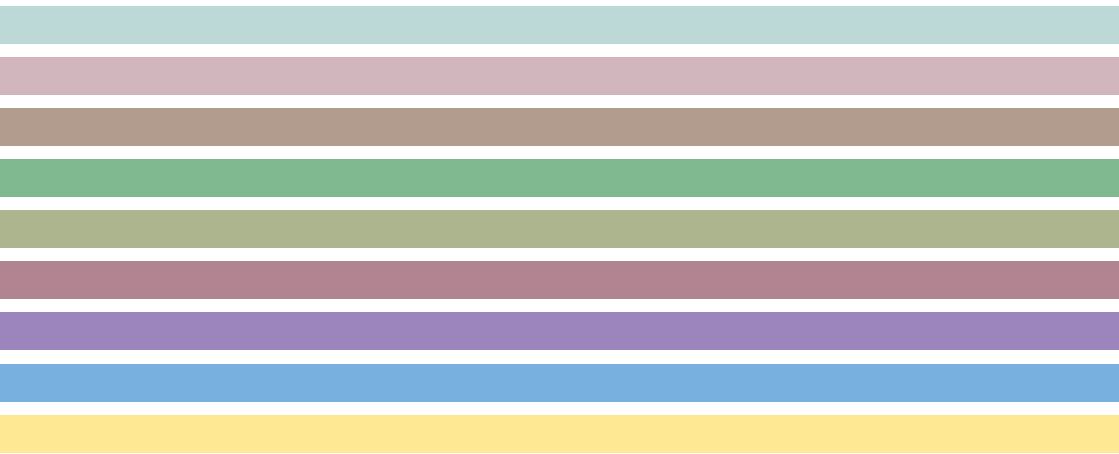




Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association suisse Pour les Sciences Infirmières (APSI)
Swiss Association for Nursing Science (ANS)



VFP / APSI UPDATE
Herbstausgabe 2016

Big Data – Big Nursing?!



Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association Suisse pour les sciences infirmières (APSI)
Swiss Association for Nursing Science (ANS)

AKAD. FACHGESELLSCHAFT AKUTPFLEGE

Die Akademische Fachgesellschaft (AFG) für Akutpflege und der Schweizerische Verein für Pflegewissenschaft laden Sie herzlich zu einer Fachtagung zur Pflegeinformatik ein. Die Tagung richtet sich an Interessierte aus der Pflegepraxis, dem Pflegemanagement, der Pflegeinformatik, dem Bildungswesen und der Pflegeinformatik sowie an weitere Interessierte.

Veranstaltung: Big Data – Big Nursing?!

Datum: 24.11.2016

Zeit: 08.30 – 16.30 Uhr

Ort: Careum Weiterbildung, Aula

Anmeldung: bis 31. Oktober 2016, 220 CHF pro Person

Weitere Informationen: www.vfp-apsi.ch

Mit vielen Sprechern wie Prof. Dr. Maria Müller Staub, Dr. Alexandra Bernhart-Just, Prof. Dr. Ernst Hafen, Adrian Schmid, Dr. Christian Heering, Yvonne Cavalli, Prof. Dr. Ernst Hafen, Matthias Odenbreit, Prof. Dr. Michael Simon, Prof. Dr. Walter Paans, Fritz Frauenfelder, Beatrice Gehri, Jürgen Georg

Pflege und Politik – die Rolle der Pflegeexpertin APN muss allen vertraut sein

**Liebe VFP-Mitglieder,
Liebe Leserinnen und Leser**

Das Gesundheitsberufegesetz ist nach nochmaliger Verhandlung im Ständerat verabschiedet worden. Nun läuft die dreimonatige Referendumsfrist und ab nächstem Jahr beginnt voraussichtlich die Ausarbeitung der Verordnungen dazu, was wieder einiges an Zeit benötigen wird bis das Gesetz Inkrafttreten kann. Dieses Gesetz ist insgesamt ein sehr gutes Resultat, vor allem, da mit den Wahlen vom Herbst 2015 ein konservativer Nationalrat entstand, der mit den Belangen der Pflege oft nicht übereinstimmt. Der VFP kann stolz darauf sein, sich so intensiv an der Entwicklung des Textes beteiligt zu haben, dass die Rolle der Pflegeexpertin APN wenigstens für kurze Zeit zumindest als Option im Gesetz diskutiert wurde.

Bei Weitem weniger erfreulich ist, dass nach fünf Jahren intensiver Arbeit die «Parlamentarische Initiative zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege» im Nationalrat sang- und klanglos abgewiesen wurde. Dies, obwohl die Initiative von Alt-Nationalrat Joder bis zum Herbst 2015 auf sehr erfolgreichem Weg war. Der Vorstand des VFP befürwortet die Lancierung einer Volksinitiative durch den SBK und wird weiterhin aktiv mitarbeiten. Für die Durchführung der Unterschriftensammlung werden alle Pflegenden benötigt – wir brauchen die Stimmen aller.

