

Makro Ebene (Macro-Context¹)

Im äußersten Kreis des PCP-Modells sind übergeordnete Faktoren aufgeführt, die die Umsetzung personenzentrierter Versorgung mitbeeinflussen. Dazu zählen die Ausrichtung der Gesundheitspolitik (*health and social care policy*) sowie die Personalentwicklung (*workforce development*) auf internationaler, nationaler und Institutionsebene, da diese die Beschäftigungs- und Arbeitsgestaltungsmodelle sowie Lern- und Unterstützungsmodelle mitbestimmen. Zudem ist ein *strategisches Leadership* (*strategic leadership*) wichtig, das Schlüsselpersonen befähigt, die Entwicklung einer personenzentrierten Kultur zu steuern sowie die Verankerung in der *strategischen Ausrichtung* (*strategic frameworks*) mit Mission, Vision, Zielen und Zeitplänen zu sichern.

Voraussetzungen (Prerequisites) für die personenzentrierte Gesundheitsversorgung

Auf der Ebene Voraussetzungen werden Faktoren beschrieben, die Fachpersonen, die Patienten/-innen und deren Angehörige personenzentriert versorgen möchten, erfüllen müssen. *Selbstkenntnis* (*knowing „self“*) ist insbesondere deshalb wichtig, weil in einer personenzentrierten Versorgung mit den Wertvorstellungen und Überzeugungen der Patienten/-innen gearbeitet wird. Es ist für die Fachpersonen entscheidend zu wissen, was ihnen persönlich wichtig ist und was dies für ihre Art zu pflegen bedeutet. Die *berufliche Kompetenz* (*professionally competent*) umfasst das Wissen, die Fertigkeiten und die professionelle Haltung, die nötig sind, um eine umfassende Versorgung zu ermöglichen, sprich: die physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen der Patienten/-innen zu berücksichtigen. *Entwickelte zwischenmenschliche Fähigkeiten* (*developed interpersonal skills*) betreffen im Wesentlichen die Fähigkeit, effektiv auf verschiedenen Ebenen zu kommunizieren. Durch kompetente Kommunikation mit Patienten/-innen erfassen Pflegenden durch personenzentrierte Pflegeanamnese und Assessment, was wirklich wichtig ist und unterstützen Patienten/-innen im Umgang mit den Auswirkungen von Krankheit und / oder Behandlung (Spichiger et al., 2006).

Beim *Engagement für die Aufgabe* (*commitment to the job*) geht es darum, sich bewusst und verbindlich für eine evidenzbasierte und umfassende Pflege der Patienten/-innen und Angehörigen einzusetzen. Evidenz meint in diesem Kontext eine umfassende Vorstellung von Wissen sowie davon, wie es generiert wird – nämlich durch Erkenntnisse aus der Forschung, aus Erfahrung der Fachpersonen sowie dem Kontext und den Präferenzen der Patienten/-innen (Rycroft-Malone et al., 2004). Diese Verbindlichkeit der einzelnen Fachpersonen sollte der Haltung des Teams und der gesamten Organisation entsprechen, damit ihr persönliches Engagement nachhaltig erfolgreich ist. Eine weitere Voraus-

setzung ist die *Klarheit über Werte und Überzeugungen* (*clarity of values and beliefs*) und die Fähigkeit, diese auch in Worte zu fassen. In der Realität ist es häufig so, dass das Verhalten nicht den – z.B. in Leitbildern – formulierten Werten entspricht. Im Idealfall entwickeln die Fachpersonen eines Teams gemeinsame Werte und Überzeugungen, die von allen geteilt werden. Es geht also darum, dass alle Mitglieder eines Teams die Möglichkeit erhalten, ihre Werte und Überzeugungen in Richtung Personenzentriertheit weiterentwickeln und in konkrete Handlungen umzusetzen. Dies kann beispielsweise durch die Entwicklung einer von allen geteilten Vision geschehen, in deren Rahmen sich alle mit ihren Werten und Überzeugungen auseinandersetzen.

