

Kongressband zum
7. Internationalen Kongress
im September 2023

Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice
**Let's go - APNs together for save patient care
in health systems**

 **ADVANCED**
PRACTICE NURSING
NURSING PRACTICE
DEUTSCHES NETZWERK G.E.V.



Herausgeber:innen (Alphabetische Reihenfolge)

Prof. Dr. Christine Boldt, Diplom-Pflegewirtin (FH), MSc Epidemiology (Univ.) ist Pflegefachperson, Professorin für Pflegewissenschaft an der Hochschule München und Studiengangsleitung für den Master Advanced Nursing Practice (ANP). Sie ist Mitglied der Ethikkommission der Hochschule München. Christine Boldt ist Präsidentin und Gründungsmitglied der AFG Regionalgruppe Süd (rAFG APN Süd) des Deutschen Netzwerks ANP & APN g.e.V. sowie stellvertretende Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirats im Deutschen Netzwerk für ANP & APN g.e.V.

Prof. Dr. Uta Gaidys, RN, PhD, Diplom-Pflegepädagogin, ist Professorin für Pflegewissenschaft (Ethik, Kommunikation) an der HAW Hamburg, leitet dort das Department Pflege und Management und ist Studiengangsleitung für den Master ANP. Sie ist Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirats im Deutschen Netzwerk ANP & APN g.e.V. Uta Gaidys ist Mitglied des Wissenschaftsrats der Bundesrepublik Deutschland.

Dr. Sonja Freyer, MSc APN, ist seit 2020 Präsidentin des Deutschen Netzwerks ANP & APN g.e.V. Sie arbeitet als Pflegeexpertin APN in der Psychiatrie am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide. 2022 schloss sie den Promotionsstudiengang an der Vinzenz Pallotti University (ehemals Philosophisch-Theologische-Hochschule Vallendar) ab.

Sabrina Pelz, MSc APN, ist Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Intensivpflege und Anästhesie. Sie ist als APN und Fachliche Leitung auf der Intensivstation am Universitäts- und Rehabilitationsklinikum Ulm tätig. Sabrina Pelz ist Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerks ANP & APN g.e.V. und hat hier die Position der Schriftführerin sowie die Verantwortung für nationale Projekte inne. Zusätzlich engagiert sie sich als Präsidentin in der regionalen AFG APN Nord und ist Gründerin dieser AFG.

Zudem ist sie Mitglied der AFG APN Critical Care des Deutschen Netzwerks ANP & APN g.e.V.

Matthias Prommersberger, MSc ANP, Gesundheits- und Krankenpfleger, Praxisanleiter, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der staatlichen Hochschule München, Projektkoordinator im Projekt „Entwicklung eines ICF-basierten Kompetenzhandbuchs zur pflegerischen Versorgung von erwachsenen Menschen mit ASS“. Seit 2019 engagiert er sich als ehrenamtliches Vorstandsmitglied im Deutschen Netzwerk und ist Gründungsmitglied der regionalen Akademischen Fachgesellschaft Süd des Deutschen Netzwerks ANP & APN g.e.V. (rAFG Süd).

Dr. Anne Schmitt, MSc, Vizepräsidentin des Deutschen Netzwerks ANP & APN g.e.V. Sie ist Lehrbeauftragte für besondere Aufgaben an der htw saar und an der Ernst-Abbe-Hochschule in Jena im Studiengang Bachelor Pflege. Anne Schmitt promovierte bei Prof. Dr. Erika Sirsch am Lehrstuhl für Akutpflege an der Vinzenz Pallotti University (VPU), Vallendar, vormals Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar.

Anne Volmering-Dierkes ist Mitglied des Vorstands sowie Schatzmeisterin des Deutschen Netzwerkes ANP & APN g.e.V. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Sachverständige für zivil- und strafrechtliche Prozesse in der DIP GmbH (Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung) in Köln. Gleichzeitig promoviert Anne Volmering-Dierkes bei Prof. Dr. Helen Kohlen am Lehrstuhl für Care-Policy und Ethik in der Pflege an der Vinzenz Pallotti University (VPU), Vallendar.

Impressum

Herausgeber:innen

(Alphabetische Reihenfolge)

Christine Boldt, Uta Gaidys, Sonja Freyer, Sabrina Pelz, Matthias Prommersberger, Anne Schmitt & Anne Volmering-Dierkes

Konzeption und Redaktion

auftritt + absatz, Sabine Arnold-Althoff

Gestaltung

Regina Berg-Esmyl

Der vorliegende Konferenzband konnte aus Mitteln des Deutschen Netzwerks Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice g.e.V. realisiert werden.

September 2023

Vorwort

Herzlich willkommen liebe Kongressteilnehmerinnen und Kongressteilnehmer!

„Let's go -

APNs together for save patient care in health systems“

war das Motto des 7. Internationalen Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice Kongresses in Hamburg. Gemeinsam mit dem Department Pflege & Management der Hochschule für angewandte Wissenschaft Hamburg und dem Deutschen Netzwerk APN & ANP g.e.V. wurde der 7. internationale APN-Kongress gestaltet und organisiert.

Dieses Jahr hatten wir den Beitrag, den Advanced Practice Nurses für eine sichere Patient:innenversorgung leisten können, in den Mittelpunkt unseres Kongresses gestellt. In den Vorträgen, Posterpräsentationen und Workshops wurde deutlich, wie sich eine Advanced Nursing Practice (ANP) auf die Sicherheit von Patient:innen – und zwar sektorenübergreifend – auswirkt.


An zwei Tagen boten wir die Möglichkeit zum Austausch über den aktuellen Stand und die Entwicklungspotenziale von APNs und ANP im deutschsprachigen Raum und auf internationaler Ebene. Wir hörten Beiträge von Bachelor- und Masterstudierenden und Bachelor- und Masterabsolvent:innen, die Wege suchen, wie sie sich in der Pflegepraxis verorten können; von Professorinnen, Professoren und Lehrbeauftragten, die an Hochschulen den Weg für APNs und ANP ebnen und von APNs, die sich bereits in der Praxis etabliert haben. Geladene Gäste berichteten als Keynote-Speaker im internationalen Kontext von aktuellen Entwicklungen zur Advanced Nursing Praxis. Ein besonderes Highlight war auch in diesem Jahr wieder die Verleihung der Phenomenon Awards.

Wir erlebten spannende und informative Tage beim DNAPN-Kongress in Hamburg, konnten uns intensiv austauschen, unsere Netzwerkarbeit vertiefen und führten lebhaft Diskussionen. Gerne schauen wir mit Ihnen zusammen auf eine gute gemeinsame Zeit in Hamburg zurück. Im vorliegenden Kongressband haben wir für Sie alle Beiträge als Abstracts zusammengestellt und wünschen Ihnen eine informative Nachlese.

Im Namen des Vorstands des DNAPN g.e.V.

Dr. Sonja Freyer

Dr. Anne Schmitt



„
Let's go -
APNs together
for save patient
care in health
systems“

Eröffnungsrede

*Liebe Kongressteilnehmende,
liebe Kolleginnen und Kollegen,*

herzlich willkommen zum 7. Internationalen APN & ANP Kongress hier in Hamburg, der in diesem Jahr wieder in Präsenz stattfinden kann. Darüber freuen wir uns am meisten, dass wir uns zu einem persönlichen Austausch treffen und die spannenden Beiträge der zahlreichen Referentinnen und Referenten hier vor Ort anhören können. Unter dem Kongressmotto: „Let's go – APNs together for safe patient care in health systems“ widmen sich die Referent:innen in den nächsten beiden Tagen diesem so wichtigen Thema, der Patient:innensicherheit in den unterschiedlichen Versorgungssettings. Gerade durch die Covid-19 Pandemie aber auch durch den bestehenden Fachkräftemangel sowie immer komplexer werdende Anforderungen an Pflegefachpersonen im Gesundheitswesen, rückt die sichere Patient:innenversorgung immer mehr in den Mittelpunkt. Diese komplexer werdenden Anforderungen in der Gesundheitsversorgung sind ein Ansatzpunkt für die Implementierung von Advanced Practice Nursing. In den letzten Jahren haben wir gerade auf unseren Kongressen immer wieder Beispiele von Implementierungsprozessen und -projekten einzelner APN-Rollen gehört und wir sehen jetzt, dass wir auf die ersten Evaluationen von implementierten APN-Rollen und deren Effekte blicken können. Die Entwicklung und Umsetzung von Advanced Nursing Practice in unterschiedlichen Versorgungssettings schreitet in den deutschsprachigen Ländern voran, international sind die APN-Rollen fester Bestandteil in der Gesundheitsversorgung. Gerade in Deutschland standen und stehen wir immer wieder vor Herausforderungen in der Implementierung von akademisierten Pflegefachpersonen sowohl auf Bachelor- als auch auf Masterebene in der Gesundheitsversorgung.

Das ergänzende Motto „Anker setzen und festmachen“ steht symbolisch dafür, dass wir mit der erweiterten Pflegepraxis, der Advanced Nursing Practice, begonnen und den Anker zuerst in den Kliniken gesetzt haben, zunehmend mehr Projekte zu Advanced Nursing Practice im ambulanten Bereich implementieren, erproben und auch die Langzeitversorgung ein Handlungsfeld für Advanced Nursing Practice ist. Wir haben also den Anker gesetzt und festgemacht, APNs sind ein fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung und leisten in diesem Kontext ihren Beitrag zur sicheren Patient:innenversorgung.

„
Anker
setzen und
festmachen

In den nächsten beiden Tagen werden wir Beispiele und Entwicklungen zu unterschiedlichen Aktivitäten und Projekten zu folgenden Kernthemen hören:

Es geht um die Rahmenbedingungen für Advanced Practice Nursing zur Gestaltung einer sicheren Patient:innenversorgung sowie die Patient:innensicherheit in verschiedenen APN-Handlungsfeldern (z. B. Community Health Nursing, klinische Versorgung, stationäre Langzeitpflege). Auch wenn wir jetzt schon auf eine gewisse Zeit, mehr als 10 Jahre, zurückblicken können, seit die ersten APN-Rollen in den deutschsprachigen Ländern implementiert worden sind, bleibt das Thema Rollenentwicklung APN, hier insbesondere mit dem Schwerpunkt auf Clinical Leadership und sichere Patient:innenversorgung weiterhin aktuell und wir werden dazu Beiträge hören.

Mit den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie standen wir vor unterschiedlichen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Auch gerade in dieser Zeit haben sich APNs für eine sichere Patient:innenversorgung engagiert und Konzepte entwickelt, die zu einer verbesserten Versorgung beitragen. APNs sind Teamplayer und verstehen die sichere Patient:innenversorgung als Ziel interprofessioneller Zusammenarbeit. Um die Wirksamkeit und Effekte von Advanced Practice Nursing aufzuzeigen, erhalten wir in den nächsten beiden Tagen auch einen Einblick zu unterschiedlichen Forschungsmethoden im Kontext von Advanced Practice Nursing.

Gerne möchte ich mich an der Stelle nochmal bei Uta Gaidys und Katrin Blank-Köster sowie dem Team der HAW Hamburg, den Studierenden, die die Organisation des Kongresses unterstützen und überhaupt möglich machen, ganz herzlich bedanken. Darüber hinaus möchte ich mich ebenfalls bei meinen Vorstandskolleg:innen, den AFG Präsidentinnen und dem wissenschaftlichen Beirat bedanken, die die Organisation des Kongresses maßgeblich unterstützt haben. Ganz herzlichen Dank für Eure Arbeit in den letzten Monaten! Ohne Euch wäre die Durchführung des Kongresses nicht möglich gewesen. Ganz besonders möchte ich mich noch bei Ihnen den Referentinnen und Referenten bedanken, dass Sie Ihre Beiträge eingereicht haben und uns das spannende Programm ermöglichen! Vielen Dank dafür und jetzt wünsche ich Ihnen und uns informative und tolle Kongresstage sowie Diskussionen und den persönlichen Austausch, denn das „Netzwerken“ ist ja ebenfalls ein zentraler Bestandteil unseres Kongresses.

Dr. Sonja Freyer

Präsidentin Deutsches Netzwerk APN & ANP g.e.V.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 3

Eröffnungsrede 4

Kapitel 1: Rahmenbedingungen für Advanced Practice Nursing zur Gestaltung einer sicheren Patient:innenversorgung

- 1.1. **Safety climate in hospitals: A cross-sectional study on the perspectives of nurses and midwives** (Posterpräsentation) Manela Glarcher 8
- 1.2. **Advanced Practice Nurses in Deutschland - Wo seid ihr?** (Vortrag) rAFG Nord des DNAPN/ANP g.e.V., Fenna Weller 10
- 1.3. **Konzept zur Implementierung einer erweiterten akademisierten Pflegepraxis am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide** (Vortrag) Patrick Focken 12

Kapitel 2: Patient:innensicherheit in verschiedenen APN-Handlungsfeldern

- 2.1. **Mit Sicherheit zur richtigen Zeit informiert - APN-Beratungsprogramm für Angehörige von schwer betroffenen Schlaganfallpatient:innen** (Vortrag) Jan Röttgers, Nina Kolbe 14
- 2.2. **Evidenz von und für ein Pflegeteam als Impuls zur Veränderung der Pflegepraxis am Beispiel freiheitsentziehender Maßnahmen in der Intensivpflege** (Vortrag) Mustafa Atas 16
- 2.3. **„Das ist bisher niemandem aufgefallen ...“ - Patient:innensicherheit in der ambulanten Versorgung durch APNs** (Vortrag) Christine Leyendecker, Ines Kopp 17
- 2.4. **Die erweiterte Versorgungsplanung von Patient:innen mit Glioblastom - Ein Aufgabenfeld für eine APN** (Vortrag) Cindy Carina Thiele 19
- 2.5. **Gesundheitsversorgung in einer ländlichen Region - Eine Analyse und leitfadengestützte Erhebung zur erweiterten Pflegepraxis in der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld** (Posterpräsentation) Sofia Dittmar 20



Kapitel 3: Rollenentwicklung APN – Clinical Leadership und sichere Patient:innenversorgung

- 3.1. **Models of care with Advanced Practice Nurses in the Emergency Department: A scoping review** (Lecture) Samantha Horvarth 21
- 3.2. **Strategic Planning for Implementation of Advanced Practice Nursing** (Lecture) Madrean Schober 22
- 3.3. **Clinical Leadership-Kompetenzen von Pflegeexpert:innen in der Primärversorgung** (Posterpräsentation) Emma Schlegel 23
- 3.4. **Die Rolle der APN im Enhanced Recovery after Surgery Konzept in der Pankreaschirurgie** (Posterpräsentation) Freya Brodersen, Inke Zastrow 24
- 3.5. **Take the lead – Clinical Leadership in gemeinsamen Führungsteams umsetzen** (Workshop) Laura Gerken, Julia Mayer 26
- 3.6. **Systematische Entwicklung von Shared Governance und ANP-Rollen an einem Universitätsklinikum** (Vortrag) Andrea Ellermeyer 28
- 3.7. **Clinical Leadership in Advanced Nursing Practice** Katrin Blanck-Köster 30
- 3.8. **Erfahrungsbericht zur Rollenentwicklung einer APN-Pflegeexpertin im Zentrum für Onkologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf** (Vortrag) Jennifer Hagemann 32
- 3.9. **Erweiterte Pflegepraxis in der klinischen Versorgung (alters-) traumatologischer Patient:innen. Erste literaturbasierte Ergebnisse eines Forschungs- und Entwicklungsprojekts** (Vortrag) Naomi Neumann, Reinhard Lenz, Ulrike Höhmann, Christiane Knecht, Dieter Heitmann, Frederike Peter 33
- 3.10. **Advanced Nursing Practice – Messen, abbilden und evaluieren** (Workshop) Lea Kauffmann, Jana Heise, Konrad Krüger 34
- 3.11. **Exploring APN Experiences of Issues Influencing Sustainability: A World Café** (Workshop) Elke Keinath, Manela Glarcher, Nancy Carter 35
- 3.12. **Strukturwandel auf einer gerontopsychiatrischen Station – Eine Zwischenbilanz** (Vortrag) Patrik Lemli 36
- 3.13. **Partizipative Entwicklung und Implementierung einer Advanced Practice Nurse (APN) für Patient:innen in der (Alters-)Traumatologie – Das Projekt PATIENCE** (Vortrag) Rebecca Weiland, Tobias Becker, Ulrike Höhmann, Christiane Knecht 37
- 3.14. **Pflegerisches Delir-Management – Den Handlungsspielraum von Pflegeexpert:innen maximal ausloten und andere Professionen inspirieren** (Vortrag) Susanne Look 39

Kapitel 4: Covid-19-Pandemie und Advanced Practice Nursing

- 4.1. **Frühphase der Pandemie: Herausforderungen und Lösungen im ländlichen Raum** (Vortrag) Marcel Thra 40



Kapitel 5: Sichere Patient:innenversorgung als Ziel interprofessioneller Zusammenarbeit

- 5.1. **Herausforderungen in der Rolle der geteilten Führung** (Vortrag) Sabrina Pelz 41
- 5.2. **Interprofessionelle Berufsbildung – Sichere Patient:innenversorgung durch gemeinsames Lernen und gemeinsames Arbeiten** (Vortrag) Jann Niklas Vogel, Annemarie Bagner, Matthias Müller 42
- 5.3. **Bewältigung des sturzbedingten Liegetraumas im Alter – Ein Leitfaden** (Vortrag) Jenny Kubitzka 44
- 5.4. **Evaluation nach Einführung der Safewards-Intervention in einer psychiatrischen Klinik** (Vortrag) Katrin Thissen 46
- 5.5. **Berufliches Selbstverständnis der Pflegefachpersonen in Deutschland** (Vortrag) Christa Keienburg 48
- 5.6. **Das aktive Angehörigentelefonat auf der Intensivstation** (Vortrag) Jessica Kilian 49
- 5.7. **Vom Partner:innencheck zum 4-Augen-Prinzip – Berufsgruppenübergreifendes Lernen zwischen Kletterspaß und Patient:innensicherheit** (Posterpräsentation) Susanne Look, Egbert Opitz 51
- 5.8. **Einführung eines Delir-Managements auf der pädiatrischen Intensivstation am LMU Klinikum** (Posterpräsentation) Marianne Pöllabauer, Beate Kleine 52
- 5.9. **APN-geführtes Kompetenznetzwerk** (Posterpräsentation) Marie Rohini Raatz-Thies 54
- 5.10. **Delir und Angehörige** (Vortrag) Sonja Freyer 55

Kapitel 6: Forschungsmethoden und Advanced Practice Nursing

- 6.1. **Veränderung gestalten: Mit „CFIR“ und „ERIC“ Einflussfaktoren und Umsetzungsstrategien für Veränderungen in der Praxis identifizieren** (Workshop) Marcelina Roos, Katharina Silies 56
- 6.2. **Gemeinsam aus Fehlern lernen – Einführung in das „Learning from Defects Tool“** (Workshop) Susanne Look 57
- 6.3. **Aufgaben und Kompetenzen von Advanced Practice Nurses im Handlungsfeld Critical Care. Ergebnisse eines Expert:innen-Workshops** (Vortrag) Nikoletta Dimitriadou Xanthopoulou, Melanie Große-Westermann, Claudia Oetting-Roß, Christiane Knecht 58
- 6.4. **(Pflege-)Phänomene und Konzepte in der Versorgung älterer Patient:innen im Krankenhaus im Kontext von Advance Practice Nursing – Ein Überblick über den Forschungsstand** (Vortrag) Tobias Becker, Darleen Metten, Rebecca Weiland, Ulrike Höhmann, Christiane Knecht 59
- 6.5. **Übertragbarkeit des KOMMA-Ansatzes einschließlich des KOMMA-Einschätzungsbogens auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz – Eine explorative qualitative Studie** (Vortrag) Julia Sonntag 60
- 6.6. **Entwicklung eines Masterstudiengangs Advanced Nursing Practice – Critical Care – Methodische Implikationen** (Posterpräsentation) Melanie Große-Westermann, Nikoletta Dimitriadou Xanthopoulou, Claudia Oetting-Roß, Christiane Knecht 62
- 6.7. **Fokussierte Interviews mit Pflegefachpersonen zu spezifisch ähnlich erlebten Schmerzsituationen auf der neonatologischen Intensivstation** Anne Schmitt 64

Kapitel 7: Die Verleihung des APN Phenomenon Awards 2023

- 7.1. **Delir-Management in der Notaufnahme – Ein Best-Practice-Projekt zur Anpassung der Versorgungsprozesse** Christopher Simon 65
- 7.2. **Bewältigung des sturzbedingten Liegetraumas im Alter – Ein Leitfadene** Jenny Kubitzka 68

Manela Glarcher

Safety climate in hospitals: A cross-sectional study on the perspectives of nurses and midwives (Posterpräsentation)

BACKGROUND

Internationally, Advanced Practice Nursing (APN) is characterized by an expanded professional knowledge base in specific nursing care, complex decision-making skills, and clinical competencies acquired in a master's degree program. The understanding of what constitutes the role of an APN and how it should be implemented varies from country to country, and in some cases within countries. Specific roles, core competencies, and learning outcomes, which can act as a guide for health care professionals, managers, and politicians should be defined in a conceptual framework. A framework, as the general conceptual basis, allows a broader meaning and usefulness of the content.

In Austria, the development of the nursing profession is characterized by a late graduation. Between 2004 and 2007, the first curricula were developed at the universities of Vienna, Graz, Hall in Tyrol, and Salzburg in accordance with and by following the guidelines of the Bologna Declaration. The training of the first APNs began about seven years ago. Currently, three universities of applied sciences and two private universities offer master programs for nurses, but an official professional title, a professional recognition as well as specific fields of action in nursing practice are missing. For a successful implementation of APN, however, role clarity seems to be essential.

QUESTION

Can internationally used APN competency frameworks be used to design an APN framework for Austria?

OBJECTIVE

The overall goal of the project was to develop an 'Austrian APN competency framework'. Specific aims were to (1) describe internationally used frameworks in APN, (2) evaluate, compare, and map competencies, (3) identify existing competencies and expand the qualitative knowledge about APN roles and core competencies by focus group discussions performed in first Austrian APN groups, and (4) to generate a draft 'Austrian framework'.

METHODS

A descriptive, phenomenological qualitative study took place. First, a scoping review was conducted in the databases PubMed, Cochrane, CINAHL and Web of Science as well as on websites of universities and nursing associations. Based on these findings, video-recorded focus groups using Microsoft Teams with APNs in various health care facilities in Austria were performed subsequently. For data analysis semantic content transcription followed by deductive, as well as inductive content analysis were used.

RESULTS

In summary, 44 international studies from 15 countries to describe internationally recognized APN roles and related competencies in frameworks were identified. Using purposive and snowball sampling, 17 APNs (65% females; average age 35.4 years, average employment as APN 9.6 months) participated in four focus group discussions. Results demonstrated eight main themes and nine sub themes to clarify APN roles and competencies for the development of an 'Austrian APN competency framework'.

CONCLUSION

This first conceptual framework will serve as a basis for further consensus procedures with experts in APN development using Delphi technique.

”
International role
models can help to
define the APN role
in countries with
less APN
experience

AUTHORS

Dr. Manela Glarcher, MSc, BSc, RN, Assistant Professor in Nursing Science at the Institute of Nursing Science, Paracelsus Medical University Salzburg, manela.glarcher@pmu.ac.at

Dr. Irmela Gnass, MScN, BScN, RN, Assistant Professor in Nursing Science at the Institute of Nursing Science, Paracelsus Medical University Salzburg, irmela.gnass@pmu.ac.at

Mag. Dr. Patrick Kutschar, Assistant Professor at the Institute of Nursing Science, Paracelsus Medical University Salzburg, patrick.kutschar@pmu.ac.at

Dr. Nadja Nestler, RN, Assistant Professor in Nursing Science at the Institute of Nursing Science, Paracelsus Medical University Salzburg, nadja.nestler@pmu.ac.at

LITERATURE

International Council of Nurses (ICN). (2020). GUIDELINES ON ADVANCED PRACTICE NURSING 2020. International Council of Nurses (ICN).

De Raeve, P., Davidson, P. M., Bergs, J., Patch, M., Jack, S. M., Castro-Ayala, A., Xyrichis, A., & Preston, W. Advanced practice nursing in Europe—Results from a pan-European survey of 35 countries. *J Adv Nurs*, n/a(n/a). DOI:10.1111/jan.15775

Canadian Nurses Association (CNA). (2010). Canadian Nurse Practitioner Core Competency Framework 2010. Canadian Nurses Association.

Polit, D. F. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*, 62(1), 107-115. DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

rAFG Nord des DNAPN/ANP g.e.V., **Fenna Weller**

Advanced Practice Nurses in Deutschland – Wo seid ihr? (Vortrag)

HINTERGRUND

Die Steigerung der Patient:innensicherheit durch den Einsatz von Pflegenden mit akademischer Ausbildung ist international wissenschaftlich geprüft und bestätigt worden (Aiken et al., 2012; Aiken et al., 2014; Griffiths et al., 2014). Innerhalb Deutschlands wächst das Angebot der Bachelor- und Master-Studiengänge in der Pflege. Advanced Practice Nurses werden international dadurch gekennzeichnet, dass sie über einen Masterabschluss verfügen und in der direkten Pflegepraxis tätig sind (Tracy & O'Grady, 2019; Schober et al., 2020). Ihre Implementierung im stationären Bereich unterliegt aktuell diversen Herausforderungen und Rahmenbedingungen. Parallel dazu gibt es deutschlandweit kein verpflichtendes Netzwerk, wie eine Pflegekammer, in dem die Advanced Practice Nurses registriert sind und durch welches ihre Interessen vertreten werden. Dies führt dazu, dass Advanced Practice Nurses ihr individuelles Tätigkeitsfeld grundlegend immer wieder selbst erschaffen und definieren müssen (Stephanow, 2019).

FRAGESTELLUNG

Diese Studie enthält zwei Forschungsfragen: Wo in Deutschland und in welchen stationären Settings sind die Advanced Practice Nurses beschäftigt? Und wie gestalten sich ihre Rollenprofile und Rahmenbedingungen in der praktischen Umsetzung?

ZIEL

Das übergeordnete Ziel dieser Studie ist die Sichtbarmachung von Advanced Practice Nurses deutschlandweit. Hierfür soll eine Landkarte erstellt werden. Außerdem soll die Diversität der Rahmenbedingungen und Rollenprofile von Advanced Practice Nurses in stationären Settings dargestellt werden.

METHODE

Anhand eines Cross-sectional Online Surveys werden Advanced Practice Nurses befragt, die innerhalb Deutschlands im stationären Setting tätig sind. Neben den demographischen Daten werden unter anderem die Spezialisierung, Eingruppierung, die klinikinterne Berufsbezeichnung und andere Rahmenbedingungen erfragt. Die Auswertung der Daten erfolgt deskriptiv.

