



Klinische Pflegeexpertin, Modell Medizin Kantonsspital Baden AG
 Prof. Dr. med. Jürg H. Beer
 Stefanie Brown, BScN, MScN cand.
 Symposium KSW/ZHAW Gesundheit, Winterthur 15.09.2017

Kantonsspital Baden 
 KSB

«I have a dream...»

1. Not new: N.Y. 30 years ago: NP
2. Success: Positive Feedbacks
3. Interprofessionality: «Is the right time at the right place...» NEJM 2017
4. **Woody Allens grandma, NYC:** «If you come too close to people, you will catch their germs»; «.....their dreams». «Whatever works»
5. Successful presentations: SGIM; publication of our coming home project.
6. **Fewer CIRS...**
7. **What the neighbours say**
8. Its not the MPA; NPs can be the teachers
9. **Think outside the box!**
10. **THE FUTURE: Coming Home I, II, III: Hospital @ Home**



Original article
 Discharge intervention pilot improves satisfaction for patients and professionals^{1,2,3,4}
 Lyn S. Lindpaintner^{1,2}, Jürg Th. Gasser³, Monique Sailer Schramm^{4,5}, Barbara Cina-Tschumi^{1,2},
 Bettina Müller¹, Jürg H. Beer^{1,2}

Kantonsspital Baden 
 KSB

Eckdaten Projekt Klinische Pflegeexpertin Modell Medizin Kantonsspital Baden AG

Professionen: Gemeinsames Projekt von Arzt- und Pflegedienst

Projektdauer: 2015-2018

Ziel:

- Entwicklung und Einführung der Rolle einer klinischen Pflegeexpertin an der Schnittstelle zwischen Arzt- und Pflegedienst
- Optimierte interprofessionelle Zusammenarbeit
- Höhere Kontinuität
- Effizientere Arbeitsprozesse

Einsatzort: Patient/innen Privatstation Innere Medizin (20 Betten)
(Montag – Samstag)

Eckdaten Projekt Klinische Pflegeexpertin Modell Medizin Kantonsspital Baden AG

Anforderung: Langjährige Berufserfahrung
Vertiefte Fachexpertise
Ausbildung mit erweiterten klinischen Kompetenzen

Team aktuell: 1 Klinische Pflegeexpertin

MScN-Ausbildung mit integriertem
ärztlichen Mentorat
(30 ECTS Studienbereich «Klinische Pflegeexpertise»)

2 Klinische Fachspezialistinnen

CAS-Weiterbildung Klinische
Fachspezialistin

2-3 Assistenzärzte/-innen
Pflegeteam



Aufgabengebiet / Scope of Practice



Erfahrungen



Weitere Schritte

Ausweitung der Erfahrungen auf andere Stationen und Kliniken am Kantonsspital Baden

Ausbau und Präzisierung der Zusammenarbeit mit ambulanten Diensten/Institutionen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Steuergruppe

Yvonne Biri, Direktorin Departement Pflege
 Prof. Dr. med. Jürg Beer, Direktor & Chefarzt Departement Medizin
 Prof. Dr. Iren Bischofberger, Prorektorin und Studiengangsleitung
 MScN Kalaidos FH Gesundheit
 Eveline Mascheroni MScN, Leiterin Pflegeentwicklung
 Dr. med. Oliver Schmidlin, Leitender Arzt Innere Medizin
 Monica Feuz, Leitung Pflege Medizin
 Stefanie Brown BScN, MScN cand., Klinische Pflegeexpertin

Kontakt

Stefanie Brown, Kantonsspital Baden AG
 Stefanie.Brown@ksb.ch
 Tel: 056 486 28 11

Klinische Fachspezialistin in Onkologie

15. September 2017

Miklos Pless
Onkologie, Kantonsspital Winterthur

KSW
KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Ausgangslage: Warum?

- 1. Mehr Patienten**
 - Baby Boomers
- 2. Längeres Überleben**
 - Bessere Therapien
- 3. Ältere Patienten**
 - Mehr Aufwand
- 4. Mehr Wissen**
 - Subspezialisierung
- 5. Weniger Ärzte**
 - Mehr Teilzeitarbeitende/50-h Woche



15.09.2017

2

KSW
KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Sabbatical Boston 2016



15.09.2017

3

KSW

KANTONSPITAL WINTERTHUR

Dana Farber Cancer Institute

YAWKEY

MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL CANCER CENTER
Centro punto di riferimento del oncologo

Medical Center for Genitourinary Cancers	70
Bone Marrow Transplant Program	80
Center for Breast Cancer	8A
Center for Cancer Risk Assessment (Cancer Genetics)	100
Center for Endocrine Tumors	70
Center for Fertility	10A
Center for Gynecologic Oncology	70
Center for Head and Neck Cancers	70
Center for Hematology	70
Center for Image Guided Cancer Therapy	70
Center for Infections	80
Center for Metastases	70
Center for Multiple Myeloma	80
Center for Pediatric Hematology/Oncology	80
Center for Psychiatric Oncology and Behavioral Sciences	100
Center for Sarcoma	70
Center for Thoracic Cancers	70
Connect Center for Gastrointestinal Cancer	70
Connect Clinic for Hepatobiliary Cancers	70
Higley Center for Lymphoma	8A
Harris Center for Chordoma Care	30
Images Boutique	80
Neurofibromatosis Center	80
Neurology Hereditary Service	80
Oncology Support Health Center	70
Pain Clinic	70
Palliative Care Program	70
Payette Center for Neuro-Oncology	80
Eller Agard Tumor Clinic	70
Tumour Center for Targeted Therapy	7A
Urology Hereditary Service	80

18.09.2017



KSW

KANTONSPITAL WINTERTHUR

Einsatz Klinische Fachspezialistin Med. Onkologie

1. Unterstellung und Einbindung in den Fachbereich
Direkt dem Ärztlichen Leiter MON unterstellt
1. Rolle im Behandlungsteam
Wie ein AA mit besonderem Blick auf Symptomverbesserung
1. Qualifikation und Voraussetzungen
Master/Klinische Fähigkeiten
1. Ausbildung
CAS
1. Evaluation
Regelmässig durch Kaderarzt

5

Aufgaben/Kompetenzen/Verantwortung

Beurteilung und Behandlung von Patientinnen und Patienten

- Anamneseerhebung
- Clinical Assessment
- Schmerz- und Symptommanagement
- Behandlungsplanung
- Organisation von Therapien
- Unterstützung, Instruktion und Beratung

6

Aufgaben/Kompetenzen/Verantwortung

- Führung im Behandlungsprozess
- Netzwerk, Informationsfluss (Morgenrapporte)
- Therapie- und Nachsorgemanagement
- Umgang mit Studienprotokollen
- Fort- und Weiterbildung
- Patientenvorstellung an Tumorboards
- Konsiliarische Visite eigener Patienten auf Abteilung

15.09.2017

7


KANTONSPITAL WINTERTHUR

Herausforderungen

Akzeptanz

- Ärzte bisher erstaunlich wenig Widerstand
- Pflege bisher Unterstützung
- Patienten noch unklar, neue Kontinuität

Finanzierung

- Abrechnungsmodelle werden erarbeitet

8


KANTONSPITAL WINTERTHUR

Herausforderungen

Wissen

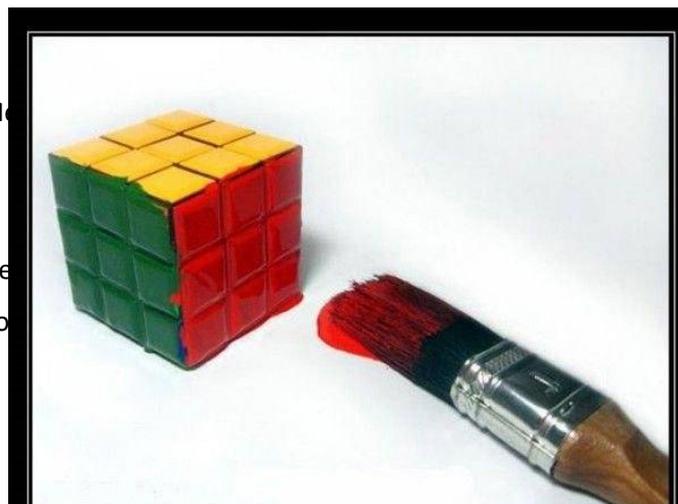
- Theorie Medizin: Master
 Onkologisch: Curriculum

- Praktisch Medizin: CAS
 Onkologisch: bedside Teaching

9

Erhoffter Benefit

1. M
•
•
2. Ne
3. Ko



There are solutions:
even to the hardest problems

10

KSW Modell Gefässchirurgie Interventionelle Radiologie

Anmarie Monnard, Klinische Fachspezialistin

Pius Wigger, Chefarzt Klinik für Gefässchirurgie

Symposium Klinische Fachspezialisten ZHAW
15. September 2017



KANTONSSPITAL WINTERTHUR



Wir hatten ein Problem

- Häufig wechselnde Rotationsassistenten-ÄrztInnen:
- eingeschränkte Verfügbarkeit der operativen Ärzte (OPS)
- Telefonische Rückfragen von Patienten mussten durch das administrative Team beantwortet werden

....und suchten eine Lösung !

3

Einführung eines neuen Berufsbildes

- Übertragen von ärztlichen Aufgaben an erfahrene Pflegefach-Personen
- Spezialisierung auf **ein** Fachgebiet
- Fortbildung und Weiterbildung
- Zusammenarbeit im Team mit Kaderarzt
 - Gutes Teaching
 - Kontrolliertes Übertragen von Verantwortung

Klinische Fachspezialistin

4







Problem gelöst

- Kontinuität wurde verbessert
- Optimierung von Routineabläufe
- Entlastung der ärztlichen und administrativen Teams

- Meine Arbeits- & Lebensqualität hat sich entscheidend verbessert!

- Eine der besten Innovationen der letzten 20 Jahre !

11

Mein Résumé

- Abwechslungsreich
- Spannend
- Herausforderung
- Bewegen im Grenzbereich
- Mehr zeitliche Flexibilität gefordert
- Engere Patientenbeziehung

12



Clinical Assistant anstatt Assistenzarzt Modernisierung des stationären Patientenmanagements

Karl F. Kothbauer, Boris Tautermann, Caroline Sidler

Klinik für Neurochirurgie

Departement Chirurgie

LUKS

Begriffsklärung

Workforce «Extenders» in USA

Nurse Practitioners

Physician Assistants

Workforce «Extenders» im LUKS

«Casemanager» seit 2010

«Clinical Assistant» jetzt

Workforce «Extenders» in der Schweiz

Advanced Practice Nurses (APN)

Clinical Nurses

Physician Assistants

Pflegeexperten

.....