Umgebung der Pflege (The Care Environment)

Der Kontext der Patientenversorgung beeinflusst die Effektivität eines Teams. Daher nimmt ein Teilbereich des PCP Modells die Einflussfaktoren Menschen, Prozesse und Strukturen auf. Um eine gute Patientenversorgung zu ermöglichen, braucht es in einem Team Fachpersonen mit unterschiedlichen Fähigkeiten, also einen *angemessenen Skill-Mix* (*appropriate skill mix*). Personenzentrierung meint nicht, dass einzig die Patienten/-innen als Personen im Mittelpunkt stehen („*Patientenzentrierung*“), sondern dass alle beteiligten Personen als individuelle Persönlichkeiten bedeutsam sind; die Angehörigen ebenso wie die Fachpersonen, die sie versorgen. Daher sollte das Engagement der Fachpersonen in einer Institution, in der die Patientenversorgung personenzentriert sein soll, kollaborativ (an einem gemeinsamen Ziel arbeiten), inklusiv (andere Interessierte einladen und offen sein für Ideen) und partizipativ (konkret und aktiv zusammenarbeiten) (McCormack et al., 2013, van Lieshout / Cardiff, 2011) gestaltet werden, zum Beispiel indem *gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesse* (*shared decision making systems*) in und unter den Teams etabliert werden.

Die Art, wie Fachpersonen in einem personenzentrierten Team miteinander umgehen, soll vom selben Respekt und der gleichen Wertschätzung zeugen, die den Patienten/-innen entgegengebracht werden. Ist das der Fall, sind *effektive Teambeziehungen* (*effective staff relationships*) vorhanden. Dazu gehört, über Machtverhältnisse nachzudenken, auch in interprofessionellen Teams. Für effektive Teambeziehungen sind diejenigen Verbindungen zwischen den Beteiligten zentral, die eine personenzentrierte Versorgung ermöglichen. In einer personenzentrierten Praxis geht es darum, eine Arbeitsweise zu entwickeln, in der Fachpersonen ihre Macht teilen, indem sie *gegenseitig Einfluss nehmen* (*power sharing*).

Eine *unterstützende Organisation* (*supportive organisational systems*), die Initiative, Kreativität, Freiheit und Sicherheit von Personen fördert, ist nicht nur auf Teamebene wichtig, sondern für die gesamte Institution. Die Autoren des PCP-Modells erwähnen in diesem Zusammenhang die

¹ In Klammern sind jeweils die Begriffe der englischsprachigen Originalversion angegeben.

Erkenntnisse aus der Magnet Hospital-Forschung, die eindrücklich belegt, wie wichtig die Organisationsform für gute Resultate bei Patienten/-innen und Mitarbeitenden ist. Zu einer personenzentrierten Versorgung von Patienten/-innen gehört auch *Potential für Innovation und Risikobereitschaft (potential for innovation and risk taking)*. Darunter wird eine Art der Entscheidungsfindung verstanden, in der Fachpersonen Verantwortung für ihr professionelles Handeln übernehmen, indem sie Erkenntnisse aus unterschiedlichen Quellen (Forschung, fachliche Erfahrung, Kontext, Patientenpräferenz) gegeneinander abwägen.

Ein etwas profanerer aber ebenfalls wichtiger Aspekt ist die *physische Umgebung (the physical environment)*, die selbstverständlich ebenfalls einen Einfluss auf die Versorgung von Patienten/-innen und deren Genesung hat. Entscheidend ist eine sorgsame Gewichtung von Ästhetik auf der einen und Funktionalität auf der anderen Seite. Auch für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Fachpersonen ist die Umgebung ein wesentlicher Einflussfaktor.