ERGEBNISSE

Anhand der Ergebnisse werden erstmalig die Diversität der Rahmenbedingungen sowie die individuellen Handlungsfelder der Advanced Practice Nurses im stationären Setting in Deutschland aufgezeigt. Zum anderen können die spezifischen Entwicklungsmöglichkeiten von Fachkompetenzen in Deutschland dargestellt und Zukunftsstrategien abgeleitet werden. ■

FAZIT

Damit eine nachhaltige Implementierung von Advanced Nursing Practice erfolgen und die erweiterte Gestaltung einer sicheren Patient:innenversorgung gewährleistet werden kann, müssen auf Bundesebene einheitliche Rahmenbedingungen für den Einsatz von Advanced Practice Nurses eingeführt werden.

”
APNs definieren
ihre Einsatzfelder
individuell in
Ermangelung einheitlicher
Rahmenbedingungen

AUTORINNEN

Fenna Weller MScN, Pflegeexpertin APN für Onkologie, Israelitisches Krankenhaus Hamburg, f.weller@ik-h.de

Anja Gerlach MSc, Pflegewissenschaftlerin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Anke Begerow, Professorin für Pflegewissenschaft, HAW Hamburg, anke.begerow@haw-hamburg.de

Miriam Riesel-Thamm MScN, Pflegeexpertin APN interdisziplinäre Intensivstation, Sana Kliniken Lübeck GmbH, miriam-riese@web.de

Sabrina Roiter MScN, Pflegeexpertin APN interdisziplinäre Intensivstation, Israelitisches Krankenhaus Hamburg, s.roiter@ik-h.de

Anja Albers MScN, Pflegeexpertin APN, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Intensivmedizin, anja.albers@gmx.net

Chris Creemers MScN, Pflegeexpertin APN, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Intensivmedizin, Chris.Creemers@hotmail.com

Cindy Carina Thiele MScN, Pflegeexpertin APN, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Kopf- und Neurozentrum (KNZ), c.thiele@uke.de

Daniela Lorenzen MScN, Pflegeexpertin APN, AGAPLESION Diakonieklinikum Hamburg, Daniela.lorenzen@agaplesion.de

Katrin Blanck-Köster cand. PhD. Pflegewissenschaft MA, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Studiengangskordinatorin Master Pflege, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, katrin.blanck-koester@haw-hamburg.de

Lea Kaufmann MSc Public Health, Pflegeexpertin APN Neuroonkologie, Medizinische Hochschule Hannover, kauffmann.lea@mh-hannover.de

Nicole Feldmann MScN, Pflegewissenschaftlerin, Klinikum Oldenburg AöR, Pflegewissenschaft@klinikum-oldenburg.de

Sabrina Pelz MScN, Fachliche Leitung Intensivstation, Advanced Practice Nurse Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm

Tamar Schmidt MScN, Hauptamtliche Praxisanleiterin, Immanuel Albertinen Krankenhaus, tamar.schmidt@immanuelalbertinen.de

LITERATUR

Aiken L.H., Sermeus W., van der Heede K., Sloane D.M., Busse R., McKee M., Bruyneel L., Rafferty A.M., Griffiths P., Moreno-Casbas M.T., Tishelman M.T., Sott A., Brzostek T., Kinnunen J., Schwendimann R., Heinen M., Zikos D., Sjetne I.S., Smith H.L., Kuthney-Lee A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344: e1717

Aiken L.H., Sloane D.M., Bruyneel L., Van den Heede K., Griffiths P., Busse R., Diomidous M., Kinnunen J., Kózka M., Lesaffre E., McHugh M.D., Moreno-Casbas M.T., Rafferty A.M., Schwendimann R., Scott P.A., Tishelman C., van Achterberg T., Sermeus W. (2014). RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383: 1824-1830

Griffiths P., Ball J., Drennan J., James L., Jones J., Recio-Saucedo A., Simon M. (2014). The association between patient safety outcomes and nurse / healthcare assistant skill mix and staffing levels & factors that may influence staffing requirements. University of Southampton, 2014. <http://eprints.soton.ac.uk/367526/>

Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J., & Stewart, D. (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing (International Council of Nurses, Hrsg.). ICN.

Stephanow, V. (2019). Implementierung von Pflegeexpert/innen APN in deutschen Krankenhäusern: Chancen & Herausforderungen. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*. Hps media. DOI: 10293.000/30000-1713

Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2019). *Advanced Practice Nursing. An integrative Approach*. (6. Aufl.). Elsevier Inc.

Patrick Focken

Konzept zur Implementierung einer erweiterten akademisierten Pflegepraxis am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

HINTERGRUND

Die Entscheidung zur Implementierung von akademisierten Pflegefachpersonen auf Masterniveau erfolgte 2018 durch das Pflegemanagement und der Direktion des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide (Nickel & Freyer, 2020). Seither sind am Klinikum drei Advanced Practice Nurses im Fachbereich Psychiatrie und Critical Care tätig sowie eine auf Masterniveau qualifizierte Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin in der Funktion Advanced Practice Midwifery.

FRAGESTELLUNG

Wie kann eine erweiterte akademisierte Pflege am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide (KBR) implementiert werden?

ZIEL

Zur Beantwortung der Fragestellung soll ein schriftliches Konzept entwickelt werden, welches eine theoretische Fundierung als Basis einer Implementierung sowie notwendige Handlungsschritte zur Implementierung beschreibt. Ferner soll das Konzept künftig weiteren akademisierten Pflegefachpersonen den Einstieg am KBR erleichtern.

METHODE

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde von den am KBR tätigen Advanced Practice Nurses (APNs) und der Advanced Practice Midwifery (APM; Hebammenexpertin) ein Konzept im Sinne eines PDCA-Zyklus entwickelt. Im Rahmen einer Klausurtagung wurden die Ziele sowie ein Zeitplan zur Erstellung des Konzeptes definiert. Im Anschluss erfolgte die weitere Ausgestaltung in monatlichen Treffen. Ebenso

wurde zu Beginn eine Literaturrecherche zu verschiedenen Aspekten der erweiterten akademisierten Pflege durchgeführt. Die Ergebnisse der Recherche dienten als theoretische Grundlage, um daraus Schritte zur Operationalisierung abzuleiten.

ERGEBNISSE

Die Erstellung des Konzeptes erfolgte innerhalb eines Jahres. Es beschreibt die theoretische Fundierung der jeweiligen Kompetenzprofile von APNs und APM sowie die Operationalisierung zur Implementierung von APNs und APM. Als theoretischer Bezugsrahmen wird das Model of Advanced Practice Nursing (APN) nach Hamric (2014) genutzt. Ebenso sind einzelne Aspekte praktischer Tätigkeiten und Beispiele bezogen

auf die jeweiligen Fachbereiche hinterlegt. Zusätzlich erfolgt die Beschreibung der Kontextfaktoren, die sich in der Literatur bei Hamric (2014) auf die Implementierung von Advanced Nursing Practice beziehen. Hierbei entstand die Diskussion, welche Kontextfaktoren des Hamric-Modells auch die Entwicklung von Advanced Practice Midwifery beeinflussen. Für die Implementierung der erweiterten Praxisrollen steht für die APNs das PEPPA-Framework zur Verfügung, welches ggf. in einzelnen Schritten auch für APMs genutzt werden kann. Darüber hinaus beschreibt das Konzept weitere notwendige Voraussetzungen zur Implementierung sowie die Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit pflegerischen Kolleg:innen sowie mit anderen Berufsgruppen. ■

AUTOR

Patrick Focken, Pflegeexperte APN Critical Care, MSc, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, patrick.focken@klinikum-bremerhaven.de

FAZIT

Die Implementierung von APNs und APMs bedarf einer konzeptionellen Grundlage.

LITERATUR

- Bischoff-Wanner, C. (2007): Die Lehrerbildung in der Pflege im Zeichen von „Bologna“. *Pflege & Gesellschaft* (1) 12.
- 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.
- Feuchtinger, J. & Weidlich, S. (2023). *Advanced Practice Nursing in der klinischen Pflegepraxis*. Stuttgart. Kohlhammer.
- Flemke & Focken (2023): *Mentoring – You never walk alone*. Im Druck *Die Schwester | Der Pfleger*
- Grundlegende Kompetenzen für die Hebammentätigkeit 2019 UPDATE Oktober 2019 veröffentlicht <https://www.hebammenverband.de/verband/berufspolitik/internationales/>
- Hähnlein, Kirstin Astrid (2022) *Management Praxisanleitung für Studierende Hebammen*. Leitfaden Klinikum Bremerhaven (klinikinternes Dokument)
- Hamric, A. B.; Hanson, C. M.; Tracy, M. F. & O’Grady, E. T. (2014). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. 5th Edition. Missouri: Elsevier
- Lamb, A.; Martin-Misener, R.; Bryant-Lukosius, D. & Latimer, M. (2018). Describing the leadership capabilities of advanced practice nurses using a qualitative descriptive study. *Nursing Open* (400-413). <https://doi.org/10.1002/nop2.150>
- Nickel, W. & Freyer, S. (2019): *Akademiker in der klinischen Pflege*. *Die Schwester/Der Pfleger* 11, S. 42-46.
- Schober, M., & Affara, F. (2008). *Advanced Practice Nursing*. In ICN (Ed.): Blackwell Publishing

Jan Röttgers · Nina Kolbe

Mit Sicherheit zur richtigen Zeit informiert – APN-Beratungsprogramm für Angehörige von schwer betroffenen Schlaganfallpatient:innen (Vortrag)

HINTERGRUND

In Deutschland erleiden jährlich ca. 270.000 Menschen einen Schlaganfall (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, 2019). Auf der Stroke Unit sehen sich Patient:innen und deren Angehörige zum ersten Mal mit den möglichen körperlichen und geistigen Einschränkungen eines Schlaganfalls konfrontiert, welche das gesamte Familiensystem beeinflussen können. Der Großteil der Schlaganfallpatient:innen und deren Angehörige weisen zudem ein hohes Wissensdefizit über die Erkrankung sowie die Versorgung während und nach dem Krankenhausaufenthalt auf (Abt-Zegelin et al., 2009).

FRAGESTELLUNG

Welche APN-geleiteten, evidenzbasierten Unterstützungsinterventionen für Angehörige von schwer betroffenen Schlaganfallpatient:innen können die Versorgungsqualität und -sicherheit von der Krankenhausaufnahme bis zur Entlassung optimieren?

ZIEL

Mit der Implementierung und Umsetzung eines Beratungskonzeptes für Angehörige von schwer betroffenen Schlaganfallpatient:innen am Universitätsklinikum Münster sollen Entlastungen für die Angehörigen sowie für das interprofessionelle Team erzielt werden. Ziele für Angehörige sind die Zunahme von Informationen, Sicherheit, emotionale Unterstützung sowie Hilfestellungen bei individuellen Unterstützungsbedarfen. Ziele für das interprofessionelle Team sind eine optimierte Struktur in der Angehörigeneinbindung und -kommunikation sowie Entlastung bei der Dokumentation.

METHODE

Aus einer Synthese von APN-geleiteten Workshops (UKM APN Workshops, 2018), einer systematischen Literaturrecherche sowie dem kanadischen „Timing it Right Framework“ (Cameron & Gignac, 2008) entstand ein umfassendes, strukturiertes Beratungsprogramm für Angehörige von schwer betroffenen Schlaganfallpatient:innen.

ERGEBNISSE

Erste Ergebnisse bei 20 Pilot-Angehörigen im Zeitraum Dezember 2022 bis Januar 2023 zeigten eine deutliche Befürwortung der gesamten dreiteiligen Beratungsintervention. Die durch-

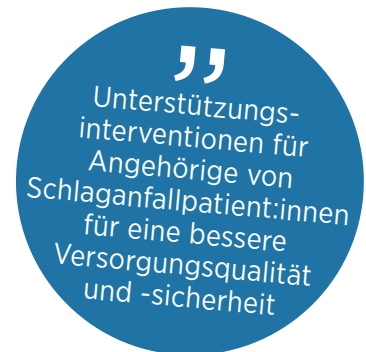
schnittliche Gesprächsdauer betrug 30,31 Minuten (Gesamtdauer 485 min). Das Durchschnittsalter der in die Befragung eingeschlossenen Angehörigen lag bei 60,25 Jahren. Das Erstgespräch fand überwiegend am ersten Behandlungstag statt. Die drei häufigsten von Angehörigen ausgewählten Beratungsinhalte waren „Krankheitswissen“, „Symptommanagement“ sowie „Stressreduktion“. 14 von 20 Angehörigen nahmen das im Beratungsprogramm integrierte Angebot des „aktiven Angehörigentelefonats“ in Anspruch. Bei 19 von 20 Patient:innen lag nach der Zweitberatung eine vollständige Angehörigendokumentation vor. Eine weitere Evaluation ist geplant.

AUTOR:INNEN

Jan Röttgers, Gesundheits- und Krankenpfleger, MScN, Pflegeexperte APN Stroke Unit, Universitätsklinikum Münster (UKM), jan.roettgers@ukmuenster.de
Nina Kolbe, Pflegewissenschaftlerin (MScN, BScN), Stabsstelle Pflegewissenschaft, Universitätsklinikum Münster (UKM), nina.kolbe@ukmuenster.de

FAZIT

Das Konzept unterstützt aktiv Angehörige von Schlaganfallpatient:innen zu einem sensibel abgepassten Zeitpunkt, stationsübergreifend und nach evidenzbasierten Kriterien. Gleichzeitig erfährt das Behandlungsteam Sicherheit und Entlastung bei der professionellen Betreuung aller Betroffenen.



LITERATUR

- Bauernschmidt, D. & Dorschner, S. (2018): Angehörige oder Zugehörige? –Versuch einer Begriffsanalyse. *Pflege*. 31 (6).301-309. Hogrefe.
- Cameron, J. I. & Gignac, M. A. M. (2008). „Timing It Right“: a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient education and counseling*, 70(3), 305–314. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.10.020>
- Cameron, J., Naglie, G., Gignac, M. et al. (2014): Randomized clinical trial of the timing it right stroke family support program: research protocol. *BMC Health Services Research* 2014, 14:18.
- Case Management Leitlinien (2020): Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen (2. Aufl.). Case Management in der Praxis.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): Schlaganfall S3-Leitlinie. AWMF-Register-Nr. 053-011. DEGAM-Leitlinie Nr. 8
- Jungbauer, J., Krieger, T., Floren, M. (2017): Konzeption und erste Evaluation eines rehabilitationsbegleitenden Beratungsangebots für Angehörige von Schlaganfallpatienten. *Rehabilitation (Stuttg)* 2017; 56(04): 257-263. DOI: 10.1055/s-0042-121381.
- Jungbauer, J., Floren, M. & Krieger, T. (2015). Beratung und Begleitung für Angehörige von Schlaganfallpatienten in Nordrhein-Westfalen. In W. Schnepf (Hrsg.), Erstellung einer NRW-spezifischen Übersicht zur Gesamtsituation pflegender Angehöriger (S. 521-558). Universität Witten-Herdecke: Abschlussbericht an das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Kaendler, S., Ritter, M., Sander, D., Elstner, M., Schwarzbach, C., Wagner, M., Meisel A. (2022): Positionspapier Schlaganfallnachsorge der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft – Teil I: Nachsorge nach einem Schlaganfall: Status quo der Versorgungsrealität und Versorgungsdefizite in Deutschland. *Nervenarzt* ·93:368–376. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01231-9>.
- Torke, A. M., Wocial, L. D., Johns, S. A., Sachs, G. A., Callahan, C. M., Bosslet, G. T., Slaven, J. E., Perkins, S. M., Hickman, S. E., Montz, K. & Burke, E. S. (2016). The Family Navigator: A Pilot Intervention to Support Intensive Care Unit Family Surrogates. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 25(6), 498–507. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016730>
- White, D. B., Cua, S. M., Walk, R., Pollice, L., Weissfeld, L., Hong, S., Landefeld, C. S. & Arnold, R. M. (2012). Nurse-led intervention to improve surrogate decision making for patients with advanced critical illness. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 21(6), 396–409. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012223>
- Wright, L.M. & Bell, J.M. (2009): *Beliefs an illness: A model for healing*. Calgary, Canada: 4th Floor Press

Mustafa Atas

Evidenz von und für ein Pflegeteam als Impuls zur Veränderung der Pflegepraxis am Beispiel freiheitsentziehender Maßnahmen in der Intensivpflege (Vortrag)

HINTERGRUND

Patient:innen auf der Intensivstation sind häufig in ihrem Bewusstsein so beeinträchtigt, dass in lebensbedrohlichen Situationen ihr Wille für die Intensivbehandlung nicht regelkonform eingeholt werden kann. In solchen Fällen ist die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen durch Sedierung oder Fixierung eine gängige Praxis, um diagnostische und therapeutische Maßnahmen sicherzustellen. Wenn das Risiko besteht, dass die medizinische Intensivbehandlung unterbrochen wird, kann die Anwendung der Patientenfixierung durch Pflegefachkräfte ausgelöst werden (Li & Fawcett, 2014).

FRAGESTELLUNG

Wie wird die Patient:innenfixierung am Handgelenk auf der Intensivstation fachlich begründet?

ZIEL

Im Rahmen eines neu eingeführten Delir-Managements wurde die gängige Praxis der Nutzung freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) innerhalb des Pflegeteam hinterfragt, um eine Sensibilisierung im Team zu erreichen.

METHODE

Methodisch fiel die Entscheidung für eine Punktprävalenz-Erhebung. Bei allen fixierten Patient:innen wurden die Ergebnisse der CAM-ICU und RASS erhoben. Zusätzlich erfolgte eine Abfrage über die Art der FEM und der ärztlichen Anordnung.

ERGEBNISSE

Die erste Erhebung erfolgte vom 22.08.2022 bis 27.09.2022. Die zweite Erhebung erfolgte vom 08.02.2023 bis 06.03.2023. In der ersten Erhebung wurden 34 Patient:innen, in der zweiten Erhebung wurden 26 Patient:innen einbezogen. Durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Evidenz wurde erkennbar, dass die Durchführung der Patient:innenfixierung im klinischen Alltag positiv beeinflusst werden kann. ■

AUTOR

Mustafa Atas, MA Health Administration, BA Pflegemanagement, Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Vivantes Klinikum Berlin Friedrichshain, mustafa.atas@vivantes.de

„
Durch
Sensibilisierung im
Team zu einer
besseren Patient:
innen-
versorgung

FAZIT

Durch die Datensammlung konnte dem interprofessionellen Team die eigene Praxis aufgezeigt werden. Wichtig war es, Teamkolleg:innen zu sensibilisieren, Situationen zu erkennen und zu benennen, wenn eine Patient:innenfixierung unreflektiert erfolgt und alternative Maßnahmen möglich sind. Mit der eigenen Evidenz können nun Handlungsfelder und Maßnahmen definiert sowie ein Berichtswesen zur Patient:innenfixierung aufgebaut werden.

LITERATUR

Li, Xianqian., & Fawcett, T. N. (2014): Clinical decision making on the use of physical restraints in intensive care units. *International of Nursing Sciences*.

Christine Leyendecker · Ines Kopp

„Das ist bisher niemandem aufgefallen ...“ – Patient:innensicherheit in der ambulanten Versorgung durch APNs (Vortrag)

HINTERGRUND

Im Forschungsprojekt FAMOUS, das vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wird, erhalten mehrfach chronisch erkrankte Menschen eine hausarztnahe Versorgung durch masterqualifizierte Advanced Practice Nurses (APNs) (KH Mainz, o. J.). Diese Patient:innen bedürfen aufgrund überlappender Symptome, Pflegephänomene und Behandlungsstrategien einer komplexen und dadurch fehleranfälligen Therapie- und Versorgungssteuerung. Dies hat Auswirkungen auf die Patient:innensicherheit (Schrappe, 2018).

Patient:innensicherheit als mehrdimensionales Konstrukt, soll unerwünschte Ereignisse vermeiden und wird von den Strukturen des Gesundheitssystems und der individuellen Patient:innensituation beeinflusst (APS, 2022; Schrappe, 2018). Für das ambulante Setting liegen dazu aber nur wenige Daten vor (ZQP, 2018). Bekannt ist, dass die „Relevanz medikamentenassoziierter unerwünschter Ereignisse bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen [...] hoch“ (ZQP, 2018, S. 14) ist.

Für den ambulanten Bereich wurden Handlungsfelder zur Verbesserung der Patient:innensicherheit entwickelt. Dazu gehören u. a. Verantwortung im komplexen Setting, Schnittstellenmanagement, Gesundheitskompetenz (ZQP, 2018), Arzneimitteltherapiesicherheit, Kommunikation und Nationale Versorgungsleitlinien (KBV, o. J.). Aus diesen Handlungsfeldern ergeben sich Parallelen zum Aufgaben- und Verantwortungsgebiet der FAMOUS-APNs.

FRAGESTELLUNG

Welchen Beitrag können APNs in der hausarztnahen Versorgung zur Patient:innensicherheit leisten?

METHODE

Anhand von Fallanalysen der FAMOUS-APNs wurde beispielhaft dargestellt, welchen Beitrag Advanced Nursing Practice zur Patient:innensicherheit im hausärztlichen Setting leisten kann.

ERGEBNISSE

APNs leisten einen Beitrag zur Patient:innensicherheit in Bezug auf

Medikationssicherheit

Durch ein umfassendes Medikationsreview wird eine Überprüfung des Risiko-Nutzen-Profiles, eine Optimierung der Arzneimittelhandhabung sowie die Förderung der Medikationsadhärenz erreicht.

Schnittstellenmanagement

Die APNs fungieren als Schnittstellenmanager:innen im Versorgungsnetzwerk und fördern (pro)aktiv die

akteurübergreifende Kommunikation, um die individuelle Therapie und Versorgung sicherzustellen.

Kontinuität des Versorgungsprozesses und personenzentrierte Versorgung

Durch regelmäßige Kontakte werden Gesundheitskompetenz sowie Krankheits- und Alltagsbewältigung mittels einer personenzentrierten Versorgungsplanung gestärkt. Ein vertieftes Assessment führt zur Identifizierung der individuellen Unterstützungs-, Behandlungs- und Beratungsbedarfe. ■

FAZIT

Die hausarztnahe Versorgung durch APNs ist ein vielversprechender Ansatz für die Verbesserung der Patient:innensicherheit.

2.3

Patient:innensicherheit in verschiedenen APN-Handlungsfeldern

AUTORINNEN

Christine Leyendecker APN, MA, Familienpraxis Pitzen Daun,
christine.leyendecker@apn-famous.de

Ines Kopp APN, MSc, Hausarzt-Praxis Tawern, ines.kopp@apn-famous.de

„
Hausarztnahe
Versorgung durch
APNs für verbesserte
Patient:innen-
sicherheit

LITERATUR

Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) (Hrsg.) (2022): Wege zur Patientensicherheit. Katalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit: https://www.aps-ev.de/wpcontent/uploads/2022/05/2022_APS_Lernzielkatalog.pdf [03.03.2023]

Katholische Hochschule Mainz (KH Mainz) (2022): Projekt FAMOUS: <https://khmz.de/forschung/famous/> [08.03.2023]

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Patientensicherheit: https://www.kbv.de/html/themen_36772.php [03.03.2023]

Schrappe, Matthias (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APSWeissbuch_2018.pdf [03.03.2023]

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.) (2018): Patientensicherheit-Ergebnispapier: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Ergebnispapier.pdf> [03.03.2023]

Cindy Carina Thiele

Die erweiterte Versorgungsplanung von Patient:innen mit Glioblastom – Ein Aufgabenfeld für eine APN (Vortrag)

HINTERGRUND

Das Glioblastom hat eine schlechte Prognose. Die häufigsten Symptome sind Wesensveränderungen, Krampfanfälle sowie kognitive und physische Einschränkungen (Weller, M. et al., 2014). Angehörige fühlen sich häufig auf die Rolle des pflegenden Angehörigen nicht vorbereitet und der Versorgungsprozess bedeutet für sie einen hohen Leidensdruck. Die Bewältigung der neurologisch-komplexen Symptome kann zu Notfallsituationen führen, mit denen Patient:innen und Angehörige überfordert sein können und aufgrund dessen die Notaufnahme aufsuchen (Coolbrandt, A., et al., 2015).

FRAGESTELLUNG

Welche Hinweise gibt es bei Patient:innen mit Glioblastom als Begründung für die wiederholten, ungeplanten Aufnahmen?

ZIEL

Das Forschungsziel ist die Analyse von Hinweisen für Gründe der wiederholten, ungeplanten stationären Aufnahme von Patient:innen mit Glioblastom.

METHODE

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine explanativ ausgerichtete Case Study gewählt. Die gefilterten Fälle wurden quantitativ und qualitativ beschrieben und durch Analysetechniken vertieft betrachtet.

ERGEBNISSE

Die Ergebnisse aus 30 Fällen zeigen, dass besonders in späteren Erkrankungsphasen Interventionen zur erweiterten Versorgungsplanung stattfinden, jedoch die Patient:innen daran häufig nicht mehr adäquat teilnehmen können. ■

FAZIT

Wird die erweiterte Versorgungsplanung in der frühen Erkrankungsphase initiiert, können Patient:innen daran häufig noch adäquat teilnehmen. Insbesondere die Prävention der häuslichen Dekompensation sollte früher im Krankheitsverlauf thematisiert werden. Im Rahmen einer pflegerischen Beratung sollten der Umgang mit Symptomen, die Entscheidungsfindung am Lebensende sowie eine Netzwerkgestaltung und die Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige nach dem Schweizer SENS-Modell³ mit der Familie besprochen werden. Es gilt, eine professionelle Beziehung mit Ansprechbarkeit aufzubauen, frühzeitig und kontinuierlich die Bedürfnisse der Betroffenen zu erheben und eine proaktive Rollenvorbereitung mit entsprechender Netzwerkgestaltung anzuregen. Eine Advanced Practice Nurse (APN) kann dieses Aufgabenfeld und die integrative Versorgung übernehmen.

„
APNs sind
prädestiniert für
eine erweiterte
Versorgungs-
planung

AUTORIN

Cindy Carina Thiele, Gesundheits- und Krankenpflegerin MScN, Pflegeexpertin APN, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf – Neurochirurgie, c.thiele@uke.de

LITERATUR

Weller, M. et al. (2014). EANO guideline for the diagnosis and treatment of anaplastic gliomas and glioblastoma. *The Lancet Oncology*, 15(9), 395-403.

Coolbrandt, A., et al. (2015). Family Caregivers of Patients With a High-Grade Glioma: A Qualitative Study of Their Lived Experience and Needs Related to Professional Care. *Cancer Nursing*, 38(5), 406-413.

