht werden. Carvalho Moura et al. (2020), Chen et al. (2020) und Dal Molin et al. (2018) haben gezeigt, dass Bezugspflege die Pflegequalität positiv beeinflusst, indem Pflegefehler und unerwünschte Ereignisse reduziert werden. Die Verbesserung der Pflegequalität kann indirekt durch kürzere Krankenhausaufenthalte, weniger Komplikationen und Rehospitalisierungen auf den Pflegenotstand einwirken.

Eine erfolgreiche Implementierung der Bezugspflege ist von Bedeutung um, eine solide Basis für die Umsetzung des Modells zu schaffen. In Carvalho Moura et al. (2020) wurden positive Unterschiede in Bezug auf MNC zwischen den Datenerhebungen nach vier und sieben Monaten festgestellt. In diesem kurzen Zeitraum konnte durch die Implementierung von Bezugspflege eine Reduktion der MNC erzeugt werden. Trotz der positiven Ergebnisse sind die Aspekte, die dazu führen, diesen Erfolg auch aufrechterhalten zu können, von zentraler Bedeutung und müssen noch genauer erforscht werden.

6.5 Praxis-Transfer

Dass die Bezugspflege in der Praxis zahlreiche Chancen für Pflegefachpersonen und Patient:innen bietet, haben sowohl die Forschung als auch die Expertise der Pflegefachpersonen belegt. So wird durch die patientenzentrierte Pflege das Wohlbefinden der Patient:innen gesteigert und diese äussern, zufriedener mit dem Krankenhausaufenthalt zu sein. Die Bezugspflege fördert aber auch die Pflegefachpersonen, indem sie deren Rolle im interdisziplinären Team zentralisiert und stärkt. Auch die Pflegequalität wird durch die Umsetzung der Bezugspflege deutlich verbessert. Diese Punkte sprechen für die Umsetzung der Bezugspflege in der Praxis. Dennoch wird die positive Wirkung der Bezugspflege auf die Arbeitszufriedenheit kontrovers diskutiert. Einerseits bringt sie durch eine klar definierte Ansprechperson mehr Ruhe in den Alltag, andererseits kann diese Kontinuität in der Betreuung anspruchsvoller Patient:innen das Risiko einer Überlastung der Pflegefachpersonen erhöhen.

Dennoch gibt es Herausforderungen, denen sich das Pflegefachpersonal stellen muss, wenn es mit der Bezugspflege arbeitet. Der allgemeine Stress nimmt zu und muss mit den Vorteilen dieses Modells auf den Abteilungen individuell abgewogen werden. Gerade in Zeiten des Pflegenotstandes sollte die Anwendung eines Modells, welches das Stresslevel erhöht, kritisch überdacht werden, um den Berufsausstieg von Pflegefachpersonen nicht zu fördern. Für eine erfolgreiche Umsetzung und Aufrechterhaltung der Bezugspflege in der Praxis spielt das Umfeld der einzelnen Abteilungen eine zentrale Rolle. So können durch eine aktive Beeinflussung von Aspekten wie attraktiven Dienstplänen und weniger

temporären Pflegefachpersonen die positiven Effekte der Bezugspflege unterstützt werden. Es ist jedoch zu bedenken, dass bestimmte Faktoren – beispielsweise Politik und Kultur – nicht beeinflusst werden können, aber dennoch als Einflussfaktoren bei der Kontextanalyse der Implementierung berücksichtigt werden müssen.

Das Zusammenspiel der vier Evidenzquellen (siehe Kapitel 2.2) ist für eine erfolgreiche Verknüpfung von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis von erheblicher Bedeutung und sollte bei der Entscheidung darüber, welches Pflegeorganisationsmodell in der Institution umgesetzt werden soll, berücksichtigt werden.

7 Schlussfolgerung

Die Forschungsliteratur zeigt, dass sich die Bezugspflege positiv auf die Patientenversorgung auswirkt. Die Auswirkungen auf die Pflegefachpersonen sind jedoch nicht eindeutig. Trotz zahlreicher positiver Aspekte wie die Förderung des Pflegeprozesses, Steigerung der Pflegequalität und Verbesserung der Beziehungen können negative Auswirkungen nicht ausgeschlossen werden. Die positiven Auswirkungen haben zwar einen Einfluss auf die Leistungen der Pflege und führen letztendlich zu einer besseren Betreuung der Patient:innen, sie verbessern jedoch nicht die Arbeitsbedingungen der Pflegefachpersonen.

Die Faktoren Arbeitszufriedenheit und berufliche Weiterentwicklung, die einen direkten Nutzen für die Pflegefachpersonen haben und zur Professionalisierung des Berufs beitragen, werden durch die Umsetzung der Bezugspflege kaum verbessert; das Stressempfinden der Pflegefachpersonen steigt sogar an. Um die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen zu steigern, das Stresslevel zu minimieren und somit einen längeren Verbleib im Beruf zu fördern ist eine Überarbeitung und Anpassung dieses Pflegeorganisationssystems essenziell. Denn Pflegefachpersonen mit einer höheren Arbeitszufriedenheit verbleiben länger im Beruf. Auch eine gute Führung, welche die Pflegefachpersonen unterstützt, wirkt dem Stress aufgrund hoher Verantwortung entgegen und ist für die Umsetzung der Bezugspflege zentral. Es wird deutlich, dass die wenigen, aber gravierenden Punkte die vielen positiven Auswirkungen der Bezugspflege schwächen und die Bezugspflege somit als das Organisationsmodell nicht vollumfänglich empfehlenswert ist.

Ob Bezugspflege die Professionalisierung des Pflegeberufs fördert, dem Pflegenotstand entgegenwirkt, die Arbeitszufriedenheit erhöht, Stress reduziert und damit den Verbleib der Pflegefachpersonen im Beruf unterstützt, muss noch vertieft untersucht werden. Gesellschaft, Politik und Wirtschaft befinden sich jedoch in einem ständigen Wandel und es stellt sich die Frage, inwieweit die starre Umsetzung eines Modells in der Praxis nachhaltig ist oder ob es sinnvoller sein könnte, Veränderungen am Modell vorzunehmen, um nach der Implementierung der Bezugspflege auch deren Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Denn die Bezugspflege ist ein theoretisches Modell und lässt sich kaum eins zu eins in die Praxis umsetzen.

Abteilungen und medizinische Institutionen sind hochindividuell; daher können die Fähigkeit, agil zu bleiben, eine mögliche Lösung für die Nachhaltigkeit der Bezugspflege

sein. Die Reflexion des eigenen Handelns ist dabei zentral, um zu lernen, flexibel zu bleiben und das Pflegeorganisationsmodell kontinuierlich anzupassen. Dabei könnten einzelne Elemente aus anderen Modellen, die die Bezugspflege stärken, übernommen werden. Welche Aspekte der Bezugspflege erhalten bleiben und welche durch Teile eines anderen Pflegeorganisationsmodells ersetzt werden müssen, ist noch zu prüfen. Ebenso muss nicht nur untersucht werden, wie das Modell in die Praxis implementiert werden kann, sondern auch, welche Aspekte dazu beitragen, dass es in der Praxis erhalten bleibt. Wenn diese Punkte weiter erforscht werden, kann die Nachhaltigkeit in der Pflegepraxis durch die Umsetzung eines gut durchdachten Pflegeorganisationsmodells positiv beeinflusst werden.

Literaturverzeichnis

- Adams, A., & Bond, S. (1997). Clinical specialty and organizational features of acute hospital wards. *Journal of Advanced Nursing*, 26(6), 1158-1167.
- Arx-Strässler, F., & Erzinger-Manea, E. (2008). Die Bezugspflege – Ein patientenorientiertes Pflegesystem. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 34(6), 201-229. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1079079>
- Bartholomyczik, S., Linhart, M., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*. Urban & Fischer.
- Behrens, J., & Langer, G. (2016). *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"* (4th ed.). Hogrefe.
- Berkhout, A. J. M. B., Boumans, N. P. G., Van Breukelen, G. P. J., Abu-Saad, H. H., & Nijhuis, F. J. N. (2004). Resident-oriented care in nursing homes: Effects on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 621-632. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02956.x>
- Boeckler, U. (2006). Primary Nursing einfach evaluieren? Eine Auseinandersetzung mit Problemen und Strategien. *Printernet*, 7(6), 404-419.
- Boegli, G., DeCrom, L., Huber, Y., Keller, M., Khilji, J., Maguire, C., Rausch, R., Schüler, A. B., Ullmann-Bremi, A., & Von Arx-Strässler, F. (2016). *Strategie Pflegedienst 2016-2021*. <https://www.kispi.uzh.ch/sites/default/files/d3-documents/kd00272506.pdf>
- Boitshwarelo, T. (2003). The phenomenon of primary nursing: Beyond the ordinary. *Creative Nursing*, 9(1), 12-13.
- Boyle, D. A. (2015). Compassion fatigue: The cost of caring. *Nursing*, 45(7), 48-51. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000461857.48809.a1>
- Brandenburg, H., & Dorschner, S. (Eds.). (2021). *Pflegewissenschaft 1* (4th ed.). Hogrefe.
- Bretbacher, C., Ostermann, H., & Müller, G. (2020). Auswirkungen von Primary Nursing in der mobilen Pflege aus pflegeökonomischer Perspektive: Eine pilotierte quasi-experimentelle Interventionsstudie. *Pflegewissenschaft*, 22(4), 221-232. <https://doi.org/10.3936/1790>

- Carvalho Moura, E. C., Batista Lima, M., Maris Peres, A. M., Lopez, V., Batista, M. E., & Almeida Gomes Braga, F. C. S. (2020). Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2103-2112. <https://doi.org/10.1111/jonm.12846>
- Chan, E. A., Chung, J. W., Wong, T. K., & Yang, J. C. (2006). An evaluation of nursing practice models in the context of the severe acute respiratory syndrome epidemic in Hong Kong: A preliminary study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6), 661-670. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01345.x>
- Chen, Q., Gottlieb, L., Liu, D., Tang, S., & Bai, Y. (2020). The nurse outcomes and patient outcomes following the High-Quality Care Project. *International Nursing Review*, 67(3), 362-371. <https://doi.org/10.1111/inr.12587>
- Cocchieri, A., Cesare, M., Anderson, G., Zega, M., Damiani, G., & D'agostino, F. (2022). Effectiveness of the Primary Nursing Model on nursing documentation accuracy: A quasi-experimental study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 1251-1261. <https://doi.org/10.1111/jocn.16282>
- Cocchieri, A., Magon, G., Cavalletti, M., Cristofori, E., & Zega, M. (2021). Exploring hospital compliance with the primary nursing care model: Validating an inventory using the Delphi method. *BMC Nursing*, 20(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00712-1>
- Cortini, M., Pivetti, M., & Cervai, S. (2016). Learning Climate and Job Performance among Health Workers. A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 1644(7), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01644>
- Cramer, E., & Hunter, B. (2019). Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women & Birth*, 32(6), 521-532. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.010>
- Dal Molin, A., Gatta, C., Boggio Gilot, C., Ferrua, R., Cena, T., Manthey, M., & Croso, A. (2018). The impact of primary nursing care pattern: Results from a before-after study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1094-1102. <https://doi.org/10.1111/jocn.14135>
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99-101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>

- Drach-Zahavy, A. (2004). Primary nurses' performance: Role of supportive management. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 7-16. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02855.x>
- Eichhorn, M. L., & Frevert, E. I. (1979). Evaluation of a primary nursing system using the quality patient care scale. *The Journal of Nursing Administration*, 9(10), 11-15.
- Ersser, S., & Tutton, E. (Eds.). (2000). *Primary nursing: Grundlagen und Anwendungen eines patientenorientierten Pflegesystems* (1st ed.). Huber.
- Fairbrother, G., Jones, A., & Rivas, K. (2010). Changing model of nursing care from individual patient allocation to team nursing in the acute inpatient environment. *Contemporary Nurse*, 35(2), 202-220. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.35.2.202>
- Felton, G. (1975). Increasing the quality of nursing care by introducing the concept of primary nursing: A model project. *Nursing Research*, 24(1), 27-32.
- Ferrua, R., Nelson, J. W., Gatta, C., Croso, A., Gilot, C. B., & Dal Molin, A. (2016). The Impact of the Primary Nursing Model on Cultural Improvement: A Mixed-Method Study. *Creative Nursing*, 22(4), 259-267. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.22.4.259>
- Fiechter, V. & Meier, M. (1981). *Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis*. Rocom
- Fröhlich, M. R., Becker, C., Handel, E., & Spirig, R. (2013). Die Implementierung von Bezugspflege im intensivpflegerischen Setting – Evaluation mit dem Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen. *Pflege*, 26(5), 357-367. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000318>
- Furunes, T., Kaltveit, A. & Akerjordet, K. (2018). Health-promoting leadership: A qualitative study from experienced nurses' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 27(23-24), 4290 - 4301. <https://doi.org/10.1111/jocn.14621>
- Geng, V. (2011). „Forschung verstehen“. *Krankenhaus-Hygiene + Infektionsverhütung*, 33(4), 104-105. <https://doi.org/10.1016/j.khinf.2011.07.011>
- Goode, D., & Rowe, K. (2001). Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: A combined methods approach. *Critical Care Nurs*, 17(5), 294-303. <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1600>
- Hayes, B., Bonner, A., & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: A review of recent literature: Nurse job satisfaction. *Journal*

of *Nursing Management*, 18(7), 804-814. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x>

Hojdelewicz, B. (2018). *Der Pflegeprozess Prozesshafte Pflegebeziehung* (2nd ed.). Facultas.

Huber, D., & Joseph, L. M. (2021). *Leadership and nursing care management* (7th ed.). Elsevier.

Josefsson, K. A., Avby, G., Andersson Bäck, M. & Kjellstrom, S. (2018). Workers' experiences of healthy work environment indicators at well-functioning primary care units in Sweden: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(4), 406-414. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1523987>

Jost, S. G., Bonnell, M., Chacko, S. J., & Parkinson, D. L. (2010). Integrated Primary Nursing A Care Delivery Model for the 21st-Century Knowledge Worker. *Wolters Kluwer Health*, 34(3), 208-216. <https://doi.org/10.1097/naq.0b013e3181e7032c>

Josuks, H. (2008). *Primary nursing: Ein Konzept für die ambulante Pflege: ein Leitfaden zur Implementierung eines neuen Pflegesystems* (2nd ed.). Schlütersche.

Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C. E., Andrews, B., Burke, R., Chmielewski, L., Donohue, M. A. T., Ellsworth, M., Poduska, D., Smith, M. E., & Tachibana, C. (2007). Excellence Through Evidence: Structures Enabling Clinical Autonomy. *The Journal of Nursing Administration*, 37(1), 41-52. <https://doi.org/10.1097/00005110-200701000-00007>

Krapohl, G. L., & Larson, E. (1996). The impact of unlicensed assistive personnel on nursing care delivery. *Nursing Economics*, 14(2), 99-110.

Latteck, Ä. D. & Seidl, N. (2022). *Evidence-basiertes Pflegehandeln: Entwicklung professioneller Handlungskompetenz*. Kohlhammer.

Mäkinen, A., Kivimaki, M., Elovainio, M., Virtanen, M., & Bond, S. (2003). Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 299-306. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2003.00399.x>

Manthey, M. (2003). aka Primary Nursing. *The Journal of Nursing Administration*, 33(7), 369 -370.

- Manthey, M. (1980). *The Practice of Primary Nursing*. Blackwell.
- Manthey, M., Kelling, G., & Mischo-Kelling, M. (2011). *Primary nursing: Ein personenbezogenes Pflegesystem* (3rd ed.). Huber.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2015). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (8th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Meier, S. (Director). (2021, January 11). *ECO - Pflegefachpersonal – Nur Applaus, aber nicht mehr Lohn—Play SRF* [SRF].
<https://www.srf.ch/play/tv/sendung/eco?id=7dd60977-fc2e-4b40-a533-eb9536cea736>
- Merçay, C., Grünig, A., & Dolder, P. (2021). *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung*. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2021-gesundheitspersonal-der-schweiz-nationaler-versorgungsbericht-2021>
- Meyer, G. (2015). Es gibt keine Alternative. *Die Schwester/Der Pfleger*, 54(9), 13-16.^[1]_[SEP]
- Nadeau, K., Pinner, K., Murphy, K., & Belderson, K. M. (2016). Perceptions of a Primary Nursing Care Model in a Pediatric Hematology/Oncology Unit. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(1), 28-34. <https://doi.org/10.1177/1043454216631472>
- Naef, R., Ernst, J., & Petry, H. (2019). Adaption, benefit and quality of care associated with primary nursing in an acute inpatient setting: A cross-sectional descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2133-2143. <https://doi.org/10.1111/jan.13995>
- Needham, I., & Abderhalden, C. (2002). Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege. *Psychiatrische Pflege* 8(4), 189-193.
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Rafferty, D. (1992). Team and primary nursing. *Senior Nurse*, 12(1), 31-39.
- Rantanen, A., Pitkänen, A., Paimensalo-Karell, I., Elovainio, M., & Aalto, P. (2016). Two models of nursing practice: A comparative study of motivational characteristics, work satisfaction and stress. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 261-270.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12313>

- Ris, I., Preusse-Bleuler, B., & Huber, E. (2022): *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels* (2nd ed.). Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Institut für Pflege.
- Roedenbeck Schaefer, M. (2018). *Chinesische Pflegekräfte in Deutschland: Herausforderungen der Rekrutierung*. <https://recruiting2go.de/internationales-recruiting-auslaendische-fachkraefte/chinesische-pflegekraefte-in-deutschland-aufwand-und-herausforderungen-der-rekrutierung>
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Tithen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81-90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2019). Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems. *swiss academies communications*, 14(2), 1-39. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.1922253>
- Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation. (2019, July 3). *Bildungssystem Schweiz*. <https://www.sbf.admin.ch/sbf/de/home/bildung/bildungsraum-schweiz/das-duale-system.html>
- Schädle-Deininger, H., & Wegmüller, D. (2016). *Psychiatrische Pflege: Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium* (3rd ed.). Hogrefe.
- Schäfer, M., Scherrer, A., & Burla, L. (2013). *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Ullrich, L., Anton, W., Bartholomeyczik, S., Bartoszek, G., Becker, C., Beyer, H., & Boczkowski, C. (Eds.). (2017). *Thiemes Pflege-Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung* (13th ed.). Thieme.
- Scott, J. G., Sochalski, J., & Aiken, L. (1999). Review of Magnet Hospital Research: Findings and Implications for Professional Nursing Practice. *The Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19. <https://doi.org/10.1097/00005110-199901000-00003>
- Sellick, K. J., Russell, S., & Beckmann, J. L. (2003). Primary nursing: An evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5), 545-551. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00064-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00064-6)

- Sjetne, I. S., Veenstra, M., Ellefsen, B., & Stavem, K. (2008). Service quality in hospital wards with different nursing organization: Nurses' ratings. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 325-336. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04873.x>
- Smoliner, A., Hantikainen, V., Mayer, H., Them, C. (2008). Die Patientenpräferenzen im Konzept Evidence-based Nursing. *PrinterNet*, 5(8), 288-294.
- Stetler, C. B. (2003). Role of the organization in translating research into evidence-based practice. *Outcomes Management*, 7(3), 97-103.
- Stuhl, T. (2006). *Primary Nursing in der stationären Altenpflege*. Schlüter.
- Tiedeman, M. E., & Lookinland, S. (2004). Traditional Models of Care Delivery: What Have We Learned? *The Journal of Nursing Administration*, 34(6), 291-297. <https://doi.org/10.1097/00005110-200406000-00008>
- Vedel, I., Ghadi, V., De Stampa, M., Routelous, C., Bergman, H., Ankri, J., & Lapointe, L. (2013). Diffusion of a collaborative care model in primary care: A longitudinal qualitative study. *BMC Family Practice*, 14(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-3>
- Yarbrough, S., Martin, P., Alfred, D., & McNeill, C. (2017). Professional values, job satisfaction, career development, and intent to stay. *Nursing Ethics*, 24(6), 675-685. <https://doi.org/10.1177/0969733015623098>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>EBN-Modell in Anlehnung an Darstellung von Rycroft-Malone et al. (2004)</i> ..7	
Abbildung 2 <i>Flowchart (eigene Darstellung)</i>	13
Abbildung 3 <i>Hauptkategorien mit den zugeordneten Faktoren (eigene Darstellung)</i>	14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Keywords</i>	10
Tabelle 2 <i>Suchstrategie</i>	11
Tabelle 3 <i>Ein- und Ausschlusskriterien</i>	11
Tabelle 4 <i>Eingeschlossene Studien</i>	15
Tabelle 5 <i>Gütekriterien nach Bartholomeycik et al. (2008)</i>	26

Wortzahl

Wortzahl des Abstracts: 200 Wörter

Wortzahl der Arbeit: 11 924 Wörter

Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei Frau Jutta Dreizler für die professionelle und hilfreiche Beratung und Begleitung während der Erstellung der vorliegenden Bachelorarbeit bedanken. Ebenso bei Frau [REDACTED], Frau [REDACTED], Frau Fabienne Däster, Frau [REDACTED] und Frau [REDACTED] für ihre eindrücklichen und sehr hilfreichen Praxiserfahrungen in der Bezugspflege, welche unsere Bachelorarbeit bereichert haben.

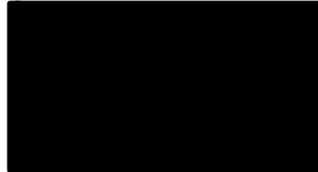
Eigenständigkeitserklärung

«Wir, erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Uster, 25.04.2023

Kummer Adina

López Ceballos Anna-Maria



Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang A: Detailliertes Rechercheprotokoll	59
Anhang B: AICA-Zusammenfassung und Würdigung der eingeschlossenen Studien....	61
Anhang C: Einverständniserklärungen der Expertenmeinungen.....	97

Anhang A: Detailliertes Rechercheprotokoll

Tabelle 1

Rechercheprotokoll CINAHL Complete

Keywords	Datenbank	Treffer	Relevante Treffer
nurs* OR (MM «Nurses»)	CINAHL Complete	1 023 288	
«primary nursing» OR «primary nursing model» OR (MM «primary nursing»)	CINAHL Complete	1 929	
«staff-related outcomes» OR effect* OR impact*	CINAHL Complete	2 133 510	
(nurs* OR (MM «Nurses»)) AND («primary nursing» OR «primary nursing model» OR (MM «primary nursing»)) AND («staff-related outcomes» OR effect* OR impact*)	CINAHL Complete	342	
(nurs* OR (MM «Nurses»)) AND («primary nursing» OR «primary nursing model» OR (MM «primary nursing»)) AND («staff-related outcomes» OR effect* OR impact*) Limiters – Published Date: 2002 -2022 Narrow by Language: german, english	CINAHL Complete	154	Carvalho Moura et al. (2020) Chen et al. (2020) Dal Molin et al. (2018) Ferrua et al. (2016) Sellick et al. (2003)

Anmerkung. Die Studien von Naef et al. (2019), Rantanen et al. (2026) und Sjetne et al. (2008) wurden mittels Schneeballprinzip eingeschlossen

Tabelle 2*Rechercheprotokoll: PubMed*

Keywords	Datenbank	Treffer	Relevante Treffer
(nurs*) OR ("Nurses"[Mesh])	PubMed	1 100 742	
("primary nursing") OR ("Primary Nursing"[Mesh]) OR ("primary nursing model")	PubMed	2 228	
("staff-related outcomes") OR (impact*) OR (effect*)	PubMed	11 684 914	
((nurs*) OR ("Nurses"[Mesh])) AND ((("primary nursing") OR ("Primary Nursing"[Mesh]) OR ("primary nursing model")) AND ((("staff-related outcomes") OR (impact*)) OR (effect*)))	PubMed	287	
((nurs*) OR ("Nurses"[Mesh])) AND ((("primary nursing") OR ("Primary Nursing"[Mesh]) OR ("primary nursing model")) AND ((("staff-related outcomes") OR (impact*)) OR (effect*))) Filters: English, German, from 2002 – 2022	PubMed	103	Chen et al. (2020) Cocchieri et al. (2022) Dal Molin et al. (2018) Ferrua et al. (2016) Mäkinen et al. (2003)

Anmerkung. Die Studien von Naef et al. (2019), Rantanen et al. (2026) und Sjetne et al. (2008) wurden mittels Schneeballprinzip eingeschlossen

Anhang B: AICA-Zusammenfassung und Würdigung der eingeschlossenen Studien

Zusammenfassung Quantitatives Forschungsdesign: Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care (Carvalho Moura et al., 2020)

	Forschungsschritte	Zusammenfassung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Die Wahl eines Pflegeorganisationsmodells ist von verschiedenen Faktoren wie finanzielle Ressourcen oder Bildung der Mitarbeiter abhängig. Die zentralen Qualitäten der Modelle sind jedoch weltweit die gleichen: Pflegequalität und Patientensicherheit. Diese Studie untersucht die Implementierung des Primary Nursing Models (PNM) in einem Universitätsspital in Brasilien.</p> <p>PNM wurde entwickelt, um die vorhandenen Ressourcen zu maximieren und das Pflege-Outcome zu verbessern. Das US-amerikanische Modell besteht aus vier Grundelementen: 1. Die PN ist für die Entscheidungsfindung verantwortlich, plant 2. die patientenzentrierten Interventionen, koordiniert 3. die interdisziplinäre Kommunikation und ist 4. 24 Std. und 7 Tage die Woche für die Pflegequalität verantwortlich.</p> <p>Internationale Forschungen zeigen, dass die Implementierung von PNM die Effizienz und Pflegequalität steigert. PNM wird anderen Pflegemodellen oft vorgezogen, da es die Patienten- und Familienzufriedenheit steigert, individuelle Pflege ermöglicht und die Autonomie von PFP stärkt. Trotzdem gibt es nur wenige Studien, welche den klinischen Effekt des Modells erforschen. Da PFP sich auf einen individuellen Patienten fokussieren, müssen Pflegeinterventionen priorisiert werden. Bei schlechter Priorisierung wird befürchtet, dass dieses Modell einen negativen Effekt auf die Effizienz, Effektivität und Zufriedenheit der PFP hat.</p> <p>Ziel: Diese Studie erforscht als erste den Zusammenhang zwischen der Implementierung von PNM und nicht durchgeführten Pflege (MNC) sowie die Gründe und den Zeitpunkt nicht durchgeführter Pflegeinterventionen.</p>
	Ansatz / Design	<p>Diese prädiktive Korrelationsstudie wurde in einem Universitätsspital in Brasilien mit 201 Betten durchgeführt, welches medizinische Versorgung in allen Fachbereichen bietet.</p> <p>Die Daten wurden jeweils vier- und sieben-Monate nach der PNM-Implementierung gesammelt.</p>
	Stichprobe	<p>Die Studie wurde auf verschiedenen stationären Abteilungen mit unterschiedlicher Anzahl an Betten, PFP und PP durchgeführt. Insgesamt wurden 72 PFP und 127 PP mit einem mindesten zweijährigen NT-Kurs und 175 Betten in die Studie eingeschlossen.</p> <p>Die insgesamt 199 Teilnehmer:innen mussten regelmässigen Patient:innenkontakt haben, auf einer stationären Abteilung arbeiten und bei allen Phasen der Datenerhebung anwesend sein. Die Ausschlusskriterien waren: Abwesenheit während einer Datensammlung. Nach beiden Phasen der Datensammlung blieben 96 Teilnehmer:innen übrig.</p>
	Datenerhebung	<p>Für die Erhebung der Daten wurden das MISSCARE-Brazil Instrument verwendet. Ein valides und reliables Instrument, welches im Jahr 2012 entwickelt wurde. Das Instrument besteht aus 56-Items und ist in zwei Teile unterteilt: Teil A besteht aus 28-Items und erhebt Daten zu MNC und Teil B besteht ebenfalls aus 28-Items und erhebt die Gründe für MNC. Beide Teile weisen einen hohen Korrelationsfaktor mit einem Chronbach's $\alpha \geq 70$ auf.</p> <p>Die PNM-Implementierung wurden zwischen September 2015 und September 2016 durchgeführt. Die Daten für diese Studie wurden vier- und sieben-Monate nach der Implementierung erhoben.</p>
	Datenanalyse	<p>Alle Daten wurden in die Datenbank SPSS Version 21.0 eingetragen, in welcher diese gescannt und analysiert wurden. Um die Normalität der Daten festzustellen, wurde der Kolmogrov-Smirnov Test verwendet.</p> <p>Um das Level der MNC zu errechnen wurde ein Median von 40% festgelegt. Dabei wurden alle Resultate über 40% als ein hoher MNC angesehen und alle Resultate unter 40% galten als tiefe MNC-Werte.</p> <p>Um die Korrelation zwischen den Teilnehmer:innen und den Variablen der Instrumente zu verifizieren wurde der fisher's exact test durchgeführt. Um die Bereich-Scores, globale MNC und die Daten der beiden Datensammlungen zu errechnen, wurde der t-test und Wilcoxon's test verwendet.</p>
Methode	Ethik	Bei der Bearbeitung dieser Studie wurden die nationalen und internationalen ethischen Richtlinien der Humanforschung berücksichtigt.

