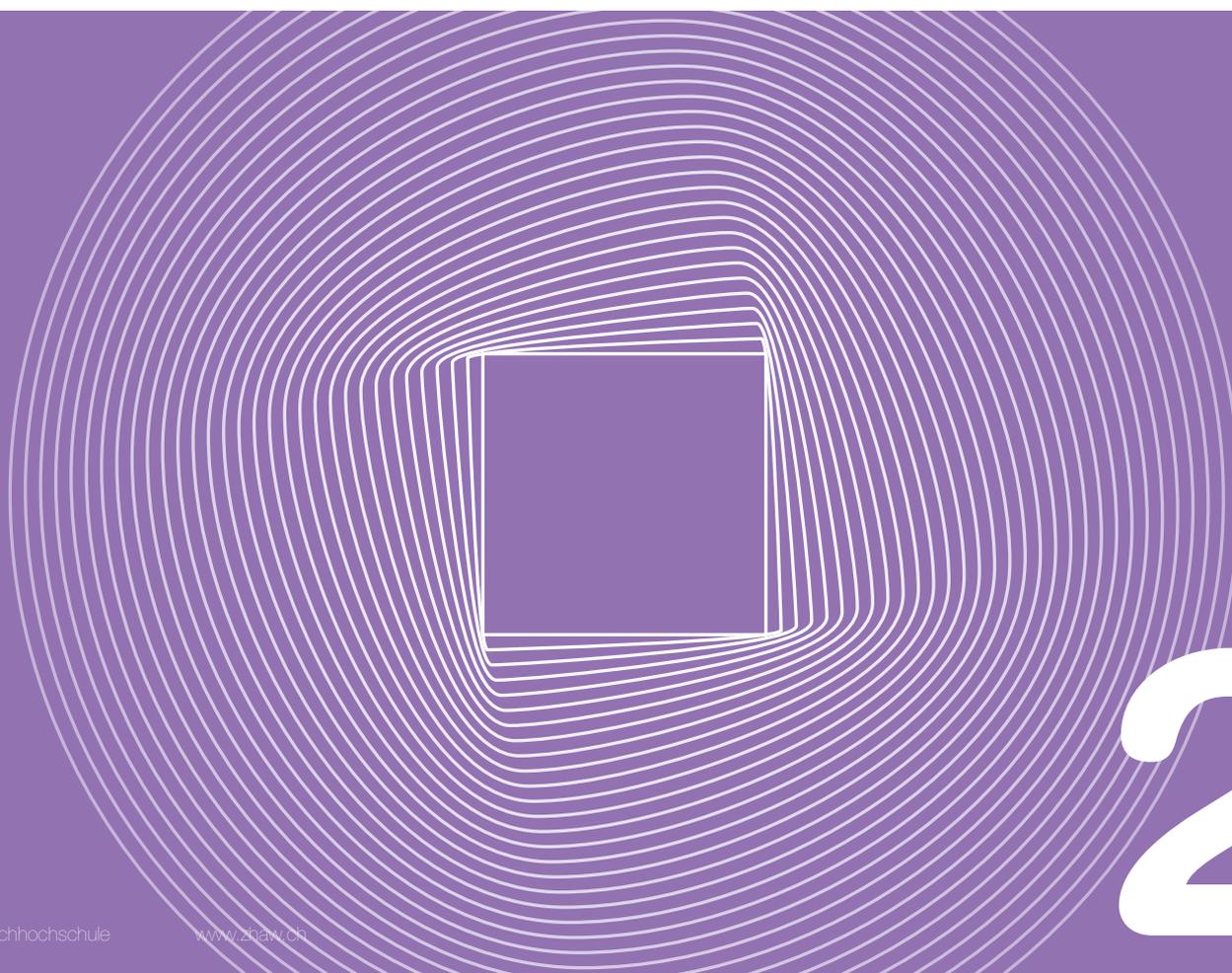




**Gesundheit
Institut für Pflege**
Zur Sache

Die Rolle der professionellen Pflege in der integrierten Versorgung der Schweiz

Implikationen für die Aufgabe
der Hochschule



2

Das Institut für Pflege am Departement Gesundheit veröffentlicht in regelmässiger Folge Berichte aus der Hochschulperspektive zu aktuellen und zukunftsgerichteten Themen rund um die professionelle Pflege im schweizerischen Gesundheitswesen.

Impressum

Herausgeber/Verlag

ZHAW Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Technikumstrasse 71
8401 Winterthur

ipf.gesundheit@zhaw.ch
www.gesundheit.zhaw.ch/pflege

Autorinnen/Autoren

Longerich Heidi
Prof. Dr. Imhof Lorenz
Born Bottegal Katharina
Mühlherr Lilli
Prof. Dr. Mahrer Imhof Romy

Titel

Die Rolle der professionellen Pflege in der integrierten
Versorgung der Schweiz

Gestaltung/Titelgrafik

Driven GmbH, Zürich, www.driven.ch

Druck

Ziegler Druck- und Verlags-AG,
Winterthur, www.zieglerdruck.ch

Auflage

1. Auflage, Mai 2013



In der heutigen Zeit bewegt sich die professionelle Pflege in einem engen Spielraum. Einerseits droht ein Engpass an qualifizierten Pflegenden und andererseits wachsen Spannungen aufgrund der zunehmenden Ökonomisierung. Mit den kürzlich eingeführten Fallkostenpauschalen erfolgt die Entlassung der Patienten unabhängig von ihrer pflegerischen Selbständigkeit. Gleichzeitig wird der Koordination und Kontinuität der Behandlung und Pflege über Instituts-grenzen hinweg wenig Rechnung getragen. Im Spital werden die Patienten mit Fokus auf die akute und nötigste Pflege behandelt, auch ältere Personen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen. Patienten erleben während ihrer Behandlung in Gesundheitsinstituten viele verschieden ausgebildete Berufs-angehörige, die mit spezifischen Kompetenzen fraktionierte Leistungen ausführen. Gleichzeitig drängen sich immer mehr neue Berufe ins Feld. Wir haben Anhalts-punkte dafür, dass diese Entwicklung zu einem Leistungs- und Qualitätsabbau in der Pflege führen wird.

Diese ungünstige Situation zwingt uns als Institut für Pflege zum verantwor-tungsvollen Umdenken. In Zukunft orientieren wir uns in der strategischen Ausrichtung an der integrierten Versorgung. Diese Stossrichtung überzeugt uns und kann positive Auswirkungen für das Erleben und die Wirksamkeit der Pflege beim Patienten und für die Professionalisierung der Pflegeleistung haben. Integrierte Versorgung als neue Form der Gesundheitsversorgung zeichnet sich durch eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende Behandlung und Pflege aus. Die sogenannte Guided Care, die vorzugsweise durch Advanced Practice Nurses (APN Heft Nr.1) wahrgenommen werden kann, erlaubt koordinierte und kontinuierliche Behandlungsleistungen mit hoher Verbindlichkeit. Auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung zu Patienten beschäftigt sich die Pflege schwerpunktmässig mit den Auswirkungen der Krankheit und der Therapie, der Lebens-, Behandlungs- und der Betreuungsqualität. Dazu gehören Präven-tion, Gestaltung des Alltags vor allem bei Menschen mit chronischen Leiden, Symptommanagement, Selbstpflege mit dem Zweck der Autonomieerhaltung und der Förderung der Selbständigkeit sowie die Unterstützung bei individuel-len Problemen. Integrierte Versorgung versteht sich als ergänzend zur ärztlichen Handlung bei der Diagnosestellung und der Behandlung und ist weniger hierarchisch gegliedert.

Lesen Sie in diesem Heft, wie sich Pflege und Gesundheitsversorgung ent-wickeln können.

Heidi Longerich
Leiterin Institut für Pflege

5 Zusammenfassung

6 Ausgangslage

- 7 Chronic Care Model
- 8 Neugestaltung der Gesundheitsversorgung
- 8 Integration der Leistungen ins Gemeinwesen

9 Situation in der Schweiz

10 Neues Versorgungsmodell für die Schweiz

- 10 Anpassung der Finanzierungsmechanismen

11 Rolle der Pflege in der integrierten Versorgung

- 11 Dipl. Pflegefachpersonen BScN / Pflegeexpertinnen APN (Advanced Practice Nurse)
- 13 Kernaufgabe: Patientenorientierung und Selbstmanagement
- 14 Einsatz professioneller Pflege von Prävention bis Palliation
- 15 Professionelle Pflege: Die grösste aufsuchende Dienstleistung
- 16 Guidelines für evidenzbasierte Interventionen

18 Koordination und Kontinuität als Qualitätsmerkmal

19 Massnahmen zur Entwicklung integrierter Versorgung in der Schweiz

- 19 Massnahmen gegen Mangel an Pflegefachpersonen
- 20 Ausbildung auf Tertiärstufe A und nachträglicher Titelerwerb
- 20 Inhaltliche Ausrichtungen in der Ausbildung und Berufsausübung
- 21 Ausbildung und Einsatz von Pflegeexpertinnen APN
- 23 Weiterbildung
- 23 Forschung

25 Referenzen

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wird die zentrale Bedeutung der Pflege – ausgeführt vor allem durch die mit einem pflegewissenschaftlichen Studium ausgebildeten Pflegeexpertinnen APN (Advanced Practice Nurse) – für die zu erwartende Versorgung von alten, multimorbiden und chronisch kranken Menschen erläutert.

Nach Darstellung der aktuellen Situation in der Schweiz, die für den Anstieg der genannten Personengruppen vorbereitet sein muss und die über ein ausgebautes, aber für künftige Szenarien unzureichendes Netz an spital-externer, ambulanter Betreuung verfügt, sprechen sich die Autorinnen und der Autor für die Einführung eines neuen Versorgungsmodells zur Optimierung der Gesundheitsversorgung aus. Dabei beziehen sie sich auf Untersuchungen und Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz und des Bundesamts für Gesundheit von 2012. Wesentlich an den neuen Konzepten ist die Stärkung der pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen. In diesem Versorgungsmodell geht es unter anderem darum, die Zugangsmöglichkeiten zu Informationen und Angeboten zu verbessern, die individuelle Expertise in Abläufe zu integrieren und die Autonomie der Patientinnen und Patienten zu stärken. Ein Ausbau der Spitex um diese Elemente ist nach Meinung der Autoren wünschenswert und notwendig, da die Spitex die «grösste aufsuchende Dienstleistung» des Landes ist und damit ein niederschwelliges und ausbaubares System darstellt. Zudem soll die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Hausärzten im Sinne einer Ergänzung um pflegerische Aspekte optimiert werden. Beides ermöglicht die Kontinuität der Versorgung, die bisher von einem Grossteil der pflegebedürftigen Menschen als mangelhaft eingestuft wurde.

Zur Umsetzung dieses neuen Versorgungsmodells ist es vor allem nötig, die bisherige Aufgabenverteilung der beteiligten Berufsgruppen – Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzte – zu überdenken beziehungsweise neu zu organisieren, aber auch technische Grundlagen (z. B. IT-gestützte Informationssysteme) zu schaffen und die Finanzierungsmechanismen zu optimieren. Bezug nehmend auf Empfehlungen der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) von 2007 und des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), plädiert das Autorenteam dafür, die akademische Ausbildung von Pflegefachleuten (Stufe Bachelorabschluss) auszubauen und die Spezialisierung von Pflegeexpertinnen APN auf Stufe MSc, die für den oben genannten Einsatz

in besonderer Weise geeignet sind, voranzutreiben. Zu deren Kernkompetenzen gehören unter anderem das Coaching und die Beratung von Patienten und Patientinnen, Angehörigen und Teams, die klinische Forschung und die Umsetzung evidenzbasierter Wissensbestände sowie die fachliche Führung.

Da jedoch verschiedene Aspekte die Ausbildung solcher APN bremsen, hat das Institut für Pflege an der ZHAW zur Förderung der integrierten Versorgung einen Katalog mit Notwendigkeiten formuliert, mittels derer diese Beschränkungen behoben werden könnten. So müssen die Zulassungsbeschränkung aufgehoben und Themen wie Gesundheitsförderung verstärkt ins Studium integriert werden, die Begleitforschung bei der Implementierung dieser Versorgungsmodelle sowie die klinische Forschung zur Erfassung des pflegerischen Bedarfs müssen gewährleistet sein und die Kooperation mit allen Berufsverbänden, Fachgesellschaften und politischen Entscheidungsträgern bei der Einführung muss angestrebt werden.

Ausgangslage

In der Schweiz ist, analog zu den umgebenden Ländern Deutschland, Italien, Frankreich und Österreich, eine Veränderung in der Altersstruktur der Bevölkerung zu beobachten, die für das Gesundheitssystem weitreichende Folgen haben wird: Der Anteil der älteren Bevölkerung wächst. Bis ins Jahr 2060 wird, wie in den umliegenden Ländern auch, der Anteil der über 65 Jahre alten Personen zunehmen, gemäss dem Bundesamt für Statistik (2010) von heute 17,1% auf 28,3% (Szenario A-00-2010). Dabei wird sich vor allem der Anteil der Personen über 80 Jahre um das Zweieinhalbfache von 4,7% auf 11,9% der Gesamtbevölkerung erhöhen.

