Überall für alle
SPITEX
Zürich

ZWISCHEN HAUSARZTPRAXIS UND SPITEX-ORGANISATION

Neue Wege in der Grundversorgung

Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt CASE
Coordinated APN-Support for the Elderly

Ein Projekt von Spitex Zürich Sihl
Jeanine Altherr, Deborah Janz, Claudia Siebenhaar, Natascha Stürmer, Peter Eckert
und Dr. Devrim Yetergil Kiefer

mit einem Beitrag von Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof

2020

Impressum

Auftraggeber	Spitex Zürich Sihl (SZS), Zürich
Projektverantwortliche	Peter Eckert, Projektleitung Dr. Devrim Yetergil Kiefer
Ansprechperson für das Projekt	Dr. Devrim Yetergil Kiefer Spitex Zürich Sihl, Staubstrasse 15, 8038 Zürich pflegeentwicklung@spitex-zuerich.ch +41 44 554 55 81/91
APN-Team	Margot Klein, MScN (bis 31.08.2018) Cornelia Stricker, MScN (bis 31.08.2018) Claudia Siebenhaar, MScN (ab 01.06.2018) Deborah Janz, MScN (ab 01.09.2018) Natascha Stürmer, MScN (ab 01.05.2019) Jeanine Altherr, MScN (ab 01.01.2020)
Praxispartner	MediX Praxis Friesenberg medix-praxis-friesenberg.ch wollimed Arztpraxis wollimed.ch Praxis Aussersihl praxisaussersihl.ch
Projektevaluation	Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof Prof. Dr. Lorenz Imhof Nursing Science & Care GmbH ns-c.ch
Soundingboard	Monique Arts, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich; Dr. med Gabriela Bieri-Brüning, Chefärztin Geriatrischer Dienst; PD Dr. med. Corinne Chmiel, MediX Praxis Friesenberg; Peter Eckert, Spitex Zürich Sihl; Prof. Dr. Lorenz Imhof, Nursing Science & Care GmbH; Esther Indermaur, Spitex Zürich Limmat; Dr. med. Roland Kunz, Chefarzt Akutgeriatrie Stadtspital Waid; Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof, Nursing Science & Care GmbH; Fabienne Roth, Age-Stiftung Zürich; Corinne Steinbrüchel, MediX Praxis Altstetten; Dr. Devrim Yetergil Kiefer, Spitex Zürich Sihl

Gestaltung, Grafiken

Giger Grafik, Zürich, giger-grafik.ch

Titelbild, Bilder

Jacqueline Morgenroth, Spitex Zürich Sihl
(ausgenommen Seiten 37/40)

Dank

Herzlichen Dank den Kundinnen und Kunden, Angehörigen sowie Mitarbeitenden von Spitex Zürich Sihl, die an den Interviews und an der Datensammlung teilgenommen haben. Dank gebührt ebenso dem APN-Team und dem Soundingboard für die Zusammenarbeit und Martin Radtke für die Redaktion des Schlussberichts.

Projektförderung

Dieser Bericht dokumentiert ein Spitex-Zürich-Sihl-Förderprojekt der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, der Age-Stiftung Zürich und der Stiftung Sozialfonds Zürich 2. Projektbericht: www.age-stiftung.ch.

Zitation des Berichts

Spitex Zürich Sihl, 2020, Zwischen Hausarztpraxis und Spitex-Organisation: Neue Wege in der Grundversorgung. Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt CASE (Coordinated APN-Support for the Elderly), Zürich

Spitex Zürich Sihl
sihl@spitex-zuerich.ch
www.spitex-zuerich.ch

Inhaltsverzeichnis

Impressum 2

Abstract 6

TEIL I – ERFAHRUNGSBERICHT

1 Einleitung 10
1.1 Ausgangslage 10
1.2 Projektidee 11
1.3 Zielsetzung 12
1.4 Initianten und Mitwirkende 12
1.5 Projektplan 12

2 Methode 13

3 Projektumsetzung 14
3.1 Ablauf des Projekts 14
3.2 Beschreibung der Kundinnen und Kunden – Ergebnisse Evaluation 14
3.3 Interventionen durch Pflegeexpertinnen APN 18
3.4 Kundenbeurteilung und -zufriedenheit 21
3.5 Ablauf der APN-Intervention 21

4 Rollenentwicklung Pflegeexpertin APN und Zusammenarbeit 24
4.1 Rollenentwicklung in der Spitex und neue Formen der Zusammenarbeit 24
4.2 Rollenentwicklung zur NP 27
4.3 Rollenentwicklung und Zusammenarbeit Hausarztpraxis 27
4.4 Rollenentwicklung und Zusammenarbeit mit anderen Zuweisenden, beispielsweise Gerontologische Beratungsstelle SiL der Stadt Zürich 30

5 Quintessenz 32
5.1 Wirksame und attraktive Rolle in einer Spitex-Organisation 32
5.2 Expertise im häuslichen Setting direkt klinisch anwenden 32
5.3 Strukturierte Erfassung des Versorgungsbedarfs 33
5.4 Systematische und kundenorientierte Zuweisung 33
5.5 Zusammenarbeit: Kompetenzen und Aufgaben kennen 34
5.6 Rollenentwicklung als herausfordernder Prozess 34

6 Ausblick 35

7 Pflegeexpertise für Spitex-Organisationen: Sinnvoll, nützlich, mit grossem Potenzial 37

APNs unter sich: Natascha Stürmer, Deborah Janz, Claudia Siebenhaar und Jeanine Altherr (v. l.)

TEIL II – EINBETTUNG DES CASE-PROJEKTS

8 Einbettung des CASE-Projekts in die Entwicklung von Advanced Practice Nursing 40

8.1 Die Verortung der Advanced Practice Nurse (APN) im Gesundheitssystem 40
8.2 Erkenntnisse zum Einsatz von APN 41
8.3 Entwicklung in der Schweiz 42
8.4 Bedingungen für die APN-Entwicklung 43
8.5 Definieren von Patientengruppen 44
8.6 Bestimmen des neuen Versorgungsmodells 44
8.7 Definition der APN-Rolle 46
8.8 Rolle implementieren und entwickeln 48
8.9 Evaluieren des APN-Einsatzes und des Versorgungsmodells 48
8.10 Langfristiges Monitoring der APN-Rolle und des Versorgungsmodells 49

TEIL III – REFERENZEN

6 Referenzliste 51

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Chronologischer Ablauf des Projekts 15
Tab. 2: Demografische Angaben (Mahrer Imhof & Imhof, 2020) 17
Tab. 3: Gesundheitsparameter (Mahrer Imhof & Imhof 2020) 17
Tab. 4: Vergleich Gruppenmerkmale (Mahrer Imhof & Imhof, 2020) 17
Tab. 5: Exemplarischer Fall bei einer Kundensituation mit initialer Auffälligkeit im Screening bezüglich Mobilität 23

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: APN-Kompetenzen nach Hamric, Hanson, Tracy & O'Grady (2014) 10
Abb. 2: Zeit- und Meilensteinplan CASE-Projekt 12
Abb. 3: Zuweisung der Klientinnen und Klienten nach Gruppen (Mahrer Imhof & Imhof, 2020) 14
Abb. 4: Interventionen der Pflegeexpertin APN 18
Abb. 5: Multidimensionales geriatrisches Screening 21
Abb. 6: PEPPA-Framework 43
Abb. 7: Ärztinnen und Ärzte, welche mit Case Managern (Pflegefachpersonen) zusammenarbeiten 45
Abb. 8: Stufen der Zusammenarbeit 46
Abb. 9: Kontinuum der APN-Rollen 47

Abstract

Der demografische Wandel und die Zunahme an chronischen Krankheiten und Mehrfacherkrankungen sowie die Verschiebung der Gesundheitsversorgung vom stationären in den ambulanten Sektor fordern neue Versorgungsmodelle.

Projekt CASE
Vor diesen Hintergründen und in Einklang mit der Strategie «ambulant vor stationär» hat Spitex Zürich Sihl (SZS) das Projekt CASE – Coordinated APN Support for the Elderly – lanciert. APN steht für Advanced Practice Nurse und ist eine ausgewiesene Pflegefachperson mit einem Master of Science in Pflegewissenschaft, die sich Expertenwissen angeeignet hat und die Fähigkeit besitzt, komplexe Entscheidungen zu treffen, und Kompetenzen für eine erweiterte klinische Praxistätigkeit aufweist.

Das dreijährige, wissenschaftlich evaluierte CASE-Projekt sollte einen Beitrag dazu leisten, wie neue Aufgabenbereiche, Kooperationsprozesse und der dazu notwendige Informationsfluss sowohl innerhalb der Spitex als auch mit externen Partnerorganisationen der Grundversorgung verbessert werden könnten.

Das Projekt legte den Fokus auf drei Risikogruppen und zwei Zuweisungswege. Dazu wurden fünf Gruppen definiert:
- Gruppe 1: Personen über 65 mit einer veränderten Kognition,
- Gruppe 2: Zuweisung durch Hausärztinnen und Hausärzte,
- Gruppe 3: gebrechliche Personen über 80 (Frailty),
- Gruppe 4: Personen über 80 nach einem Spitalaufenthalt,
- Gruppe 5: Zuweisung durch fallführende Pflegefachpersonen.

Im Projekt wurden zwei Hauptziele zur Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung verfolgt:
- Etablierung einer erweiterten pflegerischen Praxis durch den Einsatz von APN für Personen mit chronischen Leiden und kognitiven Beeinträchtigungen.
- Etablierung einer integrierten pflegerisch-hausarztmedizinischen Versorgung (Zusammenarbeit APN mit Hausarzt/-ärztin).

Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof und Prof. Dr. Lorenz Imhof von der Firma Nursing Science & Care GmbH (ns&c) brachten ein Wirkungsmodell ein und evaluierten das Projekt wissenschaftlich. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, die Stiftung Sozialfonds Zürich 2 und die Age-Stiftung unterstützten das Projekt finanziell. Das Projekt startete im Juni 2017 und endete im April 2020. Am Anfang des Projekts wurde der Fokus eher auf das erste Hauptziel gelegt, gegen Ende auf das zweite.

Projekterfolg
Die Hauptziele des Projekts konnten erreicht werden. Es wurden für Pflegexpertinnen und Pflegeexperten APN neue Aufgabenbereiche und Kooperationsprozesse eingeführt. Die Zuweisungen durch die Hausarztpraxen konnten so von 1 Zuweisung im ersten halben Jahr auf durchschnittlich 1.8 Zuweisungen pro Monat gesteigert werden. Die APN-Rolle wurde während der Projektphase bei SZS implementiert und wird nach Projektende weitergeführt.

Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN sollen Bindeglied zwischen Hausarztpraxen und SZS werden. Soll diese Rolle gut ausgeübt werden, braucht es eine enge Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen. Im Verlauf des Projekts konnte eine enge Zusammenarbeit unter anderem mit der MediX Praxis Friesenberg etabliert werden.

Als Herausforderung gestalteten sich Zuweisungsprozess und Einschlusskriterien. Es war schwierig abzuschätzen, wie das APN-Team eine machbare Anzahl Kundinnen und Kunden betreuen kann und wie man zu den entsprechenden Personen kommt. Eine systemgesteuerte Lösung stand nicht zu Verfügung. Die Pflegeexpertinnen APN führten zu Beginn Triage-Gespräche mit den fallführenden Pflegefachpersonen durch.

Während der Projektdauer kam es zu personellen Wechseln im APN-Team. So verzögerte sich die Rollenentwicklung. Während fast der gesamten Projektdauer arbeiteten stets nur zwei Pflegeexpertinnen APN im Team. Die angestrebte Teamgrösse von vier Mitarbeitenden konnte erst nach Projektende erreicht werden.

Schliesslich verlangte die Tatsache, dass die Leistungen der Pflegeexpertinnen APN nicht gesondert vergütet werden können, Kreativität und viel Entgegenkommen durch die am Projekt beteiligten Hausarztpraxen.

Erkenntnisse
SZS gewinnt folgende sechs Erkenntnisse aus dem Projekt.

1. **Die Rolle «Pflegeexpertin und Pflegeexperte APN» in einer Spitex-Organisation ist wirksam und attraktiv.** Kundinnen und Kunden sowie deren Angehörige können die Kompetenzen einer Pflegeexpertin APN vertieft, umfassend und direkt nutzen.

2. **Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN wenden ihre Expertise direkt zu Hause bei der Kundin, dem Kunden und den Angehörigen an.** Kundinnen und Kunden sowie deren Angehörige stehen im Fokus aller Interventionen einer Pflegeexpertin APN.

3. **Als Arbeitsmethode für die strukturierte Erfassung des Versorgungsbedarfs haben sich das multidimensionale geriatrische Screening, Fokus-Assessments und die Körperuntersuchung bewährt.** Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN setzen strukturierte und den Kompetenzen eines pflegewissenschaftlichen Masterabschluss entsprechende Arbeitsmethoden ein.

4. **Nur ein systematischer und kundenorientierter Zuweisungsprozess ermöglicht, dass Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in einer Spitex-Organisation ihr Potenzial voll ausschöpfen und für die Kundinnen und Kunden wirksam sein können.** Die Definition der Kriterien für diesen Zuweisungsprozess ist eine der grössten Herausforderungen.

5. **Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN können nur Wirkung entfalten, wenn alle involvierten Schlüsselpersonen die Kompetenzen und Aufgaben voneinander kennen**. Die in der Versorgung involvierten Schlüsselpersonen müssen einander sowie die gegenseitigen Kompetenzen und Aufgaben kennen, Ziele und Erwartungen müssen geklärt sein und regelmässig überprüft werden.

6. **Die Rollenentwicklung zur Pflegexpertin und zum Pflegeexperten APN ist ein herausfordernder und komplexer Prozess, der immer alle involvierten Personen betrifft.** Dieser Prozess ist spannend, ressourcenintensiv und birgt aber auch Konfliktpotenzial.

Zukunftsaussichten
Die Rolle der Pflegeexpertin APN wird bei SZS im Fachdienst APN in den Regelbetrieb übergeführt. Das sind Handlungsfelder für die nächsten Schritte.

- Die Zuweisungsprozesse, inklusive der entsprechenden Kriterien, werden auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse festgelegt, umgesetzt und evaluiert. Dabei soll eine vom System generierte Kundinnen- und Kunden-Auswahl eine zentrale Rolle spielen.

- Die Rolle der Pflegeexpertin APN wird weiter entwickelt und in die aktuellen und zukünftigen Entwicklungen von SZS integriert.

- Die Kompetenzen der Pflegeexpertin APN im ambulanten Versorgungsbereich werden gestärkt und erweitert.

- Die Vernetzung und Bekanntmachung der APN-Rolle wird in der Spitex und bei Hausarztpraxen, Spitälern und weiteren Partnern vorangetrieben.

- Die Zusammenarbeit des APN-Teams mit allen weiteren internen und externen involvierten Personen und Institutionen wird gefördert, beispielsweise durch Etablierung neuer Strukturen.

- SZS unterstützt die Reglementierung der Rolle der Pflegeexpertin APN und setzt sich dafür ein, dass Leistungen anerkannt und finanziell angemessen vergütet werden.

- Die Evaluation der Wirksamkeit ist verstärkt zu planen, damit besser nachweisbar wird, wie die Einsätze den Kundinnen und Kunden nutzen.

Deborah Janz, Pflegeexpertin APN

ERFAHRUNGSBERICHT APN

Lücke im Gesundheitswesen wird geschlossen

Es ist eine Pionierleistung, die Rolle «Pflegeexpertin APN» in so umfassender Art in eine Spitex-Organisation zu implementieren. Die Möglichkeit, dies mitzuprägen und mitzugestalten, faszinierte mich. Je länger das Projekt gedauert hat, desto mehr haben sich meine Arbeitsweise und meine Tätigkeiten verändert. Das hat dazu geführt, dass ich mich beruflich sowie persönlich stark weiterentwickelt habe.

Ich mag es, für komplexe Situationen gemeinsam mit Kundinnen und Kunden die bestmögliche Lösung für ihre individuellen Herausforderungen zu finden. Es ist sinnstiftend und gibt mir Zufriedenheit, wenn ich Menschen beraten und begleiten kann, damit sie möglichst gut und lange in ihrem Zuhause leben können. Dabei ist mir die Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Dienstleistern wichtig.

Immer wieder erlebe ich, gerade in Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen, dass meine Sichtweise und mein Wissen geschätzt werden. Ich bin an Entscheiden massgeblich beteiligt. Dies erlebe ich als bereichernd. Und manchmal ist es auch entlastend, denn ich weiss, alle Beteiligten geben ihr Bestes. Meine Aufgabe bringt es mit sich, dass ich regelmässig mit weiteren Spitex-Kolleginnen und -kollegen zusammenarbeite. Schon oft konnte ich Wissen oder Techniken vermitteln. Einige haben mit der Zeit Dinge übernommen, die sie sich vorher gar nicht zugetraut hätten. Solche Erfolgserlebnisse machen zufrieden und verbessern die Pflegequalität.

Bei Projektabschluss habe ich realisiert, was wir und was ich alles erreicht habe. Trotz vieler Herausforderungen und unvollendeter Entwicklungen fühle ich mich in der APN-Rolle angekommen. Besonders gelungen ist mir, die Zusammenarbeit mit einer Hausarztpraxis aufzubauen und zu entwickeln.

Deborah Janz, Pflegeexpertin APN

TEIL I – ERFAHRUNGSBERICHT

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Im Schweizer Gesundheitswesen gibt es neben dem demografischen Wandel weitere markante Einflüsse, welche die Arbeit der ambulanten Grundversorgung in Zukunft prägen werden. So wurden 2011 die Akut- und Übergangspflege und 2012 in den Spitälern die Fallkostenpauschale (Swiss-DRG) eingeführt. Als Folge ist die Aufenthaltsdauer in den Spitälern gesunken. Es gibt mehr Austritte in Richtung Spitex als in Richtung Alters- und Pflegeheime[1]. Eine Untersuchung aus dem Jahre 2014 zeigt, dass weniger als die Hälfte aller Menschen mit Demenz eine medizinische Demenzdiagnose aufweisen. 2016 wurde erkannt, dass Multimorbidität bei Demenz eine interprofessionelle Behandlung braucht[2]. Noch ist die Versorgung von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, nicht überall ausreichend sichergestellt. Die Nationale Demenzstrategie fordert ausdrücklich die Bereitstellung flexibler, qualitativ hochstehender und bedarfsgerechter Angebote.

Es besteht ein ungedeckter Bedarf nach einer koordinierten und interprofessionellen Unterstützung von zu Hause lebenden Personen mit chronischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen und ihren Angehörigen[3] [4].

International hat sich die Rolle der Advanced Practice Nurse (APN) als wirksamer Akteur innerhalb dieser neuen Versorgungsmodelle erwiesen[5]. Eine APN ist eine Pflegefachperson mit einem Master of Science in Pflegewissenschaft, die im Vergleich zu einer Pflegefachperson mit höherer Fachbildung erweitertes Wissen und klinische Expertise mit sich bringt.

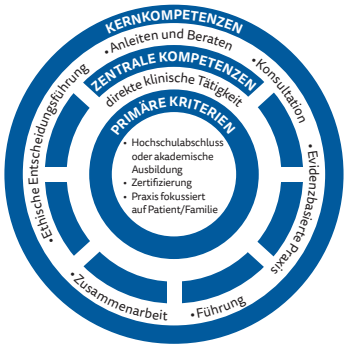

Abb. 1: APN-Kompetenzen nach Hamric, Hanson, Tracy & O'Grady (2014)

Advanced Practice Nurse (APN)
Der International Council of Nurses (2020) definiert eine APN als eine Pflegefachperson, die sich Expertenwissen angeeignet hat und die Fähigkeit besitzt, komplexe Entscheidungen zu treffen und Kompetenzen für eine erweiterte klinische Praxistätigkeit aufweist. Hamric, Hanson, Tracy & O'Grady (2014)[6] sehen die zentrale Kompetenz in der direkten klinischen Tätigkeit. Weitere Kernkompetenzen einer APN sind: das Anleiten und Beraten, die Durchführung von Konsultationen, das Gewährleisten einer evidenzbasierten Praxis, Leadership, die interprofessionelle Zusammenarbeit und die ethische Entscheidungsfindung. Advanced Nursing Practice (ANP) wird

[1] Hedinger, Tuch, Jörg & Widmer, (2018)
[2] BAG & GDK (2016)
[3] Bundesamt für Gesundheit (2013)
[4] Martinez, Ro, Villa, Powell & Knickman (2011)
[5] Boyko, Carter & Bryant-Lukosius (2016)
[6] Hamric, Hanson, Tracy & O'Grady (2014

als ein Schirmkonzept für verschiedene Expertenrollen verstanden. Zwei häufige Rollen sind die Clinical Nurse Specialist und die Nurse Practitioner.