Eychmüller, S. (2014) SENS – eine Strukturhilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care. https://www.palliative-ostschweiz.ch/fileadmin/Dateiliste/palliative_ostschweiz/AG_Betreuungsplan/2015_Fachartikel_SENS_S._Eychmueller.pdf. Zuletzt zugegriffen am 30. März 2023

Sofia Dittmar

Gesundheitsversorgung in einer ländlichen Region – Eine Analyse und leitfadengestützte Erhebung zur erweiterten Pflegepraxis in der Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld (Posterpräsentation)

HINTERGRUND

Aufgrund aktueller Herausforderungen im Gesundheitswesen und der sich verändernden Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen sowie den berufspolitischen Entwicklungen nimmt die Bedeutung einer erweiterten Pflegepraxis (APN) zu.

FRAGESTELLUNG

Ist die Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis in einer ländlichen Region sinnvoll und wie kann diese aus Sicht relevanter Stakeholder gelingen?

ZIEL

Ziel ist es, Empfehlungen zur Implementierung einer erweiterten Pflegepraxis in einer ländlichen Region sowie spezifische Interventionen für die Gemeinde Bad Königshofen i. Grabfeld abzuleiten.

METHODE

Ausgangspunkt der Forschungsarbeit waren der Positivismus und der phänomenologisch-hermeneutische Forschungsansatz. Im Rahmen des Public Health Intervention Wheels wurde eine ländliche Region analysiert. Zusätzlich wurden leitfadengestützte Interviews mit Stakeholdern dieser Region durchgeführt. Als Grundlage diente der Ansatz des PEPPA-Frameworks. Die Interviews wurden anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

ERGEBNISSE

Es nahmen sieben Personen (n=7) aus den Bereichen ambulante und hausärztliche Versorgung, sonstige Leistungserbringer im Gesundheitswesen und politische Institutionen teil. Es fehlt an Strukturen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Stakeholder schätzen die erweiterte Pflegepraxis als bedeutend ein und zeigen sowohl Skepsis als auch Unterstützungsmöglichkeiten. Für eine Implementierung von APNs ist eine Strategie notwendig. ■

AUTORINNEN

Sofia Luisa Dittmar, MSc, Pflegeexpertin APN, Seniorenheim Barockschloss Birnfeld, sofia.dittmar@gmx.de
Prof. Dr. Susanne Schuster, Professorin für Pflegewissenschaft, Studiengangsleitung Master ANP, EVHN, susanne.schuster@evhn.de

FAZIT

Es gibt einen Bedarf der erweiterten Pflegepraxis im ländlichen Setting. Das PEPPA-Framework eignet sich für eine erfolgreiche Implementierung in diesem Bereich. Für die Zukunft ist es wichtig, dass sich bestehende Strukturen einbringen und dass gesundheitspolitische Regelungen erfolgen.

LITERATUR

- Agnes-Karll-Gesellschaft. (2019). *Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen* (2. Auflage). Berlin: DBfK. Zugriff am 20.12.2022. Verfügbar unter: https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn_kurzbrochuere_2019-07.pdf
- Agnes-Karll-Gesellschaft. (2022). *Community Health Nursing. Aufgaben und Praxisprofile*. Berlin: DBfK. Zugriff am 20.12.2022. Verfügbar unter: https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Ausschreibung/CHN_Broschuere_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x>
- Burgi, M. & Igl, G. (2021). *Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland* (1. Auflage). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.5771/9783748924319>
- Schreiber, R., Davidson, H., MacDonald, M., Crickmore, J., Moss, L., Pinelli, J. et al. (2001). *Advanced Nursing Practice Research Project. Phase 1 - Step 4. Employer Interview Questions*.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (Hrsg.). (2020). *Public Health Nursing. Population-Centered Health Care in the Community* (10. Auflage). Canada: Elsevier Health Science.

Samantha Horvath

Models of care with Advanced Practice Nurses in the Emergency Department: A scoping review (Lecture)

BACKGROUND

Emergency departments play a critical role in health care systems internationally. In Canada, annual visits for emergency care continue to climb, related to poor access to primary care, the COVID-19 pandemic, and health human resource issues. International literature shows similar stressors in the emergency department. Extended wait times to see health providers lead to poor outcomes, and innovative models of care are needed to address emergency department overcrowding and to meet the needs of patients. Advanced practice nurses (APNs) have the expertise and scope of practice to optimize and address primary and acute care needs and could be further integrated into the emergency health care systems.

QUESTION

What and how can APNs in emergency departments add to improve patient and organization outcomes?

OBJECTIVE

To gain a better understanding of patient outcomes when APNs are involved in the care process.

METHODS

This scoping review was a comprehensive search of MEDLINE, EMCARE, EMBASE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, and grey literature. Authors developed inclusion and exclusion criteria, performed title and abstract screening, and full text screening using review software. Data about models of care with advanced practice nurses were extracted and organized to understand patient, provider, and organizational outcomes. We also extracted information about the development and implementation of roles.

RESULTS

Of the 6,780 records identified, 76 met inclusion criteria. Emergency department models of care, mainly using nurse practitioners, include fast-track, generalized emergency, minor injury, orthopedics, pediatrics, geriatrics, specific populations, and triage. Reported

patient outcomes include improvement in key metrics specific to emergency departments, such as total length of stay, wait times to be seen by a provider, left without being seen rates, treatment for pain, costs, and resource use. When comparing nurse practitioners to other providers, outcomes were similar or better for patient and organizational outcomes.

CONCLUSION

Various models of care utilizing advanced practice in emergency departments are present internationally and information about how they are developed, integrated, and utilized provides practical information to support and sustain new roles. There is an opportunity to expand the use of these roles into Canadian emergency departments as the nurse practitioner scope of practice grows. Given the current crisis across health care systems, there is need for innovation, improving delivery of emergency services with these advanced practice nursing models of care can help to address important health policy priorities in Canada and other countries.

Madrean Schober

Strategic Planning for Implementation of Advanced Practice Nursing (Lecture)

BACKGROUND

The development of Advanced Practice Nursing (APN) is a global phenomenon. The integration of these nurses into the healthcare workforce requires suitable policies and strategies to support optimal clinical practice. Based on extensive consultation experience in the field it was observed that APN initiatives proceeded from early, beginning periods of discussion through stages of decision making to realization in practice. It was also noted that new initiatives sometimes failed and exploratory discussions did not progress. Many initiatives advanced but at a slower pace than hoped for. Key stakeholders and decision makers appeared to face difficult situations at multiple levels when considering the concept of APN. A review of the literature revealed limited research that demonstrates key points relevant to the APN policymaking processes and subsequent implementation of the intent of policy for APNs.

QUESTION

Optimal support for the APN concept requires supportive policies for APNs to practice to their full potential. Without appropriate policies a restrictive environment limits the level at which the APN can practice. Strategic thinking and planning could facilitate the implementation process that is supportive of optimal APN clinical practice.

OBJECTIVE

To describe policy processes and strategies supportive of sustainable APN implementation.

METHOD

The presentation will be based on an ethnographic study conducted in Singapore and extensive consultation experience in the field.

RESULTS

Key policymakers in positions of authority are able to promote education and policy development for APNs. However, often there is no strategic plan

for the implementation of the APN concept. Limited understanding of APN by nursing managers/supervisors, medical directors and consultants contributes

to indecision and uncertainty. Due to a lack of role clarity APNs after graduation from their education program, at times return to positions they held before completion of their MScN degree. APNs frequently develop their own perspective of the role and what they should do based on theory taught and experience gained during their education. APNs prefer to advance in expert clinical practice (not management or education tracks that are already frequently part of the career ladders for promotion). This view is sometimes in conflict with nursing supervisors but not necessarily in conflict with medical consultants. ■

”
Clear policies
are required to
fully utilize the
potential
of APNs

CONCLUSION

The processes from the intent of introducing an APN policy to the realization in practice are complex and often include unanticipated events. Even though a fully rational approach will not solve all problems, strategies for planning APN implementation provide a reference point to assist in support for optimal APN practice. Let us not proceed with underutilization of APNs because of restrictive policies or lack of a relevant policy framework.

Emma Schlegel

Clinical Leadership-Kompetenzen von Pflegeexpert:innen in der Primärversorgung (Posterpräsentation)

HINTERGRUND

Zur Sicherung der Gesundheitsversorgung älterer Menschen im ländlichen Raum wird der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen im Sinne einer „erweiterten Pflegepraxis“ diskutiert. Im Projekt HandinHand führten zehn Pflegeexpert:innen (PE) über einen Zeitraum von sechs Monaten auf der Grundlage eines ärztlich abgestimmten Versorgungsplans Hausbesuche bei chronisch kranken Patient:innen > 60 Jahre durch.

FRAGESTELLUNG

Welches Maß an Eigenverantwortung und welche fachliche Kompetenz werden von PE wahrgenommen, um komplexe Versorgungssituationen zu erfassen und u. a. die Rolle des Clinical Leaders (Leitungsrolle) ausfüllen zu können?

ZIEL

Ziel der Studie war, Aspekte der Rollenentwicklung und -ausübung (u. a. der Leitungsrolle) zu erfassen.

METHODE

Eine Mixed-Methods-Prozessevaluati-on: Datenerhebungen erfolgten auf der Grundlage eines logischen Modells, das sich am MRC-Framework für komplexe Interventionen orientiert. Zu drei Zeitpunkten (t1–t3) wurden die PE mit einem Online-Fragebogen u. a. zur Häufigkeit der Ausübung der Leitungsrolle, zur mit dieser Rolle assoziierten Tätigkeiten, zur wahrgenommenen Handlungsautonomie, zu eigenständigen Entscheidungsmöglichkeiten und Möglichkeiten der Reflektion der Rolle befragt. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte deskriptiv.

ERGEBNISSE

Es haben n=8 PE (t1, t2) bzw. n=5 PE (t3) teilgenommen. Im Verlauf der Erhebungen fühlten sie sich in ihrer Rolle als PE insgesamt zunehmend sicherer. Zu allen Erhebungszeitpunkten gaben sie mehrheitlich an, nie, selten oder manchmal eine Leitungsrolle einzunehmen. Bei der Ausübung von mit der Leitungsrolle assoziierten Tätigkeiten (z. B. umfassende Anleitung und Beratung) fühlten sie sich zunehmend sicher. Weitere von ihnen benannte Tätigkeiten in der Leitungsrolle bezogen sich mehrheitlich auf organisatorische Aspekte. Im Verlauf bewerteten mehr PE die Aussage als zutreffend, innerhalb

ihres Kompetenzbereichs eigenständig Entscheidungen treffen zu können und gaben häufiger an, Herausforderungen/Konflikte in Bezug auf ihre Rollenfindung und -ausübung mit anderen reflektieren zu können. Die wahrgenommene Handlungsautonomie zeigte ein ambivalentes Bild und veränderte sich im Verlauf kaum. ■

”
Rollenentwicklung
und -ausübung
einer PE beginnt mit
einer klaren
Rollendefinition
als PE

FAZIT

Die PE fühlten sich im Projektverlauf zunehmend sicher in der Ausübung ihrer PE-Rolle und mit der Leitungsrolle assoziierten Tätigkeiten, sahen sich jedoch selten in der Leitungsrolle, was ggf. durch die individuelle Interpretation des Leitungsbegriffs begründet ist. Das heterogene Antwortverhalten der PE hinsichtlich der wahrgenommenen Handlungsautonomie deutet auf die individuelle Ausgestaltung der Rolle, aber auch auf Beschränkungen in der Ausübung durch z. B. Rahmenbedingungen hin. Im Rahmen der Prozessevaluation wird das Verständnis von Rolle und Handlungsautonomie qualitativ aus unterschiedlichen Perspektiven (u. a. Hausärzt:innen) weiter untersucht.

Freya Brodersen · Inke Zastrow

Die Rolle der APN im Enhanced Recovery after Surgery Konzept in der Pankreaschirurgie (Posterpräsentation)

HINTERGRUND

Operationen am Pankreas gehören zu den komplexesten Eingriffen der Viszeralchirurgie und weisen hohe Mortalitäts- und Morbiditätsraten auf. Für die betroffenen Patient:innen kann sich das Leben nach einem Pankreaseingriff langfristig verändern. Eine postoperativ resultierende endo- sowie exokrine Insuffizienz des Pankreas bedeutet für die Patient:innen die lebenslange Substitution von Insulin und Verdauungsenzymen. Hinzu kommt eine oftmals lebenszeitlimitierende Prognose bei malignen Erkrankungen. Enhanced Recovery after Surgery (ERAS)-Behandlungskonzepte führen nachweislich zu einer Reduktion postoperativer Komplikationen und einer kürzeren Verweildauer im Krankenhaus. Essenziell für die erfolgreiche Implementierung und Umsetzung ist die Rolle der sogenannten ERAS-Nurse. Das Kompetenz- und Tätigkeitsprofil der ERAS-Nurse ist jedoch noch nicht ausreichend beschrieben.

FRAGESTELLUNG

Wie lässt sich das Kompetenz- und Tätigkeitsprofil der ERAS-Nurse definieren, um eine Etablierung zu sichern?

ZIEL

Validierung der Implementierung von APNs im Rahmen des ERAS-Behandlungskonzepts.

METHODE

Im Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) werden Patient:innen mit Pankreasoperationen seit 2016 im Rahmen eines ERAS-Konzeptes versorgt. Im Rahmen dessen begannen das UKE 2023 mit der Implementierung einer APN-Rolle im Rahmen von ERAS. Zu den Tätigkeiten zählen die präoperative Patient:innenedukation und eine gezielte pflegerische Anamnese im prästationären Setting. Inhaltlicher Schwerpunkt der Edukation ist insbesondere die Partizipation der Patient:innen im Behandlungsprozess. Des Weiteren werden Prävention von Komplikationen durch Frühmobilisierung und Durch-

führung von Prophylaxen, Kostaufbau und Infektionsprävention thematisiert. Postoperativ führt die ERAS-APN pflegerische Visiten durch. Im Rahmen dessen finden eine körperliche Untersuchung, die Einschätzung des Behandlungsverlaufs sowie bedürfnisadaptierte Beratungen und ein interprofessioneller Austausch statt.

ERGEBNIS

Patient:innen mit Pankreasoperationen befinden sich in komplexen Versorgungssituationen und bedürfen pflegerischer Fachexpertise vom Zeitpunkt der Diagnostik bis zur Operation sowie im postoperativen Behandlungsverlauf. Insbesondere betrifft dies die Bereiche Edukation und Beratung, Wund- und Drainagenversorgung, Monitoring von

Komplikationen, Wiederherstellung der Autonomie und Mobilität, Erlernen von Insulin- und Enzymsubstitution, Prävention von postoperativen Komplikationen und unter Umständen Unterstützung bei der Verarbeitung einer palliativen Erkrankungssituation. ■

AUTORINNEN

Freya Brodersen, Pflegeexpertin APN, ERAS-Nurse Department für Allgemein-, Thorax- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, f.brodersen@uke.de

Inke Zastrow, Pflegexpertin APN, Pflegewissenschaftlerin, Direktion für Patienten- und Pflegemanagement

FAZIT

Die Etablierung einer APN im Rahmen des ERAS-Behandlungskonzepts ist umsetzbar und wird im interprofessionellen Kollegium und aus Patient:innenperspektive wertgeschätzt. Es bedarf weiterer Forschung und wissenschaftlicher Evaluation von APN im Rahmen von ERAS. Zukünftig ist die Bedürfnisanalyse von Patient:innen mit Pankreasoperationen geplant.

3.4.



LITERATUR

- Strobel O, Neoptolemos J, Jäger D, et al (2019) Optimizing the outcomes of pancreatic cancer surgery. *Nature reviews Clinical oncology* 16: 11-26
- Kneuertz PJ, Pitt HA, Bilimoria KY, et al (2012) Risk of Morbidity and Mortality Following Hepato-Pancreato-Biliary Surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 16: 1727-1735
- Hartwig W, Werner J, Jäger D, et al (2013) Improvement of surgical results for pancreatic cancer. *The Lancet Oncology* 14: e476-e485
- Kuemmerli C, Tschuor C, Kasai M, et al (2022) Impact of enhanced recovery protocols after pancreatoduodenectomy: meta-analysis. *British Journal of Surgery* 109: 256-266
- Brodersen F (2022) Die ERAS-Nurse: Pflegeexpertise in der Chirurgie. *Im OP*, 12(05): 206-210. DOI: 10.1055/a-1655-5685
- Schober M, Affara F, Wagner F, et al, *Advanced nursing practice (ANP)* (2008) Huber
- Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, et al (2013) *Advanced practice nursing-E-Book: An integrative approach*. Elsevier Health Sciences

Laura Gerken · Julia Mayer

Take the lead – Clinical Leadership in gemeinsamen Führungsteams umsetzen (Workshop)

HINTERGRUND

Erhöhte Anforderungen an die Patient:innenversorgung verlangen danach, dass tradierte Versorgungsstrukturen den aktuellen Bedarfen angepasst und weiter entwickelt werden müssen. Für eine evidencebasierte Versorgung sind sowohl Pflorgeteams mit einem dem Bedarf angemessenen Skills-Grade-Mix als auch eine umfassende interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig. Die traditionellen Führungsaufgaben Pflegemanagement, Qualitäts- und Risikomanagement, Pflegefachlichkeit (Clinical Leadership) sowie die Verantwortung für die Ausbildung zukünftiger Pflegenden wurden bisher regelhaft von einer Person übernommen. In Anbetracht der Fülle und Komplexität der genannten Aufgaben werden kreative und innovative Führungsansätze in der Pflege benötigt, die einerseits die Patient:innensicherheit stärken und andererseits die Gesundheit und das Wohlbefinden von Mitarbeitenden fördert, um diese möglichst lange im Beruf zu halten.

FRAGESTELLUNG

Wie lässt sich Clinical Leadership in Führungsstrukturen im Krankenhaus sinnvoll und wirksam integrieren?

ZIEL

Dieser Workshop soll den Teilnehmer:innen ein tieferes Verständnis und Klarheit darüber vermitteln, was es braucht, um eine nachhaltige Kultur der gemeinsamen und transformationalen Führung zu schaffen und Clinical Leadership selbstverständlich in Leitungsstrukturen zu integrieren.

METHODE

Nach einer kurzen Einführung in die Grundzüge der transformationalen Führung, des Clinical Leadership und der Shared Governance sollen sich die Teilnehmer:innen im Anschluss mit Hilfe verschiedener Methoden in die Perspektive der einzelnen Führungspersonen eines Führungsteams hineinversetzen. Anhand von Fallbeispielen können die

Teilnehmenden gemeinsam Lösungswege für verschiedene klinische Fragestellungen im pflegerischen Versorgungsprozess entwickeln. Dabei geht es insbesondere um die Vermittlung von Kompetenzen, die zur Verbesserung der Patient:innensicherheit beitragen können.

ERGEBNISSE

Für eine erfolgreiche Führung spielen nicht nur Kommunikation, Vision und Motivation eine bedeutende

Rolle, sondern auch ein tiefgehendes Verständnis von Gruppenprozessen und -entscheidungen. Leadership versteht Führung als Prozess, in dem Führungspersonen ihre Visionen und Ziele dem Team überzeugend vermitteln, die Mitarbeitenden befähigen und motivierend lenken. Nach der Teilnahme an dem Workshop sollen Clinical Leader in die Lage versetzt werden, Veränderungsstrategien zu entwickeln, initiieren und implementieren sowie praktisch erfahren, wie sie andere Führungspersonen bei der Lösung fachlicher Fragestellungen beraten und unterstützen und so Einfluss auf die direkte Versorgung ausüben können. ■



AUTORINNEN

Laura Gerken, MSc Pflegewissenschaft – Innovative Versorgungskonzepte, APN für Neurochirurgie und fachliche Leitung der Praxisentwicklungsstation am Klinikum rechts der Isar der TU München. laura.gerken@mri.tum.de

Julia Mayer, BA Management und Expertise im Pflege- und Gesundheitswesen, Pflegedienstleitung, Klinikum rechts der Isar der TU München, julia.mayer@mri.tum.de

LITERATUR

- Bianchi, M., Bagnasco, A., Bressan, V., Barisone, M., Timmins, F., Rossi, S., Pellegrini, R., Aleo, G., & Sasso, L. (2018). A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. *Journal of nursing management*, 26(8), 918–932.
- Boswell, C., Opton, L., & Owen, D. C. (2017). Exploring Shared Governance for an Academic Nursing Setting. *The Journal of nursing education*, 56(4), 197–203
- Francis-Johnson, P., Harkness, L., Pritchard, A., & Pullen, R. L., Jr (2018). Seven steps to academic shared governance. *Nursing*, 48(10), 11–14.
- Kutney-Lee, A. G. (2016). Nurse Engagement in Shared Governance and Patient and Nurse Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 605–612
- Martin, J. S., Schärer, S., Sackmann Rageth, E., Ulrich, A., Wehrli, M., & Frei, I. A. (2016). Journey to a shared vision for nursing in a university hospital. *International Practice Development Journal*, 6(2), 1–13.
- Mayer, J. (2022). Personal innovativ entwickeln. *Pflege* 75, 20–22
- Porter-O’Grady T. (2019). Principles for sustaining shared/professional governance in nursing. *Nursing management*, 50(1), 36–41
- Stanley, J. M., Gannon, J., Gabuat, J., Hartranft, S., Adams, N., Mayes, C., Shouse, G. M., Edwards, B. A., & Burch, D. (2008). The clinical nurse leader: a catalyst for improving quality and patient safety. *Journal of nursing management*, 16(5), 614–622
- Twigg, D., & McCullough, K. (2014). Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International journal of nursing studies*, 51(1), 85–92

Andrea Ellermeyer

Systematische Entwicklung von Shared Governance und ANP-Rollen an einem Universitätsklinikum (Vortrag)

HINTERGRUND

Die strategische Entscheidung der Pflegedirektion, bei Veränderungen in der Führung nach und nach eine „Shared Governance“-Struktur einzuführen, verfolgt mehrere Ziele. Zum einen soll die Attraktivität als Arbeitgeber durch die dadurch entstehenden vielfältigen Karrieremöglichkeiten erhöht und die Personalbindung verbessert werden. Zum anderen soll die systematische Implementierung von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen mit Bachelor- sowie Master-Abschluss in die direkte Patient:innenversorgung und die damit zusammenhängenden Rollenentwicklungen Rollenvorbilder schaffen, die Pflegekompetenz im gesamten Pflegedienst stärken und die Patient:innensicherheit erhöhen.

ZIEL

Kernziel war und ist die systematische Etablierung von Advanced Nursing Practice und eine bestmögliche sowie sichere Patient:innenversorgung.

METHODE

Die Auswahl der dafür geeigneten Klinikbereiche erfolgt nach Kriterien wie z. B. der „Reife“ der vorhandenen bzw. neu zu entwickelnden Strukturen und der interprofessionellen Bereitschaft zur gemeinsamen Patient:innenversorgung. Die systematische Implementierung von „Shared Governance“ bezieht alle Pflegenden in den Entwicklungsprozess ein.

Jede Pflegefachperson kann im Rahmen der „Shared Governance“ aktiv werden, was die Arbeitszufriedenheit fördert und zur persönlichen Weiterentwicklung beiträgt. Geeignete Bachelor-Absolvent:innen erhalten ein strukturiertes Mentoring, um ihre Rolle mit ihren spezifischen Aufgaben auszufüllen.

Konsequenterweise wird auch die Weiterentwicklung über ein Masterstudium Pflege finanziell durch die Pflegedirektion unterstützt. Außerdem absolvieren die akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen, Bachelor und Master, eine strukturierte PD-School, um ein Verständnis für Praxisentwicklung zu erlangen und die für ihren Zuständigkeitsbereich passenden Methoden und Tools zu erlernen und anzuwenden. Darüber hinaus wird die Vernetzung aller Bachelor- und Masterabsolvent:innen innerhalb der Klinik unterstützt und gefördert.

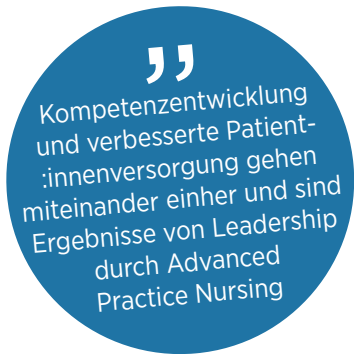
ERGEBNISSE

Die Klinik baut seinen Ruf als attraktiver Arbeitgeber zunehmend aus, sowohl für berufsfachschulisch ausgebildete engagierte Pflegenden als auch für akademisch Ausgebildete. Im Rahmen der „Shared Governance“ werden den Pflegenden vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten in den Bereichen Management, Pflegebildung und klinische Pflegewissenschaft eröffnet. Bereits jetzt zeigt sich, dass Leadership und Expertise der Advanced Practice Nurses eine verbesserte, sichere und umfassendere Patientenversorgung ermöglichen, was auch interprofessionell wahrgenommen und anerkannt wird. ■

FAZIT

„Shared Governance“ unterstützt das Engagement und die Entwicklung Pflegenden, was eine solide Basis für eine zukunftsfähige Etablierung von Advanced Nursing Practice darstellt. Insgesamt gehen Kompetenzentwicklung und verbesserte Patient:innenversorgung miteinander einher und sind Ergebnisse von Leadership durch Advanced Practice Nursing.

3.6



AUTORIN

Andrea Ellermeyer, MScN, Fachkrankenschwester Intensiv&Anästhesie,
Leitung Stabsstelle Pflegewissenschaft, Klinikum rechts der Isar der TU München,
andrea.ellermeyer@mri.tum.de

LITERATUR

- Choi, S. L., Goh, C. H., Adam, M. B., & Tan, H. (2016). Transformational Leadership, empowerment and job satisfaction. *Resources for Health*, 14(73), 1-14.
- Girts, S., König, A., Lach, M., Maier, C. B., Maucher, H., Müller, M.-L., Reiter, M., Schneider, A., Schweiger, J., van Aken, P., van den Hooven, T., van heusden, D., von Allmen, U., Vogt, B., Bechtel, P., Rantzsch, T., & Brenninger, R. (2019). *Exzellenz in der Pflege* (Bundesverband Pflegemanagement, Katholischer Pflegeverband, & Verband der Pflegedirektorinnen der Unikliniken, Eds.).
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2014). *Advanced Nursing Practice: An integrative Approach* (5th ed.). Elsevier Saunders.
- Hannah, s., & Lester, P. (2009). A multilevel approach to building and leading learning organizations. *The Leadership Quarterly*, 20, 34-48.
- Maucher, H., Hepp, B., Keller, S., & Grässer, G. (2022). Shared Governance: Alle Potentiale nutzen. *Pflegezeitschrift*, 75(4), 10-13.
- Swihart, D. (2006). *Shared Governance - A Practical Approach to Reshaping Professional Nursing Practice*. AN
- Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2019). *Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach* (6th ed.). Elsevier.

