

Iren Bischofberger, Stefania Bonsack

# Neue Wege in Bildung und Praxis

Die Ausbildung von Pflegefachpersonen an Hochschulen ermöglicht innovative Versorgungsmodelle

**Die Pflege von Menschen mit lang dauernden, phasenreichen und therapieintensiven Krankheitsverläufen ist äusserst anspruchsvoll. Dabei sind Koordination, Beratung und Schulung der Patienten zentrale Elemente. Aufgaben, die grösstenteils von Pflegefachpersonen übernommen werden können. Das nötige Fachwissen dazu wird seit einigen Jahren auch an Schweizer Hochschulen vermittelt.**

Die Entwicklung heutiger Hochschulabschlüsse im Pflegebereich geht in die Mitte der 80er Jahre zurück. An der damaligen Kadenschule für Krankenpflege wurde in enger Zusammenarbeit mit innovativen Pflegeinstitutionen die Höhere Fachausbildung Pflege (Höfa II) vorbereitet. Die Funktion der Pflegeexpertin Höfa II ist heute auf dem Arbeitsmarkt sehr gut etabliert und nachgefragt. Anfangs der 90er Jahre zeigte sich, dass Anschlussqualifikationen nötig sind. So initiierte die Kadenschule in Kooperation mit der Universität Maastricht einen pflegewissenschaftlichen Masterstudiengang (MScN). Entlang dem berufsbegleitenden Studiengang lernten die Verantwortlichen in Pflegediensten zeitnah das inhaltlich breite und theoretisch fundierte Wissen ihrer Mitarbeitenden kennen und nutzten es zur Verbesserung pflegerischer Angebote, z.B. in der Sturzprävention oder im Schmerzmanagement. Parallel zur Kooperation mit der Universität Maastricht wurde ein pflegewissenschaftlicher Studiengang an der Universität Basel vorbereitet und im Jahr 2000 etabliert. Dessen Curriculum orientiert sich an den US-amerikanischen, universitären Pflegeausbildungen bzw. an «Advanced Nursing Practice» (ANP)<sup>1</sup>. Diese als «erweiterte Pflegepraxis» beschriebenen Funktionen sind besonders auf die Verbesserung der Behandlungsergebnisse bei chronisch kranken Menschen ausgerichtet [1]. Exemplarisch

sei das Austrittsmanagement-Projekt EVA am Kantonsspital Baden erwähnt, in dem zwei «Basler» Pflegewissenschaftlerinnen mitarbeiten. Im Jahr 2004 wurden die Gesundheitsberufe im Rahmen des neuen Berufsbildungsgesetzes vom SRK in die Regelungskompetenz des Bundes überführt. Ein Jahr später trat das neue Fachhochschulgesetz in Kraft. Diese Entwicklungen in der Bildungssystematik erlauben es heute, Ausbildungsgänge zum Bachelor of Science in Nursing (BScN) breitflächig an sechs Schweizer Fachhochschulen in allen Landesteilen anzubieten<sup>2</sup>. Master-of-Science-Studiengänge in Pflegewissenschaft sind in Vorbereitung. Im Januar 2009 startete der erste FH MScN an der WE'G Hochschule Gesundheit. Zudem bieten die Fachhochschulen inhaltlich spezialisierte Master of Advanced Studies (MAS) an unter anderem in onkologischer oder geriatrischer Pflege oder im Care Management. Kürzere FH-Weiterbildungen zu einem Certificate of Advanced Studies (CAS) beispielsweise in «Wound Care» sind ebenfalls möglich. Aufgrund dieser Aus- und Weiterbildungsangebote auf Hochschulstufe wurden inzwischen die Weiterbildungen zur Pflegeexpertin «Höfa II» sistiert.