Nurse Practitioner (NP)
Eine NP arbeitet weitgehend eigenverantwortlich. Sie übernimmt gewisse ärztliche Tätigkeiten, erhebt die Anamnese und führt klinische Untersuchungen durch, diagnostiziert und behandelt akute oder chronische Erkrankungen. In der Schweiz ist es einer NP nicht erlaubt, Diagnosen zu stellen und Medikamente zu verschreiben (ausser im Kanton Waadt).

Clinical Nurse Specialist (CNS)
Eine CNS ist durch ihre Spezialisierung auf eine Patientengruppe oder ein Versorgungssetting häufig in beratender und unterstützender Funktion tätig. Sie übernimmt die fachliche Führung in Pflegeteams und trägt zur evidenzbasierten Praxisentwicklung bei. In der Schweiz ist diese Ausprägung der Rolle häufiger.

Spitex Zürich Sihl (SZS)
SZS ist eine der drei Spitex-Organisationen mit einem öffentlichen Leistungsauftrag der Stadt Zürich. Sie verfügt über 5 Standorte mit insgesamt fast 390 Mitarbeitenden, die sich um rund 2900 Kundinnen und Kunden pro Jahr in rund 327'000 Einsätzen während 217'000 Stunden kümmern.

1.2 Projektidee

Grundstein für das vorliegende Projekt war die Projektskizze «Spitex-Praxis APN» aus dem Jahr 2013. Das «Guided Care»-Modell, das auf dem «Chronic Care»-Modell basiert, hat die Projektskizze inspiriert. Im «Guided Care»-Modell arbeitet eine speziell geschulte Pflegefachperson in einer Hausarztpraxis und betreut in enger Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und -ärzten Personen mit chronischen Erkrankungen[7]. Das «Chronic Care»-Modell ist ein Versorgungskonzept, das eine langfristige Antizipation von möglichen Gesundheitsereignissen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen anstelle einer reinen Reaktion auf Gesundheitsereignisse bezweckt. Eine enge Einbindung des Patienten in seine Behandlung ist daher zentral.[8 9]

2014 wurde zusammen mit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW ein Vorprojekt gestartet[10]. Die interne Studie verglich Patientengruppen mit einem hohen und einem tiefen Versorgungsgrad und wertete Kundendaten von Spitex Zürich Sihl (SZS) diesbezüglich aus. Es zeigte sich erwartungsgemäss, dass Kunden mit einem hohen Versorgungsgrad vermehrt an kognitiven Beeinträchtigungen litten, mehrfache Pflegediagnosen aufwiesen, vermehrt in stationäre Einrichtungen übertraten und während eines Jahres mehrfach hospitalisiert wurden. Die gewonnenen Daten galten als Grundlage zur weiteren Differenzierung der Kunden, welche von APN-Einsätzen profitieren könnten.

Zudem zeigt eine Untersuchung aus dem Jahre 2014, dass weniger als die Hälfte aller Menschen mit Demenz eine medizinische Demenzdiagnose aufweisen. 2016 wurde erkannt, dass Multimorbidität bei Demenz eine interprofessionelle Behandlung braucht. Noch ist die Versorgung von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, nicht überall ausreichend sichergestellt[11].

Die Stadt Zürich hat auf diese und weitere Entwicklungen mit der Spitex-Strategie 2022 reagiert und fördert zukunftsweisende Versorgungsmodelle und innovative Ideen der integrierten Versorgung. Die Versorgungslücke zwischen Chronic Care und Preventive Care soll geschlossen werden. Auch nimmt die Anzahl Menschen zu, die vereinsamen, chronisch, mehrfach oder an Demenz erkranken oder die kognitiv beeinträchtigt sind und sowohl auf medizinische als auch auf soziale Unterstützung angewiesen sind. Als Grundlage für das Projekt wurde deshalb gemeinsam mit den Projektevaluatoren ein Proposal entwickelt.

Das vorliegende Praxisprojekt zeigt auf, wie die Rolle einer Pflegeexpertin APN und eines Pflegeexperten APN[12] bei Spitex Zürich Sihl für die Versorgung von Menschen mit kognitiven Beein-

[7] Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2012)
[8] Gensichen & Rosemann (2017)
[9] GDK & BAG (2012)
[10] Imhof, de Wolf-Lindner, Waldboth, Braun & Mahrer Imhof (2017)
[11] Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) (2016)
[12] Wegen der besseren Lesbarkeit wird künftig nur der Begriff «Pflegeexpertin APN» verwendet; die männliche Form ist immer mitgemeint.

trächtigungen und chronischen Erkrankungen entwickelt, implementiert und evaluiert werden kann. Das bedeutet, dass durch einen APN-Einsatz, beispielsweise bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Veränderungen früher erkannt und abgeklärt werden, die Patientenorientierung verstärkt und Selbstpflegefähigkeiten erhalten oder gefördert werden können.

1.3 Zielsetzung

SZS hatte sich zum Ziel gesetzt, neue Aufgabenbereiche, Kooperationsprozesse und den dazu notwendigen Informationsfluss sowohl innerhalb der Spitex als auch mit externen Partnerorganisationen der Grundversorgung zu verbessern. Wie in der Literatur empfohlen, sollte eine aufsuchende und niederschwellige patientenorientierte Dienstleistung ermöglicht werden.[13] [14] Somit sollte ein Beitrag zur integrierten Versorgung geleistet werden. Das Projekt wurde gemäss dem Schwerpunkt auf die verbesserte Koordination für ältere Personen durch eine Pflegeexpertin APN CASE genannt: Coordinated APN Support for the Elderly,

Das Projekt legte den Fokus auf drei Risikogruppen und zwei Zuweisungswege. Dazu wurden fünf Gruppen definiert:

Gruppe 1: Personen über 65 mit einer veränderten Kognition,
Gruppe 2: Zuweisung durch Hausärztinnen und Hausärzte,
Gruppe 3: gebrechliche Personen über 80 (Frailty),
Gruppe 4: Personen über 80 nach einem Spitalaufenthalt,
Gruppe 5: Zuweisung durch Fallführende.

Im Projekt wurden zwei Hauptziele zur Verbesserung der medizinisch-pflegerischen verfolgt:

1. Etablierung einer erweiterten pflegerischen Praxis durch den Einsatz von APN für Personen mit chronischen Leiden und kognitiven Beeinträchtigungen.
2. Etablierung einer integrierten pflegerisch-hausarztmedizinischen Versorgung (Zusammenarbeit Hausarzt/-ärztin).

1.4 Initianten und Mitwirkende

Aufgrund der Entwicklungen im Rahmen der integrierten Versorgung und der Notwendigkeit von innovativen Versorgungsmodellen und der aufgeführten Zielsetzungen initiierte die SZS-Geschäftsleitung das Projekt CASE. Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof und Prof. Dr. Lorenz Imhof der Firma Nursing Science & Care GmbH (ns&c) evaluierten das Projekt wissenschaftlich. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, die Stiftung Sozialfonds Zürich 2 und die Age Stiftung unterstützten das Projekt finanziell.

Ein Soundingboard unterstützte das Projekt fachlich. Ärztliche Vertreterinnen und Vertreter aus Hausarztpraxen und der Geriatrie waren Teil des Soundingboards oder waren als Gäste anwesend. Weiter haben eine Pflegeexpertin APN, die bereits im «Guided Care»-Modell arbeitet, Fachpersonen aus der psychosozialen Spitex sowie die Wissenschaftlerin und der Wissenschaftler von ns&c das Soundingboard unterstützt. Die Mitglieder des Soundingboards sind im Impressum aufgeführt.

1.5 Projektplan

Zeit	**Juni 2017**	**Aug. – Dez. 2017**	**Jan. – Juni 2018**	**Juli 2018 – Dez. 2019**	**Jan. – Apr. 2020**
Phase	**Auftrag – Projektstart**	**Vorbereitung**	**Implementierung**	**Testphase**	**Abschluss**
Wichtige Tätigkeiten/ Inhalte	· Vorbereitungsphase · Planung Phase B	· Konzept und Projektgrundlagen erarbeiten · Verträge mit Arztpraxen	· Operative Anpassung bestehender Pflegeprozesse · Dokumentation · Qualitätskriterien festlegen · Machbarkeit der Datensammlung	· APN Einsatz · Datensammlung · Evaluation	· Analysen · Schlussbericht · Information der Öffentlichkeit

Abb. 2: Zeit- und Meilensteinplan CASE-Projekt

[13] Leijten, Struckmann, van Ginneken, Czypionka, Kraus, Reiss et al. (2018)
[14] Jakimowicz, Williams & Stankiewicz (2017)

2 Methode

Für die Entwicklung des Projektes und dessen Evaluation wurde ein Wirkungsmodell angewendet. Die damit verbundenen übergeordneten Ziele wurden wissenschaftlich sowohl mit qualitativer als auch mit quantitativer Methode evaluiert. Projektleitung und Evaluationsteam planten die Datensammlung gemeinsam.

Ein Wirkungsmodell stellt Ursache-Wirkung-Zusammenhänge bezüglich Interventionen in sozialen Systemen grafisch dar. Es zeigt auf, mit welchen Mitteln (Input), über welchen Weg (Umsetzung) und mit welchen Angeboten (Output) eine Wirkung bei der Zielgruppe (Outcome) erzielt werden soll. Der Impact beschreibt, welcher Beitrag an längerfristige gesellschaftliche Veränderungen geleistet wird. Die einzelnen Elemente sollten logisch ineinandergreifen, damit eine Wirkungskette entsteht[15].

Das Evaluationsteam befragte Führungspersonen, fallführende Pflegefachpersonen, Pflegeexpertinnen APN der Spitex, Hausärztinnen und Hausärzte sowie Kundinnen und Kunden und deren Angehörige direkt oder per Telefon und wertete Protokolle aus. Die Analyse der Interviews basierte auf der Inhaltsanalyse nach Mayring[16]. Die Pflegeexpertinnen APN wiesen alle Kundinnen und Kunden einer CASE-Gruppe zu, erhoben Daten zu den Kundensituationen und protokollierten ihre Tätigkeit für eine deskriptive Analyse. SZS stellte dem Evaluationsteam Daten aus dem Minimal Data Set Home Care (MDS-HC) während 18 Monaten quartalsweise anonymisiert zur Verfügung. Diese Daten dienten den Gruppenvergleichen.

Die Pflegeexpertinnen APN dokumentierten Zeitaufwand und verrechenbare Stunden für die Analyse. Fragen zur finanziellen Auswirkung konnten nicht beantwortet werden, da keine Daten zu Pflegekosten gesammelt werden konnten.[17]

[15] Fässler & Studer (2019)
[16] Mayring (2015)
[17] Mahrer Imhof & Imhof (2020)

3 Projektumsetzung

3.1 Ablauf des Projekts

Generell wurde das Projekt trotz einiger Hindernisse wie geplant abgeschlossen und evaluiert. Die Hauptziele konnten erreicht werden. Die Rolle der APN wurde während der Projektphase in der SZS implementiert und wird nach Projektende weitergeführt. Es konnten neue Aufgabenbereiche und Kooperationsprozesse eingeführt werden. Am Anfang der Projektphase wurde der Fokus eher auf das erste Hauptziel gelegt, gegen Ende auf das zweite.

In der Grafik (rechte Seite) ist die Umsetzung des Projekts mit chronologischem Ablauf dargestellt.

3.2 Beschreibung der Kundinnen und Kunden – Ergebnisse Evaluation[18]

Insgesamt wurden über den Zeitraum von 18 Monaten 102 Kundinnen und Kunden ins CASE-Projekt eingeschlossen und mit folgender Häufigkeit in die CASE-Gruppen eingeteilt.

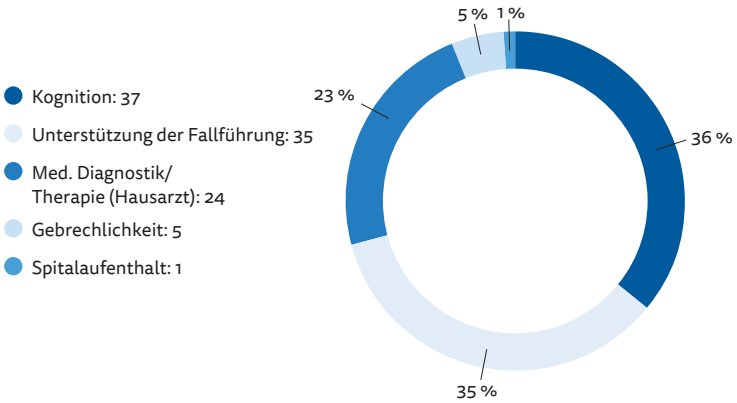

Abb. 3: Zuweisung der Klientinnen und Klienten nach Gruppen (Mahrer Imhof & Imhof, 2020)

Die grösste Gruppe war mit 36 % diejenige mit kognitiven Einschränkungen. Das Ziel, dass die Pflegeexpertinnen APN Personen mit kognitiven Einschränkungen betreuen, konnte somit erreicht werden. Mit 35 % ähnlich gross war die Zuweisung durch die Fallführung, was zeigt, dass im Betrieb ein Bedarf nach der Expertise der Pflegexpertin APN in hochkomplexen Situationen besteht. Die Zuweisungen durch die Hausarztpraxen konnten im Verlauf von einer Zuweisung im ersten halben Jahr auf durchschnittlich 1.8 Zuweisungen pro Monat gesteigert werden. Personen nach Spitalaufenthalt konnten noch nicht systematisch profitieren.[19] Das Erreichen dieser Gruppe mit der APN-Intervention wird nach Abschluss des Projektes ein Ziel sein.

[18] Mahrer Imhof & Imhof (2020)
[19] Mahrer Imhof & Imhof (2020)

Chronologischer Ablauf des Projekts mit Planänderungen und Stolpersteinen

	Jan.–Juni 18	Juli–Dez. 18	Jan.–Juni 19	Juli–Dez. 19	Jan.–Juni 20	Überführung der APN in Regelbetrieb
Personal Projektteam	· Einarbeitung APN 1 · Anstellung und Einarbeitung APN 2 und 3	· Anstellung und Einarbeitung APN 4 · Wechsel im APN-Team	· Anstellung und Einarbeitung APN 5	· Mutterschaft APN	· Anstellung und Einarbeitung APN 6 Insgesamt 4 APNs angestellt	Anstellung APN 7 als Ersatz für APN 4
Zusammenarbeit Spitex intern	· Entwurf Richtlinie · Beginn Zusammenarbeit	· Durch APN-Teamwechsel weniger Präsenz möglich · Fertigstellen Richtlinie	· Mitarbeitende wünschen mehr APN-Präsenz in Zentren · Weniger interne Anmeldungen, ca. 1.4 pro Monat	· Weitere Erfahrungen werden gesammelt	· Vermehrt Anmeldungen durch Zentren, engere Zusammenarbeit	· Gemeinsame Fallbesprechungen zusammen mit Age Medical · Information über APN, Triagekriterien und Zusammenarbeit
Zusammenarbeit Spitex extern	· Unterzeichnung Zusammenarbeitsvertrag mit MediX Praxis Friesenberg	· Erste Anmeldung MediX Praxis Friesenberg · Suche nach weiteren interessierten Arztpraxen · Mehr Anmeldungen durch Fachstelle für präventive Beratung Zürich und Gerontologische Beratungsstelle (SiL) Zürich	· Erste Anmeldungen durch neu gewonnene Arztpraxis wollimed · Start Praktikum in MediX Praxis Friesenberg, mehr direkte Anmeldungen	· Erste Anmeldungen durch Praxis Aussersihl, APN macht Hausbesuche für Praxis (im Rahmen Praktikum) · Unterzeichnung Zusammenarbeitsvereinbarung mit Praxis Aussersihl, klinisches Praktikum	· APN machen regelmässig Hausbesuche für Praxis Aussersihl und für MediX Praxis Friesenberg	· Weitere Zusammenarbeit mit neuen Hausarztpraxen · Bekanntmachung der APN-Rolle in der Spitex bei Hausärzten · Zusammenarbeit mit den bereits involvierten Diensten und Hausärzten weiterführen
Triage	· Einführung Triagegespräche mit Fallführenden (intern) und Präsenz in Zentren erhöht, um Kunden zu finden	· Keine Triagegespräche mehr, da Zunahme von externen Anmeldungen und Personalengpässe bei APN	· Zuteilung in CASE-Gruppen anhand definierter Kriterien		· Prüfen und Anpassen der Triagekriterien	· Ziel: Automatisierte Anzeige von Kunden mit APN-Bedarf
Datensammlung	· Definition der Instrumente zur Datensammlung · Definition Kriterien für CASE-Gruppenzuweisung	· Zusätzliche Datensammlungsunterlagen · Interviews durch Forschungsteam · Rollen- und Kompetenzentwicklung und Entwicklung Zusammenarbeit (aufgezeichnet für Forschungsteam) · Zu harte Kriterien für Gruppenzuweisung	· Zusätzliche Erfassung der Evaluationsfragen · Anpassungen in den Instrumenten zur Datensammlung · Erfassung von demografischen Daten	· Vorgabe, dass Assessments und somit Datensammlung nach klinischer Expertise priorisiert wird · Abschluss Datensammlung	· Projektevaluation und interner Bericht durch ns&c fertiggestellt	· Vorerst keine weitere Datensammlung · Verwendung der Instrumente, z. B. situativ aufgrund klinischer Einschätzung, ist zu definieren
Kompetenzentwicklung	· Fachliche Auseinandersetzung mit Literatur und Assessment-Instrumenten, Einarbeitung ins Spezialgebiet Spitex	· Erkennen von Unsicherheiten und Bedarf nach weiterer ärztlich supervidierter Kompetenzentwicklung in der direkten Praxis	· APN 4 macht Praktikum bei MediX Praxis Friesenberg · APN 3 startet DAS ANP-plus, Universität Basel	· APN 4 macht Praktikum in Praxis Aussersihl und arbeitet weiter in MediX Praxis Friesenberg · Fallbesprechungen bei gemeinsamen Kunden mit gerontologischer Beratungsstelle Zürich (SiL) mit Stadtärztin	· APN 3 absolviert Praktikum in Akutgeriatrie · APN 3 absolviert Praktikum in Pflegezentrum bei Geriater · Regelmässige Mentorings mit Fallbesprechungen mit Geriater von Age Medical · Gemeinsame Konsilien mit Geriater von Age Medical	· Abschluss DAS ANP-plus, Universität Basel · Praktikumsinstitution für APN 6 suchen
Rollenentwicklung	· Grober Aufgabenbereich definiert	· Regelmässige Reflexion der Rolle (mit Projektleiter) · Kurzfristiger Einsatz der APN in reiner CNS-Rolle bei organisationalem Bedarf	· Rolle und Kompetenzen der APN bei Hausärzten wenig bekannt · Einordnung der APN-Rolle in der Spitex auf Kontinuum CNS und NP gestaltet sich schwierig	· Schärfung der Rolle Richtung NP	· In Mentoring mit Age Medical · Planung der weiteren Rollenentwicklung	· Weitere Schärfung und Definition der Rolle

Tab. 1: Chronologischer Ablauf des Projekts

Jeanine Altherr, Pflegeexpertin APN

ERFAHRUNGSBERICHT APN

Nahe an der Lebenswelt anderer Menschen

Nach gut 20 Jahren Arbeit im stationären Setting habe ich mich entschlossen, zu Beginn des Jahres 2020 in den ambulanten Versorgungsbereich zu wechseln. Als Pflegeexpertin APN bei der Spitex bewege ich mich so nahe an und in der Lebenswelt der Menschen, die Pflege bedürfen, wie an keinem anderen Versorgungsort.

Seit einigen Wochen besuche ich eine allein lebende betagte Kundin. Sie hat aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung und zunehmender kognitiver Einschränkungen Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung und insbesondere im Erleben und Umgang mit den Auswirkungen ihrer diversen chronischen Krankheiten. In einem ersten Schritt und in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt konnte ich ein funktionierendes Medikamentenmanagement aufbauen, das zu einer deutlichen Verbesserung der Schmerzen, der Blutzuckerwerte und der kardialen Situation führte – bei gleichzeitiger Bewahrung grösstmöglicher Autonomie. Aufbauend darauf sind nun weitere Schritte zur Verbesserung der Lebensqualität gemeinsam mit und im Sinne der Kundin möglich. Diese Situation war ein Schlüsselerlebnis, das mir zeigte, was wir als Pflegeexpertinnen APN erreichen können.

Bei meiner Arbeit ist mir besonders wichtig, dass ich mich als Partnerin verstehe, verhalte und wahrgenommen werde und dass mir auch als Partnerin begegnet wird – und zwar immer mit dem klaren Fokus auf die Kundin, den Kunden sowie die Angehörigen. Dies erfahre ich in meinem Alltag immer wieder, genauso aber auch, wie ich es als besonderen Knackpunkt in der Zusammenarbeit beobachte.

Da ich sehr gerne eigenständig arbeite, viel Entscheidungskompetenz in meinem Handeln brauche, gerne Verantwortung übernehme und mich als wirksam erlebe, fühle ich mich in meiner Rolle als Pflegeexpertin APN in der Spitex sehr wohl.

