

VFP / APSI UPDATE
Herbstaussgabe 2019



inter
professionell

Weiterbildung an der BFH

Wollen Sie sich beruflich weiterentwickeln? Wir bieten Ihnen Möglichkeiten für Ihren nächsten Karriereschritt. Alle Angebote finden Sie auf der Webseite.

⇨ CAS Gesundheitsökonomie und Public Health

Erlangen Sie das Know-how, um aktuelle Entwicklungen im Schweizer Gesundheitswesen zu verstehen, zu analysieren und aktiv zu beeinflussen.

⇨ CAS Qualität in der Medizin für die patientennahe Arbeitspraxis

In Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM der FMH bilden wir Sie zur Schlüsselperson für Qualität in der Medizin aus.

+41 31 848 45 45
weiterbildung.gesundheit@bfh.ch

bfh.ch/gesundheit



Berner
Fachhochschule

► Gesundheit

Liebe Leserin, lieber Leser

Kürzlich verunfallte im engsten Freundeskreis eine junge Frau beim Wandern und erlitt eine offene Splitterfraktur der Tibia und Fibula rechts. Ich erlebte hautnah, wie dieser Unfall nicht nur die betroffene Frau, sondern die ganze Familie leiden liess. Die junge Frau wurde bestens gepflegt und betreut, aber wo blieben die Angehörigen? Wurden sie auch mal gefragt, wie es ihnen geht? Wie sie mit den Ängsten um ihre Tochter, ihre Schwester, ihre Freundin umgehen? Welche Fragen sie beschäftigen? Im digitalen Netz lassen sich viele Informationen zu Krankheiten finden, aber für die Beurteilung der Informationsqualität oder der Beantwortung weiterer Fragen sind beratende Gespräche mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen eine wichtige Pflegeaufgabe.

Die Aussage «Wir sind für die Patientinnen und Patienten zuständig und nicht für die Angehörigen» entspricht nicht der Erwartung an die heutige professionelle Pflege. Die Angehörigen fühlen sich ausgeschlossen, hilflos und nicht wahrgenommen. Der Einbezug der Familie erfolgt eher zufällig, auch bei der besonders herausfordernden Pflege von Menschen mit Demenz. Es fehlen die nötigen



Esther Bättig,
VFP-Vorstandsmitglied

Strukturen und eine koordinierte interprofessionelle Pflege und Behandlung, um die Familie systematisch einzubeziehen. Forschung zur familienzentrierten Pflege hilft uns zu verstehen, weshalb es wichtig ist, die Familie in der Pflege einzubeziehen. Doch was ist eigentlich Familie?

Lassen Sie sich inspirieren, zum Nachdenken und Handeln anregen.



Einleitung

Die folgenden drei Artikel zeigen exemplarisch verschiedene Herausforderungen und Ergebnisse von Schweizer Forschungsprojekten in Familienzentrierter Pflege/Family Care im Akutsetting bei Menschen mit erworbenen Hirnverletzungen, bei kognitiven Einschränkungen, sowie bei Kindern und Jugendlichen auf. Während in Kinderspitälern zu «Family Care» schon Erfahrungen vorliegen, zeigten sich bei Erwachsenen in Spitälern noch Potentiale zur Weiterentwicklung.

Herausforderungen in der Forschung über Familien von Menschen mit erworbenen Hirnverletzungen

Aus Sicht der persönlichen und familienzentrierten Pflege ist die Forschung mit Familien notwendig. In unserer SAFIR®-Studie (Soins Aux Familles: Intervention pRécoce), die darauf abzielt, die Unterstützung von Familien von Menschen mit erworbener Hirnverletzung (EHV) in der Akutphase zu verbessern, sind wir auf verschiedene Herausforderungen gestossen, die wir in diesem Artikel vorstellen und diskutieren wollen. Aber zuerst erscheint es uns notwendig, festzulegen, wer die betroffenen Personen sind, wenn wir über die Familie sprechen.

Angehörige, betreuende Angehörige, natürliche Betreuende oder Familie?

Im Jahr 2017 waren 35% der Schweizer Bevölkerung betreuende Angehörige (Bundes-



Véronique de Goumoëns^{1,2,3}
Anne-Sylvie Ramelet^{2,3}

amt für Statistik, 2018) mit bis zu 42 Millionen Stunden unbezahlter Arbeit, was einem Geldsegen von 2,36 Milliarden Franken entspricht (Rudin & Strub, 2014). Diese Zahlen spiegeln jedoch nicht die Realität wider, da ein Teil dieser Arbeit nicht erfasst wird. Die Identifizierung von pflegenden Angehörigen ist eine grosse Herausforderung für Forschende und Ärzteschaft gleichermaßen (Csakodi, Bas, Morin, & Mabire, 2017;

1 Haute Ecole de Santé Vaud HESAV, HES-SO Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale

2 Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins (IUFRS), Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne,

3 Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

Bachmann, Wild, Von Rotz, Danuser, & Morin, 2013). Oft zunächst informell, kommt die Benennung von betreuenden Angehörigen zu spät, wenn diese die Auswirkungen auf ihre eigene Gesundheit spüren.

Mehrere Begriffe werden austauschbar verwendet, um die Familie zu bezeichnen: Natürliche Betreuende, betreuende Angehörige, Vormunde oder gesetzliche Vertreter. Wir schlagen vor, hier die Begriffe «Familie» und «Person» zu wählen, weil sie uns integrativer erscheinen und es uns ermöglichen, alle Menschen zu berücksichtigen, die Unterstützung benötigen, wenn sie Begünstigte von Gesundheitsdiensten sind. Familie ist definiert als eine Gruppe von Menschen, die durch ein Gefühl der Zugehörigkeit vereint sind, in der sich jeder als Teil der Familie identifiziert (Wright & Leahey, 2013). Was den Einzelnen betrifft, so definiert die Weltgesundheitsorganisation «personenzentrierte Pflege als umfassender als patientenzentrierte Pflege, da sie nicht nur Kontakte aus klinischen Gründen, sondern auch die Aufmerksamkeit für die Gesundheit der Menschen in ihren Gemeinschaften umfasst» (WHO, 2015).

Herausforderungen für die Forschung

In Fällen, in denen die Person ihre Entscheidungsfähigkeit vorübergehend oder dauerhaft verloren hat, wird die Partnerschaft mit ihrer Familie unerlässlich. Da dieses Konzept relativ neu ist, gibt es wenig Belege dafür, dass es in der Praxis funktioniert.

Wenn die Forschung die ganze Familie berücksichtigt, erfordert das Rekrutierungsverfahren die Zustimmung der Person zur Familienbeteiligung. Nach einer EHV stellt jedoch die Urteilsunfähigkeit der Person eine zusätzliche Herausforderung dar, da

sie nicht in der Lage sein wird, eine informierte Zustimmung für ihre eigene Teilnahme oder die ihrer Familie zu geben. Das Bundesgesetz über die Forschung am Menschen besagt jedoch in seinem Artikel 21, dass «urteilsunfähige Personen so weit wie möglich in das Einwilligungsverfahren einzubeziehen sind» (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2011). Bei EHV ist dies nicht immer möglich. Artikel 378 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 1907) kann in diesen Fällen Anwendung finden, weil er vorsieht, dass enge Verwandte das Recht haben, die urteilsunfähige Person zu vertreten, indem sie das für den gesetzlichen Vertreter der Person anzuwendende Priorisierungsverfahren klar beschreiben. Somit kann der gesetzliche Vertreter der Teilnahme der Person zustimmen und Familienmitglieder identifizieren, die an der Forschung teilnehmen können.