Diese Entwicklung ist deshalb von Bedeutung, weil der Anteil der pflegebedürftigen Personen mit dem Alter zunimmt. So sind im Alter von 65 Jahren lediglich 4% pflegebedürftig, bei den 80–84-Jährigen sind es 15% und bei den über 85-jährigen Personen 32% (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumburn, 2011). Rund die Hälfte dieser 32% über 85-jährigen Personen ist leicht bis mittelstark und die andere Hälfte stark pflegebedürftig (siehe Abbildung 1).

Nur ein kleiner Teil (6%) der über 65-jährigen pflegebedürftigen Personen lebt in einem Alters- oder Pflegeheim. Zwar steigt die Zahl der Eintritte in Alters- und Pflegeheime mit steigendem Alter, aber selbst im Alter von über 95 Jahren leben immer noch mehr als zwei Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen dieser Altersgruppe zu Hause (Bundesamt für Statistik, 2012).

Entsprechend haben in den letzten Jahren die Dienstleistungen der spitalexternen pflegerischen Versorgung (Spitex) rasant zugenommen. Die verrechneten Dienstleistungen stiegen in den Jahren 2001 bis 2010 von 10,7 auf 15,7 Millionen Stunden (Bundesamt für Statistik, 2011).

Weiter deuten die Zahlen zur Spitex-Statistik darauf hin, dass der beschriebene Anstieg nicht nur einer Ausweitung der benötigten Dienstleistungsmenge zugeschrieben werden kann. Auch die Art der Dienstleistungen hat sich verändert und wird sich weiter verändern. Vor allem im Bereich pflegerischer Unterstützung gemäss der Krankenpflege-Leistungs-Vereinbarung (KLV) waren grosse Zunahmen zu beobachten (+95%), während der Bereich der hauswirtschaftlichen Unterstützung praktisch konstant blieb (+3%) (siehe Abbildung 2). Für die Schweiz bedeutet dies, dass heute pro Tausend Einwohner deren

Abbildung 1
Anteil pflegebedürftiger Personen nach Altersklassen

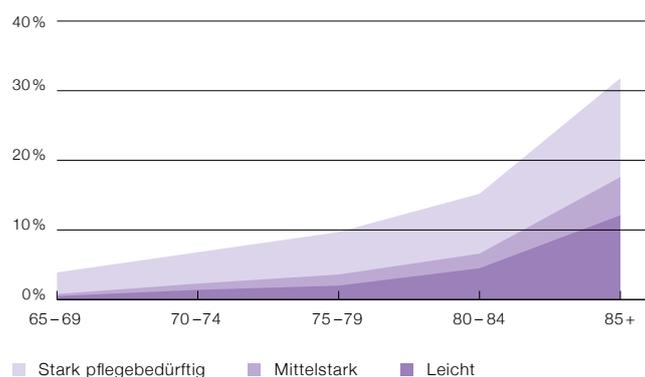
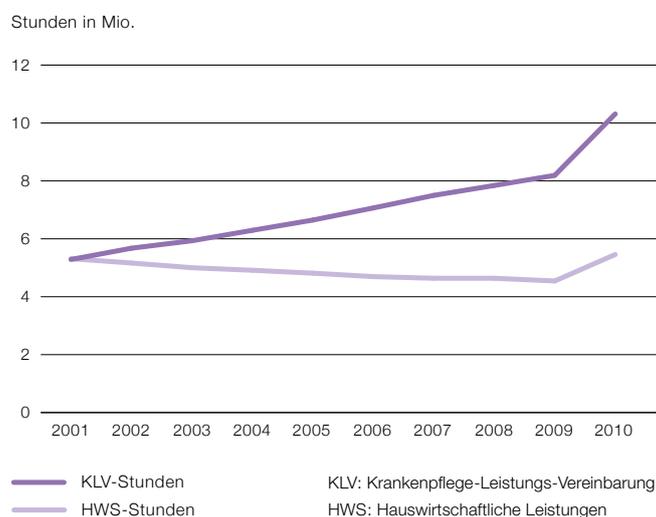


Abbildung 2
Verrechnete Spitex-Stunden 2001–2010



24,8 (2001: 19,0 Personen) pflegerische und 14,7 (2001: 15,4 Personen) hauswirtschaftliche Dienstleistungen von der Spitex benötigen.

Der erhöhte Bedarf an Spitex-Dienstleistungen wird mit einer Zunahme chronischer Leiden in Verbindung gebracht. Fast die Hälfte der Personen über 75 Jahre leidet an chronischen Gesundheitsproblemen (Bundesamt für Statistik, 2009). Trotzdem können chronische Leiden nicht als Prob-

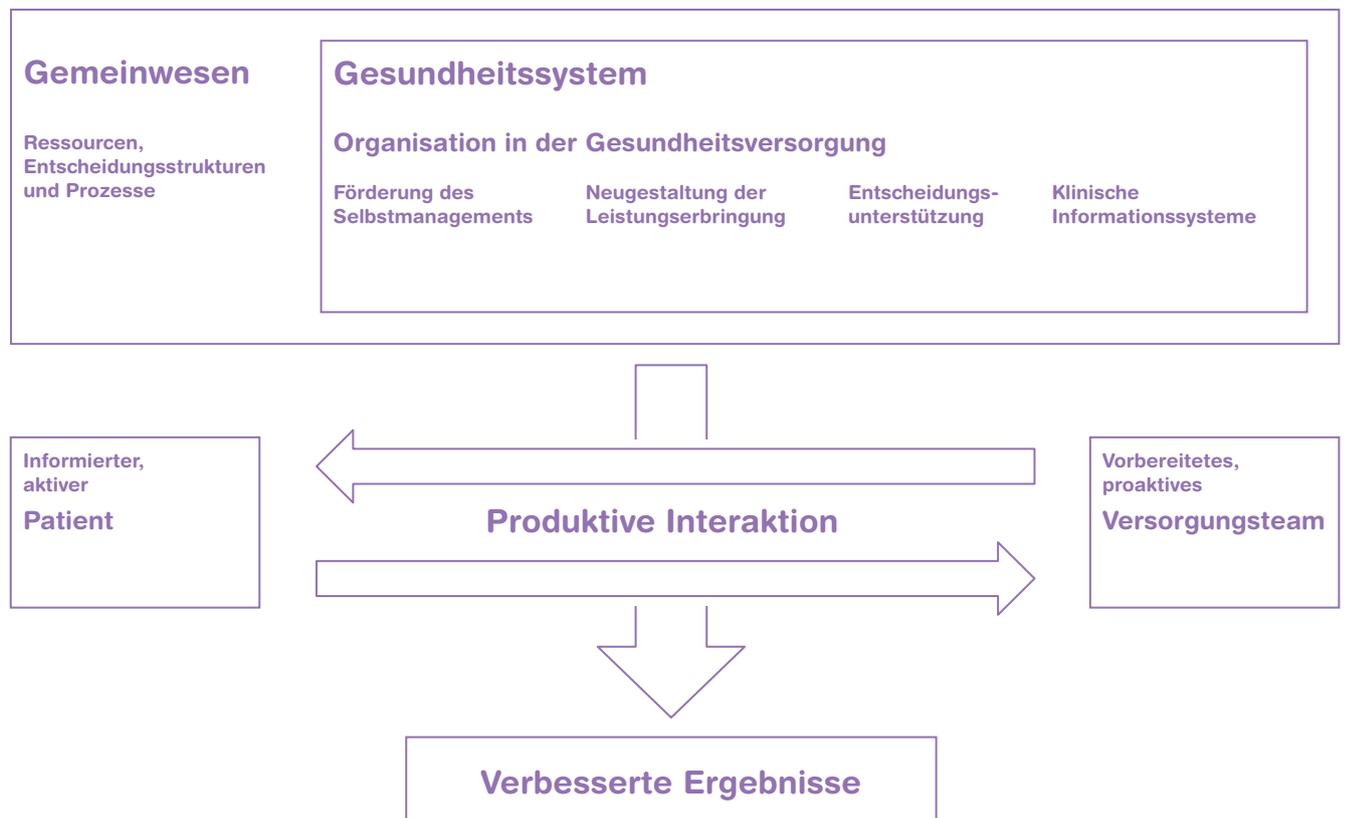
lem der älteren Bevölkerung angesehen werden. Denn rund 68% der Lebensjahre mit guter Gesundheit (DALY: disability-adjusted life years) gehen in den hochindustrialisierten Ländern bei Menschen, die noch im arbeitsfähigen Alter stehen, durch chronische Krankheiten verloren. Dabei spielen Schlaganfälle, Diabetes Typ 2 (vor allem bei Kindern), Lungenerkrankungen, Krebs, Depressionen und Demenzerkrankungen eine wichtige Rolle (Busse et al., 2002). Chronische Leiden stellen deshalb bereits heute eine der grössten Herausforderungen bei der pflegerischen Versorgung dar. Chronische Erkrankungen erfordern einen Paradigmenwechsel von der akuten Gesundheitsversorgung hin zu Modellen, die den chronischen Gesundheitsproblemen und der Versorgung der betroffenen Menschen genügen.

Solche Modelle umfassen – gemäss der Definition der OECD – zwei wichtige Komponenten: Unterstützungsleistungen in Zusammenhang mit den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der Alltagsgestaltung und Leistungen der medizinischen Basisversorgung im Bereich akuter, rehabilitativer, präventiver oder palliativer Massnahmen (OECD, 2011).

Chronic Care Model

Auswirkungen eines neuen Paradigmas in der Gesundheitsversorgung für Menschen mit chronischen Leiden werden im Chronic Care Model (CCM) sichtbar (Glasgow, Orleans, & Wagner) (siehe Abbildung 3). Es vereint eine Neugestaltung der Gesundheitsversorgung mit einer besseren Integration dieser Leistungen in das Gemeinwesen.

Abbildung 3
Chronic Care Model



Quelle: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit, 2012

Neugestaltung der Gesundheitsversorgung

Die Neugestaltung des Gesundheitswesens setzt auf eine stärkere Gewichtung der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, auf die Förderung des Selbstmanagements, einen besseren Zugang zu den Leistungen, die Unterstützung der Entscheidungsfindung von Patienten und Angehörigen sowie auf eine Optimierung des Informationsaustausches zwischen involvierten Fachleuten.

Patientinnen und Patienten mit chronischen Leiden eignen sich über kurz oder lang ein vertieftes Wissen über ihre eigene Gesundheitssituation an. Sie integrieren Erfahrungen – zum Beispiel welche Therapien gut verträglich sind oder welche Nebenwirkungen das Leben beeinträchtigen – in ihren Alltag. So entwickeln diese Menschen eine spezifische Expertise. Darum empfiehlt das Chronic Care Model, diese Expertise in die Behandlung und die Pflege mit einzubeziehen. Dafür bietet das CCM Leitideen, denen die Neugestaltung der benötigten Dienstleistungen folgen soll. Wichtig ist dabei, dass Patientinnen und Patienten sich und ihre Bedürfnisse einbringen und an Entscheidungen teilnehmen können. Ermöglicht wird dies insbesondere durch vier Massnahmen:

Förderung des Selbstmanagements: Patienten, Patientinnen und Angehörige sollen ihre Situation aktiv gestalten. Durch Selbstmanagement sollen die Auswirkungen von chronischen Leiden auf die Person minimiert und Strategien zur Bewältigung unterstützt werden. Dafür arbeiten Patientinnen und Patienten sowie Fachpersonen des Gesundheitssystems partnerschaftlich zusammen. Mit dem Selbstmanagement werden Aktivitäten beschrieben, die die Patientinnen und Patienten zwischen vereinbarten Terminen mit Fachpersonen selbständig ausführen. Selbstmanagement muss ein integraler Bestandteil der Grundversorgung sein (Rijken, Jones, Heijmans, & Dixon, 2008).

Optimierung des Zugangs: Die Zusammensetzung und das Funktionieren der Praxisteams sollen optimiert werden. Die Organisation der Dienstleistung ermöglicht Kontinuität. Die Kontrolle der Resultate erfolgt in regelmässigen Evaluationen. Dabei werden effektive Interventionen nicht selten durch die Kooperation von Spezialistinnen und Spezialisten ermöglicht.

Unterstützung der Entscheidungsfindung: Entscheide sollen das neueste Wissen berücksichtigen. Dies kann durch die Implementierung von evidenzbasierten Richtlinien,

Protokollen oder Patientenpfaden erreicht werden. Die Unterstützung der Entscheidungsfindung schliesst, wie im Bereich der evidenzbasierten Pflege üblich, neben wissenschaftlichen Erkenntnissen auch die Präferenzen der Patientinnen und Patienten, die klinische Expertise der Pflegefachperson und die Umgebungsbedingungen ein (Behrens & Langer, 2010).

Optimierung der Information: Der Zugang zu Informationen über Patienten soll für die Mitglieder des Versorgungsteams optimal sein, möglichst einfach. Dabei sollten nicht nur Daten über individuelle Patientinnen und Patienten gesammelt werden, sondern die Evaluation der Interventionen soll sich auch auf Informationen für eine ganze Patientengruppen stützen. Dies beinhaltet Informationen zum Krankheitsverlauf, die Planung von Follow-ups, die Erinnerung der Patienten, die Darstellung der Interventionen und die Anwendung von Richtlinien, die Darstellung der sozialen Gegebenheiten und der Umgebungsbedingungen sowie der Lebenssituation.

