

Symposium für Gesundheitsberufe

Der alternde Mensch

Multiprofessionelle und innovative Ansätze in der Gesundheitsversorgung

Freitag, 12. März 2021, 12.30–17.15 Uhr

Online aus dem Inselspital, Universitätsspital Bern

Abstract
Booklet



Abstract Booklet

Die Lebenserwartung steigt bei häufig guter Lebensqualität weiter an. Auch die Schweiz muss sich den Herausforderungen stellen und innovative Ansätze in der Gesundheitsversorgung finden, um den Bedürfnissen und Vorstellungen alternder Menschen gerecht zu werden. Die Betroffenen und ihre Angehörigen sollen darin gestärkt werden, Eigenverantwortung zu übernehmen und die entsprechenden Angebote zu nutzen, um das Älterwerden und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit kreativ und sinnvoll zu gestalten. Dazu gehören Präventionsprogramme, um sich aktiv in die Gesellschaft einbringen zu können sowie Betreuungsangebote für alternde Menschen mit chronischen und akuten Gesundheitsproblemen. Die Gesundheitsversorgung im häuslichen, ambulanten oder stationären Setting ist eine multiprofessionelle Aufgabe. Damit alternde Menschen und Angehörige dabei den Takt angeben können, sind interprofessionelle Teams nötig, welche die spezifischen Bedürfnisse im Alter kennen und konsequent bearbeiten. Dazu gehören auch Fragen und Entscheidungen zum Lebensende, welche von den Fachpersonen aktiv anzusprechen sind. Die Vernetzung der Berufsgruppen zwischen den Sektoren des Gesundheitswesens ist zudem unabdingbar, wobei der alternde Mensch und die Angehörigen immer eine bedeutende Stimme haben müssen.

Postersession: Themenbereiche

- Der alternde Mensch im Langzeitbereich (Session 1)
- Akute Schwerpunkte in der Versorgung des alternden Menschen (Session 2)
- Ambulante Schwerpunkte in der Betreuung des alternden Menschen (Session 3)
- Interprofessionelle Zusammenarbeit für den alternden Menschen (Session 4)

Abstracts:

Die Abstracts auf den Folgeseiten wurden im Originaltext abgedruckt. Die Veranstalter haben keinen Einfluss auf die Inhalte und deren Präsentation durch die Autoren.

Session 1

Der alternde Mensch im Langzeitbereich

Moderation: Michael Simon

Fit to go home (2)

Kuhny Roland¹, Willener Rita^{1,2}

¹ aamina Pflegewohnungen, ² Inselspital Universitätsspital Bern

Einleitung / Problemstellung: Ältere, pflegebedürftige Menschen, wollen möglichst lange Zuhause leben. Eine Voraussetzung dafür ist die Selbständigkeit in den wichtigsten ATL's (Aktivitäten des täglichen Leben). Tritt ein Ereignis ein, welches einen Spital-Aufenthalt erfordert, erleiden hochaltrige Menschen oft Einschränkungen. Das neue Aufbauprogramm «Fit to go home» von aamina Pflegewohnungen, hilft älteren Menschen nach einem Spitalaufenthalt ihre Selbständigkeit in den wichtigsten ATL's wieder zu erlangen und ermöglicht dadurch in manchen Fällen eine Rückkehr nach Hause.

Ziel: Ältere Menschen können dank unserem Aufbauprogramm wieder nach Hause.

Methode: Bedarfs- und Situationsanalyse; Umsetzung mittels Projektmanagement.

Resultate: Ein Konzept wurde erstellt, Partner zur Umsetzung gesucht, die Mitarbeitenden geschult. Das Programm wurde Ende 2018 als Pilotprojekt lanciert und externen Stakeholdern vorgestellt. Bis 31.10.2020 wurden 17 Personen im Alter von 65-95 Jahre für «Fit to go home» aufgenommen. Von Ihnen konnten anschliessend 13 nach Hause. Die häufigsten Einschränkungen waren in den ATL Bewegungen, Ausscheiden, sich pflegen sowie mit existentiellen Erfahrungen umgehen.

Diskussion: Damit unser Angebot „Fit to go home“ höhere Fallzahlen und eine noch bessere Qualität erreichen kann, sind einige Herausforderungen zu bewältigen:

- Das Ziel von „Fit to go home“ muss den SeniorInnen bekannt und ihr Interesse daran teilzunehmen vorhanden sein.
- Die zuweisenden Sozialdienste der Spitäler, sollten die Auswahl-Kriterien für Übergangspflege vermehrt auf die Therapie-Angebote evaluieren, anstatt auf die Wohnort-Nähe.
- Ein Umdenken der Pflege-Mitarbeitenden hinsichtlich Übergangspflege (REHA-ähnlich) ist weiter zu fördern. Insbesondere muss das Ziel des Aufenthaltes von Anfang an klar sein, Assessments sofort durchgeführt und relevante Förderungs-Massnahmen unmittelbar eingeleitet werden.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Das Angebot «Fit to go home» entspricht einem Bedürfnis von Betroffenen, Angehörigen und der Gesellschaft. Ein Teil der Senioren kann wieder nach Hause zurückkehren und dort (teil)autonom leben. Die Lebensqualität der Betroffenen wird gefördert, Angehörige werden entlastet und Kosten können eingespart werden.

Entwicklung einer Trainingsintervention zur Verbesserung komplexer Alltagsaktivitäten bei Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung (MCI) (10)

Bruderer-Hofstetter Marina^{1,2}, Münzer Thomas³, Felbecker Ansgar⁴, Niedermann Karin¹

¹Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften,

²Universität Luzern, ³Geriatrische Klinik, St. Gallen, ⁴Klinik für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen

Einleitung / Problemstellung: Komplexe Alltagsaktivitäten (IADL) sind zentral zum Erhalt der Selbständigkeit von Personen mit MCI. Zurzeit gibt es keine medikamentösen Behandlungsmethoden, die den Einfluss von MCI auf die Funktionsfähigkeit reduzieren. Kombinierte nicht-medikamentöse Behandlungsansätze zeigten positive Auswirkungen auf spezifische Aspekte der Funktionsfähigkeit, jedoch ist deren Wirksamkeit bezüglich IADL unklar.

Ziel: Entwicklung einer praktikablen, evidenzbasierten kombinierten Trainingstherapie zur Erhaltung/Verbesserung der IADL bei Personen mit MCI.

Methode: Die Intervention wurde in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt das Folgendes beinhaltete: eine systematische Literaturübersicht, Entwicklung eines IADL-Modells, sowie die Diskussion und verbindliche Entscheidungen bezüglich spezifischer Aspekte der Intervention und daraus resultierenden Anpassungen in einem multi-professionellen Expertengremium, bestehend aus je zwei Personen mit MCI/Angehörigen, sowie Expertinnen/Experten aus der Geriatrie, Neurologie, Physiotherapie, Ergotherapie Pflege und Neuropsychologie, einer Vertreterin von Alzheimer Schweiz und einem Vertreter der Swiss Memory Clinics («Patient and Public Involvement»).

Resultate: F.I.T.AL (Funktion–Information–Training, Therapie für den ALLtag) beinhaltet drei Komponenten: kognitives Training, körperliches Training und ein Informations- und Unterstützungsangebot. Die Trainings werden in einem multi-professionellen Team, in Gruppen- und Einzelsettings, in der Klinik und zu Hause durchgeführt. Die Zielsetzungen, Intensitäten und spezifischen Inhalte der Trainingskomponenten werden individualisiert. Die Entscheidungen des Expertengremiums führten zu Anpassungen und umfassten eine variantenreichere Struktur, flexiblere Settings, reduzierten Einbezug der Angehörigen in der Intervention und getrennte Gruppen für Personen mit MCI und Angehörigen.

Diskussion: F.I.T.AL ist ein evidenzbasiert und breit abgestütztes Konzept zur Erhaltung/Verbesserung von IADL bei Personen mit MCI. Der Einbezug der Sichtweise betroffener Menschen und der relevanten Stakeholder hat das Potenzial für eine erfolgreiche Implementierung. Das hohe Mass an individueller Anpassung an die jeweilige Person könnte einen hohen Aufwand mit sich bringen.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Ein mehrstufiger, multi-professioneller Ansatz und der Einbezug von betroffenen Personen und anderer Stakeholder in der Entwicklung von komplexen Interventionen könnte deren Machbarkeit und Akzeptanz erhöhen, und mögliche Barrieren in der Implementierung reduzieren. Die potenzielle Wirksamkeit von F.I.T.AL. muss in Wirksamkeitsstudien untersucht werden.