Patientenzentrierte Pflegeprozesse (person-centred processes) und personenzentrierte Resultate (person-centred outcomes)

Im Zentrum des Modells umrahmen fünf *Prozesse (care processes)*, die direkt die Patientenversorgung fokussieren, die *Resultate einer personenzentrierten Gesundheitsversorgung (person-centred outcomes)*. Die Prozesse ergänzen sich gegenseitig und sind in der Praxis nicht klar voneinander zu trennen. *Mit den Werten und Überzeugungen der Patienten arbeiten (working with the patient's beliefs and values)* ist eines der elementaren Prinzipien personenzentrierter Versorgung. Es geht dabei darum herauszufinden, was für die Patienten/-innen wirklich wichtig ist, was sie schätzen und welchen Sinn sie in den Dingen, die geschehen, sehen. Der Schlüssel hierzu liegt in einem personenzentrierten Assessment, durch das ein Bild der Patientin, des Patienten als Person in ihrer/seiner eigenen Lebenswelt entsteht.

Eng mit den persönlichen Werten verknüpft ist der Prozess *gemeinsam Entscheidungen treffen (sharing decision making)*. Bei einer personenzentrierten Entscheidungsfindung fließen die Erfahrungen und das Wissen aller beteiligten Personen ein, die für diese Entscheidung wichtig sind. Das Akzeptieren der Werte und Überzeugungen einer Person bildet die Basis für eine gute professionelle Beziehung. Deren Ziel ist, vorübergehend die Perspektive der Beteiligten einnehmen und damit die Bedeutung unterschiedlicher Handlungsoptionen verstehen zu können. *Engagiert im Kontakt sein (engaging authentically)* kann eine Fachperson dann, wenn sie akzeptiert, dass jede Situation mit der einzelnen Patientin, dem einzelnen Patienten, einzigartig ist und unter anderem von den Werten und Überzeugungen der Beteiligten beeinflusst wird. Durch das Wahrnehmen und Kennenlernen der Patienten/-innen als Personen, die Kenntnis der eigenen Werte und das persönliche Sich-Einbringen der Fachperson entsteht eine ver-

trauensvolle Verbundenheit. Unter diesen Bedingungen können Fachpersonen Pflegesituationen auch bei hindernisreichen Umgebungsfaktoren erfolgreich gestalten, beispielsweise indem sie bei Zeitknappheit Prioritäten personenzentriert setzen und diese Situationen reflektieren.

Mitfühlend präsent sein (being sympathetically present) beschreibt eine geeignete Art der Präsenz, die es Menschen ermöglicht, mit unterschiedlichsten Situationen, zum Beispiel einem akuten oder permanenten Verlust von Fähigkeiten, umzugehen. Die Möglichkeit, mitfühlend präsent zu sein, ergibt sich im klinischen Alltag nicht ausschließlich in gezielten Gesprächen, sondern häufig auch – verbal und non-verbal – während Routinetätigkeiten. Während solcher Routinetätigkeiten werden generell wichtige Aspekte einer ganzheitlichen Versorgung abgedeckt. Um Patienten/-innen *professionell umfassend zu pflegen (providing holistic care)* ist es wichtig, neben den körperlichen Aspekten weitere Dimensionen der Persönlichkeit zu berücksichtigen: die psychologische, die soziokulturelle, die entwicklungsbedingte und die spirituelle Dimension.

Personenzentrierte Resultate (person-centred outcomes) betreffen wiederum alle beteiligten Personen. Eine *positive Pflegeerfahrung (good care experience)* meint das tatsächliche Erleben dessen, was während eines Spitalaufenthaltes passiert. Die tatsächliche Erfahrung ist dabei mehr als die Patientenzufriedenheit, die häufig mit Fragebogen erhoben wird. Solchen Befragungen fehlt es an Tiefe, da sie den individuellen Erfahrungen zu wenig Platz bieten. Zudem ist die (positive) Erfahrung nicht auf die Patientensicht begrenzt. Schließlich möchten auch Angehörige und Fachpersonen die Betreuung positiv erleben können.