Sobald der Rechtsrahmen geklärt ist, kann der Forschende mit anderen ethischen Herausforderungen konfrontiert werden. Wenn wir an unserer Definition von Familie festhalten, ist nicht nur ein Familienmitglied, sondern eine Gruppe von Menschen betroffen. Dies wirft viele Fragen bei der Rekrutierung auf: Wie kann man feststellen, wer die richtigen Personen für die Teilnahme an der Studie sind? Die von uns gewählte Definition von Familie ermöglicht es uns, diese Frage zu beantworten, indem wir alle Personen einbeziehen, die sich als Teil der Familie fühlen.

Unsere SAFIR®-Intervention wurde auf der Grundlage der Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche (de Goumoëns, Rio, Jaques, & Ramelet, 2018), der Präfe-

renzen von Personen und Familien (de Goumoens, Didier, Mabire, Shaha, & Diserens, 2018), des klinischen Kontextes und der verfügbaren Ressourcen entwickelt. Derzeit werden Machbarkeit und Akzeptanz im klinischen Umfeld geprüft. Wir wissen zwar, dass die Rekrutierung von Familien eine Herausforderung sein kann, aber wir müssen auch dafür sorgen, dass die an der Forschung beteiligten Familien langfristig an der Studie teilnehmen; dies ist umso schwieriger, wenn es sich um eine Längsschnittuntersuchung handelt. Es stellen sich folgende Fragen: Wie kann man sie einbeziehen, ohne sie weiter zu ermüden? Wie können wir den Familien eine gewisse Flexibilität bieten, ohne die Genauigkeit der Forschung zu beeinträchtigen? Die SAFIR®-Studie wird unter anderem Antworten auf diese Fragen liefern.

Referenzen

- Bundesamt für Statistik (2018). Informelle Hilfe. Retrieved 16.07.2019 from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/informelle-hilfe.html>
- Csakodi, J., Bas, J., Morin, D., & Mabire, C. (2017). La perception du proche aidant d'être prêt à la sortie d'une personne âgée de l'hôpital, selon les caractéristiques sociodémographiques: une étude descriptive quantitative. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 3(4), 235–243.w
- de Goumoens, V., Didier, A., Mabire, C., Shaha, M., & Diserens, K. (2018.) Families' Needs of Patients With Acquired Brain Injury: Acute Phase and Rehabilitation. *Rehabilitation Nursing Journal*, 3, [Epub ahead of print]. doi: 10.1097/rnj.0000000000000122
- de Goumoens, V., Rio, L.M., Jaques, C., & Ramelet, A.-S. (2018.) Family-oriented interventions for adults with acquired brain injury and their families: a scoping review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(12), 2330–2367.
- Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1907). *Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907*.
- Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2011). Bundesgesetz über die Forschung am Menschen. Retrieved from <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20061313/index.html>
- Oulevey Bachmann, A., Wild, P., Von Rotz, U., Danuser, B., & Morin, D. (2013). La «Génération Sandwich» en Suisse romande: mieux comprendre les facteurs associés avec la santé perçue afin de mieux agir en promotion de la santé. *Recherche en Soins Infirmiers*, 4, 68–84.
- Rudin, M., & Strub, S. (2014). Zeitlicher Umfang und monetäre Bewertung der Pflege und Betreuung durch Angehörige. Retrieved 16.07.2019 from https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2014/SpitexVerband_2014_MonetaereBewertung_pflegerischeAngehoeerige_d.pdf
- WHO (2015). Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Retrieved 16.07.2019 from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_37-fr.pdf.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families : a guide to family assessment and intervention* (6th edition). Philadelphia: F.A. Davis.

**Familienzentrierte Pflege (FzP) am
Ostschweizer Kinderspital (OKS)
Vom Fundament der FzP bis zu den
«FzP-atmenden Wänden»**

Am OKS hat die FzP nach Wright und Leahey (2014) eine lange Tradition und ist nicht mehr wegzudenken. Dass sie gelebt wird, hören wir von Familien, wie z.B. folgende Aussage zeigt:

«Haben uns extrem gut betreut gefühlt. Konnte mit gutem Gewissen ins Ronald McDonald Haus (= Elternhaus). Hatte Vertrauen in die Pflegenden. Visite am Bett miterlebt, dadurch war der Informationsfluss sehr gut. Pflegende waren gut informiert, dies hat ein gutes Gefühl gegeben. Das Kind steht im Zentrum und die Familie gleich danach. ...»

Oder von einer Pflegekollegin anlässlich einer Hospitation: *«Am OKS atmen die Wände familienzentriert».*

Wie es zu den «atmenden Wänden» kam, zeigen die nachfolgenden Ausführungen.

Implementierungsprozess

Der Implementierungsprozess der FzP am OKS kann mit dem Bau eines Hauses verglichen werden. Dieser startete im 2005 und ist bis heute in vollem Gange.

Die Grundhaltung der FzP am OKS, welche Wertschätzung, Respekt und Offenheit gegenüber Familien und Mitarbeitenden (MA) beinhaltet (Bamberger, 2015; Ostschweizer Kinderspital, 2013), bildet das Fundament des Hauses. Die Investition in die Grundhaltung, die zu vertrauensvollen Beziehungen und partizipativer Zusammenarbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sowie im multiprofessionellen Team führt, ist der rote Faden. Am OKS gründen wir die Zusammenarbeit auf dem theoretischen Fundament von Wright & Leahey (2014).



Katrin Marfurt-Russenberger
(RN, MScN),
Leiterin Pflegeentwicklung
OKS, APN Schmerz.
Ellen Bonvin-Huber (RN),
Fachexpertin FzP,
Pflegeexpertin Praxis.

Wir gehen davon aus, dass die Erkrankung eines Kindes oder eines Jugendlichen immer auch das Familiensystem betrifft und dass Familien Experten für ihre eigene Situation sind. Wir vertreten die Haltung, dass alle, die Familie wie auch das multiprofessionelle Team, das Beste für das Kind wollen (Ostschweizer Kinderspital, 2013).

Neben der Orientierung auf Kinder/Familien sowie MA war die Initiierung und ist die kontinuierliche Unterstützung durch die

Führung Pflege und Spitalleitung zentral (McCormack, Manley, & Garbett, 2009). Für die Verankerung der Implementierung wurde die untenstehende Organisationsstruktur (s. Abbildung 2) unter dem Lead der Fachexpertin FzP (20%) aufgebaut. Auf Stationsebene sind Verantwortliche FzP benannt, welche für die Implementierung in der klinischen Praxis verantwortlich sind. Zur Übernahme der Fachrollen absolvieren die Mitarbeitenden spezifische Weiterbildungen in FzP (Svavarsdottir et al., 2015).

Die Kerngruppe FzP trifft sich alle 3 Monate zum Austausch, um FzP zu festigen und weiterzuentwickeln. Seit 2007 wird diese im Rahmen von 2 Workshops jährlich durch B. Preusse, Praxisberaterin FzP, gecoacht und beraten (Duhamel, Dupuis, Turcotte, Martinez, & Goudreau, 2015). Seit 2012 durchlaufen alle dipl. Pflegefachpersonen (PFP) den Kollegialen Beratungsprozess (KBP). Im Rahmen des KBP werden sie in die Grundlagen der FzP sowie in die Anwendung der Hilfsmittel eingeführt.