Jeanine Altherr, Pflegeexpertin APN

Alter in Jahren		
	MW = 81.4 Min/Max = 32/98	
	n	in %
Geschlecht		
Frauen	73	72
Männer	29	28
Ausbildung		
kein Abschluss	16	19
Anlehre	8	9
Berufsabschluss	54	63
Akademischer Abschluss	8	9
Keine Angaben	16	
Wohnsituation		
alleine	68	67
mit Partner	27	27
mit Kindern	6	6
Finanzielle Situation		
sehr schwierig	8	9
schwierig	8	9
ab und zu schwierig	17	20
ziemlich einfach	28	33
einfach	15	17
sehr einfach	10	12
keine Angaben	16	

Tab. 2: Demografische Angaben (Mahrer Imhof & Imhof, 2020)

Die Mehrheit (72 %) der durchschnittlich 81-jährigen Kundinnen und Kunden war weiblich, über 67 % leben alleine. 28 % der Kundinnen und Kunden bewerteten ihren Gesundheitszustand als schlecht und 50 % äusserten eine Verschlechterung in den letzten drei Monaten.

Mit dem multidimensionalen geriatrischen Screening wurden die wichtigen Gesundheitsparameter erfragt (siehe Tabelle 3). Eine Abnahme der Sehfähigkeit, Gedächtnisstörung und Polypharmazie waren die häufigsten Auffälligkeiten.

	Ja/auffällig (%)
Abnahme Sehfähigkeit (3 Mte)	80
Kurzzeitgedächtnis	65
Mehr als 5 Medikamente	62
Schmerz	38
Herz / Kreislauf	36
Depression	31
Medikamente, Nebenwirkungen	30
Hören	27
Body Mass Index BMI	24
Bein- / Gangfunktion	16

Tab. 3: Gesundheitsparameter (Mahrer Imhof & Imhof 2020)

Verglichen mit den Kundinnen und Kunden ohne APN-Intervention befanden sich in der Gruppe Kognition gemäss MDS (Minimal Data Set) signifikant häufiger Personen mit Abklärungsbedarf der Kognition. Nur 35 % hatten bereits eine Demenzdiagnose.

Der Vergleich in der Gruppe der Spitalaustritte und Frailty zeigte, dass hier noch wenig systematisch gescreent wurde und der Anteil daher gering blieb. Beeinflusst wurden diese Zahlen auch durch strenge Einschlusskriterien wie etwa «Alter über 80 Jahre».

Der Vergleich von Gruppenmerkmalen zeigte, dass der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand in der Gruppe der Überweisung durch die fallführende Pflegefachperson deutlich schlechter war, zudem waren die Personen signifikant jünger.[20] Es scheint einen Bedarf zu geben, jüngere Personen einzuschliessen.

	Kognition	Hausarzt	Frailty	Spital	Fallführende
N	37	23	5	1	36
Alter Durchschnitt in Jahren	82	84	91	82	78
Anteil Frauen (%)	70	83		n. a.	64
Gesundheit schlecht/sehr schlecht	5	35	20	n. a.	39
Gesundheit schlechter (3 Monate)	36	52	60	n. a.	44

Tab. 4: Vergleich Gruppenmerkmale (Mahrer Imhof & Imhof, 2020)

[20] Mahrer Imhof & Imhof (2020)

3.3 Interventionen durch Pflegeexpertinnen APN

Die Pflegeexpertinnen APN dokumentierten insgesamt 1106 Interventionen, welche eine Handlung direkt an oder mit dem Kunden sowie indirekt für den Kunden beschreiben. Innerhalb dieser Interventionen wurden 2334 Handlungen in festgelegten vier Aufgabenbereichen durchgeführt.

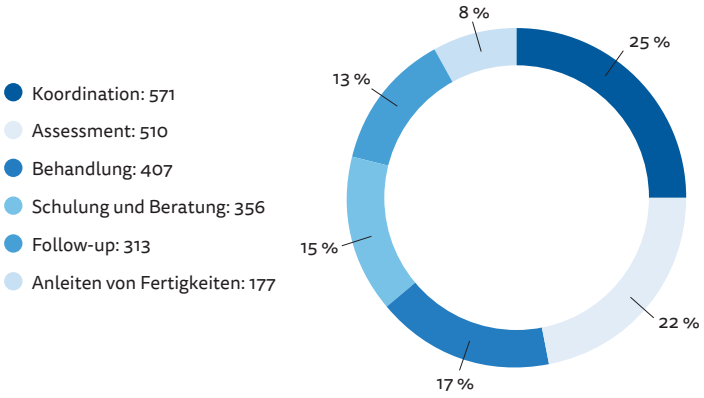

Abb. 4: Interventionen der Pflegeexpertin APN

Am häufigsten wurden therapeutische Massnahmen mit und am Kunden durchgeführt, was nochmals differenziert wurde in «Schulung und Beratung» (15 %), «Behandlung» (17 %) und «Anleiten von Fertigkeiten» (8 %).

Ein wesentliches Ziel der APN-Intervention war die Förderung der Selbstpflegefähigkeit. Dafür unterstützten die APN die Kundinnen und Kunden im Bereich der Therapie und der Anwendung von Hilfsmitteln (31 %), in der Beobachtung von Krankheitszeichen (30 %), in den Aktivitäten des täglichen Lebens (22 %) und seltener bei der Umgebungsanpassung (10 %) und im Erhalt der sozialen Kontakte (7 %).

Insgesamt wurden 5161 Arbeitsstunden dokumentiert, davon 42 % direkt für den Klienten (inkl. Wegzeit); es wurden lediglich 26 % der Arbeitsstunden als verrechenbare Zeit erfasst. Ein gewichtiger Teil der Arbeitszeit nahm die Projektarbeit in Anspruch.[21] Ziel ist es, nach dem Projekt die verrechenbare Zeit zu steigern.

In kleinen Schritten zu mehr Selbstständigkeit – ein Fallbeispiel

In folgendem Fallbeispiel handelt es sich um eine Kundensituation, in der die Pflegeexpertin APN vor allem zu Beginn eine zentrale Rolle spielte und sich, als sich die Kundensituation stabilisierte, zunehmend zurückziehen konnte.

Die Pflegeexpertin APN von SZS wurde durch die gerontologische Beratungsstelle (SiL) für eine Kundin miteinbezogen. Die Kundin war zu diesem Zeitpunkt jeglichen Hilfsangeboten gegenüber abgeneigt und hätte reguläre Spitex-Leistungen nicht akzeptiert. Der APN-Ersteinsatz wurde gemeinsam mit der SiL bei der damals 76-jährigen Frau Strebel (Name geändert) zu Hause durchgeführt.

Frau Strebel lebte alleine in einer Wohnung im 2. Stock ohne Lift. Seit kurzem hatte sie aufgrund finanzieller Schulden eine Beiständin. Frau Strebel lebte körperlich und häuslich verwahrlost und konnte die Wohnung kaum mehr verlassen.

Die Pflegeexpertin APN konnte beim Ersteinsatz eine Bestandsaufnahme machen. Mit einem BMI von 12,6 war die Kundin unterer-

[21] Mahrer Imhof & Imhof (2020)

nährt, ein Blick in den Kühlschrank bestätigte eine Unterversorgung mit Lebensmitteln. An verschiedenen Körperstellen hatte sie sich blutig gekratzt, auch Kleidung und Bettwäsche waren mit Blutspuren verunreinigt. Zudem erkannte die Pflegeexpertin APN eine leichte kognitive Einschränkung. Eine Testung liess die Kundin erst im weiteren Verlauf zu. Frau Strebel rauchte stark und trank regelmässig Wein.

Die Krankheitsgeschichte (ausser Bericht der gerontologischen Beratungsstelle SiL) war unbekannt, da sie durch die Pensionierung ihres Hausarztes keine hausärztliche Anbindung mehr hatte. Ebenso fehlten Medikamente. Frau Strebel erzählte von Freundinnen und Nachbarn, welche sie nicht namentlich nennen wollte. So war es schwierig, Unterstützung aus dem sozialen Netz u.a. bezüglich Anamnese einzuholen. Frau Strebel stand kurz vor einer fürsorgerischen Unterbringung durch die schwere Selbstvernachlässigung. Das Ziel der Kundin war es allerdings, so lange wie möglich zu Hause bleiben zu können.

Die Pflegeexpertin APN erkannte den dringenden Handlungsbedarf. Ein erster bedarfsgerechter Einkauf wurde getätigt und die Beiständin kontaktiert, um finanzielle Möglichkeiten für hauswirtschaftliche Unterstützungsleistung zu klären.

Im Verlauf führte die Pflegeexpertin APN einen Körperstatus durch. Dieser zeigte Einschränkungen in der visuellen Wahrnehmung, einen verbesserungswürdigen Zahnstatus, eine vergrösserte Leber, Hautschäden durch das Kratzen, einen beeinträchtigten Gasaustausch der Lunge, eine Gang- und Balancestörung und dadurch erhöhter Sturzgefahr, eine Mangelernährung, Frailty wie auch einen arrhythmischen Puls und eine Tachykardie (erhöhte Pulsfrequenz).

Das Vertrauen der Kundin wurde durch regelmässige wöchentliche Einsätze gewonnen und schliesslich über die Hausarztpraxis MediX Praxis Friesenberg eine neue Hausärztin organisiert. In Zusammenarbeit mit der neuen Hausärztin wurden Blutproben bei Frau Strebel zu Hause durch die Pflegeexpertin APN genommen und ein Vitamin B12 Mangel festgestellt. Die Pflegeexpertin APN organisierte nötige Arztbesuche und war an den Terminen mit der Hausärztin und dem Dermatologen (im gleichen Haus wie das APN-Büro) jeweils dabei, damit Frau Strebel die Termine wahrnahm und die Umsetzung des Therapieplans gelingen konnte. Im Weitern wurde eine mobile Zahnarzt-Klinik involviert, welche Frau Strebel zuhause behandeln konnte.

Im Verlauf wurden weitere Pflegefachpersonen der Spitex involviert und Frau Strebel erhielt tägliche Spitex-Einsätze. Die Einnahme der Medikamente wurde kontrolliert, die Hautläsionen wurden behandelt und die Kundin bei der Zubereitung des Essens unterstützt. Bewegungsübungen zum Kraftaufbau und Training der Balance wurden eingeübt. Mit der hinzugezogenen psychosozialen Spitex trainierte sie wieder, aus dem Haus zu gehen. Die Pflegeexpertin APN übernahm weiterhin regelmässige Einsätze, um den Gesundheitszustand zu überwachen und Verschlechterungen rechtzeitig zu erkennen. Die Kundin nahm an Gewicht zu und die Kognition verbesserte sich ebenfalls durch die Vitamin B12 Substitution, die ausreichende Ernährung und die Kontrolle des Alkoholkonsums. Die Kundin konnte das Haus wieder öfters alleine verlassen und sich mit Kolleginnen treffen, dadurch schien auch ihre Lebensqualität gestiegen zu sein. Die wohnungsbezogene Hygiene wie auch ihre Hautverhältnisse haben sich unter dem unterstützenden Einsatz der Pflegeexpertin APN und der anderen Spitex-Pflegefachpersonen verbessert. Sie erlebte die Besuche der Spitex nicht mehr als Störfaktor, sondern freute sich jeweils auf die Mitarbeitenden. So konnte Frau Strebel ihr Wunsch, möglichst lange zu Hause zu bleiben, ermöglicht werden.

Natascha Stürmer, Pflegeexpertin APN

ERFAHRUNGSBERICHT APN

Behutsamer Eingriff in die Lebensweise anderer Menschen

Die Stelle «Pflegeexpertin APN» bei Spitex Zürich Sihl bietet einen grossen Gestaltungsspielraum. Die Rolle ist noch neu, nichts ist in Stein gemeisselt – und ich muss immer wieder kreativ Lösungen finden. Ich finde es spannend, mit wertschätzender Neugier Einblick in das Leben der Kundinnen und Kunden zu bekommen und in den erweiterten Abklärungs- oder Beratungsgesprächen gemeinsam einen Plan auszuhandeln, der zielführend und für alle verträglich ist. Idealerweise kann ich dazu beitragen, dass sich das Gesundheitsverhalten zum Positiven verändert.

Ich habe grossen Respekt vor der Lebensweise anderer Menschen. Als Mitarbeiterin einer Spitex-Organisation bin ich als Gast bei den Kundinnen und Kunden in deren Zuhause. Ihre Wünsche und Erfahrungen zählen mehr als in einem Spital. Sie stehen immer im Zentrum. Mir ist bewusst, dass sich diese Lebensweise durch meine Intervention etwas verändert. Entsprechend behutsam gehe ich mit den betroffenen Personen um.

Ein Schlüsselerlebnis in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Hausarztpraxis MediX Praxis Friesenberg: Eine Ärztin kam ins Büro und bat mich, eine neue Patientin zu besuchen und eine Verlaufskontrolle zu machen. Aus gesundheitlichen Gründen könne sie nicht so oft in die Praxis kommen. Dieses aktive Auf-mich-Zukommen und das Vertrauen haben mich gefreut. Daraus ist bei dieser Patientin eine enge Zusammenarbeit auf Augenhöhe entstanden. Die instabile Gesundheitssituation der Patientin konnte zu Hause so stabilisiert werden, dass es zu keiner weiteren Hospitalisation kam. So stelle ich mir neue Zusammenarbeitsformen vor.

Natascha Stürmer, Pflegeexpertin APN

3.4 Kundenbeurteilung und -zufriedenheit

Die Kundinnen und Kunden waren sehr zufrieden mit der Betreuung durch die Pflegeexpertin APN. Sie äusserten, dass sie die fachliche Expertise und den Einbezug in Entscheidungen sehr schätzten. Die Kundinnen und Kunden haben eine direkte Ansprechperson, bei der sie ihre Fragen und Anliegen anbringen können. Durch den Einbezug des informellen Unterstützungsnetzes und das Beachten von finanziellen und kulturellen Gegebenheiten wurde der Fokus auf die Selbstpflegefähigkeit sichtbar.

Sie schätzen die professionelle Beziehung mit der Pflegeexpertin APN und sehen sie als Bezugs- und Vertrauensperson im Gesundheitswesen. Durch die kontinuierliche Betreuung der APN wurden verhaltensbezogene Probleme schneller erkannt und die Akzeptanz für notwendige Massnahmen erhöhte sich.

Die Befragung von Kundinnen und Kundinnen zeigte, dass sie in 88 % der Fälle die APN-Intervention als hilfreich empfanden und 98 % wünschten weitere Besuche durch die Pflegeexpertin APN[22].

3.5 Ablauf der APN-Intervention

Die APN-Intervention bzw. der Einsatz erfolgte gemäss einem standardisierten Prozess.

1. Zuweisung durch fallführende Pflegefachfrau, Hausarztpraxis oder SiL
2. Abklärung Fragestellung der Zuweisenden und Auftragsannahme durch Pflegeexpertin APN
3. Einteilung in jeweilige CASE-Gruppe durch APN
4. Durchführung multidimensionales geriatrisches Screening in Anlehnung an Lachs et al. (1990) (siehe Abbildung 5), darauf folgend symptomfokussierte Anamnese und Körperuntersuchung sowie Fokus-Assessments in den auffälligen Bereichen zur erweiterten Situationserfassung
5. Synthese der erweiterten Situationserfassung
6. Zielformulierung
7. Interventionen planen und umsetzen

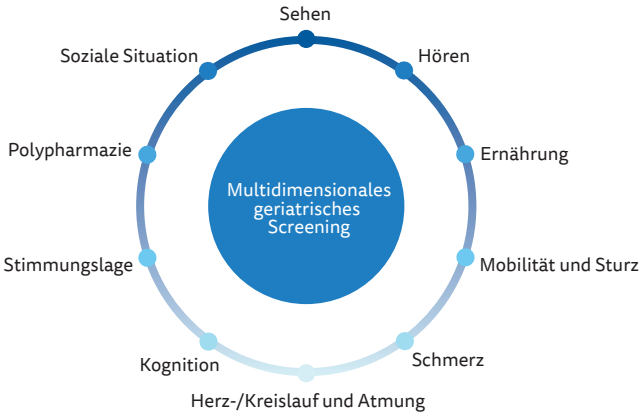

Abb. 5: Multidimensionales geriatrisches Screening

[22] Mahrer Imhof & Imhof (2020)

Die nachfolgende Tabelle 5 zeigt einen exemplarischen Fall bei einer Kundensituation mit initialer Auffälligkeit im Screening bezüglich Mobilität: Die Pflegeexpertin APN verfügt über ein umfassendes Repertoire zur klinisch vertieften medizinisch-diagnostischen Einschätzung, zum Beispiel für eine anerkannte Untersuchung der Kognition. Sie ist in der Lage, eine Körperuntersuchung durchzuführen und die Befunde kompetent zu kommunizieren. Sie übernimmt die Beratung in komplexen Versorgungssituationen, erstellt, empfiehlt und setzt umfassende Behandlungspläne um.

Screening	Fokus-Assessment	Ziele	Intervention
Gangbild des Kunden erfassen	Symptomfokussierte Anamnese zu Gehfähigkeit und Stürzen	Sturzgefahr reduzieren	· Beratung bzgl. Hilfsmitteln · Abbau Stolperquellen
	· Ganggeschwindigkeit · Handkraftmessung · Balance-Test: Tandemstand und Rombergtest · 5 times chair rise · Koordination · Frailty nach Fried	Verbesserung der Balance, Kraft und Ganggeschwindigkeit	Bewegungsübungen durch Spitex-Mitarbeitende
	Sensibilitätsprüfung der unteren Extremitäten	Erkennung von Polyneuropathie	Kontaktaufnahme mit Hausarzt und Klärung von Ursache und Therapie
Schmerz: Vorhanden, genügend kontrolliert?	Genaue Schmerzerfassung und körperliche Untersuchung der schmerzenden Stellen	Ausreichende Analgesie, Schmerzkontrolle	· Vorschläge zur Verbesserung der Analgesie · Beratung des Patienten zu schmerzlindernden Massnahmen und Medikation
Ernährung: · BMI · Gewichtsverlust · Appetitverlust	Mini Nutrition Assessment	· Mangelernährung vorbeugen oder behandeln · Unterstützung für Kraftaufbau	· Beratung bzgl. eiweissreicher Ernährung · Vorschlag zur Substitution von Molkeprotein
Fünf oder mehr Medikamente	Medikamente und Diagnose überprüfen	· Nur nötigste Medikamente · Möglichst wenig Medikamente, welche Stürze begünstigen	· Besprechung mit Hausarzt bzgl. Reevaluation der Medikation, Vorschläge zur Reduktion
Sehen: Verschlechtert	Sehtest Jägertafel Amslergitter	Reduktion einer visusbedingten Sturzgefahr	· Augenärztliche Untersuchung initiieren · Anpassung der Sehhilfe und der Beleuchtung

Tab. 5: Exemplarischer Fall bei einer Kundensituation mit initialer Auffälligkeit im Screening bezüglich Mobilität

EINBLICK IN DIE PRAXIS

Gute Unterstützung, auch bei Schwierigkeiten

Frau Pisa (Name geändert), 80, und ihr Mann, 87, leben seit mehr als einem halben Jahrhundert in der Stadt Zürich. Frau Pisas Mann braucht täglich Spitex-Unterstützung. Ein stabiles soziales Umfeld, ein qualifiziertes Spitex-Team, eine Pflegeexpertin APN und der langjährige Hausarzt sorgen dafür, dass das Ehepaar weiterhin im gewohnten Umfeld wohnen kann.

Wie haben Sie zum ersten Mal von der Spitex erfahren?

Frau Pisa: Es gab ein Schreiben von der Stadt. In der Folge habe ich Kontakt mit einer sehr kompetenten Person aufgenommen. Wir haben nett miteinander gesprochen. Sie hat mir empfohlen, Unterstützung durch die Spitex in Anspruch zu nehmen. Wenn ich diese Hilfe akzeptiere, könne ich noch lange mit meinem Mann in unserer Wohnung bleiben, meinte sie.

Wie ging es weiter?

Eine Spitex-Mitarbeiterin kam vorbei, danach gab es erste Einsätze. Eine grosse Herausforderung ist die Körperpflege bei meinem Mann. Eines Tages musste er notfallmässig wegen einer Blutvergiftung ins Krankenhaus überwiesen werden. Seit seiner Rückkehr gibt es täglich Spitex-Einsätze. Das Spitex-Team ist super: Alle sind nett und hilfsbereit.

Wie kam die Pflegeexpertin ins Spiel?

Das weiss ich nicht mehr genau. Doch ich

Frau Pisa

merke, dass sich die Pflegeexpertin, unser langjähriger Hausarzt und das Spitex-Team gut absprechen. Das ist mir sehr wichtig. Ich spüre, dass da viel Fachwissen da ist. Alle helfen mit, dass es meinem Mann gut geht. So können wir immer noch in unserer Wohnung bleiben. Wir sind schon über 50 Jahre hier

Wie hat sich die Beziehung zur Pflegeexpertin über die Zeit verändert?