Patienten/-innen sollen aktiv in ihrer Gesundheitsversorgung mitwirken können, somit ist das *Einbezogen-Sein in die Versorgung (involvement in care)* ein Fokus der Evaluation personenzentrierter Versorgung. Patienten/-innen und Fachpersonen haben unterschiedliche Rollen, Aufgaben und Verantwortungen, sie werden gleichermaßen als Personen wertgeschätzt. *Wohlbefinden (feeling of well-being)* ist die Grundlage verschiedener Caring-Theorien. Für das Wohlbefinden von Patienten/-innen und Angehörige wie für die Fachpersonen ist Wertschätzung von großer Bedeutung. Beispielsweise erleben Patienten/-innen und Angehörige es als sehr positiv, wenn ihre Arbeit bei der Bewältigung der Auswirkungen von Krankheit und Spitalaufenthalt von den Fachpersonen anerkannt wird. Und für Fachpersonen ist es wertvoll, Wertschätzung für ihre Kompetenz und ihre Fürsorge zu erfahren.

Ein weiteres Ergebnis personenzentrierter Versorgung ist eine *gesundheitsfördernde Kultur (existence of a healthful culture)*. Der Begriff „gesundheitsfördernd“ umfasst mehr als die herkömmliche ärztliche und pflegerische Behandlung, da darin explizit alle Aspekte des Lebens Platz finden. Dabei geht es also weniger um einzelne gesundheitsfördernde Handlungen, sondern vielmehr um eine Kultur, in der die Persönlichkeiten der beteiligten Menschen berücksichtigt, Beziehungen partnerschaftlich gelebt und Entscheidungen gemeinsam getroffen werden und in der

ein Leadershipstil gelebt wird, der Innovation und Veränderungsbereitschaft unterstützt.

Nach dieser theoretischen Heranführung an das PCP Modell folgt eine Beschreibung von Aktivitäten am Universitätsspital Basel (USB) zur Annäherung an das Wertesystem Personenzentrierung. Der Bezug zu den Komponenten des PCP Modells wird durch einen → *Querverweis* deutlich gemacht. Wir möchten mit unseren Erfahrungen darstellen, dass eine personenzentrierte Gesundheitsversorgung nicht einfach „umgesetzt“ oder „eingeführt“ werden kann. Es braucht vielmehr eine breite Auseinandersetzung auf allen Ebenen, die idealerweise bereits in der Ausbildung zukünftiger Pflegefachpersonen beginnt.

Förderung einer personenzentrierten Pflegepraxis am Universitätsspital Basel

Das USB ist eines der fünf Universitätsspitäler in der Schweiz und verfügt über circa 750 Betten. Im Jahr 2016 wurden 550'000 ambulante Kontakte und 36'000 stationäre Eintritte verzeichnet. Am USB arbeiten 7000 Personen (ca. 5500 Vollzeit-Äquivalenz-Stellen), davon rund 2500 Pflegefachpersonen mit unterschiedlichem Beschäftigungsgrad. Das USB hat einen Ausbildungsauftrag für Pflegende auf allen Stufen (sekundär und tertiär). In der Matrixorganisation des USB gibt es vier medizinische Bereiche sowie das bereichsübergreifende „Ressort Pflege/MTT“². Die Leiterin dieses Ressort vertritt die Pflege in der Spitalleitung. Zum Ressort Pflege/MTT gehört unter anderem die „Abteilung Praxisentwicklung Pflege“, deren Leiterin die rund 50 Pflegeexperten/-innen mit Masterabschluss des gesamten USB fachlich führt (Frei et al., 2012). Die Kernaufgabe der Pflegeexperten/-innen ist die klinische Tätigkeit und die Förderung einer evidenzbasierten personenzentrierten Pflege. In Aktiven Lerngruppen, Praxisentwicklungsseminaren und Workshops werden sie systematisch für ihre Aufgaben in der klinischen Praxis befähigt (→ *unterstützende Organisation*). Sie unterstützen wiederum Pflegende bei der Arbeit mit den Patienten/-innen und Angehörigen im gesamten Pflegeprozess: Sie wirken mit bei der zielgerichteten Erhebung der Pflege- und Sozialanamnese, beim klinischen Assessment sowie bei der Planung, Durchführung und der Evaluation der Pflege (→ *angemessener Skill-Mix*).