Ergebnis	Ergebnisse	<p><u>Demografische Daten:</u> Das Durchschnittsalter der 96, hauptsächlich weiblichen (88,5 %) Probanden war 34,9 Jahre und die Durchschnittliche Arbeitserfahrung 8,3 Jahre. 59,4% waren NT's, 79,2% äusserten, in den letzten 3 Monaten vor der Datenerhebung keine Überstunden. 65,7% waren zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Position, 80,2% mit ihrer Arbeit und 68,8% mit der Teamzusammenarbeit auf der Abteilung. Zudem wurde die Mitarbeiterbesetzung in mindesten der Hälfte der Zeit als adäquat empfunden.</p> <p><u>MNC-Resultate:</u> Vier Monate nach der PNM-Implementation zeigten sechs der 28-Items ein hohes Level an MNC. Sieben Monate nach der PNM-Implementation wurde MNC in 22-Items reduziert. Bei Item 1 „Mobilisation“ wurde MNC erhöht und bei Item 22 „Teilnahme an interdisziplinären Konferenzen“, trotz einer Reduktion blieb der Level an MNC hoch (über 40%). Bei der ersten Datenerhebung wiesen 6 der 28-Items ein hohes Level an MNC (über 40%) auf, nach der zweiten Datenerhebung wiesen 4 Items ein hohes Level an MNC auf.</p> <p><u>Gründe für MNC:</u> Vier Monate nach der PNM-Implementation war das Item „materielle Ressourcen“ der signifikanteste Grund für MNC, gefolgt von den Items „Arbeitskräfte Ressourcen“ und der „Kommunikation“. Der Datenvergleich von vier und sieben-Monate nach PNM-Implementation zeigen, einer Reduktion in folgenden Gründe für MNC: „Anzahl Pflegenden welche krank oder mit gesundheitlichen Problemen arbeiten“ (Item 27), 14 „Kommunikationsstörungen im medizinischen und pflegerischen Team“ (Items 14,13), „reduzierte Arbeitsmotivation auf Grund von niedrigem Gehalt und/oder fehlende professionelle Wertschätzung“ (Item 26), „fahrlässiges Handeln der Pflegekräfte“ (Item 25) und „unerwartete Zunahme an Patient:innen und/oder Zunahme der Akutheit auf der Station“ (item 3). Eine statistisch signifikante Korrelation zwischen MNC und signifikante Gründe für MNC in der zweiten Evaluation war jedoch nicht vorhanden. Im Vergleich zu den globalen Daten waren die Kategorien „Arbeitskräfte“ und „Ethik“ statistisch signifikant.</p> <p>Einen signifikanten Zusammenhang zwischen MNC und Berufsbezeichnung konnte in „Austrittsplanung“ und „Absaugen der Atemwege“ (Items 14, 25) gesehen werden. RNs zeigten mehr MNC in „2 stdl. Umlagerung der Patient“ (item 2) und „Evaluation der Wirksamkeit von Medikamenten“ (Item 21), und NTs in „fokussierte Folgeassessment“ (Items 17) und „Absaugen der Atemwege“ (Item 25).</p> <p>Ein signifikanter Zusammenhang konnte zwischen der Teamleistung und den Gründen für MNC gesehen werden – In der 1. Evaluation bei (Items 6, 7, 8, 11, 13 & 23) und in der 2. Evaluation bei (Items 2, 3, & 18).</p>
	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Diese Studie zeigte anhand des Care Flow, dass das PNM durch das Messen der Pflegequalität werden die Verantwortung, Rolle und Rechenschaftspflichten der PP klar aufzeigt. Die meisten Teilnehmenden dieser Studie verfügten über einen höheren Bildungsstand im Vergleich zu Stichproben in ähnlichen Studien. Andere MISSCARE-Studien zeigten ebenfalls, dass Alter, Geschlecht, Erfahrung, Arbeitsschicht und Bildungsniveau keinen signifikanten Zusammenhang mit MNC haben, was mit anderen MISSCARE- und internationalen Studien übereinstimmt.</p> <p>Die Items 1 (Mobilität), 22 (Teilnahme an interdisziplinären Pflegekonferenzen) und 4 (Vorbereitung der Mahlzeiten) zeigten in der ersten und zweiten Evaluation das höchste Level an MNC. Die Items 22 und 4 nahmen in der zweiten Auswertung ab, während Item 1 zunahm.</p> <p>Fünf der Items, welche in der ersten Datenerhebung einen hohen MNC-Wert aufwiesen, nahmen in der zweiten Datenerhebung ab, nachdem PNM organisierte Interventionen in Übereinstimmung mit dem Care-Flow umgesetzt worden waren. Zum Beispiel wurde die direkte zwischenmenschliche Kommunikation priorisiert. Frühere Studien haben gezeigt, dass die Gründe für MNC mit den Managementpraktiken der Pflege und der Qualität der Pflegeprozesse zusammenhängen, jedoch sind weitere Untersuchungen erforderlich.</p> <p>Diese Studie zeigt nach der PNM-Implementierung eine Verbesserung in der interdisziplinären Kommunikation und der Arbeitsmotivation sowie eine Verringerung der Pflegenachlässigkeit und eine Reduktion an Pflegenden im Krankenstand. Darüber hinaus gibt es einen Zusammenhang zwischen der Berufsbezeichnung und der Anzahl an MNC. So äusserten PFP und PP unterschiedliche MNC-Werte in unterschiedlichen Items. Diese Ergebnisse können genutzt werden, um die Interventionen und die entsprechenden Ausbildungen in der Pflege zu verbessern. Dieser Studie zufolge konnte nach der Einführung von PNM eine Reduktion in MNC gemessen werden. Um die Ursachen für MNC zu bekämpfen, sind weitere Strategien zur Verbesserung der Teamarbeit, der Kommunikation und des Patientenflusses erforderlich.</p> <p>Limitationen: In dieser Studie wurden keine Daten zur Ausgangslage oder zur Zeit vor der PNM-Implementation in Bezug auf nicht durchgeführte Interventionen erhoben.</p>
Diskussion	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>Diese Studie hat gezeigt, dass die Implementierung von PNM MNC verringert und dessen Gründe identifiziert. Zudem besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Wirksamkeit MNC zu reduzieren, dem Pflegemanagement und der Effizienz bei der Organisation und Koordination der Pflege.</p>

Systematische Würdigung Quantitatives Forschungsdesign: Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care (Carvalho Moura et al., 2020)

	Forschungsschritte	Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Die Studie leistete Pionierarbeit auf dem Gebiet des Pflegemanagements. Dabei wird untersucht, ob PNM einen Einfluss auf MNC in der Pflege hat und was die Gründe für MNC sind. Dies beantwortet teilweise unsere BA-Forschungsfrage. Häufige MNC heisst, dass das Pflegepersonal ihre Arbeit nicht korrekt machen können. Die Einflüsse von PNM auf MNC sind somit auch direkte Einflüsse auf das Pflegepersonal.</p> <p>Die Themenfelder, „Pflegeorganisationssystem“, „PNM“ und „Care Management“ werden logisch dargestellt und mit ausreichender Literatur, welche zwischen 2009-2017 publiziert wurde gestützt. Eine Studie stammt jedoch von 1999. Das Themenfeld, PNM wird mit Literatur von der Originalautorin Autorin, M. Manthey beschreiben.</p> <p>Der theoretischen Bezugsrahmen ist das PNM von Manthey welche angemessen ist, da die Studie sich mit Bezugspflege befasst. Zudem wird der Forschungsbedarf damit begründet, dass keine andere Studie gefunden wurde, welche dieses Thema beforscht hat. Belegt wurde diese Aussage mit 5 Studien.</p> <p>Das Ziel dieser Studie ist, die Beziehungen zwischen der Anwendung von PNM und MNC sowie die Gründe für MNC zu bewerten. Dieses Ziel ist präzise, jedoch ohne das Wort „Ziel“ oder „Fragestellung“ zu benutzen. Die Platzierung des Ziels unter dem Titel: „The Primary nursing model of care“ und vor dem Abschnitt „Care Management“ ist etwas unlogisch.</p> <p>Hypothesen sind keine erwähnt. Im Abstract wird beschrieben, dass ein Teil des Ziels sein soll, die Beziehung zwischen PNM und MNC vorherzusagen.</p>
	Ansatz / Design	<p>Das prädictive Korrelationsdesign ist für dieses Forschungsziel, welches im Abstract erwähnt ist, angemessen. Das gewählte Forschungsdesign wird jedoch nicht begründet.</p> <p>Die Intervention sowie deren Durchführung wurde nachvollziehbar beschrieben. Mögliche Verzerrungen der Intervention sowie Informationen bezüglich Durchführungskontrolle wurde nicht erwähnt.</p>
	Stichprobe	<p>Die Population passt zum Forschungsziel. Zudem ist die Art der Stichprobenziehung für das Forschungsdesign angebracht.</p> <p>In der Studie ist nirgends die Rede von Randomisierung. Die rekrutierte Stichprobe ist repräsentativ. Der Kolmogorov-Smirnov-Test (Test der Nullhypothese, für einen Datensatz, welcher einer Normalverteilung entspricht) wurde zur Überprüfung der Normalität der Daten verwendet.</p> <p>Die eingeschlossenen Teilnehmenden waren in beiden Evaluierungsphasen (4 und 7 Monate nach der PNM-Implementierung) dieselben und wurden aus der Liste der Pflegeabteilung rekrutiert. Somit waren sie gut vergleichbar. Die kalkulierte Stichprobengrösse betrug 96. Die finale Stichprobe lag bei 96 Probanden.</p> <p>Die demografischen Merkmale des Pflegepersonales waren in allen stationären Einrichtungen gleich und da in beiden Bewertungsphasen dieselben Teilnehmenden verwendet wurden, hatten ihre demografischen Daten keinen Einfluss auf die Ergebnisse.</p>
	Datenerhebung	<p>Die Art der Datenerhebung (Umfrage) passt zum beschriebenen Forschungsziel.</p> <p>Die abhängigen Variablen, des MISSCARE-Brazil Instrument: „labour resources, material resources, communication, ethical dimensions und management/leadership style“ sowie die Gründe für MNC wurden sinnvoll und umfassend gewählt und nachvollziehbar definiert. Die unabhängigen Variablen, demografische Daten des Pflegepersonales sowie „Nursing Care“ wurden ebenfalls sinnvoll gewählt aber weniger ausführlich definiert.</p> <p>Es kann abgeleitet werden, dass die Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich war, jedoch wird dies nicht explizit beschrieben. Das Follow-Up war nicht vollständig: In der ersten Phase schickten von den 168 Teilnehmenden 115 die Daten zurück (Rücklaufquote: 68,4 %). In der zweiten Phase erfüllten 10 der 115 Teilnehmenden die Einschlusskriterien nicht und 9 schickten den ausgefüllten Fragebogen nicht zurück. Endgültige Stichprobe 96 (Rücklaufquote 57,1 %) - 39 RNs und 57 NTs. Unter der statistischen Analyse wurde erwähnt, dass es keine fehlenden Daten gab.</p> <p>Es wird weder angegeben, warum die ausgewählten Abteilungen eingeschlossen, noch warum die beiden Evaluierungsphasen auf 4 und 7 Monate nach Implementierung des PNM festgelegt wurden. Die Wahl des MISSCARE-Brazil Instruments wird in der Einleitung begründet.</p> <p>Beim MISSCARE-Brazil Instrument wurde die Test-Retest-Zuverlässigkeit bei vier Faktoren mit Ausnahme des Management-/Führungsstils gemessen und ihre Reabilität wurde mit ($p < 0,001$) als signifikant bewertet. Die interne Konsistenz der beiden Teile weisen einen hohen Korrelationsfaktor auf (Cronbach's $\alpha \geq 70$).</p>
Methode	Datenanalyse	<p>Die statistischen Verfahren wurden sinnvoll ausgewählt und nachvollziehbar eingesetzt.</p> <p>Der dichotomisation Referenz von mehr oder weniger als 40% wurden beschrieben und begründet. (an item or score that initially had a set of continuous values (e.g., age) but was then separated into two possible values (e.g., younger and older)</p> <p>Der Fischer's exact test wurde verwendet, um die Korrelation zwischen den Charakteristiken der Teilnehmenden und Variablen des Instruments zu überprüfen. Es wurde jedoch kein Ergebnis Fisher's exact test angegeben.</p> <p>Der Kolmogorov-Smirnov-Test wurde zur Überprüfung der Normalität der Daten verwendet. Zudem wurde der abhängige t-test und Wilcoxon's test beschrieben. Das Signifikanzniveau wurde ohne Begründung auf 0.05 festgelegt. Dies entspricht dem Standard in der Pflegeforschung und ist somit nachvollziehbar.</p>
	Ethik	<p>Die Forschenden beschreiben in der Studie, dass die nationalen und internationalen ethischen Aspekte befolgt wurden. Ethische Fragen wurden nicht diskutiert, zudem ist nicht klar, ob eine Genehmigung der Ethikkommission eingeholt wurde oder nicht.</p> <p>Ob eine Einwilligung der Teilnehmenden eingefordert wurde, wird nicht beschreiben. Wieso diese nicht gemacht wurde, wird nicht begründet.</p>

Ergebnis	Ergebnisse	Die Ergebnisse wurden in Textform und Tabellen präsentiert. Durch die vielen Zahlen ist der Text nicht einfach lesbar. Durch die Tabellen wird der Text verständlicher und übersichtlicher. Sie sind dabei eine sinnvolle Ergänzung zum Text.
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Alle relevanten Ergebnisse, zur Beantwortung des Forschungsziels wurden diskutiert. Dabei sind die Interpretationen der Ergebnisse nachvollziehbar, praxisnahe.</p> <p>Die Ergebnisse wurden mit mehreren, zwischen 2006-2018 publizierten, Studien verglichen und ausführlich diskutiert. Die Ergebnisse des MISSCARE-Brazil wird auch mit Ergebnissen aus Studien unterschiedlicher Länder verglichen.</p> <p>Erwähnt wird, dass die Mehrheit der NT's eine Pflegeausbildung aufweisen, welche für den Titel NT grundsätzlich nicht benötigt wird.</p> <p>Die Diskussion bietet einen Mehrwert gegenüber den Ergebnissen, da die Ergebnisse praxisnahe und die Verwendung vieler Zahlen diskutiert wurden. Diese machte die Ergebnisse verständlicher und nachvollziehbarer. Zudem zeigte die Studie positive prädiktive Ergebnisse als Resultat der PNM-Implementierung. Zum Beispiel die Verbesserung der Kommunikation mit dem medizinischen und pflegerischen Team, die Verringerung der MNC, die Motivation für die Arbeit und die Verringerung der Zahl der krankheitsbedingten Ausfälle (dies sind alles direkte Vorteile für das Pflegepersonal).</p> <p>Die Studie war nur begrenzt aussagekräftig, da weder Ausgangsdaten noch eine Evaluation der MNC vor der PNM-Implementierung durchgeführt wurde. Um die Zahl der MNC zu verringern, wurden Fortbildungsseminare entsprechend den Gründen für die MNC eingerichtet. Es wird nicht erwähnt, ob diese während der Arbeitszeit stattfanden oder ob die PFP diese in ihrer Freizeit besuchten.</p>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>Die Implikationen sind sinnvoll und auf Pflegepersonen, Vorgesetzte und Mitarbeiter angepasst. Die Studie zeigt, dass die Umsetzung von PNM und die Kenntnis der Gründe für die MNC die Qualität der patientenorientierten Pflege verbessert. Es wurde zwar nicht untersucht wie Patient:innen PNM erleben, trotzdem haben die Ergebnisse dieser Studie einen direkten, positiven Einfluss auf die Patient:innen. Somit wird die Studie als sinnvoll erachtet.</p> <p>Zwar wurden NT's in die Stichprobe eingeschlossen, die Forschenden erwähnen jedoch auch, dass es Interventionen gibt, welche von einer PFP nicht an ein NT delegiert werden, kann.</p> <p>Diese Studie wurden in vier unterschiedlichen klinischen Settings durchgeführt, aus diesem Grund ist eine Wiederholung dieser Studie in einem anderen klinischen Setting möglich.</p> <p>Das Evidenz-Level dieser Studie liegt nach DiCenso et al. (2009) auf dem untersten Niveau der 6 S Pyramide.</p>
Güte/ Evidenzlage	Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	<p>Objektivität: Ob die unterschiedlichen Abteilungen das PNM gleichermassen umsetzten, konnten und die Implementierung überwacht oder kontrolliert wurde, wird von den Forschenden nicht beschrieben. Auf Grund des Care-Flow der Implementation von PNM (Abbildung 1) kann dabei ausgegangen werden, dass alle Abteilungen ein Einheitliches Verständnis für das PNM hatten und dies gleichermassen definierten. Dies weist auf einen hohen Standardisierungsgrad hin.</p> <p>Reliabilität: Die Forschenden beschreiben weder warum die ausgewählten Abteilungen eingeschlossen noch warum die beiden Evaluierungsphasen auf 4 und 7 Monate nach PNM-Implementierung festgelegt wurden. Ob diese zufällig oder bewusst so gewählt wurde, ist eine wichtige Information, um eine Wiederholung dieser Studie durchführen zu können.</p> <p>Bei dem MISSCARE-Brasil Instrument wurde die Test-Retest-Zuverlässigkeit von vier Faktoren mit Ausnahme des Management-/Führungsstils gemessen. Die Zuverlässigkeit wurde dabei mit ($p < 0,001$) als signifikant bewertet. Die interne Konsistenz der beiden Teile weisen zudem einen hohen Korrelationsfaktor auf (Cronbach's $\alpha \geq 70$).</p> <p>Validität: Es ist unklar, welche Ergebnisse aus welchen Abteilungen stammen. Daher ist es schwierig zu sagen, ob die Abteilung die Ergebnisse hätte beeinflussen können. Da die Anzahl an Teilnehmenden auf den Abteilungen unterschiedlich war (28,1% UI1, 25,0% UI2, 21,9% UI3, 25,0% UI4), stellt sich die Frage, ob dies einen Einfluss auf die Ergebnisse hat.</p> <p>Im Diskussionsteil wird erwähnt, dass die demografischen Daten, mit denen von anderen MISSCARE-Studien in Brasilien und Studien auf internationaler Ebene korrelieren. Zudem wird erwähnt, dass Alter, Geschlecht (weiblich), Erfahrung, Arbeitsschicht und Bildungsniveau nicht signifikant mit MNC verbunden waren. Keine eigene Analyse diesbezüglich ist in der Studie erwähnt.</p> <p>In der Studie wird erwähnt, dass die Ergebnisse nur eine begrenzte Aussagekraft aufweisen. Der Grund ist, dass weder Ausgangsdaten noch eine Evaluation der MNC vor der PNM-Implementierung durchgeführt wurde. Dieser Punkt wurde als einzige Limitation von den Forschenden genannt.</p>

Zusammenfassung Quantitatives Forschungsdesign: The nurse outcomes and patient outcomes following the High-Quality Care Project (Chen et al., 2020)

	Forschungsschritte	Zusammenfassung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Die weltweiten Herausforderungen im Gesundheitswesen sind die globale Überalterung und der Mangel an Pflegekräften. Dabei ist die Verbesserung des Arbeitsumfeldes für Pflegepersonen (PP) wichtig, um sie an das Unternehmen zu binden.</p> <p>Um auf die Unzufriedenheit von PP und Patienten:innen zu reagieren, startete das chinesische Gesundheitsministerium, 2010, das High-Quality Care Project (HQCP). Um das Outcome von Patienten: innen und PP zu verbessern, wurde das Pflegeorganisationsystem, zuerst in allen tertiären und danach in den sekundären Krankenhäusern von funktionaler Pflege (FN) zu PN umgestellt.</p> <p>In den letzten 20 Jahren haben das PP- und Patienten:innenoutcomes in Krankenhäusern weltweit Aufmerksamkeit erregt. Internationale Erhebungen ergaben, dass die PP- und Patient:innenoutcomes grösstenteils nicht zufriedenstellend waren und dass sie direkt und/oder indirekt miteinander zusammenhängen.</p> <p>Die langfristigen Auswirkungen von PN auf das PP- und Patient:innenoutcomes sowie die entsprechenden Interventionen dies zu verbessern sind noch nicht erforscht. Die bisherigen Erkenntnisse und Langzeitauswirkungen über PN sind begrenzt, insbesondere ausserhalb der westlichen Länder.</p> <p>Ziel: Veränderungen im Zusammenhang mit dem HQCP und den Auswirkungen von PNM auf das PFP- und Patienten:innen Outcome zwischen 2009 – 2016.</p>
	Ansatz / Design	Daten von zwei Querschnittsstudien wurden einbezogen: 2009 (1. Januar - 30. März) vor der Einführung des HQCP und 2016 (1. Juli - 30. August) nach der Einführung des HQCP.
	Stichprobe	<p>Eine mehrstufige Stichprobe von 2009 wurde verwendet. 10 Tertiär- und 20 Sekundärkrankenhäuser in der Provinz Hunan wurden mittels gezielter Stichproben ausgewählt. Eine systematische Auswahl erfolgte: vier Abteilungen, davon mindestens eine medizinische Abteilung, eine chirurgische Abteilung und eine Intensivstation wurden einbezogen.</p> <p><u>Einschlusskriterien für PP:</u> direkte Patientenbetreuung; arbeitet auf den ausgewählten Abteilungen; nicht in den Ferien, kein krankheits- oder mutterschaftsbedingtes Ausfallen. <u>Einschlusskriterien für Patienten: innen:</u> ≥ 18 Jahre, ≥ 3 Tage stationärer Aufenthalt, verfügbar während des Erhebungszeitraums und in der Lage, Fragen zu verstehen und zu beantworten. Alle PFP und Patienten: innen die diese Kriterien erfüllten wurden befragt.</p>
	Datenerhebung	<p>Im Jahr 2010 wurde das HQCP bisher nur in Tertiärkliniken eingeführt. Um die Vergleichbarkeit der Einrichtungen zu gewährleisten, wurden in dieser Studie nur Daten aus Tertiärkliniken berücksichtigt. Das Pflegeorganisationssystem vor der Einführung des HQCP war das FN und nachher wurde PNM schrittweise umgesetzt. Das chinesische Gesundheitsministerium hat Massnahmen für die Einführung und Umsetzung von PN empfohlen.</p> <p>Die Daten zu den allgemeinen Informationen sowie zu den PP- und Patientenoutcomes, wurden 2009 und 2016 mit übersetzten Fragebögen, die ursprünglich in RN4CAST (Aiken et al. 2012) verwendet wurden, erhoben. Demografische Daten des PP: Geschlecht, Alter, Art des Vertrags, höchster Bildungsabschluss in der Pflege, Berufserfahrung als PP.</p> <p>Demografische Daten der Patienten:in: Geschlecht, Alter, höchstes Bildungsniveau, Dauer des Krankenhausaufenthalts, selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand.</p> <p>PP-Outcomes: Das Arbeitsumfeld der PP wurde anhand der Nurse Work Index-Practice Environment Scale bewertet. Burnout wurde mit dem Maslach Burnout Inventory gemessen. Die Arbeitszufriedenheit wurde auf einer Skala von 0 "sehr unzufrieden" bis 3 "sehr zufrieden" bewertet. Eine Gesamtzufriedenheit und 8 Items zu verschiedenen Aspekten der Arbeitszufriedenheit wurden unterteilt. Die Absicht, den Arbeitsplatz im nächsten Jahr zu verlassen, wurde mit "ja" oder "nein" gemessen.</p> <p>Patientenoutcomes: Die Qualität der Patientenversorgung wurde durch die PP in eine Gesamtnote von 0 "schlecht" bis 3 "ausgezeichnet" bewertet. Die Patientensicherheit wurde gemessen, indem die PP die Häufigkeit von 5 pflegerischen Fehler, die ihre Patienten betrafen, von 0 "nie" bis 6 "jeden Tag" einschätzten. Die Patientenzufriedenheit wurde anhand einer Bewertungsskala (eine angepasste Version des Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) von 0 bis 10 gemessen. Die Erfahrungen der Patienten mit der Gesundheitsversorgung und die Kommunikation mit den PP wurde hier bewertet.</p>
Methode	Datenanalyse	Die Daten wurden mit IBM SPSS 22.0 analysiert. Die statistische Signifikanz beträgt $P < 0,05$ und es wurde eine deskriptive Statistik zur Beschreibung der Daten aller Variablen verwendet. Die Studie verwendete ein mehrstufiges Modell (Ebene 1: PP/ Patient:innen und Ebene 2: Abteilungen) um die Daten zu analysieren: Die Ergebnisvariablen als abhängige Variablen und der Gruppe (2009/2016) als unabhängige Variable, die die entsprechenden Kovariablen kontrolliert. Die Stichprobengrösse von 40 Abteilungen auf Ebene 2 fiel in der empfohlenen Mindeststichprobe von 30 Abteilungen. Der Grenzwert für die intra-class correlation cut-off point wurde auf 5% festgelegt, und in dem Fall, dass keine oder nur geringen Abweichungen festgestellt werden, soll eine ordinary least squares regression analysis verwendet werden.
	Ethik	Die ethische Genehmigung erteilte das Institutional Review Board of Behavioural and Nursing Research an der School of Nursing of Central South University. Alle Teilnehmenden gaben ihre schriftliche Einwilligung.