Katrin Blanck-Köster

Clinical Leadership in Advanced Nursing Practice

HINTERGRUND

Advanced Nurse Practitioner (APN) nehmen zukünftig eine bedeutende Rolle in der klinischen Versorgung ein. Advanced Nursing Practice (ANP) gilt als Antwort auf spezifische Bedarfe in der Gesundheitsversorgung und steht für eine erweiterte, vertiefte und spezialisierte pflegerische Praxis. Nach Hamric/Spross (1989) zählen zu den ANP-Kernkompetenzen Clinical Leadership (CL), evidenzbasierte Pflegepraxis, ethische Entscheidungsfindung sowie Beratung und Zusammenarbeit. Beim CL stehen die Bedürfnisse der kranken Menschen sowie die Pflegequalität und die Patient:innensicherheit im Vordergrund. APN-Clinical Leader stellen Verbindungen im interprofessionellen Team, zu Patient:innen, internen und externen Netzwerken sowie dem Pflegemanagement her, initiieren Projekte, unterstützen und beraten. Die Begrifflichkeit, Ausdeutung und Wirksamkeit von APN-Clinical Leadership (APN-CL) ist derzeit noch unklar. Zudem fehlt es an Autorität und Autonomie, um Kompetenzen auch ausüben zu dürfen.

FRAGESTELLUNG

Welche Kompetenzen werden mit APN-CL assoziiert? Wie gelingt die Ausdeutung und Umsetzung von CL im ANP-Rollenentwicklungsprozess? Wie nimmt APN-CL Einfluss auf pflegerische Versorgungsprozesse? Wie verändert APN-CL die Kultur eines Krankenhauses?

ZIEL

Das Forschungsvorhaben verfolgt das Ziel, APN-CL in der pflegerischen Versorgung kranker Menschen zu beschreiben sowie die Beeinflussung durch und kulturelle Auswirkungen von CL in dynamischen Arbeitsprozessen zu identifizieren.

METHODE

Ethnografie liegt dem Forschungsvorhaben als Methode zugrunde. Auf dieser Basis werden die Ausdeutung von APN-CL in deutschen Krankenhäusern sowie die Kultur des Miteinanders, der Hierarchie, der Fachlichkeit und deren Stellenwert in der Führung untersucht. Bestandteil jeder ethnografischen Studie ist die Feldforschung mit der teilnehmenden Beobachtung aus qualitativer Sicht. Als Einschlusskriterien für die Beobachtungssituation zählen APNs mit Masterabschluss, die Zuordnung zu einer Station/Abteilung und eine mindestens fünfjährige Erfahrung als Pflegeexpert:in. Pflegedirektor:innen werden dabei als Gatekeeper angesehen. Im Prozess der ethnografischen Datenanalyse werden soziale Situationen und Praktiken mit Hilfe von Feldnotizen, Beobachtungsprotokollen und Feldvignetten ausgewertet.

ERGEBNISSE

Als Ergebnis wird erwartet, dass das Forschungsvorhaben zu einem Verständnis von APN-CL in der klinischen Versorgung in Krankenhäusern beiträgt. Im Mittelpunkt steht das Verständnis darüber, wie APNs in ihren alltäglichen Handlungen Wirksamkeit entfalten, deren Rollenentwicklungen sowie deren Kontextbedingungen. Die Ergebnisse können einen positiven Einfluss auf die pflegerische Versorgungspraxis im Krankenhaus nehmen. ■

„
Clinical Leadership
in der Advance
Nursing Practice
steht noch am
Anfang seiner
Entwicklung

AUTORIN

Katrin Blanck-Köster, MA, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HAW Hamburg, Doktorandin PhD Pflegewissenschaft an der UW/H und HAW Hamburg; Betreuerin: Prof. Dr. Uta Gaidys, HAW Hamburg, katrin.blanck-koester@haw-hamburg.de

LITERATUR

- Blanck-Köster, K. (2017). *Jahrbuch Intensivmedizin 2017* (P. H. Kuckelt, W., Tonner, P.H., Hrsg.). Pabst Science Publishers.
- Blanck-Köster, K., Becker, T., Gaidys, U., Keienburg, C., Kaltwasser, A., & Schäfer, A. (2018). Wissenschaftliche Weiterentwicklung in der Intensivpflege: Positionspapier. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 113. <https://doi.org/10.1007/s00063-018-0496-9>
- Blanck-Köster, K., Roes, M., & Gaidys, U. (2020). [Clinical leadership competencies in advanced nursing practice: Scoping review]. *Medical Clinic, Intensive Care and Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00716-w>
- Breidenstein, G., Hirschauer, S., Kalthoff, H., & Nieswand, B. (2015). *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung* (2. überarb. Aufl. edition). utb GmbH.
- Gaidys, U. (2011). Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung – Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Pflege*, 24(1), 15–20. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000087>
- Gaidys, U. (2019). Begriff und Bedeutung von ANP/APN in der europäischen Pflege: Schweiz, Österreich, Deutschland und Großbritannien. In C. Kures & E. Sittner (Hrsg.). *Advanced Nursing Practice: Die pflegerische Antwort für eine bessere Gesundheitsversorgung* (1st edition, S. 11–21). Facultas.
- Garfinkel, H. (2020). *Studien zur Ethnomethodologie* (E. Schüttpelz, A. W. Rawls, & T. Thielmann, Hrsg.; B. Luchesi, Übers.). Campus Verlag.
- Geertz, C. (1987). *Dichte Beschreibung: Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme* (B. Luchesi & R. Bindemann, Übers.; 15th edition). Suhrkamp Verlag.
- Giddens, A. (1992). *Die Konstitution der Gesellschaft: Grundzüge einer Theorie der Strukturierung* (W.-H. Krauth & W. Spohn, Übers.; 3rd edition). Campus Verlag.
- Girtler, R. (2001). *Methoden der Feldforschung*. (4th edition). UTB, Stuttgart.
- Hamric, A. B. (2019). A Definition of Advanced Practice Nursing. In C. M. Hanson, M. F. Tracy, & E. T. O’Grady (Hrsg.), *Hamric and Hanson’s Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach* (6th edition). Saunders.
- Hamric, A. B., & Spross, J. A. (1989). *Clinical Nurse Specialist in Theory and Practice* (2. Aufl.). Saunders.
- Lamb, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., & Latimer, M. (2018). Describing the leadership capabilities of advanced practice nurses using a qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 5(3), 400–413. <https://doi.org/10.1002/nop2.150>
- Schatzki, T. R. (2008). *Social Practices: A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social*.
- Schatzki, T. R. (2016). *Praxistheorie als flache Ontologie*. In: *Praxistheorie. Ein soziologisches Forschungsprogramm*. (H. Schäfer, Hrsg.; 1st edition). transcript <https://doi.org/10.1515/9783839424049-002>
- Spirig, R., & De Geest, S. (2004). «Advanced Nursing Practice» lohnt sich! *Pflege*, 17(4), 233–236. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.174.233>
- vpu. (2019). *Hochschulische Qualifizierung in der Pflege Chancen, Herausforderungen, Best-Practice-Modelle*. <http://58817479.swh.strato-hosting.eu/VPU-Kongresse/1-VPU-Kongress/>

Jennifer Hagemann

Erfahrungsbericht zur Rollenentwicklung einer APN-Pflegeexpertin im Zentrum für Onkologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Vortrag)

HINTERGRUND

Leukämiepatient:innen stellen eine besonders vulnerable Patient:innengruppe dar. Während der ersten Wochen ihres Krankenhausaufenthaltes befinden sich die Leukämiepatient:innen in einer Art Schockzustand, da sie sich im Moment der Diagnosestellung in einer akut lebensbedrohlichen Situation befinden, die eine mehrwöchige Therapie mit Krankenhausaufenthalt nach sich zieht. Parallel dazu leiden die Patient:innen an verschiedenen Symptomen wie Fatigue, Schlafstörungen oder kognitiven Beeinträchtigungen, die das Verarbeiten der Situation erschweren und das Stresslevel erhöhen können. Insbesondere nach der Erstdiagnose benötigen die Patient:innen Unterstützung, die ein hohes Maß an pflegerischer Kompetenz voraussetzt..

ZIEL

Aufbau eines Beratungskonzepts für eine kontinuierliche bedarfsgerechte pflegerische Betreuung von Patient:innen mit Leukämie-Erstdiagnose auf der Leukämiestation des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durch eine APN-Pflegeexpertin.

METHODE

Erfahrungsbericht

ERGEBNIS

Die Betreuung von Patient:innen mit Leukämie-Erstdiagnose beinhaltet eine evidenzbasierte fachliche Begleitung mit gezielten Anleitungen, geplanten Beratungen, individuellem Anpassen von Beratungsinhalten und Informationsmaterialien. In dieser Phase der Therapie und der Erkrankung benötigen Leukämiepatient:innen ein hohes Maß an pflegerischer Fachkompetenz, Kontinuität und Zeit.

Die Pflegefachentwicklung durch eine APN wird sichergestellt, indem aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis der Leukämiestation und des Zentrums für Onkologie implementiert werden. Dies geschieht unter anderem durch die fachliche Leitung einer Arbeitsgruppe, die sich aus allen Mitarbeiter:innen des Zentrums für Onkologie mit einer Fachweiterbildung Onkologie, den Bachelor-Absolvent:innen Pflege und den Pflegeexpert:innen APNs zusammensetzt. Diese Arbeitsgruppe ist

für die Ausarbeitung fachlicher Projekte, wie beispielsweise ein Nebenwirkungsmanagement bezüglich Chemotherapie, im Zentrum zuständig.

Zudem werden Hospitationen bei der Durchführung von Pflegevisiten angeboten und die onkologischen Pflegestandards werden durch die APN fachlich freigegeben. Fachliche Beratungen führt die APN mit dem Pflegemanagement bei Bedarf durch, z. B. bei Vorbereitungen von Zertifizierungen durch die Deutsche Krebsgesellschaft. ■

FAZIT

In Planung ist eine wissenschaftliche Evaluation des APN-Beratungskonzepts, in der patient-reportet Outcomes genutzt werden.

AUTORIN

Jennifer Hagemann, MScN, Pflegeexpertin APN, Pflegeexpertin Onkologie mit Schwerpunkt Beratung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Onkologie, José Carreras Leukämiestation, je.hagemann@uke.de

**Naomi Neumann · Reinhard Lenz · Ulrike Höhmann ·
Christiane Knecht · Dieter Heitmann · Frederike Peter**

Erweiterte Pflegepraxis in der klinischen Versorgung (alters-)traumatologischer Patient:innen. Erste literaturbasierte Ergebnisse eines Forschungs- und Entwicklungsprojekts (Vortrag)

HINTERGRUND

Ältere Menschen weisen ein erhöhtes Risiko für traumatische Verletzungen auf, mit denen zunehmend altersassoziierte Komorbiditäten verbunden sind. Dazu zählen insbesondere kognitive Einschränkungen. Für diese Patient:innen sind die hochstandardisierten und auf Funktionalität ausgelegten Abläufe im Krankenhaus äußerst ungeeignet. Die Folgen sind hochkomplexe Anforderungen, die die multiprofessionelle Versorgung vor zunehmende Herausforderungen stellt. Ein möglicher Lösungsansatz zur Begegnung dieser veränderten Anforderungen stellt der Einsatz von Advanced Practice Nurses (APNs) dar. Für eine erfolgreiche Implementierung bedarf es im Vorfeld der Entwicklung von Rollen- und Aufgabenprofilen, um Überschneidungen der Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche innerhalb der Pflege und mit anderen Professionen entgegenzuwirken. Bislang fehlt es an wissenschaftlich fundierten Rollen- und Aufgabenprofilen für diese Zielgruppe.

FRAGESTELLUNG

Welche Rollen und Aufgaben übernehmen APNs in der (Alters-)Traumatologie?

ZIEL

Recherche und Analyse des nationalen und internationalen Forschungsstandes über Rollen und Aufgaben von APN in der (Alters-)Traumatologie als Grundlage für die partizipative Entwicklung und Implementierung einer APN in der (Alters-)Traumatologie im Rahmen des Projektes PATIENCE.

METHODE

Auf Basis einer systematischen, internationalen Literaturrecherche in den Fachdatenbanken MEDLINE via PubMed und CINAHL sowie einer ergänzenden Handsuche wurden international diskutierte Rollen und Aufgaben von APN in der (Alters-)Traumatologie identifiziert. Als heuristischer Rahmen der Analyse wurden die Kernkompetenzen nach Hamric verwendet.

ERGEBNISSE

National und international sind APNs insbesondere in der direkten Patient:innenversorgung tätig. Dort koordinieren sie den Behandlungsprozess und fördern die interprofessionelle Zusammenarbeit zur Optimierung der Versorgungskontinuität und der Patient:innenversorgung. Zudem schulen sie das multiprofessionelle Team zu praxisrelevanten Themen, unterstützen dieses in hochkomplexen Versorgungssituationen und fördern die Umsetzung einer evidenzbasierten Pflegepraxis sowie die ethische Entscheidungsfindung. Auch im Bereich der Transition sind APNs tätig und setzen dort eine sektorenübergreifende Begleitung um. Im Kontext der (Alters-)Traumatologie übernehmen APNs diese Tätigkeiten unter anderem in der Rolle als Trauma Nurse Coordinator. ■

AUTOR:INNEN

Naomi Neumann, MSc, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Evangelische Hochschule RWL, naomi.neumann@evh-bochum.de

Frederike Peter, BA, Studentische Hilfskraft, Evangelische Hochschule RWL, frederike.peter@evh-bochum.de

Prof. Dr. Reinhard Lenz, Professor für Gesundheits- und Pflegemanagement, Evangelische Hochschule RWL, lenz@evh-bochum.de

Univ. Prof. Dr. Ulrike Höhmann, Professorin „Multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen“, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin, ulrike.hoehmann@uni-wh.de

Prof. Christiane Knecht, Ph.D., Professorin für Akutpflege, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, knecht@fh-muenster.de

Prof. Dr. Dieter Heitmann, Professor für Pflegewissenschaft, Evangelische Hochschule RWL, heitmann@evh-bochum.de

FAZIT

Der nationale und internationale Stand der Forschung ermöglicht derzeit noch keine unmittelbar daraus ableitbare Entwicklung eines spezifischen (alters-)traumatologischen Rollen- und Anforderungsprofils für den Einsatz einer APN hierzulande. Die eingeschränkte Übertragbarkeit der internationalen Erkenntnisse und das Fehlen eines differenzierten Rollen- und Aufgabenprofils für eine APN in der (Alters-)Traumatologie, erfordern weitere Forschungs- und Entwicklungsaufgaben, um eine Passgenauigkeit für die Pflege in Deutschland abzusichern.

Lea Kauffmann · Jana Heise · Konrad Krüger

Advanced Nursing Practice – Messen, abbilden und evaluieren (Workshop)

HINTERGRUND

In der Medizinischen Hochschule Hannover ist seit 2017 eine Pflegeexpertin APN im Bereich der Neurochirurgie eingesetzt.

FRAGESTELLUNG

Welche Outcome-Parameter können die Arbeit von APNs sichtbar machen?

ZIEL

Das Ziel des Workshops ist es, mit den Teilnehmenden Outcome-Parameter zu erarbeiten, die die Qualität der APN-Maßnahmen sichtbar machen und den Nutzen herausstellen. In einem interaktiven Prozess sollen vorliegende Erfahrungen aus der bisherigen Evaluationsstrategie mit neuen Ideen und Ansätzen verknüpft werden.

METHODE

Es wurden Patient:innen-Outcomes mittels eines validierten Fragebogen der Bertelsmann-Stiftung zur Patient:innen-

zufriedenheit im Krankenhaus erhoben. Dieser besteht aus vier Hauptkategorien: Allgemeine Zufriedenheit, pflegefachliche Betreuung, Angebot „Information, Beratung und Anleitung“ sowie Entlassungsplanung.

Für die Mitarbeitenden wurde ein validierter Fragebogen zur Zufriedenheit in Rehabilitationskliniken (MiZu-Reha) verwendet. Der Fragebogen umfasst folgende Hauptkategorien: Betriebsklima, Arbeitsorganisation und Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität.

Zudem wurden halbjährlich Routinedaten der Patient:innen ausgewertet. In den nächsten Jahren soll der Fragebogen um die eingesetzten Maßnahmen erweitert werden.

ERGEBNISSE

Im Bereich der Patient:innenbefragung kam es in den ersten Jahren der Befragung zu einer Steigerung der Zufriedenheit mit der pflegefachlichen Betreuung. Der Effekt schwächte sich in den letzten Befragungen ab und verblieb auf einem gleichbleibenden Niveau.

Bei der Befragung der Mitarbeitenden zeigt sich ein heterogenes Bild, das jährlich neue Problembereiche aufdeckte, wobei Punkte wie Zeitressourcen insgesamt als verbessert erlebt wurden.

Die Routinedaten der Patient:innen gaben Aufschluss über die Anzahl der zu betreuenden Patient:innen und einen Überblick über die Entwicklung wichtiger Patient:innenkennzahlen. ■

FAZIT

Die Begleitung der Implementierung einer neuen Rolle durch den Einsatz von empirischen Forschungsmethoden hat sich insgesamt als sinnvoll erwiesen. Die Erhebungen konnten einen Hinweis auf den Nutzen der APN-Maßnahmen geben. Über die Jahre schwächten sich aber die Effekte der Befragung ab. Auch die Überwachung von Routinedaten der Patient:innen scheint ein geeignetes Instrument zu sein, da sie zuverlässig die Anzahl der zu betreuenden Personen sowie z. B. deren Verweildauer anzeigen. Somit können vorsichtig Rückschlüsse auf die Effizienz der Betreuung gezogen werden.

Trotz bisher guter Ergebnisse sollen auch neue Parameter in die APN-Evaluation einbezogen werden, die neue Impulse für die Verbesserung der Versorgungsqualität liefern können.

AUTOR:INNEN

Lea Kauffmann, MSc, Pflegeexpertin APN Neuroonkologie, Medizinische Hochschule Hannover, kauffmann.lea@mh-hannover.de

Jana Heise, MSc, Pflegeexpertin APN Lungentransplantation, Medizinische Hochschule Hannover, heise.jana@mh-hannover.de

Konrad Krüger, MSc, Pflegeexperte APN Akutpsychiatrie, Medizinische Hochschule Hannover, krueger.konrad@mh-hannover.de

LITERATUR

Bryant-Lukosius D, Dicenso A, Browne G et al (2004) Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of advanced nursing*; 48: 519–529

Farin E, Meixner K, Follert P et al (2002) Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken: Entwicklung des MiZu-Reha-Fragebogens und Anwendung in der Qualitätssicherung. *Die Rehabilitation*; 41: 258–267

Gehrlach C, Altenhöner T, Schwappach D (2009). *Der Patients' Experience Questionnaire. Patientenerfahrungen vergleichbar machen*. 1. Aufl. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung;

Tracey, M. (2018): O'Grady, E. Hamric and Hanson's *Advanced practice nursing. An integrative approach*. 6th ed. St. Louis: Saunders/Elsevier.

Elke Keinath · Manela Glarcher · Nancy Carter

(Submission on behalf of the DNAPN AFG International)

Exploring APN Experiences of Issues Influencing Sustainability: A World Café (Workshop)

BACKGROUND

Sustainability of APN roles, particularly Nurse Practitioner, is a critical issue internationally. Practical and organizational factors are pivotal for a sustainable implementation of these roles and hindering and facilitating factors have been identified.

QUESTION

What is necessary to ensure more sustainability regarding APN roles?

OBJECTIVE

Aim of this workshop is to provide a forum to discuss APN role sustainability in greater depth, obtain feedback and gain insight from the delegates, building on the DNAPN expert workshop in October 2022.

METHOD

This workshop will use the “world café” methodology, a method to host large group discussions by having participants engage with different groups to answer specific questions. Team members will facilitate rounds of small group conversations, and participants will have the opportunity to share experiences and reflect on their own practice. Individuals will be invited to share insights (in both English and German) into APN role organizational factors, and to develop strategies for role sustainability. Topics for discussion include working conditions, leadership, support from management and colleagues, autonomy, and scope of practice. The presenting team will fac-

ilitate large and small group discussions. The team includes members of an APN research network from German-speaking and North American countries who have previously searched and critically analyzed literature on APN sustainability, culminating in an article and case study (awaiting publication).

RESULTS

With consent, information from the dialogues will be recorded for future use by the research team. ■

CONCLUSION

A broader understanding of APN role sustainability can be obtained through both a review of previous literature and exploring experiences of APNs. This workshop is a first step in gathering the perspectives of APNs in current practice.



AUTHORS

Elke Keinath, MSc, Pflegeexpertin APN Chirurgie, Klinikum, elke.keinath@mail.klinikum-darmstadt.de

Dr. Manela Glarcher, MSc, BSc, RN, Assistant Professor in Nursing Science at the Institute of Nursing Science, Paracelsus Medical University Salzburg, manela.glarcher@pmu.ac.at

Dr. Nancy Carter, PhD, Assistant Dean, Associate Professor, Graduate Nursing Program, School of Nursing, Faculty of Health Sciences, McMaster University, Ontario, Canada

LITERATUR

Mortimer, F., Isherwood, J., Wilkinson, A., & Vaux, E. (2018). Sustainability in quality improvement: redefining value. *Future Healthcare Journal*, 5(2), 88-93. <http://doi.org/10.7861/futurehosp.5-2-88>

Von Dach, C., Lendner, I., & Cecini, R. (2022). Implementation of a nurse practitioner role in inpatient surgery: A mixed-methods study in a pre-post design. *Pflege*, 0(0)1-7. <http://doi.org/10.1024/1012-5302/a000924>

Patrick Lemli

Strukturwandel auf einer gerontopsychiatrischen Station – Eine Zwischenbilanz (Vortrag)

HINTERGRUND

Durch veränderte Versorgungsbedarfe, der komplexer werdenden Versorgung von gerontopsychiatrischen Patient:innen sowie einer gestiegenen Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden in der Pflegepraxis, wurde neben einer „pflegeorganisatorischen Leitung“ die neue Struktur der „pflegefachlichen Leitung“ auf einer gerontopsychiatrischen Akutaufnahmestation im süddeutschen Raum eingeführt. Auf der genannten Station wird das Belastungserleben insbesondere durch die komplexen Pflegebedarfe der behandelten Patient:innen beeinflusst. In diesem Zusammenhang berichteten Mitarbeitende von einer allgemeinen Unzufriedenheit sowie Unsicherheit beim Umgang mit komplexen Versorgungsfällen.

FRAGESTELLUNG

Mit der Untersuchung sollen zwei Fragestellungen beantwortet werden. Zum einen, welchen Einfluss eine strukturelle Änderung auf die Mitarbeitendenzufriedenheit hat und zum anderen, ob durch die Einführung der neuen Struktur „pflegefachliche Leitung“ die Pflegequalität gesteigert werden kann und somit Pflegekomplikationen vermindert werden können.

ZIELSETZUNG

Die Fragestellungen hängen unmittelbar mit den Zielsetzungen zusammen. Primäre Zielsetzung der Datenerhebung ist die Erfassung der Mitarbeitendenzufriedenheit. Die sekundäre Zielsetzung der Datenerhebung ist herauszufinden, ob durch die Einführung einer „pflegefachlichen Leitung“ eine Steigerung der Pflegequalität erreicht werden kann, auch in Kombination mit einer Verminderung der Pflegekomplikationen (z. B. Sturz).

METHODE

Methodisch wurde eine Fragebogenerhebung zu zwei Zeitpunkten (07/2022 und 01/2023) durchgeführt. Bei allen auf der Station tätigen Mitarbeitenden wurde die Mitarbeitendenzufriedenheit (angelehnt an eine unternehmensinterne Befragung) erhoben. Bei den Pflegefachpersonen wurde zusätzlich der persönliche pflegefachliche Wissensstand mittels den verfügbaren und angepassten DNQP-Audit-Instrumenten erhoben. Weitere Erhebungen im halbjährlichen Abstand sind geplant.

ERGEBNISSE

Die Auswertung der ersten Befragungen sowie die Diskussion in der Steuerungsgruppe weisen auf folgende bearbeitungsbedürftige Strukturen und Prozesse hin, z. B.:

- Durchführung von abteilungsinternen Fortbildungen bzgl. des stations-spezifischen Bedarfs
- Einführung eines patient:innenorientierten Bereichspflegekonzepts
- Einführung neuer Übergabestrukturen

Die Auswertung der zweiten Befragung zeigt tendenziell eine Wirksamkeit dieser getroffenen Maßnahmen.

Förderliche Faktoren im Rahmen dieses Wandlungsprozesses waren z. B.:

- Einsatz von Mitarbeitenden mit erweitertem Kompetenz- und Tätigkeitsbereich
- Mitarbeit von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen (Steuerungsgruppe)

FAZIT

Der Steuerungsprozess hat gezeigt, dass ein gutes Zusammenwirken aller Beteiligten die Voraussetzung für die Einführung von Neuerungen ist. Die Steuerungsgruppe interprofessionell zusammenzustellen, hat sich bewährt. Insbesondere der Rückhalt des Managements und die Unterstützung aus dem pflegewissenschaftlichen Bereich haben zum bisherigen Erfolg beigetragen.

”

Förderliche Faktoren im Wandel sind der Einsatz von Mitarbeitenden mit erweitertem Kompetenz- und Tätigkeitsbereich und Mitarbeit von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen

AUTOR

Patrick Lemli, Gesundheits- und Krankenpfleger BA, Mitarbeiter Pflegeentwicklung, ZfP Südwürttemberg, patrick.lemli@zfp-zentrum.de

**Rebecca Weiland · Tobias Becker ·
Ulrike Höhmann · Christiane Knecht**

Partizipative Entwicklung und Implementierung einer Advanced Practice Nurse für Patient:innen in der (Alters-)Traumatologie – Das Projekt PATIENCE (Vortrag)

HINTERGRUND

Aus dem Zusammenwirken von demografischem Wandel, dem starken Anstieg unfallverletzter älterer Menschen, der wachsenden Komplexität pflegerischer Versorgung und den stark funktionsorientierten, standardisierten Abläufen im Krankenhaus, die für Menschen mit kognitiven Einschränkungen besonders ungeeignet sind, ergibt sich der Bedarf besonderer pflegerischer Versorgungskonzepte im Kontext der (Alters-)Traumatologie sowie die Ermittlung der damit einhergehenden Qualifizierungsanforderungen. Als ein Ansatz zur Lösung wird die international eingesetzte Advanced Practice Nurse (APN) diskutiert. Die Übertragbarkeit etablierter APN-Modelle aus anderen Ländern ist aufgrund unterschiedlicher Gesundheitssystembedingungen nur bedingt gegeben und muss für Deutschland adaptiert werden.

FRAGESTELLUNG

Dieser Beitrag widmet sich der Frage, wie ein anwendungsorientiertes Anforderungs-, Aufgaben-, Kompetenz-, Qualifikations- und Rollenprofil für APN in (Alters-)Traumatologien in Deutschland partizipativ entwickelt und gestaltet werden kann und wie die APN nachhaltig in ein bestehendes Team einer Modellpflegeeinheit integriert werden kann.

ZIEL

Ziel des Projekts PATIENCE ist es, hierzulande eine APN für ältere, unfallchirurgisch versorgte Menschen erstmals partizipativ zu entwickeln und modellhaft zu erproben.