Angeregt durch Literatur zu Leadership und einer intensiven Auseinandersetzung mit den Merkmalen erfolgrei-

cher Führung entwickelten die sechs Mitglieder des obersten Kaders der Pflege am USB im Jahr 2013 die „Vision Pflege USB“³, auf deren Basis strategische Ziele formuliert und regelmäßig evaluiert werden. Die „Vision Pflege USB“ dient somit dazu, die Richtung aufzuzeigen, in welche sich die Pflege am USB bewegen will (→ *strategische Ausrichtung*). Das erste der drei zentralen Postulate der „Vision Pflege USB“ lautet: „Wir stehen für eine personenzentrierte Gesundheitsversorgung“⁴. Der Begriff „personenzentrierte Gesundheitsversorgung“ macht deutlich, dass nicht ausschließlich die Patienten/-innen, sondern auch deren Angehörige und die Fachpersonen zentral sind. Zudem bringt er zum Ausdruck, dass sich das Modell nicht auf die pflegerische Versorgung beschränkt, sondern auf die gesamte Gesundheitsversorgung bezieht.

Das PCP Modell steht in engem Zusammenhang zur Methodologie *Praxisentwicklung* (englisch: *Practice Development*) die von einer Gruppe von Wissenschaftlern, der auch die Autoren des PCP Modells angehören, entwickelt wurde. Praxisentwicklung ist ein kontinuierlicher Prozess mit dessen Hilfe personenzentrierte Kulturen entwickelt werden. Das PCP Modell dient den akademisch ausgebildeten Pflegeexpertinnen und -experten (skilled facilitators) zur Orientierung bei der Unterstützung von Pflegenden im klinischen Alltag und in Praxisentwicklungsprojekten (Frei et al., 2012, McCormack et al., 2009). Personenzentrierung ist eines von neun Prinzipien der Praxisentwicklung für die Herangehensweise an Veränderungsprozesse. Methoden der Praxisentwicklung wurden bereits bei der Entwicklung der „Vision Pflege USB“ genutzt: Der erste Schritt der Praxisentwicklung ist das Kennen und Artikulieren der eigenen Werte (→ *Klarheit über Werte und Überzeugungen*). Dies geschah mittels der Methode der wertschätzenden Erkundung (*appreciative inquiry*). Dabei handelte es sich um einen kreativen partizipativen Prozess, an dem sich Personen aller Ebenen des Pflegedienstes beteiligten (→ *gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse*) (Martin et al., 2016).

Gemäß dem ersten Postulat der „Vision Pflege USB“ sind alle Mitarbeitenden des Pflegedienstes aufgefordert, ihre Arbeit personenzentriert zu gestalten. Das bedeutet konkret, die Patienten/-innen als Personen wahrzunehmen, ihren Anspruch auf Autonomie systematisch zu berücksichtigen sowie ihre eigene Fach-, Sozial- und Persönlichkeitskompetenz einzubringen und in diese Richtung weiterzuentwickeln (→ *berufliche Kompetenz, engagiert im Kontakt sein*). Pflegefachpersonen und Hebammen, die neu ihre Arbeit am USB aufnehmen, werden bei der Einführungsveranstaltung am ersten Arbeitstag mit der „Vision Pflege USB“ vertraut gemacht. Zwei Monate nach Arbeitsbeginn wird das Thema personenzentrierte Pflege im Rahmen eines ganztägigen Forums anhand von Erfahrungen mit ihnen reflektiert. Zur Bearbeitung nutzen wir die Werte-

² MTT: Medizinisch-Technische und Therapeutische Berufe

³ <http://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/ressorts/pflege-mtt/angebot/vision/>

⁴ Die beiden weiteren Postulate lauten: 2. Wir unterstützen wirksame Modelle und initiieren innovative Entwicklungen. 3. Wir stärken unsere berufliche Souveränität und Autonomie und engagieren uns in Netzwerken"

klärung, eine Methode der Praxisentwicklung (Warfield and Manley, 1990) und weitere Aktivitäten zur Reflexion von eigenen Haltungen und Überzeugungen (→ *Selbstkenntnis*). Die Teilnehmenden lernen so anhand von Beispielen, den Begriff personenzentrierte Gesundheitsversorgung mit konkreten Inhalten zu füllen. Als Beispiel für die Umsetzung im Alltag setzen sie sich unter anderem mit der Bedeutung und der Erfassung der Pflege- und Sozialanamnese am USB auseinander.