Die FzP ist im Leitbild Pflegedienst (2019) verankert. Sie bildet das Dach der Strategie Pflegeentwicklung. Alle Themen, z.B. Pädiatrische Palliative Care (PPC), Schmerzbewältigung, Transkulturelle Kompetenz, etc. haben sich an den Grundsätzen und der Strategie der FzP zu orientieren.

2015 wurde im Rahmen des spitalübergreifenden Qualitätsmanagements sanaCERT Suisse der Auftrag durch die Spitalleitung erteilt, den Standard 21 «Familienorientierte Betreuung» (FoB) aufzunehmen (Stiftung sanaCERTsuisse, 2018). Die FzP und die 10 Punkte der EACH Charta (European Association of Children in Hospital, 2016) bilden das Fundament für das Konzept FoB, welches für alle Professionen mit Patienten und Familienkontakt gilt. Der interdisziplinäre Qualitätszirkel wird durch die Pflegeexpertin Klinik geleitet.

Arbeitsinstrumente

Als Grundlage für die Implementierung dienen neben den strukturellen Massnahmen

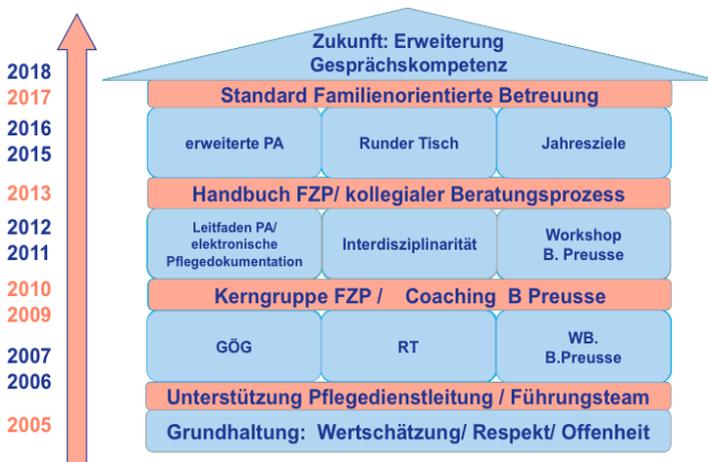


Abbildung 1: Hausbau FzP am OKS (Bonvin & Marfurt, 2018).

auch prozessbegleitende Hilfsmittel wie das Genoökobeziehungsdiagramm (GÖG), Reflecting Team (RT), die leitfadengestützte Pflegeanamnese (PA) und deren Verankerung im elektronischen Pflegeprozess (ePP) sowie die Einführung des Runden Tisches und die Jahresziele (s. Abbildung 1; Führer, & Züger, 2013; Ostschweizer Kinderspital, 2013).

Mit Hilfe des **GÖG** kann sichtbar gemacht werden, wer alles zur Familie gehört, wie die Mitglieder untereinander und ausserhalb der Familie in Beziehung stehen, welches ihre Stärken und Herausforderungen sind. Ziel ist es, die Familie anzuerkennen und wertzuschätzen, um Mut zu machen, die aktuellen Herausforderungen anzugehen. Das **GÖG** in Verbindung mit der **PA** bilden die Ausgangslage für die Pflegeplanung. Die **PA** wird anhand des Leitfadens 24–72 h nach Eintritt mit der Patientin/dem Patienten und der Familie durchgeführt. Der **Leitfaden PA** wurde über die Jahre mit Fragen zu spezifischen Themen wie PPC, Kinderschutz, Transkulturalität und Spiri-

tualität ergänzt und im ePP verankert. Für gewisse Themen stehen weiterführende Assessments zur Verfügung, wie z.B. in der PPC das Symptom- und Belastungsassessment.

Das **RT** wird monatlich – meist mit multi-professioneller Beteiligung – durch speziell ausgebildete Moderatorinnen aus dem Bereich Pflege auf allen Bettenstationen durchgeführt. Im RT werden in komplexen Situationen auf Hypothesen basierend weitere Stärken, Ressourcen und mögliche Herausforderungen einer Familie gesammelt und daraus ressourcenorientierte Lösungen generiert.

Seit 2014 werden für den Bereich Pflege OKS **Jahresziele** ausformuliert. Darin enthalten sind spezifische Ziele, welche den FzP-Hausbau kontinuierlich erweitern.

Im Rahmen der PPC wurde das Gefäss des **Runden Tisches** seit 2015 systematisch aufgebaut. Seit 2017 finden diese auch mit

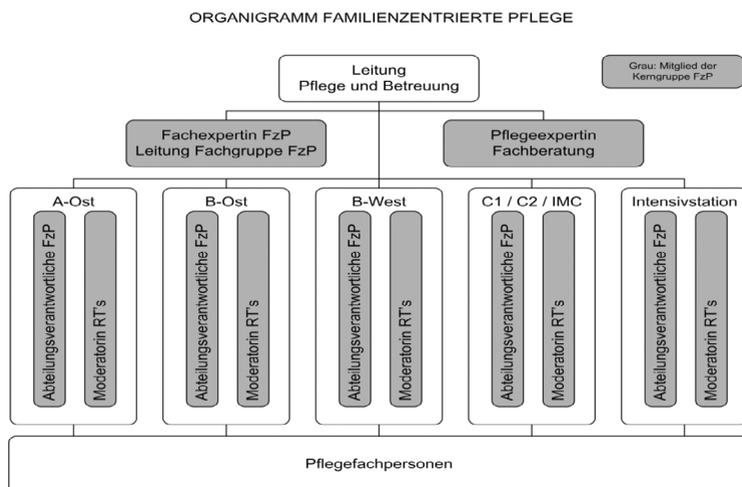


Abbildung 2: Implementierungsstruktur Familienzentrierte Pflege am OKS (2013).

dem Fokus des partnerschaftlichen Dialogs mit Familien statt.

Die theoretischen Grundlagen, die Grundhaltung, die methodischen Hilfsmittel und die Strukturen zur Sicherung der Umsetzung im klinischen Alltag wurden 2013 im Handbuch «FzP am OKS» (Ostschweizer Kinderspital, 2013) durch die erste Fachexpertin FzP, Regula Eppisser und die Pflegeexpertin Klinik Gabriela Finkbeiner sowie die Kerngruppe FzP niedergeschrieben.

Alle Arbeitsinstrumente sind im stationären Bereich vollständig implementiert. Im ambulanten Bereich steht die systematische Durchdringung noch aus. Als Erstes müssen die unterstützenden Strukturen (s. Abbildung 2) aufgebaut werden (Führer & Züger, 2013; McCormack et al., 2009). Die Mitarbeitenden im ambulanten Setting nehmen an den regelmässigen Fortbildungen zu FzP, Transkulturalität, PPC, Schmerz, Deeskalationstraining etc. teil. Zudem setzen sie die Grundhaltung von Wertschätzung, Respekt und Offenheit im klinischen Alltag um (Svavarsdottir et al., 2015).