Iren Bischofberger



Stefania Bonsack

## Die Hauptaufgaben von Pflegefachpersonen in Chronic Care Teams

Die kurz skizzierten Studiengänge befähigen die Absolventinnen und Absolventen unter anderem für Aufgaben, die laut internationalen Erkenntnissen sogenannte «advanced practice nurses» (APN) wahrnehmen. Die Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen bilden im Team-Mix von «Chronic Care Teams» einen festen Bestandteil [2]. Sie tragen zum Erfolg von integrierten Versorgungsmodellen für chronisch erkrankte Menschen bei [3]. Ihre Aufgabenpakete beinhalten in den verschiedenen Modellen unterschiedliche Schwerpunkte. Gemeinsam ist den

<sup>1</sup> Unter diesem Begriff sind Hochschulabschlüsse mit unterschiedlichen Schwerpunkten subsumiert (z.B. Clinical Nurse Specialist CNS oder Nurse Practitioner NP).

<sup>2</sup> Zu erwähnen ist, dass eine grosse Zahl von Pflegefachpersonen in Höheren Fachschulen (HF), d.h. auf Tertiärstufe B, ausgebildet wird. Übergänge zum FH-Diplom, bzw. zum Bachelor of Science in Nursing sind an verschiedenen Schweizer Fachhochschulen möglich. Vor wenigen Wochen wurde ein vom Bundesamt für Bildung und Technologie (BBT) in Auftrag gegebener Bericht zu den Abschlusskompetenzen der Gesundheitsberufe im FH-Bereich fertig gestellt. Darin werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der HF- und FH-Ausbildung in Pflege dargestellt.

Aufgaben die Kombination von Versorgungskoordination einerseits und Beratung und Schulung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen andererseits. Welche Aufgaben nehmen die Pflegefachpersonen im Einzelnen wahr?

### **Koordination**

Sie übernehmen in Kooperation insbesondere mit der behandelnden Ärzteschaft interdisziplinäre Besprechungen und Dienstleistungen im Hinblick auf definierte Outcomekriterien. Sie pflegen dabei die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit allen Akteuren im Versorgungsteam, einschliesslich der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen [4].

### **Entwicklung von Versorgungsplänen mit den Betroffenen**

Aufbauend auf spezifischen Assessments erarbeiten sie zusammen mit den Betroffenen Vorschläge für Versorgungspläne, die danach im Chronic Care Team diskutiert werden. Dabei ermöglichen sie die Partizipation, um die Ziele gemeinsam zu erreichen.

### **Mitwirkung bei der Therapieoptimierung**

Sie tragen Informationen zur Therapieoptimierung zusammen, indem sie gezielte Assessments durchführen und Patientinnen und Patienten zu schriftlichem Monitoring von Symptomen und Medikamentenwirkungen anregen und anleiten. Im Seattle-Modell der Gesundheitsförderung für chronisch erkrankte Seniorinnen und Senioren ist ein grosser Teil der positiven Wirkung auf die Anpassung der Medikation durch die dort eingesetzten «gerontological nurse practitioners» zurück zu führen [5].

### **Informationsvermittlung**

Sie vermitteln involvierten Betroffenen Informationen rund um die Erkrankung, die Therapien und die Auswirkungen im Alltag. Dies tun sie schriftlich, mündlich oder elektronisch und angepasst an die individuelle Krankheits- und Lebenssituationen sowie den Bildungsstatus [4].

### **Selbstmanagementschulung**

Sie konzipieren und leiten die verhaltensorientierte Selbstmanagementschulung [6, 7]. So befähigen sie beispielsweise die Patientinnen und Patienten, die Symptome präzise zu benennen, damit sie bei möglichen Verschlechterungen

telefonisch oder beim Arztbesuch genau Auskunft über die Veränderungen geben können.

### **Motivationsunterstützung**

Sie führen mit gezielten Beratungsmethoden die Betroffenen dahin, dass sie auch bei negativen Erfahrungen und Gefühlen der Hilflosigkeit bereit sind, Verantwortung für den Krankheitsverlauf zu übernehmen, bei Therapieentscheidungen mitzuwirken und sich neue Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben [8].