Integration der Leistungen ins Gemeinwesen

Die Integration der Leistungen ins Gemeinwesen wird damit begründet, dass gesundheitliche Probleme von ökonomischen, umweltbezogenen und sozialen Faktoren beeinflusst werden. Im sozialen Bereich hat sich erwiesen, dass eine enge Verknüpfung von medizinischen und pflegerischen Leistungen mit dem Gemeinwesen einen positiven Effekt hat (Pruitt et al., 2002). Vor allem ältere Menschen, Kinder, sozial schwache und vulnerable Bevölkerungsgruppen profitieren davon.

Situation in der Schweiz

Obwohl die Notwendigkeit besteht, die Gesundheitsversorgung und damit auch die professionelle Pflege auf die neuen Anforderungen vorzubereiten, ist die Gesundheitsversorgung in der Schweiz immer noch auf die stationäre Behandlung von akuten Gesundheitsproblemen ausgerichtet – also zu wenig auf die Behandlung von chronischen Leiden vorbereitet (Hürny & Münzer, 2011; Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit, 2012). Die Schweiz hat bis heute erst wenige Elemente des CCM umgesetzt. Nur vereinzelt wird eine verbesserte Integration und Koordination verschiedener Anbieter angestrebt. Und die Bestrebungen nach einer besseren Gesundheitsversorgung setzen immer noch einseitig auf die Ärzteschaft mit hierarchisch unterstellten Assistenzberufen (Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit, 2012).

Neues Versorgungsmodell für die Schweiz

Im Bericht «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» nehmen die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2012) die zukünftigen Anforderungen an die Versorgung auf. Der Bericht skizziert ein neues Versorgungsmodell der sogenannten integrierten Versorgung, das einen Fokus auf die adäquate Versorgung von Menschen mit chronischen Leiden setzt. Damit folgen die GDK und das BAG einem internationalen Trend, die integrierte Versorgung als grundlegendes Konzept von neuen Versorgungsmodellen zu betrachten. Es wird eine Versorgung umschrieben, die bezüglich Sektoren und Berufsgruppen übergreifend organisiert ist und den Schwerpunkt auf die ambulante, ärztliche und pflegerische Versorgung legt. Der Bericht hält auch fest, dass durch die Ausrichtung des bestehenden schweizerischen Versorgungssystems auf die Behandlung von akuten und sporadischen Ereignissen die Kontinuität der Versorgung bei chronischen Leiden behindert ist.

Tatsächlich beklagen heute 30% der Patientinnen und Patienten in der Schweiz eine mangelnde Kontinuität in der Versorgung (Schaeffer & Ewers, 2006). Dies ist vergleichsweise hoch, wie die International Health Policy Survey 2010 zeigte, bei der 25% der Befragten in Deutschland, Schweden, England und den USA mangelnde Kontinuität angaben (Busse et al., 2002). Die Patienten beklagen, dass sie sich häufig selbst notwendige Informationen beschaffen müssen, und sie kämpfen mit fragmentierten Leistungen, da ihr gewohnter Arzt, ihre gewohnte Ärztin nicht durch Spezialisten über den neusten Stand der Behandlung informiert wird. So waren zum Beispiel bei der Entlassung aus dem Spital bei 33,6% der Frauen und 19,1% der Männer keine Folgeuntersuchungen organisiert worden (Burla, 2011). Zur Kontinuität der Versorgung durch andere Berufsgruppen, zum Beispiel durch die Pflegefachpersonen, liegen keine Zahlen vor.

Neben der besseren Kooperation der Leistungserbringer ist der Einbezug der Patientinnen und Patienten in Entscheidungsprozesse ein weiteres zentrales Anliegen. Zwar hat die Schweiz im internationalen Vergleich gut abgeschnitten, aber auch hierzulande werden 19,2% der Personen mit einem mittelguten bis schlechten Gesundheitszustand nicht in die Entscheidungen der behandelnden Ärzte mit einbezogen. In dieser Frage sind Frauen tendenziell benachteiligt (Burla, 2011). Generell ist vor allem bei Personen mit chronischen Leiden die Förderung der Mitsprache – also die Befähigung bzw. das Empowerment – mangelhaft, weil

die Grundsätze dieser Förderung nicht in der Praxis verankert sind (Pruitt et al., 2002). Um mitentscheiden zu können, brauchen Patientinnen und Patienten eine Ansprechperson, die sie und ihre Familien über den gesamten Krankheitsverlauf begleitet. Dabei muss es sich um eine Person handeln, die durch Konstanz die notwendige Beziehung aufbauen kann, wie dies in den Modellen von Guided Care (d.h. geleiteter Versorgung) in den USA praktiziert wird.

Im erwähnten Bericht empfehlen die GDK und das BAG, die Prävention, die Befähigung der Patientinnen und Patienten zum Selbstmanagement und die Möglichkeit zur aktiven Entscheidung (Empowerment) auszubauen. Vor allem die sekundäre Prävention, das heisst die Massnahmen der Früherkennung und damit die Möglichkeit einer rechtzeitigen Behandlung von Erkrankungen, sei zu fördern. Deshalb sollen Beratungen und Schulungen für Betroffene angeboten und auch vermehrt Screening-Untersuchungen durch das Gesundheitspersonal durchgeführt werden. Behandlungsrichtlinien sollen dort erarbeitet werden und zur Anwendung kommen, wo eine medizinische Diagnose gestellt und der Pflegebedarf festgelegt wurde. Eine bessere Integration und Koordination der involvierten Disziplinen sowie eine erhöhte Verbindlichkeit und Kontinuität sollen eine langfristige Betreuung gewährleisten. Der primäre, das heisst der koordinierende Leistungserbringer kann dann je nach Art der Leistungen die Pflegefachperson, der behandelnde Hausarzt oder die Spezialistin sein.

Anpassung der Finanzierungsmechanismen

Neue Versorgungsmodelle verlangen nach neuen finanziellen Abgeltungen. Es ist wenig sinnvoll, Leistungen in Grund- und Behandlungspflege aufzuteilen. Auch eine Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung oder die Zuweisung einer Handlung und deren Abrechnung ausschliesslich zu einer Berufsgruppe ergibt keinen Sinn. Zu Recht wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass bei Entscheidungen und der Implementierung von neuen Versorgungsmodellen nicht allein finanzielle Aspekte die treibende Kraft sein sollten (Cassis & Maillard, 2012; Hutchison, Levesque, Strumpf, & Coyle, 2011; Nolte & McKee, 2008; Pruitt et al., 2002; Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit, 2012).

Rolle der Pflege in der integrierten Versorgung

Diese Leitideen der integrierten Versorgung verlangen Anpassungen bei der Rollenverteilung der involvierten Berufsgruppen. Es sind nicht nur deren Aufgaben- und Funktionsfelder, sondern auch deren Verantwortungs- und Handlungsspielräume neu zu definieren. In welche Richtung dies geht, zeigen Modelle integrierter Versorgung, die heute bereits in Finnland, Schweden, Dänemark und den USA umgesetzt werden. Sie fokussieren auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzteschaft. Dabei setzen diese Versorgungsmodelle auch sogenannte Pflegeexpertinnen APN (Advanced Practice Nurse) ein. Dies aus der Erkenntnis heraus, dass beim Ergebnis der Behandlung kein qualitativer Unterschied festgestellt werden kann, egal, ob sie nun durch die Pflegeexpertin oder den Arzt / die Ärztin ausgeführt worden ist (Künzi & Detzel, 2007). Deshalb kann man davon ausgehen, dass spezialisierte Pflegefachpersonen die Versorgung in der Grundversorgung in hoher Qualität anbieten können und ihr Einsatz kosteneffektiv ist.

Schon vor Jahren hat eine Expertengruppe in der Schweiz festgehalten, dass eine neue Aufgabenverteilung zwischen Ärzteschaft und Pflegefachpersonen zum Wohl der Patienten nicht tabu sein sollte (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte [FMH], & Medizinische Fakultäten der Universitäten, 2004). Die Expertengruppe beschrieb in ihrem Papier «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts» die Notwendigkeit, die hierarchisch geordnete und separate Praxis der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit durch eigenständige Bereiche mit Schnittstellen zu ersetzen.

Die ärztlichen Tätigkeiten sind gemäss dieser Definition die Prävention und die Diagnose von Krankheiten sowie die Behandlung und die Betreuung von kranken Menschen unter Berücksichtigung ihres Umfeldes. Die professionelle Pflege, definiert als zwischenmenschliche Handlung, unterstützt Menschen bei der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und Therapien auf den Alltag. Sie hat zum Ziel, die bestmögliche Lebensqualität, Behandlungs- und Betreuungsergebnisse in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen. Überdies fördert und erhält die Pflege die Gesundheit und beugt gesundheitlichen Schäden vor (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW] et al., 2004).

In der Folge wurde in weiteren Publikationen zu den Berufsbildern festgehalten, dass sich die Aufgabenteilungen in

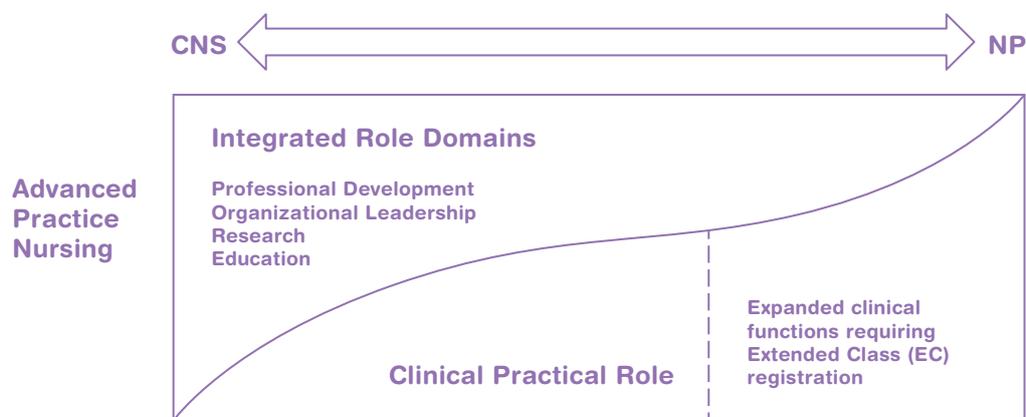
der Zukunft nicht mehr hierarchisch, ständisch und an formellen Titeln orientiert können (Bauer et al., 2007, 2011). Es wurde der Begriff «interdisziplinäre Zusammenarbeit» geprägt. Er definiert eine Arbeitsteilung, bei der Ärztinnen und Ärzte ihre Wirkungsfelder vor allem im Bereich der Diagnose- und Indikationsstellung, der Behandlung und Beratung sowie des Disease-Managements bei komplexen Fällen und im Bereich der spezialisierten Methoden haben. Pflegefachpersonen übernehmen zusätzlich zu ihren bisherigen Tätigkeiten Funktionen in der Diagnostik, in der Therapie und im Case Management und führen diese Aufgaben selbstverantwortlich aus (Bauer et al., 2007, 2011). Diese Idee wurde auch im Positionspapier der GDK / des BAG aufgegriffen, und die professionelle Pflege erscheint in den Leitideen als eigenständiger Beruf (Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit, 2012).

Dipl. Pflegefachpersonen BScN / Pflegeexpertinnen APN (Advanced Practice Nurse)

Zusätzliche Aufgaben und Kompetenzen und die Veränderung von Handlungs- und Entscheidungsfeldern sind nur dann möglich, wenn Pflegefachpersonen für diese zusätzlichen Rollen qualifiziert werden. Geradezu zwingend ist der Einsatz von qualifizierten Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss (Bachelor of Science in Nursing [BScN]) bei chronischen Leiden, Multimorbidität, dem Bedarf an patientenzentrierter Beratung (die die Familien einschliesst), bei Bedarf zur Unterstützung von Bewältigungsprozessen oder wenn der Anspruch auf evidenzbasierte Praxis besteht. Deshalb hat eine Arbeitsgruppe der SAMW bereits 2007 empfohlen, dass alle diplomierten Pflegefachpersonen einen Hochschulabschluss (BScN) vorweisen sollten (Bauer et al., 2007). Damit folgt die SAMW den Empfehlungen des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und dem internationalen Trend, die Pflegeberufe mit einem BScN als Abschluss zum Berufseinstieg zu akademisieren, was in einigen Ländern bereits umgesetzt ist. Die Empfehlung für einen BScN-Abschluss erhält angesichts der demografischen Entwicklung, die nicht nur einen steigenden Bedarf an Pflege mit sich zieht, sondern auch mit einer zunehmenden Komplexität der Lebenssituationen und einem Ausbau der spitalexternen Versorgung einhergeht, in Zukunft eine noch höhere Dringlichkeit.