Ausgangslage

Voraussetzung

«Casemanager» seit 2010 integriert und bewährt

Auslöser

Arbeitszeitgesetz für Assistenzärzte in Facharztweiterbildung

Kontinuität der stationären Betreuung verschlechtert

Schlüssel

„Routinebetrieb“ = stationäre Betreuung abhängig von AA in FA-WB

= Spitalskultur in Schweiz seit Generationen und immer noch 2017

Ziele

Clinical Assistant statt Assistenzarzt

Neue Möglichkeiten für Pflegende

Spitalarzt als unbrauchbare Alternative

Verbesserung des stationären Patientenmanagements (Routinebetrieb)

Verbesserungsbedarf auch ohne die AA-Situation

Verkürzung der Mittleren Verweildauer möglich

Entflechtung der Assistenzarztstätigkeit für Weiterbildung und jener für Routine

Kulturanpassung

Clinical Assistant Berufsbild

- Modelliert am Physician Assistant
- Kommt aus der Pflege
- Leiten das stationäre Patientenmanagement - Prozess
- Neuer Link zwischen Pflege und Arztdienst
- Arbeiten unter ärztlicher Delegation und Teil des ärztlichen Teams

Clinical Assistant Tätigkeiten

- Standardisierte Klinische Dokumentation – Eintritt, Verlauf, Austritt
- Tägliche Patientensichten mit Pflege und ggf. Arzt
- Tägliche Verlaufsdocumentation
- Anmeldung diagnostischer Massnahmen nach ärztlicher Anordnung
- Auslösen von Behandlungspfaden nach ärztlicher Anordnung
- Leiten das stationäre Patientenmanagement – Prozess
- Sicherstellung der DRG-konformen Leistungen
- Teilnahme an interprofessionellen Rapporten und Pflegebesprechungen

Clinical Assistant Kultur

- Bruch mit Rollenbildern und Gewohnheiten
- Informationsaufwand
- Weiter- und Fortbildungsaufwand
- ClinAss soll nicht eine Mauer zwischen Pflege und Ärzten sein, sondern eine Brücke

Clinical Assistant Recht

- Rechtsmeinungen lassen viel Gestaltungsspielraum offen
- Diagnosestellung ist Arztaufgabe – Informationsbeschaffung nicht
- Therapieentscheid ist Arztaufgabe – Ausführung nicht
- Standard Operating Procedures dürfen angewendet werden
- Rechtsgutachter: das Recht wird sich mit der Entwicklung neuer Berufsbilder mitentwickeln
- Haftpflichtversicherer müssen an Bord geholt werden

Stationäres Patientenmanagement

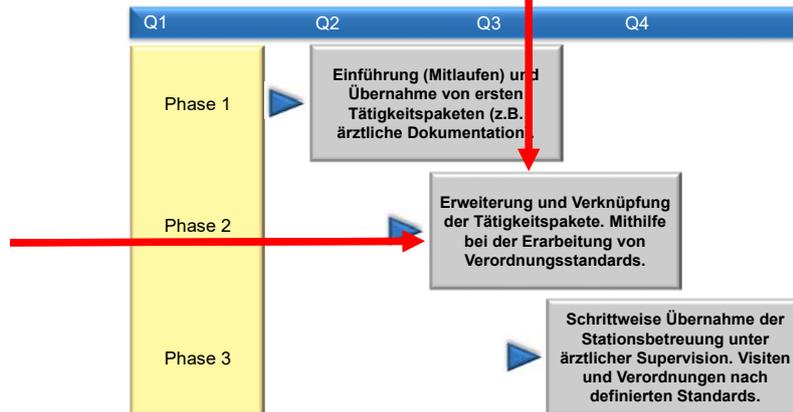
- War auch “früher“ nicht gut - Improvisation und Verzögerung
- Komplette Aufgabe des Clinical Assistants
- Stärkung von Standard-Operating-Procedures und Effizienz
- Patientenkontakt “Routine“ geführt durch Clinical Assistant
- Patientenkontakt „Operateur“ individueller als bisher und mit mehr Zeit
- Qualität aus Patientensicht
 - mehr kompetenter Kontakt – Clinical Assistant und Operateur
 - Weniger Verzögerungen- rascher Austritt

Modernes Stationäres Patientenmanagement

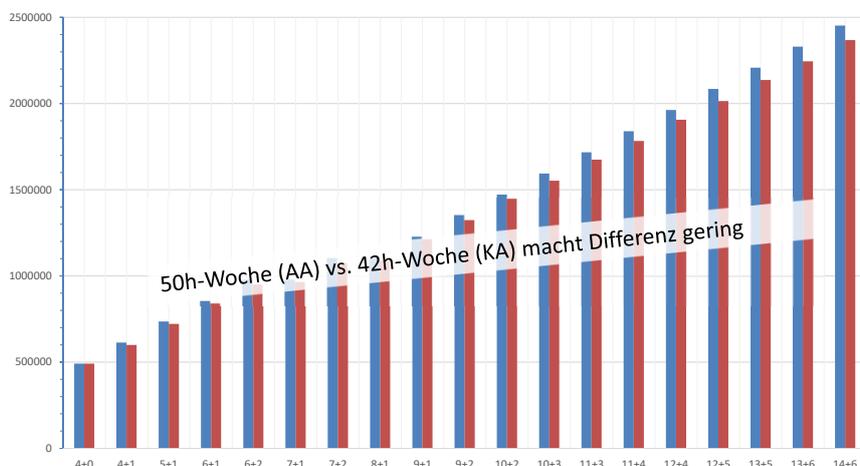
- Prozesse, die abgerufen werden können
- „automatisierte“ Abläufe
- Improvisationen minimieren
- Prozesse von ClinAss getragen
- Dadurch Effizienz gewinnen und
- Freiräume schaffen
- Prozesse funktionieren frei von ärztlicher Weiterbildungsarbeit
- Entflechtung

Das laufende LUKS Projekt

Projektphasen Klinische Assistenz 2017

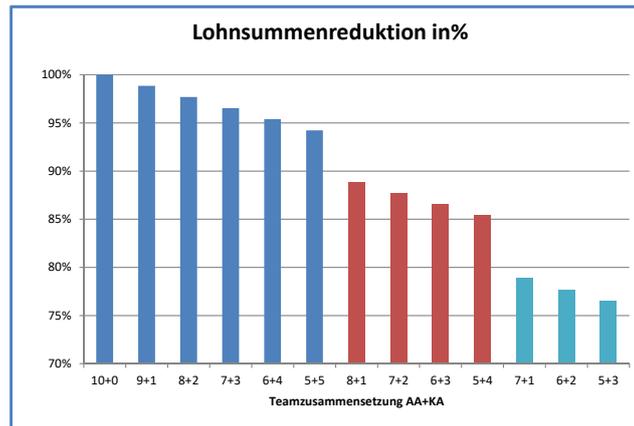


Wirtschaftlichkeit



Wirtschaftlichkeit Zwei Ziele

1. Verkleinerung der Teamgrößen:

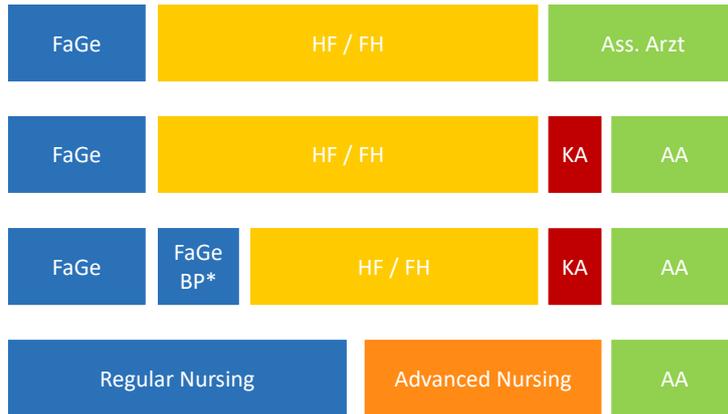


Wirtschaftlichkeit Zwei Ziele

2. Verkürzung der Hospitalisationsdauer

plausibel aufgrund eines Effizienzgewinns durch kürzere Reaktionszeiten und Kontinuität der Betreuung

Ausblick



*BP: Berufsprüfung

Vorstellung Modell Sprechstunde Gynäkologie (KSW)

PD Dr. med. Verena Geissbühler, Chefärztin Ambulatorium/
Urogynäkologie
Ruth Berner, Dipl. Pflegefachfrau HF und Urotherapeutin

ZHAW 15.09.2017



Sprechstunden im Departement Geburtshilfe Gynäkologie

- Sprechstundenlandschaft im Hochhaus/EG, Ambulatorium/Notfall:
allgemeine Gynäkologie und Notfälle sowie
Spezialsprechstunden: interdisziplinäre und interprofessionelle
Zusammenarbeit
- **Schwerpunkt Urogynäkologie**
- 11. Stock 2x CA
- 10./12.Stock Hebammen/Gebärsaal

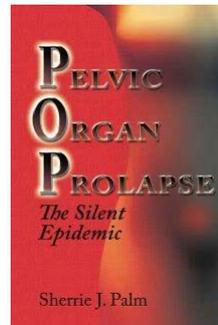


2



Was wir in der Urogynäkologie behandeln: Beckenbodenerkrankungen

- Deszensus und Prolaps:
Beckenbodenschwäche
- Belastungsinkontinenz
- OAB, hyperaktive Blase
- Infektionen: rezidiv. HWI, pelvic pain syndrom uvm.
- Urogenitale Fisteln
- Stuhlinkontinenz/Obstipation



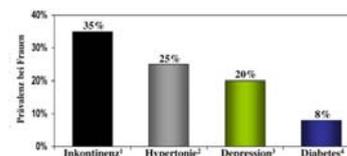
3

Urogynäkologie Ausgangslage

- Frauen werden älter: CH 84 Jahre
- Chronische Krankheiten, Patientinnen brauchen Begleitung/Betreuung
- Multimorbidität
- Konservative und operative Therapien

Frauen	Lebenserwartung bei Geburt
1880	44
1900	48
1920	57
2000	82
2013	84

Harninkontinenz ist unter Frauen verbreiteter als andere chronische Krankheiten

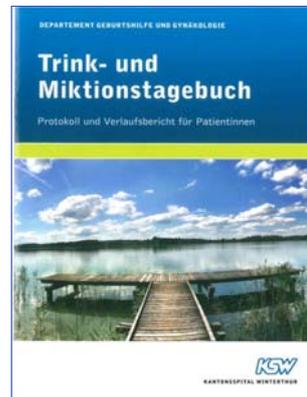


© Copyright 2014, Elsevier, and Springer-Verlag
© Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2014
© Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2014
© Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2014

4

Aufgaben der Urotherapeutin (Auswahl)

- Anleitung zu Verhaltensanpassungen: Trink-Blasentraining
- Beratung zu Inkontinenzprodukten, Rezept vorbereiten
- Kontakte/Netzwerke pflegen, Beratung von Angehörigen, betreuenden Personen, Pflegefachpersonen in Spitex, Alters- und Pflegeinstitutionen
- Konservative Therapien: Pessare, pTNS: Perkutane Tibial Nerv Stimulation, Blaseninstillationen
- Schulung zur Selbstkatheterisierung
- Wechsel von suprapubischen Kathetern



5

KSW
KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Pflegesprechstunde der Urotherapeutin seit 2013

Vorteile für Patientinnen

- Zeit für Beratungen, Erklärungen
- Ein Ansprechpartner für Patientinnen, Angehörige und Institutionen; wichtig v.a. bei langfristigen, "komplizierten" Behandlungen. Ambulante und stationäre Betreuung.
- Koordination der Beratungen und der konservativen Therapien

Vorteile für Arzt

- Detaillierte Informationen über Verläufe bei konservativen Therapien
- Zeitliche Entlastung: mehr Zeit für Ausbildung, Operationsassistentz, Diagnostik und Behandlung komplexer Fälle
- Konzentration auf ärztliches Kerngeschäft

6

KSW
KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Urotherapie – Studie

„Integration und Bewertung einer spezialisierten Pflegefachfrau (Urotherapie) in der urogynäkologischen Sprechstunde“

- Studiendesign: prospektive Beobachtungsstudie

- Messinstrumente:

Spitalinformationssysteme

Fragebögen für Urotherapeutin und Patientinnen

Deutscher Beckenboden-Fragebogen:
Blase, Darm, Prolaps, Sexual-Funktion

Integration der Leistungen in die urogynäkologische Sprechstunde
Studien-ID: _____

Deutscher Beckenboden-Fragebogen

Wir möchten mehr über Ihre Symptome und deren Auswirkung auf Ihr Leben erfahren. Könnten Sie die jeweilige Antwort am besten für Sie zuhause ablesen? Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus. Die Informationen werden für sich selbst an Ihre Urotherapeutin/Frau Arzt.