Sie kommt alle drei bis vier Wochen vorbei. Dazwischen haben wir auch telefonisch Kontakt. Was mir gefällt: Niemand ist sich für irgendetwas zu schade. Alle packen an. Und wenn es Schwierigkeiten gibt, werde ich gut unterstützt. Ich weiss, dass die Pflegeexpertin den Gesundheitszustand von meinem Mann genau kennt und rechtzeitig merkt, wenn sich etwas verändert. Sie hat mir auch erklärt, worauf ich achten kann und wann ich mich melden muss. Beim letzten Besuch hat sie mit mir besprochen, wie ich Essen mit genügend Eiweiss zubereiten kann, was wichtig ist. Dies alles gibt mir Sicherheit und ich selber kann für meinen Mann auch etwas Gutes tun.

Was wünschen Sie sich in Zukunft noch von der Pflegeexpertin

Ich wünsche mir, dass die Pflegeexpertin weiterhin regelmässig vorbeikommt und ich sie wie bisher immer anrufen kann. Sie soll meine offenen Fragen mit mir besprechen und mir erklären, was wichtig ist in der Betreuung von meinem Mann und was ich wie machen kann. Bald sind Sommerferien. Vielleicht zeigen mir die Spitex-Fachleute, wie sie meinen Mann im Detail pflegen und versorgen? Dann könnten wir für zwei Wochen nach Italien – das wäre toll!

Kundinnen und Kunden sowie deren Angehörige stehen im Fokus aller Interventionen einer Pflegeexpertin APN.

4 Rollenentwicklung Pflegeexpertin APN und Zusammenarbeit

Ein Ziel des Projektes war, die Rolle einer Pflegeexpertin APN innerhalb einer Spitex-Organisation zu definieren und entwickeln. Die Rolle konnte weitgehend etabliert werden. Änderungen der bestehenden Strukturen und Prozesse zur Zusammenarbeit innerhalb der Spitex und mit Kooperationspartnern benötigen Zeit und eine gute Kommunikation. Die Erfahrung zeigt, dass mit einer mehrjährigen Entwicklungsphase gerechnet werden muss. Zu Beginn müssen Aufgaben, Rollenverständnis und Zusammenarbeitsformen geklärt und entwickelt werden. Es gibt mehrere Ebenen, auf welchen die Rollenentwicklung der Pflegeexpertinnen APN stattfand und noch stattfindet.

Innerhalb der Organisation
- Rollenentwicklung innerhalb der Spitex-Organisation
- Rollenentwicklung zur «Nurse Practitioner (NP)»

Ausserhalb der Organisation
- Rollenentwicklung und Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen
- Rollenentwicklung und Zusammenarbeit mit anderen Zuweisenden, beispielsweise Gerontologische Beratungsstelle SiL der Stadt Zürich.

4.1 Rollenentwicklung in der Spitex und neue Formen der Zusammenarbeit

Der Entwicklungsprozess ist gekennzeichnet durch die Definition des Aufgabenbereiches, der Einführung neuer Strukturen und Prozesse und die Zusammenarbeit mit den fallführenden Pflegefachpersonen.

Die Kernaufgaben als Pflegeexpertin APN bei SZS konnten definiert werden und sind hier dargestellt.

Steckbrief – Pflegeexpertin APN bei der Spitex Zürich Sihl

Voraussetzungen
- Master in Pflegewissenschaft (MScN)
- Erfahrung in der primären pflegerischen Versorgung
- Hohe Selbstständigkeit und betriebswirtschaftliches Denken
- Leadership und hohe kommunikative Kompetenzen

Kernaufgaben
- Direkte Kundeneinsätze in akuten und instabilen Phasen einer chronischen Krankheit
- Erfassen der medizinischen und pflegerischen Schwerpunkte, Überwachung der Therapie durch Kompetenzen in Anamnese und körperlicher Untersuchung und erweitertem Assessment
- Erweiterte Vernetzung aller involvierten Dienstleister: Care Management
- Anwendung von neustem, evidenzbasiertem Wissen
- Integrierte Versorgung und Pflegequalität der Kunden und Kundinnen weiterentwickeln
- Beratung von Kundinnen und Kunden mit erweitertem Bedarf und expliziter Förderung des Selbstmanagements
- Demenzberatung für Angehörige
- Unterstützung der fallführenden Pflegefachpersonen in komplexen Situationen mittels Coaching oder multidisziplinäre Fallbesprechungen (CNS)

Unterstützend
- Intradisziplinäre Supervisionen moderiert von Geriatern
- Gemeinsame Patientenkonsilien
- E-Pflegedokumentation in der Organisation
- Agile Zusammenarbeit in der Organisation
- Weiter- und Ausbildungsmöglichkeiten

Die Art der Zusammenarbeit wird laufend reflektiert und angepasst. SZS entwickelt sich zu einer agilen Netzwerkorganisation. Das APN-Team gilt intern als Fachdienst, der bei entsprechendem Kundenbedarf involviert ist. Der Zuweisungsprozess zur Pflegeexpertin APN gestaltete sich während des gesamten Projekts als herausfordernd. Es wurden verschiedene Ansätze geprüft, wie die Triagierung vorgenommen werden kann (siehe Tabelle 1).

Bei der Rollenentwicklung der APN gilt es besonders, Aufgabenvermischungen zu vermeiden. Zum Beispiel wurden die Pflegeexpertinnen APN zwischenzeitlich in einem Zentrum als Unterstützung für Fachcoaches eingesetzt. In dieser Rolle hatten sie die Aufgabe, mit den Pflegefachpersonen die Pflegeplanungen zu besprechen und zu verbessern sowie diese zu coachen. In dieser Rolle erkannten die Pflegeexpertinnen APN auch, ob Kundinnen und Kunden einen Bedarf an APN-Unterstützung hatten. Jedoch gab es weder die Kapazität noch den Auftrag, diesen Fällen nachzugehen. Das war für alle unbefriedigend. Die Erkenntnis ist: Eine klare Definition von Rolle und Aufgabe ist unabdingbar. Dabei sollte allen bewusst sein, dass Pflegeexpertinnen APN kein Dienst sind, um bestehende strukturelle oder personelle Lücken zu füllen.

Nicht nur mit den Fachcoaches, auch mit den fallführenden Pflegefachpersonen und den Pflegeexpertinnen APN sollte eine Aufgabenvermischung vermieden werden. Beispielsweise sollte die fallführende Pflegefachperson die Fallführung aus einer Überlastung oder anderweitigen Gründen nicht an die Pflegeexpertin APN abgeben. Solch eine Übernahme der Fallführung durch die APN sollte ausschliesslich aus der Kundensituation begründet sein.

Durch Erfahrungen und Reflexion wird das Rollenbild gefestigt. Eine Herausforderung ist, dass die Pflegeexpertin APN sich auf einem Kontinuum zwischen den zwei Ausprägungen der Rolle befinden. Auf der einen Seite die CNS, die sich mehr auf das Coaching der Mitarbeitenden fokussiert. Auf der anderen Seite die NP, die erweiterte Kompetenzen direkt bei den Kundinnen und Kunden umsetzt. Zentral ist die interne Kommunikation des Angebotes und des Aufgabenbereiches der Pflegexpertin APN. Erste Erfahrungen der Mitarbeitenden mit der Arbeitsweise der Pflegeexpertinnen APN haben geholfen, die Zusammenarbeit schrittweise zu etablieren.

Wichtig ist eine gute Absprache, wer welche Aufgabe in einer Pflegesituation übernimmt. Manchmal wird es als anstrengend empfunden, wenn noch eine Fachperson in eine Pflegesituation involviert wird. Viele fallführende Pflegefachpersonen schätzen inzwischen den Austausch mit einer Pflegeexpertin APN.

EINBLICK IN DIE PRAXIS

Fachexpertise für besonders komplexe Situationen

«In besonders anspruchsvollen und komplexen Situationen kann ich auf eine Pflegeexpertin zurückgreifen. Das hilft enorm», sagt Yvonne Ineichen. Sie ist Fallführende bei Spitex Zürich Sihl und arbeitet im Zentrum Wiedikon. «Pflegeexpertinnen bringen eine zusätzliche Fachexpertise in Situationen ein und helfen so, diese zu beruhigen und zu stabilisieren.»

Yvonne Ineichen, Fallführende Spitex Zürich Sihl

Wann haben Sie von der Rolle und Funktion der Pflegeexpertin APN erstmals erfahren?

Yvonne Ineichen: Die Pflegeexpertin hat sich bei mir kurz nach meinem Eintritt in die Organisation persönlich vorgestellt. Das habe ich sehr geschätzt. Sie hat mir auch gleich erklärt, dass sie uns Fallführende in Kundensituationen unterstützt, die komplex und äusserst anspruchsvoll sind. Das ist im Alltag sehr hilfreich.

Wichtig ist der Austausch zwischen Pflegeexpertinnen.

Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegeexpertinnen?

Angenehm, kooperativ, zielführend und auf Augenhöhe. Bei einer Fallbesprechung findet immer ein fundiertes Fachgespräch statt. Durch die gemeinsame, vertiefte Analyse entstehen neue Ideen für das weitere Vorgehen. Bei besonders anspruchsvollen Situationen machen sich Pflegeexpertinnen vor Ort selbst ein Bild. Durch ihre Ausbildung und ihr Wissen haben sie andere Tools zur Verfügung als wir. Sie bringen ihre zusätzliche Fachexpertise ein. Das führt dazu, dass gemeinsam eine Kundensituation in Teilaspekte aufgeschlüsselt werden kann. Damit wird klarer, was wirklich wichtig ist.

Was verstehen Sie unter «anderen Tools»? Können Sie ein konkretes Beispiel nennen?

Ja, gerne. Eine Kundin mit starkem Juckreiz war stets sehr aggressiv gegenüber ihrem Mann und von ihm sehr abhängig. Sie liess keine Pflege zu, hatte dies aber aus meiner Sicht nötig. Ich habe eine Pflegeexpertin beigezogen, die mehrmals selbst Einsätze übernommen hat. Es folgte ein intensiver Austausch mit dem Ehemann, mit mir und den anderen Pflegenden sowie dem Hausarzt. Im Anschluss hat die Pflegeexpertin einen Gesprächsleitfaden entwickelt, den wir alle genutzt haben. Die Situation hat sich in der Folge entspannt. Ich war sehr dankbar für diese Unterstützung, denn jetzt können wir die Kundin deutlich besser und ganzheitlich pflegen.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Vor zwei Jahren arbeiteten die Pflegeexpertinnen APN noch hier im Zentrum. Inzwischen arbeiten sie vom Zentrum Friesenberg aus und betreuen Kundinnen und Kunden aller vier Spitex-Zentren. Diese Nähe hatte ich sehr geschätzt: Wir konnten Kundensituationen rasch und unkompliziert besprechen. Durch die Distanz ist das heute etwas schwieriger. Toll wäre eine Art regelmässige Sprechstunde. Als hilfreich würde ich Fallnachbesprechungen und einen Einblick in die Tool-Box der Pflegeexpertinnen erachten. Die ganze Organisation könnte noch mehr profitieren und die Pflegeexpertinnen wären noch sichtbarer.

Was würden Sie am meisten vermissen, wenn es keine Pflegeexpertinnen mehr gäbe?

Ganz klar den Gedankenaustausch und die Fachexpertise. Mit allen Pflegeexpertinnen arbeite ich sehr gut zusammen. Sie sind hilfsbereit und ich fühle mich gut unterstützt. Und auch der offene und wertschätzende Umgang würde fehlen. In der Spitex würde die Pflegequalität leiden, wenn an weiterer fachlicher Expertise gespart würde. Eine ganzheitliche und allumfassende Pflege zu Hause in komplexen Situationen ist nur noch mit einer Pflegeexpertin APN möglich.

4.2 Rollenentwicklung zur NP

Um die Rollenentwicklung zur NP zu fördern, benötigt es den Aufbau der fachlichen Expertise. Dies gilt besonders im Bereich des klinischen Assessments und der Entscheidungsfindung bezüglich Therapiemöglichkeiten. Im Projekt wurden immer wieder der Bedarf nach supervidiertem Lernen und der Wunsch nach einem ärztlichen Coaching diskutiert. Zur Vertiefung der klinischen Kompetenzen und zum supervidierten Lernen hat eine Pflegeexpertin APN den Weiterbildungsstudiengang DAS ANP-plus der Universität Basel aufgenommen. Eine Pflegeexpertin APN konnte einen Pratikumstag in einer Hausarztpraxis absolvieren. Zudem unterstützt Age Medical[23] das APN-Team seit 2020 durch Fallbesprechungen, Supervisionen und mit der Möglichkeit, gemeinsam geriatrische Konsilien vor Ort durchzuführen, was die fachliche Entwicklung sehr fördert.

Das Projekt CASE hatte das Ziel, die Rolle Pflegeexpertin APN in den Betrieb von SZS zu implementieren. Die Pflegeexpertin APN soll zudem Bindeglied zwischen Hausarztpraxen und SZS sein. Nach Projektabschluss lässt sich feststellen, dass ein Teil der Rolle der Pflegeexpertin APN bei SZS am ehesten der Rolle «Nurse Practitioner (NP)» zuzuschreiben ist. Soll diese Rolle gut ausgeübt werden, braucht es eine enge Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen. Im Verlauf des Projekts ist eine enge Zusammenarbeit unter anderem mit der MediX Praxis Friesenberg entstanden.

4.3 Rollenentwicklung und Zusammenarbeit Hausarztpraxis

Das zweite wichtige Ziel vom Projekt CASE war, die Rolle einer Pflegeexpertin APN in der Spitex in der Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten zu entwickeln und eine fruchtbare Kooperation zu etablieren.

Um diese enge Kooperationen zu entwickeln, wurden im neu erbauten Gesundheitszentrum Friesenberg mit verschiedenen Gesundheitsdienstleistern, u. a. einer neuen MediX-Hausarztpraxis, Spitex-Räumlichkeiten schon vor Projektbeginn dazu gemietet und das APN-Team einquartiert.

Es benötigte einige Zeit, bis sich die Kooperation mit der MediX Praxis Friesenberg etablierte. Die unterschiedlichen Erwartungen und Voraussetzungen für die Zusammenarbeit wurden an verschiedenen Beispielen deutlich. Die Hausärztin zeigte auf, dass die administrativen und organisatorischen Hürden einer Zuweisung an die Pflegeexpertin APN schwierig in den Berufsalltag zu integrieren sind. Die Rahmenbedingungen, welche die Finanzierung und rechtlichen Voraussetzungen klären, sind in der Schweiz bis anhin nicht gegeben.

Am Meeting der Steuerungsgruppe im Januar 2019 wurde entschieden, dass eine Pflegeexpertin APN einen Tag pro Woche im Rahmen eines Praktikums in der Hausarztpraxis tätig sein sollte. Dies eröffnete die Möglichkeit, Wissen und Praxis im klinischen medizinischen Assessment zu vertiefen. Gleichzeitig konnten Arbeitsfelder der Pflegeexpertin APN in der Hausarztpraxis definiert und die interprofessionelle Zusammenarbeit entwickelt werden.

Die Umsetzung führte schnell zu Erfolgen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Das gegenseitige Kennen und Wissen um die Fähigkeiten und Grenzen der Pflegexpertin APN scheint der Schlüssel zur erfolgreichen Zusammenarbeit zu sein. Die räumliche Nähe und die direkte Kooperation ermöglichten eine unkomplizierte, effiziente und umfassende Betreuung von gemeinsamen Patientinnen und Patienten. Sowohl die Hausärztin als auch die Pflegexpertin APN hat eine Ansprechperson, mit der Fragen und Probleme einfach und unkompliziert geklärt werden können. Die Kenntnis der Fähigkeiten der Pflegeexpertin APN durch die Hausärztin ist eine Voraussetzung, dass der Interpretation der Untersuchungsresultate der APN vertraut und darauf basierend der weitere Therapieprozess abgesprochen werden kann.

[23] age-medical.ch

EINBLICK IN DIE PRAXIS

Pflegeexpertin APN: Bestens ausgebildetes Bindeglied zwischen Hausarztpraxis und Spitex

Eine Pflegeexpertin APN bringt eine weitere Expertensicht auf eine Patientensituation ein. Das hilft den Hausärztinnen und Hausärzten, aber vor allem den Patientinnen und Patienten: Auch bei komplexen Situationen können sie länger zu Hause leben. Das im Projekt erprobte Rollenmodell hat sich bewährt, bei der Finanzierung muss nachgebessert werden.

PD Dr. med. Corinne Chmiel, MediX Hausarztpraxis Friesenberg

Hausärztin und Hausarzt betreuen viele und sehr unterschiedliche Patientinnen und Patienten. Generell werden Betreuungsaufgaben immer komplexer und die Erwartungen steigen. In der Schweiz gibt es zu wenig Hausärztinnen und Hausärzte. Die Folge ist chronischer Zeitmangel, Hausbesuche sind nur noch die Ausnahme. Doch bei Hausbesuchen sieht das geschulte Auge, wie sich eine Patientin oder ein Patient in der gewohnten Umgebung bewegt oder welche Ressourcen tatsächlich vorhanden sind. Diese Expertensicht ist sehr hilfreich und nützlich bei der Beurteilung einer Situation.

Hausärztinnen und Hausärzte behalten bei komplexen Situationen den Überblick, doch die Betreuung selber ist oft fragmentiert: Es gibt Situationen, da sind Physiotherapie, Ernährungsberatung, ärztliche Spezialdienste, Fachpersonen einer Spitex-Organisation und weitere Expertinnen und Experten involviert. Hier kommen Hausarztpraxen an Grenzen und die Expertise einer Pflegeexpertin APN kommt zum Tragen. Eine Pflegeexpertin APN begleitet Patientinnen und Patienten bei der Umsetzung und Evaluation der initiierten Therapien kontinuierlich.

Für die MediX Praxis Friesenberg ist die Kooperation mit Spitex Zürich Sihl bei den Pflegeexpertinnen APN sehr wertvoll. Die Pflegeexpertin APN übernimmt Aufgaben, die eine Hausarztpraxis kaum mehr alleine bewältigen kann. So ist die Pflegeexpertin APN regelmässig bei Patientinnen und Patienten an deren Wohnort und nimmt direkt Einfluss auf den Therapieprozess.

Weil sich Hausärztin und Pflegeexpertin APN gut kennen und regelmässig austauschen, findet ein gegenseitiger, sehr wertvoller Wissenstransfer statt. Durch die Expertise einer Pflegeexpertin APN sind eine umfassendere Sicht und eine zusätzliche Perspektive auf eine Patientin oder einen Patienten möglich. Durch die klinischen Kompetenzen können Pflegeexpertinnen APN relevante Informationen zum Gesundheitszustand sammeln. Dazu stellen sie gezielte Fragen und führen eine körperliche Untersuchung durch, während der sie beispielsweise Herz oder Lunge abhören. Sie ergänzen das Bild mit gezielten Tests: Zum Beispiel prüfen sie die Gangfähigkeit, das Gedächtnis oder Laborergebnisse. Sie machen erste Vorschläge zum weiteren Procedere.

Dank der speziellen Zusammenarbeit – formal absolviert eine Spitex-Pflegeexpertin wöchentlich einen Praktikumstag bei der MediX Praxis Friesenberg – war ein Mentorat durch die Ärztinnen und Ärzte für chronische und demenzielle Erkrankungen möglich. Auch konnten so ausgewählte Patientinnen und Patienten in einem Alterszentrum betreut werden, was ohne Bindung an eine Arzt-Praxis im Moment noch nicht möglich ist.

Aus unserer Sicht liegt der Mehrwert einer Spitex-Pflegeexpertin APN in ihrer Funktion als fachlich bestens ausgebildetes Bindeglied zwischen Hausarztpraxis und Spitex. Es ermöglicht eine umfassendere und entsprechend bessere Betreuung von Patientinnen und Patienten, insbesondere wenn sie an einer demenziellen Entwicklung und/oder Multimorbidität leiden. Die Fähigkeit des klinischen Assessments und somit medizinischer Untersuchungen sind sehr nützlich und erwünscht. Hausbesuche erfolgen kontinuierlich und präventiv. Das hilft, eine Situation umfassender zu sehen und frühzeitig und kompetent zu reagieren. Dadurch können Hospitalisationen reduziert werden.

Die Zusammenarbeit mit Spitex Zürich Sihl hat sich bewährt. Das neue Rollenmodell «Pflegeexpertin APN» kann helfen, Patientinnen und Patienten länger zu Hause zu betreuen, auch in komplexen Situationen.