Nebst qualifiziertem Pflegepersonal mit BScN werden in diversen europäischen Ländern sowie in Australien und den USA für die Versorgung von Menschen mit chronischen

Abbildung 4

Rollensegmente der Pflegeexpertin APN**Continuum of APN Roles**

Bryant-Lukosius, D. (2004 & 2008). The continuum of advanced practice nursing roles. Unpublished document.

Leiden und komplexen Bedingungen seit Jahren Pflegefachpersonen mit erweiterten Rollenkompetenzen (Advanced Practice Nurses APN) eingesetzt (Dubois, Singh, & Jiwani, 2008; Sheer & Kam Yuet Wong, 2008). Diese Pflegeexpertinnen APN verfügen über ein abgeschlossenes Masterstudium in Nursing Science (MScN) oder ein Doktorat, mit einer klaren Fokussierung auf die klinische Praxis. Zusätzliche Weiterbildungen und Erfahrung in der Klinik erlauben die Zertifizierung als Pflegeexpertin APN. Abhängig vom Bedarf in den jeweiligen Ländern sind verschiedene Rollenausprägungen auf einem Kontinuum zwischen einem mehr organisationsbezogenen Schwerpunkt als Clinical Nurse Specialist (CNS) und einer stark patientenzentrierten klinischen Rolle als Nurse Practitioner (NP) denkbar (Mahrer-Imhof, Eicher, Frauenfelder, Oulevey Bachmann, & Ulrich, 2012) (siehe Abbildung 4).

International wird das Einsatzfeld der Pflegeexpertinnen APN folgendermassen definiert: Advanced Practice Nursing (APN) ist die Anwendung von erweiterten praktischen, theoretischen und forschungsbasierten Kompetenzen bei Phänomenen, die von Patientinnen und Patienten in einem Spezialgebiet innerhalb der Disziplin Pflege erlebt werden

[«Advanced practice nursing is the application of an expanded range of practical, theoretical, and research-based competencies to phenomena experienced by patients within a specialized clinical area of the larger discipline of nursing.»] (Hamric, 2009).

Weltweit wurde das Potenzial der akademisierten Pflegeberufe rasch erkannt. Nach Schätzungen internationaler Pflegeorganisationen hat sich die Zahl der weltweit eingesetzten Pflegeexpertinnen APN seit Beginn der 1990er-Jahre auf 140 000 erhöht (Schober & Affara, 2008). Auch in der Schweiz werden seit dem Jahr 2000 Pflegeexpertinnen APN ausgebildet. Einige Hochschulen (FHS Bern, FH St. Gallen, FH Zürich, Universität Basel, HES-SO und Universität Lausanne) haben ihre Masterstudiengänge in Nursing Science auf dieses Berufsbild ausgerichtet. Der Schweizerische Verein für Pflegewissenschaft (VFP) hält – in Übereinstimmung mit den Leitideen der GDK bzw. des BAG – in seinem nationalen Positionspapier zu Pflegeexpertinnen APN fest, dass einerseits für eine Primärversorgung von Menschen mit akuten oder erstmalig auftretenden gesundheitlichen Problemen schwerpunktmässig eine ärztlich geleitete Behandlung notwendig, andererseits aber für Menschen mit chroni-

schen gesundheitlichen Problemen oder Einschränkungen eine Primärversorgung mit pflegerischem Fokus passender ist. Die beiden Vorgehensweisen können sich je nach Problemstellung gegenseitig ergänzen (Mahrer-Imhof et al., 2012).

Die Rolle der Pflegeexpertinnen APN zeichnet sich durch selbständiges Handeln und selbstverantwortliche klinische Entscheide aus. Bei der Arbeit mit den Patienten und deren Familien verfügen sie über sechs Kernkompetenzen (Hamric, 2009):

- Expertencoaching und Führung von Patienten (basierend auf einer erweiterten Pflegepraxis und Spezialisierung)
- Beratung, Schulung, Training (für Patienten und Patientinnen, Familien und Pflegefachpersonen in einem Team)
- Klinische Forschung
- Klinische, professionelle und systemische Führung (Leadership)
- Förderung der Zusammenarbeit (über Berufsgrenzen hinweg)
- Ethische Entscheidungsfindung

Dank ihrer Ausbildung ist die Pflegeexpertin APN ausgezeichnet darauf vorbereitet, die im Rahmen der integrierten Versorgung genannten Leitideen aufzunehmen, in der Praxis umzusetzen, den Veränderungsprozess als Change Agent zu begleiten und systematisch durch Forschung zu evaluieren helfen.

Kernaufgabe: Patientenorientierung und Selbstmanagement

Die integrierte Versorgung von Menschen mit chronischen Leiden verstärkt den pflegerischen Anteil und zeigt die zentrale Rolle der Pflege, weil sie einen Wechsel vom Cure Management zum Care Management nötig macht (Schaeffer & Ewers, 2006).

Die Förderung von Selbstmanagement ist und war traditionell eine Kernaufgabe der professionellen Pflege. Entsprechende Pflege-theorien wurden bereits in den 1950er-Jahren unter dem Begriff Selfcare publiziert (Levin, 1977; Meleis, 2012). Selbstmanagement schliesst drei Elemente ein:

1. Das Symptommanagement, das heisst den Umgang mit Symptomen, die durch die Krankheit oder die Therapie verursacht werden
2. Die Gestaltung des Alltags, der sich als Folge des chronischen Leidens verändert, was entsprechende Anpassungen nötig macht

3. Die Entwicklung von Strategien, wie mit Instabilität, verminderter Lebensqualität und Bedrohung durch die Krankheit umgegangen werden kann.

Die Therapien im Rahmen der chronischen Leiden finden vorwiegend im häuslichen Umfeld statt. Sie beeinflussen den Alltag der Menschen und ihrer Familien direkt. Deshalb finden auch pflegerische Interventionen mit Vorteil bei den Menschen zu Hause statt und schliessen neben den Patientinnen und Patienten auch familiäre Netzwerke ein.

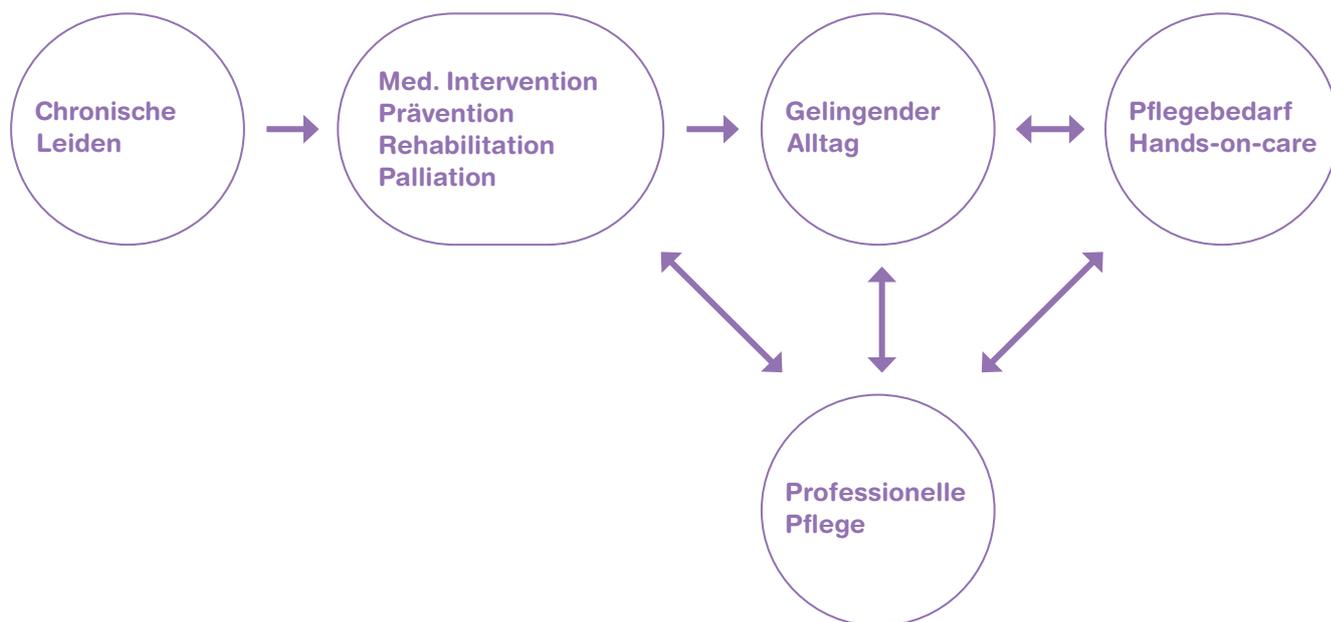
Hier unterstützen Pflegefachpersonen therapeutische und rehabilitative Massnahmen im Alltag. Sie tun dies, indem sie Veränderungen der Alltagsgestaltung initiieren und unterstützen oder eine Anpassung der therapeutischen Massnahmen an die Lebenssituation der Menschen ermöglichen. Ziel ist ein gelingender Alltag, der es ermöglicht, trotz chronischer Leiden ein möglichst normales und sinnvolles Leben zu führen (siehe Abbildung 5).

Selbstmanagement erfordert, individuelle Lösungen zu finden, gemeinsam Entscheide zu fällen und Handlungen zur Selbstpflege durchzuführen. Grundlage dazu sind tragfähige Beziehungen zwischen Patientinnen und Patienten auf der einen und Pflegefachpersonen auf der anderen Seite (Lorig & Holman, 2003). Dabei zielt die pflegerische Unterstützung auf die Förderung der Selbständigkeit und den Erhalt der Autonomie der Gepflegten (Behrens & Zimmermann, 2006). Wobei Selbständigkeit nicht mit Unabhängigkeit von jedweder Unterstützung zu verwechseln ist, sondern als ein Zustand zu verstehen ist, der in Verbundenheit und mit Mitverantwortung von Pflegefachpersonen erreicht werden kann (Mahrer-Imhof, 2005).

Unter Autonomie ist gemeint, dass Gepflegte bei Entscheidungen, die sie betreffen, mitwirken können. Sie ist als fortwährender Prozess zu verstehen, in dem die Pflegenden den Patientinnen und Patienten immer wieder Verhandlungsmöglichkeiten und Mitbestimmung anbieten.

Die Definition evidenzbasierter, das heisst wissenschaftlich fundierter Pflege hat diese neue Rolle von Patientinnen und Patienten bereits integriert. Evidenzbasiert bedeutet hier, sich für eine Best Practice auf wissenschaftliche Erkenntnisse abzustützen. Es bedeutet aber auch, die Präferenzen der Patientinnen und Patienten, die Umgebungsbedingungen und die klinische Expertise der Pflegefachperson bei Entscheidungen zu berücksichtigen (Behrens & Langer, 2010).

Abbildung 5

Chronische Leiden – Rolle der Pflege

Autonomie im Pflegeprozess zu fördern, bedeutet für die Pflegefachperson, sich einzulassen, Gespräche zu führen, Bedürfnisse wahrzunehmen, für jemanden da zu sein, im Interesse der Patienten zu handeln und sich verbunden zu fühlen. All dies sind Handlungen, die im Rahmen einer sich sorgenden Beziehung bedeutend sind (Benner & Wrubel, 1997). Sich um die Patienten zu sorgen, ist dabei nicht nur ein Qualitätsmerkmal guter professioneller Pflege, sondern integraler Bestandteil effektiver pflegerischer Unterstützung.

Damit entsprechen die Grundsätze der professionellen Pflege bereits heute den Leitideen «Selbstmanagement, Empowerment und Patientenorientierung», welche die GDK und das BAG ins Zentrum einer zukünftigen integrierten Versorgung stellen. Zudem hat die professionelle Pflege gezeigt, dass die Ausrichtung an diesen Leitideen die Effizienz und die Effektivität der Gesundheitsleistungen erhöht. (Du & Yuan, 2010; Gallagher, 2010; Roccaforte, Demers, Baldassarre, Teo, & Yusuf, 2005; Tang, Funnell, Brown, & Kurlander, 2010).

Einsatz professioneller Pflege von Prävention bis Palliation

Laut dem International Council of Nurses (International Council of Nurses, 2009) kann Pflege wie folgt definiert werden: Pflege bedeutet «klinische Expertise bei der Durchführung von Massnahmen, die es Menschen erlauben, ihre Gesundheit zu verbessern, zu erhalten oder wieder zu erlangen, mit Gesundheitsproblemen umzugehen und die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen, ungeachtet von Krankheit, Behinderung, bis zum Tod». [«The use of clinical judgment in the provision of care to enable people to improve, maintain, or recover health, to cope with health problems, and to achieve the best possible quality of life, whatever their disease or disability, until death.»] (Meleis, 2012, S. 107).

Entsprechend leisten Pflegefachpersonen Unterstützung für Patienten und deren Familien auf dem gesamten Gesundheitskontinuum, das heisst von der Gesundheitsförderung über die Prävention bis zur Palliation. Eine therapeutische Funktion haben pflegerische Massnahmen,

wenn damit ein zielgerichtetes vorbeugendes und förderndes Handeln verstanden wird. Dies setzt voraus, dass die betreuten Personen im Rahmen ihrer Möglichkeiten aktiv werden, um Selbständigkeit wieder zu erlangen (Bartholomeyczik, 2006).