How can falls can be safely managed in nursing homes? (Präsentation in Englisch) (13)

Guerbaai Raphaëlle¹, Kressig Reto W.^{3,4}, Zeller, Andreas⁵, Nickel Christian⁶, Tröger Monika⁷, Benkert Brigitte¹, Simon Michael^{1,2}, Zúñiga Franziska¹

¹ Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, ² Bereich Universitäre Forschung Pflege/Hebammen, Direktion Pflege, Insel Gruppe, ³ Universitäre Altersmedizin Felix Platter, Basel,

⁴ Medizinische Fakultät, Universität Basel, ⁵ Institut für Präventivmedizin, Universität Basel,

⁶ Notfallzentrum, Universitätsspital Basel, ⁷ Viva Luzern AG, Luzern

Einleitung / Problemstellung: Falls in nursing home residents are common, associated with negative outcomes and often result in a transfer to the emergency department with or without hospital stay. A breadth of literature is available on fall prevention, but little is known about improving post fall management in nursing homes and avoiding unnecessary hospital transfers. The INTERCARE project aimed at reducing unplanned transfers of nursing home residents in 11 German-speaking Swiss nursing homes between June 2018 and February 2020. Based on the collected data, 38,5% of transfers were due to falls.

Ziel: The aim of this sub-study was to examine post fall management as a key to reduce unnecessary transfers, and formulate recommendations to safely manage certain falls in nursing homes.

Methode: A panel comprised of experts in the field of geriatrics, advanced practice nursing, and emergency care rated 83 cases of transfers after a fall. Ratings were based on root cause analysis performed after each unplanned transfer to a hospital and on the hospitalization discharge report.

Resultate: Results will enable identification of potentially avoidable transfers occurring after a fall in nursing homes, as well as the reasons associated with avoidability. Resources necessary to manage these falls in the nursing homes will be presented. Results will be available by March 2021.

Diskussion: The types of falls which can be safely managed in Swiss nursing homes, and which residents should be transferred to hospital after a fall, will be discussed. The feasible resources such as diagnostic equipment and/or the possibility for additional training of nurses to better manage falls in NHs, will also be argued.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: The results from this study should help nursing homes to better manage falls after they occur and improve the decision-making process. Experts' recommendations will inform Swiss nursing homes of what they can invest in to avoid unnecessary transfers from occurring after a fall.

Infection control in Swiss Nursing Homes pre-COVID-19: a sub-analysis of the SHURP 2018 study (16)

Favez Lauriane¹, Simon Michael^{1,2}, Zúñiga Franziska¹

¹ Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel,

² Bereich Universitäre Forschung Pflege/Hebammen, Direktion Pflege, Insel Gruppe

Einleitung / Problemstellung: Nursing homes residents are particularly susceptible to contract infections. Efficient infection control structures and processes in nursing homes are crucial to protect both residents and care workers, as demonstrated by the COVID-19 pandemic.

Ziel: The aim was to estimate the prevalence of some infection control processes and structures in Swiss nursing homes (pre-COVID 19 pandemic).

Methode: The study is based on data collected in the Swiss Nursing Home Human Resources Project 2018 (SHURP 2018), a cross-sectional, multi-center study conducted between September 2018 and October 2019 in a convenience sample of Swiss nursing homes. A facility questionnaire including 7 items on infection control was sent to each participating nursing home.

Resultate: 118 nursing homes (98 from the German part, 20 from the French part) were included in the study. 98.3% of nursing homes had guidelines to manage epidemics while 77.8% had guidelines to manage residents with multi-resistant bacteria and 69.8% were monitoring care-related infections. 74.6% worked with a person specifically trained in hygiene or infection control and prevention. This person was either coming from the nursing home (31.0%), from outside (51.7%) or from both (17.3%). 51.3% of nursing homes did a yearly hands hygiene audit and 40.2% measured hand sanitizer use.

Diskussion: Most nursing homes had guidelines on infection control but monitoring was less prevalent, as can be seen with the monitoring of hand hygiene. The majority had access to a person with specific competences in infection control, although we do not know how these competences were utilized. Moreover, the fact that the majority of nursing homes have to rely on a resource person from outside makes it more difficult to react quickly and have guidance at hand when needed.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Feasible and efficient infection control practices, processes and structures in nursing homes benefit both residents and care workers.

Erfahrungen mit Akutsituationen aus Sicht der Bewohner und Bewohnerinnen aus den Pflegeheimen (20)

Basinska Kornelia¹, Zúñiga Franziska¹, Simon Michael^{1,2}, Nicca Dunja^{1,3}

¹ Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, ² Bereich Universitäre Forschung Pflege/Hebammen, Direktion Pflege, Insel Gruppe, ³ Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich

Einleitung / Problemstellung: Mit der Entwicklung von neuen Versorgungsmodellen können vermeidbare Spitaleinweisungen aus Pflegeheimen reduziert werden. Dabei ist es wichtig, die Bedürfnisse der Bewohner/-innen und deren Angehörigen sowie ihre Erfahrungen mit akuten Veränderungen des Gesundheitszustands zu berücksichtigen.

Ziel: Im Rahmen der INTERCARE-Umsetzungsstudie haben wir Erfahrungen von Bewohnern/-innen und deren Angehörigen mit akuten Situationen in Schweizer Pflegeheimen untersucht.

Methode: 7 Bewohner/-innen und 11 Angehörige nahmen zusammen an einem der drei Fokusgruppeninterviews teil. Die Daten wurden anhand der reflexiven thematischen Analyse ausgewertet.

Resultate: Das erste Thema, das Orchester spielt seine Standards, beschreibt Erfahrungen eines strukturierten Pflegealltags in Pflegeheimen, der trotz begrenzter Ressourcen (Anzahl der Fachleute und Kompetenzen) gut funktioniert. Das zweite Thema, das Orchester stösst an seine Grenzen, illustriert Berichte über akute Situationen, in denen die Ressourcen nicht ausreichend sind, um den Bedürfnissen der Bewohner/-innen gerecht zu werden. Interessanterweise gingen die Wahrnehmungen der Teilnehmer/-innen von akuten Situationen weit über unsere eigene professionelle Sichtweise, d. h. Veränderungen des Gesundheitszustandes, hinaus und schlossen Situationen ein, die sich am besten mit den Worten „Veränderungen«, die negative Folgen für die Bewohner/-innen haben könnten, wenn sie vom Pflegepersonal nicht angemessen behandelt werden“ zusammenfassen lassen. Innerhalb des dritten Themas, das Publikum kompensiert die Einschränkungen des Orchesters, werden die Strategien der Teilnehmer/-innen zum Umgang mit Ressourcenbeschränkungen in akuten Situationen zusammengefasst.

Diskussion: Einerseits bestätigte unsere thematische Analyse, dass in Pflegeheimen Pflegepersonal und Fachwissen fehlt. Andererseits stellen die Ergebnisse die herkömmliche Definition von Akutsituationen in Frage: es geht um mehr als Veränderungen des Gesundheitszustandes, die unbehandelt zu einem Spitalaufenthalt führen könnten. Wir haben erfahren, dass unsere Teilnehmer/-innen auch Situationen als akut empfunden haben, in denen persönliche Grundbedürfnisse (wie Essen, Trinken, auf Toilette gehen) oder die Aufrechterhaltung von Beziehungen gefährdet waren. Dieser Unterschied deutet darauf hin, dass die Bewohner/-innen eine breite Sichtweise der Pflegeprioritäten haben, bei der nicht nur auf die physische, sondern auch auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden geachtet wird.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Unsere Ergebnisse zeigen Möglichkeiten zur Verbesserung der Pflege- und Lebensqualität auf, was die Entwicklung von stärker personenzentrierten Pflegemodellen unterstützen kann. Bewohner/-innen und Angehörige sollten die Pflege und Betreuung mitprägen können, nicht nur als Nutzer, sondern als vollwertige Partner.

Session 2

Akute Schwerpunkte in der Versorgung des alternden Menschen

Moderation: Andreas Schönenberger

Eine klinikübergreifende, multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Behandlung von gerontotraumatologischen Patienten am Universitätsspital Zürich (1)

Fuchsberger Ylena, Kim Sybille, Steinbrüchel Corinne, Buchli Luzia, Universitätsspital Zürich

Einleitung / Problemstellung: Eine Fraktur in Folge eines Sturzes stellt für den geriatrischen Patienten ein kritisches Ereignis dar, welches die Selbständigkeit und Mobilität gefährdet.