Kaum geklärt ist die Finanzierung der neuen Rolle Pflegeexpertin APN. Hier besteht Handlungsbedarf. Jede Hausarztpraxis muss zudem die Frage beantworten, wo eine Pflegeexpertin APN organisatorisch am besten angegliedert ist: bei einer Spitex-Organisation oder bei einer Hausarztpraxis. Das Projekt hat gezeigt: Der Bedarf nach mehr Pflegeexpertise ist da und es wird sich zeigen, ob es nachhaltig zu einer neuen Rollenverteilung zwischen Hausarztpraxis und Spitex-Organisation kommen kann.

PD Dr. med. Corinne Chmiel,
Leitende Ärztin Allgemeine Innere Medizin FMH,
MediX Hausarztpraxis Friesenberg

Deborah Janz, Pflegeexpertin APN, im Gespräch mit PD Dr. med. Corinne Chmiel

Aus dem Pilotversuch mit der MediX Praxis Friesenberg entwickelte sich eine Zusammenarbeit, die bis heute Bestand hat. Parallel zur engeren Anbindung an die MediX Praxis Friesenberg arbeiteten die Pflegeexpertinnen APN intensiv an der Ausweitung ihres Beziehungsnetzes mit Hausarztpraxen. Im Oktober 2019 konnte eine Pflegeexpertin APN in der Praxis Aussersihl ein viermonatiges Praktikum absolvieren. Auch hier arbeitete die Pflegeexpertin APN einen Tag pro Woche zusammen mit den Hausärztinnen. Die Praxis wollimed überweist regelmässig Patientinnen und Patienten. Die Zusammenarbeit findet via E-Mails und Telefon, aber ohne Austausch vor Ort statt.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass nur eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegeexpertinnen APN über einen längeren Zeitraum zu einer gemeinsamen Basis führt, die neue Formen der Zusammenarbeit möglich macht. Die Hausarztpraxis kann sich auf eine hoch qualifizierte Pflegeexpertin APN verlassen, die auch Hausbesuche macht. Die Pflegeexpertin APN und damit auch die Spitex-Organisation gewinnen in der engen Zusammenarbeit mit einer Hausarztpraxis an medizinischem Fachwissen und die Möglichkeit, Unklarheiten rasch zu klären. Schliesslich profitieren Patientinnen und Patienten durch die Verknüpfung dieser medizinischen und pflegerischen Expertise.

Imhof und Mahrer-Imhof halten zum Thema Interprofessionalität fest, dass beiden Berufen der Fokus auf die Gesundheit der Klientinnen und Klienten gemeinsam sei.[24] In diesem Bereich legt normalerweise das hierarchische Verordnungsrecht der Hausärztinnen bzw. -ärzte bereits eine Rollendefinition fest, die wenig Gestaltungsspielraum im klinischen Alltag zulässt. Interprofessionalität bedeutet, dass sich sowohl die Pflegeexpertin APN als auch die Hausärztinnen und -ärzte aus diesem hierarchischen System lösen und neue gemeinsame Rollen definiert werden. Dies zumindest dort, wo die Situation der Klientinnen bzw. Klienten es erfordert und die vorhandene Expertise dies erlaubt.

4.4 Rollenentwicklung und Zusammenarbeit mit anderen Zuweisenden, beispielsweise Gerontologische Beratungsstelle SiL der Stadt Zürich

Eine enge Zusammenarbeit entwickelte sich im Projektverlauf mit der Gerontologischen Beratungsstelle SiL der Stadt Zürich. Während des Projekts konnte ein direkter Anmeldungsprozess entwickelt und die Zusammenarbeit intensiviert werden. Bei den SiL-Zuweisungen gab es fast ausnahmslos einen Bedarf an Leistungen einer Pflegeexpertin APN, weil die Gefahr bestand, dass bei einem schlechten Zugang die Kundinnen und Kunden intensivierte Spitex-Leistungen verweigerten. Ein niederschwelliger und unkonventioneller Kontaktaufbau durch eine Fachperson, die im Umgang mit Menschen mit Demenz und den damit verbundenen nötigen kommunikativen Fähigkeiten vertraut ist, ist daher unabdingbar. Situationen werden im direkten Austausch auf Augenhöhe mit Pflegefachpersonen, Psychologinnen, der leitenden Ärztin und den Pflegeexpertinnen APN besprochen. Kundinnen und Kunden werden heute gemeinsam mit definierten Aufgabenbereichen betreut. Entscheide werden kollegial und unbürokratisch entwickelt und getroffen.

Die Pflegeexpertinnen APN erhielten während des Projekts regelmässig die Möglichkeit, sich mit Dr. Gabriela Bieri-Brüning, Chefärztin des Geriatrischen Dienstes, zu treffen, um Fälle und Fragen zu besprechen.

[24] Imhof & Mahrer-Imhof (2020)

EINBLICK IN DIE PRAXIS

Unübersichtliche Situationen rasch und zuverlässig strukturieren

Die Gerontologische Beratungsstelle SiL ist eine Fachabteilung der Pflegezentren der Stadt Zürich. Sie ist für Angehörige, Nachbarinnen und Nachbarn, Spitex sowie für Ärztinnen und Ärzte eine wichtige Anlaufstelle, um Fragen zu klären, die vor allem ältere Menschen betreffen, die in der Regel wegen einer Demenzerkrankung ihren Alltag nicht mehr alleine bewältigen können. Wir stehen mit allen wichtigen Dienstleistern in diesem Bereich in regem Kontakt.

Wir arbeiten schon länger mit den Pflegeexpertinnen APN von Spitex Zürich Sihl zusammen. Den fachlichen Austausch schätzen wir sehr. Die Kompetenzen der Pflegeexpertinnen APN kommen vor allem in den besonders anspruchsvollen Betreuungs- und Pflegesettings zum Tragen. Das sind beispielsweise Situationen, bei denen eine Kundin oder ein Kunde Pflege und Unterstützung durch Spitex-Fachpersonen gänzlich verweigert, obschon diese dringend nötig ist. Etwa um einer Verwahrlosung, einer Einweisung in eine Klinik oder einer medizinischen oder psychosozialen Dekompensation vorzubeugen.

Erfahren wir von einer solchen Situation, können wir eine Pflegeexpertin APN beiziehen. Gemeinsam diskutieren wir unsere Demenzabklärungsergebnisse und beraten uns über Möglichkeiten, wie ein Zugang zum betroffenen Menschen gestaltet werden könnte. Wir erleben häufig, dass eine Pflegeexpertin APN pragmatisch und mit niederschwelligen Massnahmen an eine neue Situation herangeht. Dies erhöht die Erfolgsaussichten gerade bei komplexen Situationen markant.

In der kritischen Anfangsphase eines Betreuungs- oder Pflegesettings wird eine Pflegeexpertin APN rasch zu einer wichtigen Bezugsperson der betroffenen Person. Durch eine hohe Kontinuität entsteht Vertrauen und Akzeptanz. Hat sich die Situation etwas beruhigt, bringt die Pflegeexpertin APN geschickt weitere Fachpersonen ins Spiel, häufig von der Spitex. Sobald auch hier ausreichend Akzeptanz da ist, zieht sich die Pflegeexpertin APN langsam zurück.

Gabriela Föhn, Gerontologische Beratungsstelle SiL der Stadt Zürich

Die Pflegeexpertinnen APN sind fachlich hervorragend ausgebildet und bringen eine langjährige klinische Berufserfahrung mit: Sie bauen in kurzer Zeit eine vertrauensvolle Beziehung auf, verfügen über ein exzellentes, umfassendes pflegerisches Wissen und sind dank ihrer ausgeprägten analytischen und kommunikativen Kompetenzen in der Lage, unübersichtliche Situationen rasch und zuverlässig zu strukturieren, Prioritäten zu setzen und festgelegte Massnahmen im Verbund mit anderen Spezialistinnen und Spezialisten zielgerichtet umzusetzen.

Wir hoffen und wünschen uns, dass bald weitere Spitex-Organisationen dem Beispiel von Spitex Zürich Sihl folgen und wie sie Pflegexpertinnen APN einsetzen.

Gabriela Föhn
Gerontologische Beratungsstelle SiL
der Stadt Zürich

5 Quintessenz

Aus dem CASE-Projekt resultieren sechs zentrale Erkenntnisse, die in intensiven gemeinsamen Diskussionen gewonnen wurden.

1. Wirksame und attraktive Rolle in einer Spitex-Organisation
2. Expertise direkt klinisch anwenden
3. Strukturierte Erfassung des Versorgungsbedarfs
3. Systematische und kundenorientierte Zuweisung
4. Zusammenarbeit: Kompetenzen und Aufgaben kennen
6. Rollenentwicklung als herausfordernder Prozess

5.1 Wirksame und attraktive Rolle in einer Spitex-Organisation

Die Rolle «Pflegeexpertin und Pflegeexperte APN» in einer Spitex-Organisation ist wirksam und attraktiv.

Kundinnen und Kunden sowie deren Angehörige können die Kompetenzen einer Pflegeexpertin APN vertieft, umfassend und direkt nutzen.

APN-Interventionen wurden als sinnvoll und mit einem positiven Einfluss beschrieben. Die interprofessionelle Zusammenarbeit entwickelt sich positiv. Des Weiteren zeigt sich die Rolle der Pflegeexpertin APN im ambulanten Bereich auch durch die selbstbestimmte und verantwortungsvolle Arbeitsweise und die abwechslungsreichen Aufgaben als attraktive Möglichkeit der Berufsausübung.

Wir empfehlen, die klinisch orientierte Rolle der Pflegeexpertinnen APN im ambulanten Versorgungssetting zu fördern. Hier haben die Pflegeexpertinnen APN grossen direkten Einfluss auf eine sinnvolle und wirksame umfassende medizinische Betreuung chronisch kranker Menschen und nehmen im Sinne einer integrierten Versorgung eine wichtige Rolle ein.

5.2 Expertise im häuslichen Setting direkt klinisch anwenden

Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN wenden in Spitex-Organisationen ihre Expertise direkt zu Hause bei der Kundin, dem Kunden und den Angehörigen an.

Kundinnen und Kunden sowie deren Angehörige stehen im Fokus aller Interventionen einer Pflegeexpertin APN. Ein besonderer Schwerpunkt liegt im sorgsamen Beziehungsaufbau. Diesem liegen erweiterte kommunikative Fähigkeiten (z. B. in der motivierenden Gesprächsführung), fortgeschrittene klinische Fertigkeiten (z. B. Körperuntersuchung), verstehende Empathie und angestrebte gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse zugrunde.

Die beschriebenen Kompetenzen sind elementar für die folgenden therapeutischen Massnahmen der Behandlung, von Schulung und Beratung und dem Anleiten zur Erlangung von Fertigkeiten. Die Gesundheits- und Krankheitsverläufe können in der Folge strukturiert erfasst sowie Fortschritte und Rückschläge im Selbstmanagement frühzeitig erkannt und entsprechende Interventionen ergriffen werden (‹Follow up›). Auch für koordinative Aufgaben der Pflegeexpertin APN lohnen sich der vertrauensvolle Beziehungsaufbau und die erweiterte Situationserfassung.

5.3 Strukturierte Erfassung des Versorgungsbedarfs

Als Arbeitsmethode für die strukturierte Erfassung des Versorgungsbedarfs haben sich das multidimensionale geriatrische Screening, Fokus-Assessments und die Körperuntersuchung bewährt.

Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN setzen strukturierte und den Kompetenzen eines pflegewissenschaftlichen Masterabschluss entsprechende Arbeitsmethoden ein. Auf der Basis des multidimensionalen geriatrischen Screenings werden mithilfe klinischer Erfahrung und kritischen Denkens symptomfokussierte Anamnese und Assessments eingesetzt.

Ergänzt durch körperliche Untersuchungen wird die Grundlage für eine individuelle und priorisierte Zielsetzung, eine interprofessionelle Behandlungsplanung und somit wirksame Interventionen mit dem besonderen Augenmerk auf das Selbstmanagement geschaffen.

5.4 Systematische und kundenorientierte Zuweisung

Nur ein systematischer und kundenorientierter Zuweisungsprozess ermöglicht, dass Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in einer Spitex-Organisation ihr Potenzial voll ausschöpfen und für die Kundinnen und Kunden wirksam sein können.

Die Definition der Kriterien für diesen Zuweisungsprozess ist eine der grössten Herausforderungen. Es stellt sich die Frage: Wie können Kundinnen und Kunden rasch und zuverlässig identifiziert werden, damit die richtigen Personen und möglichst viele davon von einer APN-Intervention profitieren? Es besteht die Gefahr, dass es zu viele Kundinnen und Kunden sind, die aufwendige weitere Vorabklärungen der Pflegeexpertin APN für den definitiven Entscheid einer Aufnahme oder Rückweisung benötigen. Gleichzeitig muss vermieden werden, dass jene Kundinnen und Kunden durch zu strikt formulierte Kriterien durch das System fallen, die von einer APN-Intervention grossen Nutzen ziehen würden.

Persönliche Charakteristika wie Alter, Lernfähigkeit, Beratungsbedarf, Veränderungsbereitschaft und/oder Fähigkeiten des Selbstmanagements, die Kognition, physiologische Faktoren (Krankheiten), psychosoziale Aspekte und der Blick auf das bisherige und/oder mögliche Outcome des Gesundheits-/Krankheits-/Symptommanagements zeigen sich als übergeordnete relevante Kriterien für den sinnvollen Einsatz einer Pflegeexpertin APN. Des Weiteren bietet sich die post-akute Betreuung bei Spitalaustritt durch die Pflegeexpertin APN an sowie die Begleitung in instabilen gesundheitlichen Situationen und generell bei Übergangen. Denn da befinden sich Menschen in besonders fragilen Lebenssituationen und bedürfen einer strukturierten, erweiterten und umfassenden pflegerisch-medizinischen Betreuung, wie sie die Pflegeexpertin APN leisten und gegebenenfalls auch steuern und koordinieren kann. Eine vom System generierte Triage der Kundinnen und Kunden, die eine APN-Intervention erhalten sollen, soll hier eine zentrale Rolle spielen.

5.5 Zusammenarbeit: Kompetenzen und Aufgaben kennen

Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN können nur Wirkung entfalten, wenn alle involvierten Schlüsselpersonen die Kompetenzen und Aufgaben voneinander kennen.

Die in der Versorgung involvierten Schlüsselpersonen müssen einander sowie die gegenseitigen Kompetenzen und Aufgaben kennen, Ziele und Erwartungen müssen geklärt sein und regelmässig überprüft werden.

Es ist wichtig, Zeit in den Aufbau einer persönlichen Beziehung zu investieren, damit die notwendige Vertrauensbasis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit geschaffen werden kann. Die Schlüsselfrage «wie lernt man sich kennen?» muss beantwortet werden. Gerade zu Beginn sind örtliche Nähe und persönlicher Kontakt sowie klare und gemeinsame Strukturen notwendig; in der Folge kann die Zusammenarbeit auf einer weniger formellen und somit flexibleren Art fortgeführt werden.

Soll eine neue Rolle, wie jene der Pflegeexpertin APN in einer Spitex-Organisation, entwickelt werden und damit einhergehend neue Zusammenarbeitsformen, braucht es ein gemeinsames neues Rollenverständnis, also nicht nur von der Pflegeexpertin APN, sondern genauso von deren Partner. Exemplarisch kann die neue Zusammenarbeitsform zwischen Hausärztin, Hausarzt und Pflegeexpertin APN angeführt werden.

5.6 Rollenentwicklung als herausfordernder Prozess

Die Rollenentwicklung zur Pflegexpertin und zum Pflegeexperten APN ist ein herausfordernder und komplexer Prozess, der immer alle involvierten Personen betrifft.

Dieser Prozess ist spannend, ressourcenintensiv und birgt aber auch Konfliktpotenzial. Unklare gegenseitige Rollenvorstellungen oder hohe Erwartungen an sich und an andere sowie fehlende Kontinuität und Kommunikation können verunsichern und die Entwicklung erschweren. Hilfreich sind kritische Standortbestimmungen sowie die Aussenperspektive, wie beispielsweise durch das Soundingboard.

Zur Rollenentwicklung gehört explizit auch die Vertiefung der klinischen Fähigkeiten, wie beispielsweise von Körperuntersuchung, die Interpretation der Ergebnisse und eine erweiterte therapeutische Behandlungsplanung. Hier bewährten sich das Mentorat durch die Hausarztpraxis sowie auch eine weiterführende Weiterbildung und seit diesem Jahr neu die Begleitung durch einen Geriater im Rahmen von gemeinsamen Konsilien und Fallbesprechungen.

6 Ausblick

Die Rolle der Pflegeexpertin APN wird bei SZS im Fachdienst APN in den Regelbetrieb übergeführt. Dies sind die nächsten geplanten Schritte.

- Die Zuweisungs- bzw. Triageprozesse inklusive der entsprechenden Kriterien werden auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse festgelegt, umgesetzt und evaluiert. Dabei wird eine vom System generierte Kundinnen- und Kunden-Auswahl eine zentrale Rolle spielen.
- Die Rolle der Pflegeexpertin APN wird weiterentwickelt und in die aktuellen und zukünftigen Entwicklungen von SZS integriert.
- Die Kompetenzen der Pflegeexpertin APN im ambulanten Versorgungsbereich werden gestärkt und erweitert, u. a. durch die Weiterführung der Zusammenarbeit mit den ‹als Coaches› engagierten Geriatern.
- Die Vernetzung und Bekanntmachung der APN-Rolle wird intern (Spitex) und bei externen Partner (Hausarztpraxen, Spitäler und weitere) vorangetrieben.
- Die Zusammenarbeit des APN-Teams mit allen weiteren internen und externen involvierten Personen und Institutionen wird gefördert, beispielsweise durch Etablierung neuer Strukturen.
- Die Reglementierung der Rolle der Pflegeexpertin ANP wird unterstützt und damit einhergehend werden die notwendigen Massnahmen eingeleitet, dass die Leistungen anerkannt und finanziell angemessen vergütet werden.
- Die Evaluation der Wirksamkeit wird entlang noch zu definierender Ergebniskriterien geplant und durchgeführt.

Abschliessend ist zu sagen, dass die Implementierung der Rolle der Pflegeexpertin APN im ambulanten Bereich nur gelingt, wenn es eine hundertprozentige Überzeugung und Support der Geschäftsleitung sowie grosses Engagement und Flexibilität der Pflegeexpertinnen APN gibt. Des Weiteren empfiehlt sich eine Prise Gelassenheit und Humor sowie viel Durchhaltewillen und die Bereitschaft aller, sich immer wieder kritisch zu hinterfragen. Schliesslich braucht es Kreativität und die notwendige Sorgfalt und Achtsamkeit zu einem gelingenden Ergebnis.

Claudia Siebenhaar, Pflegeexpertin APN

ERFAHRUNGSBERICHT APN

Komplexe Kundensituationen ganzheitlich erfassen

Als Pflegeexpertin APN in der Spitex bin ich einen grossen Teil meiner Zeit direkt bei Kundinnen und Kunden im Einsatz. Es fordert und begeistert mich, komplexe Kundensituationen ganzheitlich zu erfassen, dabei auch körperliche Untersuchungen durchzuführen und mit Hilfe von verschiedenen Unterlagen und Informationen zu erkennen, wo die Probleme liegen. Dann muss ich eine Lösung entwickeln. Meine Arbeit vergleiche ich gelegentlich mit einem 1000er-Puzzle, das zusammengesetzt werden soll.

Ich komme immer wieder in Situationen, bei denen mein Wissen trotz Masterstudium begrenzt ist. Doch ich habe den Raum, mir das nötige Wissen anzueignen, und es in die Kundensituation und auch im Team einfliessen zu lassen.

Ich spüre, wie meine Spitex-Kolleginnen und -Kollegen Vertrauen in meine Rolle haben. Es bereitet mir Freude, eng mit Fallführenden zusammenzuarbeiten und gemeinsam an einem Strang zu ziehen. Natürlich gibt es auch Situationen, in denen ich meine Überlegungen oder Handlungen gegenüber anderen Mitarbeitenden rechtfertigen muss. Das ist ein Teil der Rollenentwicklung, den ich allerdings nicht so mag. Auch wenn ich weiss, dass er wichtig ist. Ich habe schon oft erlebt, dass die Auseinandersetzung zu Klarheit und zu einem Aha-Erlebnis bei den Mitarbeitenden geführt hat.

Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist mir wichtig. Ich suche einen Konsens mit dem Betreuungsteam und bitte Mitarbeitende, welche die Kundinnen und Kunden schon länger kennen als ich, um ihre Meinung.

In belastenden Situationen hilft es mir, wenn ich sie mit meinen Teammitgliedern besprechen kann. Wir haben ein Mentoring mit einem Geriater, was ich sehr schätze. Hier kann ich reflektieren und gemeinsam können wir klären, ob wir auf dem richtigen Weg sind und wo wir was verbessern könnten.