Trotzdem wird in der Diskussion über die Aufgaben der Pflege immer noch ein Unterschied gemacht zwischen «Versorgen» einerseits und «Vorbeugen und Fördern» andererseits, was von Bartholomeyczik als Ausdruck von mangelndem Verständnis der Rolle der Pflege in der Prävention angesehen wird. Vor allem bei Menschen mit chronischen Leiden wird eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Präventionsformen (primäre, sekundäre oder tertiäre Prävention) schwierig, weil pflegerische Massnahmen sowohl Ressourcen fördern wie auch Belastungen reduzieren (Bartholomeyczik, 2006).

Da die professionelle Pflege in ihrem Selbstverständnis davon ausgeht, dass gesundheitsfördernde Massnahmen zu ihrem Aufgabenbereich gehören und sich diese Aufgaben immer auch an familiäre und soziale Netzwerke richten müssen, übernimmt die Pflege auf individueller und auch gemeindenaher Ebene traditionell Aufgaben der Prävention und der Gesundheitsförderung. Beispiele solcher präventiver und gesundheitsfördernder Intervention finden sich im Einsatz von Pflegefachleuten in Schulen (Della Torre, Akre, & Suris, 2010; Hansson, Clausson, & Janlöv, 2012) oder Betrieben (Schwem, 2009).

Professionelle Pflege: Die grösste aufsuchende Dienstleistung

Die Schweiz kennt ein gut ausgebautes Netz für die professionelle Pflege zu Hause (Spitex) und ein ebenfalls gut ausgebautes Netz der Hausärzte (0,62 Vollzeitstellen pro 1000 Einwohner). Die Spitex hat in den letzten zehn Jahren den Zugang für Patienten aufgrund von Reorganisationen und verändertem Dienstleistungsverständnis verbessert. Zum Beispiel wurden die Dienstleistungen auch auf die Nacht ausgedehnt. Oder spezialisierte Fachpersonen übernehmen die Pflege von Personen, die heute früher und daher mit erhöhtem Pflegebedarf aus dem Spital nach Hause entlassen werden. Zudem gibt es fachliche Spezialisierungen in sogenannten Fachstellen, die Unterstützung für Patienten mit psychischen oder onkologischen Erkrankungen sowie für Patienten am Lebensende (Palliation) anbieten. Insgesamt hat die Spitex die Versorgungsdichte in den letzten zehn Jahren von 10 120 Voll-

zeitstellen (VZS) im Jahr 2001 auf 15 683 Vollzeitstellen (Stand 2010) gesteigert. Auf die gesamte Schweiz bezogen führte dies zu einer Erhöhung von 1,4 auf 2,0 VZS pro 1000 Einwohner. Jedoch bestehen zwischen den Kantonen grosse Unterschiede. Die höchste Versorgungsdichte haben die Kantone Genf, Basel-Stadt, Jura und Waadt, die niedrigste weisen Aargau, Glarus und Nidwalden auf (siehe Abbildung 6).

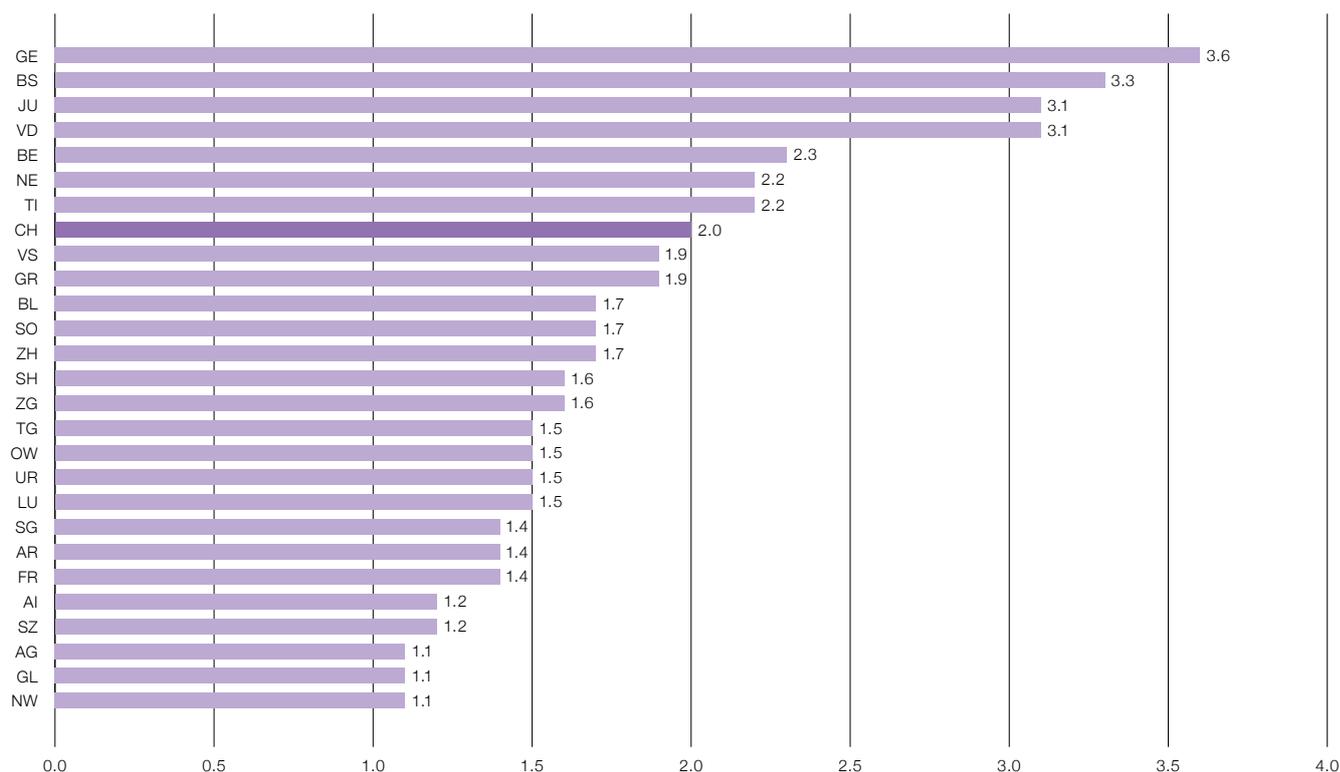
Dieses gut ausgebaute Netz der Spitex müsste nun mit der integrierten Versorgung durch Pflegeexpertinnen APN ergänzt werden.

Eine systematische Literaturreview im Auftrag der Deutschen Bundesärztekammer bestätigt, dass die professionelle Pflege eine wichtige Rolle als Anlaufstelle in der Grundversorgung ausüben kann. So erzielten zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte bei der Anamnese im Vergleich mit Pflegefachpersonen keine besseren Resultate (Redaelli, Stock, Simic, & Wilm, 2009).

Wenn man die vorhandenen Kapazitäten von Ärztinnen und Pflegefachpersonen ausnützt, wäre ein erleichterter und ein auf die Gesundheitssituation abgestufter Zugang zu erreichen. So könnten Pflegeexpertinnen APN in der Spitex dafür eingesetzt werden, den Gesundheitszustand und den Pflegebedarf von Patienten einzuschätzen und die Zuweisungen an ein multidisziplinäres Team je nach geografischen Versorgungsmöglichkeiten vorzunehmen.

Mit diesem System könnten insbesondere gefährdete Personengruppen wie Fremdsprachige, Menschen aus niedrigen sozialen Schichten, solche, denen das System der Hausarztversorgung unbekannt ist oder die sich im Gesundheitssystem schlecht auskennen, oder auch Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Suchtproblemen früher und gezielter unterstützt werden. Weil die professionelle Pflege direkt bei den Menschen zu Hause, im Beruf und damit im Alltag ansetzt, kann sie präventiv und unterstützend eingreifen. Wie und mit welchem Nutzen diese Art von Pflege machbar ist, ermittelten diverse pflegewissenschaftliche Studien: zum Beispiel jene zu Sprachbarrieren in der Spitex (SNF-Projekt «Overcoming Language Barriers in Homecare Setting», ZHAW, 2012–2014) oder LEILA (Leben mit Langzeiterkrankungen in Zürich) (Müller Staub, Monego, & Imhof, 2012).

Abbildung 6

Vollzeitstellen Spitex pro 1000 Einwohner (Stand 2010)

Die selbständigen Pflegefachpersonen der Kantone Zürich und Genf haben an der Erhebung nicht teilgenommen (Bundesamt für Statistik, 2011).

Guidelines für evidenzbasierte Interventionen

In den angelsächsischen und nordeuropäischen Ländern ist die Pflegeforschung auf die gesundheitspolitischen Zielsetzungen der jeweiligen Länder ausgerichtet (Allied Health Professions, 2004; Higher Education Funding Council for England (HEFCE), 2001; International Council of Nurses ICN, 2006; National Institute of Nursing Research, 2005, 2006; Royal College of Nursing, 2003). Auch in der Schweiz haben sich in den letzten zwölf Jahren an Hochschulen verschiedene Forschungszentren für Pflege entwickelt. Damit ist auch hierzulande das Potenzial gestiegen, dass Wissen aus der Pflegeforschung in Standards und Guidelines der Praxis integriert werden kann. Das Fehlen einer landesweiten gesundheitspolitischen Zielsetzung erschwert eine gemeinsame Ausrichtung auf dieses Ziel. Deshalb wurde zwischen 2005 und 2007 das Projekt «Swiss Research

Agenda for Nursing (SRAN)» durchgeführt und eine nationale Forschungsagenda für die Pflege entwickelt (Imhof, Abderhalden, et al., 2008).

Diese Agenda beschreibt sieben Schwerpunkte, die auch Forschungsprojekte im Bereich der integrierten Versorgung enthalten:

1. zur Wirkung pflegerischer Massnahmen
2. zur Anpassung von Dienstleistungen an ein sich veränderndes Gesundheitssystem
3. zur Identifizierung pflegerelevanter Phänomene
4. zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf die Pflegequalität
5. zum Funktionieren familialer Systeme und sozialer Netzwerke
6. zur Integration der Vielfalt individueller Lebensumstände
7. zur Umsetzung von ethischen Prinzipien in der Pflege

Diese Schwerpunkte wurden zudem für spezifische Patientenpopulationen konkretisiert: onkologische Pflege (Shaha et al., 2008), kardiovaskuläre Pflege (Mahrer-Imhof & Imhof, 2008a, 2008b), psychiatrische Pflege (Christoph, Hahn, Hantikainen, Rabenschlag, & Sprenger, 2008), pädiatrische Pflege (Cignacco, 2008) und gerontologische Pflege (Imhof, Naef, & Mahrer-Imhof, 2008).

Damit bestehen die Grundlagen dafür, Fragestellungen der Hausarztmedizin mit solchen der Pflegeforschung zu kombinieren. Gemeinsame Projekte könnten vermehrt zu gemeinsamen Richtlinien und zu evidenzbasierten Interventionen führen.

Die Voraussetzungen dafür sind heute besser als vor zehn Jahren. Der Anteil der Pflegefachpersonen mit wissenschaftlichem Wissen und Können ist ständig gestiegen. Auch ist mit der Einführung von wissenschaftlichem Arbeiten in Bachelorstudiengängen und in Kursen der Stufe Weiterbildung mehr Kompetenz zur Beurteilung und Implementation von Forschungsergebnissen geschaffen worden. Zudem sind Pflegeexpertinnen APN gut vorbereitet, die Diskussion über den Nutzen bestehender oder die Erstellung neuer Richtlinien im Rahmen der integrierten Versorgung zu führen. Und schliesslich wurden mit der Gründung von akademischen Fachgesellschaften, in denen sich Pflegeexpertinnen APN organisieren, unterstützende Strukturen gebildet und Grundsätze gemeinsamer Arbeitsweisen festgelegt.

Trotzdem fehlen bis heute aber eine offizielle Anerkennung der Pflegeexpertinnen APN und die notwendige Finanzierung der Mitarbeit in Gremien zur Erstellung von gemeinsamen Guidelines mit den Ärztinnen und Ärzten. Die Pflegeexpertinnen APN und die Forschungszentren der Pflege sind bereit, systematisch Daten zur Evaluation von Pflegehandlungen zu sammeln, auszuwerten und die Resultate allen Berufsgruppen zur Verfügung zu stellen.

Koordination und Kontinuität als Qualitätsmerkmal

Verschiedene Gründe sprechen dafür, dass die pflegerischen Tätigkeiten übergreifend über Berufsgruppen und Organisationen hinweg als Zusammenspiel zwischen Ärzteschaft und Pflege geleistet werden und dass in diesem System von geleiteter Versorgung (Guided Care) eine Pflegeexpertin APN die Koordination übernimmt. Besonders in sehr komplexen Situationen ist eine aufsuchende Dienstleistung von zentraler Bedeutung, weil chronische Leiden einen grossen Einfluss auf familiäre Netzwerke haben. Die Beratung bei den betroffenen Menschen zu Hause ermöglicht nicht nur einen umfassenden Einblick in die Lebenssituation der Betroffenen, sondern unterstützt auch den Einbezug der familialen und sozialen Umgebung in die Behandlung.