Bitte lesen Sie die folgenden Punkte:

1. Wie häufig lassen Sie Wasser am Tag? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 bis 2 mal <input type="checkbox"/> 3 bis 4 mal <input type="checkbox"/> 5 bis 6 mal <input type="checkbox"/> 7 bis 8 mal <input type="checkbox"/> 9 bis 10 mal <input type="checkbox"/> 11 bis 12 mal <input type="checkbox"/> 13 bis 14 mal <input type="checkbox"/> 15 bis 16 mal <input type="checkbox"/> 17 bis 18 mal <input type="checkbox"/> 19 bis 20 mal <input type="checkbox"/> 21 bis 22 mal <input type="checkbox"/> 23 bis 24 mal 	2. Wie häufig werden Sie in der Nacht auf und wie oft im Bett liegen müssen? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 bis 2 mal <input type="checkbox"/> 3 bis 4 mal <input type="checkbox"/> 5 bis 6 mal <input type="checkbox"/> 7 bis 8 mal <input type="checkbox"/> 9 bis 10 mal <input type="checkbox"/> 11 bis 12 mal <input type="checkbox"/> 13 bis 14 mal <input type="checkbox"/> 15 bis 16 mal <input type="checkbox"/> 17 bis 18 mal <input type="checkbox"/> 19 bis 20 mal <input type="checkbox"/> 21 bis 22 mal <input type="checkbox"/> 23 bis 24 mal
3. Wie oft haben Sie Probleme beim Wasser lassen? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 bis 2 mal <input type="checkbox"/> 3 bis 4 mal <input type="checkbox"/> 5 bis 6 mal <input type="checkbox"/> 7 bis 8 mal <input type="checkbox"/> 9 bis 10 mal <input type="checkbox"/> 11 bis 12 mal <input type="checkbox"/> 13 bis 14 mal <input type="checkbox"/> 15 bis 16 mal <input type="checkbox"/> 17 bis 18 mal <input type="checkbox"/> 19 bis 20 mal <input type="checkbox"/> 21 bis 22 mal <input type="checkbox"/> 23 bis 24 mal 	4. Wie oft haben Sie Probleme beim Wasser lassen? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 bis 2 mal <input type="checkbox"/> 3 bis 4 mal <input type="checkbox"/> 5 bis 6 mal <input type="checkbox"/> 7 bis 8 mal <input type="checkbox"/> 9 bis 10 mal <input type="checkbox"/> 11 bis 12 mal <input type="checkbox"/> 13 bis 14 mal <input type="checkbox"/> 15 bis 16 mal <input type="checkbox"/> 17 bis 18 mal <input type="checkbox"/> 19 bis 20 mal <input type="checkbox"/> 21 bis 22 mal <input type="checkbox"/> 23 bis 24 mal
5. Wie oft haben Sie Probleme beim Wasser lassen? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 bis 2 mal <input type="checkbox"/> 3 bis 4 mal <input type="checkbox"/> 5 bis 6 mal <input type="checkbox"/> 7 bis 8 mal <input type="checkbox"/> 9 bis 10 mal <input type="checkbox"/> 11 bis 12 mal <input type="checkbox"/> 13 bis 14 mal <input type="checkbox"/> 15 bis 16 mal <input type="checkbox"/> 17 bis 18 mal <input type="checkbox"/> 19 bis 20 mal <input type="checkbox"/> 21 bis 22 mal <input type="checkbox"/> 23 bis 24 mal 	6. Wie oft haben Sie Probleme beim Wasser lassen? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 bis 2 mal <input type="checkbox"/> 3 bis 4 mal <input type="checkbox"/> 5 bis 6 mal <input type="checkbox"/> 7 bis 8 mal <input type="checkbox"/> 9 bis 10 mal <input type="checkbox"/> 11 bis 12 mal <input type="checkbox"/> 13 bis 14 mal <input type="checkbox"/> 15 bis 16 mal <input type="checkbox"/> 17 bis 18 mal <input type="checkbox"/> 19 bis 20 mal <input type="checkbox"/> 21 bis 22 mal <input type="checkbox"/> 23 bis 24 mal
7. Wie oft haben Sie Probleme beim Wasser lassen? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 bis 2 mal <input type="checkbox"/> 3 bis 4 mal <input type="checkbox"/> 5 bis 6 mal <input type="checkbox"/> 7 bis 8 mal <input type="checkbox"/> 9 bis 10 mal <input type="checkbox"/> 11 bis 12 mal <input type="checkbox"/> 13 bis 14 mal <input type="checkbox"/> 15 bis 16 mal <input type="checkbox"/> 17 bis 18 mal <input type="checkbox"/> 19 bis 20 mal <input type="checkbox"/> 21 bis 22 mal <input type="checkbox"/> 23 bis 24 mal 	8. Wie oft haben Sie Probleme beim Wasser lassen? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 bis 2 mal <input type="checkbox"/> 3 bis 4 mal <input type="checkbox"/> 5 bis 6 mal <input type="checkbox"/> 7 bis 8 mal <input type="checkbox"/> 9 bis 10 mal <input type="checkbox"/> 11 bis 12 mal <input type="checkbox"/> 13 bis 14 mal <input type="checkbox"/> 15 bis 16 mal <input type="checkbox"/> 17 bis 18 mal <input type="checkbox"/> 19 bis 20 mal <input type="checkbox"/> 21 bis 22 mal <input type="checkbox"/> 23 bis 24 mal

7

KSW
KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Evaluation of a specialist nurse for Urotherapy in the urogynecological unit of the Department of Obstetrics and Gynecology (ObGyn) at the Cantonal Hospital Winterthur

Background: In Winterthur, Switzerland, the number of patients with urinary tract disorders (UTD) is increasing. These disorders are significantly more prevalent in women than in men. The affected patients are mostly elderly and need more assessment time for care and therapy.

Conclusion: These preliminary results show that patient bladder disorders can be managed by a specialist nurse for UT. The integration of the specialist nurse for UT in the assessment of these patients can improve efficiency and quality of care. Urogynecologists can be relieved in their working hours and can focus on more complex cases, surgery and leading cases. The specialist should help stop the rise of health and economic costs for these patients.

Main Activities of the specialist nurse for UT:

- Guidance for lifestyle and behavioral modifications, such as fluid management, record of voiding parameters, monitoring of compliance and motivation of adherence to treatment programs (Figure 3).
- Instruction and control of urinary catheter adjustments, catheter care, urinary stress incontinence (Figure 5).
- PTMS peridomestic TENS nerve stimulation with a biofeedback system for the urogynecological assessment of idiopathic overactive bladder syndrome (Figure 5).
- Information and advice e.g. about continence products, pads, pessaries to deal with incontinence.
- Consultations and instructions of patients and their caretakers on the practice e.g. in nursing homes or with home care services.
- Instruction of assistants and authorization. Change of medication, urinary catheters.




KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Klinische Fachspezialisten in der Rehabilitation



Andreas Jenny
 Leitender Arzt Paraplegiologie
 Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil



Schweizer
Paraplegiker
Stiftung



Schweizer
Paraplegiker
Vereinigung



Schweizer
Paraplegiker
Zentrum



Schweizer
Paraplegiker
Forschung

1



Leistungskennzahlen SPZ

Leistungskennzahlen Medizin

	2011	2010
SPZ Betten	140	140
SPZ Bettenbelegung	95,6%	93,3%
SPZ Abgeschlossene Hospitalisationen	837	883
SPZ Pfl egetage	48 855	47 660
Davon Pfl egetage für beatmete Patienten	7 843	7 668
SPZ Pfl egeaufwand in Stunden (Ø pro Patient und Tag)	6,4	5,8
ParaHelp Betreute Patienten	495	517
ParaHelp Betreuungsstunden	6 875	6 924

	Budget ¹⁾ April 2014	IST April 2014	IST 2013 (12 Mt)	IST 2012 (12 Mt)	IST 2011 (12 Mt)	IST 2010 (12 Mt)
Betten, Belegung						
Betriebene Betten	140	140	140	140	140	140
Bettenbelegung in %	98.6%	98.6%	98.8%	96.5%	95.6%	93.3%
Pfl egetage*	16 560	16 560	50 485	49 446	48 855	47 660

* Die Anzahl (verrechenbare) Pfl egetage entspricht nicht der Anzahl Aufenthaltstage gemäss Definition BFS / SwissDRG

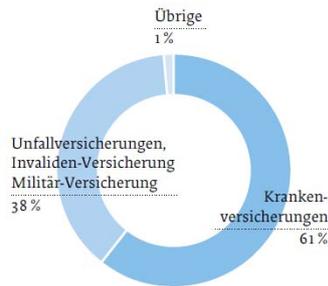
2



Patientenstruktur

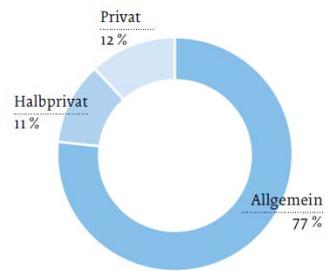
Pflegetage nach Garant (Kostenträger)

Krankenversicherungen	28'957
Unfallversicherungen, Invaliden-Versicherung	18'165
Militär-Versicherung	
Übrige	538



Pflegetage nach Versicherungs-klasse

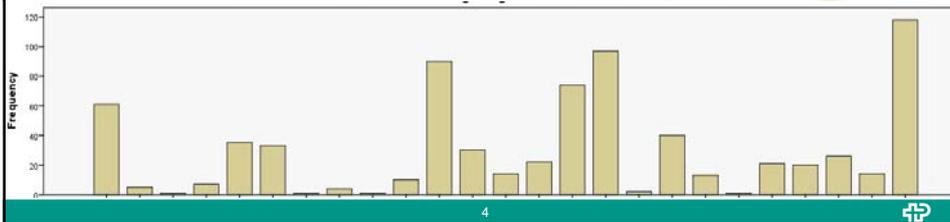
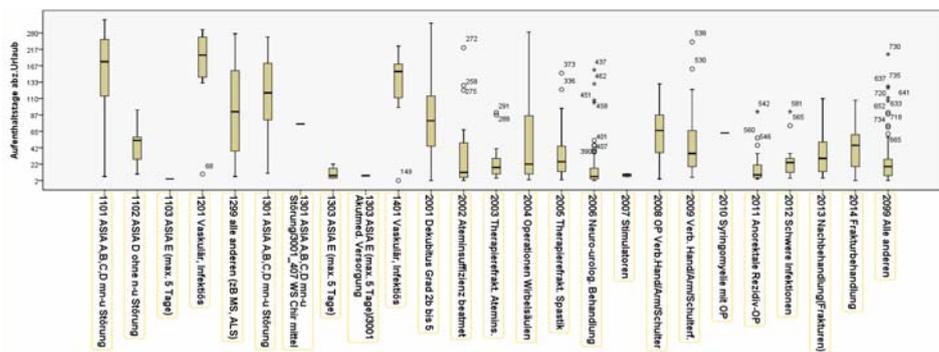
Allgemein	36'670
Halbprivat	5'414
Privat	5'576