### **Niederschwellige Erreichbarkeit**

Sie sind häufig gut erreichbare Ansprechpersonen, z.B. zeigen Studien eines erfolgreichen Angebots für Lungenkranke, dass die telefonische Erreichbarkeit derselben Person, welche die IT-basierte Selbstmanagementschulung für Lungenkranke instruiert hatte, ein entscheidender Grund für reduzierte Notfallkonsultationen war [9]. Bei all diesen Aufgaben bilden die Pflegefachpersonen eine Brückenfunktion zwischen den Erfahrungen, dem Wissen, und auch den alltäglichen Nöten der Betroffenen einerseits und den Behandlungsplänen des Versorgungsteams andererseits.

### **Ein Beispiel aus der Praxis**

Während der Vorbereitung des Projekts Leila (siehe Box) wurden Patientensituationen gesammelt, anhand derer die beschriebenen Aufgaben konkretisiert werden können. Das folgende Beispiel<sup>3</sup> zeigt den Nutzen einer Pflegefachperson mit spezifischen Kenntnissen im Chronic Care Management:

Frau Meier, eine 68-jährige Frau, hat mehrere Krankheiten und Beschwerden: Arthritis, Diabetes, Depressivität, sowie eine chronische Wunde am Schienbein. Ihre sozioökonomische Situation ist schwierig, sie ist stark verschuldet und lebt zurückgezogen. Der Hausarzt überweist sie wegen der nicht heilenden Wunde zum Venenspezialisten. Danach erscheint sie nicht mehr zu den Konsultationen. Die Nachfrage beim Venenspezialisten ergibt, dass sie den geplanten Termin nicht wahrgenommen hat. Der Hausarzt beauftragt die Pflegefachfrau in seinem Chronic Care Team mit einem Hausbesuch. Bereits an der Haustüre ahnt die Fachfrau anhand des Geruchs und der Unordnung, dass der Alltag für Frau Meier kaum zu bewältigen ist. Sie fragt sie zu Beginn, ob die Erschöpfung die Ursache für die Mühe mit dem Haushalt sein könnte, denn dies sei bei Arthritis oft der Fall. Frau Meier bestätigt, dass sich die Arthritis verschlimmert hat und sie die Arztbesuche als sinnlos einschätzt. Als unmittelbar sicht- und spürbare Hilfe bietet die Pflegefachfrau nun an, den schmerzenden Wundverband am Bein zu wechseln. Dabei

<sup>3</sup> Das Beispiel stammt aus der Auswertung der präventiven Hausbesuche im Kanton Bern. Mangels einer Pflegefachfrau mit Kenntnissen zum Chronic Care Management übernahm die Projektmitarbeiterin – sie hat langjährige Spitalexerfahrung – die kurzfristig nötigen Pflegeinterventionen.

erkennt sie das bedenkliche Ausmass der Wunde. Dieser bewusste Beginn des Beratungsverhältnisses bewirkt, dass sich Frau Meier verstanden fühlt und die Dienstleistung der Pflegefachfrau als hilfreich erlebt. Damit ist die Grundlage geschaffen, um in einem strukturierten Gespräch das weitere Vorgehen zu erarbeiten. Dabei stellt die Pflegefachfrau gemeinsam mit Frau Meier zuerst die Zusammenhänge der verschiedenen Krankheitseinflüsse her. Dann setzen sie zusammen Prioritäten. Die verbesserte Wundsituation ist, um eine Hospitalisation zu vermeiden, prioritäres Ziel. Den Diabetes hat Frau Meier gut im Griff, einschliesslich der durch die Wundentzündung nötigen Dosisanpassung des Insulins. Dies zeigt ein Blick in das Diabeteskontrollheft. Entsprechend erntet Frau Meier Anerkennung. Dies stärkt ihr Selbstvertrauen. Die Müdigkeit ist das zweite wichtige Problem, das es rasch anzugehen gilt. Die Ursache ist sehr wahrscheinlich auf den erneuten Ausbruch eines Arthritisschubes zurückzuführen und könnte medikamentös verbessert werden. Frau Meier wird dazu gebeten, sich an ihre Erfahrungen mit dem letzten Arthritisschub zu erinnern. Glücklicherweise kann sie auf gute Erfahrungen zurückgreifen. Deshalb braucht sie nur eine neue Medikamentenverordnung des Hausarztes, ohne weiterführende Instruktion. Etwas mehr Motivationsarbeit ist nötig, bis Frau Meier den Sinn des Aufsuchens eines Venenspezialisten sieht und den Termin wahrnimmt. Zögernd willigt sie auch dem Spitexeinsatz für den Wundverband und die Haushaltshilfe zu. Einige Probebesuche werden vereinbart. Sie ist später von den täglichen Besuchen und den damit ver-