Typisch bei chronischen Leiden ist ein steter Wechsel von Perioden der Stabilität und Perioden der Krisen (Rolland, 1994). Entsprechend schnell müssen zusätzliche Leistungen zur Verfügung stehen oder auch wieder gestoppt werden. Daher müssen neben dem ständigen Team der Grundversorger (Hausarzt und Pflegefachpersonen) weitere Personen anderer Gesundheitsberufe einbezogen werden. Vor allem Pflegeexpertinnen APN sind durch ihre bestehende Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten und der Spitex bereits in das Kooperationssystem integriert und für diese Aufgabe speziell ausgebildet. Sie verfügen über das notwendige medizinische Spezialwissen, detaillierte Kenntnisse über das Gesundheitssystem sowie Beratungs- und Führungskompetenz. Ihr Einsatz ist bestens dafür geeignet, Kommunikationsprobleme zu verhindern, die durch eine zusätzliche Schnittstelle entstehen können.

Massnahmen zur Entwicklung integrierter Versorgung in der Schweiz

Massnahmen gegen Mangel an Pflegefachpersonen

Die Ausbildung der Pflegefachpersonen hat sich gewandelt und es gibt heute in diesem Berufsfeld eine Vielzahl an Abschlüssen. Althergebrachte Diplome wie zum Beispiel Allgemeine Krankenpflege (AKP), Psychiatrische Krankenpflege (PsyKP) und Pflegerinnen und Pfleger mit einem Fähigkeitsausweis SRK (FASRK) sind 1992 von den Diplommiveaus DN1 und DN2 abgelöst worden. Neu entstanden sind im letzten Jahrzehnt der Abschluss des Bachelor of Science (Fachhochschulen [FH]) sowie parallel dazu die Diplome der höheren Fachschulen HF in der Deutschschweiz und im Tessin. Jedoch sind es neben der deutschsprachigen Schweiz heute nur noch Deutschland und Österreich und teilweise Dänemark und Norwegen, die auf der Ebene der höheren Fachschule ausbilden. Andere Länder setzten wegen der sinkenden Attraktivität dieser Fachschulen erfolgreich auf die Hochschulbildung und haben heute offenbar weniger Nachwuchsprobleme. Zudem entsprechen diese Ausbildungen mehr den Anforderungen der Praxis und bieten Karrieremöglichkeiten auch in der Pflege (Bosch & Charest, 2006).

Ebenfalls in den letzten zehn Jahren wurden die Berufe Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe) und Fachfrau/Fachmann Betreuung (FaBe) eingeführt. Obwohl beide Berufe nicht eine eigentliche Pflegeausbildung darstellen, werden die Abgängerinnen und Abgänger aber in der Praxis sehr pflegenah eingesetzt. Das Ziel, mit dem diese Berufe neu geschaffen worden sind, war – neben öko-

nomischen Aspekten –, möglichst viele junge Menschen in Gesundheitsberufe zu integrieren.

Integrierte Versorgung bedingt, dass gut qualifizierte Pflegefachpersonen in genügender Anzahl zur Verfügung stehen. Dafür wird sowohl von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften wie auch vom Berufsverband des Pflegepersonals eine Ausbildung auf Tertiärstufe mit Bachelorabschluss gefordert (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW] et al., 2004).

Der nationale Versorgungsbericht (Grünig, 2009) zeigt auf, dass im Jahr 2020 der jährliche Bedarf an diplomierten Pflegefachpersonen nur noch zu 45% abgedeckt werden könnte und jährlich in der Ausbildung auf Tertiärstufe über 2000 Fachpersonen fehlen (Tabelle 1).

Damit weist die Schweiz tiefere Zahlen auf als zum Beispiel die USA oder Kanada, die davon ausgehen, dass im Jahr noch rund 65% respektive 79% des Pflegepersonalbedarfs gedeckt sind.

Angesichts des drohenden Pflegenotstands forderte das Regionalbüro Europa der WHO am Weltgesundheitstag 2006 deshalb rasche Massnahmen, um Pflegefachpersonen in genügender Zahl und mit hohem Ausbildungsniveau auszubilden und angemessen einsetzen zu können (World Health Organization, 2002, 2004, 2006a, 2006b; World Health Organization Europe, 2006). In ihrem Weissbuch

Tabelle 1

Vergleich Ausbildung/Versorgung dipl. Pflegepersonal

<u>Qualifikationen/Berufe</u>	<u>Ø Nachwuchsbedarf/Jahr</u>	<u>Diplome 2008</u>	<u>Ø Diplome 2000–2008</u>	<u>Bedarf Diplome 2008</u>	<u>Diplome/Bedarf</u>
Pflege, Tertiärstufe	4 694	2 115	2 279	–2 145	0.45
Pflege/Betreuung, Sekundärstufe II	4 423	2 320 ^a	2 320 ^b	–2 103 ^b	0.52
Pflege/Betreuung, Assistenzstufe	1 459	748	1 021	–438	0.51
Pflege und Betreuungskurse	2 791	~ 3 200	k. A.	~ +409	1.15
Total	13 367	8 383	–	–4 277	0.68

Zahlen entsprechen Anzahl Personen. a: ohne MPA-Abschlüsse (2008: 898), b: nur Angaben zum Jahr 2008 / nach: (Grünig, 2009)
In der Tabelle werden Diplome ausgewiesen, de facto sind es allerdings gemäss Berufsbildungssystematik Abschlüsse.

zu den Arbeitskräften im Gesundheitswesen führt die WHO Europa eine Vielzahl von Vorschlägen auf (World Health Organization, 2006a). Erwähnt werden unter anderem:

- Die Nutzung der Ausbildung als eines der Schlüsselemente der Reformen im Gesundheitswesen
- Die Stärkung von Managementelementen in den Ausbildungen von Führungskräften
- Die Unterstützung einer dynamischen und gut gebildeten Arbeitskraft durch lebenslanges Lernen
- Die Verbesserung der Datenlage zu den Arbeitskräften in Europa
- Die Förderung von Forschungen zu Zusammenhängen zwischen Aspekten der Arbeitskräfte und den Gesundheitsergebnissen der Bevölkerung sowie der Forschung zur Motivation der Arbeitskräfte
- Die Verbesserung des Austausches zwischen Ausbildungsinstitutionen und Leistungserbringern
- Die Harmonisierung der Bildung innerhalb und zwischen den Ländern mit dem Ziel, dass gleiche Abschlüsse mit gleichen Fähigkeiten und gleichem Wissen ausgestattet sind
- Die Förderung von starken Partnerschaften zwischen Gesundheitsorganisationen und den Angestellten im Gesundheitswesen mit dem Ziel, motivierte und fachlich gut vorbereitete Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zu erhalten
- Eine starke Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Ebenen von Regierung und Verwaltung, den verschiedenen Gesundheitsberufen sowie den Nichtregierungsorganisationen und dem privaten Sektor im Gesundheitswesen
- Die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen internationalen Organisationen und den Ländern

Ausbildung auf Tertiärstufe A und nachträglicher Titelerwerb

Die Schweiz rekrutiert nach wie vor Pflegefachpersonen aus dem Ausland. Um den Bedarf zu decken, bietet es sich an, die bestehenden Zulassungsbeschränkungen an Fachhochschulen für Bachelorstudierende aufzuheben. Die Parallelstrukturen für die Diplompflegeausbildung an den höheren Fachschulen und an den Fachhochschulen der Deutschschweiz sowie die fehlenden Mittel für nationale Kampagnen für ein Pflegestudium bei Schulabgängern reduzieren die Chancen auf eine Erhöhung der Ausbildungskapazität.

Alle Gesundheitsberufe, die in den letzten Jahren ihre Studiengänge an den Fachhochschulen starteten (Ergo- und

Physiotherapie, Ernährungsberatung, Hebammen), erhielten die Möglichkeit, bisherigen Berufsangehörigen durch ein vereinfachtes Verfahren zu einem Bachelorabschluss zu verhelfen. Jedoch hat das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie diesen nachträglichen Titelerwerb für die Pflegeberufe nicht gewährt. Dies verhindert weiterhin für eine ganze Generation von qualifizierten und erfahrenen Pflegefachpersonen, dass sie ihr Wissen in aufbauenden Studiengängen (Master of Science in Nursing) erweitern oder in Weiterbildungen an Hochschulen vertiefen kann.

Aus diesem Grund setzt sich das Institut für Pflege der ZHAW für die Abschaffung einer Zulassungsbeschränkung und für den nachträglichen Titelerwerb ein.

Alle oben beschriebenen Massnahmen könnten auch der Abnahme der Schulabgänger, die sich für die Ausbildung zu diplomierten Pflegefachpersonen interessieren, entgegenwirken. Berechnungen in Kanada zeigen nämlich, dass eine Abnahme der Schulabgänger nicht zwangsläufig zu einer Abnahme der Pflegefachkräfte führen muss, wenn politische Entscheide zur Förderung dieser Ausbildung getroffen werden (Birch et al., 2007). Basierend auf diesen Daten muss angenommen werden, dass die fehlenden Übergänge zur Ausbildung an Hochschulen für bisher ausgebildete Pflegefachpersonen entsprechende Karriereschritte erschweren und die Verweildauer im Beruf vermindern können.

Eine integrierte Versorgung benötigt hochqualifizierte Pflegefachpersonen. Die Zulassungsbeschränkung im Bachelorstudiengang der Pflege sowie das Fehlen eines nachträglichen Titelerwerbs sind bedeutende Hindernisse für die Stärkung der integrierten Versorgung in der Schweiz.

Inhaltliche Ausrichtungen in der Ausbildung und Berufsausübung

Inhaltlich müssen die Pflegefachpersonen auf allen Stufen stärker für die Aufgaben einer integrierten Grundversorgung ausgebildet werden. Dazu gehören neben der sekundären und tertiären auch die Primärprävention im ambulanten Bereich auf der Ebene von Patientinnen und Patienten und ihren sozialen Netzwerken, von Institutionen (Schulen, Betriebe) und auch von Gemeinden. Kollaboration ist die Basis integrierter Versorgung. Wichtige Partner sind dabei die Ärztinnen und Ärzte.

Die Ausdehnung der Berufsbefähigung soll eine weitere Fragmentierung der Leistungen verhindern, da diese

die Situation für Patientinnen und Patienten unübersichtlich macht. Die Übernahme von Verantwortung im eigenen Handlungsbereich und die Zuweisung an andere Dienste sollen patientenorientiert und nicht berufs- und hierarchieorientiert gestaltet werden.

Das Institut für Pflege setzt sich für eine starke Gewichtung der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der multidisziplinären Zusammenarbeit im Curriculum des Bachelor of Science und des Master of Science sowie in der Weiterbildung ein. Deshalb sucht das Institut für Pflege der ZHAW in der Ausbildung die Zusammenarbeit mit medizinischen Fakultäten und unterstützt die Entwicklung von gemeinsamen Strukturen für die Problemlösung im beruflichen Feld.

Prävention und Gesundheitsförderung sowie multidisziplinäre Kollaboration sind integraler Bestandteil in der Forschung.

Das Institut für Pflege unterstützt die Bestrebungen, dass die gesetzlichen Regelungen erlauben, dass Pflegefachpersonen eine selbstverantwortete, selbständige Berufspraxis ausüben.

Ausbildung und Einsatz von Pflegeexpertinnen APN

In einer der grössten experimentellen Studie im Spitex-Bereich, mit Personen im Alter über 80 Jahre, hat der Einsatz von Pflegeexpertinnen APN in der spitalexternen Versorgung nachweisbar zu einer Reduktion akuter Gesundheitsprobleme, einer Reduktion von Stürzen und einer Reduktion von Spitaleinweisungen geführt (Imhof, Naef, Wallhagen, Schwarz, & Mahrer-Imhof, 2012). Integrierte Versorgung bedeutet für die professionelle Pflege, dass die bestehenden Spitex-Dienste durch Pflegeexpertinnen APN verstärkt werden müssen.

Um diese fachliche Expertise zur Verfügung zu stellen, haben alle staatlichen Hochschulen ihre Master-of-Science-in-Nursing-Programme auf die Ausbildung von Pflegeexpertinnen APN ausgerichtet. Damit stehen Ausbildungsmöglichkeiten für hochqualifizierte Personen zur Verfügung. Die Fachhochschulen bedauern jedoch, dass diese Studiengänge an den Fachhochschulen bei gleichem Unterrichtsstoff nur mit 90 Credits honoriert werden und damit zum Beispiel wichtige klinische Praxiseinsätze auf ein Minimum beschränkt bleiben müssen.