Ergebnis	Ergebnisse	<p>Im Jahr 2009 füllten 540 PP (Rücklaufquote: 84 %) und 354 Patienten:innen (Rücklaufquote: 85 %) den Fragebogen aus und im Jahr 2016, 796 PP (Rücklaufquote: 83 %) und 550 Patienten:innen (Rücklaufquote: 89 %). Merkmale der Abteilung im Jahr 2016: Die bed-to-nurse-ratio nahm ab, die Arbeitszeiten nahmen zu. Die Demografische Daten der PP zeigten statistisch signifikante Unterschiede bei allen Variablen. Im Jahr 2016 war die Aufenthaltsdauer der Patienten kürzer als im Jahr 2009.</p> <p>Nach der Kontrolle von Kovariablen auf der Ebene der PP deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass die PP im Jahr 2016 eine statistisch signifikant bessere Grundlage der Pflegequalität ($p < 0.001$), Managementfähigkeiten von PP, im Führen und Unterstützen ($p < 0.007$) sowie in der kollegialen Beziehung zwischen PP und dem ärztlichen Dienst wahrnahmen.</p> <p>Die Zufriedenheit der PP mit Aufstiegsmöglichkeiten, Unabhängigkeit bei der Arbeit, beruflichem Status, Gehalt, Gesundheitsleistungen, Altersversorgung und Studiengebühren stieg von 2009 bis 2016 an. Kein Unterschied wurde bei der Beteiligung der PP an Krankenhausangelegenheiten, Angemessenheit von Personal und Ressourcen, Burnout, die Zufriedenheit mit der Flexibilität des Arbeitsplans, der allgemeinen Arbeitszufriedenheit und der Absicht, den Arbeitsplatz zu verlassen, festgestellt.</p> <p>Im Jahr 2016 stieg die Wahrscheinlichkeit, dass PP die Qualität der Patientenversorgung mit "ausgezeichnet" bewertete, im Vergleich zu 2009 ($P = 0,005$). Im Jahr 2016 meldeten PP weniger unerwünschte Ereignisse bei den Patienten:innen als im Jahr 2009 ($P < 0,001$).</p> <p>Für Patienten stieg 2016 die Wahrscheinlichkeit, ein Krankenhaus mit der Note "9" oder "10" zu bewerten um $P = 0,01$. Die Odds Ratio ($P < 0,001$) ergab, dass die Wahrscheinlichkeit, die Kommunikation mit dem PP als "immer (gut)" zu bewerten, für Patienten im Jahr 2016, 4,718-mal höher war als für Patienten im Jahr 2009, wobei der Effekt der Dauer des Krankenhausaufenthalts konstant blieb.</p>
	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>In dieser Studie waren die PP in 2016 mit den meisten Aspekten des Arbeitsumfelds und der Arbeitszufriedenheit zufriedener als die in 2009. In 2016 berichteten PP eine bessere Qualität der Patientenversorgung und Sicherheit, während die Patient:innen eine höhere Patientenzufriedenheit berichteten. PN hat also das Potenzial, das Arbeitsumfeld der PP, Aspekte der Arbeitszufriedenheit und die Patientenoutcomes zu verbessern.</p> <p>PN ist beziehungs-basiert und patientenzentriert, was die möglichen Auswirkungen von PN auf die Patientenoutcomes erklärt. PP - Outcomes: PN könnte ein pflegerisches Umfeld für eine patientenorientierte Pflege schaffen, in dem die PP ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und Kompetenzen erweitern und ihre Ausbildung voll ausschöpfen können. PN hat eine positive Wirkung auf die Pflegeführung und das Teamklima gezeigt und könnte sogar das Gefühl der beruflichen Autonomie der PP erhöhen.</p> <p>Die Tatsache, dass keine Veränderungen bei Burnout, globaler Arbeitszufriedenheit und der Absicht, den Arbeitsplatz zu verlassen, festgestellt wurden, könnte damit zusammenhängen, dass PP eine mangelnde Verbesserung bei der Angemessenheit des Personals und der Ressourcen, Beteiligung von PP an organisatorischen Angelegenheiten und Zufriedenheit mit der Flexibilität des Arbeitsplans wahrgenommen haben. Dass die PP in 2016 nicht von einer besseren Personal- und Ressourcenausstattung berichteten, obwohl das Verhältnis zwischen nurse-to-bed-ratio gesunken ist, könnte mit der veränderten Rolle der PP als Primary Nurse zusammenhängen. Welche neben den körperlichen auch die psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten erfüllen müssen. Dies könnte auch den Anstieg der Arbeitsstunden erklären.</p> <p>Die Zufriedenheit des PP mit der Flexibilität der Arbeitszeiten änderte sich in dieser Studie nicht und könnte auf unzureichende Personal- und Ressourcenausstattung sowie auf eine starre Zeitplanung aufgrund der von einem PN geforderten Kontinuität der Pflege zurückzuführen sein.</p> <p>Eine angemessene Ausstattung mit PP und ein höheres Ausbildungsniveau sind entscheidend für die Verbesserung der Pflegequalität, Arbeitsunzufriedenheit, Mitarbeiterbindung und verhindern das Burnout. Die Beteiligung an organisatorischen Angelegenheiten hat einen positiven Einfluss auf die Mitarbeiter, ihr Engagement für die Einrichtung und den Beruf und sollte ebenfalls berücksichtigt werden, um die Ergebnisse in der Pflege zu verbessern.</p> <p>Limitationen: Bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse dieser Studie ist Vorsicht geboten, da die Untersuchung nur in Tertiärkrankenhäusern durchgeführt wurde. Der Vergleich zweier Querschnittsstudien liefert zwar einige Hinweise auf die Kausalität, kann aber nicht zu Schlussfolgerungen über kausale Zusammenhänge führen. Dadurch, dass in der Studie das gleiche Forschungsteam, die gleichen Instrumente und Krankenhäuser verwendet wurden, kann eine mögliche Verzerrung verringert werden. Es sind weitere Studien in anderen Umfeldern erforderlich. Die Kosten-Nutzen-Analyse sollte in künftige Forschungsarbeiten zur Einführung eines neuen Pflegemodells einbezogen werden.</p>
Diskussion	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>PN könnte als ein potenziell wirksamer Weg zur Verbesserung der Patientenoutcomes und des Arbeitsumfelds von PP angesehen werden. Für eine erfolgreiche Umsetzung in Krankenhäusern sind angemessenes Personal-Ressourcen Verhältnisse erforderlich. Vor der Einführung sollte ein praktischer Plan mit mehrstufiger Unterstützung vorhanden sein, um die PP in ihrem Arbeitsumfeld zu unterstützen. Darüber hinaus sollte die Beteiligung der PP an Krankenhausangelegenheiten, ihr Fokus auf die Entwicklung der Pflege und ihre Ausbildung in der Organisationskultur des Krankenhauses mehr Beachtung finden. Dies ist von entscheidender Bedeutung für die Umsetzung von PN sowie für die Verbesserung der PP- und Patientenoutcomes.</p>

Systematische Würdigung Quantitatives Forschungsdesign: The nurse outcomes and patient outcomes following the High-Quality Care Project (Chen et al., 2020)

	Forschungsschritte	Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Die Studie beantwortet nicht nur eine wichtige Frage für die Berufspraxis, sondern beschäftigt sich mit den Langzeitfolgen von PN auf Patient:innen und PP. Dadurch beantwortet sie einen Teil der Forschungsfrage der Bachelorarbeit.</p> <p>Das Themenfeld wird mit aktueller und passend gewählter Literatur begründet. Die Forschungslücke dieses Themas wird nachvollziehbar aufgezeigt und mit vorhandenen Studien untermauert. Weiter sind die Argumente zum Forschungsbedarf schlüssig und nachvollziehbar. Es wird beschrieben, dass dieses Thema fast ausschliesslich mittels Querschnittsstudien beforscht und somit kaum andere Forschungsdesigns verwendet wurden. Zudem wurden keine Studien gefunden, welche die Veränderungen von PP und Patient:innen nach der Implementierung von PN über eine längere Zeit beforschten. Das Forschungsziel wurde in der Einleitung klar definiert, eine Forschungsfrage oder Hypothese wurde nicht gestellt.</p> <p>Ein theoretischer Bezugsrahmen oder Konzepte werden in der Studie nicht beschrieben. PN und FN wurden als Pflegeorganisationsmodelle in der Einleitung nachvollziehbar und klar beschrieben.</p>
	Ansatz / Design	<p>Es wurden die Daten von zwei Querschnittsstudien, in einem Abstand von sieben Jahren verwendet. Die Wahl des Studiendesigns wird aus diesem Grund als angemessen und logisch betrachtet, um das Forschungsziel zu erreichen. Wie aussagekräftig die Daten von lediglich zwei Querschnittsstudien sind, ist fraglich.</p> <p>Die Intervention wird nicht beschrieben. Aus der Einleitung kann diese jedoch abgeleitet werden. Zudem wird das Ziel der HQCP-Intervention erwähnt. Mögliche Einflussfaktoren der Intervention werden nicht aufgeführt. Eine Pilotstudie wurde nicht durchgeführt.</p>
Methode	Stichprobe	<p>Es wurde eine mehrstufige, systematische Stichprobenerhebung gewählt. In der zweiten Querschnittsstudie wurden die gleichen Spitäler verwendet, um so einen Vergleich ziehen zu können. Somit ist die gewählte Art der Stichprobenerhebung als passend zum Forschungsdesign und -ziel. Durch die willkürliche Stichprobenerhebung der Spitäler konnten die Charakteristiken homogen verteilt werden. Zudem ist so die Stichprobe repräsentative für die Zielgruppe. Mögliche Verzerrungen wurden nicht angesprochen. Es wurden jedoch lediglich Tertiärspitäler eingeschlossen, was die Adaption der Ergebnisse auf andere Spitäler verzerren könnte. Die Stichprobengrösse wird als angemessen und repräsentative erachtet, die angestrebte Power wurde in der Studie beschrieben.</p> <p>Die beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien der PP und Patient:innen ist begründet und nachvollziehbar. Zudem wurde das mehrstufige Auswahlverfahren der Spitäler nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Die Drop-Out und Non-Responders Rate wurde in der Studie lediglich im Ergebnisteil beschrieben.</p>
	Datenerhebung	<p>Die Daten wurden mittels unterschiedlicher Messinstrumente für generelle Informationen, PP- und Patientenoutcomes erhoben. Die Messinstrumente wurden passend zur Beantwortung des Forschungsziels gewählt.</p> <p>Die Variablen zum Spital, Pflegepersonal und Patient:innen sind vollständig und nachvollziehbar. Zudem wurde die Wahl der Messinstrumente nachvollziehbar beschrieben und die Validität und Reliabilität ist angemessen mit wenigen Ausnahmen ist der Cronbach's α akzeptabel bis exzellent. Ob die Methode der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich war, wird nicht explizit beschrieben. Anhand des Textes kann jedoch davon ausgegangen werden. Zudem wird nicht beschrieben, ob die Daten von allen Teilnehmenden erhoben wurden.</p>
	Datenanalyse	<p>Die Datenanalyse wurde beschrieben, jedoch ist nicht ganz nachvollziehbar welche Tests wann eingesetzt wurden. Das P wurde auf < 0.05 festgelegt und ist nachvollziehbar, da es dem Standard-Signifikanzniveau im Gesundheitswesen entspricht. Die statistischen Verfahren werden in der Studie kaum beschrieben. Aus diesem Grund ist nicht nachvollziehbar, welche statistischen Verfahren eingesetzt wurden und ob diese die Voraussetzung zur Verwendung erfüllten. Sie wurden lediglich in der Tabelle als Anmerkung erwähnt. Die Effektstärke der einzelnen Messinstrumente wurde beschrieben.</p>
	Ethik	<p>Der ethische Aspekt wird als erfüllt erachtet. Die Studie wurde durch eine Ethikkommission genehmigt. Zudem willigten alle Settings in die Durchführung ein und alle Teilnehmenden wurden auf der ersten Seite des Fragebogens über die Studie informiert.</p> <p>Die Selbstbestimmung und der Datenschutz wurden in der Studie nicht explizit beschrieben, es kann jedoch davon ausgegangen werden, da dies auf der ersten Seite des Fragebogens erwähnt wurde.</p>
	Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse wurden im Text verständlich und präzise formuliert und wurden mittels Tabellen ergänzt. Auf alle dargestellten Tabellen wurde im Text Bezug genommen. Die Tabellen sind dabei übersichtlich gestaltet. Die Interpretation ist jedoch anspruchsvoll.</p>
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>In der Diskussion wurde alle für das Forschungsziel relevanten Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar diskutiert. Dabei wurden angestellte Interpretationen mit weiteren Studien untermauert und stimmen mit den erlangten Ergebnissen dieser Studie überein.</p> <p>Die Diskussion fasst die essenziellen Ergebnisse zusammen und bietet einen grossen Mehrwert zu den Ergebnissen. Weiter werden die Ergebnisse spezifisch auf das gestellte Forschungsziel nochmals ausführlich diskutiert. Zusätzlich wurden mögliche alternative Erklärungen für einige der Ergebnisse gesucht.</p> <p>In der Studie wurde ein indirekter Praxisbezug gemacht, indem beschrieben wird, welche Faktoren wichtig sind um PN in der Praxis umzusetzen zu können. Wie genau die Ergebnisse in der Praxis umgesetzt werden, wird jedoch nicht beschrieben.</p> <p>Die Limitationen und Stärken wurden in der Studie ausführlich und nachvollziehbar diskutiert.</p>

	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>Die Studie wird als sehr sinnvoll erachtet, die Implikationen sind passend zu den erlangten Ergebnissen und der Diskussion. Die Ergebnisse geben einen Denkanstoss, um grundlegende organisatorische Handlungen in der Praxis zu überdenken. Ob diese auch umgesetzt werde, ist fraglich.</p> <p>Die Studie kann nur mit grosser Vorsicht auf anderes Setting übertragen werden, könnte jedoch gut auch in anderen Settings in diesem Rahmen durchgeführt werden. Zwar zeigt die Studie einige Limitationen, welche im Diskussionsteil erläutert wurden. Die vielen Stärken der Studie überwiegen aber klar. Zudem muss bedacht werden, dass es sich dabei um die erste Studie handelt, welche die Langzeitauswirkungen von PN erforscht. Diese Studie befindet sich auf der 6-S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) auf dem untersten Evidenzlevel.</p>
Güte/ Evidenzlage	Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	<p>Objektivität: Die Wahl des verwendeten Studiendesigns und der Messinstrumente wurden nachvollziehbar beschrieben. Zudem sind die Gütekriterien der einzelnen Instrumente ausführlich aufgeführt. Zu bemängeln ist die Datenanalyse, bei welcher die verwendeten Testverfahren nicht eindeutig beschrieben werden und dadurch schwer nachzuvollziehen sind.</p> <p>Für beide Querschnittsstudien wurde das gleiche Forschungsteam, die gleichen Messinstrumente und Stichproben (Spitäler und Aburteilungen) verwendet. Dies soll einer Verzerrung entgegenwirken.</p> <p>Reliabilität: Die Messinstrumente weisen eine hohe Reliabilität auf. Zudem ist die Studie durch andere Forschende unter den gleichen Bedingungen reproduzierbar.</p> <p>Zudem wurde die Wahl der Messinstrumente nachvollziehbar beschrieben und die Reliabilität ist angemessen. Mit wenigen Ausnahmen ist der Cronbach's α akzeptabel bis exzellent.</p> <p>Validität: Es wurden zwei Querschnittsstudien durchgeführt, um das Forschungsziel zu erreichen. Dieses Design zählt zu den quantitativen Forschungsdesigns und ist somit angemessen gewählt. Zudem ist die verwendete Stichprobe repräsentative und homogen.</p> <p>Es ist jedoch fraglich ob lediglich zwei Querschnittsstudien im Abstand von sieben Jahren einen Rückschluss auf die Langzeitauswirkung von PN zulassen.</p>

Zusammenfassung Quantitatives Forschungsdesign: Effectiveness of the Primary Nursing Model on nursing documentation accuracy – A quasi-experimental study (Cocchieri et al., 2022)

	Forschungsschritte	Zusammenfassung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Pflegemodelle haben einen erheblichen Einfluss auf die Pflege in Krankenhäusern. Bisher wurde jedoch kaum untersucht wie diese sich auf die Patient:innen oder auf den Prozess auswirken. Die Pflegedokumentation (in Papierform oder elektronisch) zeichnet die geplante und durchgeführte Pflege für die Patient:innen auf. Sie ist für eine wirksame klinische Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen (PFP) und anderen Berufsgruppen von entscheidender Bedeutung, da sie die Beurteilung der Pflege und die Veränderungen des klinischen Zustands widerspiegelt. Eine genaue Pflegedokumentation kann die Qualität der Pflege verbessern und die Patientensicherheit gewährleisten, erfordert jedoch auch ausreichend Zeit, angemessene Ressourcen, Arbeitsabläufe und Arbeitsteilung.</p> <p>Trotz sich entwickelnder Patientenbedürfnisse, dem Skills-Grade-Mix und steigenden Kosten wurden verschiedenen Modelle für eine angemessene Pflege eingeführt.</p> <p>Primary Nursing (PNM) ist ein Pflegeorganisationssystem, bei dem die umfassende, individuelle und kontinuierliche Pflege durch die PN im Vordergrund steht. Sie verfügt über die Autorität und Autonomie, die Pflege zu planen und umzusetzen. Die Wirkung des PNM hat sich als positiv erwiesen, was die Pflegequalität, die Bindung der Pflegepersonen und die Kosten betrifft. Die Ergebnisse von Studien, welche PNM mit anderen NCDMs verglichen, waren aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Umsetzungsstrategien oft nicht vergleichbar. Einige betrachten PNM als ein Erbringungsmodell und andere als eine Philosophie.</p> <p>Auch die Pflegedokumentation wird unterschiedlich interpretiert. In dieser Studie wird sie als die Vollständigkeit des Pflegeprozesses definiert, der vollständige, klare und relevante Daten über die Aufnahme eines Patienten, Pflegediagnosen, Interventionen, Fortschritte und Ergebnisbewertungen enthält.</p> <p>Ziel: In der bisherigen Forschung wurde der Zusammenhang zwischen PNM und Pflegedokumentation nicht untersucht, und daher soll in dieser Studie die Auswirkung von PNM auf die Genauigkeit der Pflegedokumentation im Vergleich zu traditionellen Pflegemodellen analysiert werden.</p>
	Ansatz / Design	Bei dieser Studie wurde ein quasi-experimentelles, exploratives und deskriptives Design verwendet und das TREND-Verfahren (Transparent Reporting of Evaluation with Nonrandomised Designs) angewandt.
	Stichprobe	<p>Vier medizinische und vier chirurgische Abteilungen eines Universitätskrankenhauses in Rom (1500 Betten), wurden aufgrund ihrer Ähnlichkeit in Bezug auf Arbeitsbelastung, Personalausstattung und Erfahrung des Pflegepersonals ausgewählt. PNM wurde auf zwei medizinischen und zwei chirurgischen Stationen eingeführt. Auf den anderen vier Stationen wurde die traditionelle Pflege praktiziert. Die Pflegedokumentation (elektronische Krankenakte) wurde auf jeder Station erfasst.</p> <p>Das G*Power-System zeigte eine Mindeststichprobengröße von 238 an. 120 Pflegedokumente wurden nach dem Zufallsprinzip aus beiden Gruppen anhand von zwei Kriterien ausgewählt: 1) Krankenhausaufenthalt \geq 3 Tage und 2) Pflegedokumentation von PFP, die seit \geq 1 Jahr als PFP arbeiten.</p> <p>Ausschlusskriterien: Patienten, die verlegt wurden, Pflegeassessments, welche aufgrund technischer Probleme nicht ausgefüllt wurden. Total wurden 720 Pflegedokumentationen ausgewertet.</p>
Methode	Datenerhebung	<p>Bei PNM übernimmt die PN die Verantwortung für die pflegerische Versorgung einer Patientengruppe 24h/Tag, 7 Tage/Woche und delegiert die Patientenversorgung bei Abwesenheit an assoziierte Pflegekräfte. PNM wurde im November 2018 eingeführt. Die Umsetzung erfolgte in 3 Stufen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strategien des organisatorischen Wandels wurden untersucht. • Das Pflegepersonal wurde in insgesamt drei Sitzungen in PNM geschult. • Ein Support-Team aus PNM-Experten unterstützte die PNM-Implementierung <p>Das traditionelle Pflegemodell, das in der Kontrollgruppe verwendet wurde, war das Team Nursing (TN) Modell. Alle teilnehmenden PFPs verwendeten die gleiche elektronische Dokumentation.</p> <p>Datenerhebung: Die Daten wurden von August 2018 bis Februar 2020 in 3 Phasen erhoben - August bis Oktober 2018, Mai bis August 2019, November 2019 bis Februar 2020. Es wurden Baseline-Daten vor der Implementierung und zur Bewertung der langfristigen Auswirkungen Post-Test-Daten (nach 6 und 12 Monaten) erhoben.</p> <p>Folgenden Kontrollvariablen wurden erhoben, um Patienten- und Stationscharakteristiken zu kontrollieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhältnis zwischen PFP und Patienten • Index der Bettenrotation • Barthel-Index (funktioneller Status der Patienten) • Modifizierter Frühwarnscore (MEWS) - potenzielle Entwicklung von unerwünschten Ereignissen bei den Patienten • Dauer des Aufenthalts • Berufserfahrung des PFP • D-Catch Instrument – Bewertungsmassstab für die Genauigkeit der Dokumentation - Fragen zu quantitativen oder qualitativen Kriterien und Qualitätskriterien, die auf einer vierstufigen Likert-Skala bewertet werden. <p>D-Catch: Cronbachs Alpha wurde auf 0,722-0,770 und die Inter-Rater-Reliabilität auf 0,849 – 0,995 geschätzt.</p>

	Datenanalyse	Zur Beurteilung der Verteilung der Aufenthaltsdauer und des D-Catch-Items wurden Normalitätstests durchgeführt. Quantitative Variablen wurden als Mittelwerte, SDs, Median und Interquartilsbereich angegeben. Qualitative Variablen wurden nummeriert und als Prozentsätze angegeben. Student's t-Test und ANOVA wurden verwendet, um den Zusammenhang zwischen den D-Catch-Items und den Pflegemodellen zu ermitteln. Multiple Vergleichstests wurden nach der Bonferroni-Methode durchgeführt. Die Datenanalyse erfolgt mittels SPSS.
	Ethik	Die Einwilligung zur Durchführung wurde vom Ethikkomitee des Universitätsspitals eingeholt, in welchem die Studie durchgeführt wurde. Zudem wurden alle Daten anonymisiert und kodiert. Somit konnten aus den Daten keine Rückschlüsse mehr auf Patient:innen oder PFP mehr gezogen werden.
Ergebnis	Ergebnisse	<p>Zu Beginn der Studie und während der gesamten Studie waren die Charakteristiken der Patient:innen und Abteilungen ähnlich und wiesen keine signifikanten Unterschiede auf. Für keines der D-Catch-Items wurden signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt, ausser für das Interventions-Item.</p> <p>Nach der PNM-Implementierung verbesserte sich die Genauigkeit der Pflegedokumentation bei der Aufnahmedokumentation, der Diagnosedokumentation, der Interventionsdokumentation und der Bewertung der Patientenoutcomes. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Struktur und Lesbarkeit. Es wurde ein signifikanter Anstieg der Genauigkeit der Pflegedokumentation zwischen Pretest und Posttest sowie zwischen Pretest und Follow-up festgestellt. Zwischen Posttest und Follow-up wurden keine signifikanten Veränderungen festgestellt.</p> <p>In beiden Gruppen konnten signifikante Unterschiede in den Mittelwerten der Eintritts- und Interventionsdokumentation, Bewertung der Patient:innenoutcome und den Diagnosen beobachtet werden. Kein Unterschied wurde bei der Struktur und der Lesbarkeit der Dokumentation festgestellt. Die Aufnahmedokumentation, die Diagnosedokumentation und die Dokumentation der Pflegeinterventionen waren in der PNM-Gruppe genauer. Die Mittelwerte und die SD bei den Items zum Patient:innenoutcome stiegen in der PNM-Gruppe im Laufe der Studie an.</p>
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Folgende Ergebnisse unterstützen die Genauigkeit der Pflegedokumentation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede zwischen Pretest und Posttest • Unterschiede zwischen Posttest und Follow-up • Keine Unterschiede in der Genauigkeit der Struktur und der Lesbarkeit • Keine Unterschiede in der Genauigkeit und Lesbarkeit zwischen PNM und TN <p>Hohe Werte bei Eintrittsassessments deuten darauf hin, dass PNM eine individuelle Pflege anbietet, für die Integration von Informationen verantwortlich ist und dadurch die Pflege auch koordiniert. Der PN sieht, trotz Zeitdruck, die Dokumentation und ausführliche Assessment als "Zeit der Pflege". Die individuellen Assessments von den Bedürfnissen der Patienten erhöht die Quantität und Qualität der persönlichen Informationen, die für eine massgeschneiderte Pflege benötigt werden.</p> <p>Nach der Einführung von PNM stieg die durchschnittliche Anzahl der Pflegediagnosen pro Patient:innen, welche auf der Grundlage von Signs und Symptoms aus den Assessments liegen. Die Arbeitsbelastung des PFP und die Zeit, die sie für diagnostische Aufgaben aufwendet, sowie ihre Argumentationsfähigkeit, Erfahrung und Expertise können die Genauigkeit der Pflegediagnosen beeinflussen. PNM kann die Pflegekompetenzen verbessern, insbesondere die Denkflexibilität.</p> <p>Überraschend war, dass sich die Genauigkeit der Dokumentation von Pflegeinterventionen und Patienten:innen outcomes verbesserte, da diese oft nicht mit Pflegediagnosen oder -dokumentationen verbunden sind. Dieses Ergebnis könnte zu genaueren Patientenassessments und Pflegediagnosen führen. Ein problemorientierter Ansatz könnte die Lösung sein, um kritisches Denken und klinische Argumentation zu verbessern. Ähnliche Studien deuten darauf hin, dass PNM in Bezug auf Pflegekompetenz, Pflegequalität und Kosten besser als TN ist. Andere Studien zeigen keine Unterschiede in Bezug auf die Pflegezufriedenheit. PNM soll sich auf die Pflege auswirken, was diese Ergebnisse auch unterstützt.</p> <p>Die empfohlene Follow-up-Analyse hat gezeigt, dass die positive Wirkung der PNM-Implementierung im Laufe der Zeit anhält. Die Tatsache, dass sich die Genauigkeit und die Lesbarkeit nicht verbessert haben, könnte durch die Verwendung der elektronischen Dokumentation erklärt werden.</p> <p>Im Laufe der Jahre wurden verschiedene Methoden und Herausforderungen in Bezug auf die Qualität der Pflegedokumentation untersucht. In Übereinstimmung mit anderen Studien führte diese Studie zu einem stärker problemlösungsorientierten und individualisierten Ansatz durch die Integration von PNM in den Pflegeprozess.</p> <p>Limitationen: Unterschiede in den Stationen oder Patientencharakteristiken könnten die Vergleiche beeinträchtigt haben. Bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse ist Vorsicht geboten, da die Studie in einem einzigen italienischen Krankenhaus und nur auf chirurgischen und medizinischen Stationen durchgeführt wurden.</p>
Diskussion	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>Es ist ein positiver Effekt hinsichtlich der Genauigkeit der Pflegedokumentation nach der Implementierung von PNM festzustellen. Durch die Verwendung einer strukturierten Pflegedokumentation wurde die individuelle Probleme von Patient:innen besser erfasst und die Outcomes evaluiert.</p> <p>Um die Pflegequalität zu verbessern, sollten Pflegedienstleiter angemessene NCDMs einsetzen. Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass die PFP hierfür spezifische Fähigkeiten entwickeln müssen. Die Pflegedokumentation ist ebenso wichtig wie die direkte Patientenversorgung. Weitere Untersuchungen in anderen Settings des Gesundheitswesens sind erforderlich, um diese Ergebnisse zu bestätigen.</p>

Systematische Würdigung Quantitatives Forschungsdesign: Effectiveness of the Primary Nursing Model on nursing documentation accuracy – A quasi-experimental study (Cocchieri et al., 2022)