3



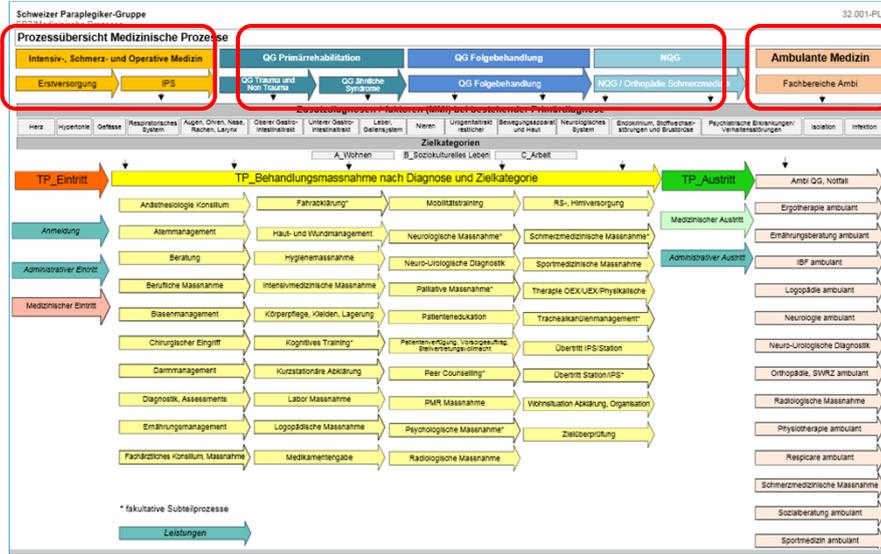
Aufenthaltstage und Eintrittsgrund



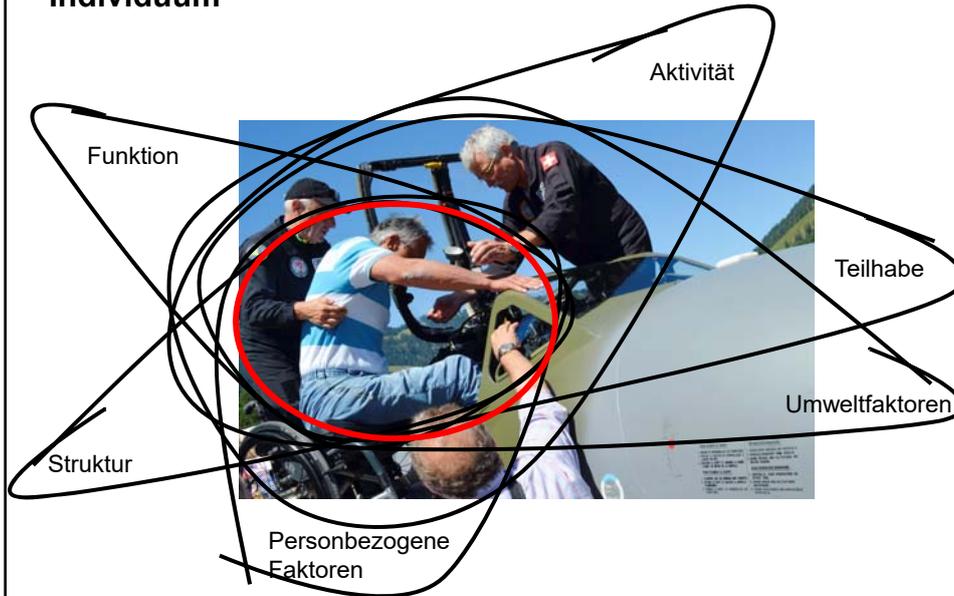
4



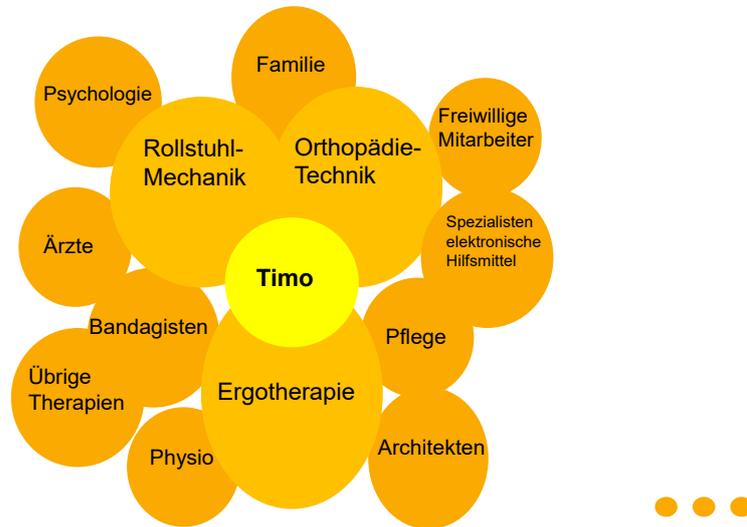
Medizinische Kernprozesse



Individuum



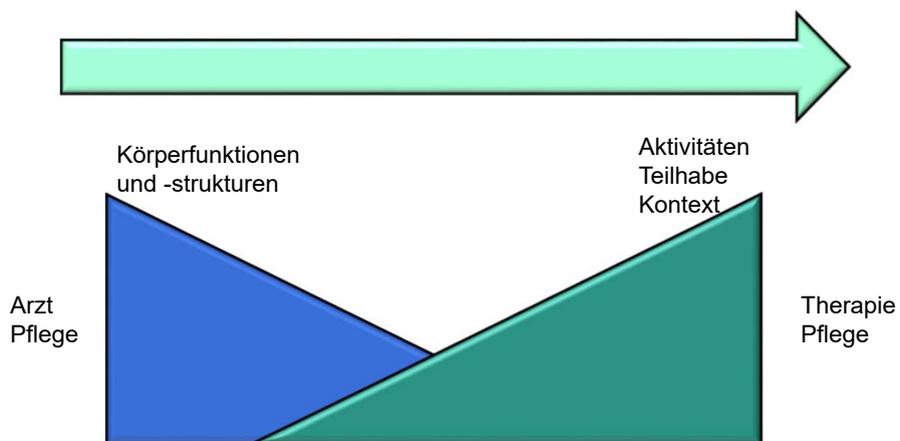
Ein interdisziplinärer Weg nimmt seinen Lauf...



7



Patientenpfad



8



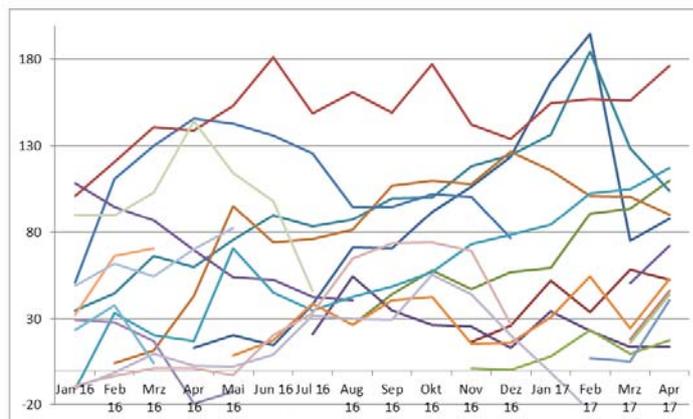
Probleme im SPZ

- Hohe Anzahl Ueberstunden der Assistenzärzte
- Viele Fixtermine und Rapporte
- Fast alle Probleme interdisziplinär: Koordinationsaufwand
- Dokumentation: für Versicherer und für Uebergaben zwischen AA
- Fremdsprachige Assistenzärzte, Kommunikation und Berichte
- Lange Aufenthaltsdauer, trotzdem festen Ansprechpartner
- Patienten wünschen über medizinische Massnahmen genaue Aufklärung
- Dichter Therapieplan, Patienten oft nicht anwesend bei Visite
- Schwerfälliges Klinikinformationssystem, Anmeldungen und Dokumentation umständlich und in 4 Systemen

9



Problem Ueberzeiten



10



Analyse Assistenzarztarbeit

Ausgangslage:

Der organisatorische und administrative Aufwand der AA/UA nimmt im Stationsalltag SPZ laufend zu. Trotz der Unterstützung durch Arztdisponenten in allen administrativen Aufgaben sind die geleisteten Arbeitsstunden der AA/UA zu hoch und entspricht nicht dem Arbeitsrecht.

Auftrag:

Erarbeitung von

- Analyse IST/SOLL Aufgaben/Kompetenzen/Abläufen AA/UA
- Ressourcenschätzung IST/SOLL für alle Stationen
- Optimierungsbedarf und Optimierungsvarianten
- Entscheidungsgrundlage für GL (allfälliger Antrag „Zusätzliche FTE AA“)

Auf Basis Integration Brief Stellungnahme FTE AA – S. Baumgartner

Ziele:

- Analyse IST/SOLL Aufgaben/Kompetenzen/Abläufen AA/UA liegt vor
- Optimierungsmöglichkeiten sind erarbeitet Ressourcenschätzung IST/SOLL liegt vor
- Entscheidungsgrundlage für GL liegt vor (Anzahl AA FTE sprachlich-kulturelle, medizinische Kompetenzen)

Projektvorgehen:

- Analyse der Arbeitsabläufe (Interviews und Hospitation an 4 Tagen)
- Analyse Dienstplan
- Analyse Ressourcenaufwand (IST/SOLL)
- Erarbeitung Lösungsansatz mit AA, AD, Sandro Baumgartner, Kamran Koligi, Klaus Schmitt

Schlussfolgerung der Analyse Assistenzarztarbeit

- - AD übernehmen teilweise administrative Aufgaben bei Patienteneintritt und – austritt. Dies könnte ausgeweitet und vor allem systematisch eingeplant werden. Hierfür wäre eine kontinuierliche Präsenz von AD notwendig
- - AD berichten, dass in der Einführungsphase der AA ein hoher Schulungsaufwand zum Erlernen der Arbeitsabläufe notwendig ist. Das heutige Schulungsprogramm würde diesem nur teilweise gerecht werden
- In dieser kurzen Beobachtungsperiode ist eine Korrelation der ausgewerteten Daten zwischen Überzeiten der AA und AD und der durchschnittlichen Bettenbelegung zu beobachten

Der Beginn 2013, Rehabkoordinator

Verbesserung Eintritts- und Austrittsprozess, verbesserte Koordination des Rehabilitationsprozesses, Entlastung der Assistenz- und Oberärzte, Assistenzärzte können sich vermehrt auf die medizinische Arbeit konzentrieren, optimales Rehabilitationsergebnis in der zur Verfügung stehenden Zeit, erhöhte Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.

1.2 Aufgaben/Kompetenzen/Verantwortung	Kompetenz*
<ul style="list-style-type: none"> Organisatorische, administrative und planerische Unterstützung des ICF-Kernteam in Bezug auf Patientenflüsse inkl. Sublokalprozesse. Darstellen der „Standardprozesse“ des Patienten als Vorbereitung für den ICF Rapport mittels dem Patienten Management Cook Pt. Überblick (globale Sicht) des Gesamtprozesses des Patienten. 	AM
<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung des Ärztlichen Bereichs in administrative Tätigkeiten wie vorbereiten von Kostengutsprache-Verlängerungen, Protokollieren während den ICF Rapport, Korrespondenzen schreiben, Transporte für Patienten organisieren, Botenwege und Laborbefunde faxen. 	AM
<ul style="list-style-type: none"> Die provisorischen und definitiven Austrittsberichte vorbereiten für die Assistenzärzte sowie Rechtschreibkorrekturen durchführen. 	AM
<ul style="list-style-type: none"> Assessment AIS- und SCIM III überprüfen auf Durchführung und allenfalls nach Kursbesuch selbstständig durchführen. 	A
<ul style="list-style-type: none"> Tägliche Abklärung, Bearbeitung und Ausfüllen des vorgegebenen Fragebogens (telefonisch) unter anderem mit Fragen über den Patienten wie „Ernährung, Unterstützung im Alltag, Hilfsmittel, Medikation, Berufliche Situation, Private Situation“ etc. 	K/A
<ul style="list-style-type: none"> Ärztliches Personal meldet Termine bei Radiologie, Urologie, ZSM, Gastroenterologie, PhysioCare etc. an. Die/der Disponentin überwacht die Anmeldungen, vereinbart/korrigiert mit den Fachkabinetten/Patientendisposition die definitiven Termine und überprüft die Durchführung. 	A
<ul style="list-style-type: none"> Zuständig und verantwortlich für die Zustellung aller relevanten, pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Berichten/Befunde, damit der vorgesehene Eintritt optimal vorbereitet werden kann. 	M
<ul style="list-style-type: none"> Teilnahme am Koordinationsmeeting um alltägliche Mitteilungen/Informationen von Patienten/Zuweisern hinzuweisen 	M

13



Unsere Anforderungen

- Erfahrung im Gesundheitswesen (Grundausbildung Gesundheitsberuf und Berufserfahrung in einer grösseren Institution). (1. Priorität Physio- oder Ergotherapeut, 2. Priorität dipl. Pflegefachfrau/-mann, 3. Priorität Med. Praxis AssistentIn)
 - Sehr gute PC-Kenntnisse
 - Vernetztes Denken und Handeln
 - Methoden-Kompetenzen vorhanden
 - Strukturiertes Handeln
 - Fremdsprachkenntnisse F oder I von Vorteil
 - Teamplayer
 - Kommunikativ - integrativ

14



Probleme in Einführungsphase

- Unterschiedlicher Ausbildungsstand und Fähigkeiten der AD
- Misstrauen der Kaderärzte, Machtverlust
- Nicht alle Assistenzärzte können delegieren
- Aufgabenteilung Assistenzarzt/ AD individuell geregelt

15



Wo stehen wir jetzt?

- 4 Personen, 300 Stellenprozent
- 2 MPA, 1 Pflegefachkraft, 1 Bachelor Gesundheitsmanagement (DE)
- 2 Personen in Weiterbildung Klinischer Fachspezialist

16



Aktuelle Aufgaben der Arztdisponenten

Koordination und Überwachung der Termine gemäss Vorabklärung (evt. auch die ärztlichen Terminanmeldungen inkl. Vorbereitung) sowie die Zustellung/Sammlung der diversen Berichte und Befunde.