METHODE

In dem als partizipative Evaluationsforschung angelegten Vorhaben, das sich am PEPPA-Framework orientiert, werden (alters-)traumatologische Patient:innen, ihre Angehörigen sowie die Berufsgruppen, die direkt oder indirekt in die Versorgung eingebunden sind, über qualitative, halbstrukturierte Einzelinterviews, teilnehmende Beobachtungen und als Denkwerkstätten angelegte Fokusgruppen in den Entwicklungs- und Implementierungsprozess eingebunden.

ERGEBNISSE

Durch die partizipative Entwicklung und Implementierung sollen Passungen vor Ort sowie deren Nachhaltigkeit im Projektverlauf reflektiert werden. Dafür werden die Personen in den Mittelpunkt gerückt, die die Problemlagen und Herausforderungen aufgrund ihrer Erfahrung als Betroffene oder Stakeholder, von innen heraus betrachten und am besten kennen. Durch die gemeinsamen, iterativ verlaufenden Aushandlungs- und Reflexionsprozesse sollen der Versorgungsbedarf und das Versorgungsangebot präzise adressiert werden und damit die Implementierung des Versorgungsmodells gelingen. Aus den Implementierungserfahrungen können zudem Veränderungen der Versorgungszusammenhänge und Einflussfaktoren bei der Einführung von komplexen, sozialen Innovationen in Kliniken für andere pflegerische Settings abgeleitet werden. ■

AUTOR:INNEN

Rebecca Weiland, MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, rebecca.weiland@fh-muenster.de

Tobias Becker, MA, wissenschaftlicher Mitarbeiter, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, t.becker@fh-muenster.de

Univ.-Prof. Dr. Ulrike Höhmann, Professur für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen, Universität Witten/Herdecke, Fakultät Gesundheit, Department für Humanmedizin, ulrike.hoehmann@uni-wh.de

Prof. Christiane Knecht, PhD, Professur für Akutpflege, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, knecht@fh-muenster.de

FAZIT

Das Projekt PATIENCE und seine partizipative Vorgehensweise liefern einen fachlichen Begründungszusammenhang für den nachhaltigen Einsatz von APN im Kontext der (Alters-)Traumatologie in Deutschland.



LITERATUR

- Bickel, H., Hendlmeier, I., Heßler, J. B., Junge, M. N., Leonhardt-Achilles, S., Weber, J., & Schäufele, M. (2018). Prävalenz und Demenz von kognitiven Beeinträchtigungen in Krankenhäusern. Ergebnisse der General Hospital Study (GHoSt). *Deutsches Ärzteblatt international*, 115(4), 733-40.
- 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.
- Dowling, M., Beauchesne, M., Farrelly, F. & Murphy, K. (2013). Advanced practice nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, (19)2, 131-140.
- Lloyd Jones, M. (2005). Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 191-209.
- Newall, F., Twomey, B., & Lima, S. (2018). Advanced practice nursing—Promoting organisation clarity and connectedness: A mixed methods approach. *Collegian*, 25(1), 97-103.
- Pinkert, C. & Holle, B. (2012). Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zur Prävalenz und zu Einweisungsgründen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(8), 728-734.

Susanne Look

Pflegerisches Delir-Management – Den Handlungsspielraum von Pflegeexpert:innen maximal ausloten und andere Professionen inspirieren (Vortrag)

HINTERGRUND

Das Delir ist eine akut auftretende Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit und/oder der Wahrnehmung bei Patient:innen, die oft im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt auftritt. Ein interprofessioneller Ansatz des Delir-Managements sowie nicht-pharmakologische Multikomponenteninterventionen erweisen sich im Rahmen der Delir-Prävention und -Behandlung als besonders effektiv und werden daher empfohlen.

FRAGESTELLUNG

Wie lässt sich ein pflegerisches Delir-Management etablieren, welches trotz intra- und nicht interprofessioneller Ausrichtung, dem Anspruch gerecht wird, die Versorgungsqualität von Risikopatient:innen sowie von akut deliranten Patient:innen zu verbessern?

ZIEL

Pflegeexpert:innen werden im Rahmen der Pflegeentwicklung befähigt, einen grundlegenden Wissensaufbau zum Symptomkomplex Delir innerhalb einer Klinik zu ermöglichen und diesen mit Qualitätskennzahlen zu untermauern.

METHODE

Es wurden Methoden der Praxisentwicklung (McCormack, 2013; McCormack & Frei, 2009) mit Methoden des Projekt- und Qualitätsmanagements kombiniert.

ERGEBNISSE

Nach einer sechsmonatigen Pilotphase im Jahr 2021 wurde ein klinikweites pflegerisches Delir-Management implementiert, welches die folgenden Bausteine beinhaltet:

- Klinikweites Schulungsprogramm für alle Pflegenden, inkl. Aufbau eines Bildungs-Controllings
- Etablierung eines Delir-Screenings
- Durchführung von strukturierten Delir-Konsilen und Fallbesprechungen durch ein Team von vier Pflegeexpert:innen
- Aufbau eines Monitorings der angeforderten Delir-Konsile, Fallbesprechungen und Sitzwachen sowie der Aktivitäten der Pflegeexpert:innen im Rahmen der Delir-Konsile

Zusätzlich erfolgt die Auswertung der Anzahl Patient:innen mit der Nebendiagnose ICD-10: F05.* Delir. Die Ergebnisse des Monitorings werden nach einjähriger Laufzeit des pflegerischen Delir-Managements präsentiert und aus Perspektive des Pflegemanagements und der Pflegeentwicklung diskutiert. Bereits jetzt lässt sich ein positiver Impact bei der Versorgung deliranter Patient:innen erkennen: Durchschnittlich werden vier hochkomplexe Patient:innen pro Woche durch die Pflegeexpert:innen konsiliarisch betreut. Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung durch die Pflegeexpert:innen zielen meist auf die Mobilisierung und Re-Orientierung der Patient:innen ab. ■

AUTORIN

Dr. sc. (ETH) Susanne Look, Soziologin, MA, Koordination Pflegeexpert:innen, Pflegeexpertin Geriatrie, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Klinikum im Friedrichshain, susanne.look@vivantes.de

FAZIT

Pflegerisches Delir-Management durch Pflegeexpert:innen ist möglich. Die abgeleiteten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung deliranter Patient:innen sind mehrheitlich im pflegerischen Handlungsfeld zu verorten. Daraus ergibt sich der Anspruch an die Pflegeexpert:innen ihren Handlungsspielraum im Rahmen der Pflegeentwicklung zu nutzen und die Pflegeteams klinikweit (weiter) zu befähigen. Der Zuwachs an pflegerischer Expertise zum Thema Delir setzt Anreize, ein interprofessionelles Delir-Management aufzubauen.

LITERATUR

- Hoffmann, S. & Frei, I.-A. (2017): Die Analyse unerwünschter Ereignisse als Beitrag zur Sicherheitskultur im Kontext der Praxisentwicklung. *Pflege*, 6: 1-8.
- Pronovost P. J., Holzmueller C. G., Martinez E., Cafeo C. L., Hunt D., Dickson C., Makary M. A. (2006): A practical tool to learn from defects in patient care. *Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources*, 32, 2: 102 – 108.
- Reason J. (1997). *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot: Ashgate.

Marcel Thra

Frühphase der Pandemie: Herausforderungen und Lösungen im ländlichen Raum (Vortrag)

HINTERGRUND

Ein mittelständisches Krankenhaus wurde mit dem Ausbruch der COVID-19 Pandemie im Frühjahr 2020 (vgl. WHO 2023) mit folgender Herausforderung konfrontiert. Die lokalen Hausarztpraxen lehnten aus Angst vor einer weiteren Ausbreitung von COVID-19 die Behandlung von Patient:innen mit grippalen Symptomen ab. Dies bedeutete, dass keine medizinische Versorgung von COVID-19-Betroffener erfolgte und diese sich zuhause auskurieren sollten oder sich in der Klinik vorstellen mussten. Dies verstärkte die Verunsicherung in der Bevölkerung. Es musste im Krankenhaus eine neue Struktur für fußläufig ankommende Patient:innen mit grippalen Symptomen geschaffen werden, die zum 6. März 2020 eingeführt wurde.

FRAGESTELLUNG

Kann die Struktur am Übergang zwischen Prä-Klinik und Klinik ein geeigneter Einsatzort für eine APN sein?

ZIELE

1. Potenzielle SARS-CoV2-Träger:innen sollten sicher identifiziert werden.
2. PCR-Abstriche sollten nach Maßgabe des Robert-Koch-Instituts erfolgen.
3. Symptomatische Patient:innen, die einer stationären Versorgung bedurften, sollten sicher identifiziert werden.
4. Die Krankenhausfälle sollten nachvollziehbar und abrechenbar im Krankenhausinformationssystem angelegt werden.
5. Die Prozesse sollten in adäquater administrativer, hygienischer und medizinischer Hinsicht aufgebaut, überwacht und angepasst werden.

METHODE

Um die Kontakte mit infektiösen Patient:innen zu reduzieren, erschien es sinnvoll, nur eine Person dort einzusetzen, die allen Aufgaben nachkommen konnte. Es wurde eine APN aus der Notaufnahme eingesetzt, um die Besetzung in den Kernarbeitszeiten zu gewährleisten. Es musste ein Protokoll für die Dokumentation in der EDV geschaffen und ein hygienisch unbedenkliches Vorgehen eingeführt werden. Alle Patient:innen erhielten einen Notfallvertretungsschein mit den ermittelten Messwerten sowie der Aussage, ob ein Abstrich erfolgte oder nicht. Von großer Wichtigkeit war die Frage, welche Patient:innen stationärer Behandlung bedurften, um schwer erkrankte Patient:innen nicht fälschlicherweise ambulant zu führen. Hierzu musste seitens der APN ein nachvollziehbares Verfahren gefunden werden, welches auf klinischer Expertise, Messdaten und einem Score beruhte.

ERGEBNISSE

Der weitgehend autonome Einsatz einer APN für die Betreuung der infektiologischen Aufnahmestruktur unter Pandemie-Bedingungen wurde intern als zielführend und erfolgreich beurteilt. Der Einsatz stellte eine individuelle Herausforderung dar. Wegen der Neuheit der Situation, der Dringlichkeit des Handelns sowie der parallel zu erstellenden Handlungsstruktur konnten keine objektiven Erfolgsparameter definiert und etabliert werden. ■

„
Die Qualifikation
von APNs
ermöglicht auto-
nome Einsätze
auch im
Regelfall

FAZIT

Die so zugestandene Autonomie für spezialisierte Pflegekräfte sollte nicht nur im Pandemie-Fall oder in anderen akuten Bedrohungslagen in Frage kommen, sondern auch in mittel- bis langfristig planbaren Situationen in Betracht gezogen und ermöglicht werden.

LITERATUR

WHO (2023): Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. (Download unter [who.int](https://www.who.int))

Sabrina Pelz

Herausforderungen in der Rolle der geteilten Führung (Vortrag)

HINTERGRUND

Die geteilte Führung auf Stationen und Bereichen ist eine neu entstehende Ebene im Organigramm der Pflegeversorgung in Krankenhäusern, speziell im Intensivbereich. Der Bereich der Intensivversorgung hat sich sehr komplex entwickelt, so dass eine Person nicht mehr alle Inhalte der Organisation, Fachlichkeit und Pädagogik bewerkstelligen kann. Organisatorische Tätigkeiten nehmen einen Großteil der Führung ein. Häufig bleiben fachliche Inhalte im Hintergrund, da sie aus Zeitmangel und Führungsüberschneidungen nicht durchgeführt werden können. Die Schnittstellen und Grenzen sind in der Praxis derzeit noch unklar. Die Schnittstelle zu Advanced Nursing Practice stellt dabei eine besondere neue Herausforderung dar. Häufig gibt es Diskussionen bei der Etablierung einer APN-Stelle, insbesondere darüber, ob die fachliche Führung und die Position einer APN von derselben Person besetzt werden kann. Die AFG Critical Care des DN APN & ANP g.e.V. möchte hier einen Impuls aus Entwicklung und Erfahrung für die Praxis geben.

FRAGESTELLUNG

Welchen Einfluss nehmen die Personen der geteilten Führung auf die Rolle der APN im Implementierungsprozess? Welche Unterstützung benötigt die APN von den Personen der geteilten Führung zur Umsetzung ihrer Verantwortlichkeiten?

ZIEL

Darstellung der Herausforderungen und Unterstützungsinhalte bei der Implementierung einer APN-Rolle auf der Intensivstation.

METHODE

Es wurde eine Literaturrecherche zur geteilten Führung auf Intensivstationen mit Blick auf Barrieren und Herausforderungen bei der Implementierung von APNs durchgeführt. Zusätzlich wurde die Expertise der AFG Critical Care aus den Implementierungsprozessen herangezogen.

ERGEBNISSE

Die geteilte Führung ist mitverantwortlich für die Unterstützung von Implementierungsprozessen auf der Intensivstation. Die fachliche Führung kann nicht gleichzeitig eine APN-Stelle innehaben. Fachliche Führung und APNs der Intensivstation haben viele Schnittstellen für die intensivpflegerische Versorgung der Patient:innen. ■

FAZIT

Die Trennung der Leitungsebenen von der APN-Stelle ist von großer Bedeutung für das Gelingen der Implementierungsprozesse. Fachliche Führung und die APN haben ihre jeweiligen Verantwortlichkeiten im Patient:innenpfad.

AUTORIN

Sabrina Pelz MSc, Advanced Practice Nurse/Fachliche Leitung Intensivstation, s.pelz@dnapn.de

LITERATUR

- Albers, A., Creemers, C., Kauffmann, L., S. Pelz. Advanced Nursing Practice verstehen und umsetzen. *Pflege* 75, 23–25 (2022). <https://doi.org/10.1007/s41906-022-1292-y>
- Hamric, A. B.; Spross, J. A.; Hanson, C.M. (2004). *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Ullmann, P.; Fajardo, A.; Freyer, S.; Lehwaldt, D.; Pelz, S.; Prommersberger, M.; Schmitt, A.; Centgraf, D.; Hussing, M.; Rafler, H.; Schweiger, J. (2022). *Positionspapier - Empfehlungen für den Einsatz von Advanced Practice Nurses*. (Deutsches Netzwerk APN & ANP g.e.V., & Bundesverband Pflegemanagement e.V., Hrsg.) Witten, Berlin.

Jann Niklas Vogel · Annemarie Bagner · Matthias Müller

Interprofessionelle Berufsbildung – Sichere Patient:innenversorgung durch gemeinsames Lernen und gemeinsames Arbeiten

HINTERGRUND

Das Gesundheitswesen steht angesichts aktueller Entwicklungen wie dem demografischen Wandel, dem Anstieg von chronischen Erkrankungen, Co- und Multimorbidität sowie technischer Innovationen vor vielfältigen Herausforderungen (Sottas et al., 2017; SVR, 2009). Um diesen proaktiv zu begegnen, werden in der internationalen Literatur interprofessionelle gesundheitsberufliche Teams als Schlüsselement für eine personenbezogene, bedarfsgerechte und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung beschrieben (Bosch & Mansell, 2015; Reeves et al., 2017). Dabei wird Interprofessionalität als Lehre und Tätigkeit definiert, die entsteht, wenn mindestens zwei Berufsgruppen gemeinsam arbeiten und voneinander lernen (WHO, 2010). Hierfür bedarf es Kompetenzen, die durch interprofessionelles Lehren und Lernen (IPLL) vermittelt werden können (BMBF & BMG, 2017).

FRAGESTELLUNG

Wie sollte IPLL in der gesundheitsberuflichen Bildung gestaltet sein?

ZIEL

Es sollen praxisnahe Möglichkeiten aufgezeigt werden, mit denen Interprofessionalität in Aus-, Fort-, und Weiterbildungen von Gesundheitsfachberufen gelehrt und gelernt werden kann.

METHODE

Verschiedene Studien (u. a. Literaturübersicht, Interviewerhebungen) wurden zur Gestaltung und Evaluation interprofessioneller Lehr- und Lern-Arrangements durchgeführt. Zudem wurden im Rahmen des Verbundprojekts „Campus BWP MV“ IPLL-Szenarien entwickelt und in der schulischen Praxis bereits erprobt, die in verschiedenen Gesundheitsfachberufen Anschluss bieten und curricular implementiert werden. Dabei erfolgt die IPLL-Entwicklung, -Anwen-

dung und -Evaluation in einem partizipativen Prozess mit beruflichen Schulen, wodurch gesundheitsberufliche (Fach-) Didaktiken nachhaltig und praxiswirksam miteinander vernetzt werden.

ERGEBNISSE

Es ist schwierig, ein einheitliches Konzept zur IPLL-Umsetzung zu gestalten. Vielmehr muss ein entsprechendes Lehr-Lern-Format flexibel auf die persönlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen übertragbar sein. Um ein solches Format zu realisieren, wurden die IPLL des Campus BWP MV-Forschungsprojekts modular gestaltet, wodurch einzelne Bestandteile flexibel genutzt werden können. Ein wichtiges Gestaltungselement bilden dabei offene

Bildungsmaterialien (Open Educational Resources). Diese können bedarfsgerecht zur Durchführung, sowie zur Vor- und Nachbereitung der IPLL, z. B. im Sinne des Flipped Classroom oder Blended Learning, eingesetzt werden. ■

AUTOR:INNEN

Jann Niklas Vogel, MSc, Gesundheits- und Krankenpfleger, Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt Campus BWP MV, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung, jvogel@hs-nb.de

Annemarie Bagner, MA, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt Campus BWP MV, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung, bagner@hs-nb.de

Prof. Dr. phil. Matthias Müller, Direktor des Hochschulzentrums für berufliche Lehrer:innenbildung Neubrandenburg (HBL)

„
Interprofessionelle Bildung
durch innovative
Lehr-Lern-
Formate

FAZIT

Das Verbundprojekt entwickelt innovative Lehr-Lern-Formate und Umsetzungsstrategien für die interprofessionelle Bildung von Gesundheitsfachberufen. Es transportiert dabei nicht nur aktuelle Trends aus der Berufswelt in die Berufsbildung, sondern liefert auch Formate in denen Lernende verschiedener Gesundheitsfachberufe miteinander und übereinander lernen können.

5.2

Sichere Patient:innenversorgung als Ziel interprofessioneller Zusammenarbeit

LITERATUR

- BMBF, & BMG. (2017). Beschlusstext zum Masterplan Medizinstudium 2020. Retrieved 02.03.2023 from https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/2017-03-31_masterplan-beschlusstext.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Bosch, B., & Mansell, H. (2015). Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports. *Canadian pharmacists journal: CPJ = Revue des pharmaciens du Canada: RPC*, 148(4), 176–179 <https://doi.org/10.1177/1715163515588106>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6, CD000072 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>.
- Sottas, B., Kissmann, S., & Brügger, S. (2017). Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele
- SVR. (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Kurzfassung). Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Retrieved 02.03.2023 from https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2009/Kurzfassung_2009.pdf
- WHO. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. World Health Organization (WHO). Retrieved 02.03.2023 from <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

Jenny Kubitza

Bewältigung des sturzbedingten Liegetraumas im Alter – Ein Leitfaden (Vortrag)

HINTERGRUND

Die Hälfte aller gestürzten Personen ab 65 Jahren können sich nicht allein aus der Sturzsituation befreien, müssen mehrere Minuten bis Tage auf Hilfe warten und erleiden ein Liegetrauma. Wenngleich das Liegetrauma zahlreiche bio-psycho-soziale Auswirkungen auf die Betroffenen hat, existiert kein bedürfnisorientierter Behandlungspfad in Deutschland.

FRAGESTELLUNG

Wie gestaltet sich eine umfassende und interdisziplinäre Behandlung von älteren Betroffenen eines Liegetraumas?

ZIEL

Ziel der Forschungsarbeit ist es, die bio-psycho-sozialen Auswirkungen des Liegetraumas bei älteren Betroffenen zu erfassen, Maßnahmen für eine bedürfnisorientierte Behandlung abzuleiten und in Form eines Leitfadens zu strukturieren.

METHODE

Die Betroffenen eines Liegetraumas sowie deren Angehörigen wurden mit problemzentrierten Interviews befragt. Eine Gruppendiskussion mit Expert:innen in der Versorgung von Liegetraumata ergänzte die Erkenntnisse aus den Interviews. Die Gespräche wurden aufgenommen, transkribiert und nach der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack ausgewertet und trianguliert. Bei der Entwicklung des Leitfadens wurde sich am AGREE II-Instrument orientiert.

ERGEBNISSE

Zwischen November 2020 und März 2021 wurden vier Expert:innen, sechs Betroffene eines Liegetraumas sowie zwei Bezugspersonen befragt. Die Gespräche dauerten durchschnittlich 39,9 Minuten. Zu den Expert:innen zählten Fachpersonen aus der Notfallversorgung, der Pflege und der Physiotherapie. Die Betroffenen hatten einen Altersmedian von 79,5 Jahren mit einer durchschnittlichen Liegezeit von 7,9 Stunden (min.-max.: 0,2 - 30 Stunden). Die Ergebnisse zeigen, dass in der akuten Bergesituation primär die biologischen Aspekte stabilisiert werden, um zum Beispiel einen Bergungstod oder eine Rhabdomyolyse zu verhindern, und erst im weiteren Verlauf die psycho-sozialen Auswirkungen

wie Sturzangst, Vermeidungsverhalten oder sozialer Rückzug behandelt werden. Die Unterschiede bedingen, dass sich die Maßnahmen im Leitfaden chronologisch vom Auffinden der Betroffenen (zum Beispiel Positionswechsel und Transport, Wiedererwärmungsmaßnahmen, Infusionstherapie) bis zur Entlassung und Prävention eines erneuten Liegetraumas (zum Beispiel Reflexion des erlebten Liegetraumas, Erfassen der Sturzangst, Aufsteh-Strategien, technische Hilfsmittel, soziale Kontrollen) gliedern. Sowohl die akuten biologischen als auch die langfristigen psycho-sozialen Auswirkungen sollten stationär erfasst werden, um die Behandlung unmittelbar und effektiv einzuleiten, mit dem Ziel die Betroffenen auf lange Sicht bio-psycho-sozial so zu stärken, so dass sie sich wieder sicher fühlen, Ängste abbauen und ihren Alltag weiterhin bewältigen können. ■

FAZIT

Der Leitfaden berücksichtigt die speziellen Auswirkungen des bio-psycho-sozialen Traumas und ermöglicht bedürfnisorientierte Maßnahmen zu einem geeigneten Zeitpunkt anzubieten.

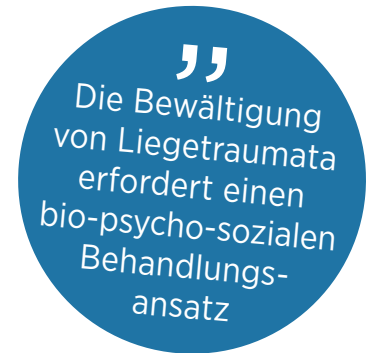
SIEHE AUCH BEITRAG
PHENONEMON AWARD 2023,
SEITE 67.

AUTORIN

Jenny Kubitza, MSc Pflegewissenschaft, Senior Researcher an der Professur für Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit, Projektleitung „Psychosoziale Unterstützung bei Auszubildenden in der Pflege“, Technische Universität München, PSU Akut e. V., jenny.kubitza@tum.de

5.3

Sichere Patient:innenversorgung als Ziel interprofessioneller Zusammenarbeit



LITERATUR

- Gurley RJ, Lum N, Sande M, Lo B, Katz MH. (1996). Persons found in their homes helpless or dead. *The New England Journal of Medicine*, 334(26), 1710-1716. <https://doi.org/10.1056/NEJM199606273342606>
- Kubitza, J., Haas, M., Wiedemann, L., & Reuschenbach, B. (2022). Therapy options for those affected by a long lie after a fall: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 22, Artikel 582. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03258-2>
- Kubitza, J., Schneider, I., & Reuschenbach, B. (2023). Concept of the term long lie: a scoping review. *European Review of Aging and Physical Activity*, 20, Artikel 16. <https://doi.org/10.1186/s11556-023-00326-3>
- Simpson, P., Bendall, J. C., Tiedemann, A., Lord, S. R., & Close, J. C. T. (2014). Epidemiology of emergency medical service responses to older people who have fallen: a prospective cohort study. *Prehospital Emergency Care*, 18(2), 185-194. <https://doi.org/10.3109/10903127.2013.856504>
- Tinetti, M. E., Liu, W.-L., & Claus, E. B. (1993). Predictors and prognosis of inability to get up after falls among elderly persons. *Journal of the American Medical Association*, 269(1), 65-70. <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500010075035>

Katrin Thissen

Evaluation nach Einführung der Safewards-Interventionen in einer psychiatrischen Klinik (Vortrag)

HINTERGRUND

Das Safewards-Modell beschreibt sechs Segmente, welche die Haupteinflussfaktoren auf die Häufigkeit von Konflikten und deren Eindämmung sind. Die Safewards-Interventionen dienen zur Reduktion dieser und wurden am Kings College in London unter der Federführung von Len Bowers entwickelt. In 2019 wurde entschieden, auf allen geschützten Stationen der LVR Klinik Bedburg-Hau die Safewards-Interventionen einzuführen und diese 2021 zu evaluieren.

FRAGESTELLUNG

Wie schätzen Mitarbeitende die Anwendung der Safewards-Interventionen und das Stationsklima ein?

ZIEL

Evaluation nach Einführung der zehn beschriebenen Safewards-Interventionen.

METHODE

Als Methode wurde eine Befragung von Mitarbeitenden der geschützten Stationen mit dem von Jäckel et al. (2019) entworfenen Feedbackbogen zur Umsetzung der zehn Safewards-Interventionen gewählt. Der Umsetzungsgrad der einzelnen Interventionen wurde analog der Studie von Jäckel et al. (2019) anhand einer 4-stufigen Likert-Skala eingeschätzt.

Parallel wurden alle Patient:innen und Mitarbeitende der Stationen mittels dem Essen-Climate-Evaluation-Scheme (EssenCES-D) um ihre Einschätzung des Stationsklimas gebeten. Es wurden 15 Fragen zu den Aspekten „Zusammenhalt der Patient:innen, Sicherheitserleben und therapeutischer Halt“ erfasst. Mittels einer 5-stufigen Likert-Skala wurde das (Nicht-)Zutreffen der Aussagen eingeschätzt. Beide Fragebögen wurden zur Verwendung im Evasys-Programm übernommen.

ERGEBNISSE

Beide Befragungen wurden im Zeitraum vom 15.09.21 bis zum 15.10.21 durchgeführt. Dazu wurden 942 Fragebögen zum Stationsklima an Patient:innen sowie 924 Fragebögen zum Stationsklima und 898 Fragebögen zur Safewards-Evaluation an die Mitarbeitenden des Pflege- und Erziehungsdienstes (PED) und des therapeutischen Dienstes der Stationen ausgegeben.