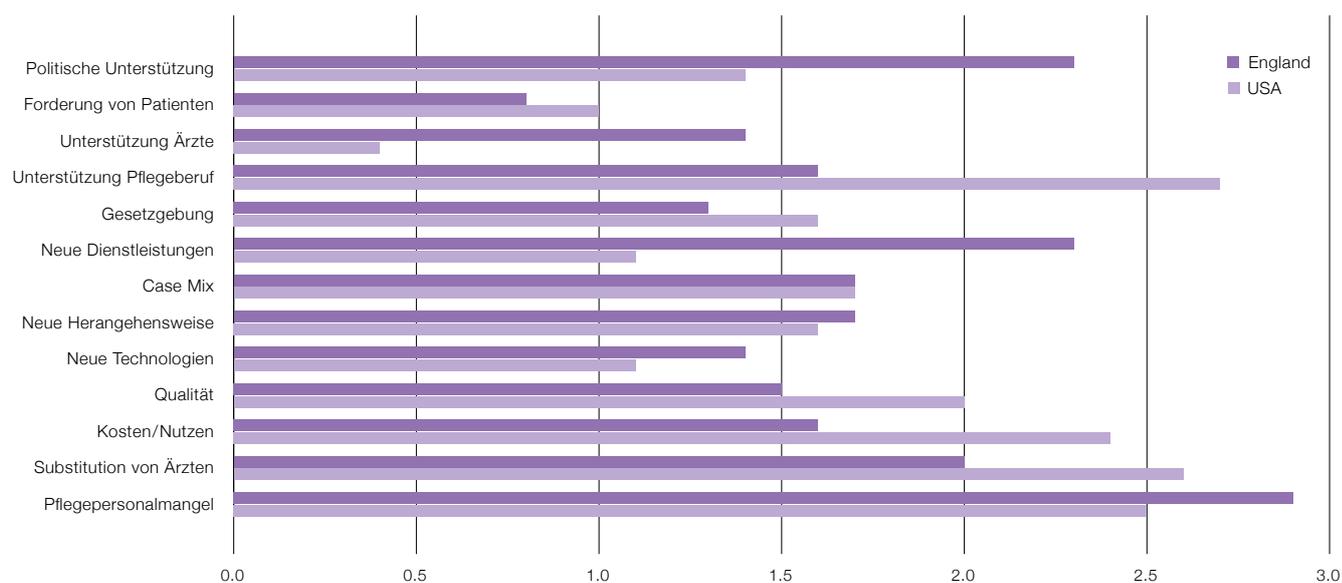
Ob diese Pflegeexpertinnen APN im Praxisfeld eingesetzt werden, wird durch berufspolitische Entscheide beeinflusst. Aus anderen Ländern sind fördernde und hindernde Faktoren zur Einführung von Pflegeexpertinnen APN bekannt. Als fördernd haben sich positive Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit Pflegeexpertinnen APN, eine die Berufsausübung unterstützende Gesetzgebung sowie der allgemeine Support durch die Politik erwiesen. Finanzierungssysteme, bestehende gesetzliche Regelungen, die Ablehnung durch Ärzteorganisationen sowie die Ausbildung einer ungenügenden Anzahl von qualifizierten Pflegeexpertinnen APN werden als Hindernisse beschrieben (Buchan & Calman, 2004) (siehe Abbildung 7).

Ähnliche Faktoren dürften auch in der Schweiz eine Rolle spielen. So fehlt in der Schweiz eine gesetzliche Grundlage, die es Pflegeexpertinnen APN ermöglicht, ihrer Ausbildung entsprechend zu arbeiten und zu handeln. Weder die Ausbildung noch die Ausübung des Berufs der Pflegeexpertin APN sind einheitlich geregelt. Darum haben der Berufsverband des Pflegepersonals (SBK), die IG Swiss ANP, der Schweizerische Verein für Pflegewissenschaft (VFP) und das Institut universitaire de formation et de recherche en soins IUFRS (2012) gemeinsam vorgeschlagen, dass Pflegeexpertinnen APN über eine pflegerische Grundausbildung (BScN oder äquivalent), einen Master of Science in Nursing mit mindestens 90 ECTS-Punkten (APN-Curriculum) und über zwei Jahre Berufspraxis verfügen müssen, um als Pflegeexpertin APN registriert zu werden. Neben dieser Ausbildung und dem Nachweis von kontinuierlicher Weiterbildung in der Spezialisierung soll auch ein Nachweis direkter klinischer Praxis einen Teil der Bestimmungen für eine Registrierung als Pflegeexpertin APN ausmachen.

Zudem ist der Titel der Pflegeexpertin APN im Gesundheitsberufsgesetz zu schützen. Auch für diesen Titel gilt es, den nachträglichen Titelerwerb für erfahrene Pflegefachpersonen zu regeln, damit diese in das neue System überführt werden können. Den Pflegeexpertinnen APN soll die akademische Berufskarriere bis zum Doktorat in Pflegewissenschaft offenstehen.

Vor dem Hintergrund, dass bis ins Jahr 2018 in der Schweiz rund 38% der Frauen und 50% der Männer zwischen 25 und 64 Jahren über einen akademischen Abschluss verfügen (Imhof et al., 2011), ist nachvollziehbar, dass professionelle

Abbildung 7

Bedeutung von Faktoren bei der Einführung von Pflegeexpertinnen APN

Faktoren zur Einführung von ANP in England und den USA (Skala: 0 = nicht wichtig / 3 = sehr wichtig)
Quelle: Buchan & Calman, 2004

Pflege nur so lange attraktiv bleibt, wie sie mit dieser Entwicklung Schritt halten kann und sich als akademische Laufbahn anbietet.

Für die Implementierung der Rolle der Pflegeexpertin APN hat sich das sogenannte PEPPA Framework, ein evidenzbasiertes und patientenfokussiertes Instrument zur Planung und Implementierung, bewährt (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Bryant-Lukosius et al., 2004). Nur mit einem systemnahen Vorgehen, das akademische Fachgesellschaften der Pflege, Berufsverbände, Ärzteschaft, politische Entscheidungsträger, Kostenträger und nicht zuletzt Patientenorganisationen einschliesst, kann die Diskussion um die Rolle der Pflegeexpertin APN im neuen Modell der integrierten Versorgung geführt werden.

Die Einführung der Pflegeexpertin APN stellt keine Substitution von Ärztinnen und Ärzten dar. Die Pflegeexpertin APN übernimmt vielmehr komplementär zur ärztlichen Tätigkeit Aufgaben in der pflegerischen Versorgung vor allem von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen.

Dazu wird die Pflege als eigenständige Disziplin mit eigener theoretischer Fundierung definiert und im Rahmen eines eigenständigen Praxisprofils weiterentwickelt. Die Stärkung der integrierten Versorgung basiert auf der Sicherstellung von genügend und gut qualifizierten Pflegefachpersonen. Finanzielle, rechtliche und hierarchisch-strukturelle Hindernisse, die diese Fachkräfte daran hindern, ihre Expertise zugunsten von Patientinnen und Patienten einzusetzen, sollten in einer koordinierten Aktion der verantwortlichen Berufsgruppen, gemeinsam mit den politischen Gremien, diskutiert und beseitigt werden.

Das Institut für Pflege unterstützt das Ziel, die Ausbildungskapazitäten im MScN-Bereich rasch so weit zu erhöhen, dass genügend Pflegeexpertinnen APN in der Gesundheitsversorgung selbständig eingesetzt werden können. Die Zulassungsbeschränkung in den Masterstudiengang soll aufgehoben werden.

Das Institut für Pflege unterstützt die Forderung nach Registrierung und Titelschutz für Pflegeexpertinnen APN. Für jene

Personen, die den Beruf der Pflegeexpertin APN ausüben, soll ein aktives Berufsregister erstellt werden.

Ferner beteiligt sich das Institut für Pflege an den Diskussionen zur Implementierung der neuen Rollen und Aufgaben der Pflege in der integrierten Versorgung mit Berufsangehörigen, Ärzteschaft, politischen Entscheidungsträgern, Leistungsträgern und Patientenorganisationen. Das Institut für Pflege unterstützt, dass notwendige Veränderungsprozesse durch Pflegeforschung begleitet werden.

Weiterbildung

Die Weiterbildung von Pflegefachpersonen muss auf integrierte Versorgungsmodelle abgestimmt werden. Weiterbildungen sollen entsprechend der Bildungssystematik und abhängig vom Bedarf der Praxis auf die Stärkung einzelner Kompetenzen, zum Beispiel Pharmakologie oder die Verordnung von Medikamenten, angeboten werden. Entsprechende Kurse sind im Rahmen der Einführung integrierter Versorgung zu finanzieren.

Dies braucht Weiterbildungen für Master of Science in Pflege auf Post-MScN-Niveau. Zusätzlich sind die Hochschulen dafür verantwortlich, dass für die kontinuierliche Weiterbildung entsprechende Angebote zur Verfügung stehen.

Die gegenseitige Abhängigkeit von Professionen sollte in der Weiterbildung berücksichtigt werden (Bauer et al., 2007, 2011; Frenk et al., 2010). Vor allem gemeinsame Ausbildungssequenzen von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen werden auch von der SAMW gefordert (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2011).

Das Institut für Pflege vertritt die Ansicht, dass Weiterbildung als ergänzende Spezialisierung nach einem MScN-Abschluss angeboten werden soll. Auf der Stufe des BScN wird auch weiterhin die Möglichkeit zur Vertiefung wichtiger Themen bestehen. Dazu bietet das Institut für Pflege Kurse, CAS, DAS und MAS an, die zukunftssträftig auf die Populationen mit dem höchsten Bedarf an Unterstützung (z. B. Geriatrie) und auf Gruppen mit speziellen Bedürfnissen (z. B. Pädiatrie) vorbereiten. Ferner werden Pflegefachpersonen über Themen (Pharmakologie etc.), die sie zur erweiterten Berufsausübung benötigen, unterrichtet.

Das Institut für Pflege setzt sich dafür ein, dass die Weiterbildung zur Kooperation in multidisziplinären Teams der

integrierten Versorgung in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, dem Institut für Hausarztmedizin oder dem Institut für Weiterbildung der Ärzte und Ärztinnen geplant und durchgeführt wird.

Forschung

Ein Element integrierter Versorgung basiert auf evidenzbasierten Standards und Leitlinien. Diese sollten das vorhandene pflegerische und medizinische Wissen berücksichtigen. Die begleitende Pflegeforschung ergänzt dabei die bestehende medizinische Forschung, indem sie die Bedeutung des gelingenden Alltags, Krankheitsverläufe, Copingstrategien und familiäre Netzwerke einbezieht. Die Forschung ist damit in der Lage, die Wirkung integrierter Versorgungsmodelle und die Faktoren, die die Modelle beeinflussen, zu evaluieren. Entsprechend der pflegerischen Forschungsagenda besteht besonderer Bedarf in der Forschung, die die Wirkung von Interventionsprogrammen im häuslichen Umfeld unter Berücksichtigung individueller Lebensumstände untersucht. Dabei sollen familiäre Netzwerke und informelle Unterstützungssysteme eingeschlossen werden. Heute stehen für diese Aufgabe keine zufriedenstellenden Informationssysteme zur Verfügung (Nolte & McKee, 2008). Bestehende Daten werden zudem nicht in zugänglichen Datenbanken gesammelt. Der Aufbau solcher Datenbanken und die Implementierung von Informationssystemen, welche die bereits heute gesammelten pflegerischen und medizinischen Daten verbinden und für die Evaluation nutzbar machen, sind vor allem im ambulanten Bereich wichtig.

Die Forschungsschwerpunkte des Instituts für Pflege der ZHAW richten sich jetzt schon auf die ambulante Versorgung. Neue Versorgungsmodelle wurden in Studienprojekten bereits evaluiert (Spitex Plus Studie), weitere sind im Gange (Sprachbarrieren in der Spitex). Der Frage der Gesundheitsförderung wurde im Projekt der präventiven Hausbesuche in der Spitex Zürich-Nord und der Begleitung von Menschen mit mehrfachen chronischen Leiden im Projekt Leila (Müller Staub et al., 2012) nachgegangen. Eine Professur für gemeindenahere integrierte Pflege wurde geschaffen.

Das Institut für Pflege unterstützt die Bestrebungen, dass Veränderungen im Gesundheitswesen hin zur integrierten Versorgung durch Pflegeforschung evaluiert werden. Dafür müssen pflegerische Daten systematisch erhoben, in medizinische Datenbanken integriert und zugänglich gemacht werden. Benötigt werden entsprechende finanzielle, national

eing geplante Forschungsmittel, die auch die Nachwuchsförderung im Forschungsbereich der Pflege unterstützen.

Die Forschungsschwerpunkte des Instituts für Pflege richten sich weiterhin auf den Umbau hin zur integrierten Grundversorgung aus. Neue Versorgungsmodelle für chronisch kranke Menschen zu Hause werden prioritär untersucht. Unterstützende und hindernde Faktoren zur integrierten Versorgung werden gezielt untersucht.

Die Pflegeforschung am Institut für Pflege untersucht Patientinnen und Patienten wenn möglich im Rahmen ihrer familialen Systeme. Das Institut für Pflege setzt sich weiter dafür ein, dass vulnerable Populationen mit hohem Risiko der Unterversorgung entsprechend in der Forschung vertreten sind.

In der Forschung wird eine breite Palette von Forschungsmethoden verwendet (qualitative, quantitative und Mixed-Method-Methoden), um die Forschungsfragen systematisch beantworten zu können.