Ausblick

Im Rahmen der Jahresziele 2019/2020 strebt das OKS mit Hilfe eines MAS Projektes eine Vertiefung der Gesprächskompetenz aller Pflege-MA sowohl im stationären wie ambulanten Bereich an. Dazu fanden obligatorische Schulungen zum Konzept BAIA (Wright & Leahey, 2014; Preusse, 2018) für alle dipl. PFP statt. Auch externe

Pflegepartner z.B. Kinderspitex sowie andere Professionen wurden eingeladen. BAIA ist das Akronym für Beziehungsaufbau, Assessment, Intervention, Abschluss und bedeutet italienisch Bucht. Mit dem methodischen Vorgehen nach BAIA gelingt es, Familien gezielt in der Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung zu unterstützen und ihnen im Sturm der Krankheit einen ruhigen Hafen zu schaffen (Preusse, 2018; Wright & Leahey, 2014).

Referenzen

- Bamberger, G.G. (2015). Lösungsorientierte Beratung (5. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.
- Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A.M., & Goudreau, J. (2015). Integrating the Illness Beliefs Model in clinical practice: a Family Systems Nursing knowledge utilization model. *Journal of Family Nursing*, 21, 322-348. doi: [10.1177/1074840715579494](https://doi.org/10.1177/1074840715579494).
- European Association of Children in Hospital (2016). Die EACH Charta mit Erläuterungen. Lenzburg: Kind+Spital (Hrsg.) Retrieved 08.08.2019 from <https://www.kindundspital.ch/downloads/each-charta>
- Führer, A., & Züger, R.M. (2013). Projektmanagement für Führungsfachleute. (4., überarbeitete Auflage). Zürich: Compendio Bildungsmedien.
- McCormack, B., Manley, K., & Garbett, R. (2009). Praxisentwicklung in der Pflege. Bern: Huber.
- Ostschweizer Kinderspital (2013). Familienzentrierte Pflege. Konzept, Handbuch und Arbeitsinstrumente.
- Stiftung sanaCERTsuisse (2018) Qualitätsstandards für die Akutsonatik. Retrieved 08.08.2019 from <https://sanacert.ch/de/sanacert/verfahren#qualitaetsstandards>
- Preusse, B. (2018): Empowerment durch Familienzentrierte Pflege mit dem BAIA-Modell, das Calgary Familien Modell und seine Instrumente. *NOVAcura* 5/18. Bern: Hogrefe.
- Svavarsdottir E.K., Sigurdardottir, A.O., Konradsdottir, E., Stefansdottir, A., Sveinbjarnardottir, E.K., Ketilsdottir, A. ... Guomundsdottir, H. (2015). The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 47, 5-15. doi: [10.1111/jnu.12108](https://doi.org/10.1111/jnu.12108).
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2014). Familienzentrierte Pflege. (2. Auflage). Bern: Huber.

**«Die Familie sollte mehr einbezogen werden ...»
Pflegerische Versorgung von Personen mit kognitiver Einschränkung im Akutspital**

Die Zahl älterer Menschen mit kognitiver Einschränkung, wie z.B. eine Demenzerkrankung, die eine stationäre Akutbehandlung benötigen, steigt. Fachpersonen in Akutspitalern sind mit den komplexen Anforderungen an die Betreuung dieser Patientengruppe nicht optimal vertraut. Sie fühlen sich auf diese Aufgaben nicht ausreichend vorbereitet (Clissett, Porock, Harwood, & Gladman, 2013; Gandesha, Souza, Chaplin, & Hood, 2012). Die individuellen Bedürfnisse dieser Personengruppe stehen häufig im Kontrast zu den Prioritäten eines Akutspitals (Baumbusch, Leblanc, Shaw, & Kjørven, 2016). Ihre Symptome und Anliegen bleiben deshalb oft unerkannt – insbesondere, wenn sie sich nicht mehr selbst artikulieren können (Innes, Kelly, Scerri, & Abela, 2016). Betroffene fühlen sich nicht ausreichend betreut. Sie berichten, dass sie nicht in den Versorgungsprozess einbezogen sind (Digby, Lee, & Williams, 2017; Nilsson, Rasmussen, & Edvardsson, 2016). Um eine individuell passende Versorgung sicherzustellen, hat es deshalb hohe Priorität, personen- und familienzentriert vorzugehen. Verschiedene Initiativen zielen darauf ab, die Versorgung stärker auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe auszurichten. Im Rahmen einer Mixed Methods-Studie untersuchten wir die bestehende Versorgungspraxis. Literatur zur Qualität der Akutversorgung für Personen mit kognitiver Einschränkung fassten wir in einem Scoping Review zusammen (Naef, Ernst, Bürgi, & Petry, 2018). In zwei deutschschweizer Spitälern führten wir Interviews mit Be-



Prof. Dr. Heidi Petry, Leiterin
Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital
Zürich

Dr. Jutta Ernst, Neurowissenschaftlerin, Zentrum Klinische
Pflegewissenschaft, Universitätsspital Zürich

Dr. Rahel Naef, Klinische Pflegewissenschaftlerin, Zentrum
Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Zürich

troffenen und Familienmitgliedern. Die Sichtweise der Fachpersonen ermittelten wir in Fokusgruppeninterviews und anhand eines Online-Fragebogens (Ernst, Petry, Lüthi, & Naef, 2019; Petry, Ernst, Steinbrüchel-Boesch, Altherr, & Naef, 2018).

Diskrepanz zwischen Forschungswissen und Praxis

Auf der Basis von 66 Publikationen zeigte sich eine Diskrepanz zwischen klar definierter «Best Practice» und tatsächlich erlebter Versorgungsqualität (Naef et al., 2018). Im Spitalsetting haben akut-physische Patientenbedürfnisse stets Vorrang. Anliegen kognitiv eingeschränkter Menschen und ihrer Familien gelten deshalb oft als zweitrangig. Ein spitalweit definierter Versorgungsansatz fehlt häufig. Hohe Arbeitsbelastung, eine angespannte Personalsituation sowie fehlende Infrastruktur zählen zu den zentralen Ursachen, die personen- und familienzentrierte Pflege von Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Akutspital erschweren. Entgegen den Empfehlungen ist es nicht selbstverständlich, Familien in den Pflegeprozess, die Entscheidungsfindung und das Austrittsmanagement einzubeziehen. Häufig muss die Familie selbst die Initiative ergreifen, um Kontakt mit dem Behandlungsteam herzustellen und Informationen zu erhalten. Fachpersonen umgehen oft Interaktionen mit kognitiv eingeschränkten Menschen. Sie befürchten Zeitverluste und eine Unterbrechung effizienzorientierter Arbeitsprozesse. Familien einzubeziehen, erweist sich im Alltag des Akutspitals als zusätzlich belastend. Edukationsbezogene und unterstützende Interventionen für Familien erfolgen deshalb eher zufällig. Wie unser Review zeigt, sind Clinical Leadership und Initiativen auf Systemebene gefragt, um die Versorgungsqualität für diese Patienten-

gruppe zu verbessern. Zu den unverzichtbaren Voraussetzungen zählen ausreichende zeitliche und personelle Ressourcen, um teilweise aufwändige, nicht routinebezogene personen- und familienzentrierte Pflege leisten zu können. Fachpersonen und Teams zu evidenzbasiertem Vorgehen zu befähigen, ist ebenfalls wesentlich. Betreuungspfade und spezifische Versorgungsmodelle bzw. -rollen können die Versorgung verbessern.