	Forschungsschritte	Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Die Studie erforscht den Effekt des PNM auf die Pflegedokumentation, welche ein essenzieller Teil der pflegerischen Tätigkeit im Alltag darstellt. Zudem zeigten vorherige Studien, dass eine gute Dokumentation einen positiven Effekt auf die Arbeitszufriedenheit von PFP hat. Somit trägt diese Studie nicht nur zur Beantwortung der Fragestellung in der Bachelorarbeit bei, sondern sie hat auch eine hohe Praxisrelevanz.</p> <p>Der Argumentationsaufbau der Einleitung ist nachvollziehbar und verständlich. Zudem werden die Argumente mittels passender, aktueller und empirischer Literatur gestützt. Weiter sind die Inhalte der Literatur passend zu dem gestellten Forschungsziel. Die Argumente in der Einleitung zeigen die Forschungslücke und den Forschungsbedarf zu diesem Thema nachvollziehbar auf.</p> <p>Das Forschungsziel wird klar und verständlich beschrieben und mit einer passenden H₁ Hypothese ergänzt.</p> <p>Ein theoretischer Bezugsrahmen oder ein Konzept werden in der Einleitung nicht beschrieben. Das PNM wird in der Einleitung nachvollziehbar und verständlich dargestellt.</p>
	Ansatz / Design	<p>Das Forschungsdesign ist passend zur Beantwortung des Forschungsziels gewählt, da zwei Gruppen (Abteilung welche PNM umsetzten und Abteilung welche TN anwenden) verglichen werden. Auch die Verbindung zwischen Forschungsziel und dem gewählten Forschungsdesign ist nachvollziehbar.</p> <p>Mögliche Verzerrungen werden durch das Forschungsteam nicht beschrieben. Bei der Wahl der Abteilungen wurde jedoch darauf geachtet, dass sich die acht Abteilungen so ähnlich wie möglich waren.</p> <p>Auf vier der gewählten Abteilungen wurde PNM in drei Phasen implementiert. Diese drei Phasen werden nachvollziehbar und präzise beschrieben (Anzahl an Schultag und Stunden). Zudem wurden 90% aller PFP auf den Interventionsabteilungen umfangreich in der Umsetzung von PNM geschult. Auch das Modell der Kontrollabteilungen wird kurz erläutert. Nicht klar ist jedoch, wie standardisiert PNM auf den Interventionsabteilungen umgesetzt wurde. Somit besteht die Möglichkeit einer Verzerrung der Ergebnisse durch eine unterschiedliche Umsetzung von PNM, was in der Studie nicht erwähnt wird.</p>
Methode	Stichprobe	<p>Die Population (acht Abteilungen) wurden passend zur Erreichung des Forschungsziels gewählt. Da es sich um ein quasi-experimentelles Design handelt, war die Art der Stichprobenziehung angebracht.</p> <p>Die ausgerechnete G*-Power setzte eine minimale Stichprobengröße von 238 voraus. Die totale Stichprobengröße betrug 720 Pflegedokumentationen, somit wurde die angestrebte Power erfüllt und die Stichprobengröße wird als repräsentativ angesehen. Die Nachvollziehbarkeit der Stichprobengröße ist umständlich beschrieben und somit nicht leicht nachzuvollziehen. Wieso eine G*-Power von 238 Patient:innen errechnet wurden und anschliessend eine Totale Stichprobengröße von 720 Pflegedokumentation in die Studie eingeschlossen wurde, ist nicht klar und wird auch nicht begründet.</p> <p>Die Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmenden sind kurz und nachvollziehbar beschrieben. Die Charakteristiken der eingeschlossenen Abteilungen sind in einer Tabelle aufgeführt und erweisen sich als homogen, was einen Vergleich der beiden Gruppen ermöglicht.</p> <p>Die Drop-Outs werden in der Studie nicht beschrieben, somit ist nicht nachvollziehbar, ob diese das Ergebnis beeinflussen.</p>
	Datenerhebung	<p>Die Art der Datenerhebung ist passend, um das gesetzte Forschungsziel zu erreichen. Zudem wurde sie ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Die Abteilungs- und Patientencharakteristiken wurden mittels sechs unterschiedlicher Instrumente erhoben, welche grob beschrieben wurden. Die Güte dieser Instrumente wird nicht aufgeführt. Die Ausnahme ist das D-Catch Instrument, dessen Validität und Reliabilität ausführlich beschrieben wird und angemessen ist. Die Wahl dieses Instruments wird als nachvollziehbar und schlüssig erachtet.</p> <p>Die Variablen wurden prägnant, vollständig und nachvollziehbar beschrieben. Es kann jedoch nicht nachvollzogen werden, wie und wer die Variablen erhoben hat. Zudem ist unklar, ob von allen Teilnehmenden alle Daten erhoben wurden, es kann jedoch davon ausgegangen werden.</p>
	Datenanalyse	<p>Die verwendeten Tests wurden nachvollziehbar beschrieben und werden als sinnvoll erachtet.</p> <p>Der p-Wert wurde auf 0.05 festgelegt, was dem Standard in der Pflegeforschung entspricht und somit angemessen ist. Von den Forschenden wurde beschrieben, dass alle Tests zweiseitig durchgeführt wurden, was nicht zur gestellten H₁ Hypothese (gerichtet Hypothese) passt. Wieso sich die Forschenden trotzdem alle Tests zweiseitig durchgeführt haben, ist nicht nachvollziehbar. Zudem wurde die Effektstärke nicht beschrieben.</p>
	Ethik	<p>Die Zustimmung zur Durchführung der Studie wurde bei der Ethikkommission eingeholt. Zudem wurden alle Daten anonymisiert, so dass diese keinem Patient:in oder PFP zugeordnet werden können. Ob auch eine Einwilligung von den Patient:innen und PFP eingeholt wurde, wird jedoch nicht beschrieben und ist somit nicht nachvollziehbar. Dies stellt die Selbstbestimmung der Teilnehmenden in Frage.</p>
Ergebnis	Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse wurden präzise, nachvollziehbar und gut verständlich beschrieben. Die verwendeten Tabellen sind übersichtlich, gut lesbar und unterstützen den Text. Im Text wird zudem auf alle Tabellen Bezug genommen. Weiter sind die Legenden aller Tabellen verständlich.</p>

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Alle relevanten Forschungsergebnisse und deren Bezug zum Forschungsziel sowie der gestellten Hypothese wurden diskutiert. Die Interpretationen wurden nachvollziehbar aufgezeigt und mit aktueller Literatur belegt.</p> <p>Alternative Erklärungen wurden teilweise gesucht. Ob die intensive PNM-Schulung (7 Tage/ 54h) der Interventionsgruppe und nicht lediglich das PNM einen Einfluss auf die Führung der Pflegedokumentation hatte, wurde durch die Forschenden nicht diskutiert.</p> <p>Die Diskussion bietet durch das Hinzuziehen aktueller Studien den Ergebnissen gegenüber einem Mehrwert. Zudem wird ein nachvollziehbarer Berufspraxistransfer gemacht. Dabei zeigen die Forschenden auch auf, welche Bedingungen auf Seite des Managements erfüllt werden müssen, damit PNM angewendet werden kann.</p> <p>Die Limitationen und Stärken der Studie wurden von den Forschenden zwar diskutiert, hätten jedoch etwas ausführlicher sein können. Lediglich die Limitation, dass die Datenerhebung nur in einem Krankenhaus durchgeführt wurde, wird genannt.</p>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>Die Studie wird als sinnvoll erachtet, da bereits in der Einleitung aufgezeigt wird, dass dieses Thema noch kaum erforscht wurde. Die Implikationen der Forschenden für die Berufspraxis sind basierend auf den Ergebnissen logisch und nachvollziehbar wie auch Praxisrelevant. Zudem sind sie in der Praxis umsetzbar.</p> <p>Die Studie hat viele Stärken jedoch auch einige Limitation, welche von den Forschenden nur bedingt diskutiert wurden. Trotzdem überwiegen die Stärken. Das Evidenzlevel dieser Studie wird anhand der 6-S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) auf der untersten Evidenzstufe eingeschätzt.</p>
Güte/ Evidenzlage	Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	<p>Objektivität: Die Objektivität der Studie wird als gegeben betrachtet. So weist das Hauptmessinstrument der Studie eine angemessene Güte auf. Zudem kann von keiner Verzerrung von Seite des Forschungsteams ausgegangen werden. Fraglich ist, ob die bessere Qualität des Pflegeprozesse durch die intensive Schulung der Interventionsgruppen und nicht lediglich durch die Implementierung von PNM verursacht wurde. Diese Mögliche Verzerrung wird in der Studie durch die Forschenden nicht diskutiert.</p> <p>Reliabilität: Die Studie ist durch andere Forschende reproduzierbar und es wird vermutet, dass sie unter stabilen Bedingungen zu den gleichen Ergebnissen gelangen. Zudem wies das verwendete Hauptmessinstrument in der Studie eine hohe Reliabilität auf.</p> <p>Die Gütekriterien der weiteren fünf, in der Studie verwendeten, Messinstrumenten wurde nicht beschrieben und ist somit nicht nachvollziehbar. Dies schränkt die Reliabilität der Studie etwas ein.</p> <p>Validität: Die Aussagen der Forschenden sind nachvollziehbar und passen zu den Ergebnissen. Weiter sind die verwendeten Tests adäquat gewählt und transparent beschrieben. Die Schlussfolgerung gibt die Realität wieder, was die Validität der Studie erhöht.</p> <p>Eingeschränkt wird die Validität dadurch, dass die Forschenden keine möglichen Bias diskutiert haben, welche durch die gewählten Stichprobenziehung durchaus bestehen würden.</p>

Zusammenfassung Quantitatives Forschungsdesign: The impact of Primary Nursing care pattern: results from a before – after study (Dal Molin et al., 2018)

	Forschungsschritte	Zusammenfassung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Primary Nursing (PNM), Funktionspflege und patientenfokussierte Pflege sind Organisationsmodelle, welche in internationaler Literatur häufig geprüft wurden. Jedoch existieren wenige Studien welche die Effizienz dieser Modelle und die Auswirkungen auf Pflegefachpersonen (PFP), Patient:innen und Organisation erforschen. PNM als Modell besteht aus vier Elementen und hat dabei das Ziel, die Pflegequalität und -professionalität zu verbessern. Dabei ist für eine PFP «Primary Nurse» für den Patient:in während des gesamten Klinikaufenthalts zuständig, was für Kontinuität sorgt. Ist die zuständige PN nicht im Dienst, übernimmt eine andere PFP die Pflege anhand der erstellten Pflegeplanung. Die Effizienz von PNM wurden bereits mittels Studien untersucht, welche eine Steigerung der Arbeitsleistung und Autonomie von PFP sowie eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit feststellten. Zudem konnte eine Reduktion von Kündigungen festgestellt werden. Es existieren keine Studien welche, die Auswirkungen von PNM auf die Patient:innen erforscht. Dabei ist bekannt, dass die Pflegeorganisation einen grossen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung hat. Aus diesem Grund ist die Durchführung einer grossen Studie wichtig, welche die Auswirkungen von PNM auf PFP, Patient:innen und Organisation erforscht.</p> <p>Ziel: Diese Studie erforscht den Effekt welcher PNM auf PFP, Patient:innen und die Organisation hat.</p>
	Ansatz / Design	<p>Es handelt sich um ein before-after Studie von März 2013 bis August 2014, wobei die Variablen vor (t_0) und nach (t_1) der Implementierung von PNM gemessen wurden.</p> <p>Durchgeführt wurde die Studie in einem Krankenhaus mit 400 Betten, in Italien, in welchem ausser auf der Unfall- und Notfallstation, ambulanten Klinik, in der Sterilisationsstation und dem Operationssaal PNM auf allen Stationen implementiert wurde.</p>
Methode	Stichprobe	<p>Daten vom PFP und Patient:innen wurden gesammelt.</p> <p><u>Einschlusskriterien für Patient:innen:</u> Aufenthalt auf einer Abteilung in welcher PNM implementiert wurden, ≥ 18 Jahre alt und der Studienteilnahme zustimmen.</p> <p><u>Ein- & Ausschlusskriterien für PFP:</u> Arbeiten auf einer Abteilung auf welcher PNM-Implementiert wurde. Ausgeschlossen wurden solche welche mehr als 2 Monaten nicht arbeiteten und die Weiterbildung nicht besucht haben.</p> <p>Mittels Onlinekurs und 4-tägigen Workshop wurden die Mitarbeitenden mit PNM vertraut gemacht. Die Implementierung wurde durch Fokusgruppen und Pflegefachexperten unterstützt. Auf folgende Punkte wurde geachtet: 1) jedem Patienten:in wurde eine verantwortliche PN zugeteilt, 2) individuelle Pflegeplanung wurde erstellt und 3) eine Austrittsplanung wurde wenn erforderlich erstellt.</p> <p>Erfolgreich war die Implementierung von PNM, wenn mindestens 80% der Patient:innen auf der Abteilung innerhalb von 24-48 Std nach Eintritt einer PN zugeteilt wurden</p>
	Datenerhebung	<p>Patient:innen bezogen: Folgenden Daten wurden vor (Mai – November 2013) und nach (Dezember 2013 – Mai 2014) der Implementierung von PNM, durch geschulte PFP gesammelt. 1) Dekubitus 2) Sturz 3) Urozystitis und 4) Entzündungen von Venenkathetern.</p> <p>Zufriedenheit mit PFP: Diese Daten wurden sowohl vor (zweite Woche April, Juli & August 2013) sowie nach (zweite Woche April, Juli & August 2014) der Implementierung von PNM, ohne Anwesenheit vom Klinikpersonal mittels <i>Newcastel Satisfaction with Nursing Scales</i>, einem reliablen Instrument (Cronbach's α 0.94), erhoben.</p> <p>Mitarbeitende & Organisation: gemessen wurden folgende Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> Mitarbeiterdaten 1) Pflegekompetenz (erhoben mittels <i>Nursing Competence Scale</i> einem reliablen und validen Instrument) 2) analytisches Denken (erhoben mittels <i>Diagnostic Thinking Inventor</i> einem reliablen Instrument) Organisationsdaten wurden folgenden erhoben: 1) Empowerment (gemessen mittels <i>Empowering Leadership Questionnaire</i>) 2) Teamklima (erhoben mittels <i>Team Climate Inventory (TCI)</i>)
	Datenanalyse	<p>Mittelwert, Standardabweichung und die relative Häufigkeit der Daten wurde berechnet. Für den Datenvergleich wurde der t-Test und chi-quadrat Test verwendet, das Signifikanzniveau beträgt dabei 5%. Ein Cohen's D bei allen t-Test von 0-0.19 = keine Effekt; 0.2-0.49 = kleiner Effekt; 0.5-0.79 = mittlerer Effekt und >0.8= grosser Effekt. Die Datenanalyse wurde mittels R und SAS Enterprise Programm und der MEDCALC Statistik Software, Version 15.8 durchgeführt.</p>
	Ethik	<p>Das Einverständnis der Ethikkommission wurde eingeholt und alle PFP wurden über die Studie informiert. Alle Patient:innen wurden mittels Flyer über PNM informiert, zudem wurde deren Einverständnis eingeholt. Alle Daten wurden anonymisiert in die Datenbanken eingetragen.</p>
Ergebnis	Ergebnisse	<p>Patient:innenoutcomes: Vor der Implementierung wurden die Daten von 2'857 und nach der Implementierung von 3'169 Patient:innen erfasst. Es wurden signifikant weniger Harnwegsinfekte ($p = .0264$) und Infekte von Venenkathetern (peripher $p = .0002$, zentral $p = .0080$) festgestellt.</p> <p>Mitarbeitende & Organisation: 369 PFP wurden in die Studie eingeschlossen, mit einer Rücklaufquote von 85%. Nach der Implementierung von PNM wurde eine signifikante Steigerung in den Kompetenzen «Helferrolle», «diagnostische Funktionen», «Pflegequalität», «Patient:innenedukation», «Familienedukation», «Betreuung von Studierenden» sowie im «flexiblen und strukturierten Denken» festgestellt. Die Befragten PFPs spürten keine, bis eine kleine Auswirkung auf in ihren Pflegekompetenzen sowie eine kleine oder mittlere Steigerung des diagnostischen Denkens. Das Teamklima verbesserte sich in allen Faktoren.</p> <p>Zufriedenheit mit der PFP: Wurde bei 378 Patient:innen vor und 315 nach der Implementierung von PNM erhoben. Dabei zeigte der Cohen's D Effekt eine mittelmässige Steigerung der Zufriedenheit nach der Implementierung von PNM.</p>

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Die Auswirkungen von PNM auf Patient:innen, PFP und die Organisation wurde untersucht, da bei konnte bestehendes Wissen erweitert werden. Eine Verbesserung der Kompetenz «Helferrolle» und «diagnostische Funktionen» wurde festgestellt. Frühere Studien zeigen, dass eine Verbesserung der diagnostischen Fähigkeiten nötig ist, um die Pflegeplanung zu implementieren. Zudem konnte bereits nach der Weiterbildung beobachtet werden, dass sich die Patientenbeziehung sowie die Führungsebene der Pflege verbesserte. Die Verbesserung auf Führungsebene war statistisch nicht signifikant, erklärt wird dies damit, dass grössere Veränderungen mehr Zeit benötigen.</p> <p>Zudem zeigen die Daten, dass das Teamklima sich durch PNM verbessert hat, was zu einer höheren Arbeitszufriedenheit führen kann. Vorherige Studien kamen zum Schluss, dass PNM den Mitarbeiterwechsel reduziert. Einen negativen Effekt von PNM konnte nicht festgestellt werden. Es zeigt sich eine Steigerung der Patientenzufriedenheit.</p> <p>Die Erfahrung zeigt, dass eine adäquate Weiterbildung als Motivationstool und die zentrale Rolle der Pflegeleitung während der Implementierung unverzichtbar sind. Die Forschenden vermuten, dass PNM die Autonomie von PFP stärkt und den Fachkräftemangel entgegenwirkt.</p> <p>Limitationen: Es gab keine Kontrollgruppe, nicht alle PFP füllten den Fragebogen aus, Daten bezüglich des Patient:innenoutcomes ging verloren und das <i>Diagnostic Thinking Inventory</i> wurde nicht in Italien validiert. Die langfristigen Auswirkungen von PNM müssen noch untersucht werden.</p>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>PNM ist durchführbar und hat einen positiven Auswirkungen auf die Patient:innen und PFP. Zudem zeigte bereits die PNM bezogene Weiterbildung eine Verbesserung im Outcome der Mitarbeitenden sowie im Organisationsoutcome.</p>

Systematische Würdigung Quantitatives Forschungsdesign: The impact of Primary Nursing care pattern: results from a before – after study (Dal Molin et al., 2018)

	Forschungsschritte	Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Die Studie zeigt, dass sich die Einführung von PNM in der täglichen Praxis potenziell positiv auf die Pflegequalität, die Patientenzufriedenheit, das Pflegepersonal und die Organisation auswirken kann. Ein Teil davon beantwortet unsere Fragestellung der BA.</p> <p>Die Literatur ist von 1991 -2016. Die meiste Literatur ≤ 2010. Dies zeigt, dass die bisher verfügbaren Daten nicht sehr aktuell sind. Dies könnte auch die Forschungslücke begründen. Ausserdem wurde die Theorie von Manthey in den 60er Jahren entwickelt, deswegen sind die Daten zur Erklärung der Theorie automatisch älter und die erste Spitze empirischer Daten, die nach der Akzeptanz und Umsetzung von PNM erst verfügbar war, liegt zwischen den 80er und 90er Jahren. Die Einleitung beginnt mit einer allgemeinen Erklärung von Pflegemodellen, dann die Theorie von PNM, dann was bisher über die Implementierung von PNM erforscht wurde und schliesslich was und warum die Studie durchgeführt wurde - gut strukturiert. Die verwendete Literatur ist passend.</p> <p>Die Studie orientierte sich an dem Modell der 14 Grundbedürfnisse von Virginia Henderson, das wie PNM ebenfalls die Patienten-Zentrierung als Ziel hat.</p> <p>Die Wirkungen der Implementierung wurden bereits zuvor analysiert, die Auswirkungen von PNM auf die Patient:innenoutcomes sind jedoch noch nicht untersucht worden. Es wurde festgestellt, Veränderungen beim Pflegepersonal Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben. Dabei wird begründet, dass das Pflegepersonal, die Organisation und die Patient:innenoutcomes in dieser Studie berücksichtigt werden müssen. Auch die nicht schlüssige Evidenz eines kürzlich durchgeführten Cochrane-Reviews zeigte die Forschungslücke.</p> <p>Das Ziel der Studie ist klar, kurz und prägnant. Kein Setting wird im Ziel erwähnt. Es wurden keine Hypothesen genannt.</p>
	Ansatz / Design	<p>Das Forschungsdesign (a before-after study) ist passend da die Auswirkungen genauer geprüft werden können, wenn Baseline Daten vorhanden sind. Dabei ist das Forschungsdesign logisch und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Die Intervention (Implementierung von PNM) wurde nachvollziehbar erklärt. Wer dabei war, wer geholfen hat, dies zu implementieren und wie das Wissen über PNM vermittelt wurde. Zudem wurde erwähnt, was als vollständige Implementierung erachtet wurde. Wie die Implementierung stattgefunden hat und wie lange es dauerte, wird nicht erwähnt. Mögliche Verzerrungen / Einflüsse auf die Intervention werden hier nicht erwähnt.</p>
	Stichprobe	<p>Die zwei inkludierten Populationen passen zum beiden formulierten Zielen. Warum der breite Begriff „staff“, welcher auch andere Mitarbeiter miteinbezieht, anstatt „nurse“ in der Zielformulierung verwendet wird, bleibt unklar. Die Stichprobeziehung wird nicht erwähnt. Zudem werden nur sehr wenig Einschlusskriterien und lediglich ein Ausschlusskriterium aufgeführt. Die Begründungen zur Auswahl der Ein- und Ausschlusskriterien fehlen.</p> <p>Alle Abteilungen mit Ausnahme der Intensivstation, ambulanten Klinik, Sterilisationsabteilung und dem Operationssaal wurden in die Studie einbezogen. Die Zielgruppen sind breit gefasst, und es wurde kein Setting im Ziel formuliert. Es ist jedoch unklar, ob nur PFPs oder auch andere Pflegeberufe befragt wurden, was zu einer Verzerrung der Daten führen könnte. Die Stichprobengrösse wird im Methodenteil nicht erwähnt, jedoch wird im Ergebnisteil die Anzahl der eingeschlossenen PFPs und Patient:innen vor und nach PNM-Implementation aufgeführt. Die Gründe für den Ausschluss einiger Patient:innen und Mitarbeitenden werden nicht erläutert, ebenso wenig wie die Unterschiede in den Einschlusskriterien für „patient-related outcomes“ und „satisfaction with care“. Die Studie enthält keine Informationen zu Drop-outs oder Non-Responders.</p>
Methode	Datenerhebung	<p>Die Art der Datenerhebung in Bezug auf der Forschungsfrage ist nachvollziehbar. Mittels Fragebogen und Skalen können die gesammelten Daten gut quantifiziert werden. Die vorgegebenen Antworten der Skalen limitiert die Aussagen der Teilnehmenden, da evtl. nicht alle Auswirkungen benannt werden. Bei dem „data collection tool“ ist es nicht klar, was für ein Art Datenerhebung dieses Tool ist.</p> <p>Mögliche Variablen der Stichproben wie Alter, Geschlecht, Anzahl Berufsjahre etc. wurden nicht aufgeführt. Die quantitativen Variablen werden nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Unter den verschiedenen Skalen/Fragenbogen wird erwähnt, wer die Daten gesammelt hat. Keine explizite Aussage wird gemacht, ob dies bei allen Teilnehmenden gleich durchgeführt wurde. Den Zeitraum der Datensammlung wird beschrieben, jedoch ohne Information bezüglich Tageszeit oder Tag.</p> <p>Bei den „Patient- related outcomes“, wurde erwähnt, dass die Datenerhebung von „nursing-sensitive patient outcomes“ mit einem „data collection tool“ erhoben wurden, welches die Forschenden auf den Abteilungen, Prä- und Postimplantation, eingeführt haben. Welches Tool genau eingesetzt und ob es von den Forschenden selbst entworfen wurde, wird nicht erwähnt. Bei allen Messinstrumenten wurde die Auswahl nicht begründet.</p> <p>Bei dem „data collection tool“ wird keine Aussage zur Reliabilität oder Validität gemacht. Der italienische Fragenbogen, Newcastle Satisfaction with Nursing Scales, zeige eine gute Reliabilität (Cronbach's alpha 0.94). Zudem wird die analysierte «face validity» beschrieben. Die Nursing Competence Scale zeigt eine gute Reliabilität (Cronbach's alpha von 0.79 -0.91, inter-item correlation coefficients von 0.353 – 0.442, item-total correlation coefficients from 0.322 – 0.731) und die italienische Version dieses Tools zeigte einen adäquaten internal consistency > 0.85. Der Diagnostic Thinking Inventory zeigte eine Reliabilität mit einem alpha coefficient for internal consistency von 0.84, 0.73 für flexibility items und 0.75 für structure items. Die Reliabilität oder Validität des Empowering Leadership Questionnaire wird nicht aufgeführt. Der Cronbach's alpha von dem Team Climate Inventory lag zwischen 0.83 - 0.93. Die italienische Validation zeigte „a five-factor structure was appropriate for the Italian sample“, der Cronbach's alpha war jedoch niedriger als der Originale, wie viel niedriger wird nicht erwähnt.</p> <p>Wie mit fehlenden Werten umgegangen wird, wird nicht beschrieben.</p>

	Datenanalyse	<p>Die Datenanalyse wird mässig beschrieben.</p> <p>Die statistischen Verfahren, t-test für quantitative Variablen und chi quadrattest für qualitative Variablen, wurden sinnvoll ausgewählt. Die Voraussetzung zur Verwendung von t-test, war die Kalkulation des Cohen's D effect size, die Begründung hierfür wird nicht erwähnt.</p> <p>Der Student's test wurde für quantitative variablen und der chi quadrattest für qualitative variablen verwendet und ist nachvollziehbar. Für alle t-test, wurde der Cohen's effect size kalkuliert. Die genaue Reichweite für keine, niedrige und grosse Auswirkungen wird vorgegeben.</p> <p>Der Signifikanzniveau wurde auf 5% gesetzt, die Begründung dafür wird nicht erwähnt.</p>
	Ethik	<p>Viele relevanten ethischen Fragen wurde erwähnt und begründet. Die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden wurde hier nicht diskutiert. Die lokale Ethikkommission wurde einbezogen, Namen wurden keine erwähnt.</p> <p>Das informed consent von PFP wird als gegeben betrachtet, wenn die PFP den ausgefüllten Fragebogen zurücksendeten. Da die gesammelten Daten der Patient:innen Teil von der Routinepflege war, wurde keine schriftliche Zustimmung benötigt. Eine Zustimmung für „satisfaction with care“ wurde eingeholt. Ob eine für „patient-related outcomes“ eingeholt wurde, wird nicht beschrieben und nicht begründet. Alle Daten wurden anonymisiert.</p>
Ergebnis	Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse wurden in text- und tabellarischer Form klar und präzise präsentiert.</p> <p>Ergebnisse und Tabellen waren verständlich und übersichtlich dargestellt und sind eine sinnvolle Ergänzung zum Text.</p>
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Die meisten Ergebnisse wurden diskutiert. Die Zunahme in „managing situations“, „ensureing quality“, „teaching-coaching the patient“, „teaching-coaching the student“ und „teaching-coaching evaluation of the education program“ wurden nicht diskutiert. Dieser Punkt „staff- and organizations related outcomes wäre jedoch ein Teil der Zielsetzung gewesen. Die Interpretationen stimmen mit den Ergebnissen überein und sind nachvollziehbar.</p> <p>Die Ergebnisse wurden in Bezug auf das Ziel diskutiert und mit weiterführende Fachliteratur verglichen. Dabei wurden die „staff and organizations related outcomes“ viel stärker gewichtet.</p> <p>Die Diskussion bietet einen Mehrwert gegenüber den Ergebnissen, da mögliche Erklärungen für nicht signifikante Resultate dargelegt wurden, z.B. eine Besserung das Führungsniveau braucht mehr Zeit als diese Studie zu Verfügung hatte. Zudem beschreiben die Forschenden das auch nur eine kleine Auswirkung der „staff- and organization-related outcomes“ wichtig ist. Weiter sind die Forschenden der Ansicht, dass PNM den Pflegemangel reduzieren kann. Die Diskussion war dabei nachvollziehbar und Erfahrungen wurden miteinbezogen.</p> <p>Es gibt eine Auflistung der Limitation, welche jedoch überwiegend nicht diskutiert wurden. Dass der Diagnostic Thinking Inventory auf italienisch nicht validiert wurde und dass eine Langzeitevaluierung in einer zukünftigen Studie gehört, wird angemessen diskutiert.</p>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>Die Forschenden kamen auf Grund der Ergebnisse dieser Studie zum Schluss, dass die Implementation von PNM eine potentiale positive Auswirkung auf die PFP und die Patient:innen haben wird.</p> <p>Die Umsetzung in der Praxis wird nicht klar erwähnt. Es wird jedoch beschrieben, dass das Training dieses Modells bereits das „staff- and organization-related outcomes“ verbessern kann.</p> <p>Diese Studie wurde in vielen unterschiedliche klinischen Settings durchgeführt. Somit kann sie vermutliche in allen Settings wiederholt werden, solange die Patient:innen mehrere Tage stationär sind.</p> <p>Der Evidenz-Level dieser Studie liegt nach DiCenso et al. (2009) auf dem untersten Niveau des 6 S Pyramide.</p>
Güte/ Evidenzlage	Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	<p>Objektivität: Es kann davon ausgegangen werden, dass der Forschungsprozess durch die Forschenden organisiert, die Implementierung von PNM durch eine Pflegeexpertengruppe begleitet und die Datenerhebung der „Patient related outcomes“ von geschultem Pflegefachpersonal erhoben wurden. Dabei zeigen die Ergebnisse eine hohe Objektivität.</p> <p>Mögliche Variablen der Stichproben wie Alter, Geschlecht, Anzahl Berufsjahre etc. wurden nicht aufgeführt und könnte zu Verzerrungen führen.</p> <p>Reliabilität: Die hohe Zahl an Teilnehmenden an der Studie ist eine Stärke, da es die Stichprobe repräsentativer macht. Es wurde keine Kontrollgruppe hinzugezogen, daher ist unklar, ob eine Wiederholung dieser Studie mit Kontrollgruppe die Ergebnisse ändern würde. Die Evaluationsdaten der „nursing-sensitive patient outcomes“ fehlen bei der Erhebung. Hierfür wird keine Begründung gegeben und daher ist unklar, ob Verzerrungen bezüglich dieses Aspekts bestehen. Nicht alle PFP, welche in der Studie involviert waren, haben den Fragebogen ausgefüllt.</p> <p>Die Fragebögen zeigten alle eine gute bis exzellente Reliabilität auf. Die italienische Version von der Diagnostic Thinking Inventory, welche nicht auf Italienisch validiert wurde, könnte einen Bias reinbringen. Dies wird von den Forschenden deklariert. Ein Datenerhebungstool wurde nicht benannt und es wurde auch nicht erwähnt, ob dessen Reliabilität getestet wurde. Da die Daten über Pateint-related outcomes über eine Zeitspanne von einem Jahr gesammelt wurde und unterschiedliche Patienten involviert waren, ist es schwierig zu sagen, ob es Patient-bedingt einen Unterschied bei einer Wiederholung geben würde.</p> <p>Diese Studie wurde nur in einem Spital durchgeführt, was die Adaption auf eine grössere Populationsgruppe beeinflussen könnte.</p> <p>Validität: Die Messinstrumente passen zum Ziel dieser Studie. Die Wahl der statistischen Tests sind angemessen und nachvollziehbar. Die Studie wurde über einen längeren Zeitraum durchgeführt und der Einfluss von externen Variablen kann nicht ausgeschlossen werden. Es wird keine Aussage bezüglich der Generalisierbarkeit diese Studie gemacht. Eine nicht zufällige Stichprobenziehung wurde verwendet, was die Ergebnisse beeinflussen könnte.</p>