Ziel: Eine optimale Patientenversorgung durch eine gelungene multiprofessionelle Zusammenarbeit entlang des Patientenpfades über die verschiedenen Behandlungsstationen zu gewährleisten.

Methode: Der Patient wird ab Eintritt vom ärztlichen Dienst der Traumatologie und der Geriatrie betreut. Die Mobilisation beginnt durch die Physiotherapie am ersten Tag auf der Traumatologie. Als Mobilitätsassessment führt die Physiotherapie den «De Morton Mobility Index (DEMMI)» durch. Die Pflegefachperson erhebt den «Selbstpflegeindex (SPI)» und den Barthel-Index. Vor der Verlegung auf die Akutgeriatrie wird der Patient durch die geriatrische Pflegeexpertin visitiert. Auf der Akutgeriatrie wird die Physiotherapie zur Verbesserung der Mobilität weitergeführt. Zur Wiederherstellung der Selbständigkeit in Alltagshandlungen wird die Ergotherapie involviert. Die Pflege nimmt die Ziele der Therapie in ihre Interventionen auf und die Ernährungsberatung sorgt für eine bedarfsdeckende Ernährung. Im multiprofessionellen Rapport und im Austausch mit den Angehörigen wird dem Patienten eine Anschlusslösung wie Spitex, eine stationäre Übergangspflege oder Rehabilitation empfohlen und durch den Sozialdienst organisiert.

Resultate: Für den Patienten wird die ineinandergreifende, multiprofessionelle Zusammenarbeit dadurch spürbar, dass keine Doppelspurigkeiten vorkommen und die verschiedenen Dienste auf dasselbe Ziel hinarbeiten. Das Team arbeitet Hand in Hand mittels eines gemeinsamen Dokumentationssystems und interdisziplinären Gefässen. Die Mobilität und Selbständigkeit verbessert sich. Tritt ein Patient in die Übergangspflege aus wird dort dank Übergabebericht, einheitlichen Verlaufsassessments und abgesprochenem Trainingsprogramm nahtlos an der Rehabilitation des Patienten weitergearbeitet. Durch die optimale Vorbereitung auf den Austritt können Rehospitalisationen reduziert werden.

Diskussion: Die Herausforderungen zeigen sich vorwiegend in der Kommunikation (alle Beteiligten auf demselben Informationsstand) und der Organisation (Koordination von Terminen).

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Für den Patienten ist die gute multiprofessionelle Zusammenarbeit direkt spürbar und zeigt sich in positiven Rückmeldungen gegenüber dem Team. Diese Form von Zusammenarbeit wirkt sich zudem positiv auf die Motivation der Mitarbeitenden aus.

Assoziation des funktionellen Status und im Spital erworbener funktioneller Verlust mit 30-Tage-Outcomes bei internistischen Patienten (4)

Koch Daniel¹, Kutz Alexander¹, Haublitz Sebastian^{1,2}, Baechli Ciril¹, Gregoriano Claudio¹, Conca Antoinette¹, Volken Thomas³, Schuetz Philipp¹, Mueller Beat¹

¹Allgemeine Innere + Notfallmedizin, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Aarau,

²Departement Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Aarau, ³Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Winterthur

Einleitung / Problemstellung: Es gibt immer mehr Evidenz dafür, dass Patienten mit Funktionseinschränkungen einem erhöhten Risiko bezüglich Rehospitalisierung, Mortalität und Institutionalisierung ausgesetzt sind. Instrumente zur Messung der Selbstpflegefähigkeiten könnten wichtige Informationen für eine effiziente Behandlungs- und Austrittsplanung liefern. Der weit verbreitete Selbstpflegeindex (SPI) dient als Indikator für den Schweregrad der Pflegebedürftigkeit. Bisher liegen keine Belege für den Zusammenhang des SPI mit Rehospitalisierung, Mortalität und Institutionalisierung vor.

Ziel: Untersuchung des Zusammenhangs von Messungen des funktionalen Status (Selbstpflegeindex bei Spitaleintritt, -austritt und funktionale Verschlechterung) mit der 30-Tage-Sterblichkeit, Rehospitalisierungs- und Institutionisierungsrate bei stationären Patienten.

Methode: Der primäre Endpunkt war die 30-Tage-Mortalitätsrate; sekundäre Endpunkte waren die 30-Tage Spitalwiedereintritts- und Institutionisierungsrate. Wir haben die Assoziation des funktionellen Status mit den binären Endpunkten unter Verwendung logistischer Regressionsmodelle und C-Statistiken untersucht.

Resultate: Alle untersuchten Messgrößen waren signifikante Prädiktoren für die 30-Tage Mortalität; Selbstpflegeindex bei Spitaleintritt adj. OR: 0,90 (95% CI: 0,87-0,92); Selbstpflegeindex bei Spitalaustritt: adj. OR: 0,86 (95% CI: 0,83-0,88); funktionelle Abnahme: adj. OR: 1,22 (95% CI: 1,14-1,31). Ein kombiniertes Modell (funktioneller Status bei Spitaleintritt und funktionelle Abnahme während des Krankenhausaufenthalts) zeigte eine gute Genauigkeit in Bezug auf die AUC: adj. AUC: 0,80 (95% CI: 0,74-0,86).

Diskussion: Die Ergebnisse können dazu verwendet werden, mehr Pflegeressourcen jenen Patienten zukommen zu lassen welche bei Spitaleintritt grössere Selbstpflegedefizite aufweisen. Zudem können Nachsorgeinstitutionen mit wichtigen Informationen beliefert werden, anhand derer sie einen Anhaltspunkt erhalten die Intensität und Dringlichkeit der Nachsorge zu planen.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Mehrere Messwerte des funktionalen Status konnten mit der 30-Tage-Mortalität in Verbindung gebracht werden. Die Selbstpflegeindex Gesamtpunktzahl, fünf Einzelitems und ein kombiniertes Modell zeigten die höchste Performanz.

Fracture Liason Service (FLS) - Osteoporose behandeln als Team Approach (5)

Marty Katja, Krappel Ferdinand, Pfaffen Sarah, Baumgartner Anke, Beck Thomas, Koch Rolf
Spitalzentrum Oberwallis, Brig

Einleitung / Problemstellung: Osteoporose ist eine der grössten epidemiologischen Herausforderungen unserer Zeit in Ländern mit einer alternden Bevölkerung. Osteoporotische Frakturen werden wie andere Frakturen behandelt. Nur bei einem geringen Teil der Patienten wurde bisher eine Osteoporose diagnostiziert und behandelt. Damit drohen weitere Frakturen, vermeidbares Leiden und nicht zuletzt entstehen hohe Kosten.

Ziel: Bei jedem Patienten mit Osteoporose wird eine solche diagnostiziert und behandelt. Folgeschäden werden vermieden.

Methode: Ein Fracture Liaison Service wurde nach den Guidelines der Internationalen Osteoporose Gesellschaft interdisziplinär gegründet und Behandlungspfade festgelegt.

Resultate: Bei den in der Testphase behandelten Patienten wurde die Osteoporose diagnostiziert und behandelt. Durch den Team Approach sind Patienten, Angehörige und Hausärzte informiert und instruiert. Die Testphase ist beendet und das Verfahren wird nun standardmässig eingesetzt.

Diskussion: Insbesondere durch den integrativen Einsatz unter Einbindung und Koordination aller Beteiligten hat sich der Nutzen in der Testphase bestätigt. Erfahrungen international werden positiv diskutiert.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Die Osteoporose ist eine der grössten Herausforderungen unserer Zeit. Verfahren zur Diagnostik und Behandlung liegen vor. Ein integrativer Ansatz ermöglicht deren zuverlässige Umsetzung.

Advanced Physiotherapy Practitioner in der Geriatrie und wie sie die Gesundheitsversorgung von morgen verbessern können (12)

Lüthi Fabienne¹, Wälle Romy^{2,3}, Beerli Nadine⁴

¹ Physioswiss, Sursee, ² Pflegezentrum Entlisberg, Zürich, ³ Fachbereich Physiotherapie, Gerontologie CH, Liebefeld, ⁴ Universitäre Altersmedizin Felix Platter, Basel

Einleitung / Problemstellung: Herr P. (79-jährig) präsentiert sich beim Hausarzt mit Gewichtsverlust und vermehrter Mühe beim Treppensteigen. Mit Verdacht auf Sarkopenie wird er in die, von einer Advanced Physiotherapy Practitioner (AP-Practitioner) geleitete ambulante, interprofessionelle Sprechstunde zur weiteren Abklärung überwiesen. Diese übernimmt gemeinsam mit einer Ernährungsberaterin die Abklärung, Versorgung und Langzeitbetreuung des Patienten und tauscht sich regelmässig mit dem Hausarzt aus.