Der Rücklauf zu den Safewards-Interventionen betrug 283 Bögen (31,5 %). Den EssenCES-D sendeten insgesamt 327 Patient:innen (34,7 %) und 283 Mitarbeitende (30,6 %) aller Berufsgruppen in der direkten Patient:innenversorgung zur Auswertung zurück.

Im Vergleich zu den Ergebnissen von Jäckel et al. (2019) zeigen sich in allen drei Bereichen in der Einschätzung der Patient:innen höhere Werte. Die Unterschiede in den Einschätzungen von Patient:innen, Mitarbeitenden des PED und des ärztlich-therapeutischen Dienstes wurden ebenfalls ermittelt. ■

FAZIT

Die Mitarbeitenden gaben bei allen zehn Interventionen ein hohes Maß an Zugewinn an, es variierte zwischen 69,2 % und 89,2 %. Signifikante Abweichungen zur Untersuchung von Jäckel et. al (2019) waren bei vier Interventionen erkennbar. Die Auswertung zeigte, neben dem Bedarf an Schulungen im Bereich der deeskalierenden Gesprächsführung noch weitere Handlungsbedarfe bei den Interventionen Methoden zur Beruhigung, Entlassnachricht und Unterstützungskonferenz.

AUTORIN

Katrin Thissen, MSc Pflege/ Pflegewissenschaft (FH), Diplom Pflegewirtin (FH), Fachkrankenschwester für psych. Pflege, Präsidentin der DNAPN AFG Mental Health Care, Pflegewissenschaftlerin in der LVR Klinik Bedburg-Hau, katrin.thissen@lvr.de

5.4.

Sichere Patient:innenversorgung als Ziel interprofessioneller Zusammenarbeit

”
Safewards-
Interventionen
zeigen in Studie
durchwegs
positive
Effekte

LITERATUR

Baumgardt, J., Jäckel, D., Helber-Böhlen, H., Morgenstern, K., Voigt, A., Schöppe, E., ... & Bechdorf, A. (2020). Making Psychiatric Wards More Peaceful Places: Evaluating the Implementation of the Safewards Model in Acute Psychiatry Using a Pre-Post Mixed-Method Study Design.

Essen CES: <https://www.uni-due.de/rke-forensik/essenerstationsklimafragebogenessences.php> Stand 27.10.21

Jäckel, D., Baumgardt, J., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, K., Voigt, A., Cutcheon A-K., Schöppe E., Velasquez Lecca E., Löhr, M., Schulz M., Bechdorf A., Weinmann S. (2019) Veränderung des Stationsklimas und der Arbeitszufriedenheit nach Einführung des Safewards-Modells auf zwei geschützten akutpsychiatrischen Stationen – Eine multiperspektivische Evaluation. Psychiatrische Praxis 2019; 46: 369-375. Thieme Verlag.

Schalast, N., Redies, M. (2005): Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung des Stationsklimas im Maßregelvollzug. Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen, Landschaftsverband Rheinland – Rheinische Kliniken Essen.

Christa Keienburg

Berufliches Selbstverständnis der Pflegefachpersonen in Deutschland (Vortrag)

HINTERGRUND

Mit der damaligen Aktualisierung des Krankenpflegegesetzes wurde 1985 der Pflegeprozess in Deutschland eingeführt. Damit orientierte sich die „Krankenpflege“ nicht mehr an der Assistenz des ärztlichen Dienstes, sondern an einem eigenständigen Handlungsfeld. Sie ist seitdem damit beschäftigt, sich von dem ärztlichen Dienst abzugrenzen. Dabei steht jedoch nicht die proaktive Definition des eigenen Handlungsfeldes im Mittelpunkt. Vielmehr geht es immer wieder darum, die vielen einzelnen Tätigkeiten zu identifizieren, die nicht zum pflegerischen Handlungsfeld gehören. Im internationalen Vergleich hinkte die „Pflege“ als Ausbildungsberuf lange Zeit der Akademisierung hinterher. Das berufliche Selbstverständnis einer Profession muss durch offizielle Vertreter:innen der Profession definiert werden. Nach wie vor ist das eigene Handlungsfeld nicht klar definiert.

FRAGESTELLUNG

Wie kann sich ein berufliches Selbstverständnis von Pflegefachpersonen in Deutschland entwickeln?

ZIEL

Ziel ist es, die verschiedenen Vertreter:innen der Profession zu identifizieren und ihrem Aufgabenfeld in diesem Prozess zuzuordnen.

METHODE

In einem ersten Schritt wird die Ist-Situation analysiert. Durch eine Literaturrecherche werden Faktoren identifiziert, die die Entwicklung eines beruflichen Selbstverständnisses ermöglichen. Im letzten Schritt werden Vertreter:innen und Institutionen identifiziert, die diesen Prozess verbindlich gestalten und umsetzen können.

ERGEBNISSE

Das berufliche Selbstverständnis kann nur durch Vertreter:innen der eigenen Profession definiert werden. Die Profession muss sich über die Inhalte des eigenen Handlungsfeldes klarwerden und sich damit identifizieren. Sie steht dabei im interprofessionellen Dialog mit den anderen Gesundheitsfachberufen,

die zur gleichen Zeit dieselben Patient:innen versorgen. Berufsverbände, Selbstverwaltungen und Gewerkschaften sind offizielle Vertreter:innen einer Profession, die mit ihren unterschiedlichen Aufgabenfeldern und Möglichkeiten die Entwicklung eines beruflichen Selbstverständnisses unterstützen können, wenn sie sich in diesem Prozess gegenseitig ergänzen. ■

FAZIT

Es braucht eine Neuorientierung in der Profession der Pflege: Weg von der Defizitorientierung, hin zu einer klaren Definition des eigenen Handlungsfelds, damit sich ein eigenes berufliches Selbstverständnis entwickeln kann. In diesem Prozess müssen alle offiziellen Vertreter:innen der Profession ihren Beitrag leisten, sich gegenseitig ergänzen und das gleiche Ziel verfolgen.

AUTORIN

Christa Keienburg, MSc APN,
Fachkrankenschwester für Intensivpflege, Praxisanleiterin, Intensivstation im Zentrum für Kardiologie, Universitätsmedizin Mainz,
christa.keienburg@web.de

Jessica Kilian

Das aktive Angehörigentelefonat auf der Intensivstation (Vortrag)

HINTERGRUND

Das pandemisch bedingte Besuchsverbot verdeutlichte die defizitäre Versorgungssituation im Hinblick auf die telefonische Kommunikation mit den Angehörigen der Intensivpatient:innen. Es kam zu einer Mehrbelastung aufgrund von intransparenten Informationen, Mehrfachanrufen sowie Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit der Patient:innen und deren Angehörigen. Das Bedürfnis nach Information ist ein existentieller Bestandteil bei der Bewältigung von Erfahrungen und Erlebnissen eines intensivtherapeutischen Aufenthalts. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse in Bezug auf die Langzeitfolgen einer Intensivtherapie implizieren den gesellschaftlichen Auftrag des Teams zur Vermeidung von langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Patient:innen und deren Angehörigen. Schließlich ist die Verankerung der Angehörigen in der intensivtherapeutischen Versorgung ein maßgeblicher Erfolgsfaktor in Bezug auf das Patient:innen-Outcome. Des Weiteren ist der Kontakt zur Familie ein Grundrecht der Patient:innen – dies gilt es zu gewährleisten.

FRAGESTELLUNG

Wie kann die Integration der Angehörigen in den Versorgungsprozess der Intensivtherapie mittels der telefonischen Kommunikation verbessert werden?

ZIEL

Die Konzeptualisierung des Projekts unterlag folgenden Zielsetzungen: Verbesserung der Kommunikation, insbesondere gesteigerte Informationsqualität, verbesserte Zusammenarbeit im Intensivteam und mit den Familien, Verbesserung der Integration der Angehörigen in den Genesungsprozess, Reduktion von Lärm, verminderte Arbeitsbelastung und Gewährleistung des Datenschutzes.

METHODE

Im Anschluss an eine Situationsanalyse im Rahmen einer Teambesprechung wurde eine Projektgruppe bestehend aus der Stationsleitung (Pflegermanagement), Stationsleitung (Pflegefachlichkeit, APN) und einem Oberarzt gegründet. Unter der fachlichen Führung der APN erfolgte eine Literaturrecherche mit einer anschließenden Konzeptentwicklung anhand des Best-Practice-Beispiels des Universitätsspitals Zürichs zu „Aktiven Angehörigentelefonaten“ auf der Intensivstation. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden hinsichtlich der stationsinternen Aspekte analysiert und das Konzept dementsprechend angepasst. Vor dem Projektstart erfolgten Schulungen durch die APN zum Stellenwert der Angehörigen im Versorgungsprozess inklusive deren Bedürfnisse, zu Grund-

sätzen der Kommunikation und dem angepassten interdisziplinären Konzept der „Aktiven Angehörigentelefonate“. Nach einem Projektzeitraum von einem halben Jahr erfolgte eine Evaluation mittels eines Fragebogens.

ERGEBNISSE

Die Evaluation erzielte positive Ergebnisse im Hinblick auf die vorab formulierten Zielsetzungen, vor allem in Bezug auf die direkte Versorgungssituation und in der interdisziplinären Zusammenarbeit. ■

AUTORIN

Jessica Kilian, MSc APN, FKP
Anästhesie- und Intensivpflege,
Stationsleitung (APN) interdisziplinäre
Intensivstation, St. Josefs Hospital
Wiesbaden, jkilian@joho.de

FAZIT

Das Konzept der „Aktiven Angehörigentelefonate“ ist in den deutschsprachigen Raum übertragbar und ist ein Gewinn im Hinblick auf die formulierten Zielsetzungen.

5.6

Sichere Patient:innenversorgung als Ziel interprofessioneller Zusammenarbeit

„
Kommunikation von
Patient:innen mit ihren
Angehörigen in der
intensivtherapeutischen
Versorgung als
maßgeblicher
Erfolgsfaktor

LITERATUR

Auszug (vollständiges Verzeichnis auf Anfrage)

Cheng Z, Zhang, B, Xia J, Wang X. (2022). The incidence and risk factors of syndromic psychological dysfunction in family members after ICU: A System review and meta-analysis. Research Square.

Heydari, A., Sharifi, M. & Moghaddam, A. B. (2020). Family participation in the care of older adult patients admitted to the intensive care unit: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 41(4), 474–484.

Hoffmann, M., Jeitziner, M. M., Riedl, R., Eller, P. & Amrein, K. (2020). Psychological symptoms in relatives of critically ill patients (ICU families): a prospective multicenter study. *Intensive Care Medicine*, 46(5), 1060–1062.

Hoffmann, M., Nydahl, P., Brauchle, M., Schwarz, C., Amrein, K. & Jeitziner, M. M. (2022). Angehörigenbetreuung auf Intensivstationen. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 117(5), 349–357.

Kiwanuka, F., Sak-Dankosky, N., Alemayehu, Y. H. et al. (2022). The evidence base of nurse-led family interventions for improving family outcomes in adult critical care settings: A mixed method systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 125, 104100.

Maier, J. (2010). Das aktive Angehörigentelefonat: Einbindung von Angehörigen. *intensiv*, 4(10), 28–31.

Marra, A., Pandharipande, P. P., Girard, T. D. et al. (2018). Co-Occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems Among 406 Survivors of Critical Illness*. *Critical Care Medicine*, 46(9), 1393–1401.

Padilla Fortunatti, C., & Munro, C. L. (2022). Factors associated with family satisfaction in the adult intensive care unit: A literature review. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 35(5), 604–611. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.07.006>

Petros, S. & John, S. (2018). 10 Kernaussagen zur Leitlinie für familienzentrierte Intensivmedizin. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 114(1), 56–58.

Regaira-Martínez, E. & Garcia-Vivar, C. (2021). The process of giving information to families in intensive care units: A narrative review. *Enfermería Intensiva (English ed.)*, 32(1), 18–36.

Wong, P., Redley, B., Digby, R., Correya, A. & Bucknall, T. (2020). Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Australian Critical Care*, 33(4), 317–325.

Zante, B., Camenisch, S. A. & Schefold, J. C. (2020). Interventions in Post-Intensive Care Syndrome-Family: A Systematic Literature Review. *Critical care medicine*, 48(9), e835–e840.

Susanne Look · Egbert Opitz

Vom Partner:innencheck zum 4-Augen-Prinzip – Berufsgruppenübergreifendes Lernen zwischen Kletterspaß und Patient:innensicherheit (Posterpräsentation)

HINTERGRUND

Seit 2018 findet zweimal jährlich ein interprofessioneller Kletterkurs statt, an dem sowohl Medizinstudierende als auch Pflege-schüler:innen berufsgruppenübergreifend teilnehmen. Die Kursleitung teilen sich eine Pflegeexpertin (APN) und ein Mediziner, die studentischen Klettertrainer:innen kommen aus dem Fachbereich Pädagogik. Die Studierenden und Auszubildenden aus dem Gesundheitswesen erleben unmittelbar, welche Sicherheitsmechanismen in einem anderen Hochrisikobereich seit langem etabliert und vorgeschrieben sind. Dieses unmittelbare persönliche Erleben sowie die angeleitete Reflexion des eigenen Sicherheitsverhaltens erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass das erlernte sichere Verhalten nachhaltig angewendet wird und in den zukünftigen Arbeitskontext transferiert wird.

FRAGESTELLUNG

Welche Parallelen und Unterschiede erkennen die Kursteilnehmer:innen zwischen dem Sicherheitsverhalten im Klettersport und im klinischen Kontext? Wie schätzen sie Transfermöglichkeiten ein?

ZIEL

Die Kursteilnehmer:innen stellen zuvor erlernte Ansätze zur Patient:innensicherheit dem Thema Sicherheit im Klettersport gegenüber und ermitteln Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Die Ergebnisse werden in jedem Kurs vorgestellt und in Form von Plakaten festgehalten.

METHODE

Insgesamt liegen 26 Plakate vor, die inhaltsanalytisch in Hinblick auf die Fragestellung untersucht und ausgewertet werden. Die Kursevaluation erfolgt mit einem standardisierten Fragebogen.

FAZIT

Der Kletterkurs ermöglicht arbeitsplatzfernes, berufsgruppenübergreifendes Lernen und sensibilisiert ausnahmslos alle Kursteilnehmer:innen für das Thema Patient:innensicherheit.

ERGEBNISSE

Bislang wurde der interdisziplinäre Kletterkurs trotz Corona-bedingter Einschränkungen sechsmal erfolgreich durchgeführt. Parallelen zwischen dem Klinik-Setting und Klettersport werden vor allem in den Risiken (Lärm, Ablenkung) sowie in der Notwendigkeit von Vertrauen in das jeweilige Team gesehen. Beim Sicherheitsverhalten werden deutliche Unterschiede wahrgenommen: In der Kommunikation, bei der Handhabung von Checklisten sowie in der Strenge der Regulation von Prozessen. ■

AUTOR:INNEN

Dr. sc. (ETH) Susanne Look, Soziologin, MA, Koordination Pflegeexpert:innen, Pflegeexpertin Geriatrie, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Klinikum im Friedrichshain, susanne.look@vivantes.de

Dr. med. Opitz, Egbert, PJ-Kurse und interprofessionelle Ausbildungsstationen, Dekanat des Fachbereichs Medizin an der Philipps-Universität Marburg, egbert.opitz@uni-marburg.de

”
Vom Klettersport
für die
interdisziplinäre
Zusammenarbeit
im Berufsalltag
lernen

Marianne Pöllabauer · Beate Kleine

Einführung eines Delir-Managements auf der pädiatrischen Intensivstation am LMU Klinikum (Posterpräsentation)

HINTERGRUND

Das Thema Delir gewinnt in der Pflege immer mehr Aufmerksamkeit, nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern. Die unterschiedlichen Folgen eines Delirs sind zum Teil schwerwiegend, weshalb eine hohe Aufmerksamkeit dem Delir-Management gelten sollte. Neben einem erhöhten Mortalitätsrisiko sind die Auswirkungen vielfältig bis hin zu einer posttraumatischen Belastungsstörung.

FRAGESTELLUNG

Auf einer pädiatrischen Intensivstation am LMU Klinikum München werden im interprofessionellen Team erste Maßnahmen zur Delir-Prävention und -Therapie bei Kindern angewendet. Diese sind allerdings nicht standardisiert und werden nicht von allen gleichermaßen durchgeführt und dokumentiert.

ZIEL

Im Rahmen eines interprofessionellen Projekts unter der Leitung und Mitwirkung von drei Bachelor-Absolventinnen mit pflegewissenschaftlichem Hintergrund wird das Ziel verfolgt, ein Delir-Management auf einer pädiatrischen Intensivstation einzuführen. Das interprofessionelle Team umfasst die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter:innen sowie Vertreter:innen der Physiotherapie, der Pädagogik und der Psychologie. Methodisch begleitet wird das Vorhaben von einer Masterabsolventin mit einem Abschluss in Advanced Nursing Practice.

METHODE

Die Umsetzung des Projekts startete im Frühling 2023 und wurde an das IOWA-Modell angelehnt. Zu Beginn wird ein Ist-Stand erhoben zu den aktuellen Maßnahmen, der Akzeptanz

und dem Wissensstand in Bezug auf das Delir-Management bei Kindern. Literaturgestützt werden Screening-Instrumente ausgewählt und evidenzbasierte Maßnahmen zur Prävention und zur Handhabung eines Delirs bei Kindern recherchiert. Basierend darauf werden Schulungen für das interprofessionelle Team konzipiert und durchgeführt. Nach einer vorab definierten Anwendungszeit wird der Umsetzungsgrad und Implementierungsstand (Soll-Zustand) evaluiert. Aus den Ergebnissen werden Handlungsempfehlungen für eine weitere Verbesserung der Patient:innenversorgung abgeleitet. Darüber hinaus wird von der APN die Projektbeglei-

tung evaluiert, um die projektbezogene Einbindung von Bachelorabsolvent:innen zukünftig besser unterstützen und fördern zu können.

ERGEBNISSE

Das erwartete Ergebnis aus dem Projekt wird eine verbesserte Patient:innenversorgung sein, welche die Prävention und das Management von Deliren bei Kindern in den Fokus nimmt und dessen Relevanz in der klinischen Versorgung erhöht. Die erwarteten Ergebnisse aus dem Ist-Soll-Abgleich sind ein erhöhtes Wissen und eine vermehrte Akzeptanz zum Delir-Management im Team. Die Durchführung der einzelnen Maßnahmen sind in einem Standard transparent festgehalten und werden routinemäßig im interprofessionellen Team durchgeführt. ■

FAZIT

Ein positiver Aspekt aus dem interprofessionellen Ansatz des Projekts kann die Stärkung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit sein. Darüber hinaus bietet das Projekt Möglichkeiten zur strukturierten Einbindung von Bachelorabsolvent:innen am LMU Klinikum.

AUTORINNEN

Marianne Pöllabauer, BSc Nursing, MA Advanced Nursing Practice, Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft am LMU Klinikum München, marianne.poellabauer@med.uni-muenchen.de

Beate Kleine, BSc Nursing, Fachschwester für pädiatrische Intensivpflege, Kinderintensivpflegestation KIPS/Bronchoskopie/Tagesstation im Dr. von Haunerschen Kinderspital des LMU Klinikums München, beate.kleine@med.uni-muenchen.de

”
In inter-
professionellen
Teams strukturierte
Aufbauarbeit für erfolg-
reiches Delir-Manage-
ment bei Kindern
leisten

LITERATUR

IOWA-Model Collaborative (2017): IOWA Model of Evidence-Based Practice: Revisions and Validation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* (14:3), 175-182.

Schieveld, J. N. M. & Janssen, N. (2014). Delirium in the pediatric patient: A growing awareness of its clinical interdisciplinary importance. *JAMA Pediatrics*, 168 (7), 595-596. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.125

Siegel, E. J. & Traube, C. (2020). Pediatric delirium: epidemiology and outcome. *Curr Opin Pediatr* 32, 743-749. doi:10.1097/MOP.0000000000000960

Smith, H. A. B., Brink, E., Fuchs, D. C., Ely, E. W. & Pandharipande, P. P., (2013). Pediatric Delirium: Monitoring and Management in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Clinics of North America*, 60, 741-760. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2013.02.010>

Traube, C., Silver, G., Gerber, L., Kaur, S., Mauer, E., Kerson, A., Joyce, C. & Greenwald, B. (2017). Delirium and Mortality in Critically Ill Children: Epidemiology and Outcomes of Pediatric Delirium. *Critical Care Medicine*, Vol. 45, No. 5. doi: 10.1097/CCM.0000000000002324

Marie Rohini Raatz-Thies

APN-geführtes Kompetenznetzwerk (Posterpräsentation)

HINTERGRUND

Die Pflegeexpertin APN hat zunehmende Herausforderungen im Pflegeprozess von multimorbid-internistisch erkrankten Patient:innen beobachtet. Hinzu kommen häufige Rotationen der Stationsärzt:innen und von Teammitgliedern. Beide Situationen erfordern innerhalb der Augenklinik einen fachlich-professionellen und konstruktiven Austausch. Daher soll ein zielorientierter und moderierter Kompetenzaustausch innerhalb des pflegerischen Teams in den Pflegealltag integriert werden.

FRAGESTELLUNG

Kann ein konstruktiver Austausch über die gegenwärtige Arbeitssituation zur pflegfachlichen Entwicklung eines Fachbereichs beitragen?

ZIEL

Aktualisierung von Fachwissen und priorisierte Kurzfortbildungen sollen die Sicherheit der Mitarbeitenden erhöhen. Konsensentscheidungen sollen zu einer höheren Akzeptanz und Umsetzungsbereitschaft beitragen.

METHODE

Neuerungen werden im Konsens entschieden und nach dem Bottom-up-Modell erarbeitet. Die Teilnehmer:innen im Kompetenznetzwerk agieren als Multiplikator:innen für ihr erworbenes Wissen. Die Besetzung der Arbeitsgruppe erfolgt dynamisch und themenorientiert. Das Kompetenznetzwerk wird von der Pflegeexpertin APN geleitet und moderiert.

ERGEBNISSE

1. Einführung des Kommunikationsstandards „Strukturiertes Pflege-Arzt-Gespräch“
2. Einheitlicher Übergabezettel
3. Erarbeitung von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
4. Pflegefachliche, strukturelle und nachhaltige Umsetzung von intern erarbeiteten Vorschlägen
5. Zusammenstellung fachlicher, bedarfsorientierter bzw. bedürfnisorientierter Fortbildungsangebote.



FAZIT

Die wertschätzende und lösungsorientierte Kommunikation kann eine sach- und fachspezifische Zusammenarbeit von Mitarbeiter:innen der unterschiedlichen Teams (Qualifikationsmix) fördern und einen multidimensionalen Wissenszuwachs begünstigen. Der pflegewissenschaftliche Ansatz zur strukturierten, ressourcenorientierten Entscheidungsfindung findet Akzeptanz in der interprofessionellen Zusammenarbeit und fördert die Patient:innensicherheit im klinischen Alltag.

AUTORIN

Marie Rohini Raatz-Thies, MScN, Pflegeexpertin APN, UKE-Kopf- und Neurozentrum, Klinik- und Poliklinik für Augenheilkunde, m.raatz-thies@uke.de

LITERATUR

- Heinen, M., van Oostveen, C., Peters, J., Vermeulen, H. & Huis, A. (2019). An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 2378-2392. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.14092>.
- Raatz-Thies, M.R., Zastrow, I. & Vogt, B. (2023). Geriatrische sehbeeinträchtigte PatientInnen als Herausforderung im klinisch-akademischen Handlungsfeld der Pflege-Implementierung einer APN in der Augenklinik. In: Feuchtinger, J. & Weidlich, S. (Hrsg.), *Advanced Practice Nursing in der klinischen Pflegepraxis* (1. Auflage, 168-176). Kohlhammer.
- Tracy, M. F. & O'Grady, E. T. (2019). *Hamric and Hanson's: Advanced Practice Nursing. An integrative approach*. 6th edition. Elsevier.
- Weiß, Carina (2019). Perspektiven einer ANP-Absolventin: Studium trifft Praxis. In: Kures, C. & Sittner, E. (Hrsg.). *Advanced Nursing Practice: Die pflegerische Antwort für eine bessere Gesundheitsversorgung*. 1. Auflage. Facultas.
- Werner, J., Dimitriadou-Xanthopoulou, N., Knisch-Wesemann, A. & Meißner, K. (2021). Als Advanced Practice Nurse aktiv die Pflegepraxis mitgestalten. *Pflege*, 34,6 321-327. DOI: <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000840>.

Sonja Freyer

Delir und Angehörige (Vortrag)

HINTERGRUND

Die Situation Angehöriger, die ein Delir ihnen nahestehender Personen erleben ist bisher in Deutschland nicht fachbereichsübergreifend untersucht worden. Aus der internationalen Studienlage lässt sich zu dem Forschungsthema „Erfahrungen, Belastungen und Bedürfnisse Angehöriger von Personen mit Delir im Krankenhaus“ ableiten, dass Angehörige durch das Erleben eines Delirs belastet sind und einen Unterstützungsbedarf aufweisen.

ZIEL

Mit dieser Studie werden Erfahrungen, Belastungen und Bedürfnisse Angehöriger von Delir-Patienten und -Patientinnen im Krankenhaus untersucht, um daraus Empfehlungen für die Praxis abzuleiten.

METHODEN

Im Rahmen eines qualitativen Forschungsdesigns erfolgt die Beantwortung der Forschungsfragen. Zur Datenerhebung werden episodische Interviews (Flick, 1996) mit Angehörigen von Personen mit Delir geführt. Zur Datenauswertung dienen Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

ERGEBNISSE

Angehörige von Personen mit Delir benötigen während des Behandlungsverlaufs sowohl Beratung als auch Informationen. Angehörige erwarten eine aktive Integration in den Behandlungsprozess. Auch nach Jahren eines erlebten Delirs bleiben offene Fragen, mit denen sich Angehörige beschäftigen. ■

FAZIT

Angehörige von Delir-Patienten und -Patientinnen benötigen ein zugehendes Unterstützungsangebot. Das System Krankenhaus sollte ein niederschwelliges Beratungsangebot für Angehörige schaffen, welches auch Möglichkeiten der Nachsorge durch Gesundheitsfachpersonen beinhaltet.

Mithilfe der Konzepte zur familienzentrierten Pflege nach Wright & Leahey (2014) ergeben sich für Pflegefachpersonen konkrete Handlungsoptionen, Angehörige in den Pflegeprozess zu integrieren. Gesundheitsfachpersonen sollten einen systemischen Blick auf die Auswirkungen eines Delirs auf Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörige einnehmen, um das Belastungserleben zu reduzieren.