Zusammenfassung Quantitatives Forschungsdesign: Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses (Mäkinen et al., 2003)

	Forschungsschritte	Zusammenfassung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Im Spitalsetting existieren drei verschiedene Pflegeorganisationsmodelle: Funktionspflege, Team Nursing und Primary Nursing (PNM).</p> <p><u>Funktionspflege:</u> Die Arbeit wird in Interventionen aufgeteilt, die einer Pflegeperson (PP) je nach Kompetenzen zugeteilt werden.</p> <p><u>Team Nursing:</u> Die PP werden in Teams unterteilt. Jedes Team hat einen Leader, welcher die Arbeit auf die Mitarbeitenden aufteilt, die Verantwortung für die ganze Pflege übernimmt und die zu verrichtende Pflege für die jeweilige Schicht plant.</p> <p><u>PNM:</u> Eine PFP übernimmt die Verantwortung für die ihr zugeteilten Patient:innen während des gesamten Spitalaufenthaltes.</p> <p>Studien zeigten, dass die Pflege nicht immer nach diesen drei theoretischen Modellen gestaltet wird, sondern dass Abteilungen auch nur Teile der verschiedenen Modelle umsetzen. Der Zusammenhang zwischen den Pflegeorganisationsmodellen und der Arbeitszufriedenheit wurde bereits von mehreren Studien untersucht. Die Resultate fielen jedoch widersprüchlich aus. Grund für die widersprüchlichen Resultate sind folgende Limitationen: 1) kein gemeinsames Verständnis für die Organisationsmodellen 2) Verwendung unterschiedlicher/nicht validierter Skalen für die Messung der Arbeitszufriedenheit 3) die Dauer der Implementierung der Organisationsmodelle wurde kaum berücksichtigt 4) meist kleine Stichproben 5) die Organisationsmodelle sind stark von Abteilungscharakteristiken abhängig.</p> <p>Ziel: Diese Studie untersucht den Zusammenhang zwischen den Pflegeorganisationsmodellen und der Arbeitszufriedenheit auf Bettenstationen mit einer grossen Stichprobe. Zudem wird versucht, so viele Limitationen wie möglich aus vorherigen Studien auszuschliessen.</p>
	Ansatz / Design	Das Forschungsdesign wird in der Studie nicht explizit erwähnt und beschrieben.
Methode	Stichprobe	Es wurde ein dreistufiges Stichprobeverfahren durchgeführt. Aus den zwei ausgewählten Spitalbezirken wurden ein Universitätslehrkrankenhaus, ein Kantonsspital und sechs Regionalkliniken ausgewählt. Alle 35 medizinischen und chirurgischen Abteilungen, welche das drei-Schicht-System anwendeten und die PP, welche auf diesen Abteilungen arbeiteten, wurden eingeschlossen. Die endgültige Stichprobe beinhaltete 26 Abteilungen. Davon arbeiteten 12 mit PNM und 14 mit Team Nursing.
	Datenerhebung	<p>Das angewandte Pflegeorganisationsmodell der Abteilungen wurde mittels standardisierter Fragebogen erhoben. Zur Bestätigung des Implementierungsjahres der Modelle wurden strukturierte Telefon-Interviews mit den Stationsleitungen durchgeführt. Der Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit wurde von 586 PP beantwortet und zurückgesendet (Response rate 84%).</p> <p><u>Pflegeorganisationsmodell:</u> Daten zum Pflegeorganisationsmodell wurden mittels multiple-choice Fragebogen von Thomas und Bond (1990) erhoben. Zudem wurden zusätzlich Fragen zur systematischen Erfassung von weiteren Pflegemodellen eingefügt.</p> <p><u>Arbeitszufriedenheit:</u> Die Daten zur Arbeitszufriedenheit wurden anhand der job diagnostic survey (JDS), einer dreidimensionalen-Skala von Hackman and Oldham's (1975) erhoben. Dazu wurden Daten zur Zufriedenheit mit der erbrachten Pflege, den Teamkollegen und der persönlichen Entwicklung gesammelt. Der Coefficient alpha des Instruments liegt je nach Item zwischen 0.93-0.76.</p> <p>Die individuellen Störfaktoren aus früheren Studien wurden berücksichtigt. Zudem wurde die Stationsleitungen zur Bettenanzahl, Mitarbeiteranzahl und dem Verhältnis zwischen PFP und PP befragt.</p>
	Datenanalyse	Es wurden Median, Standardabweichung und „zero-order“ Korrelation zwischen den Variablen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsorganisation errechnet. Zudem wurde eine Regressionsanalyse der Pflegeorganisationsmodelle auf die Arbeitszufriedenheit mit unangepassten Modellen (unter Berücksichtigung der Störfaktoren) und diese mit Anpassungen für demographische Daten und Abteilungscharakteristiken durchgeführt.
	Ethik	Bezüge auf ethische Frage wurden nicht beschrieben.
	Ergebnisse	<p>Die Studie kam zum Ergebnis, dass Ansätze des Organisationsmodells PNM eher umgesetzt wurden, wenn die Bettenzahl und Zahl an PP tiefer waren. Zudem wurde PNM eher durchgeführt, wenn ein Team aus überwiegend tertiär ausgebildetem Pflegepersonal bestand. Zudem äusserten PP in kleinen Teams oder mit einem temporären Anstellungsvertrag eine höhere Zufriedenheit mit Betreuung durch die Stationsleitung.</p> <p>PFP und PP auf kleineren Abteilungen waren zudem zufriedener mit der persönlichen Weiterentwicklung. Die Zufriedenheit mit der persönlichen Weiterentwicklung und Betreuung durch die Stationsleitung stieg auch an, wenn Entscheidungsspielraum und Verantwortung dem Patient:innen gegenüber bestand, die Möglichkeit für die Erstellung der Pflegedokumentation vorhanden oder eine Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal möglich war.</p> <p>Die Arbeitszufriedenheit war grundsätzlich höher, je näher das umgesetzte Modell dem von PNM entsprach.</p> <p>Eine hohe Arbeitszufriedenheit steht auch in Verbindung mit der Arbeitsverteilung und dem Dienstplan. Zudem konnten weitere Zusammenhänge zwischen der Arbeitszufriedenheit und dem Pflegeorganisationsmodell gefunden werden, welche jedoch nicht statistisch signifikant waren.</p> <p>Alle Resultate sind in einer Tabelle ausführlich dargestellt.</p>

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Ein Zusammenhang zwischen bestimmten Komponenten der Arbeitszufriedenheit und den Pflegeorganisationsmodellen konnte beobachtet werden.</p> <p><u>Kontextbezogene Faktoren:</u> Frühere Studien zeigten kontroverse Resultate im Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und dem Pflegeorganisationsmodell. Eine Erklärung ist die mangelnde Definierung der Begriffe. In dieser Studie konnte ein Zusammenhang zwischen der Umsetzung der Organisationsmodelle und der Stationscharakteristiken sowie zwischen den Stationscharakteristiken und der Arbeitszufriedenheit festgestellt werden. Dabei verringert eine hohe Bettenanzahl die Umsetzung von PNM und kleinere Abteilungen steigern die Zufriedenheit der Mitarbeiter in Bezug auf die Betreuung durch die Stationsleitung.</p> <p><u>Stärken & Limitationen:</u> Stärken sind die grosse Stichprobe, Fokussierung auf Abteilungen mit implementierten Modellen, Benutzung reliabler und spezifischer Messinstrumente zur Datenerhebung und Berücksichtigung verschiedener Störfaktoren.</p> <p>Dass die Resultate lediglich auf medizinische und chirurgische Abteilungen adaptierbar sind und eine strukturierte Methode verwendet wurde, zeigt sich als Limitation. Der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit, Pflegeorganisation und erbrachter Pflege muss in weiteren Studien mittels ethnographischen Ansatzes erforscht werden.</p> <p>Ein patientenfokussiertes Organisationsmodell, Möglichkeit für die Erstellung der Pflegedokumentation und Verantwortung für die Patientenpflege zu übernehmen, erhöhte die Arbeitszufriedenheit.</p>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>Die Resultate zeigen, dass ein patientenorientiertes Organisationsmodell alle drei Aspekte der Arbeitszufriedenheit (Arbeitsbeziehung, persönliche Weiterentwicklung und Betreuungszufriedenheit durch Stationsleitung) positiv beeinflusst. Von patientenorientierten Organisationsmodellen spricht man, wenn die PP die Interventionen ihrer Patient:innen individuell gestaltet. Die Ergebnisse korrelierten mit der gestellten Hypothese, dass Autonomie, Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit zusammenhängt oder dass mittels höheren Levels an Entscheidungsfreiheit eine höhere Zufriedenheit erreicht wird. Sowohl die Autonomie und die Entscheidungsfreiheit sind in der Funktionspflege und im Team Nursing geringer. Weiter wurde die Pflegedokumentation mit den drei Aspekten der Arbeitszufriedenheit verbunden. Lediglich bei PNM steht diese jedoch im Zentrum und wird durch die jeweilige PN geführt. Erstaunlicherweise war die Verantwortung ein schwacher Faktor für die Arbeitszufriedenheit. Eine mögliche Erklärung ist, dass Verantwortung auch Stress verursachen kann, welcher die Arbeitszufriedenheit senkt.</p>

Systematische Würdigung Quantitatives Forschungsdesign: Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses (Mäkinen et al., 2003)

	Forschungsschritte	Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Die Studie untersucht die Beziehung zwischen Pflegeorganisationsmodellen (unter anderem PNM) und der Arbeitszufriedenheit in einer grossen Stichprobe von PP auf Bettenstationen. Ein Teil dieser Studie beantwortet aus diesem Grund unsere Fragestellung der BA.</p> <p>Das Themenfeld wird logisch dargestellt. Zuerst wird Arbeitszufriedenheit kurz beschrieben und definiert, danach die klassischen Organisationsmodelle sowie die mit der Zeit modifizierende Modelle. Danach wird der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und den Organisationsmodellen gezeigt.</p> <p>Die verwendete Literatur liegt zwischen den Jahren 1971-2000 und ist passend zur Thematik. Warum Literatur mit einbezogen wird, welche zum Zeitpunkt der Studiendurchführung älter als 20 Jahre ist, wird nicht begründet. Was bereits zum Thema bekannt ist, wird erwähnt. Zudem werden mögliche Gründe für inkonsequente Studienergebnisse aufgeführt.</p> <p>Es wird kein theoretischer Bezugsrahmen erwähnt. Die Argumente für den Forschungsbedarf liegen in den aufgeführten Limitationen. Frühere Studien kamen zu widersprüchlichen Resultaten, das Ziel dieser Studie war es somit diesen Limitationen entgegenzuwirken.</p> <p>Ziel: Das Forschungsziel wird nicht klar definiert. In einem Paragrafen am Ende der Einleitung werden mehrere Vorgehensweisen erwähnt. Das Wort „Ziel“, „Forschungsfrage“ oder „Hypothese“ wird nicht erwähnt. Lediglich dem Abstract konnte das klare Forschungsziel entnommen werden.</p>
	Ansatz / Design	<p>Das Forschungsdesign wird in der Studie nicht beschrieben. Aufgrund der einmaligen Datenerhebung mittels quantitativer Fragebogen und Telefon-Interviews kann von einer Querschnittsstudie ausgegangen werden.</p> <p>Eine Intervention wurde keine durchgeführt. Die auf den einzelnen Abteilungen umgesetzten Pflegeorganisationsmodelle wurden anhand eines Fragebogens erhoben. Die Stichprobe wurde anhand der umgesetzten Modelle gewählt, um diese miteinander zu vergleichen. Massnahmen um mögliche Verzerrungen zu verhindern, werden erwähnt. Keine Aussage zur Kontrolle der Durchführung wird gemacht.</p>
Methode	Stichprobe	<p>Die Population passt teilweise zum Forschungsziel dieser Studie. Die Zielpopulationen sind PP mit direkten Patientenkontakt auf einer Bettenstation. Jedoch wurden nur PP von chirurgischen und medizinischen Abteilungen in der Stichprobe eingeschlossen.</p> <p>Die Art der Stichprobenziehung ist nachvollziehbar und passend zur Beantwortung des Forschungsziels.</p> <p>Es wird nicht beschrieben, ob die Repräsentativität der Stichprobe mittels Analyse getestet wurde. Die Stichprobengrösse war n= 568. Es wurden keine Angaben zur berechneten Stichprobengrösse gemacht. Die Charakteristiken der Teilnehmenden werden angemessen beschrieben und begründet.</p> <p>Die Abteilungen wurden eingeteilt nach bereits umgesetztem Organisationsmodell, somit wurde keine Intervention durchgeführt.</p> <p>Es gab auch mehrere andere Zusammenhänge zwischen den Organisationsmodellen und der Arbeitszufriedenheit, die jedoch nach Kontrolle der Unterschiede bei den demografischen und Abteilungscharakteristiken statistisch nicht signifikant waren. Somit ist ein Vergleich der unterschiedlichen Abteilungen machbar.</p>
	Datenerhebung	<p>Die Organisation der Pflege wurde anhand eines Fragebogens nach Thomas und Bond 1990, und die Arbeitszufriedenheit wurde anhand einer Umfrage von Hackman und Oldham, 1975, gemacht. Diese Art der Datenerhebung passt zum Forschungsziel.</p> <p>Die unabhängigen Variablen, Pflegeorganisationsmodelle und abhängige Variable, Arbeitszufriedenheit wurden sinnvoll gewählt. Die Pflegeorganisationsmodelle werden in der Einleitung definiert. Keine Definition für Arbeitszufriedenheit wird beschrieben.</p> <p>Die Wahl der Messinstrumente werde nicht begründet. Die Reliabilität und Validität des Fragebogens nach Thomas und Bond wird nicht aufgeführt. Die geschätzten Koeffizienten für die Zuverlässigkeit lagen bei 0,90, 0,91, 0,76, 0,93 und 0,88 für die Zufriedenheit der Vorgesetzten, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und die Wachstumszufriedenheit. Jedoch ist nicht nachvollziehbar, warum 5 Koeffizienten aufgeführt wurden, jedoch nur 3 Kategorien genannt werden.</p>
	Datenanalyse	<p>Die Verfahren der Datenanalyse werden nicht klar und verständlich beschrieben. Sind jedoch bei genauer Betrachtung von Tabellen und Text nachvollziehbar.</p> <p>Die statistischen Verfahren, Korrelation und Regression, sind sinnvoll gewählt und entsprechen dem Skalenniveau der Daten.</p> <p>Unter dem Ergebnisabschnitt wird der Mittelwert, SD und zero-order Korrelation zwischen den potenziell störenden Faktoren, Arbeitszufriedenheit und Pflege Organisation vorgestellt (Table 1).</p> <p>In Table 2 wird die Regression (Wie stark ist der Einfluss der unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable) der demografischen Daten und der Abteilungscharakteristiken auf die Arbeitszufriedenheit nachvollziehbar dargestellt.</p>
	Ethik	<p>Relevante ethische Fragen wurden in der Studie nicht diskutiert. Ob eine Einwilligung bei der Ethikkommission eingeholt wurde, wird nicht beschrieben und ist fraglich. Zudem wurde die freiwillige Teilnahme an der Studie sowie die Anonymität der Daten nicht beschrieben.</p> <p>Die hohe Rücklaufs Quote von 84% könnte auf eine freiwillige Teilnahme schliessen lassen.</p>

Ergebnis	Ergebnisse	Die Ergebnisse wurden in Text- und Tabellenform präsentiert. Im Text und in den Tabellen waren die Resultate auf den ersten Blick übersichtlich, jedoch schwer nachzuvollziehen. Bei intensiverer Auseinandersetzung mit den Resultaten sind diese verständlich. Die Tabellen waren eine sinnvolle Ergänzung zum Text.
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	Die relevanten Ergebnisse zur Erreichung des Forschungsziels werden diskutiert. Die Interpretationen der Forschenden sind nachvollziehbar, wurden mit weiterer Literatur verglichen und bestätigt. Alternative Erklärungen wurden gesucht, wie z.B., dass der grösste Unterschied zwischen den Pflegemodellen sich auf die Rolle der Vorgesetzten beziehen könnte. Zudem wurden die Ergebnisse mit dem Forschungsziel verglichen. Die Diskussion bietet einen Mehrwert gegenüber den Ergebnissen, da mögliche Ursachen für die Ergebnisse diskutiert und erläutert werden. Die bisherige widersprüchliche Literatur zu diesem Thema wird wieder aufgegriffen. Mögliche Lösungen zur Verhinderung von Bias, welche zu diesen widersprüchlichen Ergebnissen führen, wurden für zukünftigen Studien aufgezeigt. Stärken und Schwächen werden angemessen diskutiert, wobei trotz vieler Limitationen in dieser Studie die Stärken überwiegen.
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	Diese Studie ist sinnvoll und zeigt die Wichtigkeit anderer Voraussagen für die Arbeitszufriedenheit auf. Solche sind z.B. Abteilungscharakteristiken und solche der einzelnen Mitarbeiter. Das Evidenz-Level dieser Studie nach DiCenso et al. (2009) liegt auf dem untersten Niveau der 6 S Pyramide.
Gütel/ Evidenzlage	Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Objektivität: Verschiedene Bias wurden verhindert, indem die Wörter „Primary Nursing“ und „Team Nursing“ in der Umfrage von 1998 nicht erwähnt, aber unterschiedliche Aspekte von Pflege befragt wurden. Dabei wurde auch gefragt, ob und wenn das momentane Pflegemodell implementiert worden sei. So wurde sichergestellt, dass das Modell nicht erst kürzlich etabliert worden ist. Reliabilität: Die Forschenden schreiben, dass sich die Resultate dieser Studie auf medizinische und chirurgische Abteilungen beziehen und somit nicht generalisiert werden können. Die Reliabilität und Validität des Fragebogens nach Thomas und Bond wird nicht gegeben. Die geschätzten Koeffizienten der Zuverlässigkeit lagen bei 0,90, 0,91, 0,76, 0,93 und 0,88 für die Zufriedenheit der Vorgesetzten, Mitarbeiter und Weiterentwicklung. Jedoch ist nicht nachvollziehbar, warum 5 Koeffizienten aufgeführt wurden, jedoch nur 3 Kategorien genannt werden. Es ist nicht klar, ob eine Ethikkommission hinzugezogen wurde. Zudem wird der Grund dafür von den Forschenden nicht dargelegt. Die Rücklaufquote beträgt 84%. Dies ist ein mögliches Indiz für eine freiwillige Teilnahme an der Studie. Validität: Die Forschenden schreiben, dass ein prospektives Interventionsstudiendesign besser gewesen wäre, dies im Berufsleben jedoch, aus ethischen und praktischen Gründen, selten durchführbar sei. Ein natürliches Experiment mit nicht-randomisierten Gruppen ist dafür das beste Design, das man mit so einer Studie erreichen kann. In Zukunft würde der Einbezug einer ethnographischen Methode den Einblick in den Prozess zwischen Organisation, Pflegeleistungen und Arbeitszufriedenheit vertiefen.

Zusammenfassung Quantitatives Forschungsdesign: Adaption, benefit and quality of care associated with primary nursing in an acute inpatient setting: A cross-sectional descriptive study (Naef et al., 2019)

	Forschungsschritte	Zusammenfassung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Im Mittelpunkt des heutigen Gesundheitswesens steht die Gewährleistung einer sicheren und wirksamen Patientenversorgung bei gleichzeitiger Senkung der Kosten. Pflegemodelle wie PNM sollen eine qualitativ hochwertige und personenzentrierte Pflege ermöglichen. Bislang gibt es nur eine mässige Menge an Forschungsergebnissen zu PNM, von denen die meisten im 20. Jahrhundert veröffentlicht wurden.</p> <p>Im Jahr 1970 wurde PNM als Alternative zu aufgabenorientierten Pflegemodellen eingeführt. Die humanistische, personenzentrierte Philosophie der PNM zielt auf eine qualitativ hochwertige, koordinierte und kontinuierliche Patientenversorgung ab und gewährleistet die Autonomie und Verantwortlichkeit der Pflegefachpersonen (PFP) bei klinischen Entscheidungsfindungen. Obwohl in verschiedenen Studien ein Zusammenhang zwischen PNM und höherer Qualität und Zufriedenheit mit der Pflege, verbesserter Arbeitszufriedenheit und geringeren Pflegekosten hergestellt wurde, ist die Beweislage in Bezug auf PNM nach wie vor nicht schlüssig. Ungeachtet der Veränderungen in der heutigen Gesundheitsversorgung ist das Konzept von PNM konstant geblieben, jedoch die Einführung von PNM wird in der Akutversorgung als unstrukturiert und uneinheitlich bezeichnet.</p> <p>In dieser Studie wurde eine krankenhausesweite Evaluation durchgeführt. Das professionelle personenzentrierte Praxismodell des Krankenhauses diente als konzeptioneller Rahmen und wurde durch PNM ergänzt. Ziel war es, die Einführung von PNM in den Pflegeprozess von Patient:innen in verschiedenen Abteilungen zu untersuchen und die Qualität der PN-geleiteten, personenzentrierten Pflege zu ermitteln.</p> <p>Ziel: 1) Untersuchung der Adaption von PNM und sein wahrgenommener Nutzen für die personenzentrierte und koordinierte Pflege 2) die Sicht der Patienten auf die Qualität der PN-geleiteten, personenzentrierten Pflege 3) Adaption und Vorteile von PNM sowie Vergleich der Qualität der von der PN-geleiteten Pflege auf den verschiedenen Abteilungen.</p>
	Ansatz / Design	Durchgeführt wurde eine single-centre, deskriptive Querschnittsstudie. Die Daten der Patienten wurden an einem zufällig ausgewählten Tag im Mai 2017 und die Daten des PP zwischen Mai und Juni 2017 erhoben.
	Stichprobe	<p>Durchgeführt wurde die Studie in einem 900-Betten-Universitätsspital in der Deutschschweiz. Stationäre Abteilungen (N=52). Teilnehmende: Stationäre Akutpatienten und PP.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> Patienten, die ≥ 2 Tage stationär behandelt werden, die sich auf deutsch verständigen können, die kognitiv und physisch in der Lage sind an der persönlichen Beantwortung eines Fragebogens teilzunehmen. Unter der Annahme einer 80%-igen Bettenbelegung und einer Rücklaufquote von 50% wurde die erforderliche Stichprobengrösse auf 360 festgelegt. Alle PFP's und Pflegehelfer auf den 52 Stationen konnten an der Umfrage teilnehmen. Bei 2'600 PP und einer erwarteten Rücklaufquote von 30% ergab sich eine angenommene Stichprobengrösse von 780.</p>
	Datenerhebung	<p>Die Datenerhebung wurde von Pflegespezialisten koordiniert. Einen Tag vor der Datenerhebung informierte eine PFP die potenziellen Patienten und legte ihnen schriftliche Informationen über die Studie vor. Diejenigen, die mündlich eingewilligt hatten, wurden am nächsten Tag von einer studentischen Datensammler:in erneut um mündliche Einwilligung gebeten, bevor die Daten mithilfe von RedCap® extrahiert und ein Fragebogen persönlich ausgefüllt wurde. Die Studenten hatten eine 7-stündige Schulung in Forschung, ethischen Grundsätzen und wurden einer fremden Station zugewiesen.</p> <p>Alle PP erhielten einen Online-Fragebogen per E-Mail (mit einer einmonatigen Erinnerungsfrist), und eine Einladung wurde an der Online-Informationstafel veröffentlicht.</p> <p>Instrumente: Zur Untersuchung des 1. Ziels:</p> <ul style="list-style-type: none"> wurde ein Fragebogen für das PP entwickelt - Primary Nursing Scale (PNS) - die Wahrnehmung des PP hinsichtlich der Annahme von PNM. wurde ein Extraktionsbogen für die Analyse von Patientenakten entwickelt, um festzustellen, ob die Einführung von PNM einen Einfluss auf den Pflegeprozess hat. <p>Zur Untersuchung des 2. Ziels:</p> <ul style="list-style-type: none"> wurde die validierte 18-items Oncology Patients' Perceptions of Quality of Nursing Care Scale (OPPQNCS) übersetzt und verwendet - die Wahrnehmung der Patient:innen wird hiermit gemessen. <p>Demografische Daten der PP: Alter, Geschlecht, Arbeitspensum, Ausbildungsabschluss, beruflicher Werdegang und ihr Wissen über die Vorgehensweise des Krankenhauses bezüglich PNM.</p> <p>Demografische Daten der Patient:innen: Alter, Geschlecht, Zeit seit der Aufnahme.</p>
Methode	Datenanalyse	Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS-Version 23 - Patienten- und Pflegedaten getrennt. Die Analyse der Datenverteilung mit Hilfe von Histogrammen und dem Kolmogorov-Smirnov-Test ergab, dass keine Normalverteilung vorlag, weshalb Mediane und Perzentile verwendet wurden. Der Zusammenhang zwischen demographischen und arbeitsbezogenen Charakteristiken wurde mit Hilfe der Spearman's correlation getestet. Um die Unterschiede zwischen den Pflegeabteilungen festzustellen, wurden der Pearson-Chi-Quadrat-Test und die univariate analysis of variance mit dem Post-Hoc-Test und Bonferroni correction verwendet. Ein angepasster F-Test wurde verwendet, wenn die Homogenität nicht gegeben war. $\alpha = 0,05$.
	Ethik	Die Ethikkommission des Kantons Zürich verzichtete auf eine Genehmigung. Die Studie folgte den nationalen Richtlinien für die Forschung am Menschen in Gesundheit und Krankheit. Es wurde keine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Zweimal wurde eine mündliche Einwilligung eingeholt und der zurückgesendete Fragebogen des PP wurde als informed consent betrachtet.