Ziel: AP-Practitioner sollen in der Gesundheitsversorgung von morgen da eingesetzt werden, wo Versorgungsengpässe bestehen und wo Können und Wissen rund um den Bewegungsapparat verlangt werden. Eine AP-Practitioner ist eine klinisch tätige Physiotherapeutin, die sich durch Weiterbildungen hochentwickelte Fertigkeiten und Kenntnisse sowie Forschungskompetenzen in einem spezifischen Fachgebiet angeeignet hat. Sie übernimmt Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Tätigkeiten von anderen Gesundheitsberufen mit dem übergeordneten Ziel, die Qualität und die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Methode: Ein fiktives Fallbeispiel aus dem Bereich der Geriatrie wird erarbeitet. Es zeigt auf, wo in Zukunft AP-Practitioners eingesetzt werden können und welche Vorteile dies mit sich bringen kann.

Resultate: Seit 6 Wochen besucht nun Herr P. die GymFit-Gruppe des ProSenectute-Angebots der Region, kennt ein Eigenprogramm zum Training zu Hause und nimmt dreimal täglich einen Nahrungsergänzungs-Drink zu sich.

Diskussion: Der Einsatz von AP-Practitioner birgt ein grosses Kostensparpotential, hilft dem Fachkräftemangel – besonders im Bereich der Hausarztmedizin - entgegenzuwirken und hat einen positiven Einfluss auf die Verweildauer im Beruf der Physiotherapie. Die Regulierung der Abgeltung von Advanced Physiotherapy Practice-Leistungen, sowie die Etablierung eines Zertifizierungsmechanismus stellen grosse Herausforderungen dar und bedürfen intensiver Vorarbeiten.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Advanced Physiotherapy Practice kann in der Schweiz zu einer verbesserten und kostengünstigeren Versorgung von Patientinnen und Patienten beitragen. Gerade im Bereich der Geriatrie – ambulant wie stationär – und in den dazwischenliegenden Schnittstellen ist es sinnvoll, AP-Practitioner einzusetzen, um die Versorgungssicherheit von morgen sicherzustellen.

Pflegegeleitetes Obstipationsmanagement für ältere Patientinnen und Patienten der Bettenstation, Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie (22)

Motzer Rena, Graf Malin, Hänzi Simone, Roder Nadja, Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie, Inselspital, Universitätsspital Bern

Einleitung / Problemstellung: Obstipation als weitverbreitetes Problem betrifft oft ältere Menschen, verursacht Leiden und schränkt in der Lebensqualität ein. Bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten sind Immobilität, Medikamente, Ernährungs- und Ortsveränderung bedeutende Risikofaktoren. Durch unsystematisches Erfassen der Stuhlausscheidung und spätes Verabreichen von Laxantien werden Massnahmen zur Vorbeugung und Behandlung oft spät eingeleitet. Dies führt zu zusätzlichen Beschwerden bei Betroffenen und zu vermehrten Kosten.

Ziel: Patientinnen und Patienten erfahren während des Spitalaufenthalts durch das pflegegeleitete Vorgehen im Obstipationsmanagement eine komplikationsfreie Stuhlausscheidung. Pflegepersonen einer chirurgischen Bettenstation führen ein pflegegeleitetes Obstipationsmanagement durch und unterstützen Betroffene kompetent bei deren Stuhlausscheidung.

Methode: Anhand des PDCA-Zyklus von Deming wurde das pflegegeleitete Obstipationsmanagement von Pflegefachpersonen der Qualitätsgruppe (QG) erarbeitet. Das Vorgehen zur Erfassung und Förderung der Stuhlausscheidung wurde interprofessionell genehmigt und implementiert. Das Pflegeteam wurde durch QG-Mitglieder systematisch geschult und wird in der Umsetzung begleitet. Die Evaluation mittels Datenanalyse und Befragung der Pflegepersonen sind geplant.

Resultate: Ein evidenzbasiertes Vorgehen zur Erfassung der Stuhlausscheidung bei Patientinnen und Patienten liegt vor. Es beinhaltet ein Clinical Assessment Abdomen mit Anamnese, Assessment und darauf abzustimmende nicht-medikamentöse Massnahmen. In einem Schema sind interprofessionell genehmigte Angaben zu Medikamentenverabreichungen aufgeführt.

Alle Pflegepersonen der Bettenstation wurden zum pflegegeleiteten Obstipationsmanagement in Workshops geschult. Die Umsetzung erfolgt im Praxisalltag systematisch und wird durch die QG-Mitglieder begleitet.

Diskussion: Durch ein pflegegeleitetes Obstipationsmanagement mit definierter Kompetenz und Verantwortung sind hospitalisierte ältere Patientinnen und Patienten mit Obstipation frühzeitig erkannt und Interventionen eingeleitet. Die Stuhlausscheidung älterer Menschen auf einer chirurgischen Bettenstation wird wahrgenommen. Betroffene werden durch geschulte Pflegepersonen befähigt mit einem Obstipationsrisiko auch längerfristig umzugehen. Auswirkungen und allfällige Lücken im Prozess sind wichtig zu erkennen, um das systematische, pflegegeleitete Obstipationsmanagement zu gewährleisten.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Das pflegegeleitete Obstipationsmanagement fördert die patientenorientierte Betreuung der Betroffenen im sensiblen Bereich der Ausscheidung. Ein pflegegeleitetes, interprofessionell genehmigtes Vorgehen zum Obstipationsmanagement mit definierten Kompetenzen der Pflegepersonen ist unabdingbar.

Session 3

Ambulante Schwerpunkte in der Betreuung des alternden Menschen

Moderation: Irene Thaler

Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung: Perspektiven verschiedener Akteure (3)

Ballmer Thomas, Meidert Ursula, Institut für Ergotherapie, Forschung und Entwicklung, Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

Einleitung / Problemstellung: Innovative Modelle der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen und Sektoren könnten das Potential haben, die Effizienz im Schweizer Gesundheitswesen zu verbessern und zu einem Empowerment nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe beizutragen. – und so drohenden Versorgungslücken angesichts eines wachsenden Fachkräftemangels und einer alternden Gesellschaft entgegenzuwirken.

Ziel: Ziel dieses Projekts, welches im Rahmen des «Competence Network Health Workforce» durchgeführt wird, ist es, Perspektiven verschiedener Akteure zu Umsetzbarkeit und Akzeptanz neuer Modelle der ambulanten Versorgung älterer Menschen im Schweizer Kontext zu erfassen. Die Region Baden dient als Beispielsregion.

Methode: Vier Fokusgruppen und fünf Einzelinterviews mit insgesamt 25 Teilnehmenden (Seniorinnen/Senioren, Hausärzte, Vertretende von Spitex, Ergo- und Physiotherapie, Gemeinde und anderer in der ambulanten Versorgung älterer Menschen engagierter Organisationen) wurden durchgeführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mittels inhaltsanalytischer Methoden ausgewertet.

Resultate: In dem im Projekt erreichten Bevölkerungssegment informierter, engagierter und eher gesunder älterer Menschen herrscht trotz eines Problembewusstseins bezüglich der Auswirkungen gesellschaftlicher Entwicklungen auf das Gesundheitswesen Skepsis gegenüber neuen Modellen. Die Beibehaltung des Status Quo steht für sie im Vordergrund. Gesundheitsfachpersonen und Vertretende von Gemeinden/anderen Organisationen sehen deutliche Mankos in der professions- und sektorübergreifenden Zusammenarbeit mit Auswirkungen auf ihren Arbeitsalltag und die Versorgungsqualität in der Gesellschaft. Sie sind daher neuen Modellen gegenüber offen und zeigen eine grundsätzliche Veränderungsbereitschaft. Woher der Anstoss und die nötigen Ressourcen für den Aufbau solcher Modelle kommen könnte, bleibt unklar.