Einhaltung von Abmachungen, Richtlinien, Weisungen und Entscheidungen überwachen:
Routine- und terminierte Untersuchungen und Assessments (ZK's, SCIM III) werden auf Durchführung überprüft.

Terminkoordination mit den Fachabteilungen.

Sicherstellen, dass Termine rechtzeitig wahrgenommen werden

Organisatorische, administrative und planerische Unterstützung vom Kernteam in Bezug auf Patientenpfade, inkl. Subteilprozesse. Darstellen der „Standardprozesse“ des Patienten als Vorbereitung für den ICF Rapport. Überblick (globale Sicht) vom Gesamtprozess des Patienten haben.

Der ICF-Rapport wird geleitet vom zust. Oberarzt. Unterstützung des Oberarztes bei der Gesprächsführung, vor allem Zeitmanagement überwachen, sicherstellen das Thematiken geklärt sind gemäss Definition der Patientenpfade. Nachfragen bei Abweichung, dokumentieren von Gründen weshalb Abweichung.

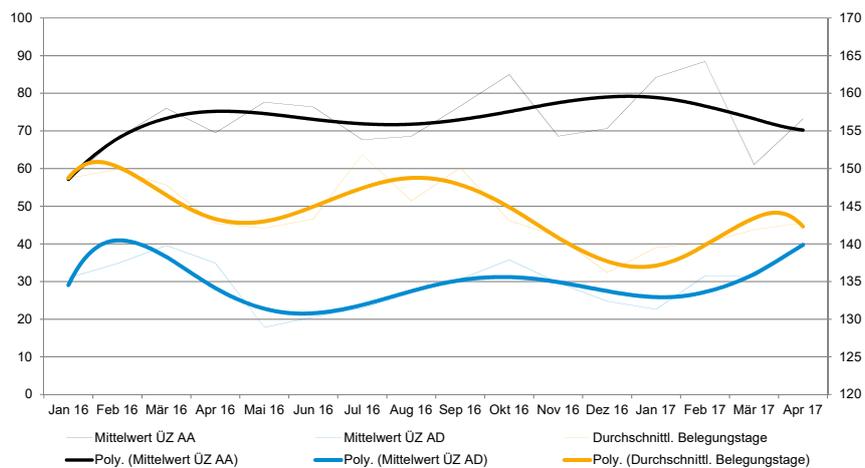
Einheitliche Führung der Krankengeschichte (nach Definition). Eine eine diskrete Individualität sollte zugelassen werden.

Weitere Aufgaben zur Entlastung der Assistenz- und Oberärzte, in Absprache.

17



Ueberzeit Assistenzärzte vs Arztdisponenten



18



Probleme im SPZ, was haben wir erreicht?

- Hohe Anzahl Ueberstunden der Assistenzärzte
- Schwerfälliges Klinikinformationssystem, Anmeldungen und Dokumentation umständlich und in 4 Systemen
- Fast alle Probleme interdisziplinär: Koordinationsaufwand
- Dokumentation: für Versicherer und für Uebergaben zwischen AA
- Fremdsprachige Assistenzärzte, Kommunikation und Berichte
 - Lange Aufenthaltsdauer, trotzdem festen Ansprechpartner
 - Patienten wünschen über medizinische Massnahmen genaue Aufklärung
 - Viele Fixtermine und Rapporte der AA
 - Dichter Therapieplan, Patienten oft nicht anwesend bei Visite

19



Und was ist mit den Problemen der Einführungsphase passiert?

- Unterschiedlicher Ausbildungsstand und Fähigkeiten der AD
- Misstrauen der Kaderärzte, Machtverlust
- Nicht alle Assistenzärzte können delegieren
 - Aufgabenteilung Assistenzarzt/ AD individuell geregelt

20



Was haben wir erreicht?

Schweizer Paraplegiker-Gruppe [Nummer]
Kontaktaufnahme / Geschäftskontakt zum Prozesspartner Option Prozesssystem (PP, TP, SP)

Handbuch zum Tätigkeitsfeld der Arztdisponentin

Inhaltsverzeichnis

13. Tageslisten	2
14. Ein- & Austritte	3
15. Austrittsberichte	4
16. Arztzeugnisse	6
17. Externe Verordnungen	8
18. Orthotec-Verordnungen	12
19. Kontrolle der ANQ Daten	14
20. Terminkontrolle	15
21. Dokumentation ICF-Rapport	15
22. Verläufe OA Visite	15
23. Eintrittsgespräche	16
24. Aktivitätsvisite	16
25. Dokumentenablage	16
26. Büromaterialbestellung	16

Wo wollen wir hin? Klinische Fachspezialisten!

- Anamnese und Stuserhebung, Durchführung von Assessments
- Unterstützung bei der Diagnosestellung und Klärung des Behandlungsplanes
- Durchführung von klinisch-medizinischen Tätigkeiten
- Erläuterung von Diagnose und Behandlungsplan
- Adressatengerechte Weitergabe von Informationen
- Protokoll- und Berichterstellung
- Durchführung von Patientensiten und Teilnahme an medizinischen Rapporten und Fachgesprächen
- Übernahme der Koordinationsfunktion im interdisziplinären Team
- Organisation von Patientenverlegungen und Patientenüberweisungen
- Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

Nächste Schritte

- Vereinheitlichen des Angebots auf allen Abteilungen, Definition Muss- und Kann-Funktionen
- Schaffen von mehr Stellen , Ziel 100% pro Abteilung
- CAS Klinischer Fachspezialist für alle
- Mehr Arbeit direkt am Patient: Assessments, Austrittsorganisation, Information
- Einführung Interprofessionelle Behandlungsteams 2018/19: neue Rolle der AD

23



New ideas pass through three periods:

1. It can't be done
2. it probably can be done, but it's not worth doing
3. I knew it was a good idea all along

Arthur C. Clarke

24



Grenzen der Arztdisponenten

- Eigenverantwortlich indizieren und Durchführen medizinischer Therapien (legale Aspekte)
- Beurteilen komplexer Situationen (es werden nur Grundkenntnisse erwartet und vermittelt)

Being an Advanced Neonatal Nurse Practitioner (ANNP) in England

Symposium Klinische Fachspezialisten: Neue Funktionen in der interprofessionellen Versorgung - ZHAW 15/09/2017

Olivia Stamm, ANNP, Princess Anne Hospital Southampton/UK

[1]

Über mich

- 2005-2009 DNII Ausbildung am Kinderspital Zürich
- 2009-2015 Neonatologie KSW Winterthur
 - Fachverantwortliche
 - Ernährung
- 2012-2014 Bachelor of Nursing an der ZHAW Winterthur
 - Bachelor Arbeit über Ernährung von Frühgeborenen
- 2015-2017/18 Masters degree an der University of Southampton
- Ab 2015 Neonatal Unit Princess Anne Hospital Southampton (Level 3 unit)
- 2016 Qualifiziert als ANNP
- 2016-2017/18 Master Dissertation

[2]

MSc Advanced Clinical Practice - Advanced Neonatal Nurse Practitioner

pre-course Basic Science Package (12 weeks)

Module:

- Transition to Advanced Practice (Advanced Neonatal Nurse Practitioner)
- Research Methods for Evidence Based Practice
- Decision Making for Advanced Clinical Practice (Neonatal)
- Assessment and Examination of the Newborn
- Advanced Neonatal Studies
- Pharmacology and Applied Clinical Sciences (Neonatal)
- Independent and Supplementary Prescribing Part 2: Prescribing in Practice – NEONATAL

Klinischer Anteil:

Anfangs 1 Tag bis 5 Tage/Woche am Ende

-> **Qualifiziert als ANNP**

- Dissertation

{ 3 }

Als ANNP arbeiten



{ 4 }

Als ANNP arbeiten

Clinical Practice

- Leads in Resuscitation of the newborn
- Leads the admission of sick and preterm infants to the Neonatal Unit.
- Identifies the need for, and undertakes advanced clinical skills:
Intubieren, NAK/NVK, pZVK, Thorax Drainage/Punktion, LP, venöse/arterielle Zugänge
- Manages the care of sick neonates and their families (in collaboration with others).
Beatmung, Flüssigkeitsmanagement, Medikamente
- Plans and undertakes diagnostic and therapeutic procedures as appropriate, adhering to written protocols:
Röntgen Bilder, EEG, EKG, Hirnultraschall, Laborwerte

[5]

- Leads in the initial examination and management of the newborn infant, undertaking a thorough physical assessment. This is preceded by close evaluation and interpretation of, the family and maternal history, antenatal history, labour and delivery.
Austrittstatus Wochenbett, Neugeborene von zu Hause
- Maintains links with the nursing team and clinical nursing care

[6]

Medical Rota

Date	Week	ITU 1	ITU 2	SCBU 1	SCBU 2	PNW	Clinic Regisr	SHO Admin	Day Transp	Night Transp	ITU Registrar	NIGHT	NIGHT SHO
01.04.2017		Lisa	Phillip	Banu	Amitava	Joely (SD)			Amal	Kelly R	Aakarshan	Tamali	Olivia
02.04.2017		Lisa	Phillip	Rajath	Amitava	Joely (SD)			Banu locum	Kelly R	Regina	Ben locum	Tamali
03.04.2017	6	Freddie	Elen	Jummy (SD)	Bex (19)	Katie			Anushma loc	Banu	Aakarshan	Varun locum	Clare locum
04.04.2017	PREP 1	Freddie	Olivia	Jo	Peta (SD)	Phillip	Emma, Bex		Jummy (SD)	Banu	Anushma	Rajath	Joely
05.04.2017		Lisa Locum	Olivia	Jo	Elen	Phillip	Bex		Amitava	Emma	Anushma	Rajath	Joely
06.04.2017		Lisa	Clare	Tash	Bex	Phillip	Bex		Amitava	Emma	Rajath	Joely	
07.04.2017		Jo	Clare	Freddie (SD)	Olivia	Phillip			Aakarshan	Kelly R	Amitava	Elen	Katie
08.04.2017		Banu	Clare	Freddie	Rajath	Olivia			Ben locum	Kelly R	Varun	Elen	Katie
09.04.2017		Banu	Clare	Freddie	Rajath	Olivia			Ben locum	Kelly R	Varun	Elen	Katie
10.04.2017	7	Banu	Phillip, Joely	Aakarshan	Rajath (SD)	Tamali			Emma	Mary	Varun	Rohan	Katie
11.04.2017	PREP 1.2	Banu	Amitava (19)	Aakarshan	Rajath (SD)	Joely	Amitava		Emma	Mary	Bex	Vicky	Rohan
12.04.2017		Emma	Phillip	Amitava	Phillip	Clare	SCBU Reg	Joely	Rajath	Bex	Lisa	Olivia	Rohan
13.04.2017		Emma	Tamali	Amitava	Freddie	Clare	Freddie		Rajath	Bex	Lisa	Olivia	Rohan
14.04.2017		Aakarshan	Tamali	Varun	Amitava	Clare			Rajath locum	Jo	Lisa	Phillip	
15.04.2017		Mary	Tash	Vicky	Tamali (SD)	Joely			Aakarshan	Jo	Banu	Phillip	
16.04.2017		Mary	Tash	Vicky	Tamali (SD)	Joely			Aakarshan	Jo	Banu	Phillip	
17.04.2017	8	Mary	Clare	Amitava	Rohan	Elen			Varun	Jummy	Freddie locu	Tamali	
18.04.2017	PREP 2	Mary	Clare	Amitava	Rohan	Elen (SD)	Rajath, Bex (SD), Emma (S		Varun	Jummy	Vicky	Kelly R locum	Tamali
19.04.2017		Aakarshan	Clare	Amitava	Emma (SD)	Olivia	Emma		Bex	Vicky	Jummy	Kelly R locum	Tamali
20.04.2017		Aakarshan	Katie	Amitava	Elen	Tash	Emma		Bex	Vicky	Rajath	Kelly R locum	Tamali
21.04.2017		Mary	Katie	Varun	Elen	Tash			Emma (SD)	Aakarshan	Freddie	Clare	Rohan
22.04.2017		Jummy	Katie	Amitava	Elen	Olivia			Anushma	Banu	Freddie	Clare	Rohan
23.04.2017		Jummy	Katie	Amitava	Elen	Olivia			Anushma	Banu	Freddie	Clare	Rohan
24.04.2017	9	Vicky	Olivia	Rajath	Michelle (LD)	Phillip			Amitava	Varun	Jo	Peta	Rohan
25.04.2017		Vicky	Olivia	Rajath	Nitin (SD)	Katie	Bex		Amitava	Anushma	Jo	Peta	Elen
26.04.2017		Rajath	Olivia	Kelly R	Lisa	Katie	Lisa		Varun	Bex	Jo	Tamali	Elen
27.04.2017		Rajath	Phillip	Kelly R	Lisa	Katie	Lisa		Varun	Banu locum	Bex	Nitin	Elen
28.04.2017		Anushma	Phillip	Banu	Amitava	Katie			Amitava	Mary	Aakarshan	Nitin	Michelle
29.04.2017		Jo	Olivia	Vicky	Phillip (SD)	Elen (SD)			Lisa	Mary	Aakarshan	Nitin	Michelle
30.04.2017		Jo	Olivia	Vicky	Phillip (SD)	Elen (SD)			Lisa	Mary	Aakarshan	Nitin	Michelle
01.05.2017	10	Jo	Peta	Banu	Katie	Clare		Elen	Bex	Mary	Emma	Michelle	Joely