Ergebnis	Ergebnisse	<p>369 Patient:innen erfüllten die Einschlusskriterien. 346 Fragebögen wurden ausgefüllt.</p> <p>95,5 % der stationären Patienten berichteten über eine hohe Gesamtqualität der Pflege. Reaktionsfähigkeit, Kompetenz und Individualität der Pflege wurden hoch bewertet, die Koordination der Pflege wurde jedoch als geringer empfunden. Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Pflegequalität zwischen den einzelnen Pflegeabteilungen festgestellt.</p> <p>72,1 % der Patient:innen hatten eine PN zugewiesen bekommen. In 81,1 % der Fälle erfolgte die Aufnahmebeurteilung und Pflegeplanung innerhalb 48 Stunden, in 26,1 % der Fälle ausschliesslich durch den PN, 86,5 % der Fälle wurde die Entlassungsplanung dokumentiert und in 42,9 % der Fälle war der PN in irgendeiner Weise beteiligt, in 50,5 % der Fälle erfolgte die Pflegeplanung und wöchentliche Assessment und in 43,3 % der Fälle wurde dies durch den PN durchgeführt. Zwischen den Pflegeabteilungen wurde ein statistischer Unterschied bei der Zuweisung von PN, der von der PN-geleiteten Aufnahme und der von der PN-geleiteten Assessment und Pflege festgestellt, jedoch kein Unterschied bei der Austrittsplanung.</p> <p>63,3 % stimmten zu, dass PNM in ihrer Abteilung eingeführt worden war. 71,4 % der PP gaben an, dass die Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt werden konnten, und 56,5 % erhielten Unterstützung von den Stationsleitern. 45% gaben an, dass die Koordination und Dokumentation des Pflegeprozesses von den PN durchgeführt wurde und 40%, dass die Arbeitspläne PNM unterstützten. Der Pflegebereich (N=7, z.B. Chirurgie/Medizin) hat einen signifikanten Einfluss auf die von der PP wahrgenommenen Adaption von PNM. 64% der Varianz in der Adaption kann durch den Pflegebereich erklärt werden. Die Intensivpflege unterscheidet sich statistisch von 4 der Pflegebereichen.</p> <p>Die meisten Pflegenden gaben an, dass PNM für die Erbringung einer personenzentrierten Pflege von Vorteil ist, da sie die Beziehung zwischen Patienten und Pflege ermöglicht und die Kontinuität erhöht. Durch die primäre Verantwortung für die Planung und Koordination gaben 60,8% an, dass ihre Arbeitszufriedenheit gestiegen ist. Der Pflegebereich (N=7) hat eine signifikante Auswirkung auf den von den PP berichteten Benefits. 62% der Varianz des Nutzens kann durch den Pflegebereich erklärt werden. Die Intensivpflege unterscheidet sich statistisch von 5 der Pflegebereichen.</p> <p>Die Wahrnehmung des PP wurde nicht durch demografische Daten beeinflusst. Es bestand eine positive Korrelation zwischen der Adaption und dem Nutzen Scores.</p>
	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Insgesamt empfanden die Patienten die Pflege als individuell, kompetent und professionell, doch die Koordination durch die PN wurde schlechter bewertet. Selbst wenn eine PN anwesend ist, ist die Koordination in der Akutversorgung immer noch ein komplexer Aspekt der Pflegequalität. Die Schweizer Patienten bewerteten die Qualität und Sicherheit der Pflege im Vergleich zu Studien aus anderen europäischen Ländern, höher. Das verwendete Studiendesign lässt jedoch keine Rückschlüsse auf einen Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflege und PN zu.</p> <p>In dieser Studie wurde kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Pflegeabteilungen in Bezug auf die Qualität der Pflege festgestellt, obwohl die Literatur darauf hindeutet, dass Kultur, Führung und Skills-Grade-Mix für die Gesamtqualität entscheidend sind. Es wird vermutet, dass die Auffassung in den verschiedenen klinischen Bereichen unterschiedlich ist, was in dieser Studie dadurch belegt wird, dass die PN-geleitete Pflege signifikant mit der klinischen Abteilung assoziiert ist. Der Unterschied besteht zwischen Intensivstationen und Akutbettenstationen: Die enge Beziehung zu kritisch kranken Patienten über einen längeren Zeitraum kann einen erheblichen Stress für die PN darstellen, jedoch ist es unklar, warum PP auf Intensivstationen PNM weniger annehmen und weniger Nutzen darin sehen. Auch wenn die Implementierung von PNM begrenzt war, zeigte die Studie, dass die PP an den Wert von PNM glauben, um eine personenzentrierte und kontinuierliche Pflege zu gewährleisten. PP berichten, dass PNM einen positiven Einfluss auf die Qualität der Pflege und auf ihre Arbeitszufriedenheit hat.</p> <p>Eine höhere Akzeptanz von PNM wurde mit einer höheren Wahrnehmung ihres Nutzens in Verbindung gebracht. Um Pflege zu individualisieren, stehen Personenzentriertheit und Beziehungsaufbau im Mittelpunkt. Eine Studie zeigt, dass die Arbeitszufriedenheit und die Retentionsrate steigen, wenn PP durch unterstützende Systeme die Care-ethik der Pflege verwirklichen.</p> <p>Dass Qualität und Kontinuität der Pflege zu positiven Patientenoutcomes führen, ist bekannt. Diese Studie zeigt erneut, wie schwierig es ist, dass eine einzige PN die Pflege eines Patienten plant, durchführt und evaluiert. Daher ist es notwendig, dass das Pflegemanagement ein Arbeitsumfeld schafft, das es das PFP ermöglicht, ihre Aufgaben zu erfüllen. Es könnte notwendig sein, dass PNM neu überdacht, angepasst oder erweitert werden muss, um den ändernden Bedürfnissen der Patienten und klinischen Bereichen mit kurzer Aufenthaltsdauer gerecht zu werden. Zukünftige Forschung ist erforderlich, um die Umsetzung, Annahme, Durchführbarkeit, Genauigkeit und Verbreitung von PNM zu untersuchen.</p> <p>Limitationen: Die Rücklaufquote bei dem PP lag bei 20%. Es könnte sein, dass nur diejenigen teilgenommen haben, die PNM gegenüber positiv eingestellt sind. Vulnerable Patienten, die in der Regel komplexe Bedürfnisse haben, sind in dieser Studie unterrepräsentiert und müssen bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse in Betracht gezogen werden. Die Inter-Rater-Reliabilität konnte nicht festgestellt werden, da ein Bias seitens der Pflegestudenten die Daten verzerrt haben könnte. Selbst entwickelte oder übersetzte Fragebögen wurden nicht auf Validität und Zuverlässigkeit geprüft.</p>
Diskussion	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>Obwohl die Patienten ihre Pflege als individuell, professionell und kompetent wahrnehmen, mangelt es immer noch an Pflegekoordination. Selbst bei einer unzureichenden Implementierung von PNM betonten PP den Nutzen für Beziehungen, Individualisierung und Arbeitszufriedenheit. Andere Ansätze, wie Pflege- oder andere Berufsgruppen geleitetes Care Management, könnten einen Weg zu mehr Pflegekoordination und Systemintegration sein.</p>

Systematische Würdigung Quantitatives Forschungsdesign: Adaption, benefit and quality of care associated with primary nursing in an acute inpatient setting: A cross-sectional descriptive study (Naef et al., 2019)

	Forschungsschritte	Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Die Studie befasst sich unter anderem mit der Adaption und den wahrgenommenen Vorteilen von PNM in der personenzentrierten Pflege. Sowohl Patient:innen als auch PFP wurden in die Studie eingeschlossen. Da in der Bachelorarbeit die Auswirkungen von PNM auf PFP untersucht werden, beantwortet ein Teil der Studie die Frage der Bachelorarbeit. Zudem ist sie für die Berufspraxis relevant da PNM sehr lückenhaft beforscht ist.</p> <p>Die in der Einleitung verwendete Literatur ist angemessen gewählt und unterstützt die Argumentation zur Forschungsrelevanz. Die Artikel sind in den meisten Fällen aktuell. Trotzdem gibt es einige aus den 70er und frühen 2000-er Jahren. Der Einbezug dieser älteren Artikel ist jedoch nachvollziehbar und angemessen.</p> <p>Als theoretischer Bezugsrahmen für diese Studie wurde das Professional Practice Modell gewählt. Da dieses Modell einen personenzentrierten Pflegeansatz hat und Prinzipien wie Respekt, Mitbestimmung, Praxisorientierung, Verantwortung und Kontinuität in der Pflege beinhaltet, wird es als angemessen und passend erachtet. Der Bezugsrahmen wurden in der Einleitung jedoch zu wenig beschrieben und ist somit schwer verständlich.</p> <p>Die Forschungslücke wird in der Einleitung deutlich. Zudem wird der Forschungsbedarf schlüssig und nachvollziehbar argumentiert. Das formulierte Forschungsziel ist klar definiert, eine Forschungsfrage oder Hypothese wurde nicht gestellt.</p>
	Ansatz / Design	Es handelt sich um eine single-center, deskriptive Querschnittsstudie. Da die Fragestellung eine Beobachtungsstudie voraussetzt und keine Vergleichsgruppen erfordert, ist der deskriptive Ansatz passend gewählt.
Methode	Stichprobe	<p>Die Population, Patient:innen und PP, wurde passend zum Forschungsziel gewählt. Die Wahl der Stichprobe ist somit nachvollziehbar. Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Patient:innen wurden beschrieben (für die PP wurden keine zusätzlichen Kriterien definiert). Die Art der Stichprobenziehung ist nicht nachvollziehbar. Es wird beschrieben, dass alle Patient:innen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, sowie alle PP, welche im Krankenhaus arbeiten, in die Studie eingeschlossen wurden. Wieso genau dieses Krankenhaus ausgewählt wurde, wird nicht beschrieben.</p> <p>Es wurde davon ausgegangen, dass 780 PP und 360 Patient:innen an der Studie teilnehmen. Somit ist die Stichprobengröße sowohl bei den PP als auch Patient:innen angemessen. Dabei wurde bei den PP mit einem Respons Rate von 30% und bei den Patient:innen mit einer von 50% gerechnet. Dabei handelt es sich um angemessene Respons Rates, welche die Ergebnisse nicht beeinflussen. Trotzdem stellt sich die Frage, ob die Resultate auf Grund der single-Center Studie auf andere Zentren adaptiert werden können. Da es sich um eine überwiegend deskriptive Studie handelt, wurde keine Power errechnet.</p>
	Datenerhebung	<p>Die verwendete Art der Datenerhebung (drei verschiedenen Messinstrumente), ist passend gewählt um das gesetzte Forschungsziel zu erreichen. Zudem wurde die Wahl von jedem Messinstrument nachvollziehbar begründet und mit empirischer Literatur belegt.</p> <p>Die Variablen wurden für beide Gruppen sinnvoll und umfassend gewählt. Die Datenerhebung bei allen Teilnehmenden ist zudem nachvollziehbar beschrieben. Ob die Datenerhebung bei allen Teilnehmenden komplett und unter gleichen Umständen erhoben wurde, wird nicht explizit beschrieben, es kann jedoch davon ausgegangen werden.</p> <p>Die Güte (Reliabilität und Validität) der einzelnen Messinstrumente wird als angemessen betrachtet. Zudem weisen alle Messinstrumente einen hohen Cronbach's α auf. Lediglich beim structured extraction sheet wurde die Spezifität nicht beschrieben. Der durch die Forschenden entwickelte PNM-Fragebogen wurde zuvor mit 15 PFP getestet und zeigte einen Cronbach's α von 0.88, was einem hohen Wert entspricht.</p>
	Datenanalyse	<p>Das Verfahren der Datenanalyse wurde nachvollziehbar beschrieben. Zudem wurden alle verwendeten Testverfahren aufgeführt und prägnant und plausibel begründet. Das gewählte Signifikanzniveau von 0.05 ist nachvollziehbar und für eine Forschung im Gesundheitswesen angemessen.</p> <p>Da keine Hypothese gestellt wurde, wird auch keine p-Wert oder Effektstärke beschrieben.</p>
	Ethik	Ethische Fragen wurden beschrieben. Die Ethikkommission des Kantons Zürich verzichtet auf eine Genehmigung. Wieso die Ethikkommission auf eine Genehmigung verzichtet, wird nicht beschrieben. Zudem wurde die mündliche Einwilligung der Patient:innen eingeholt. Da die Daten anonym eingeholt wurden, war eine schriftliche Einwilligung nicht nötig. Weiter wurde von den PP das Einsenden des beantworteten Fragebogens als Einwilligung angesehen. Die Begründung dieses Vorgehens ist schlüssig.
	Ergebnisse	Die Ergebnisse wurden präzise und prägnant in Textform erläutert, sowie in Tabellenform und mittels Boxplot dargestellt. Wobei die Abteilung 2 und Abbildung 3 schwierig zu verstehen sind, da die einzelnen Mediane auf der linken Horizontalen nicht leicht nachzuvollziehen sind (hoher oder niedriger Wert). Im Text wird auf alle in der Studie dargestellten Grafiken bezuggenommen. Zudem werden die Vorteile der PFP durch die Umsetzung von PNM nicht klar beschrieben. Weiter unterstützen die Grafiken, die beschriebenen Ergebnisse sinnvoll.

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse, welche zum Erreichen des Forschungsziels beitrugen, wurden diskutiert und mit aktueller und passender Literatur untermauert. Die von den Forschenden angestellten Interpretationen stimmen zudem mit den Ergebnissen überein. Zudem wurde die Diskussion mit empirischer Literatur gestützt.</p> <p>Der theoretische Bezugsrahmen war in der Diskussion nicht klar ersichtlich, wurde jedoch zwischen den Zeilen angedeutet. Durch die ausführliche Diskussion der Ergebnisse und dem Hinzuziehen weiterer Literatur bietet der Diskussionsteil einen Mehrwert zum Ergebnisteil.</p> <p>Die Ergebnisse zeigen zudem auf, dass das PNM für die Praxis überdacht werden muss und dass der Akutbereich in den letzten Jahren sehr viel schneller geworden ist. Somit sind die Ergebnisse praxisrelevant, wie diese Ergebnisse in der Praxis jedoch genau genutzt werden können wird von den Forschenden nicht diskutiert.</p> <p>Als letztes wurden die Limitationen und Stärken der Studie angemessen diskutiert und nachvollziehbar dargelegt. Trotzdem stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse aus einer Klinik generalisiert werden können. Dieser Punkt wird nicht diskutiert.</p>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>Die Forschenden stellen keinen eindeutigen Praxisbezug der Ergebnisse dar. Trotzdem wird die Studie als sinnvoll erachtet, da sie aufzeigt, welchen Einfluss die Umsetzung von PNM in der Berufspraxis hat. Weiter ist eine klare Forschungslücke zu dem Thema PNM ersichtlich, welche durch diese Studie etwas geschlossen wird.</p> <p>Die Stärken und Limitationen dieser Studie werden aufgeführt und diskutiert, wobei die Stärken überwiegen. Auf der 6-S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) befindet sich diese Studie auf dem untersten Evidenzlevel.</p>
Gütel/ Evidenzlage	Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	<p>Objektivität: Die Forschenden, welche die Daten sammelten, hatten keinen direkten Patientenkontakt. Somit wird eine Beeinflussung durch das Forschungsteam als gering betrachtet. Zudem weisen die Messinstrumente eine hohe Güte auf. Wobei jedoch beachtet werden muss, dass alle verwendeten Fragebögen entweder selbst entwickelt oder durch das Forschungsteam übersetzt und kulturell angepasst wurden.</p> <p>Reliabilität: Die Reliabilität wird ebenfalls als hoch eingeschätzt, da die Studie über eine grosse Stichprobe verfügt und in sieben verschiedenen Pflegebereichen (Viszeralchirurgie und Transplantation, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kardio- und Pneumologie, Medizin, Geriatrie und Onkologie, Trauma-, Rheuma- und Dermatologie, Hals-, Nasen-, Ohrenklinik und Intensivstation) durchgeführt wurde. Trotzdem stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse aus einer Klinik generalisiert werden können. Dieser Punkt wird von den Forschenden nicht diskutiert. Was die Reliabilität zudem einschränkt, ist, dass nicht klar beschrieben wird, wann welche Testverfahren angewendet werden.</p> <p>Validität: Die statistischen Testverfahren wurden passend zum Erreichen des gesetzten Forschungszieles gewählt. Zudem wurde auch der theoretische Bezugsrahmen in der Studie passend zu dem Forschungsziel gewählt. In der Diskussion konnte der Bezugsrahmen jedoch nur wage wahrgenommen werden. Als letztes ist die Stichprobengrösse angemessen. Eine mögliche Verzerrung kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, da lediglich 20% der PP den Fragebogen ausgefüllt und zurückgesendet haben. Es ist möglich, dass PP, welche eine positive Einstellung zu PNM haben eher teilnahmen, was die Ergebnisse beeinflussen würde.</p>

Zusammenfassung Quantitatives Forschungsdesign: Two models of nursing practice: a comparative study of motivational characteristics, work satisfaction and stress (Rantanen et al., 2016)

	Forschungsschritte	Zusammenfassung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Innerhalb kurzer Zeit haben sich im Gesundheitswesen viele Dinge verändert, beispielsweise die Erwartung einer evidenz-basierten Pflege sowie kürzere Spitalaufenthalte von Patient:innen mit akuterer Erkrankungen. Das Patienten-, Pflege- und institutionelle Outcome wird durch das verwendete Pflegeorganisationsmodell beeinflusst. Häufig angewendete Modelle sind: Funktionspflege, Team Nursing, Total Nursing Care, Primary Nursing (PN) und Beziehungsbasierte Pflege (beinhaltet gewisse Elementen von PNM).</p> <p>Bei PNM ist eine Pflegefachperson (PFP) für die ihr zugeteilten Patient:innen von Eintritt bis Austritt verantwortlich. Hat die PN dienstfrei, delegiert sie ihre Verantwortung. Bei den anderen Modellen (IPAM, Total Patienten Care Model und der Fallmethode) sind die PFP nicht wie beim PNM während des gesamten Klinikaufenthalts zuständig, sondern lediglich während ihrer Schicht.</p> <p>Die Evaluation der Pflegemodelle wird mittels der Faktoren Stress, Arbeitszufriedenheit und Motivationseigenschaften durchgeführt. Verschiedene Studien zeigten, dass die Implementierung von PNM die Autonomie von PFP steigert und das Komplexitätserleben der Arbeit senkt. Andere Studien zeigen, dass die Implementierung von PNM eine Senkung des Burnouts oder Verminderung des Stress-Levels zur Folge hat. Wieder andere zeigen ein gesteigertes Stress-Level oder keinen Zusammenhang zwischen Stress und der Implementierung von PNM.</p> <p>Pflegemodelle sind ein Wegweiser zur Professionalität. Welches Modell verwendet werden soll, ist aufgrund der mangelnden Evidenz nicht klar. Deshalb werden die verschiedenen Modelle evaluiert und eine systematische Forschung wird durchgeführt. Diese Studie vergleicht zwei Pflegemodelle aus pflegerischer Sicht.</p> <p>Ziel: Die Unterschiede zwischen PNM und IPAM in folgenden Punkten zu untersuchen: 1) arbeitsbezogene Motivationseigenschaften 2) arbeitsbezogene Stressfaktoren 3) Arbeitszufriedenheit.</p>
	Ansatz / Design	<p>Diese drei-phasige Querschnittsstudie wurde in einem Universitätsspital in Finnland durchgeführt: <i>Phase 1:</i> Die Abteilungsmanager (n = 39) wurden mittels strukturierten Fragebogens gebeten von 5 Organisationsmodellen dasjenige anzuwählen, das jenem auf ihrer Abteilung am ehesten entspricht.</p> <p><i>Phase 2:</i> Die Abteilungsmanager (n=28) erhielten einen detaillierten Fragebogen zu den Modellen. Anhand dieser Fragebögen wurden, die am häufigsten verwendeten Modelle ermittelt.</p> <p><i>Phase 3:</i> Die zwei am häufigsten verwendeten Modelle wurden einander gegenübergestellt.</p>
Methode	Stichprobe	<p>Erhoben wurden die Daten auf 22 Abteilungen eines Universitätsspitals, das mit folgenden Modellen arbeiteten: 1) PNM mit einer PN und einer associate Nurse, die sich in den Schichten abwechselten (n=8) oder 2) IPAM (n=14). 643 PP wurden in die Studie eingeschlossen. Alle mussten zu Beginn der Datenerhebung seit mindestens drei Monaten auf der jeweiligen Abheilung gearbeitet haben.</p>
	Datenerhebung	<p>Die Datenerhebung erfolgte mittels elektronischer Fragebögen (via E-Mail) zwischen November bis Dezember 2012. 317 Fragebögen wurden zurückgesendet (response rate 49.3%), alle Antworten waren anonym.</p> <p>Motivationseigenschaften: Es wurde die Kurzform des job diagnostic survey (JDS) verwendet, welche anhand von 14 Items die Hauptmotivationsmerkmale misst. Zudem wurden sieben Subkategorien gebildet, welche jeweils aus 2 Items bestanden. Das Instrument weist einen Cronbach's α von 0.62-0.77 und die Subkategorien ein Spearman's Korrelationsquotient von 0.14-0.56 auf.</p> <p>Arbeitsbezogene Stressfaktoren: Diese wurden mit der Zusatz-Version des nurse stress index (NSI) erhoben. Der Cronbach's α aus früheren Studien war akzeptabel, die Subkategorien wiesen einen Cronbach's α von 0.77-0.79 und ein Spearman's Korrelationsquotient von 0.40-0.61 auf.</p> <p>Arbeitszufriedenheit: Es wurde mit der aus 14 Items bestehenden JDS job satisfaction scale gemessen. Sie hat ein Cronbach's α von 0.58 – 0.91. Hintergrund Variable waren Alter, Geschlecht, Ausbildung, Jobtitel und Anstellungsstatus.</p>
	Datenanalyse	<p>Die Datenanalyse wurde mittels deskriptiver Statistik durchgeführt. Der chi-quadrat-test wurde verwendet, um den Einfluss der Hintergrundvariablen auf die Modelle zu ermitteln. Aus der Summe der Variablen wurde der Median errechnet. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Items wurden bei parametrischen Daten mittels t-Test und bei nicht-parametrischen mittels Mann-Whitney U-test errechnet.</p> <p>Die statistische Signifikanz wurde auf $p < 0.05$ festgelegt. Zudem wurde das Programm IBM SPSS Statistics für Windows, Version 20.0, verwendet.</p>
	Ethik	<p>Das Einverständnis wurde vom Educational Nursing Director of the University Hospital eingeholt. Die Teilnahme war freiwillig, Informationen wurden schriftlich und mündlich abgegeben, zudem bestand die Möglichkeit jederzeit weitere Informationen bei den Forschenden einzuholen. Alle Daten aus der dritten Phase waren anonym.</p>
Ergebnis	Ergebnisse	<p>Die Grunddaten (Alter, Geschlecht, Anstellungsgrad etc.) beider Gruppen waren beinahe identisch. PP beider Gruppen schätzten das Einsetzen der unterschiedlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten in ihrer Arbeit. Jedoch bemerkten PP aus der PNM-Gruppe, dass sie weniger Feedback von Vorgesetzten und Teamkolleg:innen bekämen, eine statistische Signifikanz war nicht gegeben. Weiter nahmen beide Gruppen ihre Arbeit als zersplittert und unbeeendet war. Zudem empfanden PP aus der PNM-Gruppe einen signifikant höheren arbeitsbezogenen Stress durch unterlassene Interventionen und eine höhere Knappheit an PP. Es gab jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied des allgemeinen Stresses zwischen den zwei Gruppen.</p> <p>In der IPAM-Gruppe wurde der patientenbezogene Stress als belastender empfunden, wohingegen die PNM-Gruppe den Mitarbeiterwechsel als belastender empfand. Die Zufriedenheit mit der Möglichkeit persönlicher Weiterentwicklung war in der PNM-Gruppe höher, jedoch statistisch nicht signifikant. Bezüglich der Arbeitszufriedenheit war die PNM-Gruppe mit ihren Vorgesetzten signifikant weniger zufrieden als die IPAM-Gruppe.</p>

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Diese Studie hatte zum Ziel, den Unterschied zwischen PNM und IPAM auf Arbeitsmotivation, Arbeitszufriedenheit und arbeitsbedingten Stressfaktoren zu untersuchen.</p> <p>Der Unterschied in der Motivation war statistisch nicht signifikant. In der PNM-Gruppe wurde der Mitarbeiterwechsel und die Arbeit als stressvoller empfunden. Die Autonomie hingegen wurde von beiden Gruppen ähnlich eingestuft. Dies widerspricht früheren Studien, welche nach der Implementierung von PNM einen höheren Level an Autonomie feststellten.</p> <p>Ein Unterschied zwischen dem arbeitsbedingten Stress konnte ebenfalls nicht festgestellt werden. Die Subkategorien zeigten jedoch, dass die PNM-Gruppe die Arbeit als stressvoller wahrnahm. Eine mögliche Erklärung ist, dass die PN die Verantwortung für ihre Patient:innen selber tragen müssen, während die IPAM-PP dieses totale Verantwortung aufteilen können. Zudem wird der Mitarbeiterwechsel in den PNM-Gruppen als stressvoller empfunden. Viele Faktoren haben einen negativen Einfluss auf den Mitarbeiterwechsel wie beispielsweise die arbeitsbedingten Stressfaktoren.</p> <p>Die IPAM-Gruppen äusserten zufriedener als die PNM-Gruppen mit den Vorgesetzten zu sein. Eine Erklärung ist, dass sich die PN durch die Vorgesetzten in der totalen Verantwortung nicht genügend unterstützt fühlten, welche sie übernehmen. Weiter zeigten frühere Studien eine positive Korrelation zwischen der Unterstützung von Vorgesetzten und dem Management-Stil.</p> <p>Ein Unterschied in der persönlichen Weiterentwicklung zwischen den Modellen konnte nicht festgestellt werden. Dies korrelierte mit dem Ergebnis einer früheren Studie, es gibt jedoch auch Studien, welche diesem Ergebnis widersprechen. Eine Erklärung sind die unterschiedlichen Messinstrumente, welche verwendet wurden.</p> <p>Es gibt nicht genügend Evidenz, um eines der Modelle zu bevorzugen. Wichtig für die klinische Praxis ist, dass die Umsetzung von PNM unnötigen Stress für PP bedeuten kann. In diesem Fall ist es als Vorgesetzte wichtig, die PP genügend zu unterstützen. Zudem sollen unnötige Mitarbeiterwechsel möglichst vermieden werden, da dies bei PP zu Stress führt.</p> <p>Limitationen: Durch das Forschungsdesign (Querschnittsstudie), zeigen die Ergebnisse lediglich eine Momentaufnahme. Zudem wurden diese in einem Krankenhaus in Finnland gesammelt und können nur unter Vorbehalt generalisiert werden. Weiter wurden die Gruppen anhand der Informationen von Vorgesetzten in PNM und IPAM aufgeteilt, wobei sich die Frage stellt, ob diese wissen, welches Modell umgesetzt wird. Auch zeigen einige Teile der Messinstrumente eine eher tiefe Validität auf. Als letztes ist die Response Rate von 49% tief.</p>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>Der arbeitsbedingte Stress wurde von den PP unabhängig vom umgesetzten Modell gleich empfunden. Die PNM-Gruppe äusserte jedoch mehr Stress zu empfinden, die IPAM-Gruppe gaben jedoch einen höheren patientenbezogenen Stresslevel an. Die Resultate sind zu wenige evidenzgestützt, um ein Modell zu bevorzugen, somit ist weitere Forschung nötig.</p> <p>Keines der beiden Modelle kann aus Sicht von PP bevorzugt werden, da die Evidenz fehlt. Vorgesetzte müssen jedoch je nach Modell die PP unterschiedlich supporten.</p>

Systematische Würdigung Quantitatives Forschungsdesign: Two models of nursing practice: a comparative study of motivational characteristics, work satisfaction and stress (Rantanen et al., 2016)