AUTORIN

Dr. Sonja Freyer, Präsidentin DNAPN & ANP g.e.V., Pflegeexpertin APN Mental Health Care, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, s.freyer@dnapn.de; sonja.freyer@klinikum-bremerhaven.de

LITERATUR

Auf Anfrage bei der Autorin.

Marcelina Roos · Katharina Silies

Veränderung gestalten: Mit „CFIR“ und „ERIC“ Einflussfaktoren und Umsetzungsstrategien für Veränderungen in der Praxis identifizieren (Workshop)

HINTERGRUND

In ihrer Rolle als „Change Agent“ stoßen Advanced Practice Nurses (APN) regelmäßig Veränderungsprozesse in der Praxis an. Die erfolgreiche Umsetzung ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, die fördernd und/oder hemmend Einfluss nehmen. Durch die Anwendung von theoretischen Rahmenkonzepten können diese Faktoren im Vorfeld identifiziert und gezielte Strategien für erfolgreiche Veränderungsprozesse entwickelt werden. In zwei Forschungsprojekten in der Akut- (ENROLE-acute) und Langzeitversorgung (Expand-Care) wurden die Rahmenkonzepte „Consolidated Framework for Implementation Research“ (CFIR) und „Expert Recommendations for Implementing Change“ (ERIC) zur Entwicklung von Rollenprofilen für Pflegefachpersonen mit erweiterten Handlungskompetenzen eingesetzt.

FRAGESTELLUNG

Inwieweit unterstützen die Rahmenkonzepte CFIR und ERIC den Erfolg von APN-geleiteten Veränderungsprozessen?

ZIEL

Dieser Workshop richtet sich an APNs, die Interesse an theoretischen Grundlagen zum Anstoßen von Veränderungsprozessen in der Praxis haben. Durch die Auseinandersetzung mit zwei Rahmenkonzepten zur Identifikation von Einflussfaktoren und der Ableitung von Umsetzungsstrategien erhalten die APNs ein Werkzeug, das sie in ihrer Rolle als „Change Agents“ und Forschende in der Praxis unterstützt.

METHODE

Im Workshop lernen die Teilnehmenden die Rahmenkonzepte CFIR und ERIC kennen. Deren Anwendung wird anhand eines Beispiels zu interprofessionellen Fallkonferenzen für Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen praktisch erprobt. Zu den geplanten Methoden gehören ein Impulsvortrag, die Arbeit in Kleingruppen sowie eine Plenumsdiskussion und -reflexion.

ERGEBNISSE

Zum Ende des Workshops haben die Teilnehmenden Einblicke in die Arbeit mit CFIR und ERIC erhalten. Für das Fallbeispiel liegen gemeinsam identifizierte Einflussfaktoren sowie gezielt abgeleitete Umsetzungsstrategien für eine Veränderung in der Praxis vor. Darüber hinaus haben die Teilnehmenden die Anwendbarkeit theoretischer Rahmenkonzepte vor dem Hintergrund ihrer Tätigkeit als APN diskutiert. ■

AUTORINNEN

Marcelina Roos, MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Institut für Pflegewissenschaft, Köln, marcelina.roos@uk-koeln.de

Dr. rer. hum. biol. Katharina Silies, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion Forschung und Lehre in der Pflege, Lübeck, katharina.silies@uksh.de

FAZIT

APNs stehen in ihrer Tätigkeit vor vielfältigen Herausforderungen. Das Wissen um und die Anwendung von theoretischen Rahmenkonzepten können eine gelingende Umsetzung von Veränderungen in der Praxis unterstützen.

LITERATUR

- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1), 1-16.
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., ... & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(1), 1-14.

Susanne Look

Gemeinsam aus Fehlern lernen – Einführung in das „Learning from Defects Tool“ (Workshop)

HINTERGRUND

Die systematische Analyse unerwünschter Ereignisse ist eine wirksame Methode, um im interprofessionellen Behandlungsteam arbeitsplatznah zu lernen. Das „Learning from Defects Tool“ (LFD-Tool) ermöglicht dies (Pronovost et al., 2006). Es basiert auf dem Modell der organisationalen Unfallentstehung (Reason, 1997). Das Tool kann von Pflegeexpert:innen angewendet werden, um im Pflorgeteam Wissen über Risiken, tatsächliche und potenzielle unerwünschte Ereignisse bzw. Fehler, aber auch Verbesserungsmöglichkeiten systematisch zu reflektieren. (Hoffmann & Frei, 2017) Die Moderatorin des Workshops hat das Tool übersetzt und in einem Schweizer Akutspital implementiert.

FRAGESTELLUNG

Wie können Pflegeexpert:innen zur Analyse unerwünschter Ereignisse befähigt werden?

ZIEL

Die Teilnehmenden lernen Möglichkeiten und Grenzen der Ereignisanalyse mit dem LFD-Tool kennen.

METHODE

Im geplanten Workshop wird die Analyse eines unerwünschten Ereignisses mit dem LFD-Tool exemplarisch und unter Anleitung durchgeführt. Die Ereignisanalyse mit dem LFD-Tool umfasst drei Phasen, die im Workshop durchlaufen werden: 1. Was ist passiert? 2. Warum ist es passiert? 3. Wie können wir das Ereignis zukünftig vermeiden?

ERGEBNISSE

Die Teilnehmer:innen reflektieren ihre Wahrnehmung von personbezogenen und organisationalen Faktoren der Fehlerentstehung vor und nach der Ereignisanalyse. ■



FAZIT

Die Teilnehmer:innen diskutieren unter strukturierter Anleitung die Anwendbarkeit des Tools in ihrem jeweiligen Arbeitskontext.

AUTORIN

Dr. sc. (ETH) Susanne Look, Soziologin, MA, Koordination Pflegeexpert:innen, Pflegeexpertin Geriatrie, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Klinikum im Friedrichshain, susanne.look@vivantes.de

LITERATUR

Hoffmann, S. & Frei, I.-A. (2017). Die Analyse unerwünschter Ereignisse als Beitrag zur Sicherheitskultur im Kontext der Praxisentwicklung. *Pflege* (2017), 1-8.

Pronovost, P. J.; Holzmueller, C. G.; Martinez, E.; Cafeo, C. L.; Hunt, D.; Dickson, C. & Makary M. A. (2006). A practical tool to learn from defects in patient care. *Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources*. 32, 2: 102 – 108.

Reason, J. (1997). *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot: Ashgate.

**Nikoletta Dimitriadou Xanthopoulou · Melanie Große-Westermann ·
Claudia Oetting-Roß · Christiane Knecht**

Aufgaben und Kompetenzen von Advanced Practice Nurses im Handlungsfeld Critical Care – Ergebnisse eines Expert:innen-Workshops (Vortrag)

HINTERGRUND

Zur Begegnung der Versorgungsherausforderungen im Bereich der Pflege von kritisch kranken Menschen bedarf es hochqualifizierter Intensivpflegefachpersonen, u. a. auch akademisch qualifizierter Advanced Practice Nurses (APNs) mit Masterabschluss. Internationale Studien belegen, dass die Einbeziehung solcher APNs in die direkte Patient:innenversorgung im Handlungsfeld der Intensivpflege die Mortalität, die Verweildauer, die Kosten und die Zufriedenheit der Patient:innen positiv beeinflussen. In Deutschland mangelt es bis dato an APNs, die für die komplexen intensivpflegerischen Versorgungssituationen qualifiziert sind, sowie an Masterstudiengängen, die diesen Bedarf adressieren.

ZIEL

Ziel eines Expert:innen-Workshops war es, ungedeckte Versorgungsbedarfe in der Pflege des kritisch kranken Menschen zu identifizieren und daraus mögliche Aufgaben für APNs abzuleiten. Diese Überlegungen sollten ebenso wie zu erwartende Herausforderungen bei der Einführung von APNs in die Konzeption eines Masterstudiengangs APN Critical Care an der FH Münster einfließen.

Bezug auf intensivpflegerische Phänomene (z. B. Delir in Abgrenzung zu anderen kognitiven Zuständen), aber auch für bestimmte Zielgruppen, z. B. Menschen mit Behinderungen. Neben typischen klinischen Aufgaben (z. B. Beatmung, Nierenersatzverfahren) identifizierten die Expert:innen auch Arbeitsfelder, die in der Intensivpflege nicht ausreichend wahrgenommen und adressiert werden (z. B. Ernährung). Die aus Sicht der Expert:innen vorge-

schlagenen Kompetenzen konnten in Bezug zu Hamrics Kernkompetenzen gesetzt werden, z. B. Clinical Leadership, klinische Entscheidungsfindung. Herausforderungen sahen die Expert:innen beispielsweise darin, APNs unter den strukturellen Gegebenheiten in Kliniken zu installieren. Für die Konzeption des Masterstudiengangs empfahlen sie, vorab in den Dialog mit Arbeitgebern in den Kliniken über die Rollenentwicklung von APN zu treten. ■

METHODE

Im November 2022 waren zehn Fachexpert:innen mit unterschiedlichen Funktionen und aus verschiedenen Handlungsfeldern der Intensivpflege eingeladen, in einer Ideenwerkstatt zu ihren Vorstellungen zur Einführung einer APN zu diskutieren. Die Gruppendiskussionen, wofür die Teilnehmenden um ihre Einwilligung gebeten wurden, sind digital aufgezeichnet worden. Die Analyse erfolgte thematisch orientiert.

ERGEBNISSE

Die Ideenwerkstatt unterteilte sich in drei Themenblöcke. Versorgungsbedarfe sahen die Expert:innen insbesondere in

AUTORINNEN

Nikoletta Dimitriadou Xanthopoulou, MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, nikoletta.dimitriadou@fh-muenster.de
Melanie Große-Westermann, MA Palliative Care, wissenschaftliche Mitarbeiterin, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, melanie.grosse-westermann@fh-muenster.de
Prof. Dr. Claudia Oetting-Roß, Dipl. Berufspäd., Prodekanin, Professur für Klinische Pflegeforschung, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, oetting-roß@fh-muenster.de
Prof. Christiane Knecht, PhD, Professur für Akutpflege, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, knecht@fh-muenster.de

FAZIT

Insgesamt werden APNs als große Chance betrachtet, die nicht nur einen wichtigen Beitrag zur intensivpflegerischen Versorgung in Deutschland leisten können, sondern zugleich eine Perspektive für Bachelorabsolvent:innen bieten, die weiterhin in der direkten Patient:innenversorgung tätig bleiben wollen. Die Ergebnisse bestärken somit die Konzeption eines Masterangebots.

**Tobias Becker · Darleen Metten · Rebecca Weiland ·
Ulrike Höhmann · Christiane Knecht**

(Pflege-)Phänomene und Konzepte in der Versorgung älterer Patient:innen im Krankenhaus im Kontext von Advanced Practice Nursing – Ein Überblick über den Forschungsstand (Vortrag)

HINTERGRUND

Sich demographisch verändernde Bedarfslagen alterstraumatologischer Patient:innen und damit einhergehende komplexe Versorgungssituationen erfordern zunehmend eine wissenschaftsbasierte Pflege. Komplex erscheinen z. B. der Umgang mit dem Delir in Abgrenzung zu anderen kognitiven Zuständen. Mit Advanced Practice Nurses (APN), die über einen Masterabschluss verfügen, wird diesen Bedarfen international Rechnung getragen. Unklar ist jedoch, welche (Pflege-)Phänomene und Konzepte in der Versorgung älterer Patient:innen im Krankenhausbereich spezifisch im Aufgabenbereich der APN liegen und von dieser adressiert werden.

FRAGESTELLUNG

Dieser Beitrag gibt literaturgestützt Antworten auf die Frage, welche (Pflege-)Phänomene in der Versorgung älterer Patient:innen im Krankenhaus im Kontext von Advanced Practice Nursing beschrieben werden und welche Konzepte Anwendung finden?

ZIEL

Ziel ist es daher, erstens ein Überblick über den aktuellen Wissensstand zur Rolle von APNs im Zusammenhang mit bestimmten (Pflege-)Phänomenen und Konzepten zu geben und zweitens, Implikationen für die Rollenentwicklung in Deutschland abzuleiten.

METHODE

Es wurde ein protokollgestütztes Scoping-Review unter Verwendung der elektronischen Datenbanken Pubmed, Cinahl sowie Gerolit durchgeführt, welches sich an der JBI-Methodologie anlehnt und eine Orientierung über den gegenwärtigen Forschungsstand gibt. Die Treffer wurden in einem mehrstufigen Screening auf ihre Eignung geprüft. Die laufende Analyse der Ergebnisse erfolgt deskriptiv und thematisch-inhaltlich.

ERGEBNISSE

Erste vorläufige Ergebnisse zeigen für die Bereiche der Geriatrie, Gerontologie sowie Alterstraumatologie erwartungsgemäße Phänomene, mit denen die APN konfrontiert wird, wie z. B. das Delir in Abgrenzung zu anderen herausfordernden kognitiven Zuständen. Auch die Versorgung an den Übergängen des Gesundheitssystems zur Sicherung der Kontinuität im Sinne des Konzepts Transitional Care werden im Aufgabenspektrum der APN verortet. Während ein

Masterabschluss für die APN vorausgesetzt wird, wird in den Daten die Qualifikation der APN nicht immer transparent abgebildet und nicht eindeutig zwischen Bachelor- und Masterniveau unterschieden, was per se unterschiedliche Anforderungen nach sich zieht und wodurch Rollenunklarheiten entstehen können. Ein Ergebnis des Screenings ist zudem, dass andere Pflegebereiche, wie z. B. die neonatologische, pädiatrische oder onkologische Pflege in der Klärung der Rolle im Hinblick auf pflegerische Phänomene fortgeschritten sind. ■

FAZIT

Aufgrund der unklaren Qualifikationsanforderungen sind die Einsatzfelder der APN in der Pflegepraxis nicht geklärt. Erforderlich ist daher, sich vertiefend mit der Rolle von APN in Bezug auf (Pflege-)Phänomene und Konzepte in der Alterstraumatologie zu beschäftigen.

AUTOR:INNEN

Tobias Becker, MA Management in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen, wissenschaftlicher Mitarbeiter, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, t.becker@fh-muenster.de

Darleen Metten, BA Berufspädagogik im Gesundheitswesen, Pflege Masterstudentin, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, darleen.metten@fh-muenster.de

Rebecca Weiland, MSc Versorgungsforschung und -gestaltung, wissenschaftliche Mitarbeiterin, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, rebecca.weiland@fh-muenster.de

Prof. Christiane Knecht, PhD, Professur für Akutpflege, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, knecht@fh-muenster.de

Univ.-Prof. Dr. Ulrike Höhmann, Professur für Multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen, Universität Witten Herdecke, Fakultät für Gesundheit, ulrike-hoehmann@uni-wh.de

Julia Sonntag

Übertragbarkeit des KOMMA-Ansatzes einschließlich des KOMMA-Einschätzungsbogens auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz – Eine explorative qualitative Studie (Vortrag)

HINTERGRUND

Pflegende Angehörige nehmen einen hohen Stellenwert bei der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz ein. Die Pflege der erkrankten Person und die damit verbundenen Belastungen können sich negativ auf die Gesundheit der pflegenden Angehörigen auswirken. Konzepte zur personenzentrierten und bedürfnisorientierten Unterstützung sind gefragt.

FRAGESTELLUNG

Wie schätzen Angehörige von Menschen mit Demenz die Anwendung des KOMMA-Ansatzes aus der Palliativversorgung in Bezug auf ihre eigene Situation ein? Wie stimmen die in der Literatur identifizierten Unterstützungsbedürfnisse im modifizierten KOMMA-Einschätzungsbogen mit der Erfahrung und dem Erleben der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz überein?

ZIEL

Das Ziel der Studie war die explorative Untersuchung der Übertragbarkeit des KOMMA-Ansatzes (Kreyer & Pleschberger, 2018) einschließlich des KOMMA-Einschätzungsbogens zur Unterstützung von Angehörigen aus der Palliativversorgung auf pflegende Angehörige demenzerkrankter Menschen.

METHODE

Zur qualitativen Datenerhebung wurden eine Fokusgruppendifkussion (n=3) sowie leitfadengestützte Experteninterviews (n=6) mit pflegenden Angehörigen, welche zuhause einen Menschen mit Demenz versorgen, durchgeführt.

ERGEBNISSE

Die befragten Angehörigen schätzten den KOMMA-Ansatz in Bezug auf ihre persönliche Situation als nur bedingt hilfreich ein, da sie im mittleren

Stadium der Pflege über ein großes Spektrum an Wissen und Unterstützung verfügen. Vielmehr empfehlen sie eine Anwendung bei Betroffenen, die neu in ihrer Rolle als pflegende Angehörige sind oder einen Menschen im späteren Stadium der Erkrankung pflegen. Die Unterstützungsbedürfnisse von Angehörigen in der Palliativversorgung aus dem KOMMA-Einschätzungsbogen adressieren auch die Unterstützungsbedürfnisse von Angehörigen demenzerkrankter Menschen, wobei diese Gruppe zusätzliche Unterstützungsbedürfnisse in Ausnahmesituationen, beim Thema Information und Kommunikation sowie bei Antragsverfahren angibt. ■

FAZIT

Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz sind nicht während der gesamten Zeit der Pflege und Betreuung auf Unterstützung in Form des KOMMA-Ansatzes angewiesen. Dennoch scheint eine feste Bezugsperson bereits ab Diagnosestellung und ein personenzentrierter Ansatz mit einer offenen Vorgehensweise sinnvoll, da die Situationen der Angehörigen sehr heterogen sind. Bei der Übertragung des KOMMA-Ansatzes ist darauf zu achten, dass keine Parallelstrukturen in Bezug auf bestehende Unterstützungsangebote entstehen.

„
KOMMA-Ansatz
für pflegende
Angehörige demenzerkrankter Menschen
nicht in allen Phasen
anwendbar

AUTOR:INNEN

Julia Sonntag, BA, MScN, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Advanced Practice Nurse, Pflegerische Abteilungsleitung ZfP Südwürttemberg, julia.sonntag@zfp-zentrum.de

Dr. Karoline Schermann, MScN, Studiengangskoordination Masterstudien, Institut für Pflegewissenschaft, UMIT TIROL – Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und -technologie, karoline.schermann@umit-tirol.at

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Müller, MSc, Institutsvorstand des Instituts für Pflegewissenschaft, Departmentleiter des Departments für Pflegewissenschaft und Gerontologie, UMIT TIROL – Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und -technologie, gerhard.mueller@umit-tirol.at

Ass.-Prof. Dr. Christiane Kreyer, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Pflegewissenschaft, UMIT TIROL – Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und -technologie, christiane.kreyer@umit-tirol.at

LITERATUR

- Ewing, G.; Brundle, C.; Payne, S. & Grande, G. (2013). The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for use in palliative and end-of-life care at home. A validation study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(3), 395-405. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.008>
- Kreyer, C. & Pleschberger, S. (2018). KOMMA. Ein nutzerorientierter Ansatz zur Unterstützung von Angehörigen in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 19(6), 299-304. <https://doi.org/10.1055/a-0667-0274>
- Lund, L.; Ross, L.; Peterson, M. A.; Blach, A.; Rosted, E.; Bollig, G.; Juhl, G.; Farholt, H. B.; Winther, H.; Laursen, L.; Hasse, M.; Weensgaard, S.; Guldin, M.-B.; Ewing, G.; Grande, G. & Groenvold, M. (2020). Effect of the Carer Support Needs Assessment Tool Intervention (CSNAT-I) in the danish specialised palliative care setting. A stepped-wedge cluster randomised controlled trial. *BMJ Support Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002467>
- Micklewright, K. & Farquhar, M. (2020). Does the Carer Support Needs Assessment Tool cover the established support needs of carers of patients with chronic obstructive pulmonary disease? A systematic literature search and narrative review. *Palliative Medicine*, 10, 1305-1315. <https://doi.org/10.1177%2F0269216320939243>
- Pleschberger, S. (2014). Palliative Care und Dementia Care. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zweier innovativer Versorgungskonzepte im Lichte der Entwicklung in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft*, 19(3), 157-265.
- Sonntag, J.; Schweizer, C. & Kreyer, C. (2022). Unterstützungsbedürfnisse pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. Ein integratives Review mit Bezug zum KOMMA-Ansatz. *Pflege*, 36, 77-86. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000920>
- Zwingmann, I.; Michalowsky, B.; Esser, A.; Kaczynski, A.; Monsees, J.; Keller, A.; Hertel, J.; Wucherer, D.; Thyrian, J. R.; Eichler, T.; Kilimann, I.; Teipel, S.; Dreier Wolfgramm, A. & Hoffmann, W. (2019). Identifying unmet needs of family dementia caregivers. Results of the baseline assessment of a cluster-randomized controlled intervention trial. *Journal of Alzheimer's disease*, 67(2), 527-539. <https://doi.org/10.3233/JAD-180244>

**Melanie Große Westermann ·
Nikoletta Dimitriadou Xanthopoulou ·
Claudia Oetting-Roß · Christiane Knecht**

Entwicklung eines Masterstudiengangs Advanced Nursing Practice – Critical Care – Methodische Implikationen (Posterpräsentation)

HINTERGRUND

Nicht erst der Ausbruch der Covid-19 Pandemie hat gezeigt, wie angespannt die personelle Situation in der Intensivpflege ist. Auch wenn hierzu keine valide Datenlage vorliegt, bestehen aktuell erhebliche Stellenbesetzungsprobleme, die die Lage weiter verschärfen. International wird analogen Entwicklungen bereits mit einem Qualifikationsmix in der Intensivpflege begegnet, der auch akademisch qualifizierte Pflegenden mit Masterabschluss als Advanced Practice Nurse Critical Care (APN CC) in der direkten Patient:innenversorgung vorsieht. Bis dato existieren in Deutschland keine Masterstudiengänge, die das spezifische Anforderungs-, Aufgaben-, Kompetenz-, Qualifikations- und Rollenprofil für die Pflege des kritisch kranken Menschen adressieren.

FRAGESTELLUNG

Wie kann es gelingen, ein den Anforderungen gerecht werdendes Bildungsangebot zu entwickeln, das sich an den Potenzialen möglicher Studienbewerber:innen orientiert?

ZIEL

Vorstellung des methodischen Vorgehens im Rahmen der Konzeption eines Masterstudiengangs APN CC.

METHODE

Zunächst erfolgte ein Scoping Review, um den internationalen Forschungsstand zu Handlungsfeldern, Aufgaben und (Kern-)Kompetenzen von APNs im Handlungsfeld der Pflege des kritisch kranken Menschen zu identifizieren. Parallel erfolgte eine Synopse, die zur Wettbewerbsanalyse ähnlicher Masterstudiengangsangebote im deutschsprachigen D-A-CH-Raum diente. Während die Sicht von Expert:innen aus dem Handlungsfeld der Intensivpflege bereits in die Überlegungen eingeflossen ist, steht die Perspektive von Studierenden aus.

ERGEBNISSE

Die Konzeption des Masterstudiengangs APN CC ist noch nicht abgeschlossen. Die Analyse der Literatur zeigt international ein unscharfes Anforderungs-, Aufgaben-, Kompetenz-, Qualifikations- und Rollenprofil für die APN im Handlungsfeld der Pflege des kritisch kranken Menschen. Die Multidimensionalität der Versorgungs-

situationen erfordert Fähigkeiten, fallverstehend und präzise die besondere Situation der Patient:innen und die damit einhergehenden Pflegephänomene zu analysieren und für diese adäquate wissenschaftsbasierte Interventionen auszuwählen. Die Synopse zu Masterstudiengängen zeigt, dass im deutschsprachigen D-A-CH-Raum kein APN-Studienangebot den Schwerpunkt auf Critical Care richtet. Im Rahmen einer Ideenwerkstatt empfehlen Expert:innen für ein den Anforderungen gerecht werdendes Studienangebot eine enge Verzahnung zwischen Kliniken und Hochschule in Bezug auf die curriculare Ausarbeitung. ■

FAZIT

Mit der Konzeption über verschiedene Zugangswege sind zugleich Hoffnung und Chance verbunden, einen solchen Masterstudiengang APN Critical Care so passgenau als möglich auf die Anforderungen der Pflegepraxis zuzuschneiden.

AUTORINNEN

Melanie Große Westermann, MA Palliative Care, wissenschaftliche Mitarbeiterin, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, melanie.grosse-westermann@fh-muenster.de
Nikoletta Dimitriadou Xanthopoulou, MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, nikoletta.dimitriadou@fh-muenster.de
Prof. Dr. Claudia Oetting-Roß, Dipl. Berufspäd., Prodekanin, Professur für Klinische Pflegeforschung, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, oetting-roß@fh-muenster.de
Prof. Christiane Knecht, PhD, Professur für Akutpflege, FH Münster, Fachbereich Gesundheit, knecht@fh-muenster.de



LITERATUR

Deutsches Krankenhausinstitut (2022). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2022. Düsseldorf: DKI. Abgerufen von <https://www.dki.de/sites/default/files/2022-12/Krankenhaus-Barometer%202022%20final.pdf> [12.02.2023]

Buchan, J. & Dal Poz, M. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(7), 575-580.

Große Westermann, M., Dimitriadou Xanthopoulou, N., Oetting-Roß, C., & Knecht, C. (2022). Synopse zur Marktanalyse von Masterstudiengängen Advanced Nursing Practice. Unveröffentlichter Projektbericht. Münster: FH Münster, Fachbereich Gesundheit.

Dimitriadou Xanthopoulou, N., Große Westermann, M., Oetting-Roß, C., & Knecht, C. (2023). Identifying the Scope of Practice and Competencies of Advanced Practice Nurses in Critical Care. A Scoping Review. 29th ICN Congress, Montreal.

Anne Schmitt

Fokussierte Interviews mit Pflegefachpersonen zu spezifisch ähnlich erlebten Schmerzsituationen auf der neonatologischen Intensivstation

HINTERGRUND

Das Forschungsprojekt im Rahmen einer Dissertation befasste sich mit dem Phänomen Schmerz von Frühgeborenen an der Lebensgrenze. Es fehlt derzeit an einer systematischen, standardisierten Schmerzerfassung für diese Patient:innengruppe und es besteht eine Forschungslücke, wie Frühgeborene an der Lebensgrenze ihre Schmerzen zeigen. Derzeit ist das therapeutische Team oftmals darauf angewiesen, anhand von Alltagswissen und -erfahrungen eine Schmerzbehandlung zu initiieren, es fehlen evidenzbasierte Schmerz-Management-Strategien für die Patient:innengruppe.

FRAGESTELLUNG

Welche Schmerzsignale und -zeichen sind bei Frühgeborenen an der Lebensgrenze erkennbar? Eignet sich der wissenschaftstheoretische Ansatz der Beobachtungsstudie in Verbindung mit einer neueren Variante von fokussierten Interviews (FI) zur Beantwortung der Forschungsfrage?

ZIEL

Das Ziel des Forschungsprojekts lag darin, über das Wissen von in der Neonatologie erfahrene Pflegefachpersonen Zugriff auf Schmerzsignale und -zeichen von Frühgeborenen an der Lebensgrenze zu erhalten.