Claudia Siebenhaar, Pflegeexpertin APN

7 Pflegeexpertise für Spitex-Organisationen: Sinnvoll, nützlich, mit grossem Potenzial

Dr. Devrim Yetergil Kiefer, Geschäftsleiterin Spitex Zürich Sihl

Spitex Zürich Sihl hat mit dem CASE-Projekt geklärt, wie Pflegeexpertinnen und -experten APN in eine Spitex-Organisation integriert werden können. Bei Spitex Zürich Sihl sind Pflegexpertinnen und -experten APN ein hoch qualifiziertes Bindeglied zwischen Hausarztpraxis und der übrigen Spitex-Organisation. Das Projekt hat gezeigt, dass diese neue Pflegeexpertise hilft, komplexe Situationen im häuslichen Umfeld gut zu meistern. Kundinnen und Kunden können selbst bei einem schwierigen gesundheitlichen Befund weiterhin zu Hause versorgt werden. Hausärztinnen und -ärzte sowie Pflegefachpersonen schätzen die Zusammenarbeit mit Pflegeexpertinnen und experten APN gleichermassen. Spitex Zürich Sihl arbeitet weiterhin mit den entwickelten Grundsätzen und hat das Ziel, die neue Rolle und Funktion noch stärker in der Organisation zu verankern. Die Finanzierungsfrage muss besser geklärt werden.

Verschiedene Faktoren haben zum CASE-Projekt geführt.

- Durch die Einführungen der Akut- und Übergangspflege (2011) und der Fallkostenpauschalen in Spitälern Swiss-DRG (2012) ist in der Folge die Aufenthaltsdauer in den Spitälern gesunken. Spitalaustritte in Richtung Spitex sind stärker gestiegen als in Richtung Alters- und Pflegeheime.[25]
- Weniger als die Hälfte der Menschen mit Demenz weisen eine medizinische Demenzdiagnose auf. Multimorbidität bei Demenz erfordert interprofessionelle Behandlung.[26]
- Die Versorgung bei Menschen mit Demenz ist erst wenig abgedeckt. Im Rahmen der Spitex-Strategie 2022 der Stadt Zürich sollen innovative Versorgungsmodelle gefördert werden. Innovative Ideen sollen insbesondere helfen, Anforderungen der Zukunft zu antizipieren. Als Stichworte sind hier zu nennen:
  - Versorgungslücke zwischen Chronic Care und Preventive Care

[25] Hedinger, Tuch, Jörg & Widmer, (2018)
[26] BAG & GDK (2016)

- Zunahme von Menschen, die vereinsamen, chronisch, mehrfach oder an Demenz erkranken oder die kognitiv beeinträchtigt sind und sowohl auf medizinische als auch auf soziale Unterstützung angewiesen sind (integrierte Versorgung).
- Zunahme akuter Fälle aus Spital und medizinischer Behandlungspflege zu Hause, die traditionell im Spital angeboten wurde (Injektionen und Infusionen, Sauerstofftherapien, Wundbehandlungen mit Vakuumverbänden, künstliche Beatmung zu Hause, Pflege und Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen). Der öffentlichen Spitex fällt hier eine besondere Rolle zu.

Spitex Zürich Sihl hat entschieden, mit dem CASE-Projekt einen Beitrag zu leisten, diese Fragen zu beantworten und zudem die Strategie «ambulant vor stationär» zu unterstützen. Dabei stand im Vordergrund, die Pflegeexpertise zu stärken und aufzuzeigen, wie die Rolle «Pflegeexpertin APN» am besten in eine Spitex-Organisation integriert werden könnte. Ebenso sollten die Ergebnisse auch für andere nutzbar gemacht werden. Darum entschied sich Spitex Zürich Sihl, das Projekt wissenschaftlich begleiten zu lassen. Schliesslich sollte das Projekt breit abgestützt werden. Ein hochkarätiger Steuerungsausschuss hat dies sichergestellt.

Das CASE-Projekt hat sich über seine Laufzeit von rund drei Jahren entwickelt. Nicht alles lief wie ursprünglich geplant und es kam auch zu personellen Veränderungen. Das ist anspruchsvoll, aber in einem derartig gelagerten Projekt üblich. Ich danke an dieser Stelle allen Beteiligten für ihren unermüdlichen Einsatz.

Mit dem Resultat sind wir sehr zufrieden: Wir konnten die Rolle und Funktion «Pflegeexpertin APN» bei Spitex Zürich Sihl etablieren. Es gibt ein funktionierendes APN-Team, das im Alltag hochkomplexe Situationen mit zunehmender Routine zusammen mit Hausarztpraxen und Spitex-Teams bewältigen kann. Davon profitieren die Kundinnen und Kunden, die Hausarztpraxen und auch wir als Spitex-Organisation.

Das Projekt hat auch aufgezeigt, dass es noch Handlungsbedarf gibt – namentlich bei der Finanzierung. Das ist eine Frage, die weiter geklärt werden muss.

Für Spitex Zürich Sihl ist klar: Wir halten am Konzept «Pflegeexpertin APN» fest, treiben die Entwicklung weiter voran und freuen uns, wenn andere Spitex-Organisationen unserem Beispiel folgen.

Dr. Devrim Yetergil Kiefer, Geschäftsleiterin SZS

TEIL II – EINBETTUNG DES CASE-PROJEKTS

8 Einbettung des CASE-Projekts in die Entwicklung von Advanced Practice Nursing

BEITRAG VON PROF. DR. ROMY MAHRER IMHOF

8.1 Die Verortung der Advanced Practice Nurse (APN) im Gesundheitssystem

Die Gesundheitssysteme vieler Ländern sind durch eine alternde Bevölkerung und durch einen bereits existierenden oder prognostizierten Mangel an Fachkräften im Gesundheitssystem herausgefordert. Auch das schweizerische Gesundheitswesen ist mit einer zunehmend multimorbiden, älter werdenden Bevölkerung und mit einem drohenden Fachkräftemangel, namentlich in der ambulanten Grundversorgung, konfrontiert.[27]

Als eine Antwort haben viele Länder Reformen in der Bildung, der Reglementierung und/oder auch in der Bezahlung von diplomierten Pflegefachpersonen initiiert, um deren Profil zur Berufsausübung erweitern zu können. In diesem Zusammenhang werden in vielen Ländern Advanced Practice Nurses eingeführt. Es handelt sich dabei um Pflegefachpersonen mit erweiterter und vertiefter Praxis. Das CASE-Projekt kann als Teil dieser Entwicklung betrachtet werden. Es beschreibt die Implementierung von Advanced Practice Nurses (APN), Pflegefachpersonen mit erweiterter und vertiefter Praxis, in die Organisation Spitex Sihl Zürich.

Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof

Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof ist leitende Geschäftsführerin der Nursing Science & Care GmbH. Sie entwickelte den Master of Science Studiengang mit Fokus APN an der ZHAW und leitete diesen bis 2017. Sie beschäftigt sich seit Jahren mit Advanced Practice Nursing und ist in verschiedenen nationalen und internationalen Gremien zum Themenbereich APN tätig. Zurzeit präsidiert sie die Expertenkommission APN-CH im Verein zur Reglementierung der APN in der Schweiz.

[27] Jaccard Ruedin u. a. (2009); Senn u. a. (2016), Maier u. a. (2017)

Laut dem International Council of Nurses (ICN) ist eine
Advanced Practice Nurse (APN) eine registrierte Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss ist Mindestvoraussetzung zur Berufsausübung.[28]

APN verfügen über vertiefe Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten in einem Spezialgebiet und haben hohe soziale Kompetenzen. Sie sind fähig,

a. eigenverantwortlich eine vertiefte klinische Einschätzung von Patienten in komplexen Situationen in ihrem Berufsfeld vorzunehmen und entsprechende Massnahmen einzuleiten und/oder auszuführen,
b. Koordinations- und Führungsaufgaben im Rahmen von interprofessionellen Teams zu übernehmen,
c. klinisch ausgerichtete Forschungsvorhaben zu initiieren, zu evaluieren, die Erkenntnisse in die Praxis zu implementieren und ihr Wissen weiterzuvermitteln.[29]

Laut einem Arbeitspapier der OECD basiert Advanced Practice Nursing auf zwei Konzepten.

1) Die Aufgabenverschiebung oder Substitution von Aufgaben anderer Fachpersonen. APN übernehmen Aufgaben, die vorher durch Ärztinnen und Ärzte ausgeführt wurden und mindern so den Mangel an ärztlichen Fachkräften, reduzieren deren Arbeitsbelastung und/oder verbessern für Patientinnen und Patienten den Zugang zur Versorgung.
2) Die Übernahme komplementärer Aufgaben. Dieser Teil der APN-Aufgaben führt zu Vervollständigung der Gesundheitsversorgung. So fördern zum Beispiel durch das Beraten von chronisch Kranken das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten, erhöhen durch fachliches Anleiten die Pflegequalität von Teams oder ermöglichen durch Initiieren neuer Versorgungsmodelle die kollaborative Praxis zwischen Berufsleuten.

Die beiden Konzepte der Substitution oder der Ergänzung können in den einzelnen Rollen von Advanced Practice Nursing unterschiedlich stark ausgeprägt sein.[30]

8.2 Erkenntnisse zum Einsatz von APN

Viele Einzelstudien und Metaanalysen zeigten, dass Advanced Practice Nurses (APN) zu einer leicht zugänglichen, patienten- und familienzentrierten, kontinuierlich und koordinierten Versorgung mit hoher Qualität beitragen können.[31] Viele Studien untersuchten, ob die APN-Interventionen für die Patientinnen und Patienten auch sicher sind. Die Ergebnisse ihrer Interventionen stehen denjenigen von Ärztinnen und Ärzten in nichts nach.[32] Die Studien zeigten, dass bei der Einstellung von verschiedenen physiologischen Parametern (zum Beispiel HbA1c bei Patienten mit Diabetes) kein signifikanter Unterschied zwischen der Versorgung durch APN oder derjenigen von Ärztinnen und Ärzten bestand. In einigen Parametern wie beispielsweise in der Senkung des systolischen Blutdruckes waren die Intervention durch die APN sogar besser im Vergleich zu denjenigen der Ärzte.[33]

Deshalb wurden in einigen europäischen Ländern die Befugnisse von APN erweitert und das selbstständige Verordnen von diagnostischen Massnahmen und Therapien ermöglicht.[34] Es hat sich zudem gezeigt, dass APN durch ihre Leistungen auch zu Einsparungen im Gesundheitswesen beitragen, indem sie z. B. die Austritte vom Krankenhaus nach Hause optimal gestalten.[35] Patientinnen und Patienten sind mit den Leistungen der APN zufriedener als mit jenen von Ärztinnen und Ärzten.[36]

[28] International Council of Nurses (2009); SBK u. a. (2012)
[29] Mahrer-Imhof u. a. (2012); SBK u. a. (2012)
[30] Maier et al., 2017
[31] Bryant-Lukosius u. a. (2015b); Imhof u. a. (2012); Morilla-Herrera u. a. (2016)
[32] Newhouse u. a. (2011)
[33] Martinez-Gonzalez u. a. (2014)
[34] Laurant u. a. (2018)
[35] Bryant-Lukosius u. a. (2015a)
[36] Martinez-Gonzalez u. a. (2014)

8.3 Entwicklung in der Schweiz

Auch in der Schweiz wurde 2012 festgehalten, dass verschiedene Berufsgruppen, unter anderem auch Pflegefachpersonen mit erweiterter und vertiefter Praxis (APN), vermehrt ihren Beitrag in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung leisten sollen.[37] Im Jahr 2013 wurde in der nationalen Gesundheitsstrategie «Gesundheit 2020» bestätigt, dass eine kollaborative Praxis zwischen den Berufsangehörigen verschiedener Gesundheitsberufe angestrebt werden soll und interprofessionelle Teams priorisiert werden.[38] Als Folge wurde in nationalen und regionalen Symposien Modelle unter Einbezug von APN diskutiert[39] und Projektberichte zur interprofessionellen Zusammenarbeit veröffentlicht.[40]

In der Schweiz wurde der Einsatz von APN schon vor diesen Diskussionen empfohlen, da Pflegefachpersonen in APN-Studiengängen seit 2000 ausgebildet wurden und zum Einsatz kamen.[41] In den letzten zwanzig Jahren hat die Zahl der APN in der Schweiz stetig zugenommen. In verschiedenen Projekten und Bereichen der stationären Versorgung (Universitätsspitäler, Kinderkliniken, aber auch Langzeiteinrichtungen) wurde gezeigt, dass APN substanziell zur verbesserten Patientenbetreuung und Behandlung beitragen.[42] Seit 2010 arbeiten APN in der Schweiz auch in Hausarztpraxen.[43] Einige Projekte des Einsatzes von APN in Hausarztpraxen sind zurzeit im Gange und werden zum Teil wissenschaftlich begleitet.[44]

In der ambulanten Versorgung der Spitex sind heute in einigen Organisationen APN im Einsatz. Dabei wurde die Rolle der APN in der Spitex wie folgt beschrieben: «… mit ihrem Studium sind sie (die APN) in der Lage, bestimmte originär ärztliche Tätigkeiten durchzuführen. Vor allem aber bringen sie eine erweiterte Pflegepraxis und Pflegeexpertise für ihr Spezialgebiet mit.»[45] Diese Entwicklung wird durch die Dachorganisation «Spitex Schweiz» explizit begrüsst.[46] Das CASE-Projekt reiht sich also mit seinen Erfahrungen in eine zunehmende Zahl von Versuchen ein, die Versorgung neu zu organisieren und für die Patientinnen und Patienten respektive die Klientinnen und Klienten effizient und wirksam zu gestalten.

APN in den MediZentren Schüpfen, Täuffelen und Lyss

Bereits am Anfang der 2010 Jahre hat das MediZentrum Schüpfen im Berner Seeland eine APN in ihr Team integriert. Das Ärztenetzwerk SeelandNet initiierte ein Projekt zur integrierten Versorgung Seeland mit dem Ziel, eine regionale, gut funktionierende integrierte Grundversorgung für die zunehmend älter werdenden, multimorbiden Patienten aufzubauen. Im Rahmen dieser Initiative wurden MediZentren gebildet. Um eine optimale Grundversorgung zu gewährleisten, wurde von einer Kompetenzverlagerung vom Spezialisten zum Hausarzt und von Hausarzt zur APN ausgegangen. Es arbeiten heute in drei MediZentren APN im «Tandem mit dem Grundversorger» und haben Verordnungskompetenz innerhalb eines strukturierten Behandlungsplans. Ihre Aufgaben sind das Care Management im häuslichen Umfeld. In Ermangelung von gesetzlichen Bestimmungen und da der Kompetenzverschiebung nicht beschrieben ist, definieren diese Praxen in regelmässigen Treffen anhand von Patientensituationen die Kompetenzverschiebungen.

APN Uri

Dieses APN-Projekt ist das erste, das von einer kantonalen Regierung lanciert wurde. Der Kanton hat die kleinste Dichte an Hausarztpraxen der Schweiz. Um die Grundversorgung zu sichern, hat die Regierung 2017 ein dreijähriges Pilotprojekt zum Einsatz von APN in einer Hausarztpraxis mit zwei Hausärzten gemeinsam mit Versicherungen finanziert. Dabei soll vor allem das Konzept der APN geprüft werden. Eine APN mit einem Arbeitspensum von 50 % wurde in der Praxis angestellt. Die APN ist bei älteren, multimorbiden Patienten eingesetzt und erbringt eine aufsuchende Dienstleistung zu Hause und im Pflegeheim. Sie übernimmt auch kleine, wenig dringende «Notfälle» und

[37] Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz & Bundesamt für Gesundheit (2012)
[38] Bundesamt für Gesundheit (2013)
[39] Bundesamt für Gesundheit (2017)
[40] Bundesamt für Gesundheit (2018)
[41] Künzi; Detzel (2007)
[42] Mantegazzi u. a. (2016); Weibel u. a. (2014)
[43] Blunier (2012); Schramm-Seiler u. a. (2019); Steinbrüchel u. a. (2019)
[44] Mahrer-Imhof; Imhof (2020); Sottas u. a. (2019)
[45] Indermauer & Teunissen, 2019, S. 35
[46] Spitex Schweiz (2018)

bietet technische Leistungen wie das Anlegen von Infusionen zu Hause oder Impfungen an.

Hausarztpraxis Zürcher Oberland
Eine Praxis im ländlichen Gebiet des Kantons Zürich beschäftigt neben Hausärztinnen und Hausärzten, Physiotherapie, Ernährungsberatung und Psychotherapie auch eine APN. Der Aufgabenbereich der APN beinhaltet die Versorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedarf zu Hause. Sie macht Hausbesuche und die Visiten im Pflegeheim. Neben der Beratung für Lebensstiländerung übernimmt sie auch Beratungen zur ethischen Entscheidungsfindung. Erste Evaluationen haben gezeigt, dass ihre Arbeit die der Hausärzte komplementiert.

MediX Altstetten
Diese Praxis war eine der ersten Pionierpraxen, die als grosse urbane Gruppenpraxis im Raume Zürich zwei APN im Teilzeitpensum angestellt hat. Bei steigendem Bedarf an hausärztlichen Leistungen sollen die APN zur Entlastung der Ärzteschaft beitragen. Die APN machen Hausbesuche und Pflegeheimvisiten und betreuen Patienten in der Praxis. Die Aufgabenteilung und die Kompetenzverschiebung wurden innerhalb der Praxis unter den Mitarbeitenden geregelt.

8.4 Bedingungen für die APN-Entwicklung

Trotz der positiven Resultate der APN-Interventionen hat die Implementierung der APN-Rolle in die Gesundheitswesen der verschiedenen Länder immer wieder mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen. Bryant-Lukosius et al. beschrieben schon 2004, dass es an Rollenklärungen und Zielsetzungen mangelt. Der Schwerpunkt wird fälschlicherweise auf die Substitution, d. h. die Entlastung von Ärztinnen und Ärzten gelegt und zu wenig auf komplementäre Aufgaben zur besseren Versorgung von Patienten- respektive Klientengruppen. Nicht zuletzt deshalb werden nicht alle Kompetenzen und Bereiche, die zur Rolle der APN gehören, eingesetzt. Umgebungsfaktoren, welche die Rollenentwicklung massgeblich behindern können, werden ausser Acht gelassen. Häufig werden auch evidenzbasierte Vorgehensweisen zur Entwicklung, zur Implementierung oder zur Evaluation nicht genutzt. Bryant-Lukosius und DiCenso entwickelten daraufhin das PEPPA-Framework.[47] Dieses Framework basiert auf jahrelanger Erfahrung und bietet eine gute Grundlage, welche Anteile und Punkte geklärt werden müssen, um die APN-Rollenentwicklung und APN-Implementierung systematisch zu unterstützen. Deshalb wird das CASE-Projekt der Spitex Zürich Sihl im Folgenden im Rahmen der neun Schritte des PEPPA-Frameworks betrachtet.

Abb. 6: PEPPA-Framework

[47] Bryant-Lukosius; DiCenso (2004)

8.5 Definieren von Patientengruppen

Gemäss dem PEPPA-Modell muss der Bedarf für eine andere (bessere) Versorgung für bestimmte Patientengruppen gegeben sein, um APN einzuführen. Im CASE-Projekt war diese Bedarfsabklärung der erste Schritt. Eine vorgängige Analyse der Daten von Spitex Zürich Sihl hatte gezeigt, dass Spitex-Klientinnen und -Klienten mit mehr als 65 Dienstleistungsstunden pro Quartal vermehrt Spitaleintritte aufwiesen, gebrechlicher waren und kognitive Einschränkungen zeigten.[48] Es wurde daher festgelegt, dass die APN-Interventionen sich auf diese Klientengruppen konzentrieren sollten.

Bei Klienten mit ungeplanten Spitalaufenthalten war die Zielsetzung, eine schnellere medizinisch-pflegerische Beurteilung mittels einer aufsuchenden pflegerischen Triage zu organisieren. Bei Übertritten vom Spital nach Hause sollte die Versorgungskontinuität verbessert und durch die aufsuchende APN die Situation am Wohnort umfassend eingeschätzt werden. Notwendige pflegerische Massnahmen und medizinische Leistungen sollten so schneller geplant und in die Wege geleitet werden können.

Menschen, die in ihrer Möglichkeit eingeschränkt waren, das Haus zu verlassen, an Blaseninkontinenz litten, eine erhöhte Müdigkeit zeigten sowie in den letzten drei Monaten Gewicht verloren hatten, wurden als besonders vulnerabel und gebrechlich eingestuft. Bei diesen gebrechlichen Klientinnen und Klienten sollte eine umfassende Einschätzung und das Einleiten von Massnahmen eine weitere Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes verhindern oder verzögern.