	Forschungsschritte	Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Das Ziel dieser Studie ist es die Unterscheide zwischen zwei Pflegemodelle in folgenden Punkten zu untersuchen: 1) arbeitsbezogene Motivationseigenschaften 2) arbeitsbezogene Stressfaktoren und 3) Arbeitszufriedenheit. Ein Teil davon antwortet unserer Fragestellung der BA.</p> <p>Die Literatur ist logisch dargestellt und geht von einer allgemeinen Erklärung über Veränderungen im Gesundheitswesen aus, zum Einfluss der Organisationsmodelle auf die Pflegepraxis, bis hin zu der Erklärung der zwei untersuchten Modelle. Zudem wird aufgezeigt, dass die Literatur bisher widersprüchlich bezüglich der Ergebnisse war. Durch die widersprüchliche Literatur wird die Forschungslücke und somit der Forschungsbedarf zu diesem Thema nachvollziehbar aufgezeigt. Über PNM wird mehr geschrieben als über IPAM. Die Literatur liegt zwischen 1975-2011. Um die Auswahl der drei Aspekte, arbeitsbezogene Motivationseigenschaften, arbeitsbezogene Stressfaktoren und Arbeitszufriedenheit, zu begründen, wurde Literatur zwischen 1975-1989 benützt. Die Frage ist, ob nicht aktuellere Literatur zu diesen Themen vorhanden ist.</p> <p>Diverse Organisationsmodelle werden erwähnt. Wieso gerade PNM und IPAM in dieser Studie untersucht wurden, wird nur lückenhaft erklärt. Das Ziel ist klar definiert. Keine Hypothesen wurden aufgestellt.</p>
	Ansatz / Design	<p>Das Design einer Querschnittsstudie ist angemessen, um die Forschungsfrage zu beantworten. Dabei wird eine Momentaufnahme gemacht, um erste Anhaltspunkte zum Thema zu erlangen.</p> <p>Die Verbindung zwischen Forschungsziel und Forschungsdesign wird nicht erwähnt. Die Intervention wird in 3 Phasen umgesetzt, welche ausführlich beschrieben werden. Zudem wird die Planung der Interventionen nachvollziehbar beschrieben. Es ist nicht klar, ob alle 3 Phasen zum Studiendesign gehören oder ob die ersten 2 Phasen Teil der Vorstudie sind, denn das Forschungsziel wird aufbauend auf der Phase 1 und 2 definiert.</p> <p>Es werden keine möglichen Verzerrungen in Bezug auf die Intervention beschrieben. Zudem wird auch die Art der Kontrolle bei der Durchführung nicht beschrieben.</p>
	Stichprobe	<p>Die Population passt zum Forschungsziel dieser Studie.</p> <p>Die Art der Stichprobenziehung war für das Forschungsdesign angebracht. Alle PP, die mehr als drei Monate auf einer der Abteilungen arbeiteten, auf der entweder PNM oder IPAM angewendet wird, wurden in die Studie eingeschlossen.</p> <p>Die Stichprobe war repräsentativ, es wird nicht erwähnt, welche Verzerrungen bezüglich der Stichprobe zu erwarten sind.</p> <p>Die Stichprobengröße (n=317) scheint angemessen: Die Stichprobengröße für die einzelnen Gruppen (PNM und IPAM) wird jedoch nicht beschrieben. Keine kalkulierte minimal Stichprobe wird beschrieben. Die Stichprobengröße wird mit einer Rücklaufquote von 49.3% und zwei abgelehnten Fragebogen begründet.</p> <p>Die Teilnehmenden sind nicht ausführlich beschrieben, jedoch scheint es für diese Studie angemessen zu sein. Keine Begründungen werden hierzu gemacht.</p> <p>Die Informationen bezüglich der Interventions- und Kontrollgruppe fehlen in diesem Abschnitt. Es wird erwähnt, dass 50.7% Non-Responders waren. Welchen Einfluss dieses auf die Studienergebnisse hat, wird nicht erwähnt.</p>
	Datenerhebung	<p>Die Art der Datenerhebung mittels Fragebogen war in Bezug auf das Forschungsziel nachvollziehbar.</p> <p>Die abhängigen Variablen sind sinnvoll und umfassend gewählt. Die Variablen werden nicht definiert. Der Fragebogen zur Datenerhebung wurde allen Teilnehmenden elektronisch per E-Mail zugesendet.</p> <p>Die Auswahl der Messinstrumente wird nicht begründet. Der JDS zeigt eine Reliabilität zwischen fragwürdig und akzeptabel mit einem Cronbach's α zwischen 0.62 -0.77 und einem Spearman's Korrelationsquotienten zwischen 0.14 – 0.56 (gering und gross). Der NSI zeigte in anderen Studien einen akzeptablen Cronbach's α, die Unterskalen in dieser Studie zeigten ebenfalls eine akzeptable Reliabilität mit einem Cronbach's α von 0.77 und 0.79. Zwei Unterskalen, „feeling of isolation and information processing systems“ hatten ein Spearman's Korrelationsquotienten von 0.40 und 0.61 (moderat bis stark). Der JDS (Arbeitszufriedenheit) hatte einen Cronbach's α von 0.58 (niedrige Reliabilität) und 0.91 (Exzellente Reliabilität). Der spearman's Korrelationsquotient für die Unterskalen war stark: permanence of the employment ($r = 0.53$) und für Bezahlung ($r = 0.77$).</p>
Methode	Datenanalyse	<p>Das Verfahren der Datenanalyse wurde klar und nachvollziehbar beschrieben. Dabei wurden die statistischen Verfahren sinnvoll gewählt und entsprachen dem Skalenniveau (metrische oder kategorielle Daten). Um einen Vergleich von verschiedenen Elementen zwischen zwei Gruppen zu errechnen, wurde der t-test bei parametrischen Daten und der Mann-Whitney U-test bei nicht parametrischen Daten eingesetzt. Anhand des Histogramms wurde gezeigte, dass einige der Summenvariablen normal verteilt waren, und andere schief.</p> <p>P-Wert wurde auf < 0.05 gesetzt. Der P-Wert wird nicht begründet, ist jedoch nachvollziehbar, da es dem Standartwert für Pflegeforschung entspricht.</p>
	Ethik	<p>Die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden wird nicht diskutiert, jedoch wird erwähnt, dass die Teilnehmenden Informationen über die Studie von den Forschenden auf Nachfrage erhalten. Wie und zu welchem Zeitpunkt wird nicht beschrieben. Ob eine Ethikkommission involviert wurde, wird nicht beschrieben. Der Informed consent von Teilnehmenden wurde angesprochen.</p> <p>Die Genehmigung für diese Studie wurde von der Educational Nursing director of the University Hospital eingeholt. Zudem wurden alle Antworten in der dritten Phase anonymisiert.</p>

Ergebnis	Ergebnisse	Die Ergebnisse wurden präzise in text- und tabellarischer Form präsentiert. Die Ergebnisse wurden verständlich und übersichtlich dargestellt. Die Tabellen sind präzise, vollständig und verständlich und sind eine sinnvolle Ergänzung zum Text.
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Die relevanten Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage werden diskutiert. Die Interpretationen stimmen mit den Ergebnissen überein und sind nachvollziehbar. Dabei wurde das meiste Gewicht im Diskussionsteil auf die arbeitsbedingten Stressfaktoren gelegt. Diese Gewichtung ist nachvollziehbar, da in diesem Punkt die meisten signifikanten Ergebnisse gemessen wurden.</p> <p>Die Ergebnisse wurden in Bezug auf das Forschungsziel und unter Einbezug von anderen Studien, welche alle <15 Jahre alt sind, diskutiert.</p> <p>Alternative Erklärungen wurden gesucht, z.B. erklären die Forschenden, dass die PP auf den IPAM-Abteilungen eine gewisse „Gesamtverantwortung“ haben und PP auf den PNM-Stationen die totale Verantwortung für die Patient:innen übernehmen müssen.</p> <p>Der Punkt arbeitsbedingte Motivationseigenschaften wurde im Diskussionsteil kaum diskutiert. Trotzdem bietet der Diskussionsteil einen Mehrwert gegenüber den Ergebnissen, da Hypothesen der Forschenden und die klinische Bedeutsamkeit hervorgehoben wurden.</p> <p>Obwohl die Evidenz für die Bevorzugung eines der beiden Modelle nicht ausreicht, haben die Ergebnisse dieser Studie eine Relevanz für die Pflegeleitungen. Diese Relevanz wurde von den Forschenden begründet.</p> <p>Limitationen: Die Limitationen wurde angemessen aufgelistet und diskutiert. Eine weitere Limitation, welche noch diskutiert werden kann, ist, dass eine PP mit einem „Vocational degree or college degree“ keine Primary Nurse sein kann.</p>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>In Bezug auf die Ergebnisse dieser Studie ist die genannte Implikation sinnvoll. Dass die zwei Pflegemodelle auf Grund der Beschreibungen von den Stationsleitungen ausgewählt wurden, kann bemängelt werden. Denn werden die Pflegemodelle in den einzelnen Gruppen nicht gleichermassen umgesetzt, kann diese zu Verfälschungen der Studienergebnissen führen.</p> <p>Es wäre möglich diese Studie in einem anderen Setting zu wiederholen, jedoch müsste die Umsetzung der Modelle genauer überwacht werden.</p> <p>Das Evidenz-Level dieser Studie nach DiCenso et al. (2009) liegt auf dem untersten Niveau der 6 S Pyramide.</p>
Güte/ Evidenzlage	Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	<p>Objektivität: Die Objektivität ist insofern gegeben, falls der online Fragebogen die Rücklaufquote nicht beeinflusst hat, was wiederum einen Einfluss auf die Ergebnisse haben würde. Das Forschungsteam scheint die Ergebnisse nicht beeinflusst zu haben. Trotzdem wäre eine Prüfung der umgesetzten Pflegesysteme auf den Abteilungen durch die Forschenden sinnvoller gewesen. So hätte ein mögliches Bias durch Fehlinformationen ausgeschlossen werden können.</p> <p>Reliabilität: Durch das Forschungsdesign dieser Studie (Querschnittsstudie) kann die Generalisierbarkeit der Ergebnisse gehemmt werden. Die Studie ist zwar reproduzierbar, es ist jedoch fraglich, ob die gleichen Ergebnissen erzielt werden: Zum einen durch die Momentaufnahme, welche durch das Forschungsdesign gegeben ist, zum anderen aber auch dadurch, dass (nur) die Stationsleitung Auskunft über die, auf der Abteilung, umgesetzten Modellen gab. Weiter stellt sich die Frage, ob die Implementierung und Umsetzung der beiden Modelle auf den Stationen gleichermassen durchgeführt wurden und somit vergleichbar sind. Die verwendeten Messinstrumente zeigten eine niedrige, meist akzeptable bis exzellente Reliabilität auf. Der Spearman's Korrelationskoeffizient schwankte zwischen 0.14 -0.77 (gering bis gross).</p> <p>Validität: Diese Studie wurde auf spezialisierten somatischen Stationen durchgeführt, was eine Generalisierbarkeit erschwert. Die Messinstrumente passen zum Forschungsziel. Die Wahl der statistischen Tests sind angemessen, die nicht zufällige Stichprobenziehung könnte jedoch die Ergebnisse beeinflussen. Da diese Studie kein experimentelles Studiendesign besitzt, ist die interne Validität nicht gefährdet. Der Einfluss der Hintergrundvariablen auf die Modelle wurde ermittelt. Keine Randomisierung wurde vorgenommen und kausale Zusammenhänge wurden ebenfalls nicht geprüft.</p>

Zusammenfassung Quantitatives Forschungsdesign: Primary nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction (Sellick et al., 2003)

	Forschungsschritte	Zusammenfassung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Das Organisationssystem Primary Nursing (PNM) ermöglicht umfassende, individuelle und kontinuierliche Pflege. Zudem erlangen PP Autorität und Autonomie Interventionen selbst zu planen und zu implementieren. Es wird vermutet, dass PNM eine höhere Pflegequalität Patienten- und Arbeitszufriedenheit zur Folge hat und kosteneffizienter ist. Zwar ist PNM weltweit verbreitet, es gibt jedoch kaum Evidenz, welche belegt, das PNM anderen Modellen vorzuziehen ist. Studien, welche die Patientenwahrnehmungen in Bezug auf PNM untersuchten, verwendeten unterschiedliche Design, Methoden und Schlussfolgerungen, was dazu führt, dass die Empfehlungen PNM anzuwenden sehr unterschiedlich ausfallen. Auch die Studien, welche den Effekt von PNM auf die Mitarbeiterzufriedenheit untersuchten, zeigten widersprüchliche Ergebnisse.</p> <p>Wegen der widersprüchlichen Ergebnisse, dem Mangel an Evidenz, welcher die Anwendung von PNM unterstützt, und der Forderung einer strukturierten Forschung wurde diese Studie durchgeführt.</p> <p>Untersucht wurde wie Patient:innen PNM wahrnahmen und welchen Effekt PNM auf die Mitarbeiterzufriedenheit hat. Dabei wurde ein Design mit einer Kontrollgruppe bevorzugt. Zudem wurde darauf geachtet, objektive Daten zu erheben und die Hypothesen mit anerkannten statistischen Verfahren zu prüfen.</p> <p><u>Hypothesen:</u> 1) Patienten auf der Interventionsabteilung (PNM) erzielen auf den Patientenzufriedenheits-Skalen im Vergleich zu denen auf der Kontrollstation eine höhere Punktzahl. 2) PP, welche auf der Interventionsabteilung (PNM) arbeiten, stufen ihre Arbeitszufriedenheit im Vergleich zur Kontrollstation höher ein.</p> <p>PNM wird dann als gegeben angesehen, wenn eine PP die Verantwortung für eine kleine Gruppe an Patient:innen von Eintritt bis Austritt übernimmt. Diese erstellt zusammen mit dem Patienten die Pflegeplanung und -interventionen. Hat die PN frei, delegiert sie ihre Aufgaben.</p>
Methode	Ansatz / Design	Diese Quasi-experimentelle Studie wurde in einem grossen akuten Krankenhaus in Melbourne durchgeführt. Es wurden zwei medizinische Abteilungen anhand ihrer Charakteristiken ausgewählt. Eine der beiden Stationen pflegte wie bis anhin mittels Funktionspflege (FN), auf der anderen Abteilung wurde das PNM drei Monate vor Beginn der Studie implementiert.
	Stichprobe	Eingeschlossen wurden alle Patient:innen welche: Wach und orientiert waren, englisch sprechen und lesen konnten und eine Aufenthaltsdauer von ≤ 4 Tagen aufwies. Die Patient:innen wurden unabhängig des umgesetzten Modells den Abteilungen zugeteilt. Die finale Stichprobe bestand aus 28 Patient:innen und 17 PP auf der PNM-Abteilung und 31 Patient:innen und 20 PP auf der Kontrollabteilung (FN). Die Grunddaten der Patient:innen in beiden Gruppen zeigten grosse Ähnlichkeit.
	Datenerhebung	<p><u>Patientenzufriedenheit:</u> Sie wurde mit einem, für diese Studie entwickelten Patientenfragebogen, bestehend aus 11-Items, erhoben. 10-Items erfassten, wie Patient:innen die geleistete Pflege wahrnahmen. 1-Item forderte die Patient:innen auf, zu notieren von wie vielen PP sie in den letzten 24 Stunden bei pflegerischen Interventionen unterstützt wurden.</p> <p><u>Arbeitszufriedenheit:</u> Diese wurde mittels der Mitarbeiterzufriedenheits-Skala (23- Items) erhoben, welche speziell für die Studie entwickelt wurde. Die Skala besteht aus 2 Subskalen: Part A besteht aus 17-Items und misst die Arbeitsbedingungen. Part B besteht aus 6-Items, welche die Aufgabenfaktoren erfragten. Beide wurden vor der Anwendung an Pilotstichproben getestet.</p>
	Datenanalyse	<p>Allen Patient:innen der Kontroll- und PNM-Abteilung, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurde der Patientenfragebogen abgegeben. Der Fragebogen wurde am Austrittstag durch eine unbeteiligte Person den Patient:innen abgegeben. Dabei wurden sie darüber informiert, dass die Teilnahme freiwillig und anonym sei. Insgesamt nahmen 28 Patient:innen aus der PNM- und 31 aus der Kontrollabteilung teil.</p> <p>Allen PP von der PNM- und Kontrollabteilung wurde durch eine unbeteiligte Person die Arbeiterzufriedenheitsskala abgegeben. Die Teilnahme war anonym und vertraulich. Eine Response Rate von 100% wurde erreicht. Die gesammelten Daten wurden zusammengetragen und analysiert, um so die beiden Gruppen vergleichen zu können.</p>
	Ethik	Nicht beschrieben.
Ergebnis	Ergebnisse	<p>Um die erste Hypothese zu bestätigen, wurden die 10-Items des Patientenfragebogens zur Patientenwahrnehmung analysiert. Die Unterschiede der Items (3,4,6,8 und 8a) zwischen den beiden Abteilungen wurde mittels des Fishers exakt Test und dem chi-quadrat Test (Item-6) untersucht. Alle Items wurden auf der PNM-Abteilung häufiger mit „JA“ beantwortet. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Abteilungen konnte in Item 6 ($P < 0.05$) und 8 ($P < 0.01$) festgestellt werden. Die Items 2,5,7,9,10 und 11 wurden mittels dem Mann-Whitney U Test analysiert. Dabei wurde auf der PNM-Abteilung bei allen Items mit Ausnahme des Items-2 einen höheren Mittelwert errechnet. Ein statistisch signifikanter Unterschied konnte in den Items 5, 7, 10 und 11 festgestellt werden.</p> <p>Zur Bestätigung der zweiten Hypothese wurden die Daten der Arbeitszufriedenheitsskala mittels Mann-Whitney U Test analysiert. Ein statistisch signifikanter Unterschied zu Gunsten der PNM-Abteilung zeigten Item 2, 10, 16 und 23. Item 18 war auf der Kontrollabteilung statistisch signifikant höher.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Item 2: Die Chancen, die Sie haben, etwas Sinnvolles zu erreichen (The chances you have to accomplish something worthwhile) - Item 10: Die Möglichkeit, Meinungen zu äussern (The opportunity to voice opinions) - Item 16: Möglichkeiten, an Entscheidungen mitzuwirken (The chances you have to take part in making decisions) - Item 18: Ich muss sehr schnell arbeiten (I have to work very fast) - Item 23: Ich kann mein Arbeitstempo selbst bestimmen (I set the pace of my work)

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Die Resultate unterstützen die Hypothese, dass Patient:innen, welche auf der PNM-Abteilung gepflegt werden, zufriedener mit der geleisteten Pflege sind. Auf der PNM-Abteilung waren folgende sechs der 11 Items statistisch signifikant höher: besseres Verständnis für den Patienten, dessen Anliegen, vermehrte Kommunikation mit den Angehörigen, vermehrte Abgabe von Informationen bezüglich der Erkrankung oder des Zustandes, eher dazu beitragen, dass der Spitalaufenthalt eine positive Erfahrung war und bessere Austrittsorganisation. Diese Resultate korrelieren mit der grundlegenden Philosophie von PNM. Dass die Pflege auf der PNM-Abteilung individueller ist, zeigt auch der Mittelwert von Item 1. Auf der PNM-Abteilung lag der Mittelwert bei 3.4 PP pro 24 Stunden und auf der Kontrollabteilung bei 6.9. Diese Ergebnisse korrelieren mit einer vorangegangenen Studie.</p> <p>Die zweite Hypothese konnte weder eindeutig bestätigt noch widerlegt werden. Auf der PNM-Abteilung waren folgende Items signifikant höher: Möglichkeit zur Durchführung einer lohnenden Intervention, Einbringen eigener Meinungen und Entscheidungen sowie das Bestimmen des Arbeitstempos. Im Gegenzug wurden sechs der 23 Item auf der Kontrollabteilung höher gewertet, eines davon signifikant höher. Alle Items, welche auf der PNM-Abteilung höher bewertet wurden, entsprechen der PNM-Philosophie.</p> <p>Studien welche PNM erforschten verwendeten unterschiedliche Populationen und Methoden, was den Vergleich erschwert. Studien mit ähnlichen Instrumenten zur Erhebung der Patientenwahrnehmung kamen zu den Ergebnissen, das Patient:innen in Bezug auf ihre Erkrankung besser informiert sind, die Bedürfnisse eher erkannt werden und die Familie vermehrt mit einbezogen wurde. Daten zu Arbeitszufriedenheit konnten nicht verglichen werden, da keine einheitlichen Messinstrumente verwendet wurden.</p> <p>Limitationen: Eine grosse Limitation ist die Stichprobe, da die PP und Patient:innen den Abteilungen nicht zufällig zugeteilt werden konnten und sie über die Durchführung informiert waren. Somit kann ein Bias nicht ausgeschlossen werden. Weiter waren die verwendeten Instrumente nicht standardisiert und die einzelnen Items wurden nicht auf ihre Validität und Realität getestet. Als letzte wurde der Fragebogen den Patient:innen bei Austritt abgegeben. Durch das Machtverhältnis zwischen Patient:innen und PP wäre es sinnvoll gewesen, diesen den Patient:innen erst nach dem Austritt zukommen zu lassen, um ein Bias zu vermeiden.</p>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>Diese Studie zeigt einige Vorteile der Umsetzung von PNM auf. Zudem macht sie deutlich, wie wichtig weitere systematische Forschungen zu diesem Thema sind, um die unbeantworteten Fragen zu klären.</p>

Systematische Würdigung Quantitatives Forschungsdesign: Primary nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction (Sellick et al., 2003)

	Forschungsschritte	Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Die Fragestellung der Bachelorarbeit wird in dieser Studie teilweise beantwortet. Die Problemstellung wird anhand empirischer Literatur logisch dargestellt. Es werden Studien aufgeführt, welche die gleichen Themenfelder untersucht haben, jedoch kamen alle zu unterschiedlichen Ergebnissen.</p> <p>Die inkludierten Studien wurden zwischen 1974-1980 publiziert. Begründet wurde dies damit, dass bei Literaturrecherchen 7 Studien gefunden wurden, welche „the impact of PN on patients' perceptions of care“ und 5, welche „effect on job satisfaction of nursing staff“ untersuchten.</p> <p>Kein theoretischer Bezugsrahmen wird erwähnt. Das Konzept, PNM, wurde am Ende der Einleitung von den Forschenden nachvollziehbar definiert.</p> <p>Der Forschungsbedarf wird damit begründet, dass es bisher keine Evidenz gibt, welche beweist, dass PNM einem anderen Pflegeorganisationssystem vorgezogen werden kann. Zudem besteht eine Lücke in gründlicher Forschung, mit einer Kontrollgruppe, objektiven Messungen und statistischen Verfahren, welche diese Hypothesen bestätigen.</p> <p>Ziel: Das Ziel wurde klar definiert und zwei passende Hypothesen werden daraus abgeleitet.</p>
	Ansatz / Design	<p>Das Quantitative Quasi-experimentelle Forschungsdesign ist passend, um das Forschungsziel zu erreichen. Ein Randomized-Controlled-Trial wäre jedoch passender gewesen. Die Verbindung zwischen Forschungsziel und – Hypothesen wurde in der Einleitung nachvollziehbar beschrieben und begründet.</p> <p>Die Intervention (Implementation von PNM) wird kaum beschrieben und ist somit nicht nachvollziehbar. Die Forschenden erwähnen lediglich, dass PNM drei Monate vor der Datenerhebung implementiert wurde.</p> <p>Massnahmen, um mögliche Verzerrungen zu verhindern, wie beispielsweise, dass die Befragende Person keine PP war, wurden erwähnt. Diese wurde jedoch nicht in die Datenanalyse integriert. Zudem wurde auch die Skala durch eine „non-nurse“ verwaltet.</p>
Methode	Stichprobe	<p>Die Population ist passend zu dem gesetzten Ziel und den beiden gestellten Hypothesen. Im Ziel und in den Hypothesen wird kein Setting erwähnt, dabei scheint dies irrelevant zu sein.</p> <p>Die Aufnahme wurde durch medizinische Spezialisten gemacht und nicht durch PP. Alle Patient:innen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden involviert. Bezüglich der Repräsentativität der Stichproben wurden keine Aussage gemacht. Die demografischen Daten der zwei Patientengruppen waren homogen. Keine demografischen Daten von den PP wurden beschrieben.</p> <p>Ob die Stichprobengröße angemessen war, wurde nicht diskutiert. Zudem wurde keine berechnete Stichprobengröße erwähnt. Es wurden alle Patient:innen, welche zum Zeitpunkt der Datenerhebung (letzte 3 Monaten) auf den beiden Abteilungen behandelte wurden, sowie alle PP, welche während der gesamten Studienzeit auf den Abteilungen arbeiteten, eingeschlossen.</p> <p>Die Settings wurden aufgrund ihrer Homogenität gewählt. In Tabelle 1 werden diese beiden Gruppen einander gegenübergestellt, welcher Test durchgeführt wurde, so wie der P-Wert, ist jedoch nicht aufgeführt und somit nicht nachvollziehbar. Die Abteilungscharakteristiken sind aufgeführt und als homogen beschrieben, welcher Test durchgeführt wurden, wird nicht erwähnt.</p> <p>Alle angefragten Patient:innen stimmten der Studienteilnahme zu. Die Rücklaufquote der PP betrug 100%.</p>
	Datenerhebung	<p>Die Datenerhebung in Bezug auf das Forschungsziel war nachvollziehbar. Die unabhängigen Variablen, PNM, und die abhängigen Variablen, Patient- und Arbeitszufriedenheit, wurden nachvollziehbar definiert.</p> <p>Beide Messinstrumente wurden von den Forschenden für die Studie entworfen. Für die Patientenzufriedenheit wird die Wahl des Fragebogens begründet. Warum die Arbeitszufriedenheit-Skala eingesetzt wurde, wird nicht begründet.</p> <p>Beide Instrumente wurden an Pilotproben getestet, welche nicht mit der Studienstichprobe assoziiert wurde. Im Methodenteil wurde keine Aussage zur Reliabilität oder Validität gemacht. Die Daten wurden von allen Teilnehmenden erhoben.</p>
	Datenanalyse	<p>Die Verfahren der Datenanalyse wurden klar und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p><u>Patientenzufriedenheit:</u> Der Fisher's exact probability Test (Items 3, 4, 6, 8, und 8a- siehe Tabelle 2) und der chi-quadrat Test (Items 6), Mann-Whitney U Test (übrige Items) waren sinnvoll.</p> <p><u>Arbeitszufriedenheit:</u> Es wurde der Mann-Whitney U Test verwendet. Die Wahl wurde nicht begründet, ist jedoch nachvollziehbar. Zudem wurde der Median und p-wert errechnet sowie der z-Test angewendet. Eine Begründung fehlt jedoch.</p> <p>Der p-Wert wurde bei allen verwendeten Tests auf 0.05 festgelegt.</p>
	Ethik	<p>Die explizite Trennung von Forschenden und Teilnehmenden wird erwähnt. Die Genehmigung einer Ethikkommission wurde jedoch nicht erwähnt. Das Warum wird von den Forschenden nicht begründet.</p> <p>Eine freiwillige Teilnahme und Anonymität wurde den Patient:innen zugesprochen. Zudem wurde den PP Anonymität und Vertraulichkeit der Daten versichert.</p>
	Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse wurden in Text- und Tabellenform präsentiert. Sie waren lediglich teilweise verständlich und übersichtlich. Die Erklärung der unterschiedlichen Datenanalysen machen den Text etwas schwer lesbar. Die nicht signifikanten Resultate wurden als „NS“ bezeichnet und die eigentlichen Resultate (Signifikaten) waren weder im Text noch in der Tabelle ersichtlich.</p> <p>Die Tabellen sind teilweise unübersichtlich, da die Zeilen etwa verschoben sind. Zudem sorgt das > und < Zeigen in der Anmerkung zu Verwirrung.</p> <p>Weiter wurde im Text das Item 17 als Signifikant beschrieben. In der Tabelle entspricht diese jedoch Item 18.</p>