Die Bedeutung der Familie erkennen und würdigen

«Was war Ihnen wichtig während des Spitalaufenthalts? Gab es etwas, das besonders hilfreich oder sehr schwierig für Sie war?» – diese und weitere Fragen stellten wir zwanzig Familienmitgliedern und sieben Personen mit kognitiver Einschränkung (Petry et al., 2018). Unsere Interviewauswertung ergab, dass die Befragten ein sehr breites Qualitätsspektrum erlebten: Einerseits unterstützend, umfassend und proaktiv-einbeziehend, andererseits nicht unterstützend, fragmentiert und nicht familienbezogen. Beispielsweise fühlte sich eine Angehörige «sofort erleichtert – die Fachpersonen kamen auf mich zu ...». Im Gegensatz dazu fragte ein Teilnehmer: «Würden Sie nicht auch erwarten, dass man Sie auf dem Laufenden hält, wenn ein Mitglied Ihrer Familie im Spital ist? Ich fühlte mich sehr hilflos ...». Den Befragten war es wichtig, in ihrer bedeutsamen Rolle für das Wohlbefinden der Betroffenen erkannt, ernstgenommen und wertgeschätzt zu werden. Das bedeutete, aktiv in den Versorgungsprozess einbezogen zu sein und kontinuierlich Informationen zu erhalten.

Die Befragten legten Wert darauf, in Entscheidungen einbezogen zu sein, nach ihrer Einschätzung gefragt zu werden und für

ihren Beitrag zur Pflege Unterstützung zu erhalten. Eine Angehörige berichtete: «Ich verstehe nichts von Pflege. Wie kann ich meinem Mann jetzt helfen? Die Familie sollte mehr einbezogen werden, damit wir wissen, was uns erwartet». Betroffenen war es wichtig, als Person anerkannt zu werden. Sie setzten voraus, dass Fachpersonen verfügbar sind, ausreichende Zeit- bzw. Personalressourcen bestehen und eine angemessene Spitalinfrastruktur vorhanden ist.

Fachpersonen befähigen und unterstützen

Wie erleben Fachperson die aktuelle Versorgungspraxis von Patientinnen und Patienten mit kognitiver Einschränkung? Welche Belastungen erfahren sie? Dies fragten wir über 300 Fachpersonen (Ernst et al., 2019). Etwas mehr als die Hälfte berichteten, dass sie die Betreuung immer oder meistens personenzentriert und evidenzbasiert gestalten. Sie bauen eine Beziehung zur Person mit kognitiven Einschränkungen auf und versuchen, ihre spezifischen Bedürfnisse aufzunehmen und zu erfüllen: «Für mich ist es wichtig, dass ich die Patienten abholen kann. (...) Es ist nicht immer leicht, herauszufinden, wo der Patient jetzt steht», berichtete ein Teilnehmer. Für Fachpersonen sind Angehörige eine wichtige Informationsquelle. Sie schätzen es, dass die Familie bei der Betreuung mithilft: «Wir sind enorm auf die Angehörigen angewiesen – besonders, wenn es um die Austrittsplanung geht». Eine interprofessionell koordinierte Behandlung ist für die befragten Fachpersonen zentral. Doch fragmentierte Versorgungsstrukturen, ein getakteter Arbeitsablauf und fehlende Ressourcen erschweren es, Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und ihre Angehörigen personen- und familienorientiert zu betreuen. Im Vergleich dazu fühlen sich Fach-

personen in der Geriatrie besser befähigt und weniger belastet als ihre Kolleginnen und Kollegen auf internistischen oder chirurgischen Abteilungen.

Mit Blick auf eine nachhaltige personen- und familienzentrierte Versorgungskultur für Menschen mit kognitiver Einschränkung kommt der Implementierungsforschung eine zentrale Rolle zu: Wie gelingt es im Akutspital, Evidenz verstärkt in die Praxis zu übertragen – damit Betroffene und ihre Familien spürbar zufriedener sind? Welche Massnahmen sind nötig, damit sich Fachpersonen besser befähigt und unterstützt fühlen? Diesen Fragen gehen wir in einem Folgeprojekt nach.

Referenzen

- Baumbusch, J., Leblanc, M.E., Shaw, M., & Kjørven, M. (2016). Factors influencing nurses' readiness to care for hospitalised older people. *Int. Journal of Older People Nursing*, 11 (2), 149–159.
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R.H., & Gladman, J.R. (2013). The challenges of achieving person-centred care in acute hospitals: a qualitative study of people with dementia and their families. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (11), 1495–1503.
- Digby, R., Lee, S., & Williams, A. (2017). The experience of people with dementia and nurses in hospital: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (9–10), 1152–1171.
- Ernst, J., Petry, H., Lüthi, N., & Naef, R. (2019). Acute care delivery for persons with cognitive impairment: A mixed method study of health professionals' caring practices and associated challenges. *Aging and Mental Health*, <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1616162>.
- Gandesha, A., Souza, R., Chaplin, R., & Hood, C. (2012). Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff. *Nursing Older People* 24 (4), 26–31.
- Innes, A., Kelly, F., Scerri, C., & Abela, S. (2016). Living with dementia in hospital wards: a comparative study of staff perceptions of practice and observed patient experience. *International Journal of Older People Nursing*, 11 (2), 91–106.
- Naef, R., Ernst, J., Bürgi, C., & Petry, H. (2018). Quality of acute care for persons with cognitive impairment and their families: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.006>.
- Nilsson, A., Rasmussen, B.H., & Edvardsson, D. (2016). A threat to our integrity – meanings of providing nursing care for older patients with cognitive impairment in acute care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30 (1), 48–56.
- Petry, H., Ernst, J., Steinbrüchel-Boesch, C., Altherr, J. & Naef, R. (2018). The acute care experience of older persons with cognitive impairment and their families: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* [Epub ahead of print]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30660445>



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Departement Public Health

20

Jahre - Years

Pflegewissenschaft
Nursing Science
Universität Basel

2000-2020

Feiern Sie mit uns 20 Jahre
Pflegewissenschaft an der Universität Basel

Jubiläumskonferenz

«Driving Innovation and Implementation in
Interprofessional Health Care Delivery»

31. Januar 2020, 9.00 - 17.00 Uhr
ZLF, Universitätsspital Basel

Programm & Informationen:
nursing.unibas.ch/de/2020

Online
Registrierung
ab sofort
möglich!

Practicing contextual models of interprofessional care: a grounded theory study

In recent decades, interprofessional education (IPE) with the main motivation to develop skills, competencies and attitudes to interprofessional collaboration (IPC), was established as an objective of many government policies that were inspired by what was specified by national and international organizations. Even if in Switzerland there have been experiences of IPE in some of the universities who deal with health professional's education, literature is poor with regard to procedures adopted to prepare students for IPC.

A constructivist grounded theory approach was adopted to define a theoretical explanation of the process observed in a University of Applied Sciences and Arts in Southern Switzerland where ten undergraduate students of the bachelors in nursing, physiotherapy, occupational therapy, as well as the clinical tutors who followed them in the last stage of the bachelor's degree course were involved in the study. In phase one, data collection was conducted through semi-structured interviews (22) with participants and university documentation consultation; in phase two, through focused interviews (3), participant observations (3) and consultation of participants' documentation. The analysis was conducted through a coding process: initial, focused and theoretical. Data was analyzed and coded using constant comparative analysis with the support of Nvivo 10 software. A substantive



Prof. Monica Bianchi (PhD, EMBA, MSN, RN), University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland, Department of Business Economics, Health and Social Care

theory «Practicing contextual models of interprofessional care (IC)» was generated. It explains how the whole process takes place, the interaction between tutor and student and how they proceed together to create models of IC, linked to the context in which they find themselves, and to the patients/families who are part of it. The theory was described as a journey: seeing this process as a journey and as students and tutor as companions of this journey, helps to understand the intensity of the relationships, communication and exchanges that the two travelers experience through and build together. The relationship between a student and his/her tutor is the innovative aspect of this theory. This relationship, which develops between student and tutor and that consolidates and transforms itself, is structured

differently from dyad to dyad because it is constantly supported by different types of communication (verbal and nonverbal) and by individualized way it is structured. Therefore, this student/tutor relationship is the standpoint around which the entire process develops and expresses itself.