Diskussion: Bei Gesundheitsfachpersonen und anderen Akteuren besteht ein Bewusstsein für das Potential neuer Modelle und eine grundsätzliche Veränderungsbereitschaft. Es gibt aber kaum Anreize, die Initiative zu ergreifen. Erfahrungen aus bestehenden Projekten zeigen, dass zusätzliche zeitliche und finanzielle Ressourcen für die Faszilitierung von Vernetzung nötig sein könnten, um den Aufbau innovativer Modelle zu ermöglichen, welche über den Status Quo hinausgehen.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Zusätzliche Ressourcen von öffentlicher, privatwirtschaftlicher und/oder zivilgesellschaftlicher Seite scheinen notwendig, um die Entwicklung neuer Modelle zu ermöglichen. Die in Teilen der älteren Bevölkerung verbreitete Skepsis sollte dabei mitberücksichtigt werden.

SPOTnat – Einflussfaktoren auf die Koordination und Qualität im Spitexbereich – Eine nationale, multizentrische Querschnittstudie (6)

Möckli Nathalie¹, Simon Michael^{1,2}, Meyer-Masseti³, Sandrine Pihet⁴, Serdaly Christine⁵, Roland Fischer⁶, Matthias Wächter⁷, Franziska Zúñiga¹

¹ Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, ² Bereich Universitäre Forschung Pflege/Hebammen, Direktion Pflege, Insel Gruppe, ³ Klinische Pharmazie und Epidemiologie,

Departement Pharmazeutische Wissenschaften, Universität Basel, ⁴ Hochschule für Gesundheit, Freiburg.

⁵ Serdaly & Ankers, Conches GE, ⁶ Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin, Universität Basel,

⁷ Institut für Betriebs- und Regionalökonomie, Hochschule Luzern

Einleitung / Problemstellung: Mangelnde Koordination und Fragmentierung in der Gesundheitsversorgung gefährden die Qualität der Versorgung und stellen eine große Herausforderung für die ambulante Pflege (Spitex) dar. Für eine hohe Qualität spielt die Art und Weise, wie die Versorgung koordiniert wird, eine entscheidende Rolle. Dabei beeinflussen Faktoren auf der Gesamtsystemebene (z. B. kantonale regulatorische Vorschriften) und Organisationsebene (z. B. Arbeitsprozesse, Arbeitsumgebung) die Koordination.

Ziel: Ziel der Studie ist es zu untersuchen, (1) wie Finanzierungsquellen und Regulierungen (Systemebene) Unterschiede zwischen Spitexbetrieben (Organisationsebene) erklären, (2) wie die System- und Organisationsebene mit der Koordination verbunden ist und (3) wie die Koordination wiederum mit der Qualität der Pflege und Versorgung zusammenhängt.

SPOTnat ist eine nationale, multizentrische Querschnittsstudie mit einer zufälligen ausgewählten, nach Grossregionen stratifizierten Stichprobe von rund 100 Spitexbetrieben. Die Datenerhebung erfolgt zwischen Januar und Juni 2021. Anhand von verschiedenen Datenquellen werden wir Finanzierungsmechanismen und -vorschriften (Informationen von Gemeinden und Kantonen), Betriebsstrukturen und -prozesse (Betriebsfragebogen), das Arbeitsumfeld der Spitexmitarbeitenden sowie die wahrgenommene Koordination und die Qualität der Pflege und Versorgung (Personal-, Angehörigen- und Klientenfragebogen, Routinedaten) erheben. Zur Beantwortung unserer Forschungsfragen werden wir eine Multilevel Analyse durchführen.

Methode: SPOTnat ist eine nationale, multizentrische Querschnittsstudie mit einer zufälligen ausgewählten, nach Grossregionen stratifizierten Stichprobe von rund 100 Spitexbetrieben. Die Datenerhebung erfolgt zwischen Januar und Juni 2021. Anhand von verschiedenen Datenquellen werden wir Finanzierungsmechanismen und -vorschriften (Informationen von Gemeinden und Kantonen), Betriebsstrukturen und -prozesse (Betriebsfragebogen), das Arbeitsumfeld der Spitexmitarbeitenden sowie die wahrgenommene Koordination und die Qualität der Pflege und Versorgung (Personal-, Angehörigen- und Klientenfragebogen, Routinedaten) erheben. Zur Beantwortung unserer Forschungsfragen werden wir eine Multilevel Analyse durchführen.

Resultate: Neben ersten nationalen Erkenntnissen über die Spitexversorgung in der Schweiz erwarten wir, dass wir auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems Einflussfaktoren identifizieren können, welche die Koordination und dadurch die Versorgungsqualität in der Spitex beeinflussen. Erste Ergebnisse werden ab September 2021 erwartet.

Die Kenntnis qualitätsrelevanter Faktoren ist unerlässlich, um Strategien zur Qualitätsverbesserung zu planen und umzusetzen. Die Ergebnisse dieser Studie könnten deshalb dazu beitragen, eine effiziente und bedarfsorientierte Versorgung zu erhöhen.

Diskussion: Die Kenntnis qualitätsrelevanter Faktoren ist unerlässlich, um Strategien zur Qualitätsverbesserung zu planen und umzusetzen. Die Ergebnisse dieser Studie könnten deshalb dazu beitragen, eine effiziente und bedarfsorientierte Versorgung zu erhöhen.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Die Ergebnisse dieser Studie werden politische Entscheidungsträger und Spitexbetriebe bei der Entwicklung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen unterstützen. Darüber hinaus könnte diese Studie als Grundlage für implementierungswissenschaftliche Projekte dienen.

PRiMA-Advanced Practice Nurses in der Primärversorgung (7)

Schlunegger Margaritha, Zumstein-Shaha Maya, Angewandte Forschung + Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule Gesundheit

Einleitung / Problemstellung: Die Zunahme chronischer Erkrankungen, Multimorbidität sowie der Fachkräftemangel machen eine Anpassung des schweizerischen Gesundheitssystems unabdingbar. Neue Versorgungsmodelle sind in der Primärversorgung nötig, die sich an den Patientenbedürfnissen orientieren und eine umfassende Betreuung von chronisch Kranken sicherstellen. Dabei scheint in der Schweizer Primärversorgung grosses Potential hinsichtlich des Einsatzes von Advanced Practice Nurses (APN) zu bestehen.

Ziel: Die Ziele des Projekts sind, das Potential von APNs bei der Versorgung von älteren, chronisch Kranken in der Primärversorgung zu untersuchen sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu identifizieren.

Methode: Anhand eines Fallstudiendesigns (Case Study Design) wurden zwei APN-Rollen, angesiedelt in Hausarztpraxen, in einer ländlichen Gegend im Schweizer Mittelland und einer Bergregion untersucht. Dabei kamen qualitative und quantitative Erhebungsverfahren zur Anwendung. Mittels Within Case Analyse wurden die Daten induktiv zu Fallgeschichten zusammengeführt.

Resultate: Erste Teilergebnisse zeigen, dass die APNs einen Mehrwert in den Bereichen Förderung des Selbstmanagements, Prävention und Gesundheitsförderung bei komplexen Patientensituationen leisten, die bis jetzt durch andere Gesundheitsberufe in der Primärversorgung unzureichend abgedeckt wurden. Gerade bei Hausbesuchen stärken die APNs die Verbindung zwischen Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Hausarztpraxis, Spitex oder anderen Leistungserbringern und ermöglichen durch eine transparente Kommunikation und Koordination, dass beispielsweise unnötige Spitaleinweisungen verhindert werden.

Diskussion: Im Gegensatz zur bisherigen vorwiegend medizinischen Versorgung von älteren, chronisch Kranken, besteht das Potential von APNs aus einer Kombination von vertieften pflegerischen und medizinischen Kompetenzen. Zudem kann die koordinierende Funktion der APNs das Schnittstellenmanagement zwischen verschiedenen Leistungserbringern und die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Hausarztpraxen fördern.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Die APNs in Hausarztpraxen übernehmen wichtige, bislang weitgehend marginalisierte Aspekte in den Bereichen Selbstmanagement, Prävention und Gesundheitsförderung bei der Versorgung von älteren, chronisch Kranken. Um den Einsatz von APNs in Hausarztpraxen zu stärken, müssen deren Kompetenzen geklärt und eine Stellenbeschreibung erarbeitet werden.