Eine personenzentrierte Gestaltung der Pflege- und Sozialanamnese, also des ersten Schritts des Pflegeprozesses, ist eine gute Möglichkeit, eine personenzentrierte Praxis systematisch zu unterstützen: Zu wissen, was den Patienten/-innen wichtig ist, wie sie zuhause leben, wer ihre wichtigsten Bezugspersonen sind und welche Anliegen und Sorgen sie haben, ist Grundvoraussetzung für eine personenzentrierte Versorgung (→ *Mit den Werten und Überzeugungen der Patienten arbeiten*). Zudem trägt die Möglichkeit, die Patienten/-innen über die Diagnose- und Problemliste hinaus als Persönlichkeiten kennenzulernen sowie sich selbst weiterzuentwickeln, zur Arbeitszufriedenheit der Pflegenden bei. Als vor einigen Jahren am USB die Software für die neue elektronische Pflegedokumentation ausgewählt wurde, wurde zunächst ein System ausgewählt, mit dem sich die Pflege- und Sozialanamnese sowie die Patientenpräferenzen nicht gut abbilden ließen. Daher war es im Sinne personenzentrierter Pflege elementar wichtig, dieses System entsprechend zu ergänzen (→ *Potential für Innovation und Risikobereitschaft*).

Ein anschauliches Beispiel für die Förderung personenzentrierter Pflege am USB stellt die Investition in die Arbeit mit dem Konzept Kinaesthetics zur Unterstützung der Bewegungskompetenz der Patienten/-innen und der Fachpersonen dar. Es geht dabei nicht um die Vermittlung von „Techniken und Tricks“, sondern darum, in Zusammenarbeit mit den Patienten/-innen herauszufinden, was in der individuellen Situation an Bewegungsunterstützung nötig und sinnvoll ist sowie wie diese vor sich gehen kann und soll. Zusätzlich wurden Praxistage etabliert, an denen ausgebildete Tutoren/-innen die Fachpersonen bei der praktischen Umsetzung vor Ort unterstützen. Die Pflegenden verbreitern ihr Handlungsspektrum und sie geben mehr Acht auf sich selbst, was beides zu größerer Arbeitszufriedenheit beiträgt (→ *Wohlbefinden*).

Ein weiteres Beispiel ist die Achtsamkeit auf die Sprache. Wie wir Dinge benennen und miteinander sprechen ist Ausdruck der Arbeitsumgebungs-kultur. Deshalb achten Pflegeexperten/-innen und Führungsverantwortliche in mündlicher oder schriftlicher Sprache darauf, dass wertschätzend mit und über Personen gesprochen wird, dass Patienten/-innen, Angehörige und Mitarbeitende weder versachlicht, verniedlicht, noch auf ein Organ oder eine Krankheit reduziert werden (→ *mitfühlend präsent sein, entwickelte zwischenmenschliche Fähigkeiten*).

Lernen im praktischen Alltag wirkt sich bekanntlich nachhaltiger aus als formale Wissensvermittlung in Unterricht und an Fortbildungsveranstaltungen. Deshalb setzt das Ressort Pflege zur Förderung der personenzentrierten Versorgung insbesondere auf die klinisch tätigen Pflegeex-