{ 7 }

Education and Development

Teaching von Pflege und Assistenzärzten

Leadership and Management

Research and Audit

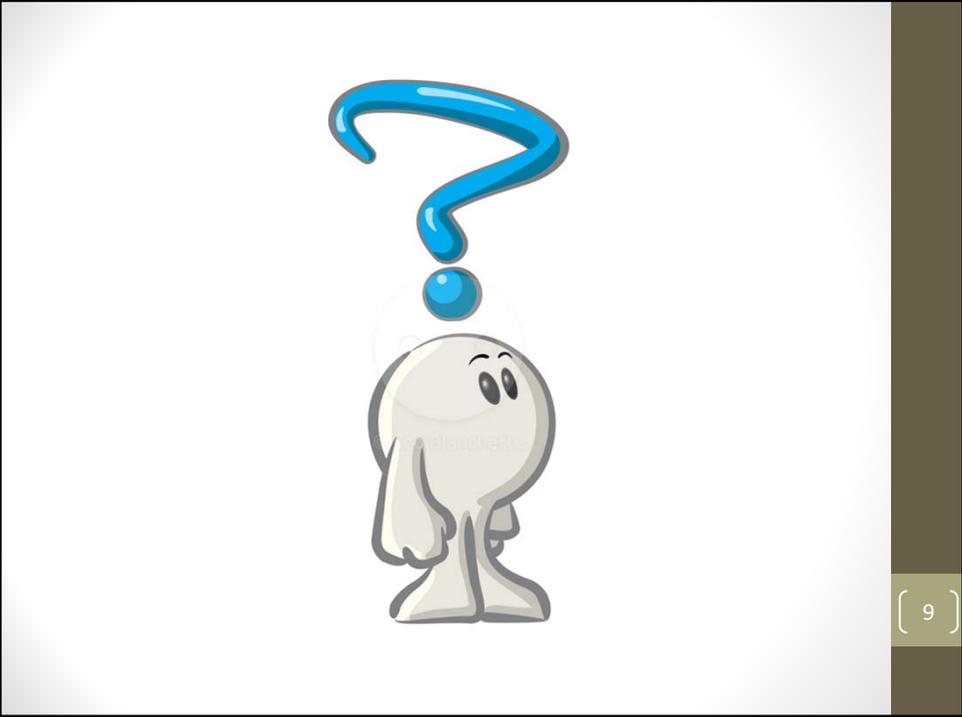
Administration

Ein- und Austrittsberichte, ärztliche Überweisungen

Individual

Portfolio

{ 8 }



Der Verpleegkundig specialist in den Niederlanden

Die APN - Pflegeexpertin/ Pflegeexperte

Silvia van Vliet
15-09-2017



Der Start

- Ende 1997: 3 Abteilungen des UMCG (Groninger Universitätsspital) starten mit «nurse practitioners»:

Warum?

- Ärztemangel
 - Häufiger Wechsel von Assistenzärzten/-ärztinnen
- Regelmässiger Ausfall von Operationen wegen schlechtem physischem Zustand des Patienten/der Patientin
- Grosse Affinität und Fachkenntnis der Pflegepersonen in spezifischen medischen Behandlungsbereichen

Arbeitsfeld der NP

Was ?

- Medizinische als auch pflegerische Anamnese (Eintritt)
- Tägliche Visite mit Problemanalyse
- Organisieren von Austritt
- ev. pflegerische Handlungen ausführen
 - z.B. Wonden verbinden, endotracheal absaugen
- praeoperative Optimierung (ASA I/II)
 - Frühzeitige Ueberweisung an Kardiologen/Pneumologen etc.
 - AB/Thromboseprophylaxe/ Cortison-Stressschema/Konsulenten zur Mitbehandlung)
- postoperative Schmerzüberwachung bei epiduraler/intravenöser Schmerzbehandlung (PCA/EPCA)

2012

- Das Parlament legt die gesetzliche Verankerung des APN Pflegeexperten durch Annahme des Gesetzesartikels 36a im Gesundheitsgesetz ¹ fest

Darf nun:

Diagnosen stellen

Sachmittel und Medikamente verordnen

Therapien verordnen

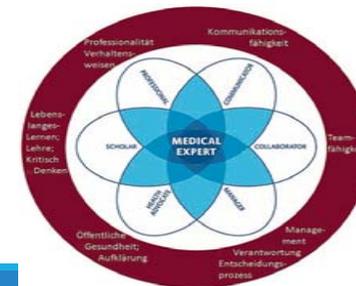
Ein- bzw. Überweisungen ins Krankenhaus, an die Hausarztpraxis oder an weitere Gesundheitsberufe

Nurse practitioner → Verpleegkundig specialist (VS)

- hat Titelschutz
- Berufsregister mit Portfolio zur Qualitätsüberwachung

Portfolio

- Alle 5 Jahre muss das Portfolio zur Prüfung einer erneuten Berufsregistration dem V&VN vorgelegt werden
 - Arbeitsleistung
 - Zertifikate der absolvierten Weiterbildung
 - Rapporte von kollegialer Reflexion (peer review) eines Teams von VS: Patientencasuistik/CANMEDS



Der Niederländische VS heute

- 3050 Verpleegkundig specialisten
- 922 Verpleegkundig specialisten i.A.

Im Detail:

- | | |
|---|------|
| • Akute Pflege bei somatischen Krankheiten | 176 |
| • Chronische Pflege bei somatischen Krankheiten | 620 |
| • Psychiatrie | 1249 |
| • Intensivpflege bei somatischen Krankheiten | 1876 |
| • Präventivpflege bei somatischen Krankheiten | 58 |
- Ausbildungsgänge an 9 Hochschulen in den Niederlanden
 - Als Master in ANP folgt gesetzliche Registrierung ins Berufsregister (V&VN)

Der Niederländische VS heute

Einsatz in 4 verschiedenen Bereichen

1. **Medizinisches Teammitglied** z.B. Hausarztpraxis
 1. Eigene Patienten
 2. Der Spezialist ist vorhanden
2. **Mitglied in der Behandlungskette**
 1. Spezifisch z.B. bei Brustkrebs:
Radiotherapie/Brustrekonstruktion/ Chemo
3. **Pflegestationen**
4. **Selbstständige Behandelnde von Chronischkranken** z.B. im Pflegeheim
 1. nach geltenden medizinischen Leitlinien



Zunahme des Ärztemangel
Zunahme der chronisch Kranken



Die Fakten

- Neugestaltung der ärztlichen Aufgabenteilung
- Ärztinnen und Ärzte erkennen den VS als vollwertiges Mitglied des Behandlungsteams an
- Stark in Kontinuität und Koordination
- Patienten mit positiven Erfahrungen
- Oekonomischer Gewinn kann bisher nicht nachgewiesen werden



Interkulturelle, interprofessionelle Zusammenarbeit: Prinzipien für die erfolgreiche Zusammenarbeit

Prof. Dr. Marion Huber
Emanuel Feusi

Zusammenarbeit (1/2)

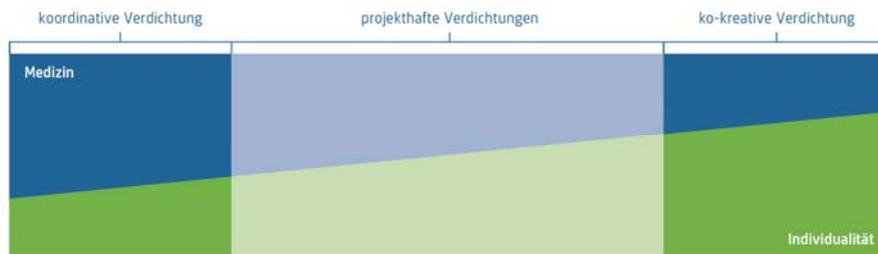
... oder synonym Kooperation (lateinisch cooperatio ‚Zusammenwirkung‘, ‚Mitwirkung‘) meint, das **zweckgerichtete** Zusammenwirken von Handlungen zweier oder mehrerer Lebewesen, Personen oder Systeme, in **Arbeitsteilung**, um ein **gemeinsames Ziel** zu erreichen.

<https://de.wikipedia.org/wiki/Kooperation>, Zugriff am 11.09.2017

Bezogen auf das Erbringen von Gesundheitsdienstleistungen ...

Zusammenarbeit (2/2)

... eine *Verdichtung* bzw. Synchronisation von Arbeitsabläufen und Handlungen.



(Swiss Academies Reports, Vol. 12, No 2, 2017, S. 25)

Kultur

Pecukonis et al. (2009) definiert Kultur als in einer bestehenden Personengruppe vorhandener **Korpus** ...

... *an gelerntem Verhalten,*
... *an Einstellungen in Bezug auf die bestehende Gruppe und*
... *formt das Denken, Fühlen und Verhalten der Mitglieder.*

Als eine solche Gruppe kann auch eine einzelne Profession betrachtet werden. Die Sozialisierung der Professionsangehörigen und ihre Identitätsentwicklung erfolgt innerhalb der Gruppe. Dieser Prozess beinhaltet den Aufbau von **Stereotypen** anderen Professionen gegenüber.

>> social identity theorie Tajfel & Turner (1979)

Stereotypen

- ... führen zu Vorurteilen;
- ... haben häufig historische Wurzeln (Sozialisierung);
- ... sind oft scheinbar einfache Antworten auf komplexe Fragen;
- ... gaukeln den Trägern vor, «Bescheid zu wissen»;
- ... sind schwierig/langsam auszumerzen.



Präfix «Inter-»

Das Präfix deutet auf eine **Wechselbeziehung** zwischen zwei oder mehreren Personen/Gruppen/Kulturen

Wechselbeziehung beinhaltet **aktive Interaktion**

Misslingensfaktoren

- Wissensgrenzen,
- mangelnder Wissensaustausch auf Augenhöhe
- mangelnde Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen
- fehlende Bereitschaft zur Perspektivenübernahme und Offenheit,
- Zeitknappheit,
- rechtliche Regelungen und ökonomische Restriktionen
- usw.