Ernährung 60 plus (8)

Hayer Angelika, Schweizerische Gesellschaft für Ernährung

Einleitung / Problemstellung: In der Schweiz nimmt der Anteil der älteren Bevölkerung stetig zu. Damit verbunden ist eine Zunahme an nicht-übertragbaren Krankheiten und funktionellen Beeinträchtigungen, was eine wachsende Belastung für das Gesundheitssystem darstellt. Eine bedarfsgerechte Ernährung kann dazu beitragen, dass diese Krankheiten und Alterserscheinungen sowie ihre Folgen (abnehmende Selbstständigkeit, steigende Pflegebedürftigkeit) weniger häufig und/oder weniger früh eintreten. Studien zum Ernährungsverhalten und zum Auftreten von Mangelernährung weisen darauf hin, dass die Ernährung von > 60-Jährigen nicht zufriedenstellend ist.

Ziel: Mit dem Projekt „Ernährung 60 plus“ setzt sich die SGE für eine ausgewogene und genussvolle Ernährung bei über 60-Jährigen ein. Multiplikator/innen (z. B. Mitarbeitende von Sozial- und Pflegediensten, Ärzt/innen, Mitarbeitende in Projekten der Gesundheitsförderung, Freiwillige von Besuchs- und Begleitdiensten) werden in ihrer Fachkompetenz gestärkt und darin unterstützt, das Thema Ernährung in ihrer Arbeit mit > 60-Jährigen anzusprechen und mit einfachen Massnahmen umzusetzen.

Methode:

- Attraktive Materialien werden zur Verfügung gestellt, welche die Multiplikator/innen an Senior/innen abgeben können bzw. in der Beratung und Kursen einsetzen können (z. B. Rätselheft mit Ernährungstipps, Podcasts, Präsentationen).
- In Webinaren und Workshops werden Multiplikator/innen zu den Materialien geschult
- Partnerschaften werden ausgebaut, um Ernährungsaspekte in bestehenden Projekten, Angeboten und Kursen zu stärken.

Resultate: Ab Dezember 2020 stehen diverse Materialien kostenlos zur Verfügung: Für Senior/innen: Rätselheft mit Ernährungstipps, Merkblätter, Podcasts. Für Multiplikator/innen: PowerPoint-Präsentationen und Texte zur freien Verwendung sowie ab 2021 Schulungen in Form von Webinaren. Zusammenarbeiten mit bestehenden Projekten und Berufsgruppen werden aktuell aufgegleist.

Diskussion: Gerne stellt die SGE die neuen kostenlosen Angebote im Rahmen eines Workshops vor und stellt Umsetzungsmöglichkeiten im Arbeitsalltag von Multiplikator/innen zur Diskussion.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Multiplikator/innen werden in ihrer Fachkompetenz unterstützt und erhalten Anregungen, das Thema Ernährung nach ihren Möglichkeiten im Berufsalltag einzubinden. Über 60-Jährige werden sensibilisiert und befähigt, sich ausgewogen und genussvoll zu ernähren.

Formative Evaluation einer Advanced Practice Nurse im Akutgeriatrischen Setting: Eine deskriptiv prospektive Studie (15)

Bales Gabriele¹, Blättler Therese¹, Beckmann Sonia², Beerli Nadine¹, Thoss Eric¹, Mauthner Oliver¹

¹ Universitäre Altersmedizin Felix Platter, Basel, ² Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Zürich

Einleitung / Problemstellung: Um den Herausforderungen des demographischen Wandels in der Schweiz begegnen zu können und die Versorgung älterer multimorbider Patientinnen und Patienten zu verbessern, wurde im Oktober 2018 die Rolle der Pflegeexpertin als Advanced Practice Nurse (APN) im interprofessionellen Team in der akutgeriatrischen 6-Bett-Aufnahmeeinheit der Universitären Altersmedizin Felix Platter (UAFP) eingeführt. APN sind prädestiniert, multimorbiden geriatrischen Patienten eine patientenzentrierte Versorgung, die gleichermaßen medizinische und pflegerische Tätigkeiten einschliesst, anzubieten. Zur erfolgreichen Integration der APN-Rolle wurde diese in einem frühen Stadium der Implementierung evaluiert.

Ziel: Ziel dieser Studie war die formative Evaluation der APN-Rolle in der akutgeriatrischen Aufnahmeeinheit. Die Evaluation

- a) der Prozessvariablen (Umfang der Tätigkeitspraxis und Aufgaben der APN) und
- b) der Strukturvariablen (berufliche Merkmale der APN, des Gesundheitsteams und Merkmale der aufgenommenen Patientenpopulation).

Methode: Die Evaluation der APN-Rolle erfolgte anhand des PEPPA plus-Frameworks mittels einer prospektive Querschnittsstudie. Die Datenerfassung erfolgte über einen Zeitraum von 4 Monaten. Die Prozess- und Strukturvariablen wurden mittels Selbstauskunft der APNs (n=2) unter Verwendung einer angepassten Version des neu entwickelten APN-Task-Fragebogens bewertet. Die Patientencharakteristika wurden anonymisiert durch eine retrospektive Durchsicht der Patientenakten erhoben.

Resultate: Die formative Evaluation zeigt den Umfang der Tätigkeitspraxis und Aufgaben von APNs sowie die beruflichen Merkmale der APN, des Gesundheitsteams und der aufgenommenen Patientenpopulation sowie das notwendige methodische Vorgehen zur Evaluation der APN-Rolle. APNs in der geriatrischen Akutaufnahme führten medizinische Tätigkeiten - Erhebung der Anamnese und Durchführung des geriatrischen Assessments aus. Zudem führten sie pflegerische Tätigkeiten, die Messung der Vitalzeichen und Durchführung von Blutabnahmen, aus.

Diskussion: Die Aufgaben beider APNs in der Aufnahmeeinheit umfassen primär die Zentralkompetenz der direkten klinischen Praxis im Sinne eines Nurse Practitioners und sekundär Kompetenzen wie der Zusammenarbeit, Beratung und des Coachings.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Die formative Evaluation der APN-Rolle führte zu einer erfolgreichen Implementierung der APN-Rolle in der UAFP und kann zur Etablierung und Weiterentwicklung der APN-Rolle in der Schweiz beitragen.

Session 4

Interprofessionelle Zusammenarbeit für den alternden Menschen

Moderation: Monica Fliedner

Multiprofessionelle Behandlung bei alternden Patienten auf der Allgemeinen Inneren Medizin: Care-Koordinatorinnen als Lösung der Zukunft (11)

Megaro Jennifer, Mathys Martina, Küffer Beatrice, Zwahlen Vanessa, Iseli Elisabeth, Tänzler Kristina, Wertli Maria, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern

Einleitung / Problemstellung: Alternde Patientinnen und Patienten sind häufig polymorbid und benötigen individualisierte Betreuung, welche über die ärztliche Behandlung hinausgeht. Der zunehmende ökonomische Druck und der Ärztemangel führen dazu, dass den Bedürfnissen der älteren Patienten nicht immer entsprochen werden kann. Die Stelle einer Care Koordinatorin (CC) wurde geschaffen, um die Ärzte der KAIM zu unterstützen. Die CC übernimmt Arbeiten, die nicht zwingend durch einen Arzt durchgeführt werden müssen. Sie arbeitet eng mit dem Pflorgeteam und dem Sozialdienst zusammen, zudem sind sie Ansprechpersonen für Angehörige und Patienten.

Ziel: Die CC kümmert sich während einer Hospitalisation um Patienten und die Angehörigen. Sie sind täglich (ausser am Wochenende) anwesend und schaffen dadurch, im wechselnden Schichtbetrieb, Kontinuität und Übersicht. Sie optimieren den Ablauf während der Hospitalisation und sind besorgt um eine nahtlose ambulante Nachbetreuung. Das Ziel ist es, dass Patienten und Angehörige optimal über die vorgesehenen Untersuchungen informiert sind und diese gut koordiniert werden, damit wenig Wartezeiten bestehen.

Methode: In einer Pilotphase wurde das Projekt CC von März 2016 bis Februar 2017 auf einer Bettenstation entwickelt und getestet. Die Mitarbeiter wurden befragt und den ökonomischen Nutzen evaluiert. Von März 2017 bis Ende 2017 wurde die Funktion einer CC auf allen Bettenstationen der KAIM eingeführt und den lokalen Bedürfnissen angepasst und weiterentwickelt. Eine erneute Evaluation der Mitarbeiterzufriedenheit erfolgte im Dezember 2017. Dabei wurden anonymisiert Pflegefachpersonen und Ärzte zu ihrer Zufriedenheit über die Zusammenarbeit und Tätigkeit mit der CC befragt.