Es wurde davon ausgegangen, dass Menschen mit einer beginnenden oder bestehenden kognitiven Einschränkung ebenfalls von einer aufsuchenden Intervention der APN profitieren könnten. Diese Annahme basierte auf den Resultaten zweier Untersuchungen, die zeigten, dass sich Hausärztinnen und Hausärzte für die Versorgung von Menschen mit Demenz schlechter vorbereitet fühlen als für andere chronische Erkrankungen[49], sich aber viele Spitex-Organisationen als kompetent in der Betreuung von Menschen mit Demenz sehen[50]. Die APN sollte daher in Ergänzung zur aktuellen pflegerischen und medizinischen Abklärung eine erweiterte Einschätzung der Lebens- und Gesundheitssituation zu Hause vornehmen sowie Abklärung im Rahmen der Demenz-Diagnostik durchführen. Zudem wird eine konkrete Beratung als Teil der gesamten Spitex-Leistungen angeboten. Eine engere Zusammenarbeit zwischen den APN und Hausärztinnen und Hausärzten soll die Versorgung für diese Klientengruppe verbessern. Der APN-Einsatz bei Menschen mit Demenz oder dem Verdacht auf Demenz im CASE-Projekt entsprach damit den Empfehlungen der nationalen Demenzstrategie aus dem Jahr 2016. Die nationale Demenzstrategie empfahl für Menschen mit Demenz und Multimorbiditäten die interprofessionelle Versorgung, die als ungenügend eingestuft wurde, zu verbessern und sich neu in Versorgungsteams zu organisieren.[51]

8.6 Bestimmen des neuen Versorgungsmodells

Wie die Interprofessionalität konkret zu verbessern ist, hängt von der aktuell gelebten Zusammenarbeit ab. Eine neue Untersuchung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums und des Commonwealth Funds 2019 zeigt, dass Spitex-Personal in drei Viertel der Fälle (74 %) die Hausärztinnen und -ärzte über wichtige Änderungen des Zustands ihrer Patienten informieren. Die Ärztinnen und Ärzte selbst kommunizieren nur in etwa zwei Drittel (61 %) der Fälle häufig oder meistens mit der Spitex über die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten und über die Leistungen, welche erbracht werden sollen. Eine enge Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen im Rahmen des Case Managements findet nur in 48 % der Fälle statt. Dieser erschreckend tiefe Anteil an interprofessioneller Kollaboration zwischen wichtigen Playern positioniert die Schweiz im internationalen Vergleich am unteren Ende der Rangliste guter kollaborativer Praxis. Sorge bereitet zudem die Tatsache, dass der Prozentanteil seit 2012 sinkt.[52]

[48] Imhof et al., 2017
[49] Pahud (2019)
[50] Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (2017)
[51] Bundesamt für Gesundheit; Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (2016)
[52] Pahud (2019)

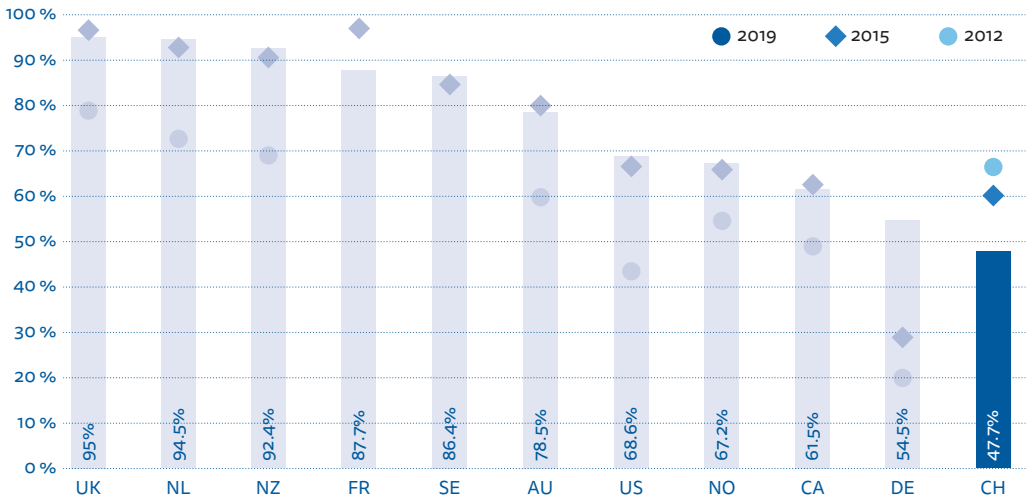

Abb. 7: Ärztinnen und Ärzte, welche mit Case Managern (Pflegefachpersonen) zusammenarbeiten: Internationaler Vergleich, 2012, 2015 und 2019. Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2012, 2015 und 2019, ©Obsan

Angesichts dieser Untersuchung ist die Idee, die Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und der Spitex durch den Einsatz von APN zu fördern, wie dies im CASE-Projekt der Fall war, sehr zeitgemäss. Eine Zusammenarbeit an der Nahtstelle zwischen Hausarztpraxis und Spitex zu etablieren, ist mehr als angezeigt.

Im CASE-Projekt wurde die Zusammenarbeit mit Gruppenpraxen gesucht. Einerseits arbeiten Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung heute vorwiegend in Gemeinschaftspraxen (48.6 % der Praxen beschäftigen ärztliche Mitarbeitende zwischen 2 und 5 Vollzeitäquivalenzen (VZÄ), 6.5 % bis zu 10 VZÄ und 4.5 % mehr als 10 VZÄ)[53]. Anderseits waren es vorwiegend Gruppenpraxen, die bisher den Einsatz von APN in ihre Praxis integrierten.[54] Es kann angenommen werden, dass Gruppenpraxen einen grösseren Patientenstamm haben und damit genügend Patientinnen und Patienten, die den APN mit ihren Spezialisierungen zugewiesen werden können.

Da im CASE-Projekt der Einsatz der APN an der Nahtstelle von Spitex und Hausarztpraxis erfolgen sollte, wurden die APN bei der Spitex angestellt und nicht in der Hausarztpraxis. Der Entscheid trifft sich mit den Ansichten einiger Hausärztinnen und Hausärzte, die den Einsatz von APN in der Spitex demjenigen in der Hausarztpraxis vorziehen.[55] Sie betonen, dass sie gerne jemanden hätten, der den Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten zu Hause einschätzen kann und mit ihnen kompetent die Befunde kommuniziert.

Daraus lässt sich aber noch nicht schliessen, welche Form der Zusammenarbeit notwendig ist oder angestrebt wird. Careau und Kollegen unterscheiden in ihrem Kollaborationsmodell fünf Stufen der Zusammenarbeit/Interaktion, welche einer zunehmenden Komplexität der Klientensituation entsprechen und auch eine Zunahme der Interdependenz zwischen den Leistungserbringern ausdrücken.[56]

[53] Pahud (2019)
[54] Blunier (2012); Schramm-Seiler u. a. (2019); Sottas u. a. (2019); Steinbrüchel u. a. (2019)
[55] Josi u. a. (2020)
[56] Careau u. a. (2015)

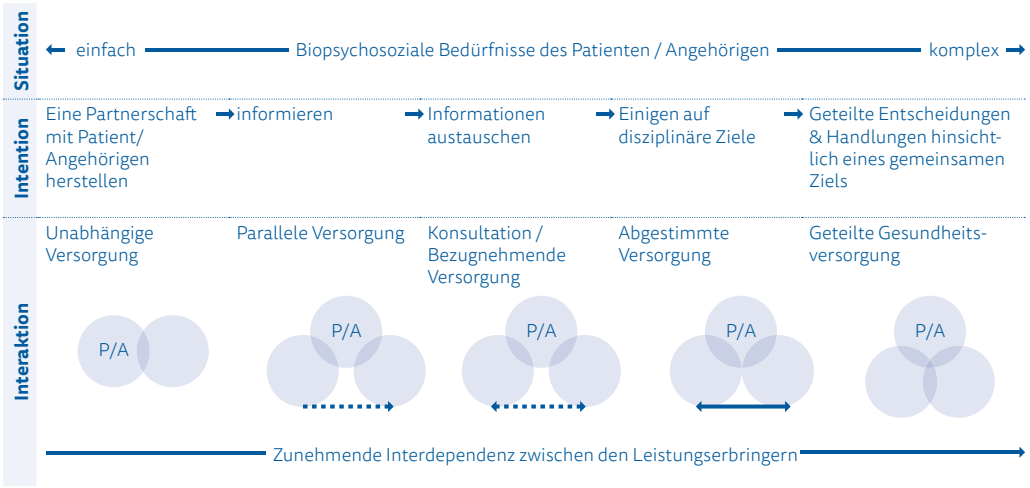

Abb. 8: Stufen der Zusammenarbeit. Quelle: Gerber (2018) nach Careau und Kollegen

Es gilt, in den neuen Versorgungsmodellen zu klären, wie die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern gestaltet werden soll.[57] Das PEPPA-Framework empfiehlt eine Klärung mit den Stakeholdern. Im CASE-Projekt fand die Klärung mit den Stakeholdern (Gruppenpraxen) nur langsam statt und gestaltete sich aufwendig. Eine Gruppenpraxis wollte eine enge Zusammenarbeit mit geteilten Entscheidungsfindungen und Absprachen hinsichtlich gemeinsamer Ziele etablieren, sah den Einsatz der APN aber anfänglich vor allem bei Patientinnen und Patienten im Pflegeheim. Dies liess sich nicht einfach verwirklichen, da die pflegerische Versorgung im Heimbereich nicht zum Leistungsauftrag von Spitex-Mitarbeitenden gehört und gehören kann. Bei einer weiteren Gruppenpraxis blieb die Vorstellung bezüglich der Stufe der Zusammenarbeit und der Patientengruppen vage und unterschied sich innerhalb dieser Praxis deutlich zwischen den involvierten Ärztinnen und Ärzten.

8.7 Definition der APN-Rolle

Nach der Festlegung der Klientengruppen galt es entsprechend dem PEPPA-Framework zu bestimmen, wie die Versorgung und die dafür notwendige APN-Rolle und die Einbindung ins Versorgungsnetz aussehen sollen. Es wurde überlegt, wie dem Bedarf der Klientinnen und Klienten – im CASE-Projekt die Klienten mit hohen Spitex-Dienstleistungsstunden – entsprochen werden kann. Die Rollenausprägung der APN sollte so ausgestaltet werden, dass die Versorgung dieser vulnerablen Klientengruppen potenziell verbessert werden kann. Zweitens galt es, die APN in die Spitex-Organisation einzubinden und die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachpersonen im Versorgungsnetz zu organisieren.

International sind, basierend auf solchen Überlegungen, verschiedene Rollenausprägungen der APN entstanden. International, und auch in der Schweiz, werden häufig «Clinical Nurse Specialist (CNS)» und «Nurse Practitioner (NP)» als zwei Typen von APNs genannt und definiert.[58]

CNS sind Pflegefachperson, die Gesundheitsdienstleistungen basierend auf einer spezialisierten Expertise anbieten. Sie pflegen vulnerable Patienten oder Patientengruppen in komplexen Situationen. Zu der klinischen Praxis für bestimmte Patientengruppen gehören die Gesundheitsförderung, Risikoverminderung, das Symptommanagement und Massnahmen bei funktionellen Probleme in Verbindung mit Krankheit und Kranksein. Zusätzlich unterrichten und unterstützen sie Mitarbeitende im interprofessionellen Team und ermöglichen Veränderungen und Innovationen im Gesundheitssystem. Der Fokus liegt auf einer spezialisierten Praxis, welche direkte und indirekte klinische Dienstleistungen anbietet. Sie implementieren Verbesserungen im Gesundheitssystem und beteiligen sich an Forschungen, um Wissen für die klinische Praxis zu generieren.[59]

[57] Schmitz u. a. (2020)
[58] American Association of Nurse Practitioners (AANP) (2018); Begley u. a. (2010); Carryer u. a. (2018); Maier (2015); Maier u. a. (2017)
[59] International Council of Nurses (2020)

Nurse Practitioner sind ausgebildet, Diagnosen und Behandlungen basierend auf evidenzbasierten Richtlinien für bestimmte Krankheiten festzulegen. Sie sind pflegerischen Grundsätzen, die auf die Ganzheit der Person abzielen, verpflichtet und konzentrieren sich nicht primär auf die Krankheit. Der Grad der Autonomie und der Verantwortlichkeit für «ihre» Patienten respektive Klienten variiert je nach Land und nach den gesetzlichen Bestimmungen. Die meisten NP arbeiten in einem Team mit anderen Gesundheitsberufe, meist Ärztinnen und Ärzte. In diesem teambasierten Modell arbeitet jeder Dienstleister auf dem Niveau seiner Befähigung.[60] Sie sind sowohl in der primären Gesundheitsversorgung als auch in den Krankenhäusern eingesetzt. Die NP sind üblicherweise über die Patientenpopulation, auf die sie spezialisiert sind, definiert – wie zum Beispiel NP in Pädiatrie, NP in Frauengesundheit oder NP in Gerontologie.

Einzelne Kernbereiche wie beispielweise fachliche Führung von Pflegeteams oder Beratung/Coaching sind bei den CNS mehr ausgeprägt als bei den NP; während bei den NP z. B. die Diagnostik und Therapiefestlegung bei Patientinnen und Patienten und die Konsultation stärker ausgeprägt sind. Beide arbeiten aber auf einem erweiterten und vertieften Niveau. Ihre Handlungsbereiche und Verantwortungen können auf einem Kontinuum dargestellt werden.[61]

Abb. 9: Kontinuum der APN-Rollen. Quelle: DiCenso & Bryant-Lukosius[62], 2010; dt. Übersetzung Büchi u. a.[63], 2017, S. 173

In vielen Ländern gibt es alle möglichen Ausprägungen auf dem Kontinuum zwischen CNS und NP. Oft werden die Handlungsfelder auf diesem Kontinuum in Stellenbeschreibungen festlegt. Sie dienen als Anhaltspunkt, um die Rolle im Alltag konkret zu entwickeln und die Kompetenzbereiche definieren und kommunizieren zu können.

Die Ausprägung der Rolle ist nicht nur vom Bedarf der Klientinnen und Klienten respektive Patientinnen und Patienten abhängig, sondern muss auch in die jeweilige Organisation passen. Zur Integration der APN in bestehende Organisationen ist der unterschiedliche Grade- und Skillmix der Mitarbeitenden zu berücksichtigen. Mit der Diversifizierung der APN sind in derselben Organisation APN mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten vorhanden. In der direkten Versorgung von Patienten respektive Klienten ist es notwendig, dass mit anderen Mitglieder im Versorgungsteam ein Austausch im Sinne von Konsultationen oder Konsilien erfolgt. Werden bei der direkten Versorgung von Patienten und Klienten über die individuelle Patienten- respektive Klientensituation hinaus ein Bedarf an Schulung und Beratung des Pflegeteams oder die Notwendigkeit der Entwicklung von Standards und Guidelines gefunden, braucht es Klärungen der Zuständigkeiten zwischen den APN in einer Organisation. In einigen Spitex-Organisationen sind zum Beispiel weitere APN (Pflegefachpersonen mit Masterabschluss) eingesetzt, die für die fachliche Führung von Teams und die Pflegeentwicklung verantwortlich sind. Im CASE-Projekt mussten die APN z. B. ergänzend zu spezialisierten Palliative Care Teams eingesetzt werden können. Mit dem Schwerpunkt auf die Versorgung von definierten Klientengruppen wurde für sie im CASE-Projekt eine stärkere Ausrichtung auf die Tätigkeiten der NP gelegt. Sie diagnostizieren und legen Therapien fest respektive – in der aktuellen rechtlichen Situation der Schweiz – unterbreiten sie ihr umfassendes klinisches Assessment den ärztlichen Kollegen zur Anregung und Beurteilung für die Therapie. Zusätzlich bringen sie ihr Wissen über den individuellen Klienten in Form von Konsilien oder Austausch ins Pflegeteam der Spitex zurück.

[60] Matthys u. a. (2017); Van Der Biezen u. a. (2016)
[61] DiCenso; Bryant-Lukosius (2010); International Council of Nurses (2020)
[62] DiCenso; Bryant-Lukosius (2010)
[63] Büchi u. a. (2017)

8.8 Rolle implementieren und entwickeln

Bei jedem Implementierungsprozess entwickeln sich die neuen Rollen. Im Lauf der Zeit sind Veränderungen der Rolle im Projektverlauf wahrscheinlich. Es ist deshalb empfehlenswert, eine kontinuierliche Diskussion der Rollendefinition einzuplanen und zu dokumentieren. Gerade bei Personalwechseln muss die ursprüngliche Zielsetzung erneut kommuniziert werden, damit die Klientengruppen im Zentrum der Aufmerksamkeit bleiben und so letztlich von den APN profitieren können. Bei der Suche nach neuen Mitarbeiterinnen hilft die Nachvollziehbarkeit der Diskussionen bei einer möglichst konkreten Rollendefinition. Rollenklarheit ist unabdingbar für eine längerfristige Implementation.

Die Bedeutung der Rollendiskussion und -dokumentation wurden durch die personellen Wechsel im APN-Team des CASE-Projekts sichtbar. Die ursprüngliche Absicht, die vulnerablen Klientinnen und Klienten pro-aktiv aufzusuchen, geriet in den Hintergrund. Daher wurden im CASE-Projekt leider nur wenige Klientinnen und Klienten aus bestimmten Gruppen erreicht. Im Bericht wird festgehalten, dass es sich schwierig gestaltet habe, diese Klientengruppen zu identifizieren und gezielt auszuwählen. Dies könnte daran liegen, dass bei Personalwechseln ursprüngliche Entscheide nicht kommuniziert und für die APN nicht nachvollziehbar waren. Entwickelte Unterlagen wie zum Beispiel Screening-Instrumente wurden nicht entsprechend angepasst.

Die Implementierung von APN in eine Organisation verlangt, dass administrative Abläufe überdacht, neue Arbeitsmittel entwickelt und von den APN systematisch angewendet werden. Der Nutzen der APN muss vom Management einer Organisation gesehen und die Entwicklung muss aktiv unterstützt werden. Wie Imhof & Mahrer-Imhof in ihrem internen Evaluationsbericht festhielten, gilt es, diese Elemente einer Rolle auch auf der Ebene konkreter Handlungsanweisungen (Guidelines) festzuhalten.[64] So werden notwendige Restrukturierungen der Arbeitsabläufe möglich und können effektiv an alle Mitarbeitenden kommuniziert werden.[65] Eine Angleichung der Arbeitsweise der verschiedenen APN in einem Team ist unabdingbar, um längerfristig die gesteckten Ziele zu erreichen und systematisch zu evaluieren.

Letztlich ist die Kompetenzentwicklung der APN – im Sinne von Können und Fähigkeiten – eine Kernaufgabe, um die Klientensicherheit zu garantieren. Mentoring in der Praxis ist notwendig, um mit einer Verschiebung von Aufgaben und Verantwortung umzugehen.[66] In der derzeitigen Schweizer Situation können wir davon ausgehen, dass nur wenige erfahrene APN «auf dem Markt» sind. Viele müssen nach ihrem Masterabschluss als Novizinnen und Novizen in die neuen Rollen wachsen, auch wenn es sich um erfahrene Pflegefachleute handelt. Es hat sich in vielen Projekten gezeigt, dass diese Entwicklungen mit einem grossen Pioniergeist und Engagement möglich sind. Es ist aber auch zu beobachten, dass bei den APN viele Unsicherheiten bestehen, wenn es darum geht, medizinisch-diagnostisch tätig zu sein und eine angemessene Therapie festzulegen.[67] Die APN sind sich bewusst, dass sie sich dieses Wissen und diese Fertigkeiten aneignen müssen. Dies war auch im CASE-Projekt der Fall. Viel Energie wurde in die medizinisch-fachliche Kompetenzentwicklung investiert. Bei diesem Bedarf an Kompetenzentwicklung im medizinisch-fachlichen Bereich wird des Öfteren vergessen, dass die APN im pflegerischen Bereich erfahren und kompetent sind und ihr Wissen weitergeben können und müssen. Deshalb bleibt es ein zentrales Anliegen im Rahmen der Rollenfestlegung, die Erfahrungswerte und das Können basierend auf dem Pflegewissen festzuhalten. In der Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten an der Nahtstelle zur Spitex kann dies den erwarteten Mehrwert erzeugen.

8.9 Evaluieren des APN-Einsatzes und des Versorgungsmodells

Laut dem PEPPA-Modell gilt es, die Auswirkungen der neuen Versorgung zu evaluieren. Eine Erweiterung des PEPPA-Modells zum APN-Evaluation-Framework wurde 2016 publiziert.[68] Veränderungen in Prozessen sind genauso zu verfolgen, wie veränderte Strukturen oder der Outcome bei Klientinnen und Klienten zu untersuchen sind.

[64] Imhof; Mahrer-Imhof (2020)
[65] Berwick (2003)
[66] Bischofberger u. a. (2020)
[67] Gysin u. a. (2019)
[68] Bryant-Lukosius et al., 2016

Prozesse der Zusammenarbeit haben sich im CASE-Projekt verändert. Eine kollaborative Praxis konnte aufgebaut werden. Gelang eine abgestimmte Versorgung, geprägt von geteilten Entscheidungen und Handlungen zwischen Hausärztin und APN, wurde dies – wie im Erfahrungsbericht ersichtlich – von den APN als befriedigend und für alle Beteiligten als Erfolg gewertet.