(Swiss Academies Reports, Vol. 12, No 2, 2017, S. 31)

Prinzipien gelingender Interprofessioneller Zusammenarbeit

- **Abwesenheit von Misslingensfaktoren notwendig ABER NICHT hinreichend**
- Professionen müssen **selbst** dahinter kommen, dass IPZ notwendig ist und die **Praxis reformieren** >> heisst: Man muss es **WOLLEN**

(Swiss Academies Reports, Vol. 12, No 2, 2017, S. 31)

Literatur

- Bundesamt für Gesundheit BAG (2013). Bericht der Themengruppe „Interprofessionalität“. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2013/06/Rahmengesundheitsziele_langfassung_gesamt1.pdf, Zugriff 30.03.2014
- Careum Stiftung (2011). Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten. Übersetzung des Berichts der Lancet-Commission (Frenk, J.; Chen, L.; Bhutta, Z.; Cohen, J.; Crisp, N.; Evans, T.; et al. (2010). Health Professionals für das neue Jahrhundert – die Bildung verändern, um die Gesundheitssysteme in einer interdependenten Welt zu stärken. Zürich: Careum. <http://www.careum.ch/documents/20181/75972/Lancet+Report/2707bde7-01bd-470f-b8c6-571969db5bac?version=1.1>, Zugriff 24.05.2017
- D'Amour, D.; Oandasan, I. (2005). Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*. 19 (s1):8-20
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. *Gesundheit 2020*. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft. <http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=de>, Zugriff 30.03.2014
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Gilbert, J. H. (2005). Interprofessional education for collaborative, patient-centred practice. *Nursing leadership* (Toronto, Ont.) 18(2): 32-36, 38.
- Höppner, H.; Büscher, A. (2011) Internationale Modelle interdisziplinärer Praxis. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen*, Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Mahler, C.; Karstens, S.; Gutmann, T.; Szecsenyi, J.; Joos, S. (2013). Terminologie im Bereich interprofessioneller Ausbildung und Zusammenarbeit. Eine Analyse der Zeitschrift für Medizinische Ausbildung (GMA). Graz, 26.-28.09.2013. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House. DocV09_06. <http://www.egms.de/static/en/meetings/gma2013/13gma204.shtml>, Zugriff 30.03.2014

- Nowotny, H.; Scott, P.; Gibbons, M. (2001). *Re-Thinking Science. Knowledge and the Public in an Age of Uncertainty*. Cambridge: Polity Press.
- Oandasan, I.; S. Reeves (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care* 19 (s1): 21-38.
- Oandasan, I.; S. Reeves (2005). Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care* 19 (s1): 39-48, 2005 May.
- Oevermann, U. (1999). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: A. Combe & W. Helsper (Hrsg.). *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 70-182). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Reeves, S.; Perrier, L.; Goldman, J.; Freeth, D.; Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue3. Art. No.: CD002213. DOI:10.1002/14651858.CD002213.pub3
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2017). Die Praxis gelingender inter-professioneller Zusammenarbeit. *Swiss Academies Reports* 12 (2). Online available: <https://www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionalitaet/Studie-Interprofessionalitaet%20C3%A4t.html>. Zugriff 14.09.2017
- Sottas, B.; Brügger, S.; Meyer, P.C. (2013). *Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice*. Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit.
- Stichweh, R. (1994). *Wissenschaft, Universität, Professionen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- The Committee for the Study of Nursing Education (1923). *Nursing and nursing education in the United States*. New York: The Rockefeller Foundation. (known as the Goldmark Report)
- SVR Gesundheit (2007). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitsversorgung*. Gutachten. Online-Kurzfassung: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=216>, Zugriff 30.03.2013
- Thistlethwaite JE; Forman D; Matthews LR; Rogers GD; Steketee C; Yassine T. (2014). Competencies and frameworks in interprofessional education: a comparative analysis. *Academic Medicine*. 89(6):869-75, 2014 Jun.

- Walkenhorst U. (2008). Handlungslogisch und interaktionistisch orientierte Professionsansätze. In: U. Walkenhorst. Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung. Eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse (S.145-162). Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B. Position statement GMA Committee – "Interprofessional Education for the Health Care Professions". GMS Z Med Ausbild. 2015;32(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma000964, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009647
- Welch, W.H.; Rose, W. (1915). Institute of Hygiene: a report to the General Education Board of Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation
- World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization (2005). Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization (2010). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Praxis. Genf: World Health Organization.

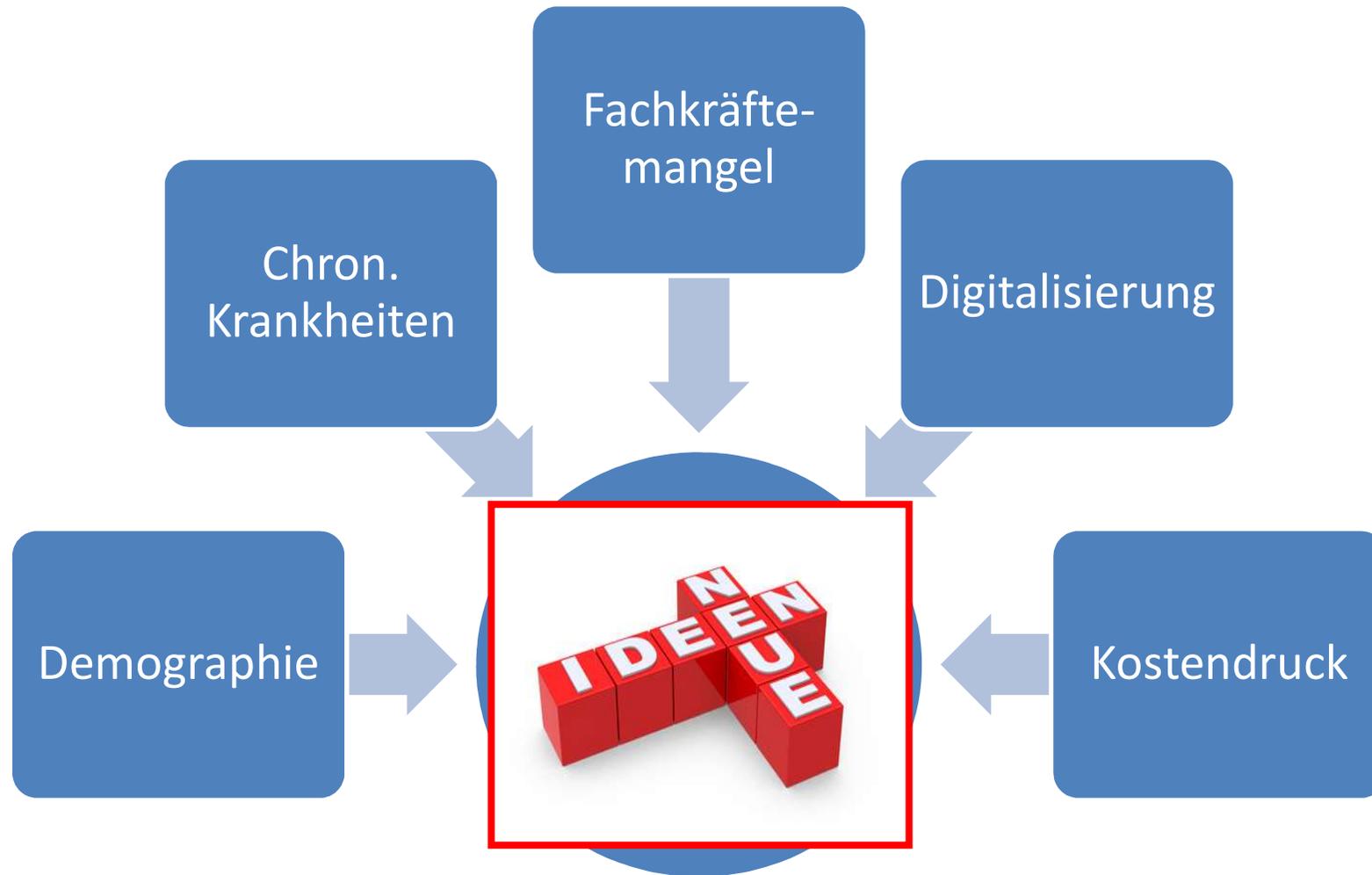
Symposium Klinische Fachspezialisten

15. Sept. 2017

Ein gesundheitsökonomischer Blick auf neue Rollen in der Versorgung

Urs Brügger, Prof. Dr. oec. / MSc in HTA

Viele Herausforderungen



The Nurse Practitioner as an Economic Reality*

MARY ANN DRAYE, R.N. AND
LORRIE ANDERSON STETSON, R.N.

Is the role of the nurse practitioner compatible with good care and good economics? In this article, part of the research which was undertaken to answer some of the questions regarding the employment of this new health care giver, will be reported.

In the Spring of 1973, the Everett Clinic — a private medical clinic located 30 miles north of Seattle, Washington — hired their first nurse practitioner. The clinic consists of 27 physicians and serves a city with a population of 59,000.

The nurse practitioner was hired to work with one physician-preceptor to initiate the team approach to health care. It was hoped that the new

Forty-three and one-half percent responded inquiries about access to the clinic (the wait period for an appointment), the length of time spent waiting in the reception area once they had arrived at the clinic, and how they felt about seeing the FNP. A high percentage, 52.4 percent were seen the same day they called for an appointment, while another 20.2 percent were accommodated within one day of calling the clinic. In general, those who waited over two days were coming in for routine checks and/or preferred a later appointment date. After arriving at the waiting room of the clinic, 41.4 percent of the patients said they waited less than fifteen minutes, and another 46 percent responded that they waited less than 30 minutes. When asked whether they felt it was acceptable to see the nurse practitioner

WZW-Kriterien (KVG Art. 32)

- **Wirksam**
 - Qualität für den Patienten?
- **Zweckmässig**
 - Einfluss auf Fachkräftemangel?
- **Wirtschaftlich**
 - Lohnt es sich?

Lohnt es sich wirklich?

Wirtschaftlichkeit = Value for Money

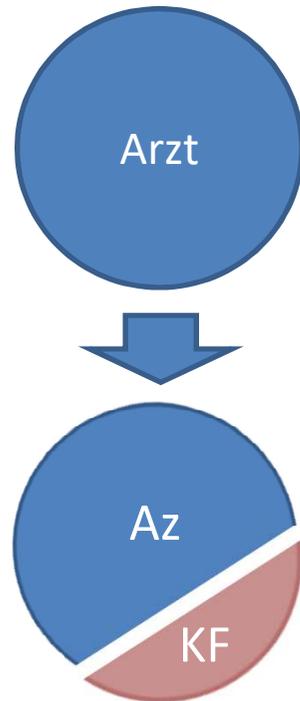
1. Für die Health Professionals?
2. Für das Spital?
3. Für das Gesundheitssystem?

→ Es gibt Hinweise, dass diese Modelle wirksam und wirtschaftlich (=cost-effective) sein können.
Die wissenschaftliche Evidenz ist aber noch dünn.

Zwei Modelle

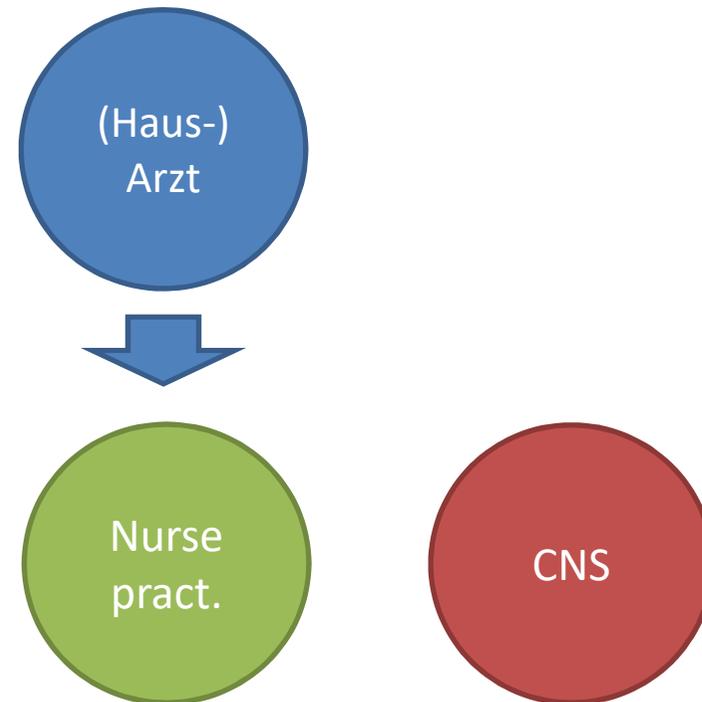
„Delegationsmodell“

Bsp: Klinische Fachspezialistin



„Professionsmodell“

Bsp: Advanced Practice Nurse (APN)



Gesundheitsberufe haben Potenzial für noch mehr Selbständigkeit

Master-Abschluss (MSc) = Advanced Practice

- MSc in Pflege (Advanced Practice Nurse APN)
 - Nurse Practitioner (NP)
 - Clinical Nurse Specialist (CNS)
 - MSc in Physiotherapie
 - MSc in Ergotherapie
 - MSc in Ernährung und Diätetik
 - MSc in Hebamme
- Zukünftig: machen Untersuchungen, stellen Diagnosen, führen Behandlungen durch, verschreiben Medikamente, überweisen Patienten?!