Resultate: Insgesamt 44 Rückmeldungen der Ärzte und 76 der Pflegefachpersonen Ende 2017 wurden analysiert. 97.2% der Ärzte und 91% der Pflege waren der Meinung, dass eine CC auf allen Abteilungen zur Verfügung stehen sollte. Die Unterstützung durch die CC wurde sowohl von den Ärzten (Durchschnitt 8.7 Punkte (Skala 0-10)) als auch von der Pflege (Durchschnitt 7.0) als sehr gross angesehen. Trotz gleichbleibender Fallkomplexität wurde die Verweildauer reduziert und die ökonomische Bilanz verbessert.

Diskussion: Sowohl die Resultate der Pilotphase, wie auch während der Einführung der interdisziplinär tätigen CC auf den anderen Stationen zeigte eine grosse Akzeptanz und starke Entlastung im Alltag. Die CC sind heute etablierte Mitglieder im Behandlungsteam auf der KAIM.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Die Care Koordinatorin ist eine optimale Ergänzung des interdisziplinären Behandlungsteams, insbesondere bei älteren polymorbiden Patienten, die in der Allgemeinen Inneren Medizin hospitalisiert werden. Sie unterstützt den Patienten während dem Aufenthalt und ermöglicht eine kontinuierliche Betreuung durch die gleiche Person.

Top-down versus partizipative Ansätze zur Effizienzsteigerung im Spitalalltag: Ein Vergleich

Keller Fabienne, Schoeb Veronika, Haute École de Santé Vaud, HES-SO, Lausanne

Einleitung / Problemstellung: Die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) im Gesundheitswesen steigt, insbesondere durch die komplexeren Pflegebedürfnisse in der Geriatrie. Neue, oft von «top down» eingeführte Ansätze verfolgen das Ziel, den Informationsaustausch, die Effizienz und die Versorgungsqualität zu verbessern. Obwohl diese einen Optimierungseffekt für die IPZ versprechen, zeigt sich in der Praxis, dass sowohl die Kommunikation als auch die Entwicklung einer gemeinsamen Kultur zu wenig berücksichtigt werden.

Ziel: Ziel dieses Posters ist, die Vielschichtigkeit von Kommunikation und interprofessioneller Zusammenarbeit im geriatrischen Bereich besser aufzuzeigen und die Resultate einer Vorstudie im Hinblick auf die Methodenwahl als Grundlage für eine Folgestudie zu diskutieren.

Methode: Die Vorstudie wurde anhand ethnographischen Observationen, informellen Gesprächen sowie semi-strukturierten Interviews durchgeführt. Die Daten wurden von den Autorinnen transkribiert, analysiert und mit der Literatur verglichen.

Resultate: Die Resultate offenbaren ein Spannungsfeld zwischen Prozessoptimierung und der Entwicklung einer gemeinsamen Arbeitskultur. Laut den interviewten Personen sind informelle Gespräche zentral, um diese Kultur erschaffen zu können, da durch solche «Ineffizienzen» im System die Affinität zwischen den Mitarbeitenden in hohem Masse verstärkt wird. Die Interviewresultate zeigen, dass die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und Kommunikation, sowie einer Kultur der Transparenz und Offenheit, in der jede Berufsgruppe ihren Raum hat, relevant sind.

Diskussion: Obwohl die Top-down-Implementierung von Prozessen im Spitalalltag sehr prominent ist, scheinen partizipative und innovative Ansätze besser geeignet, um eine gemeinsame Kultur für eine gut funktionierende IPZ zu fördern.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Der Fokus auf Effizienzsteigerung wird der Komplexität des Gesundheitssektors mit den vielschichtigen Anforderungen auf sozialer, emotionaler und patientenzentrierter Ebene nicht gerecht. Partizipative, ko-konstruktive Ansätze können dagegen eine notwendige Basis für die IPZ erschaffen und sich positiv auf die sozialen, kommunikativen und ökonomischen Bereiche innerhalb einer Institution - und damit auf die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen - auswirken.

Careum Summer School und ZIPAS - interprofessionelle Ausbildungsformate und Adaptation an die Bedürfnisse des alternden Menschen (17)

Wirth, Alexandra¹, Kaap-Fröhlich, Sylvia¹, Ulrich, Gert^{1,2}

¹Careum Stiftung, Bildungsmanagement, Zürich,

²Projektverbund der Zürcher interprofessionellen klinischen Ausbildungsstation, Zürich

Einleitung / Problemstellung: Die Careum Summer School (CSS) und die Zürcher interprofessionelle klinische Ausbildungsstation (ZIPAS) sind innovative interprofessionelle Ausbildungsformate, bei der Lernende und Studierende aus mehreren Gesundheitsberufen mit Patienten*innen und Angehörigen miteinander, voneinander und übereinander lernen. Sie leisten an der Schnittstelle zwischen Bildung und Versorgung einen wichtigen Beitrag für die Gesundheitsversorgung von morgen. In beiden Formaten werden verschiedene Zielgruppen von Patienten*innen und Angehörigen adressiert, wie z.B. Betroffene mit angeborenem Herzfehler und Multiple Sklerose mit Bewegungseinschränkung sowie Young Carers (CSS) und akut stationäre internistische, orthopädische oder chirurgische Patienten*innen (ZIPAS).

Ziel: Die Lebenserwartung in der Schweiz steigt und ältere Menschen wollen auch im Alter möglichst in der vertrauten Umgebung ein selbstbestimmtes Leben führen.

Daher stellt sich die Frage, wie die beiden Ausbildungsformate (CSS, ZIPAS) auf die Bedürfnisse des alternden Menschen und deren Angehörigen ausgerichtet werden können.

Methode: In einem interprofessionellen Team von Fachpersonen, älteren Menschen aus unterschiedlichen Settings und deren Angehörigen, soll diskutiert werden, wie die interprofessionellen Formate CSS und ZIPAS zur Versorgung älterer Menschen angepasst und implementiert werden können. Im Sinne eines Co-Designs werden zwischen Forschenden im Bereich Aging und im Bereich Pädagogik der Gesundheitsberufe Möglichkeiten zur Übertragung dieser Formate auf Settings in der Versorgung alternder Menschen ausgelotet.

Resultate: Die geplante Vorgehensweise sowie erste Erkenntnisse sollen auf der Tagung vorgestellt werden.

Diskussion: Interprofessionelle Ausbildungsformate, adaptiert an die Bedürfnisse des alternden Menschen, benötigen interprofessionelle und multiinstitutionelle Herangehensweisen. Im vorliegenden Beitrag soll diskutiert werden, welchen Lösungsansätze die auf Basis eines Co-Designs weiterentwickelten Formate CSS und ZIPAS zur Optimierung der Versorgung beitragen können.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Interprofessionelle Versorgung, die durch interprofessionelle Ausbildung angebahnt werden kann, soll helfen die Gesundheitsversorgung für diese wachsende Zielgruppe sicherzustellen.

INSPIRE: Entwicklung und Evaluation einer interprofessionellen Informations- und Beratungsstelle, für gebrechliche ältere Menschen in Baselland (19)

Stenz Samuel¹, Huber Evelyn¹, Yip Olivia¹, Siqeca Flaka¹, Mendieta Jara Maria José¹, Urfer Pia¹, Dhaini Suzanne¹, Zúñiga Franziska¹, De Geest Sabina^{1,2}, Deschodt Mieke^{1,3}, im Namen des INSPIRE Konsortiums

¹Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, ²Academic Centre for Nursing and Midwifery, KU Leuven, Belgium, ³Gerontology and Geriatrics, KU Leuven, Belgium

Einleitung / Problemstellung: Gebrechliche ältere Menschen sind häufig von Multimorbidität, Polypharmazie sowie kognitiven und funktionellen Abhängigkeiten betroffen. Koordination von Dienstleistungen für solche komplexen Situationen ist unerlässlich um Doppelspurigkeit und Versorgungslücken zu vermeiden. Der Kanton Baselland begegnete dieser Herausforderung mit einem Gesetz zur Implementation von Informations- und Beratungsstellen (IBS) in neuen Versorgungsregionen.

Ziel: INSPIRE ist ein mehrphasiges implementierungswissenschaftliches Projekt. Es bezweckt: 1) ein logisches Modell und Konzept für die interprofessionelle IBS-Intervention zu entwickeln, 2) eine Pilotierungsphase mit einer Machbarkeitsstudie und 3) die Evaluation der Effektivität und Prozesse der Interprofessionellen IBS-Intervention.