Referenzen

- Allied Health Professions. (2004). Allied health professions research and development action plan. Retrieved July 26, 2005, from <http://www.scotland.gov.uk/Publications>
- Bartholomeyczik, S. (2006). Prävention und Gesundheitsförderung als Konzept der Pflege. *Pflege & Gesellschaft* (11), 210–223.
- Bauer, W., Allaz, A.-F., Bader, C., Gassmann, B., Gyger, P., de Haller, J., ... Wildhaber, P. (2007). Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis. *Schweizerische Ärztezeitung*, 88, 1942–1952.
- Bauer, W., Allaz, A.-F., Bader, C., Gassmann, B., Gyger, P., de Haller, J., ... Wildhaber, P. (2011). Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis: Bericht aus dem Jahr 2007 und Kommentar 2011. In SAMW (Ed.), *Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»*. Basel: SAMW.
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring*. Bern: Huber.
- Behrens, J., & Zimmermann, M. (2006). Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigen. Konzept und Forschungsperspektive. *Zeitschrift für Gerontologische Geriatrie*, 39, 165–172. doi: 10.1007/s00391-006-0389-z
- Benner, P., & Wrubel, J. (1997). *Pflege, Stress und Bewältigung: Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit* (I. Erckenbrecht, Trans.). Bern: Huber.
- Birch, S., Kephart, G., Tomblin-Murphy, G., O'Brian-Pallas, L., Alder, R., & Mac Kenzie, A. (2007). Human Resources Planning and the Production of Health: A Needs-Based Analytical Framework. *Canadian Public Policy* 1–16.
- Bosch, G., & Charest, J. (2006). *Vocational training systems in ten countries and the influence of the social partners*. Paper presented at the IIRA 14th World Congress, Lima, Peru. <http://www.iaq.uni-due.de/aktuell/veroeff/2006/bosch07.pdf>
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530–540.
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., Pinelli, J., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., ... Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519–529.
- Buchan, J., & Calman, L. (2004). *Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles* (Vol. 17). Paris: OECD.
- Bundesamt für Statistik. (2009). Gesundheitsstatistik, Ausgabe 2009. Retrieved from www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=3499
- Bundesamt für Statistik. (2010). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz 2010–2060. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik. (2011). Spitex Statistik 2010. Retrieved February 2nd, 2012, from www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4586
- Bundesamt für Statistik. (2012). Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2010 – Standardtabellen. Retrieved December 1st, 2012, from www.health-stat.admin.ch
- Burla, L. (2011). International health policy survey 2010 des Commonwealth Fund: Auswertung der Schweizer Ergebnisse für das Bundesamt für Gesundheit (Obsan Dossier 15). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Busse, R., Dixon, A., Healy, J., Krasnik, A., Leon, S., Paris, V., ... Vrangbæk, K. (2002). *Health care systems in eight countries: Trends and challenges*. London: The European Observatory on Health Care Systems.
- Cassis, I., & Maillard, P.-Y. (2012). Zukunftsmedizin ist Teammedizin; Managed Care, nicht Business Care, *Neue Zürcher Zeitung NZZ*.
- Christoph, A., Hahn, S., Hantikainen, V., Rabenschlag, F., & Sprenger, R. (2008). Forschungsprioritäten für die Pflege in der Psychiatrie. *Pflege*, 21(453–477). doi: DOI 10.1024/1012-5302.21.6.453
- Cignacco, E. (2008). [The development of a Nursing Research Agenda for Pediatrics for the years 2007 to 2017 as an integrative part of the national Swiss Research Agenda project]. *Pflege*, 21(6), 423–434. doi: 10.1024/1012-5302.21.6.423
- Della Torre, S. B., Akre, C., & Suris, J. (2010). Obesity prevention opinions of school stakeholders: a qualitative study. *Journal of School Health*, 80(5), 233–239. doi: 10.1111/j.1746-1561.2010.00495.x
- Du, S., & Yuan, C. (2010). Evaluation of patient self-management outcomes in health care: a systematic review. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *International Nursing Review*, 57(2), 159–167. doi: 10.1111/j.1466-657.2009.00794.x
- Dubois, C.-A., Singh, D., & Jiwani, I. (2008). The human resource challenge in chronic care. In E. Nolt & M. McKee (Eds.), *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. (pp. 143–171). Berkshire: McGraw Hill, Open University Press.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. [Consensus Development Conference Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Lancet*, 376(9756), 1923–1958. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- Gallagher, R. (2010). Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(3), 153–160. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.12.006
- Glasgow, R. E., Orleans, T., & Wagner, E. H. Does the chronic model serve also as a template for improving prevention? *The Milbank Quarterly*, 79(4).
- Grünig, A. (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe*. Paper presented at the RN4CAST Stakeholder Konferenz, Bern.
- Hamric, A. B. (2009). A Definition of Advanced Practice Nursing. In A. B. Hamric, J. A. Spross & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach* (Vol. 4th ed., pp. 75–94). St. Louis, Missouri: Saunders, Elsevier Inc.
- Hansson, A., Clausson, E., & Janlöv, A.-C. (2012). International School Children's Health Needs: School Nurses' Views in Europe. *Journal of School Nursing (Sage Publications Inc.)*, 28(2), 144–152. doi: 10.1177/1059840511425679
- Higher Education Funding Council for England (HEFCE). (2001). Promoting research in nursing and the allied health professions. Retrieved July 18, 2005, from http://www.hefce.ac.uk/pubs/hefce/2001/01_64.htm
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbund, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Huber.
- Hürny, C., & Münzer, T. (2011). Übertherapiert? Vernachlässigt? Die vierte Generation aus geriatrischer Sicht. In C. Schweiz (Ed.), *2011 Sozialalmanach. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter* (pp. 133–147). Luzern: Caritas Verlag.
- Hutchison, B., Levesque, J. F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: systems in motion. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Milbank Q*, 89(2), 256–288. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x
- Imhof, L., Abderhalden, C., Cignacco, E., Eicher, M., Mahrer-Imhof, R., Schubert, M., & Shaha, M. (2008). [Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN): the development of an agenda for clinical nursing research in Switzerland]. [Consensus Development Conference]. *Pflege*, 21(4), 252–261. doi: 10.1024/1012-5302.21.4.252

- Imhof, L., Naef, R., & Mahrer-Imhof, R. (2008). [Swiss research agenda for gerontological nursing]. *Pflege*, 21(6), 435–451. doi: 10.1024/1012-5302.21.6.435
- 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. *Journal of American Geriatric Society*, 1–9. doi: 10.1111/jgs.12026
- Imhof, L., Rüesch, P., Schaffert, R., Mahrer-Imhof, R., Fringer, A., & Kerker-Specker, C. (2011). *Perspektiven der professionellen Pflege in der Schweiz: Literaturgestützte Analyse zukünftiger Entwicklungstendenzen*. Bern: SGGP.
- International Council of Nurses. (2009). Definition and characteristics for nurse practitioner/advanced practice nursing roles [official fact sheet]. Retrieved March 2012, from International Council of Nurses <http://www.icn.ch/publications/advanced-practice/>
- International Council of Nurses ICN. (2006). Nursing Research: A Tool for Action. Retrieved November 18, 2006, from http://www.icn.ch/matters_research.htm
- Künzi, K., & Detzel, P. (2007). Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Neuenburg: Obsan.
- Levin, L. S. (1977). Forces and issues in the revival of interest in self-care: impetus for redirection in health. *Health Education Monographs*, 5(2), 115–120.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-Management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annual Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7.
- Mahrer-Imhof, R. (2005). Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten: Ein Konzept des Empowerment oder der Entsolidarisierung unserer Gesellschaft. *Pflege*, 2005, 342–344.
- Mahrer-Imhof, R., Eicher, M., Frauenfelder, F., Oulevey Bachmann, A., & Ulrich, A. (2012). Expertenbericht APN: Expertengruppe Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VFP). Retrieved December 15, 2012, from www.pflegeforschung-vfp.ch/home/page.aspx?page_id=2978
- Mahrer-Imhof, R., & Imhof, L. (2008a). A first agenda in a “young” nursing research environment: the Swiss research agenda for nursing and its implication for cardiovascular nursing research in Switzerland. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 23(4), 184–186. doi: 10.1111/j.1751-7117.2008.00013.x
- Mahrer-Imhof, R., & Imhof, L. (2008b). [Research priorities and research topics for cardiovascular nursing: the Swiss Research Agenda for Nursing]. *Pflege*, 21(6), 404–422. doi: 10.1024/1012-5302.21.6.404
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (Vol. 5th edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Müller Staub, M., Monego, R., & Imhof, L. (2012, 21.06.2012). *Projekt Leila: ein konkreter Schritt Richtung Best Practice bei Multimorbidität*. Paper presented at the FMC SYMPOSIUM 2012 «Bessere Medizin: Best Practice der Integrierten Versorgung», Hallenstadion Zürich, Schweiz.
- National Institute of Nursing Research. (2005). Mission – strategic planning for the 21st century – vision for the future. Retrieved January 15, 2005, from <http://ninr.nih.gov/ninr/research/diversity/mission.html>
- National Institute of Nursing Research. (2006). Changing practice, changing lives: NINR strategic plan (Vol. 2006). Washington DC: International Institute of Health, US Department of Health and Human Services.
- Nolte, E., & McKee, M. (2008). Making it happen. In E. Nolte & M. McKee (Eds.), *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. (pp. 222–244). Berkshire: McGraw Hill, Open University Press.
- OECD. (2011). Health at a Glance 2011: OECD indicators. Retrieved December 2012, from OECD Publishing http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
- Pruitt, S., Annandale, S., Epping-Jordan, J. A., Fernandez Diaz, J., Khan, M., Kisa, A., ... Wagner, E. (2002). Innovative Care for Chronic Conditions, Building Blocks for Action. Retrieved February 13, 2012, from <http://www.who.int/diabetes/publications/icccreport/en/index.html>
- Redaelli, M., Stock, S., Simic, D., & Wilm, S. (2009). Internationales Literaturreview zur «Effektivität und Effizienz von nicht-ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten» (Expertise im Auftrag der Bundesärztekammer / Private Universität Witten/Herdecke). Retrieved October 22, 2012, from <http://bundesärztekammer.de>
- Rijken, M., Jones, M., Heijmans, M., & Dixon, A. (2008). Supporting self-management. In E. Nolte & M. McKee (Eds.), *Caring for people with chronic conditions*. Berkshire: Mc Graw Hill, Open University Press.
- Roccaforte, R., Demers, C., Baldassarre, F., Teo, K. K., & Yusuf, S. (2005). Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Eur J Heart Fail*, 7(7), 1133–1144. doi: 10.1016/j.ejheart.2005.08.005
- Rolland, J. S. (1994). *Families, illness, and disability: An integrative treatment model*. New York: Basic Books.
- Royal College of Nursing. (2003). Promoting excellence in care through research and development. Retrieved July 18, 2005, from http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/78609/002279.pdf
- Schaeffer, D., & Ewers, M. (2006). Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. *Pflege & Gesellschaft* (11), 197–209.
- Schober, M., & Affara, F. (2008). *Advanced Nursing Practice (APN)*. Bern: Huber.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), & Medizinische Fakultäten der Universitäten. (2004). Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»*. Basel / Muttenz: Schwabe AG.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. (2011). Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis: Bericht aus dem Jahr 2007 und Kommentar 2011. *Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» – Phase III*. Retrieved February 1st, 2012, from <http://www.samw.ch/de/Publicationen/Positionspapiere.html>
- 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. Retrieved from www.nationalesgesundheit.ch
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen, Swiss ANP, Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft, & Institut universitaire de formation et de recherche en soins IUFRS. (2012). Reglementierung der Pflegeexpertin APN: Zusammenfassung und Gründe für die separate Reglementierung (official statement). Retrieved October 10, 2012, from <http://www.pflegeforschung-vfp.ch>
- Schwem, M. A. (2009). Generalized public health and industrial nurses work together. *Public Health Nursing*, 26(4), 380–382. doi: 10.1111/j.1525-1446.2009.00793.x
- Shaha, M., Schmid-Büchi, S., Abt, J., Mathis-Jäggi, F., Holdener, E., Riederer, E., ... Imhof, L. (2008). Der Beitrag der Onkologiepflege zur Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN). *Pflege*, 21(06), 0385–0403. doi: 10.1024/1012-5302.21.6.385

- Sheer, B., & Kam Yuet Wong, F. (2008). The Development of Advanced Nursing Practice Globally. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 204–211.
- Tang, T. S., Funnell, M. M., Brown, M. B., & Kurlander, J. E. (2010). Self-management support in “real-world” settings: an empowerment-based intervention. [Controlled Clinical Trial Research Support, N.I.H., Extramural]. *Patient Education and Counselling Journal*, 79(2), 178–184. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.029
- World Health Organization. (2002). Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2004). The health workforce: Current challenges. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2006a). Human resources for health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization. (2006b). Working together for health: The world health report 2006. Geneva: WHO.
- World Health Organization Europe. (2006). Weltgesundheitstag 2006 – Menschen für Gesundheit: Die Gesundheitsberufe. Retrieved March 8, 2010, from <http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/wgt06-konferenzdoku.pdf>

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Institut für Pflege
Technikumstrasse 71
Postfach
CH-8401 Winterthur

E-Mail ipf.gesundheit@zhaw.ch
Web www.gesundheit.zhaw.ch/pflege