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Die relevanten Ergebnisse wurden zum Teil gut diskutiert. Das meiste Gewicht lag bei den Resultaten auf der Patientenzufriedenheit. Die Interpretation der Forschenden bezüglich der Patientenzufriedenheit stimmen mit den Ergebnissen überein. Die Interpretationen bezüglich der Arbeitszufriedenheit sind nachvollziehbar, wurde jedoch von den Forschenden nicht diskutiert und mit ergänzender Fachliteratur untermauert.</p> <p>Alle relevanten Ergebnisse wurden in Bezug auf das Forschungsziel und die beiden Hypothesen nachvollziehbar diskutiert.</p> <p>Alternative Erklärungen wurden gesucht, wie das Fehlen eines allgemein anerkannten Messinstruments für die Arbeitszufriedenheit.</p> <p>Die Stärken und viele Limitationen werden erwähnt, sowie eine mögliche Verbesserung. Trotzdem überwiegen die Stärken dieser Studie und die neuen Erkenntnisse zu diesem Thema.</p>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>Es wurde kein Praxisbezug gemacht, was ein Hinweis darauf ist, dass dieses Thema noch weiterer Forschung bedarf, um die noch unbeantworteten Fragen klären zu können.</p>
Güte/ Evidenzlage	Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	<p>Objektivität: Es wird erwähnt, dass die interviewende Person keine PP und auch nicht bei der Datenanalyse involviert war. Die Aufnahme der Patient:innen wurde durch medizinische Spezialist:innen durchgeführt. Aus diesem Grund war es nicht möglich die Stichprobe zu randomisieren.</p> <p>Die Patient:innen haben den Fragenbogen am Austrittstag im Spital ausgefüllt, laut den Forschenden kann dies, durch das „Macht-Spiel“ zwischen Patient:innen und PP, als Bias gewertet werden.</p> <p>Die Forschenden erwähnten die Möglichkeit eines Hawthorne-Effekts (beschreibt das Phänomen der Verhaltensanpassung von Personen unter Beobachtung) bei allen Teilnehmenden. Trotz der Bemühungen eine „novelty effect“ zu umgehen, schliessen die Forschenden dies nicht aus.</p> <p>Reliabilität: Sowohl im Forschungsziel wie auch in den Hypothesen wird kein Setting erwähnt. Dies scheint jedoch irrelevant zu sein, da das Setting aufgrund der Kompatibilität und nicht wegen der Population gewählt wurde.</p> <p>Es wurde kein Bezug zur Praxis gemacht. Die Forschenden weisen jedoch darauf hin, dass ein Bedarf für weitere Forschung in diesem Gebiet besteht.</p> <p>Um mögliche Verzerrungen durch den „novelty effect“ zu verhindern, wurden die Daten über die letzten 3 Monate der Studie erhoben. Warum die Studie jedoch über einen Zeitraum von 6 Monate durchgeführt wurde, wird nicht begründet.</p> <p>Beide verwendeten Messinstrumente wurden von den Forschenden für diese Studie entworfen. Warum für die Patientenzufriedenheit kein anderer Fragebogen eingesetzt wurde, wird begründet. Die Wahl der Arbeitszufriedenheit-Skala wird nicht begründet. Laut den Forschenden wurde trotz der Plausibilität (Augenscheinvalidität) die Validität und Reliabilität der Messinstrumente nicht geprüft.</p> <p>In der Diskussion wird erwähnt, dass 11 Teilnehmende nicht alle Punkte der Skala zur Mitarbeiterzufriedenheit beantwortet haben. Der Grund dafür und der Einfluss auf die Ergebnisse wurde nicht diskutiert.</p> <p>Validität: Eine grosse Einschränkung war das Forschungsdesign, welches eine Randomisierung der Teilnehmenden verhindert.</p> <p>Das Ziel der Messinstrumente war es, quantitative Daten zu liefern. Die Forschenden schreiben jedoch, dass trotz ihrer Sensibilität Unterschiede zu identifizieren, waren diese keine idealen standardisierten Instrumente. Für die Datenanalyse haben die Forschenden adäquate statistischen Tests gewählt.</p> <p>Die demografischen Daten der 2 Patientengruppen waren ähnlich. Für die PP wurden keine demografischen Daten erwähnt. Weiter wurden diese auch nicht als Limitation in der Studie aufgeführt und diskutiert.</p> <p>Die Studie wurde auf zwei allgemeinmedizinischen Abteilungen durchgeführt, welche aufgrund ihrer vergleichbaren räumlichen Gestaltung, Bettenkapazität, Patientenpopulation (in Bezug auf Diagnose, Altersverteilung und Aufenthaltsdauer) und Personalausstattung ausgewählt wurden. Es wurden keine statistischen Tests durchgeführt, um diese Daten zu verifizieren und dabei eine mögliche Bias auszuschliessen.</p> <p>Eine freiwillige Teilnahme sowie Anonymität wurde den Patient:innen versichert. Den PP wurde Anonymität und Vertraulichkeit versichert. Bezüglich der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie wurden keine Aussage gemacht, was die 100% Rücklaufquote in Frage stellt.</p>

Zusammenfassung Quantitatives Forschungsdesign: Service quality in hospital ward with different nursing organization: nurses' ratings (Sjetne et al., 2008)

	Forschungsschritte	Zusammenfassung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Durch die Wahl des Pflegeorganisationsmodells wird die Pflegequalität, das Potenzial des Pflegedienstes und die Koordination zwischen Pflegedienst und anderen Professionen beeinflusst. In der Praxis finden sich drei Modelle: <i>Funktionspflege (FN)</i>: Pflegeinterventionen werden den PP nach Qualifikation zugeteilt. <i>Team Nursing (TN)</i>: einer kleineren Gruppe von PP werden wenige Patient:innen zugeteilt, eine übernimmt den Lead und <i>Primary Nursing (PNM)</i>: eine PFP ist für die, ihr zugeteilten, Patient:innen während dem gesamten Spitalaufenthalt zuständig. Die drei theoretischen Modelle sind in der Praxis stark von den Abteilungsbedingungen abhängig. Sie werden oft angepasst oder Teile der verschiedenen Modelle vermischt. Anhand vorheriger Studien gibt es keine Evidenz PNM den anderen Modellen vorzuziehen. Von PP bevorzugte Krankenhäuser («Magnet hospitals»), bevorzugen PNM, zeichnen sich durch eine gute Beziehung zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Dienst aus und erzielen ein gutes Patient:innen-Outcome.</p> <p>Frühere Studien stammen überwiegend aus den USA oder UK und weisen Mängel in der Modellumsetzung und Heterogenität der Vergleichssituationen auf. Weiter gibt es wenig Evidenz zu den Kosten und der Zufriedenheit der verschiedenen Modelle.</p> <p><u>Ziel:</u> 1) Die Beziehung zwischen den Pflegeorganisationsmodellen, der Wahrnehmung der Pflegequalität und den Umgebungsfaktoren aus Sicht der PP wird ermittelt 2) Zu überprüfen ob diese Beziehungen durch lokale Konditionen der Abteilungen modifiziert werden?</p>
	Ansatz / Design	Die Daten für diese Querschnittsstudie wurden 2005 mittels Fragebogen erhoben.
	Stichprobe	Eingeschlossen wurden alle akut somatischen Allgemeinspitäler für Erwachsene mit mindestens 18 Betten und einer 24 Stunden und 7 Tage Pflegeleistung sowie alle PFP mit einer 3-jährigen College Ausbildung in Norwegen. Wochenbett-, Intensiv- und IMC-Abteilungen wurden ausgeschlossen. Die angestrebte Stichprobengröße waren 100 Abteilungen mit einer drop-out Rate von 10%. Von den 243 möglichen Abteilungen erklärten sich 156 dazu bereit an der Studie teilzunehmen. Daraus wurden wahllos 100 ausgewählt.
	Datenerhebung	<p>Auf allen Abteilungen wurden drei Arten von Informationen gesammelt: 1) PFP-Umfragen, welche als abhängige Variabel verwendet wurden. 2) Stationsleitung Umfrage, als erklärende Variabel und 3) Tageserhebungen, welche Daten zu den örtlichen Konditionen liefern. Die Link-Nurse auf jeder Abteilung verteilte die Fragebögen mit Rücksendeumschlag allen PFP und sammelte die Daten zu Alter und Geschlecht.</p> <p><u>PFP-Umfrage:</u> Verwendet wurde ein Fragebogen, welcher mittels Literaturreview und der Evaluation verwendeter Instrumente erstellt wurde. Er wurde auf fünf Pilotabteilungen getestet. Die PFP schätzten die Pflegequalität anhand 14 Pflegeaktivitäten in 6 Items von 1- sehr schlecht bis 7- sehr gut ein. Der Cronbach's α lag bei 0.84.</p> <p><u>Arbeitsumfeld:</u> Für diese Daten wurden drei bereits in Studien verwendeter Skalen eingesetzt: Beziehung mit dem ärztlichen Dienst, Lernklima und Arbeitszufriedenheit. Alle Skalen wurden modifiziert: die Skala für das Lernklima wurde auf 6-Items reduziert (Cronbach's α: 0.78), die für die Arbeitszufriedenheit auf 3-Items (Cronbach's α: 0.79) und die für die Beziehung zum ärztlichen Dienst auf 9-Items (Cronbach's α: 0.83). Die Akutsituation eines Patienten wurde anhand eines 14-Items Instrument erhoben, welches die Patient:innen auf der Abteilung und die Komplexität der Pflege erfasste.</p> <p><u>Stationsleitung Umfrage:</u> Anhand der Items aus vorherigen Studien wurde die Verantwortungsaufteilung auf der Abteilung gesammelt. Für drei Wochen wurden täglich Daten zur Patientenbelegung und Stellenbesetzung der letzten 24 Stunden durch die Stationsleitung gesammelt. Zusätzlich wurde die Anzahl von Patient:innen auf dem Korridor erhoben.</p>
	Datenanalyse	<p>Die Daten dieser deskriptiven Statistik wurde auf der Software SPSS Version 15 gesammelt. Zudem wurde der Mittelwert und die Standardabweichung bestimmt. Für den Vergleich der verschiedenen Modelle wurden der chi-quadrat Test verwendet. Die Abteilungen wurden mittels der ausgewerteten Daten den Modellen Team leader-dominantes Modell (n = 30), PNM (n = 18) und Hybridmodell (n = 37) zugeordnet. Um festzustellen, welchen Zusammenhang zwischen den Antworten und erklärenden Faktoren besteht, wurde eine Multilevel Regressionsanalyse durchgeführt. Die verschiedenen Modelle wurden mit Dummy Variablen codiert. Das Hybrid-Modell wurde als Referenzwert verwendet.</p> <p>Die Analyse erfolgte in 3 Schritten: 1) Das Regressionsmodell wurde ohne erklärende Variablen auf den Abteilungen angewendet und lieferte so den Interklassen-Korrelationskoeffizient, welcher die Ähnlichkeiten zwischen den PFP auf der gleichen Abteilung aufzeigten. 2) die Modelle wurden als eine erklärende Variabel integriert und 3) Variablen, welche die örtlichen Bedingungen beschreiben, wurden ins Regressionsmodell eingeführt. Wurde eine statistische Signifikanz zwischen den Modellen und den erklärenden Variablen festgestellt, wurden diese in das Regressionsmodell inkludiert. Die Signifikanz wurde bei den erklärenden Variablen mittels t-ratio getestet. Für alle Tests galt ein Signifikanzlevel von 5%.</p>
Methode	Ethik	Die Studie wurde von einer Ethikkommission bewilligt, zudem wurden den Teilnehmenden Vertraulichkeit zugesprochen.

Ergebnis	Ergebnisse	<p>Eingeschlossen wurden 39 Spitäler mit 87 Abteilungen und 1137 PFP (Response rate 54%). Jüngere PFP und medizinische Abteilungen füllten signifikant weniger Fragebögen aus. PFP auf Hybrid-Abteilungen (wo sowohl die Teamleiter als auch die PN umfangreiche Aufgaben hatten – ein Mix aus beiden Modellen) waren älter, die meisten Rückmeldungen kamen aus Sekundärspitälern und die Charakteristiken der verschiedenen Gruppen waren homogen.</p> <p><u>Pflegequalität:</u> Eine höhere Pflegequalität wurde mit einer weniger komplexen Pflege assoziiert. Diese Assoziation war auf PNM-Abteilungen signifikant geringer als auf Hybrid-Abteilungen.</p> <p><u>Lernklima:</u> Chirurgische Abteilungen zeigten eine negative Assoziation mit dem Lernklima. Diese negative Assoziation war auf TN -Stationen nicht vorhanden. PNM zeigte keine Assoziation mit dem Lernklima. Eine hohe Anzahl an RN's zeigte jedoch negative Assoziationen mit der Bewertung des Lernklimas.</p> <p><u>Arbeitszufriedenheit:</u> Sie war auf grösseren Abteilungen und auf Abteilungen mit einer hohen Zahl an temporären Mitarbeitern tiefer. Zudem war der negative Effekt von temporären Mitarbeitern auf TN-Abteilungen geringer im Vergleich zu Hybrid-Abteilungen. PNM zeigte keine signifikante Assoziation mit der Arbeitszufriedenheit.</p> <p><u>Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst:</u> Die Zusammenarbeit war auf chirurgischen Abteilungen und auf Abteilungen mit viel PFP signifikant schlechter. Zudem war die Zusammenarbeit auf PNM-Abteilungen signifikant schlechter als auf Hybridabteilungen.</p>
	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Um den Zusammenhang zwischen der Pflegequalität und den Pflegemodellen zu erfassen, wurde eine Multiregressionstechnik angewendet. Es wurden geringe Zusammenhänge zwischen der Pflegequalität und den Modellen gefunden, somit kann keines der Modelle aufgrund der Pflegequalität oder Abteilungsumgebung bevorzugt werden.</p> <p>Auf PNM-Abteilungen konnte eine negative Beziehung zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Dienst festgestellt werden. Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu vorherigen Studien und wird damit begründet, dass auf PNM-Abteilungen eine horizontale Organisationsstruktur besteht, welche die Koordination erschwert. Zudem dürfen örtliche Bedingungen nicht ausser Acht gelassen werden. Die Anzahl an Patient:innen auf dem Flur wird mit einer negativen Pflegequalität verbunden. Wobei diese auf PNM-Abteilungen, vermutlich durch die individuelle Verantwortung, als weniger belastend wahrgenommen wird. Auf den TN-Abteilungen konnte keine negative Assoziation zwischen temporären Mitarbeitenden und der Arbeitszufriedenheit, aufgrund klarer Verantwortlichkeit, festgestellt werden. Dass die Zusammenarbeit zwischen dem pflegerischen und ärztlichen Dienst auf den chirurgischen Abteilungen schlechter ist als auf den medizinischen, korreliert mit vorherigen Studien. Zudem werden chirurgische Abteilungen als hierarchischer wahrgenommen. Zudem wird eine hohe Zahl an PFP mit einer negativen Beziehung zum ärztlichen Dienst und einem schlechten Lernklima assoziiert. Es gibt jedoch kaum Studien, welche dieses Ergebnis untersucht haben.</p> <p>Als letztes zeigt sich, dass eine kurzzeitige Mitarbeiter Stabilität für ein höhere Arbeitszufriedenheit sorgt, kurzfristige Wechsel hingegen für Stress. Die Arbeitszufriedenheit hatte jedoch einen tiefen Korrelation coefficients, da sie mit unterschiedlichen individuellen Eigenschaften zusammenhängt.</p> <p><u>Limitationen:</u> Die Response rate war tief, zudem konnten verschiedene Bias nicht ausgeschlossen werden. Die Skala für die Pflegequalität wies eine Cronbach's α von 0.84 auf, wurde aber zuvor noch nie verwendet. Weiter wurde die verwendete Skala für die Einschätzung der Akutsituation der Patient:innen nicht dafür entwickelt. Zudem wurden weiter beeinflussende Variablen nicht berücksichtigt. Die Clusteranalyse zeigte keinen Unterschied der Pflegequalität zwischen den drei Modellen. Jedoch ist die Unterteilung in die drei theoretischen Modelle in der Praxis nicht leicht, diese Schwierigkeit ergab sich bereits in vorherigen Studien. Als letztes wurde diese Studie in Norwegen durchgeführt, wo die meisten Gesundheitseinrichtungen staatlich finanziert sind, Daten bezüglich der Kosten wurden nicht gesammelt.</p>
Diskussion	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis	<p>PNM ist ein patientenzentriertes Framework. Die patientenzentrierte Pflege hat in der Pflegepraxis zugenommen und wird in den meisten Frameworks integriert. Dies ist eine mögliche Erklärung, wieso in dieser Studie lediglich kleine Unterschiede zwischen den Modellen festgestellt wurden.</p> <p>Die Qualitätscharakteristiken der verschiedenen Modelle können nur mit Vorsicht als Argumentationsgrundlage zur Implementierung eines Modelles verwendet werden.</p>

Systematische Würdigung Quantitatives Forschungsdesign: Service quality in hospital ward with different nursing organization: nurses' ratings (Sjetne et al., 2008)

	Forschungsschritte	Würdigung
Einführung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Die beiden Forschungsziele dieser Studie sind praxisrelevant. Frühere Studien zu diesem Thema weisen Limitationen auf und zudem gibt es keine Evidenz dafür, um eines der Modelle zu bevorzugen. Die Studie trägt zur Beantwortung der BA-Fragestellung bei, indem sie die Beziehung zwischen den Pflegeorganisationsmodellen auf den Abteilungen und die von den PP wahrgenommene Pflegequalität untersucht.</p> <p>Sowohl das Themenfeld als auch die Problemstellung wurde mit empirischer Literatur logisch und nachvollziehbar dargestellt. Die Literatur stammt überwiegend aus den 1990-er Jahren, da PNM aber überwiegend in diesem Zeitraum erforscht wurde, ist die Wahl berechtigt.</p> <p>Ein theoretischer Bezugsrahmen wurde keiner beschrieben. Die Modelle FN, TN und PNM wurden in der Einleitung angemessen und verständlich beschrieben.</p> <p>Die Argumentation zum Forschungsbedarf ist ausführlich und gut nachvollziehbar. Es wird aufgezeigt, dass dieses Thema kaum erforscht wurde und dass die bisherigen Studien einige Limitationen aufweisen. Die abgeleiteten Forschungsziele sind klar definiert und nachvollziehbar. Es wurde keine Forschungsfrage oder Hypothese gestellt.</p>
	Ansatz / Design	<p>Das gewählte Querschnittsdesign ist passend, um die zwei Forschungsziele zu erreichen. Bei diesem Design handelt es sich um eine deskriptive Studie, bei welcher mehrere Charakteristiken einer Population zu einem Zeitpunkt erhoben werden. Somit kann eine Momentaufnahme einer Population beschrieben werden. Somit ist der Zusammenhang zwischen Forschungszielen und dem gewählten Design nachvollziehbar und sinnvoll.</p> <p>Bei diesem Design mussten keine Interventionen durchgeführt werden. Somit sind Verzerrungen aufgrund nicht korrekt durchgeführter Interventionen nicht möglich. Eine Pilotstudie wurde ebenfalls nicht durchgeführt.</p>
Methode	Stichprobe	<p>Die Population ist passend zu den Forschungszielen gewählt. Die Art der Stichprobenziehung ist grösstenteils nachvollziehbar beschrieben. Wieso lediglich 100 von den 156 Abteilungen für eine nachträgliche Erhebung ausgewählt wurden, ist unklar und wird nicht beschrieben. Zudem wird die Anzahl der befragten PFP in diesem Abschnitt nicht beschrieben. Im Ergebnissteil steht, dass 1137 PFP mit einer Response Rate von 54% eingeschlossen wurden.</p> <p>Mögliche Verzerrungen durch die Stichprobenziehung wurden nicht beschrieben. Die Grösse der Stichprobe scheint für eine Querschnittsstudie angemessen zu sein. Die im Ergebnissteil beschriebene Response Rate von 54% ist jedoch eher tief und könnte eine Verzerrung der Ergebnisse verursachen. Ein minimale Stichprobengrösse von 100 Abteilungen wurde berechnet, die Power wird nicht beschrieben.</p> <p>Die Auswahl der Abteilungen ist nachvollziehbar und passend, um die Forschungsziele zu erreichen. Auch die Drop-Out Rate von 10% wurde bei der Stichprobenziehung berücksichtigt. Es wird nicht davon ausgegangen, dass diese einen Einfluss auf die Ergebnisse dieser Studie hat, da es sich um eine einmalige Datenerhebung handelt. Diskutiert wird dieser Punkt im Methodenteil jedoch nicht.</p>
	Datenerhebung	<p>Die Art der Datenerhebung anhand der verschiedenen Fragebögen war passend zur Erreichung der Forschungsziele gewählt. Die erhobenen Variablen werden dabei als sinnvoll und umfassend erachtet.</p> <p>Es kann davon ausgegangen werden, dass die Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich und komplett erhoben wurde. Konkrete Angaben werden dazu in der Studie jedoch nicht gemacht. Zudem wurden die verwendeten Messinstrumente übersichtlich aufgeführt und die Wahl nachvollziehbar begründet.</p> <p>Die Güte der Messinstrumente war angemessen mit einem Cronbach's α von akzeptabel bis gut. Die Güte der Skala, welche die Pflegetechnologie misst, und die vom Fragebogen der Stationsleitungen wurde nicht beschrieben. Die Skala, mit welcher die Pflegequalität erhoben wurde, wurde vor dieser Studie noch nie verwendet. Weiter wurde die Skala zur Einschätzung der Akutsituation der Patient:innen nicht dafür entwickelt. Die Fragebögen waren jedoch angemessen, um die angestrebten Variablen zu erheben und somit die Forschungsziele zu erreichen.</p>
	Datenanalyse	<p>Das Verfahren der Datenanalyse wird klar und nachvollziehbar beschrieben und die statistischen Verfahren wurden sinnvoll gewählt. So waren die verwendeten Tests an das Skalenniveau der erhobenen Daten angepasst.</p> <p>Es wurde keine Hypothese gestellt, jedoch schreiben die Forschenden, dass alle verwendeten Tests zweiseitig durchgeführt wurden. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt, was dem Standard in der Pflegeforschung entspricht und somit ohne Begründung nachvollziehbar ist.</p>
	Ethik	<p>Die ethischen Aspekte der Studie wurden diskutiert und beschrieben. Von den befragten Stationsleitungen und PFP wurde keine Einwilligung eingeholt. Alle Daten wurden jedoch anonymisiert und konnten keiner Abteilung oder Spital zu geordnet werden.</p> <p>Die Einwilligung der Ethikkommission und dem Komitee für Forschungsverwaltung wurde eingeholt.</p>
Ergebnis	Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse wurden in Text- und Tabellenform übersichtlich, verständlich und präzise beschrieben. Auf die drei Tabellen wurde im Text bezuggenommen und sie waren eine sinnvolle Ergänzung. Die Tabellen waren zudem vollständig, übersichtlich und einfach zu interpretieren.</p>

Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</p> <p>Alle für die Forschungsziele relevanten Ergebnisse wurden von den Forschenden diskutiert. Dabei sind die Interpretationen der Ergebnisse von den Forschenden nachvollziehbar. Einen Bezug zum theoretischen Hintergrund wurde nicht gemacht, da keiner in der Einleitung beschrieben wurde. Es wurde jedoch Bezug auf zwei der drei in der Einleitung beschriebenen Pflegemodelle genommen.</p> <p>Alle relevanten Ergebnisse aus dem Ergebnisteil wurden diskutiert und alternative Erklärungen für die Ergebnisse gesucht. Weiter wurden alle diskutierten Ergebnisse mit empirischer Literatur gestützt. Aufgrund dieser Punkte stellt der Diskussionsteil gegenüber dem Ergebnisteil einen Mehrwert dar.</p> <p>Die Ergebnisse sind insofern für die Praxis relevant, als dass es lediglich kleine Unterschiede zwischen den Pflegeorganisationsmodellen gibt. Von den Forschenden wird diskutiert, dass keines der Modelle zu bevorzugen sei. Jedoch zeigt die Studie, dass die von den PFP wahrgenommene Pflegequalität nicht mit dem angewendeten Pflegemodell zusammenhängt.</p> <p>Die Limitationen dieser Studie wurden von den Forschenden ausführlich und nachvollziehbar diskutiert. Die Stärken wurden nicht direkt diskutiert.</p>
	<p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis</p> <p>Die Forschenden beschreiben keine konkreten Implikationen, schreiben jedoch, dass Argumente bezüglich der Dienstleistungsqualität nur mit Vorsicht verwendet werden sollen. Das Wieso wird von den Forschenden nicht genauer erläutert und ist nicht ganz nachvollziehbar. Die Ergebnisse sind somit in der Praxis nicht direkt umsetzbar. Sie bieten aber eine Argumentationsgrundlage für die Wahl und Implementierung eines der drei Modelle.</p> <p>Die Studie wird als sinnvoll betrachtet, da es sich um ein Thema handelt, welches kaum und lediglich mit Mängeln erforscht wurde. Aus diesem Grund existierten bis anhin kaum evidenzbasierte Daten zu diesem Thema.</p> <p>Die Schwächen der Studien wurden ausführlich diskutiert. Trotzdem überwiegen die Stärken der Studie klar. Weiter ist eine Wiederholung dieser Studie in einem anderen Land möglich. Aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern ist nicht klar, ob sich die Ergebnisse je nach Land etwas ändern würden.</p> <p>Der Evidenzlevel dieser Studie wird auf der 6-S Pyramide von DiCenso et al. (2009) auf der untersten Evidenzstufe eingeschätzt.</p>
Güte/ Evidenzlage	<p>Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)</p> <p>Objektivität: Die Ergebnisse der Studie sind unabhängig von Einflüssen durch das Forschungsteam. Die Daten wurden von einer Link-PFP erhoben und an die Forschenden gesendet. Jedoch kann ein Bias durch die tiefe Respons Rate nicht ausgeschlossen werden. Dass der Forschungsprozess klar, verständlich und nachvollziehbar beschrieben wurde, trägt zur Objektivität der Studie bei.</p> <p>Reliabilität: Unter stabilen Bedingungen ist die Studie reproduzierbar. Aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme in den einzelnen Ländern stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse sich dadurch ändern würden.</p> <p>Die verwendeten Messinstrumente weisen einen akzeptablen bis guten Cronbach's α auf, was nicht nur für eine hohe Reliabilität der Messinstrumente, sondern auch für die Studie spricht.</p> <p>Validität: Die Stichprobe von 100 Abteilungen in ganze Norwegen ist repräsentativ. Sie ist jedoch nur mit Vorsicht in anderen Ländern adaptierbar, was die Validität einschränkt. Zudem ist die Wahl des Studiendesigns und die der statistischen Verfahren angemessen und nachvollziehbar.</p>

Anhang C: Einverständniserklärungen der Expertenmeinungen

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Gesundheit
Pflege

Einverständniserklärung

Betrifft: Bachelorarbeit von Kummer Adina und Lòpez Ceballos Anna-Maria im Bachelorstudien-
engang Pflege an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW. Diese Ba-
chelorarbeit wird in elektronischer Form und als Printversion eingereicht.

Im Rahmen der Bachelorarbeit wird eine Fachdiskussion mit Däster, Fabienne, Fachexpertin
Pflege MAS, [REDACTED] geführt. Die Expertise von Däster Fabienne wird in den
Theorie-Praxis-Transfer einfließen. Es findet keine Audioaufnahme und Transskription des
Gesprächs statt.

Ich bin damit einverstanden, dass die fachlichen Inhalte des Gesprächs Ja Nein
in der Bachelorarbeit angeführt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name in der Bachelorarbeit ge- Ja Nein
nannt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Funktion in der Bachelorarbeit Ja Nein
genannt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die Institution, in der ich tätig bin, in Ja Nein
der Bachelorarbeit genannt wird.

Bei einer allfälligen Veröffentlichung der Bachelorarbeit auf der digital- Ja Nein
collection der ZHAW sollen alle Daten, die auf meine Person oder die
Institution schliessen lassen, geschwärzt werden (Eine auf der digital-
collection veröffentlichte Bachelorarbeit kann z.B. über Google oder
Google Scholar gefunden werden).

[REDACTED] 3.9.2023
Ort, Datum

[REDACTED]
Unterschrift