The key concepts that emerged from this study were: how professional identity is built and the student's role within the team;

the relationship develops and consolidates itself between student and tutor along the process; the relationship with patients and families as well as with other professionals. All of these concepts need to be integrated with one another in order to build effective models of IC in a specific context.

References can be requested from the author: monica.bianchi@supsi.ch

Teamkompetenz (TK) in pflegerischen Berufsausbildungen – eine Vergleichsstudie (Mixed-Methods) im deutschsprachigen Bildungsraum TK-DACH

Die Dissertation wurde am Institut für Pflegewissenschaft der privaten Universität UMIT / Österreich erstellt.

In Deutschland, Österreich und der Schweiz sind im Gesundheitswesen derzeit tiefgreifende berufspolitische Veränderungen in Gange. Es entstehen die ersten «Smart Hospitals», in welchen ein Fokus auf die Individualisierung von Behandlungskonzepten und auf verstärkte Teamorientierung zur Steigerung der Ergebnisqualität gelegt wird (Lücke, 2018). Spürbare Weiterentwicklungen im pflegerischen Bildungsbe- reich werden hierdurch notwendig (Eisele, 2017). Gelebte Teamarbeit wird zukünftig von zentraler Bedeutung für alle Gesundheitsberufe sein, welche teilweise noch an einer Art «Silo» – Denken festhalten.

Die Dissertation 1) nutzt Lernerfahrungen in theoretischer und praktischer Berufsausbildung und 2) Einschätzungen von Bildungsexperten und Erkenntnisse aus der Teamforschung.



Dr. phil. Katja Hornung,
Deutsche Hochschule
Ravensburg-Weingarten

Das Forschungsprojekt wurde im Embedded Mixed-Method-Design (QUAN-QUAL) für den deutschsprachigen Bildungsraum Deutschland, Österreich und Schweiz (DACH-Region) entwickelt. Im ersten Forschungsabschnitt (QUAN) wurde nach der Literaturrecherche basierend auf einem theoretischen Modell (Basismodell TK-DACH) ein standardisierter Fragebogen entwickelt. Eine Vollbefragung pflegerischer Auszubildender dreier Bildungszentren (N = 301) in Baden-Württemberg (D), Vorarlberg (A) und Graubünden (CH) wurde durchgeführt. Hierbei gaben die Schweizer Auszubildenden signifikant höhere Bewertungen als die

beiden anderen Ländergruppen bezüglich teamkompetenzfördernder Rahmenbedingungen der praktischen Berufsausbildung ab. Im zweiten Forschungsabschnitt (QUAL) folgten leitfadengestützte Experteninterviews. Die befragten Bildungsexperten setzen in der theoretischen und in der praktischen Ausbildung teilweise ähnliche und teils sehr unterschiedliche Schwerpunkte. Bei den Erhebungen aller drei Länder waren Optimierungsmöglichkeiten sowohl im schulischen, als auch im berufspraktischen Setting erkennbar. Nach Triangulation der Ergebnisse in einer «Meta-Matrix» (Schärli, Müller, Martin, Spichiger, & Spirig, 2017) wurden sechs Hebel zum Erwerb von pflegerischer Teamkompetenz in der Berufsausbildung, welche mehrere teamkompetenzfördernde Faktoren adressieren, beschrieben.

Die Studie zeigt auf, dass in der theoretischen Berufsausbildung durch Lehrpersonen mit Vorbildcharakter in einem spürbar lebendigen Schulklima der Fokus auf den Aufbau von Kommunikationskompetenz gelegt werden soll. In der praktischen Berufsausbildung fördert die interprofessionelle Wertschätzung, sowie die Integration der Lernenden in Betrieb und Kultur im Sinne einer spürbar gelebten Lernorientierung die Entwicklung von Teamkompetenzen.

Referenzen

- Eisele, C. (Hrsg.). (2017). Roadmap in die Zukunft – Modelle und Überlegungen zur Ausbildung einer kommenden Generation von Pflegepersonen (1. Auflage). Wien: facultas.
- Lücke, S. (2018). Digitalisierung macht die Pflege attraktiver. Die Schwester Der Pfleger, 57. Jahrgang, 18–24.
- Schärli, M., Müller, R., Martin, J. S., Spichiger, E., & Spirig, R. (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen und Ärzteschaft. Pflege, 30 (2), 53–57.

Call for Abstracts

Wir danken Prof. Dr. Monica Bianchi und Dr. Katja Hornung für die spannenden und bereichernden Zusammenfassungen ihrer Dissertationen, welche sie für das vorliegende VFP/APS Update erstellt haben und gratulieren ihnen herzlich zum bestandenen Doktorat. Sehr gerne drucken wir auch eine Zusammenfassung Ihrer Dissertation in der nächsten Ausgabe ab. Bei Interesse melden Sie sich bitte bei dalit.jaeckel@vfp-apsi.ch

EINE AFG KOMMT ZU WORT

Carole Délétroz, C. inf., MScN, PhDc, Co-Präsidentin AFG Agogik in der Pflege

Dieses Thema ist derzeit Gegenstand meiner Dissertation an der Université Laval in Quebec, Kanada.

Sagten Sie «Digitale Gesundheit?» Eine Reflexion aus der Pflegepraxis.

Die Akademische Fachgesellschaft Agogik in der Pflege interessiert sich für den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Umfeld der zu betreuenden Menschen und beschäftigt sich mit klinisch relevanten Pflegemodellen.

Unabhängig von den Pflegediensten suchen Patientinnen, Patienten und ihre Familien Gesundheitsinformationen durch Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT). Die Hauptgründe sind: Das «Diagnostizieren» ihres Problems, die Suche nach einer Behandlung oder die Optimierung ihrer Behandlung.

Obwohl Patienten mit chronischen Gesundheitszuständen immer mehr Experten für das Management ihrer Krankheit werden, ergeben sich daraus mehrere Schwierigkeiten. Erstens ist die Qualität der Informationen, die diese Personen an Fachleute weitergeben, unterschiedlich (z.B. «Dr. Google»). Zweitens wird das Verhalten der Patientinnen / Patienten bei der Informationssuche von den Fachpersonen der Gesundheitsberufe nicht immer als positiv wahrgenommen. Tatsächlich erleben Patienten, die über klinische Kenntnisse verfügen, manchmal Unbehagen oder so-

gar Widerstand von Fachleuten, auch wenn Pflegekräfte die Suche nach Gesundheitsinformationen durch Patientinnen und Patienten befürworten, ihre Bemühungen schätzen und dieses Engagement durch eine aktive Teilnahme an ihrer Gesundheitsversorgung unterstützen sollten. So sehen sich Fachpersonen mit einer zunehmenden Autonomie der Menschen bei der Verwaltung ihrer Gesundheit konfrontiert, was zum Teil auf die IKT zurückzuführen ist. Um das Bewältigungsverhalten von Menschen zu verstehen, die IKT zur Suche nach Gesundheitsinformationen nutzen, wurde Roys Bewältigungsmodell gewählt. Wenn wir in das digitale Gesundheitszeitalter eintreten, wird es uns ermöglichen, den kognitiven Prozess zu verstehen, der mit diesen Bewältigungsmechanismen verbunden ist. Dies ist umso wichtiger, als in der Schweiz ein Bericht des BFS gezeigt hat, dass 17% der Menschen zwischen 16 und 74 Jahren über geringe digitale Fähigkeiten verfügen und dass ihnen geholfen werden muss, diese digitalen Ressourcen im Gesundheitswesen zu nutzen.