perten/-innen (Frei et al., 2012). In formalen und bei Ad-hoc-Coachings im Alltag sowie an regelmäßigen Fallbesprechungen regen sie zu systematischer Reflexion an. Dabei erkunden sie gemeinsam mit befähigenden Fragen, aktivem Zuhören und durch gegenseitiges Feedback personenzentrierte Praxis. Sie unterstützen so die Kollegen/Kolleginnen beim Theorie-Praxis- und beim Praxis-Theorie-Transfer (→ *gegenseitig Einfluss nehmen, umfassend pflegen*). In konkreten Pflegesituationen unterstützen sie ihre Kollegen/Kolleginnen dabei, die geltenden Leit- und Richtlinien mit den persönlichen und situativen Bedürfnissen und Präferenzen der einzelnen Patienten/-innen in sinnvoller Weise zusammenzubringen und mit ihnen Handlungsoptionen auszuhandeln sowie letztlich zu deren Wohl anzuwenden (→ *Engagement für die Aufgabe*). Und bereits bei der Erstellung der Leit- und Richtlinien legen die Pflegeexperten darauf Wert, dass sie personenzentriert umgesetzt werden können (→ *umfassend pflegen*).

Die partnerschaftliche Zusammenarbeit – hier zwischen Pflegeexperten/-innen und Pflegefachpersonen sowie zwischen Linien-, Bildungs- und Fachführungsverantwortlichen (genannt Leadership-Team) sowie interprofessionell – ist ein zentrales Merkmal der Methodologie Praxisentwicklung sowie Voraussetzung für eine personenzentrierte Gesundheitsversorgung (→ *effektive Teambeziehungen*). Es ist gut belegt, dass sie zu besserer Versorgungsqualität für die Patienten/-innen beiträgt. Zudem stärkt sie die Kompetenz und die Souveränität der Fachpersonen und damit die Personenzentriertheit bezogen auf die Mitarbeitenden (→ *berufliche Kompetenz, gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse*).

Eine weitere Tätigkeit der Pflegeexperten/-innen ist die Leitung von themenspezifischen Projekt- und Arbeitsgruppen in Zusammenarbeit mit den Führungs- und Bildungsverantwortlichen und je nach Thema mit Angehörigen anderer Berufsgruppen (→ *effektive Teambeziehungen*) und Patienten/-innen (→ *Einbezogen sein in die Pflege*). Hier können interessierte Pflegenden Veränderungen mitgestalten. Den Pflegeexperten/-innen kommt damit bei der Förderung der personenzentrierten Pflege am USB eine zentrale Rolle zu. Gleichzeitig ist zu betonen, dass sie diese Rolle nur dann wirksam ausführen können, wenn sich auch die Stationsleitungen mit der „Vision Pflege USB“ identifizieren und die Aktivitäten der Pflegeexperten/-innen aktiv unterstützen (→ *unterstützende Organisation*). So können die Leadershipteams gemeinsam dazu beitragen, die Kultur der Arbeitseinheiten in Richtung Personenzentriertheit voranzubringen.

Fazit

Am USB wird seit rund fünf Jahren personenzentrierte Pflegepraxis postuliert. Unserer Erfahrung nach eignet sich das PCP-Modell sehr gut zur Auseinandersetzung mit den Werten einzelner Fachpersonen und ganzer Teams sowie mit der Kultur und dem Kontext. Dafür sind Methoden der Praxisentwicklung, insbesondere Coaching und Facilitation im

Praxisalltag, moderierte Reflexion und Werteworkshops hilfreich. Die Investition in konkrete Praxiskonzepte wie beispielsweise Kinaesthetics lohnt sich. So wird Personenzentriertheit für alle Beteiligten konkret sicht- und spürbar.

Neben den positiven Erfahrungen sind wir uns einiger Limitierungen bewusst:

- a) In den Leitwerten des ganzen Betriebes steht nach wie vor der Begriff „patientenorientierte Betreuung“, die Vision einer personenzentrierten Gesundheitsversorgung ist vorerst auf die Pflege beschränkt. Das hindert uns allerdings nicht daran, uns in der interprofessionellen Zusammenarbeit für eine personenzentrierte Versorgung zu engagieren. Aktuell haben sich die Führungsverantwortlichen der Therapieberufe dazu entschieden, ihre Aktivitäten auch am PCP Modell auszurichten.
- b) Seit vier Jahren nehmen alle neu angestellten Pflegefachpersonen und Hebammen am Forum zu personenzentrierter Pflege teil. Mit Pflegefachpersonen, die schon länger am USB arbeiten, ist diese Auseinandersetzung erst im Gang.
- c) Nicht alle Leadershipteams (Führungs-, Fach- und Bildungsverantwortliche) identifizieren sich in gleichem Maß mit der „Vision Pflege USB“ und der Methodologie Praxisentwicklung.
- d) In Institutionen wie dem USB erhalten Führungspersonen auch Aufträge der Spitalleitung, die umgesetzt werden müssen. Der Versuch, solche top-down Entscheidungen personenzentriert umzusetzen, ist eine besondere Herausforderung und benötigt viel Aufmerksamkeit.

Die Pflegenden am USB werden sich weiterhin für die Gestaltung einer personenzentrierten Gesundheitsversorgung engagieren. Rückmeldungen von Patienten/-innen, Angehörigen und Fachpersonen bestätigen unsere Überzeugung, dass es sich lohnt. Wir können daher Führungs- und Ausbildungsverantwortlichen sowie den Teams anderer Institutionen im Gesundheitswesen die Arbeit mit dem PCP-Modell wärmstens empfehlen.

Literatur

- Frei, I.A., Massarotto, P., Helberg, D. & Barandun Schäfer, U. (2012). Praxisentwicklung im Trend der Zeit – Pflegeexpertinnen als Praxisentwicklerinnen: Ein Beispiel aus dem Universitätsspital Basel. *PADUA* 7 (3), 110–115.
- Martin, J., Schärer, S., Sackmann Rageth, E., Ulrich, A., Wehrli, M. & Frei, I.A. (2016). Journey to a shared vision for nursing in a university hospital. *International Practice Development Journal* 6 (2), 1–13.
- McCormack, B., Manley, K., Garbett, R., German Editors: Frei, I.A. & Spirig, R. (2009). *Praxisentwicklung in der Pflege*. Bern: Huber.
- McCormack, B., Manley, K. & Titchen, A. (2013). *Practice Development in Nursing and Healthcare*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56 (5), 472–479.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Oxford: Wiley Blackwell.

McCormack, B. & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Healthcare: Theory and Practice*. Oxford: Wiley Blackwell.

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing* 47 (1), 81–90.

Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R. & De Geest, S. (2006). Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege* 19 (1), 45–51.

van Lieshout, F. & Cardiff, S. (2011). Dancing outside the ballroom. In J. Higgs, A. Titchen, D. Horsfall & D. Bridges. (Hrsg.), *Creative Spaces for Qualitative Researching: Living research*. (S. 223–234) Rotterdam: Sense Publishers.

Warfield, C. & Manley, K. (1990). Developing a new philosophy in the NDU. *Nursing Standard* 4 (41), 27–30.



Florian Grossmann

MSc, ist fachverantwortlicher Pflegeexperte des Bereichs Medizin.

Er arbeitet zudem als Pflegeexperte ANP im geriatrischen Konsilteam und im Notfallzentrum am Universitätsspital Basel.

florian.grossmann@usb.ch



Ursi Barandun Schäfer

MNS, ist fachverantwortliche Pflegeexpertin des Bereichs Medizinische Querschnittsfunktionen. Sie arbeitet zudem als Pflegeexpertin CNS in der Operativen Intensivbehandlung am Universitätsspital Basel.

ursi.barandunschaefer@usb.ch



Dr. Famke van Lieshout

ist Gesundheitswissenschaftlerin. Sie ist Mitglied des „Knowledge Center Person-centered Practices“ und Dozentin an der Fontys Fachhochschule, Institut für Human- und Gesundheitswissenschaft in Eindhoven, Niederlande.

f.vanlieshout@fontys.nl



Dr. Irena Anna Frei

leitet die Abteilung Praxisentwicklung Pflege am Universitätsspital Basel und ist Lehrbeauftragte am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel.

irenaanna.frei@usb.ch