### Die verbesserte Wundsituation ist, um eine Hospitalisation zu vermeiden, prioritäres Ziel.

bundenen sozialen Kontakten mit den Spitexmitarbeitenden begeistert.

Der Versorgungsplan für die kommenden vier Monate sieht wie folgt aus:

- Je eine Konsultation beim Hausarzt zur Arthritismedikation und zum Ausschluss einer Depression, und beim Venenspezialist zur Abklärung der venösen oder arteriellen Durchblutungsproblematik;
- Verordnung für die Wundversorgung und für den Stützverband an die Spitex und regelmässige Spitex-Einsätze bis die Wunde verheilt ist;
- zwei Besuche der hinzugezogenen Pflegefachfrau, um die vereinbarten Ziele zu besprechen und mittels Ermutigungsinterventionen Frau Meier im Hinblick auf die Versorgungsziele zu unterstützen.

Nach vier Monaten ist die Wunde verheilt. Frau Meier fühlt sich, «als hätte ich ein zweites Leben bekommen».

### Das Projekt «Leben mit Langzeiterkrankung (Leila)» in Zürich

Das Projekt «Leila» entstand innerhalb der Initiative für integrierte Versorgung «Gesundheitsnetz 2025» der Stadt Zürich. Geplant ist, mit einem Team von gezielt ausgewählten Pflegefachpersonen mit einschlägiger Aus- und Weiterbildung, zur verbesserten ambulanten Grundversorgung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen beizutragen. Beauftragt von der zuständigen Hausärzteschaft sollen Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen in instabilen Krankheitsphasen zusätzlich zur Regelversorgung Begleitung, Beratung und Schulung erhalten, um die Situation möglichst rasch ins Lot zu bringen, und um Krankheitsverläufe langfristig zu stabilisieren.

Trägerschaft für den dreijährigen Pilotbetrieb ab 2010 sind die städtischen Gesundheitsdienste Zürich. Die Finanzierung der ersten Phase erfolgt durch die Stadt Zürich, Krankenversicherungen und Sponsoren.

Für die Pflegefachfrau ist die Behandlung aber mit diesem Erfolg nicht abgeschlossen. Sie regt weitere Schritte zur Verbesserung der Gesundheit an, vor allem im Bereich Bewegung und für vermehrte soziale Kontakte. Nach diesem Schritt schliesst die Pflegefachfrau ihren Auftrag ab und übergibt die weitere Behandlung dem Hausarzt.

### Schlussfolgerung

Solche pflegerischen Interventionen mögen auf den ersten Blick unspektakulär und ohne grossen ökonomischen Nutzen erscheinen. Deutlich wurde indes, dass die Krankheits- und Sozialsituation von Frau Meier in eine deutliche Schieflage geraten ist, die in einer Hospitalisation hätte resultieren können. Ergänzende Interventionen zu den üblichen ambulanten Behandlungsroutinen wurden nötig, um die Situation wieder ins Lot zu bringen. Besonders wichtig ist dabei, dass die hinzugezogene Pflegefachperson rasch und umfassend die körperlichen, psychischen und sozialen Schwierigkeiten erfassen und entsprechend Handlungsprioritäten setzen konnte. Das schnelle Einhergehen von krankheitsbezogenem und analytischem Denken, Ad-hoc-Handeln nach «Best-practice-Regeln» und dem Anwenden von einschlägigen Literaturkenntnissen ist dabei eine wichtige Voraussetzung. Aufgrund der zunehmenden Ambulantisierung, Medikalisation und Technisierung von Behandlungen – einhergehend mit der zunehmenden Prävalenz chronischer Krankheiten – ist zukünftig mit einer deutlichen Häufung von Schieflagen mit raschem Interventionsbedarf zu rechnen. Inwiefern Behandlungsteams die Möglichkeit und

Fähigkeit haben, solche Situationen ohne externe Hilfe wieder ins Lot zu bringen, bleibt zu diskutieren.