Digitale Gesundheit ist definiert als «die Verwendung von elektronischen und computergestützten Werkzeugen, Diensten und Methoden zur Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen oder einfach zur Förderung einer besseren Gesundheit» (Oh, Rizo, Enkin, & Jadad, 2005). Dazu gehören Gesundheitsdienste und Gesundheitsinformationen, die über das Internet und IKT bereitgestellt werden: z.B. elektronische Krankenakten, Telemedizin oder Telegesundheit, m-Gesundheit oder mobile Ge-

sundheit (Gesundheits-Applikationen oder damit verbundene Inhalte), intelligente Gebäudesteuerung und Sensoren. Die Zahl der Gesundheits-Applikationen nimmt ständig zu, aber die Qualität ist oft zufällig. Ein bemerkenswertes Beispiel ist die Anwendung des britischen *National Health Service* (NHS), mit der Patienten Antworten auf Fragen zu ihren Gesundheitsproblemen finden, Termine mit ihren Ärzten vereinbaren und auf ihre computergestützten medizinischen Unterlagen zugreifen können.

Referenzen

- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): A systematic review of published definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1). doi:10.2196/jmir.7.1.e1
- Inforoute Santé du Canada (2019). Qu'est ce que la santé numérique ? Retrieved 16.07.2019 from <https://www.inforoute.ca/fr/ce-que-nous-faisons/avantages-de-la-sante-numerique/qu-est-ce-que-la-sante-numerique>
- Service de la promotion de l'économie et de l'innovation (SPEI) (2019). SANTÉ DIGITALE - Un vivier d'intelligences invente la santé du futur. Retrieved 16.07.2019 from <https://www.vaud-economie.ch/secteurs-cles/domaines-d-innovation/sante-digitale>
- Bundesamt für Statistik (2017). Allgemeine digitale Kompetenzen der Bevölkerung im internationalen Vergleich. Retrieved 17.07.2019 from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kultur-medien-informationsgesellschaft-sport/informationsgesellschaft/gesamtindikato-ren/haushalte-bevoelkerung/digitalekompetenzen.assetdetail.5326226.html>

AKTUELLES AUS DER GESCHÄFTSSTELLE

Dr. Dalit Jäckel, VFP-Geschäftsleiterin und Yoshija Walter (M.Sc.), Assistent

Im Januar 2019 zog die VFP-Geschäftsstelle innerhalb des Hauses der Akademien vom Erdgeschoss in den vierten Stock. Dort befinden wir uns in der Nähe der SAMW und der Swiss Nurse Leaders und haben uns bereits gut eingelebt. Nebenbei ist das neue Büro auch noch günstiger als das bisherige. Das erste grosse Projekt bestand in der intensiven Planung des Pflegesymposiums Rehabilitation Care in Zusammenarbeit mit der Akademischen Fachgesellschaft Reha-bilitationspflege im März in Zürich.

Mit der Umstellung unserer halbjährlich erscheinenden Vereinsbroschüre VFP/APS Update als E-Broschüre hat eine weitere Modernisierung stattgefunden. Trotz eines entsprechenden Angebots hat sich kein einziges VFP-Mitglied weiterhin ein Druck-exemplar gewünscht, was uns gezeigt hat,

dass die Anpassung grossen Anklang findet. In demselben Zuge wurden auch die jeweils im VFP/APS Update erscheinenden Zusammenfassungen von Doktorarbeiten prominenter platziert. Sie werden neu in einer separaten Mail an alle Mitglieder sichtbar gemacht und sind zusätzlich auf <https://www.vfp-apsi.ch/veroeffentlichungen/dissertationen/> verfügbar. Seit April ist der VFP nun ebenfalls auch auf Twitter zu finden unter dem Namen [@vfpapsi](https://twitter.com/vfpapsi).

Aufgrund unseres Promotionsangebots, mit dem Studierende der Pflegewissenschaft im 2019 einen reduzierten Mitgliederbeitrag von 30.00 statt 85.00 für das erste Mitgliedsjahr bezahlen, hatten wir erfreulicherweise zahlreiche Neuregistrierungen zu verzeichnen. Permanent arbeitete die Geschäftsstelle in verschiedenen Arbeitsgruppen des Vorstands mit. Speziell zu erwähnen sind die Erstellung einer Forschungsübersicht über die pflegewissen-

schaftlichen Aktivitäten in der Schweiz sowie das Projekt «Bilderwelt», mit dem die Profession Pflegewissenschaft sichtbar gemacht werden soll. Beide Projekte sind noch am Laufen.

Im Mai wurden alle Kollektivmitglieder eingeladen, ihr Logo zu einem Vorzugspreis auf der neuen VFP-Website zu platzieren, wovon Institutionen aus unterschiedlichen Settings (Universität, Langzeitpflege, Spitex, Fachhochschule, Psychiatrischer Dienst, Höhere Fachschule) Gebrauch machten. Eine zusätzliche Erweiterung der neuen Website, welche bisher auf Deutsch und Englisch verfügbar war, betrifft die französische Version. Wir bedanken uns herzlich bei Dr. Gora Da Rocha für die Hilfe bei der Übersetzungsarbeit.

Nach der Generalversammlung vom 24. Juni 2019 in Neuchâtel ging es bereits direkt in

die Planung der nächsten Veranstaltung über: Ein After Work Event in Zusammenarbeit mit der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, an dem das Projekt «Intensivbetreuung in der Psychiatrie» vorgestellt wird. Wir freuen uns, Sie am 26. November 2019 um 17:00 an der Berner Fachhochschule zu sehen.

Ein weiteres Projekt in Zusammenarbeit mit allen Akademischen Fachgesellschaften war die Erstellung einer Liste mit allen AFG-Mitgliedern, welche in den verschiedensten Gremien und Organisationen national und international Mitglied sind oder eine Funktion innehaben. Aufgrund der sehr umfangreichen internen Liste soll das Kontaktknüpfen und Netzwerken mit anderen Organisationen erleichtert werden. Wir haben vor, regelmässig einen Einsitz eines VFP-Mitglieds in einem dieser Gremien vorzustellen (vgl. S.19 Wolfgang Hasemann zur European Delirium Association).

PFLEGESYMPOSIUM REHABILITATION CARE

Am 27. März 2019 organisierten die Interessensgemeinschaft für Rehabilitationspflege, der Schweizerische Verein für Pflegewissenschaft VFP und die Akademische Fachgesellschaft Rehabilitationspflege das dritte Pflegesymposium Rehabilitation Care im Volkshaus in Zürich. Die Organisatorinnen durften über 80 Teilnehmende begrüssen.

Im Fokus der Tagung stand «Miteinander weiterentwickeln» und damit sind Forschung, Praxis und Lehre im intra- und interdisziplinären Kontext gemeint. Das Ziel war, aktuelle Entwicklungen zu thematisieren und dessen (Aus-)Wirkungen zu diskutieren.