Fazit

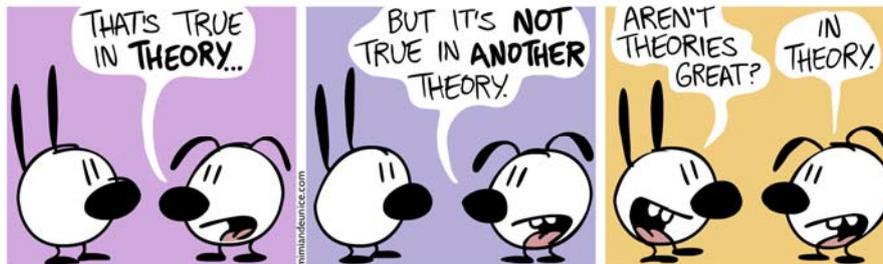
1. Das Gesundheitssystem braucht **organisatorische Innovationen**
2. Alle Berufe im Gesundheitswesen werden sich **ändern**
3. Die Gesundheitsberufe sind bereit, **neue Aufgaben** zu übernehmen
4. Das Gesundheitssystem (insb. **Recht und Finanzierung**) muss sich entsprechend anpassen
5. Neue Modelle sollen **ausprobiert** und kritisch nach den WZW-Kriterien überprüft werden
6. Solche Innovationen sind ein Schritt Richtung integrierter Versorgung und „patient-centered care“

Ein berufssoziologischer Blick auf neue Rollen in der Versorgung

René Schaffert

Stv. Leiter Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften

Ein soziologischer Blick?





Hintergrund (Theorie): Soziale Konstruktion der Wirklichkeit



- Gesellschaft besteht und entsteht aus Handlungen und Interaktionen von Individuen
 - Handlungen von Individuen sind bestimmt durch gesellschaftliche Strukturen
- Wechselwirkung zwischen subjektiver Erfahrung und objektiver Realität

Berufsbilder nach Einführung neuer Ausbildungen im Pflegebereich



- Erklärung Berufsbild mit Bezug zu gesellschaftlichen Bildern
- Berufsbilder formieren sich im interaktiven Prozess

- Entwicklung Berufsbild als längerfristiger interaktiver Prozess

Zusammenhänge aus dem Blickwinkel der beruflichen Sozialisation:



Forschungsergebnis:

Datengrundlage: Befragung 1 Jahr nach Abschluss (FaGe, Pflege HF, Pflege BSc)

Resultat: Höhere Rollenklarheit und stärkeres Einsetzen-Können von Fähigkeiten gehen einher mit höherer beruflicher Zufriedenheit.

Erhöhung um 1 Punkt auf Skala (1-6)	andere Variablen* konstant gehalten	Veränderungen bei beruflicher Zufriedenheit
Rollenklarheit	führt zu	+ 0.29
Fähigkeiten einsetzen können	führt zu	+ 0.64

*Regressionsmodell mit folgenden Variablen als Prädiktoren: Fähigkeiten Einsetzen, Rollenklarheit, Geschlecht, Alter, Berufsabschluss, Arbeitsfeld

Fazit

- **Entwicklung eines neuen Rollenbildes benötigt Zeit.**
Neue Rollen stellen Betroffene vor Herausforderungen und müssen im interaktiven gesellschaftlichen Prozess der sozialen Konstruktion von Wirklichkeit zuerst mit Bedeutung gefüllt werden.
- **Auf Klarheit von Rollen achten.**
Klare Rollen (Bspw. klaren Erwartungen, klare Verantwortungsbereichen und klare Aufgaben) und das Nutzen von gelernten Fähigkeiten gehen einher mit besser Zufriedenheit.

Das Delegationsmodell, erklärt am Beispiel der Patientenaufklärung

Prof. Dr. iur. Ueli Kieser

1

Was ist zu erwarten?

Durchgang durch unterschiedliche Fragestellungen

- Patientenaufklärung – eine allgemeine Einordnung
- Zuständigkeit bei Patientenaufklärung
- Verantwortlichkeit bei der Delegation der Patientenaufklärung
- Dokumentation bei der Delegation von Patientenaufklärung

... und einige Schlussfolgerungen

2



Patientenaufklärung – eine allgemeine Einordnung

«Die Aufklärungspflicht des Arztes hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten zu einem zentralen Thema des Arzthaftpflichtrechts entwickelt. Im Vordergrund steht dabei die so genannte *Eingriffsaufklärung*. Sie beruht auf verschiedenen rechtlichen Grundlagen; das Ziel ist aber immer das Gleiche: Die Aufklärung des Arztes soll den Patienten in die Lage versetzen, *aus freiem Willen in die vorgeschlagene Behandlung einzuwilligen oder diese abzulehnen*. Dazu muss er über alle Informationen verfügen, die für eine Abwägung des möglichen Nutzens der Operation und der damit verbundenen Risiken erforderlich und somit für eine sachgerechte Meinungsbildung notwendig sind» (so Walter Fellmann)



Zuständigkeit bei Patientenaufklärung (1)

Bei der Patientenaufklärung ist massgebend, dass sie prinzipiell von derjenigen Person vorgenommen werden soll, welche die in Frage stehende Behandlung vornehmen wird; dies ist darauf zurückzuführen, dass diese Person ihrerseits in der Lage ist, die im Rahmen der Patientenaufklärung zentralen Fragen zu erkennen und zu beantworten. Indessen hält die Rechtsprechung fest, dass eine Delegation nicht ausgeschlossen ist; auch die Literatur gelangt einhellig zur Auffassung, dass bezogen auf die Patientenaufklärung eine Arbeitsteilung zulässig ist. Dabei kann es sowohl um eine horizontale wie auch um eine vertikale Arbeitsteilung gehen.



Zuständigkeit bei Patientenaufklärung (2)

Im vorliegenden Zusammenhang interessiert die vertikale Aufgabenteilung. Diesbezüglich lässt sich der Literatur entnehmen, dass eine solche Arbeitsteilung an sich zulässig ist. Sie hält fest, dass eine Aufklärung durch eine andere Person als den die Behandlung durchführenden Arzt genügend ist, solange diese Person der Patientin oder dem Patienten diejenigen Informationen geben kann, die es ermöglichen, eine informierte Entscheidung über die Vornahme und Durchführung der medizinischen Behandlung zu treffen.

Damit ist die fachliche Qualifikation derjenigen Person von Bedeutung, welche – im Rahmen einer Aufgabenteilung – die Patientenaufklärung übernimmt. Dabei geht es darum, dass die betreffende Person in sachlich zutreffender Weise ausgewählt, instruiert und überwacht wurde.



Zuständigkeit bei Patientenaufklärung (3)

Zulässig ist die stufenweise erfolgende Aufklärung. Es kann beispielsweise zunächst eine Aufklärung durch nicht-ärztliche Personen erfolgen, woran sich – gegebenenfalls – eine Aufklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt anschliessen kann. Letzteres ist dann erforderlich, wenn sich bei der ersten Stufe Fragen ergeben, welche den Kenntnis- und Erfahrungsstand der nicht-ärztlichen Person übersteigen.

Zulässig ist ferner der Einsatz von Hilfsmitteln bei der Patientenaufklärung. Dabei kann es sich beispielsweise um ein Video handeln, welches die notwendigen Informationen vermittelt. Dabei muss wiederum die Gewähr geboten werden, dass bei sich ergebenden Fragen eine kompetente Person die erforderliche Aufklärung vermitteln kann.



Verantwortlichkeit bei der Delegation (1)

Bei der Delegation sind verschiedene Rahmenbedingungen zu beachten, welche nachfolgend zu nennen sind.

(1) Auswahl der betreffenden Person: Bei der Auswahl der nichtärztlichen Person müssen folgende Elemente berücksichtigt werden:

- Diejenige Person, welche – anstelle der für die Behandlung vorgesehenen Arztperson – die Patientenaufklärung übernimmt, muss bezogen auf die Fähigkeiten ausgewählt werden, welche für die Patientenaufklärung erforderlich sind.
- Es muss sich um jemanden handeln, welcher fachlich ausgewiesen ist.
- Ferner muss die betreffende Person in der Lage sein, diejenigen Aspekte bei Patientin bzw. Patient zu erkennen, die für eine effektive Aufklärung bedeutsam sind.
- Sodann muss die betreffende Person die Grenzen ihres Wissens kennen.
- Schliesslich muss es sich um jemanden handeln, welcher die innere und äussere Bereitschaft hat, sich bei Erforderlichkeit mit einer Arztperson in Verbindung zu setzen, um eine sich (möglicherweise) ergebende Fragestellung auf dieser Ebene zu klären.

7



Verantwortlichkeit bei der Delegation (2)

(2) Instruktion der betreffenden Person: Diejenige nichtärztliche Person, welche die Patientenaufklärung übernimmt, muss hinreichend instruiert worden sein. Dies schliesst in sich,

- dass sie die zu vermittelnden Elemente kennt,
- dass sie die Möglichkeiten des Beizugs einer Ärztin oder eines Arztes kennt,
- dass sie Kenntnis über die massgebenden Aspekte einer Zusatzaufklärung hat (etwa: besondere Risikofaktoren in der Person der Patientin/des Patienten) und
- dass sie die Anforderungen der Dokumentation kennt

8



Verantwortlichkeit bei der Delegation (3)

(3) Überwachung der betreffenden Person: Diejenige nichtärztliche Person, welche die Patientenaufklärung übernimmt, muss ärztlich überwacht werden. Dies bringt mit sich,

- dass die Erreichbarkeit eines Arztes/einer Ärztin gewährleistet sein muss,
- dass die Möglichkeit der Beantwortung von Zusatzfragen besteht,
- dass die Art und Weise der Patientenaufklärung periodisch überprüft wird und
- dass den Patientinnen/Patienten die Möglichkeit einer Rückmeldung eingeräumt wird.



Verantwortlichkeit bei der Delegation (4)

Die Verantwortlichkeiten für die Patientenaufklärung liegen bei derjenigen Arztperson, welche für die Aufklärung primär verantwortlich ist. Auch wenn die Aufklärung an eine nichtärztliche Person delegiert wurde, bleibt es bei der ärztlichen Verantwortung. Im Aussenverhältnis geht es im Spitalbereich regelmässig um die Haftung des Spitals.



Dokumentation der Patientenaufklärung

Über die Patientenaufklärung ist eine Dokumentation zu erstellen. Diese muss – auch wenn die Aufklärung durch nichtärztliche Personen vorgenommen wird – die allgemeinen Anforderungen an die Dokumentation erfüllen. Insbesondere muss festgehalten werden,

- wer die Aufklärung vorgenommen hat,
- welche Informationen im Wesentlichen vermittelt wurden,
- ob und über welche Behandlungsrisiken aufgeklärt wurde
- ob hinzutretend ein Einbezug eines Arztes oder einer Ärztin erfolgt ist.
- Sinnvollerweise wird ferner in allgemeiner Form festgehalten, unter welchen Rahmenbedingungen die Delegation der Aufklärung an eine nicht-ärztliche Person vorgenommen wurde. Diese Information kann in einer separaten Dokumentation enthalten sein.



... und was ist die zentrale Message?

Zentral ist der sorgfältige Umgang mit Auswahl, Instruktion und – regelmässiger – Überwachung der nichtärztlichen Person.

Zudem zeigt die Erfahrung, dass im heutigen Zeitpunkt der vollständigen, aktuellen und greifbaren Dokumentation ein hohes Gewicht zukommt.

Diesen beiden Faktoren ist bei der Umsetzung der Übertragung der Patientenaufklärung grösste Beachtung zu schenken.

Institut für Rechtswissenschaft
und Rechtspraxis



Universität St.Gallen

IRP-HSG
Bodanstrasse 4
9000 St.Gallen
Schweiz
+41 71 224 2424
irp@unisg.ch
www.irp.unisg.ch