Es gibt aber einige Punkte, die für die weitere Evaluation notwendig sind. Dazu braucht es Anpassungen. Laut Erfahrungsbericht soll in Zukunft das Screening wiederaufgenommen werden, um die Klienten aus den vulnerablen Gruppen identifizieren zu können. Damit sollen möglichst vielen der vulnerabelsten Klientinnen und Klienten der Spitex die APN-Leistungen zuteilwerden. Strukturen und Prozesse werden sich erneut verändert und entsprechende Rollenanpassungen werden nötig werden. Um kausale Zusammenhänge zwischen der APN-Intervention und dem Nutzen für den Klienten (im Sinne von messbaren Outcomes) systematisch aufzuzeigen, müssen Parameter ausgewählt und operationalisiert werden. Dies wird, gemäss PEPPA-Framework, nach Abschluss des CASE-Projektes eine wichtige Aufgabe bleiben.

8.10 Langfristiges Monitoring der APN-Rolle und des Versorgungsmodells

Es gibt Hindernisse bei einer langfristigen Implementierung der neuen Rollen. Die fehlende politische und rechtliche Verankerung von APN erschwert eine langfristige Etablierung im schweizerischen Versorgungsnetz[69].

Das neue eidgenössische Gesundheitsberufegesetz, das seit dem 1.2.2020 in Kraft ist, regelt die APN leider nicht. In Ermangelung einer nationalen stattlichen Regulierung haben die Berufsverbände die Registrierung der APN in Angriff genommen. Die Arbeiten laufen auf Hochtouren und eine Registrierung wird bis Ende 2020 möglich sein. Für die Registrierung als Pflegeexperte APN wird ein «Master of Science»-Studium mit mindestens 90 ECTS, eine klinische Tätigkeit im Umfang von 40 % eines VZÄ und der Nachweis einer erweiterten, sicheren und selbstverantworteten Praxis verlangt.[70] Zwischenzeitlich hat der Grosse Rat des Kantons Waadt im Jahr 2017 das kantonale Gesetz der öffentlichen Gesundheit mit der Rolle «infirmier praticien spécialisé» ergänzt. Mit dieser Reglementierung der APN werden die Rollen geklärt und der Handlungsbereich der APN verbindlicher festgelegt werden, ohne sie überregulieren zu wollen.

International hat sich neben den Überregulierungen der Handlungsbefugnisse auch die Finanzierung und Bezahlung als ein Haupthindernis bei der Einführung der APN erwiesen.[71] In vielen Ländern stellt sich die Frage der Finanzierung und Bezahlung vor allem in der Grundversorgung. Wenn die APN-Dienstleistung aus dem Stadium der Pilotprojekte in eine langfristige Routineversorgung überführt werden sollen, gilt es, die Finanzierungsfrage verbindlich zu klären.

In der Schweiz werden Leistungen der Grundversorgung als Einzelleistungsvergütung (fee for service payment) abgerechnet. Bei den Ärztinnen und Ärzten wird nach TARMED sowie in der ambulanten Pflege der Spitex nach Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) nach Leistungsart und Zeit verrechnet. Heute können einzelne APN-Leistungen sowohl über KLV als auch über TARMED abgerechnet werden, was aber die Kosten des Einsatzes häufig nicht deckt.[72] TARMED erlaubt weitgehend nur die Bezahlung von ärztlichen Leistungen. In einigen Projekten bedeutet dies, dass Hausarztpraxen mit Versicherern verhandeln müssen, wie die Leistungen der APN vergütet werden.[73] Dies wurde auch im CASE-Projekt deutlich, da die Abrechnung des APN-Einsatzes in der Hausarztpraxis nicht bewerkstelligt werden konnte, und der Einsatz nur in der Spitex abrechenbar war. Einzelleistungsvergütungssysteme haben sich für die APN-Implementierung als hinderlicher erwiesen als gemischte Vergütungsmodelle, wie zum Beispiel Kopfpauschalen in Verbindung mit Einzelleistungen.[74] Laut Hänsenberger braucht es aber gute Argumente, wieso die Tarifierung der APN nicht in die KLV oder in TARMED passt. Er plädiert daher eher für eine Einbindung in das bestehende Abgeltungssystem. Das «Produkt» der APN müsste genau

[69] Ebenda
[70] SBK u. a. (2012)
[71] Maier u. a. (2017)
[72] Hänsenberger (2018)
[73] Josi u. a. (2020)
[74] Delamaire; Lafortune (2010)

beschrieben werden. Und es müsste gezeigt werden können, was damit substituiert werden kann, um das Gesundheitssystem effizient und kostengünstig(er) zu gestalten. Es ist wichtig, einfache Lösungen der Vergütung zu finden, unabhängig davon, ob es ein neues, APN-spezifisches Abgeltungssystem braucht oder bestehende Systeme sinnvoll ergänzt werden können.

Es hat sich international gezeigt, dass die Vergütungsweisen (vor allem die Vergütungshöhe für APN bei Einzelleistungsabrechnung) oder die Höhe des Lohnes der APN im Vergleich zu denjenigen der Ärzteschaft einen wesentlichen Einfluss auf die Implementierung der Rolle hat. Heute werden substituierende Leistungen der APN zum Teil mit tieferen Tarifen (50 bis 80 % der ärztlichen Tarife) vergütet.[75] Diese diskriminierende Praxis, welche für gleiche Arbeit eine unterschiedliche Abgeltung vorsieht, ist angesichts der nachgewiesenen positiven Effekte von APN-Interventionen kaum zu vertreten.

Einige Länder veränderten das Vergütungssystem von Einzelleistungsabrechnung zu mehr teambasierten oder leistungsbasierten Systemen. Diese Schritte wirkten sich positiv auf die Entwicklung von APN und die interprofessionelle Teamarbeit aus. In den Niederlanden oder in Schweden, wo Leistungen vorwiegend über Capitation (Kopfpauschalen) oder eine Mischung von Capitation und leistungsbasierten Systemen finanziert werden, sind APN in die Grundversorgung erfolgreich implementiert worden. Es hat sich gezeigt, dass in einigen Ländern zum Beispiel in Litauen und Estland finanzielle Anreize (Incentives und Disincentives) die gleiche Entwicklung in Gang gebracht haben. Finanzielle Anreize haben offensichtlich den initialen Widerstand von Ärztinnen und Ärzten gebrochen und haben sich als wirksame Strategie erwiesen, um neue Rollen in der Grundversorgung zu implementieren.

Zur Umsetzung des vom Bundesrat beschriebenen Zieles einer verstärkten interprofessionellen Kollaboration müssen auch in der Schweiz die Vergütungssysteme angepasst werden. Dadurch wird interprofessionelle Kollaboration zwischen APN und Hausärztinnen und Hausärzte in der Grundversorgung und an der Nahtstelle zwischen Hausarztpraxis und Spitex langfristig möglich. Die Schweiz läuft so nicht Gefahr, in Bezug auf neue, interprofessionelle Versorgung mit Einbezug von APN das Schlusslicht zu werden (oder zu bleiben).

[75] Martin-Misener u. a. (2015)

TEIL III – REFERENZEN

9 Referenzliste

American Association of Nurse Practitioners (AANP) (2018): What's an NP? Accessed September 5, 2018 from www.aanp.org/all-about-nps/what-is-an-np. 2018, URL: https://www.aanp.org/about/all-about-nps/whats-a-nurse-practitioner

Begley, C.; Higgins, A.; Elliott, N.; Lalor, J.; Sheerin, F.; Coyne, I.; Comiskey, C.; Normand, C.; Murphy, K.; Casey, D.; Devane, D.; Cooney, A.; Huber-Geismann, F.; Brennan, M.; Meskell, P.; MacNeela, P. (2010): Evaluation of Clinical Nurse and Midwife Specialist and Advanced Nurse and Midwife Practitioner Roles in Ireland (SCAPE) Finale Report. Dublin Ireland: National Council for Professional Development of Nursing and Midwifery

Berwick, D.M. (2003): Disseminating innovations in health care. In: JAMA, Band 289, Ausgabe 15, 2003, S. 1969–74

Bischofberger, I.; Essig, St.; Gysin, St.; Käppeli, A. (2020): Klinisches Mentorat für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc. Stand der Diskussion und Erfahrungen aus der Praxis. Bern: SAMW

Blunier, HU. (2012): Projekt APN (Advanced Practitioner Nurse) im SeelandNet. In: Berner Hausärzte, Band 1, 2012, S. 4–6

Boyko, J. A., Carter, N., & Bryant-Lukosius, D. (2016). Assessing the spread and uptake of a framework for introducing and evaluating advanced practice nursing roles. Worldviews on Evidence- Based Nursing, 13 (4), 277 – 284.

Bryant-Lukosius, D.; Carter, N.; Reid, K.; Donald, F.; Martin-Misener, R.; Kilpatrick, Kelley; Harbman, Patricia; Kaasalainen, Sharon; Marshall, Deborah; Charbonneau-Smith, Renee; DiCenso, Alba (2015a): The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review: CNS-led transitional care. In: Journal of Evaluation in Clinical Practice, Band 21, Ausgabe 5, 10.2015, S. 763–781

Bryant-Lukosius, D.; Cosby, R.; Bakker, D.; Earle, C.; Fitzgerald, B.; Burkoski, V. (2015b): Effective use of Advanced Practice-Nurses in the delivery of adult cancer services in Ontario.

Bryant-Lukosius, D.; DiCenso, A. (2004): A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. In: Journal of Advanced Nursing, Band 48, Ausgabe 5, 2004, S. 530–540

Bryant-Lukosius, D.; Spichiger, E.; Martin, J.; Stoll, HR.; Kellerhals, Sabine Degen; Fliedner, M.; Grossmann, F.; Henry, M.; Herrmann, L.; Koller, A.; Schwendimann, R.; Ulrich, A.; Weibel, L.; Callens, B.; De Geest, S. (2016): Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles: APN Evaluation Framework. In: Journal of Nursing Scholarship, Band 48, Ausgabe 2, 2016, S. 201–209

Büchi, K.; Tyndal, R.; Weibel, L; Mahrer-Imhof, R. (2017): Bestens ausgerüstet: APN in der Intensivpflege. In: Intensiv, Band 4, 2017, S. 172–1

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Verfügbar unter https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020/prioritaeten-gesundheit2020.html

Bundesamt für Gesundheit (2017): Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020. Bern: BAG

Bundesamt für Gesundheit (2018): Interprofessionalität im Gesundheitswesen, Beispiele aus der Berufspraxis. Bern: BAG

Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2016). Nationale Demenzstrategie 2014–2019. Erreichte Resultate 2014–2016 und Prioritäten 2017–2019. Bern. BAG und GDK. Verfügbar unter: www.nationaledemenzstrategie.ch.

Careau, E.; Brière, N.; Houle, N.; Dumont, S.; Vincent, C.; Swaine, B. (2015): Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation. In: Disability and Rehabilitation, Band 37, Ausgabe 4, 2015, S. 372–378

Carryer, J.; Wilkinson, J.; Towers, A.; Gardner, G. (2018): Delineating advanced practice nursing in New Zealand: a national survey. In: International Journal of Nursing Review, Band 65, Ausgabe 1, 2018, S. 24–32

Delamaire, M.-L.; Lafortune, G. (2010): Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, URL: http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocument/?cote=delsa/hea/wd/hwp(2010)5&doclanguage=en

DiCenso, A.; Bryant-Lukosius, D. (2010): Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada: A decision support synthesis. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation

Fässler, S. & Studer, S. (2018). Wirkungsevaluation von Interventionen. Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit. Arbeitspapier 46. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Gensichen, J. & Rosemann, T. (2017). Das Chronic Care Modell: Elemente einer umfassenden Behandlung für Patienten mit chronischen Krankheiten DEGAM-Serie: Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 83 (483-486).

Gerber, M.; Kraft, E.; Bosshard, Ch. (2018): Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. In: Schweizerische Ärztezeitung, 2018, S. 1524–29

Gysin, S.; Sottas, B.; Odermatt, M.; Essig, S. (2019): Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. In: BMC Family Practice, Band 20, Ausgabe 1, 2019, S. 1–11

Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2014). Advanced practice nursing: An integrative approach (5th ed.). St. Louis, MI: Elsevier Saunders.

Hänsenberger, St. (2018): Alles nicht Persönlich gemeint: die gesunde Lösung, Bern, 2018, Zugriff: 31.7.2020, URL: https://30310363-61df-470f-b2de-c9718b50cb15.filesusr.com/ugd/279e92_4fb4c2ab06f54b57b3fd2224d4d70c5f.pdf [Zugriff: 31.7.2020]

Hedinger, D., Tuch, A., Jörg, R. & Widmer, M. (2018). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016 (Obsan Bulletin 4/2018). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).

International Council of Nurses. (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing. Geneva. Verfügbar unter https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Imhof, L.; De Wolf-Linder, S.; Waldboth, V.; Braun, A.; Mahrer-Imhof, R. (2017): Vergleich von Patientengruppen mit einem hohen und tiefen Versorgungsgrad in der Spitex Zürich Sihl. Zürich: ZHAW

I**mhof, L.; Mahrer-Imhof, R. (2020):** Advanced Practice Nurses als Bindeglied zwischen Hausarztpraxis und Spitex. Winterthur: Nursing Science & Care GmbH

Imhof, L.; Naef, R.; Wallhagen, M. I.; Schwarz, J.; Mahrer-Imhof, R. (2012): Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older. In: J Am Geriatr Soc, Band 60, Ausgabe 12, 2012, S. 2223–31

Indermauer, E.; Teunissen, A. (2019): Pflegeexpertinnen APN bei der Spitex: Erweiterte Pflege im Fokus. In: Competence, Band 12, 2019, S. 35

International Council of Nurses (2009): Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics. Geneva: ICN, URL: http://www.icn-ch/networks_ap.htm [Zugriff: 24.6.2017]

International Council of Nurses (2020): Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses, URL: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf [Zugriff: 16.4.2020]

Jaccard Ruedin, H.; Weaver, F.; Grünig, A. (2009): Bis 2020 benötigen die Institutionen im Gesundheitswesen 25'000 zusätzliche qualifizierte Fachkräfte. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, URL: www.obsan.ch > Publikationen

Jakimowicz M., Williams D., & Stankiewicz G. (2017). A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. BMC Nursing 16.6.

Josi, R.; Bianchi, M.; Brandt, S.K. (2020): Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: an analysis of interprofessional collaboration. In: BMC Nursing, Band 19, Ausgabe 1, 12.2020, URL: https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0393-4 [Zugriff: 27.7.2020]

Künzi, K.; Detzel, P. (2007): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute: Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Lachs M. S., Feinstein A. R., Cooney L. M., Jr., Drickamer M. A., Marottoli R. A., Pannill F. C. et al. (1990). A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. Annals of Internal Medicine. 112:699-706.

Laurant, M.; van der Biezen, M.; Wijers, N.; Watananirun, K.; Kontopantelis, E.; van Vught, A. (2018): Nurses as substitutes for doctors in primary care. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, Ausgabe 7, 2018, URL: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3

Leijten F. R. M., Struckmann V., van Ginneken E., Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., et al. (2018). The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. Health Policy. 122(1):12-22.

Mahrer-Imhof, R.; Eicher, M.; Frauenfelder, F.; Oulevey Bachmann, A.; Ulrich, A. (2012): Expertenbericht APN. Basel: Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VfP)

Mahrer Imhof R., Imhof L., Yetergil D. & Eckert P. (2017). Proposal Project: CASE (Coordinated APN Support for the Elderly). Erweiterte Praxis durch Advanced Practice Nurses. Zürich, SZS

Mahrer-Imhof, R.; Imhof, L. (2020): Die Integration einer Hausarztpraxis in ein Alters- und Pflegeheim. Winterthur, Schweiz: Nursing Science & Care Ltd

Mahrer Imhof R.,& Imhof L. (2020). Advanced Practice Nurses als Bindeglied zwischen Hausarztpraxis und Spitex. Begleitstudie. Winterthur, Nursing Science & Care.

Maier, C.B. (2015): The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia. In: Health Policy, Band 119, Ausgabe 12, 12.2015, S. 1627–1635

Maier, C.B.; Aiken, L.; Busse, R. (2017): Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. Paris: OECD, URL: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en [Zugriff: 22.1.2019]

Mantegazzi, L.; Seliner, B.; Imhof, L. (2016): Constipation prophylaxis in children undergoing orthopedic surgery: A quasi-experimental study. In: Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 2016, S. 1–10

Martinez J., Ro M., Villa N. W., Powell W. & Knickman J.R. (2011). Transforming the Delivery of Care in the Post-Health Reform Era: What Role Will Community Health Workers Play? American Journal of Public Health. 101(12):e1-5.

Martinez-Gonzalez, N. A.; Djalali, S.; Tandjung, R.; Huber-Geismann, F.; Markun, S.; Wensing, M.; Rosemann, T. (2014): Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. In: BMC Health Serv Res, Band 14, 2014, S. 214

Martínez-González, N.A.; Tandjung, R.; Djalali, S.; Donald, F.; Markun, St.; Rosemann, T. (2014): Effects of Physician-Nurse Substitution on Clinical Parameters: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: PLoS ONE, Band 9, Ausgabe 2, 24.2.2014, S. e89181

Martin-Misener, R.; Harbman, P.; Donald, F.; Reid, K.; Kilpatrick, K.; Carter, N.; Bryant-Lukosius, D.; Kaasalainen, S.; Marshall, D. A.; Charbonneau-Smith, R.; DiCenso, A. (2015): Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialized ambulatory care: systematic review. In: BMJ Open, Band 5, Ausgabe 6, 8.6.2015, S. e007167

Matthys, E.; Remmen, R.; Van Bogaert, P. (2017): An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? In: BMC Family Practice, Band 18, Ausgabe 1, 12.2017, URL: https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0698-x [Zugriff: 29.7.2020]

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlage und Techniken. Beltz. Weinheim.
Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit. (2012). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung; Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG, Bern.

Morilla-Herrera, J.C.; Garcia-Mayor, S.; Martin-Santos, F.J.; Kaknani Uttumchandani, S.; Leon Campos, A.; Caro Bautista, J.; Morales-Asencio, J.M. (2016): A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. In: International Journal of Nursing Studies, Band 53, 1.2016, S. 290–307

Newhouse, Robin P.; Stanik-Hutt, Julie; White, Kathleen M.; Johantgen, Meg; Bass, Eric B.; Zangaro, George; Wilson, Renee F.; Fountain, Lily; Steinwachs, Donald M.; Heindel, Lou; others (2011): Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. In: Nursing Economics, Band 29, Ausgabe 5, 2011, S. 230

Pahud, O. (2019): Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

SBK; IG SwissANP; VFP; CHUV IUFRS (2012): Reglementierung der Pflegeexpertin APN: Zusammenfassung und Gründe für die separate Reglementierung. Bern: authors

Schmitz, Christof; Atzeni, Gina; Berchtold, Peter (2020): Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Bern: SAMW

Schramm-Seiler, M.; Brüngger, B.; Wyss, Ch.; Röthlisberger, A.; Kläy, Marco; Triaca, H.; Grünig, B.; Schüller, A.; Blunier, HU. (2019): Tandembetreuung mit Vorteilen für alle Beteiligten. In: , 2019, S. 5

Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (2017): Bestandesaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen 2017. Bern: GDK

Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz & Bundesamt für Gesundheit (2012): Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe. Bern: GDK & BAG

Senn, N.; Ebert, St.; Cohidon, C. (2016): Die Hausarztmedizin in der Schweiz – Perspektiven Analyse basierend auf den Indikatoren des Programms SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN)

Sottas, B.; Josi, R.; Gysin, S.; Essig, S. (2019): Advanced practice nurses in Swiss primary care. In: EuroHealth, Band 25, Ausgabe 4, 2019, S. 44

Spitex Schweiz (2018): Advanced Practice Nurse (APN) in der Spitex: Factsheet Spitex Schweiz. Spitex Schweiz

Steinbrüchel, C. (2019): Advanced Practice Nurses in der Hausarztpraxis: Unterstützung für die Grundversorgung. In: der informierte Arzt, Band 3, 2019, S. 24–26

Van Der Biezen, M.; Adang, E.; Van Der Burgt, R.; Wensing, M.; Laurant, M. (2016): The impact of substituting general practitioners with nurse practitioners on resource use, production and health-care costs during out-of-hours: a quasi-experimental study. In: BMC Family Practice, Band 17, Ausgabe 1, 12.2016, URL: http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0528-6 [Zugriff: 22.1.2019]

Weibel, L.; Massarotto, P.; Hediger, H.; Mahrer Imhof, R. (2014): Early education and counselling of patients with acute coronary syndrome. A pilot study for a randomized controlled trial. In: European Journal of Cardiovascular Nursing, 23.10.2014, S. 10

Überall für alle
SPITEX
Zürich

CASE
Ein Projekt von Spitex Zürich Sihl

Spitex Zürich Sihl
Staubstrasse 15
8038 Zürich
sihl@spitex-zuerich.ch
www.spitex-zuerich.ch