Nach den Begrüssungsreferaten startete Prof. Dr. Maria Müller Staub als erste Referentin. Sie blickte auf die Entwicklung des CHOP Codes Aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege (ABTP) zurück und informierte über die aktuellen Schritte.

Im Anschluss beantwortete Prof. Dr. Romy Mahrer die Frage, ob APN auch ein Zukunftsmodell für die Rehabilitationspflege ist, mit einem klaren Ja. Sie zeigte in ihrem Referat aktuelle Handlungsfelder sowie Zukunftsperspektiven praxisnah auf.

Susanne Suter-Riederer präsentierte ihre Dissertation zum Thema Pfliegerische Mobi-

litätsförderung in der Neurorehabilitation und berichtete über dessen Auswirkungen, die sie in qualitativen und quantitativen Studien untersucht hat.

Am Nachmittag wurden vier Masterarbeiten vorgestellt. Es ist den drei Referentinnen und dem Referenten ausgezeichnet gelungen, ihre Resultate vorzutragen. Thematisch beschäftigten sie sich mit den Themen nicht-motorische Symptome bei Menschen mit Parkinson (Claudia Gabriel), Kommunikation bei der Bewegungsunterstützung (Stephan Behr), Peer Counselling bei querschnittgelähmten Menschen (Karin Roth) sowie Selbstmanagementkompetenzen von Angehörigen von Hirnschlagpatientinnen und -patienten (Sarah Bolt).

Ein Highlight war der Auftritt von Prof. Dr. Marit Kirkevold, eine renommierte For-

scherin aus Norwegen, die sich unter anderem mit Publikationen zum Thema Caring einen Namen gemacht hat. Sie referierte zum Thema Psychosocial wellbeing following stroke or transitions from hospital to long-term care und zeigte interessante Studienergebnisse.

Den Abschluss machten Dr. Myrta Kohler und Dr. Brigitte Seliner von der Akademischen Fachgesellschaft für Rehabilitationspflege und zeigten ihren Arbeitsstand sowie die geplanten Projekte auf.

Nebst den spannenden Referaten konnte eine abwechslungsreiche Poster-Ausstellung besucht werden und die Pausen wurden sehr intensiv für Austausch und Networking genutzt.

DREI FRAGEN – DREI ANTWORTEN

Einleitung

Diese neue Rubrik wurde eingeführt, da alle Akademischen Fachgesellschaften und der VFP-Vorstand gemeinsam eine Liste von Engagements ihrer Mitglieder in Gremien und Organisationen erstellt haben. Die interne Liste soll das Netzwerken vereinfachen und geeignete Personen zum Knüpfen von Kontakten aufzeigen. Wir werden nun in jeder Ausgabe des VFP/APSI Update ein solches Engagement vorstellen.



Dr. Wolfgang Hasemann,
PhD, RN, Leiter Basler
Demenz-Delir-Programm,
Universitätsspital Basel

Dr. Wolfgang Hasemann: Vorstandsmitglied in der European Delirium Association

VFP/APSI Update: Wofür ist die Verbindung zur European Delirium Association wichtig?

Dr. Wolfgang Hasemann: Die European Delirium Association (EDA) hielt am 3./4. September 2019 ihre 14. Jahrestagung in Edinburgh. Die EDA ist eine junge interdisziplinäre und interprofessionelle europäische Fachgesellschaft, bestehend aus Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern, Geriaterinnen und Geriater, Psychiaterinnen und Psychiater, Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner, Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, sowie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, welche sich dem Thema Delir verschrieben haben. Ich arbeite seit der 2. Jahrestagung aktiv in der Gesellschaft mit und bin seit 2012 Board Member. Ich tausche mich intensiv mit den Boardmembers aus und führe mit einigen von ihnen gemeinsame Forschungsprojekte durch. Der Austausch mit den Boardmembers ermöglicht mir, mehr über den Hintergrund von wissenschaftlichen Studien zu erfahren, insbesondere auch über die Dinge, welche in Publikationen nicht genannt werden. Der Austausch hilft mir für die klinische Praxis, Trends im Delirmanagement frühzeitig zu erfahren. Regelmässig beteilige ich mich mit Postern oder Vorträgen über unsere Forschungsergebnisse am Diskurs der Scientific Community.

VFP/APSI Update: Was beinhaltet die Arbeit als Vorstandsmitglied in dieser Vereinigung und was bringt sie dir?

Dr. Wolfgang Hasemann: Die EDA hat nach 14 Jahren ihre jetzige juristische Struktur angenommen. Sie wird nach dem Vereinsrecht von Deutschland geführt. Dort gibt es gemäss der Satzung einen Vorstand und zu diesem Vorstand das Board. Das Board ist das engere Entscheidungsgremium der EDA. Satzungsrechtlich werden die Vorschläge jedoch von der Mitgliederversammlung, die im Rahmen der Jahrestagung abgehalten wird, beschlossen. Zu meinen Aktivitäten in der EDA zählen seit einige Jahren die aktive Teilnahme an der Vorbereitung der Jahrestagung: Mitgestaltung am wissenschaftlichen Programm, Beurteilung von Abstracts, Chair von Sessions bei der Jahrestagung.

VFP/APSI Update: Was könnte der VFP von der European Delirium Association lernen?

Dr. Wolfgang Hasemann: Die verschiedenen Berufsgruppen begegnen sich interdisziplinär und interprofessionell auf Augenhöhe. Die EDA ist befreundet mit den amerikanischen und australischen Delirgesellschaften. Der VFP kann von der EDA lernen, wie interprofessionelle und interdisziplinäre wissenschaftliche Fachtagungen themenorientiert organisiert werden können.

Als neues Kollektivmitglied begrüßen wir im VFP:

Paracelsus Recovery Clinic

Impressum

Schweizerischer Verein für
Pflegerwissenschaften, Geschäftsstelle
Geschäftsleiterin: Dr. Dalit Jäckel
Assistent: Yoshija Walter
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7 / Postfach
3001 Bern
031 306 93 90
www.vfp-apsi.ch
info@vfp-apsi.ch

Präsidentin: Prof. Dr Iren Bischofberger
Careum Hochschule Gesundheit, Teil der
Kalaidos Fachhochschule Schweiz
Pestalozzistrasse 5
8032 Zürich
Tel: 043 222 50 58
iren.bischofberger@careum-hochschule.ch

Redaktion: Carole Délétroz, Dalit Jäckel,
Ursula Wiesli, Dave Zanon
Layout: Die Medienmacher AG, MuttENZ



Weiterbildung für die Praxis

Vertiefen Sie Ihre klinischen Kompetenzen, erweitern Sie Ihre Beratungs-, Schulungs- und Zusammenarbeitskompetenzen oder legen Sie den Fokus auf den Ausbau Ihrer Leadership-Kompetenzen. Unsere Weiterbildungen lassen sich einzeln absolvieren oder Schritt für Schritt zu einem Certificate, Diploma oder einem Master of Advanced Studies ausbauen.

Auswahl Angebote

- WBK/Modul Intra- und Interprofessionelle Gesprächsführung
- Workshop Advanced Family Systems Care
- CAS Klinische Kompetenzen in Gerontologischer Pflege
- CAS Leadership und Projektmanagement
- DAS in Pädiatrischer Pflege
- MAS in Patienten- und Familienedukation

**Erweitern Sie
ihr Wissen**

am Institut für Pflege der ZHAW