Methode: Das logische Modell wurde auf Grundlage internationaler Evidenz, Rückmeldungen von Schlüsselpersonen, einer Kontextanalyse und der Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung der über 75-Jährigen in Baselland entwickelt. Die Auswirkungen der interprofessionellen IBS-Intervention auf Betroffenen- Anbieter- und Systemebene und des Implementierungserfolgs der interprofessionellen IBS-Intervention, werden mit einer Hybrid-Wirksamkeits- und Implementationsstudie in den Jahren 2021 und 2022, in zwei ausgewählten Versorgungsregionen im Kanton Baselland bewertet. Nach einer Machbarkeitsphase wird eine Evaluation der Wirksamkeit und der Prozesse mit einer Studie mit gemischten Methoden durchgeführt. Quantitative Daten werden durch qualitative Interviews mit älteren Menschen und Leistungserbringern ergänzt.

Resultate: In der IBS werden geriatrische Pflegeexperten_innen und Sozialarbeiter_innen ein umfassendes geriatrisches Assessment für, durch ein Screening-Instrument identifizierte, gebrechliche, zu Hause lebende ältere Menschen anbieten. Zusammen mit den älteren Menschen und involvierten Fachpersonen wird ein koordinierter Versorgungsplan erarbeitet und in Nachbesprechungen evaluiert. Zudem werden Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für die gesamte ältere Bevölkerung durchgeführt.

Diskussion: Die hybride Evaluations- und Implementationsstudie in einem realistischen Setting, basierend auf einem logischen Modell, wird uns erlauben, den Einfluss der Interventionsstrategien vom Einfluss der Implementationsstrategien zu unterscheiden.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Voraussichtlich wird INSPIRE zur Koordination der Leistungen beitragen. Ältere Menschen erhalten vermehrt Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention. Dies kann zu einer verbesserten Lebensqualität und einem längeren gesunden Leben zu Hause, für ältere Menschen und Systementlastung in Baselland führen.

Expertengruppe Geriatrische Onkologie am UCI; Bessere Versorgung für betagte onkologische PatientInnen dank interprofessioneller Expertengruppe (21)

Sester Susanne, Beyer Jörg, Weber Manuela, El Bed-Herzog Claudia, Fliedner Monica, Expertengruppe geriatrische Onkologie, University Cancer Center Inselspital (UCI)

Einleitung / Problemstellung: Onkologische PatientInnen werden zunehmend älter und multimorbider, die Therapien (Bestrahlungen, Chemo- und Immuntherapien) komplexer. Die betagten PatientInnen sind mit alters- und krankheitsbedingten Herausforderungen konfrontiert (z.B. Gebrechlichkeit, Polypharmacie). Sie haben spezifische Bedürfnisse und Anliegen, welche für die Onkologie und andere Fachdisziplinen sehr komplex sind und von den Fachpersonen im Gesundheitsbereich noch zu wenig wahrgenommen werden. Um dies zu verbessern wurde im Oktober 2019 eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Expertengruppe ins Leben gerufen.

Ziel: Die Expertengruppe „geriatrische Onkologie“ bringt Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen (Pflegefachpersonen, PhysiotherapeutInnen, ErnährungstherapeutInnen, SozialarbeiterInnen u.a.) und ärztliche Fachdisziplinen der Insel Gruppe, aber auch ausserhalb dieser (Spitex, MPD, Pflegeheime, Lindenhofgruppe) zusammenbringen. Ihr gebündeltes Wissen und ihre Erfahrungen sollen genützt werden, um die Betreuung der betagten, onkologischen PatientInnen zu verbessern. Längerfristig soll ein interprofessionelles Konzept für diese Patientengruppe entstehen, welches den behandelnden und betreuenden Gesundheitsfachpersonen eine Orientierung für eine adäquate Betreuung geben soll.

Methode: Pro Jahr gibt es vier Treffen à 90 Minuten. Jedes Treffen hat ein übergeordnetes Thema mit Referat und Weiterbildungsteil, sowie eine Fallvorstellung mit Diskussion.

Resultate: Durch die Treffen soll ein vertieftes Wissen zu den Bedürfnissen und Anliegen von TumorpatientInnen im höheren Lebensalter erlangt und Berücksichtigung und Integration in der Tumorthherapie bekommen. Es soll zu besseren Kenntnissen über Möglichkeiten interner und externer Vernetzung führen, um eine bessere medizinische, pflegerische, soziale und psychosoziale Versorgung dieser Patientengruppe zu gewährleisten.

Diskussion: Die Expertengruppe wird ihre Treffen, deren Inhalte und Auswirkungen in der klinischen Praxis regelmässig reflektieren. Die Gruppe arbeitet dynamisch und flexibel zusammen um die Treffen innovativ weiter zu entwickeln.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: Durch die Beschäftigung mit TumorpatientInnen im fortgeschrittenen Alter sollen diese stärker ins Bewusstsein und in den Fokus des multiprofessionellen Behandlungsteams gerückt, und durch ein vertieftes Wissen um deren Anliegen und Bedürfnisse einer professionelleren Versorgung erreicht werden.

Aufbau eines multiprofessionellen Teams und die Rolle der Pflege in der Betreuung von ortho-geriatrischen Patientinnen und Patienten, Inselspital Bern (23)

Lisa Meyer, Elisabeth Lanz, Sabine Vivian Kaufmann-Schopfer, Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Inselspital Universitätsspital Bern

Einleitung / Problemstellung: In der Schweiz steigt der Bevölkerungsanteil an >65-jährigen und somit das Risiko für degenerative Erkrankungen, Polymorbidität sowie Sturzereignisse. Eine Zunahme der geriatrischen Patienten im Akutspital ist die Folge. Eine Hospitalisation birgt die Gefahr einer Reduktion der Lebensqualität, einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit und Autonomieverlust. Das Behandlungskonzept «Geriatrische Akutrehabilitation» (GAR) berücksichtigt gezielt die Bedürfnisse dieser Patienten, um bestmögliche Patientenergebnisse zu erreichen. Bei GAR werden frühzeitige, rehabilitative Massnahmen zur Erhaltung der Selbständigkeit und Lebensqualität durchgeführt. Die Pflege leistet dabei einen zentralen Beitrag.

Ziel: Dieses Praxisprojekt hatte zum Ziel, ein multiprofessionelles Team aufzubauen, die Rolle der Pflege sowie ihre Aufgaben zu entwickeln und implementieren.

Methode: Die partizipative Aktionsforschung mit den Phasen «look», «think» und «act» wurde genutzt. Dieser Ansatz, befähigt Personen effektive Lösungen zu Problemen zu finden, denen sie im Alltag begegnen.

Resultate: Das multiprofessionelle Team bestehend aus Pflege, Geriatrie, Physio-, Ergo-, Ernährungstherapie und GAR-Koordinatorinnen wurde aufgestellt und ihre Aufgaben definiert. Die Pflege erhebt bei Spitaleintritt die geriatrische Anamnese mit Pflege- und Hilfsmittelbedarf, Selbständigkeit, Sturzereignisse, Seh- und Hörvermögen, Assessments zu Kognition und Emotion und Bedarf nach finanzieller und rechtlicher Beratung. Die Ergebnisse der Assessments aller Professionen sowie der aktuelle Therapiestand werden an der wöchentlichen Teambesprechung - dem Kernstück der Zusammenarbeit - thematisiert und individuelle Patientenziele definiert.

Diskussion: Die GAR führt zu einer Spezialisierung und Kompetenzerweiterung der Pflege in der Betreuung geriatrischer Patienten. Die verschiedenen Assessments fördern die ganzheitliche Betreuung und sind die Grundlage um in der Akutphase rehabilitative, patientenzentrierte Ziele zu verfolgen. Mit GAR und insbesondere der Rolle der Pflege wird die transparente, wirkungsvolle und multiprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt. Dies fördert eine optimale Betreuung und eine mögliche zusätzliche Morbidität infolge der Operation kann reduziert werden.

Schlussfolgerungen / Nutzen für die Praxis: GAR zeigt den Nutzen einer funktionierenden multiprofessionellen Zusammenarbeit mit der Pflege als Dreh und Angelpunkt. Das multiprofessionelle Team kann mit weiteren Spezialisten ausgebaut werden. Die Rolle der Pflege gilt es weiterzuentwickeln und forschungsgestützt zu evaluieren.