Der Beitrag von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss im Chronic Care Management ist in der Schweiz noch weitgehend unbekannt und unerforscht. Allerdings sollte dieser Mangel kaum ein Grund sein, in der Versorgungspraxis zuzuwarten mit Initiativen für Chronic Care Teams. Es gilt entsprechende Aufgabenbündel zu schnüren und dafür die am besten geeignete Pflegefachperson mit klinisch orientierter und evidenzbasierter Aus- und Weiterbildung und entsprechender Erfahrung zu suchen und zu finden.

Insofern wird es interessant sein zu beobachten und zu erforschen, wie das Zusammenspiel funktioniert zwischen den Absolventinnen und Absolventen heutiger Hochschulstudiengänge und innovativen Praxisbetrieben im Schweizer Versorgungssystem.

#### Literatur

- 1 Hamric A, Spross JA, Hanson CM. *Advanced Practice Nursing – An integrative approach*. St. Louis: Elsevier; 2005.
- 2 Wagner EH. The role of chronic care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569–71.
- 3 Sadur CN; Moline N, Costa M, Michalik D, Mendlowitz D et al. Diabetes Management in a health maintenance organization. *Diabetes Care*. 1999;12:2011–7.
- 4 Councill SR, Callahan CM, Clark DO, Wanzhu T, Buttar AB, Stump TE, et al. Geriatric care management for low income seniors. *JAMA*. 2007;298:2623–33.
- 5 Leveille SG, Wagner EH, Davis C, Grothaus L, Wallace J et al. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: A randomized trial of a community-based partnership with primary care. *JAGS*. 1998(Oct);46:1191–8.

6 Nolte E, McKee M. *Integration and chronic care: a review*. In: Nolte E, McKee M (eds.). *Caring for people with chronic condition*. Berkshire/UK: Open University Press;2008:64–91.

7 Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management for chronic illness. *The Lancet*. 2004;364:1523–37.


8 Dorr DA, Wolcox AB, Bruncker CP, Burdon RE, Donnelly SM. The effect of technology-supported, mulitdisease care management on mortality and hospitalization of seniors. *JAGS*. 2008;56:2195–202.

9 Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupré A, Bégin R et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*. 2003;163:585–91.

#### Korrespondenz:

Iren Bischofberger, Prof. Dr., RN  
Studiengangsleiterin und Projektleiterin  
WE'G Hochschule Gesundheit, Teil der Kalaidos  
Fachhochschule und Kalaidos Research  
Mühlemattstrasse 42  
5001 Aarau  
iren.bischofberger@weg-fh.ch  
www.weg-fh.ch  
www.kalaidos-fh.ch/research

Stefania Bonsack, MSN, RN  
Leiterin Projekt und Angebot  
«Leben mit Langzeiterkrankung (Leila)»  
Städtische Gesundheitsdienste Zürich  
Walchestrasse 31  
8021 Zürich  
steffi.bonsack@zuerich.ch  
www.stadt-zuerich.ch/gud



**PROZESSE –  
STRUKTUREN –  
QUALITÄT**

Prozesse optimieren,  
Strukturen reorganisieren  
und Qualität verbessern.  
*Ich berate Sie gerne!*

**KELLER**  
UNTERNEHMENS  
BERATUNG

PROZESSE  
CONTROLLING  
INFORMATIK  
COACHING

ANNEKÄTHI BISCHOFF  
www.keller-beratung.ch | Telefon 056 483 05 10 | 5405 Baden-Dättwil