METHODE

Um das Phänomen Schmerz von Frühgeborenen an der Lebensgrenze zu rekonstruieren, wurde ein qualitativer, explorativ-interpretativer und zunächst induktiver Ansatz im Design einer ethnografischen Studie gewählt. Der

wissenschaftstheoretische Ansatz der Beobachtungsstudie wurde mit einer neueren Variante von FI kombiniert.

In diesem Vortrag soll diskutiert werden, ob die hier verwendete Methode des FI geeignet ist, die Forschungsfrage zu beantworten bzw. die Ergebnisse aus den Beobachtungen zu validieren.

ERGEBNISSE

Die präsentierten Ergebnisse beziehen sich auf Teilergebnisse zur Methodenanwendung der FI: Auf den Vorgang der Datengenerierung, auf die Rolle der Interviewten (Pflegefachpersonen), auf die Rolle der Interviewerin (Forscherin) und auf die Methode selbst in Bezug auf „spezifisch ähnlich erlebte Situationen“ wird eingegangen. ■

FAZIT

Die untersuchte neuere Variante von FI erweist sich in Bezug auf „spezifisch ähnlich erlebte Situationen“ von Interviewten und Forschenden im Kontext einer ethnografisch angelegten Beobachtungsstudie als geeignet, Ergebnisse aus Beobachtungen zu validieren und zusätzliche Ergebnisse zu generieren.

AUTORIN

Dr. Anne Schmitt, MSc,
a.schmitt@dnapn.de,
annehelga.schmitt@t-online.de

LITERATUR

- Honer, A. (2015). Lebensweltanalyse in der Ethnographie. In: Flick, A.; von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 11. Aufl. Hamburg: rowohlt's enzyklopädie. 194-204.
- Hopf, C. (2015b). Qualitative Interviews - Ein Überblick. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 11. Aufl. Hamburg: rowohlt's enzyklopädie. 349-360.
- Kuckratz, U. & Rädiker, S. (2020). Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt. Wiesbaden: Springer VS.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). Qualitative Sozialforschung. 6. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Nover, S.U. (2020). Verstehen als Erkenntnisprinzip in der qualitativen Sozialforschung. Theorie - Methodologie - Methode. In: Sabine Ursula Nover (Hg.): Theoriegeleitete Forschungswege in der Pflegewissenschaft Methodologie und Forschungspraxis bei Praxeologie, Hermeneutik und Ethnographie. 4 Bände: Springer (Vallendarer Schriften der Pflegewissenschaft). 10-43.
- Panke-Kochinke, B. (2004). Die rekonstruktive hermeneutische Textanalyse. In: Pflege & Gesellschaft 2 (19). 59-63.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. Aufl. München: Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Soziologie).

Christopher Simon

Delir-Management in der Notaufnahme – Ein Best-Practice-Projekt zur Anpassung der Versorgungsprozesse

PROBLEMSTELLUNG

Bei der Aufnahme in die Klinik haben bis zu 25 % der Patient:innen über 65 Jahren ein Delir; weitere 30 % entwickeln ein Delir während des stationären Aufenthalts (Savaskan et al., 2016). Nach Inouye und Kolleg:innen (2014) findet sich ein Delir bei 10 - 15 % der älteren Patient:innen, die in der Notaufnahme vorstellig werden. Eine weitere Studie zeigt eine Inzidenz von 11 % (Émond et al., 2018). Damit diese Patient:innen die bestmögliche Behandlung erhalten, ist es von hoher Priorität, dass eine mögliche kognitive Einschränkung oder ein bereits bestehendes Delir frühzeitig identifiziert wird. Daten belegen, dass in 57 - 83 % der Fälle ein Delir in Notaufnahmen nicht erkannt wird, wenn kein systematisches Screening stattfindet (Silva et al., 2021). Aus diesem Grund wurde ein bereits bestehende Delir-Management Prozess in einer Akutklinik auf das Notfallzentrum (NFZ) ausgeweitet. Hier wurde ein Screening zur kognitiven Ersteinschätzung und ein passender Prozess implementiert, um folgende Zielsetzung zu erreichen.



ZIELSETZUNG

Ziel des hier beschriebenen Best-Practice-Projekts war es ein Screening-Instrument zur kognitiven Einschätzung im Rahmen der Notfallversorgung zu implementieren und nachgelagerte Prozesse anzupassen. Hierbei soll jede:r Patient:in ≥ 65 Jahren eingeschätzt werden, um Delir gefährdete oder delirante Patient:innen frühzeitig zu erkennen und geeignete Interventionen ableiten zu können.

METHODIK

Um ein valides und praktikables Screening-Instrument auszuwählen, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Hierfür wurde in Datenbanken nach Veröffentlichungen im Zeitraum von 2011 bis 2021 sowie in einschlägigen Fachzeitschriften und Fachbüchern recherchiert. Aufgrund der Literaturrecherche wurde der 4AT

Score als geeignetes Screening Instrument identifiziert. Der 4AT Score ist ein Screening zur schnellen Ersteinschätzung von Delir und kognitiver Einschränkung und wird u. a. auch von der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) als ein geeignetes Instrument für den Einsatz in Notaufnahmen empfohlen (Singler et al., 2018).

PROJEKTAUFBAU

Die Projektplanung zur Implementierung des 4AT Scores erfolgte in enger Zusammenarbeit zwischen dem Pflegeexperten APN für Delir, dem Chefarzt, den pflegerischen Teamleitungen und dem Pflegeteam des NFZ. Wünsche, Ängste und Anregungen der relevanten Stakeholder wurden aufgenommen und berücksichtigt.

Das Screening-Instrument wurde in die elektronische Dokumentation integriert und ein Prozess zum Delir-Screening ausgearbeitet und mittels einer Standard Operating Procedure (SOP) verschriftlicht.

Diese SOP sieht vor, dass jede:r Patient:in ≥ 65 Jahren im NFZ von der erstversorgenden Pflegefachperson mittels des 4AT Scores eine kognitive Ersteinschätzung erhält. Patient:innen mit einem Wert von 1 - 3 werden als Delir gefährdet eingestuft. Beträgt der Wert 1 oder höher wird eine pflegerische Empfehlung im Verlegungsbericht

hinterlegt. Es wird empfohlen, die pflegerischen Interventionen zur Delir-Prophylaxe/-Behandlung zu berücksichtigen und die Delirium Observation Scale (DOS) im weiteren stationären Verlauf anzuwenden. Ebenso verordnen die Ärzt:innen im NFZ das Schema für Bedarfsmedikamente und passen die aktuelle Medikation bedarfsgerecht an.

Neben dieser Prozessanpassung erfolgten strukturelle Anpassungen. Die Räumlichkeiten des NFZ wurden mit Orientierungshilfen ausgestattet (Uhren, Kalender, weitere Orientierungspunkte). Zusätzlich wurde ein Schema für Medikamente zur Symptombehandlung mit der neurologischen Abteilung vereinbart.

Um die Umsetzung der SOP zu gewährleisten, wurde im Laufe von drei Monaten das gesamte Team des NFZ (pflegerisch und ärztlich) zum Thema Delir, Anwendung des 4AT Scores und zum Verständnis des neuen Prozesses durch den Pflegeexperten APN für Delir geschult. Hierbei wurde die hohe Priorität einer frühzeitigen Delir-Erfassung verdeutlicht und auf mögliche Ängste und Bedürfnisse der Teammitglieder im Rahmen der Prozessanpassung explizit eingegangen.

EVALUATION

Das Best-Practice-Projekt wurde mittels quantitativer Dokumentenanalyse evaluiert. Vor der Implementierung erfolgte eine Ist-Analyse. Hierfür wurden

als Stichprobe die Patient:innenakten von 100 Patient:innen mit bekannter kognitiver Beeinträchtigung, welche im Zeitraum vom 01.06.2021 - 31.07.2021 im NFZ aufgenommen wurden, ausgewertet. Es wurden bewusst nur Patient:innen mit bekannter kognitiver Beeinträchtigung eingeschlossen, da diese eine gefährdete Patient:innengruppe für die Entwicklung eines Delirs sind.

Die Dokumentation wurde hinsichtlich klar definierter Formulierungen zur Delir-Identifikation und hinsichtlich definierter Interventionen analysiert.

Bei der Abschlussevaluation wurden ebenfalls Patient:innenakten von 100 Patient:innen mit bekannter kognitiver Beeinträchtigung, welche im Zeitraum von 01.05.2022 - 30.06.2022 im NFZ aufgenommen werden, als Stichprobe ausgewertet. Die Ein- und Ausschlusskriterien zur Stichprobenziehung beider Erhebungszeiträume wurden hierfür klar definiert.

Drei Monate nach der Implementierung erfolgte zudem eine formative Zwischenevaluation. Hierfür wurden 50 Neuaufnahmen von Patient:innen als Zufallsstichprobe gezogen um zu überprüfen, ob das Screening Instrument und der neue Prozess in der klinischen Praxis Anwendung findet.

ERGEBNISSE

IST-ANALYSE

Die Ist-Analyse zeigt, dass 2 % der Delir gefährdeten bzw. von einem Delir betroffenen Patient:innen im NFZ identifiziert wurden. Bei 20 % erfolgten angepasste Interventionen. Hierbei handelte es sich ausschließlich um pharmakologische Interventionen.

Bei 25 % der ausgewählten Patient:innen mit einer bekannten kognitiven Beeinträchtigung wurde auf den weiterbehandelnden Stationen die DOS Skala geführt und bei 70 % angepasste Interventionen in den nachversorgenden stationären Abteilungen angewendet. Bei den Maßnahmen handelte es sich bei 58 % um pharmakologische Interventionen und bei 43 % um pflegerische Inter-

ventionen (wie Maßnahmen zur Reorientierung), wobei auch verstärkt sowohl pharmakologische als auch pflegerische Intervention angewendet wurden.

Durch die Dokumentenanalyse zeigte sich eine Delir-Inzidenz von 60 % unter den eingeschlossenen kognitiv beeinträchtigten Patient:innen \geq 65 Jahre.

ZWISCHENEVALUATION

Bei der formativen Zwischenevaluation zeigt sich, dass drei Monate nach Implementierung des Delir-Management-Prozesses im NFZ bei 45 % der Patient:innen der 4AT Score angewendet und bei 30 % eine pflegerische Intervention als Empfehlung angeordnet wurde.

ABSCHLUSSEVALUATION

Die Abschlussevaluation zeigt, dass 55 % der gefährdeten oder deliranten Patient:innen im Rahmen der Notfallversorgung identifiziert wurden. Ebenso wurden bei 64 % der Patient:innen Interventionen (pflegerische und medizinische) direkt im Notfallfallzentrum angeordnet.

Auf den weiterbehandelnden Stationen wurde bei 45 % der Patient:innen die DOS Skala geführt und bei 80 % wurden angepasste Interventionen angewendet. Hierbei kamen 70 % pharmakologische und 49 % reorientierende/pflegerische Maßnahmen zum Einsatz.

Bei der Abschlussevaluation zeigte sich eine Delir-Inzidenz von 61 % unter den eingeschlossenen kognitiv beeinträchtigten Patient:innen \geq 65 Jahre.

Neben der Delir-Inzidenzrate zeigt sich auch bei anderen Charakteristika der Patient:innen eine Vergleichbarkeit der ausgewählten Stichproben zwischen Ist-Analyse und Abschlussevaluation.

DISKUSSION

Die Ist-Analyse zeigt deutlich, dass zum Zeitpunkt vor der systematischen Implementierung eines Delir-Screenings keine strukturierte Identifikation von Delir gefährdeten oder deliranten Patient:innen im NFZ stattgefunden hat. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass durch die systematische Anwendung des 4AT

Scores mehr Patient:innen (von 2 % auf 54 %) als gefährdet oder bereits delirant identifiziert werden können, was sich mit der Literatur deckt (Shenkin et al., 2019; Tiegies et al., 2021). Dadurch ist es möglich, die geeigneten Interventionen unverzüglich einzuleiten und die Patient:innenversorgung zu optimieren, was auch die Evaluationsergebnisse zeigen. So wurden ohne systematisches Screening im NFZ in 20 % der Fälle angepasste Interventionen eingeleitet und mit systematischen Delir-Screening in 64 % der Fälle. Es hat sich jedoch auch gezeigt, dass bei gefährdeten Patient:innen ohne ausgefüllten 4AT Score (10 %), Interventionen angeordnet wurden. Dies spricht dafür, dass eine Sensibilisierung und entsprechende Delir-Identifikation auch ohne Screening möglich ist.

Auf die Delir-Inzidenzrate hatte die Implementierung vorerst keine Auswirkung. Dies war jedoch vorhersehbar, da durch die neue Sensibilisierung zum Thema Delir der Fokus der Pflegefachpersonen und Ärzt:innen vermehrt auf diesem Krankheitsbild liegt. Bei der Ist-Analyse wurde die Inzidenz durch die Analyse der Dokumentation in der Patient:innenakte mit Hilfe von definierten Schlagwörtern ermittelt. Bei der Abschlussevaluation zeigte sich, dass deutlich häufiger die DOS angewendet und auch die pflegerische Dokumentation spezifischer wurde.

Die Ist-Analyse zeigt zudem, dass angepasste Interventionen bereits in 70 % der Fälle auch ohne ein positives Screening aus dem NFZ auf den nachversorgenden stationären Abteilungen erfolgten. Dies lässt sich durch das bereits bestehende Delir-Management am Klinikum mit Fokus auf stationäre Abteilungen erklären. Hier wurden jedoch vermehrt Medikamente zur Symptombehandlung angewendet. Eine medikamentöse Therapie ist jedoch nur eine zeitlich limitierte und symptomorientierte Maßnahme und sollte immer mit nicht-pharmakologischen Interventionen kombiniert angewendet werden (Maschke, 2021).

Bei der Abschlussevaluation zeigte sich, dass ein positives Delir-Screening aus dem NFZ die Anwendung der DOS-Skalen in den nachversorgenden Abteilungen nochmals optimierte (von 25 % auf 45 %) und angepasste Interventionen häufiger (von 70 % auf 80 %) und früher begonnen worden. Auch der verstärkte Fokus auf pflegerischen Interventionen war ersichtlich.

Bei der Zwischenevaluation von 50 Patient:innen zeigte sich, dass bei 45 % das Screening angewendet und bei 30 % Intervention angeordnet wurden. Hier war zu erwarten, dass das Screening noch nicht bei allen Patient:innen angewendet wird. Personalmangel und arbeitsintensive Dienste haben Auswirkungen auf die Dokumentation und die Durchführung von Screenings. Nach der Zwischenevaluation wurde das Team des NFZ noch einmal im Hinblick auf das

Screening und den angepassten Prozess sensibilisiert. Problematiken mit dem Screening-Instrument oder dem neuen Prozess konnten auf Nachfrage ausgeschlossen werden. ■

AUTOR

Christopher Simon,
Christopher.Simon@hotmail.de

FAZIT

Die Implementierung des 4AT Scores, als kognitive Ersteinschätzung in der Notaufnahme, ist zu empfehlen. Durch die Anwendung des 4AT Scores können deutlich mehr Patient:innen als gefährdet oder bereits delirant identifiziert werden. Dies ermöglicht, die geeigneten Interventionen frühzeitig zu beginnen und die Patient:innenversorgung sowohl im Rahmen der Notfallversorgung als auch in den nachversorgenden Abteilungen zu optimieren.

Entscheidend bei der Implementierung ist dabei die Partizipation und umfassende Kommunikation innerhalb des interprofessionellen Teams sowie das kontinuierliche Schulungsangebot zur Anwendung des Delir-Screening Instruments und zum Thema Delir. Ebenfalls muss ein Prozess definiert sein, welcher einen strukturierten Ablauf (NFZ – nachversorgende stationäre Abteilung) und Interventionen (pflegerisch – medizinisch) beinhaltet.

LITERATUR

- Calf, A. H., Pouw, M. A., van Munster, B. C., Burgerhof, J. G., de Rooij, S. E., & Smidt, N. (2021). Screening instruments for cognitive impairment in older patients in the Emergency Department: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 50(1), 105-112.
- Émond, M., Boucher, V., Carmichael, P. H., Voyer, P., Pelletier, M., Gouin, É., ... & Lee, J. (2018). Incidence of delirium in the Canadian emergency department and its consequences on hospital length of stay: a prospective observational multicentre cohort study. *BMJ open*, 8(3), e018190.
- Grossmann, F. F., Hasemann, W., Graber, A., Bingisser, R., Kressig, R. W., & Nickel, C. H. (2014). Screening, detection and management of delirium in the emergency department—a pilot study on the feasibility of a new algorithm for use in older emergency department patients: the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 22(1), 1-9.
- Hasemann, W., Grossmann, F. F., Stadler, R., Bingisser, R., Breil, D., Hafner, M., ... & Nickel, C. H. (2018). Screening and detection of delirium in older ED patients: performance of the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). A two-step tool. *Internal and Emergency Medicine*, 13(6), 915-922.
- Maschke, M. (2021). Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir, S1-Leitlinie, 2020. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. www.dgn.org/leitlinien
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic reviews*, 10(1), 1-11.
- Savaskan E., Baumgartner M., Georgescu D. et al (2016) Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. *Praxis* 105(4), 941-952.
- Shenkin, S. D., Fox, C., Godfrey, M., Siddiqi, N., Goodacre, S., Young, J., ... & MacLulich, A. M. (2019). Delirium detection in older acute medical inpatients: a multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method. *BMC medicine*, 17(1), 1-14.
- Silva, L. O. J., Berning, M. J., Stanich, J. A., Gerberi, D. J., Murad, M. H., Han, J. H., & Bellolio, F. (2021). Risk factors for delirium in older adults in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Annals of emergency medicine*, 78(4), 549-565.
- Singler K., Schuster S., Dietz Wittstock M., Dormann H., Groening M., Grossmann F., Hilmer T., Somasundaram R. & Wilke P. (2018): Delir Screening in der Notaufnahme. Gibt es geeignete Instrumente? Posterpräsentation. DGINA Jahrestagung 2018, Leipzig.
- Tieges, Z., MacLulich, A. M., Anand, A., Brookes, C., Cassarino, M., O'connor, M., ... & Galvin, R. (2021). Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 50(3), 733-743.

Jenny Kubitza

Bewältigung des sturzbedingten Liegetraumas im Alter – Ein Leitfaden

PROBLEMSTELLUNG

Die Hälfte aller gestürzten Personen ab 65 Jahren können sich nicht allein aus der Sturzsituation befreien, warten längere Zeit auf Hilfe und erleiden ein Liegetrauma 1-3. Während die Personen am Boden liegen, werden z. B. Druckgeschwüre, Dehydrierungen, Hypothermien und Infektionen verursacht, die nicht selten zu lebensbedrohlichen Störungen wie der Rhabdomyolyse, Sepsis oder dem Bergungstod führen 4-7. Auf lange Sicht entwickeln Betroffene eines Liegetraumas häufig eine starke Angst vor weiteren sturzbedingten Liegezeiten, schränken sich in ihrer Mobilität ein und werden zunehmend abhängig 2, 8. Innerhalb eines Jahres nach dem Vorfall entscheiden sich fast ein Drittel aller älteren Betroffenen dazu, die eigene Häuslichkeit aufzugeben und in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung umzuziehen 6, 9. Trotz der zahlreichen und gravierenden bio-psycho-soziale Auswirkungen, existiert noch kein nationaler oder internationaler Behandlungspfad zum Liegetrauma 10.



der systematischen Literaturrecherche zusammengeführt und durch weitere Hintergrundinformationen ergänzt. Der entwickelte Leitfaden ist sowohl an einzelne befragte Personen rückgekoppelt als auch von fachlich erfahrenen Methodikerinnen mit Hilfe des AGREE II Instruments begutachtet und überarbeitet worden.

ERGEBNISSE

Zwischen November 2020 und März 2021 wurden vier Expert:innen, sechs Betroffene eines Liegetraumas sowie zwei Bezugspersonen befragt. Die Gespräche dauerten durchschnittlich 39,9 Minuten. Zu den Expert:innen zählten Fachpersonen aus der Notfallversorgung, der Pflege und der Physiotherapie. Die Betroffenen haben eine durchschnittliche Liegezeit von 7,9 Stunden. Der Median bezüglich Alter beträgt 79,5 Jahre (Minimum - Maximum: 25 - 88 Jahre). Die Ergebnisse zeigen, dass in der Auffindesituation zunächst die biologischen Folgen versorgt werden, um z. B. einen Bergungstod oder eine Rhabdomyolyse zu verhindern und die Betroffenen zu stabilisieren. Erst

im weiteren Verlauf können dann die psycho-sozialen Auswirkungen wie Sturzangst, Vermeidungsverhalten oder sozialer Rückzug behandelt werden. Daher gliedern sich die Maßnahmen im Leitfaden chronologisch vom Auffinden der Betroffenen bis zur Prävention eines erneuten Liegetraumas. Dabei sollte jede betroffene Person unabhängig von den physischen Verletzungen stationär behandelt werden, um die Behandlung unmittelbar und effektiv einzuleiten.

DISKUSSION

Die Studie hat noch einmal verdeutlicht, dass es sich bei dem Vorfall um ein bio-psycho-soziales Trauma handelt. In der Auffindesituation ist es häufig nicht möglich, die genaue Liegezeit und die häufig erst später auftretenden psycho-sozialen Folgen zu erfassen, sodass bei einem Liegetrauma immer davon ausgegangen werden muss, dass sich die der Gesundheitszustand der Betroffenen akut lebensbedrohlich verschlechtern kann und die Betroffenen langfristig bei den Aktivitäten des täglichen Lebens abbauen. Damit sich die Ängste, das Vermeidungsverhalten und die Einschränkungen nicht chronifizieren, sollten diese daher dabei unterstützt werden, sich aktiv mit dem Liegetrauma auseinanderzusetzen, ihre diesbezüglichen negativen Emotionen zu überwinden und sich wieder ihrer eigenen Fähigkeiten und Ressourcen bewusst zu werden. Die Ressourcen ermöglichen

ZIELSETZUNG

Ziel der Forschungsarbeit ist es, Maßnahmen für eine bedürfnisorientierte Behandlung bei älteren Betroffenen eines Liegetraumas zu erfassen und in Form eines Leitfadens zu strukturieren.

METHODIK

Die Betroffenen eines Liegetraumas sowie deren Angehörige wurden anhand problemzentrierter Interviews befragt. Die Ergebnisse wurden durch eine Gruppendiskussion mit Expert:innen in der Versorgung eines Liegetraumas ergänzt. Die Gespräche wurden aufgenommen, transkribiert und mit der dokumentarischen Methode nach Bohnsack ausgewertet und trianguliert 11. Bei der Entwicklung des Leitfadens wurde sich am AGREE II Instrument orientiert 12. Um den Leitfaden verständlich, praxisnah und anschaulich zu gestalten, wurden die Ergebnisse aus den qualitativen Erhebungen noch einmal inhaltlich reduziert, mit den Erkenntnissen aus

den betroffenen Personen nicht nur auf das erlebte Liegetrauma zu reagieren, sondern stärken sie auch in ihrem Wissen und Handeln, wie sie ein weiteres Liegetrauma verhindern können. Damit

sinkt ihr psychischer Stress, Gefühle von Kontrolle und Sicherheit werden gefördert und sie entwickeln letztlich die Überzeugung, in ihrer Umwelt zurecht zu kommen. ■

FAZIT

Der Leitfaden bildet ab, wie Betroffene eines Liegetraumas behandelt werden sollten. Dabei berücksichtigt der Leitfaden die speziellen Auswirkungen des bio-psycho-sozialen Traumas und ermöglicht den Gesundheitsfachpersonen, den betroffenen Personen bedürfnisorientierte Maßnahmen zu einem geeigneten Zeitpunkt anzubieten. Damit kann endlich auf die sturzbedingte Liegezeit und deren Folgen eingegangen und die Behandlung den Bedarfen der Betroffenen angepasst werden, mit dem Ziel, dass sich die Betroffenen wieder sicher fühlen, Ängste abbauen und ihren Alltag weiterhin bewältigen können.

AUTORIN

Jenny Kubitzka, MSc Pflegewissenschaft, Senior Researcher an der Professur für Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit, Projektleitung „Psychosoziale Unterstützung bei Auszubildenden in der Pflege“, Technische Universität München, PSU Akut e. V., jenny.kubitzka@tum.de

LITERATUR

- 1 Simpson, P., Bendall, J.C., Tiedemann, A., Lord, S.R., & Close, J.C.T. (2014). Epidemiology of emergency medical service responses to older people who have fallen: A prospective cohort study. *Prehospital Emergency Care*, 18(2), 185-194.
- 2 Tinetti, M.E., Liu, W.-L., & Claus, E.B. (1993). Predictors and prognosis of inability to get up after falls among elderly persons. *Journal of the American Medical Association*, 269(1), 65-70.
- 3 Johnston, K., Worley, A., Grimmer-Somers, K., Sutherland, M., & Amos, L. (2010). Personal alarm use to call the ambulance after a fall in older people: Characteristics of clients and falls. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 8(4), Article e990429.
- 4 Hüser, C., Hackl, M., Suárez, V., Gräff, I., Bernhard, M., Burst, V., & Adler, C. (2022). Liegetrauma: Retrospektive Analyse einer Patientenkohorte aus einer universitären Notaufnahme. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 118, 220-227.
- 5 Gräff, I., Dolscheid-Pommerich, R.C., Ghamari, S., Baehner, T., & Goost, H. (2018). Verwaorlost, einsam und krank – der soziale Breakdown. Eine spezielle Patientengruppe in der zentralen Notaufnahme. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 113(5), 418-425.
- 6 Gurley, R.J., Lum, N., Sande, M., Lo, B., & Katz, M.H. (1996). Persons found in their homes helpless or dead. *The New England Journal of Medicine*, 334(26), 1710-1716.
- 7 Häcker, A., & Offterdinger, M. (2019). Erste Hilfe im Feuerwehrdienst. Teil 21: Liegetrauma und Bergungstod. *Brandhilfe*, 11, 30.
- 8 Kubitzka, J., & Reuschenbach, B. (2021). Gestürzt und über Tage hilflos allein. *Pflege Zeitschrift*, 74(3), 30-32.
- 9 Fleming, J., & Brayne, C. (2008). Inability to get up after falling, subsequent time on floor, and summoning help: a prospective cohort study in people over 90. *British Medical Association*, 337, 1279-1282.
- 10 Kubitzka, J., Haas, M., Wiedemann, L., & Reuschenbach, B. (2022). Therapy options for those affected by a long lie after a fall: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 22, Article 582.
- 11 Bohnsack, R. (2014). Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden (9. Aufl.). Verlag Barbara Budrich.
- 12 The AGREE Collaboration (2001). Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument – Deutschsprachige Version. www.agreecollaboration

”

Anker
setzen und
festmachen

Deutsches Netzwerk APN & ANP g.e.V.

kontakt@dnapn.de

www.dnapn.de