Was können wir nun für die Rolle APN unternehmen? Eine Frage, die immer wieder



gestellt wird, lautet: Was macht eine Pflegeexpertin APN? Diese Frage wird sowohl von Pflegenden, von Führungskräften in Spitälern oder Langzeiteinrichtungen, von Mitarbeitenden des Bundes und natürlich auch von Politikern gestellt. Das bedeutet, wir müssen die APN-Rolle besser bekannt machen. Wir müssen definieren, was ihre Rolle, ihre Kompetenz und ihr «Benefit» ist, um so aufzuzeigen, wo und wie die Pflegeexpertin APN eingesetzt wird. Wenn wir das deutlich aufzeigen und mit Forschungsergebnissen belegen, haben wir Argumente, denen wenig widersprochen werden kann. Ebenso wird dadurch aufgezeigt, dass Pflegeforschung notwendig ist, um die Pflegepraxis weiterzuentwickeln, sei dies in ganz spezifischen schon weit entwickelten Fachgebieten oder zu neuen APN-Rollen – drei Beispiele werden in diesem Heft beschrieben. Sie zeigen auf, dass die Aufgaben, die Spezialisierung, die Zusammenarbeit und weitere Kernkompetenzen der APN in unterschiedlichen Varianten gelebt werden. Wir sind in der Schweiz noch an der Entwicklung dieser Rolle, also in der Pionierphase, und diese verlangt von der einzelnen APN viel Flexibilität und Kreativität. Es reicht natürlich nicht, die APN-Rolle in

diesem Update zu beschreiben, sondern wir alle müssen dieses Thema in die Öffentlichkeit tragen, sei es in unseren Institutionen und Organisationen, also in unserem professionellen Umfeld wie auch in unserem privaten Bereich, und schliesslich müssen wir unsere Botschaft auch den Politikerinnen und Politikern näher bringen. Einerseits soll dies über private Kontakte geschehen und andererseits über den VFP sowie weitere Vereine und Organisationen. Die Beschreibungen von diversen APN-Rollen auf unserer Homepage zeigen verschiedene APN-Profile. Weitere Ideen sind eine Form von «Workshadowing» für Politiker anzubieten oder das Berufsfeld der APN via Filmsequenzen bekannt zu machen.

Fazit: Wir benötigen verschiedene Aktionen und das breite Engagement unserer Mitglieder um die Anliegen der Pflege – sei es für die Initiative zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege oder für die zukünftige Verankerung der Pflegeexpertin APN – in der öffentlichen Wahrnehmung und später auch im Gesetz zu verankern. Denn es gilt: Nach der Inkraftsetzung des neuen Gesundheitsberufegesetzes ist vor der nächsten Revision dieses Gesetzes!

Ursula Wiesli, VFP-Vorstandsmitglied

Advanced Practice Nurse (APN) in Onkologie (Originaltext Französisch)

Sandy Decosterd, Pflegeexpertin APN in Onkologie, MScSI. Pflegeleitung, HUG
sandy.decosterd@hcuge.ch

Kontext

Die Stellen der Pflegeexpertinnen am Unispital Genf (HUG) sind horizontal übergreifende Stabsstellen. Hierarchisch sind sie der Pflegeleitung unterstellt. In der Praxis hat die Pflegeexpertin drei Einflussbereiche: Patienten und Angehörige, die Pflgeteams und die Institution (Lewandowski & Adamle, 2009). Die Definition der Schlüsselkompetenzen der Pflegeexpertinnen am HUG wurde auf der Grundlage der fünf Dimensionen, wie sie Diane Morin (Morin D., 2013) in ihrem Modell vorschlägt, erarbeitet. Die Schlüsselkompetenzen sind in einem Dokument festgehalten, das es ermöglicht, die Expertenrolle und das mit ihr verbundene Wissen zu diskutieren (HUG, 2013). In der Westschweiz bietet das IUFERS (Institut Universitaire de Formation et de recherche en Soins / Universitäres Institut für die Ausbildung und Forschung in Pflege) die Möglichkeit an, einen Master in Pflegewissenschaft zu erwerben. Dies erlaubt es, das Kompetenzprofil der Pflege mit einem gewünschten akademischen Grad zu ergänzen. Damit wird die Entwicklung der Pflegewissenschaft in der Institution unterstützt, das Führungskader erweitert und stärker in der Disziplin der Pflege verankert.

Berufliche Entwicklungen

Angesichts der exponentiellen Entwicklung von Therapien in den letzten Jahren, der wachsenden Inzidenz dieser Krankheiten und der Chronifizierung der Pflegeverläufe (NICER, 2016) erfordert der Fachbereich Onkologie eine doppelte Expertise, sowohl



fachspezifisch als auch zwischenmenschlich. Dies ist ein besonders fruchtbares Gebiet für eine Pflegeexpertin im Hinblick auf die Entwicklung von Interventionen.

Die wichtigste Rolle der Pflegeexpertin ist die direkte Pflege am Patienten. Andere, weniger sichtbare Rollen, sind aber ebenfalls bedeutend und einige Beispiele werden im Folgenden beschrieben. Es ist wichtig, die Pflegeentwicklung zu verfolgen, was mehrere Aspekte umfasst. Dies sind die Entwicklungen neuer Technologien und Behandlungen sowie die Entwicklung des Pflegebedarfs der von Krebs betroffenen Bevölkerung im Auge zu behalten und aufmerksam gegenüber den Äusserungen von Patienten und Pflegenden zu dieser Problematik zu sein. Die Pflegeexpertin untersucht dabei die Auswirkung dieser Veränderungen auf die Pflege und schätzt vorausschauend die Entwicklung oder Anpassung neuer Pflegemodelle ein. Sie beteiligt sich an der fachübergreifenden Entwicklung von Pflegeabläufen und definiert gemeinsam mit allen an der Pflege der Patienten Beteiligten den Rahmen für die Praxis. Dazu entwickelt sie das dazu benötigte Ausbildungsangebot auf Stufe Institution, Abteilung oder Pflegedienst. So wurde kürzlich für die Pflegenden der Onkologie eine Fortbildung zu Pflegeinter-

ventionen durchgeführt, die bei Patienten, die sich einer Immuntherapie unterziehen, zu erwarten sind. Die Wirkung dieser Medikamente ist auf Immunsierungsprozesse ausgerichtet und der Umgang mit den Nebenwirkungen ist zentral. Pflege und Überwachung unterscheiden sich von jenen, die bis anhin bei Chemo- und gezielten Therapien bekannt waren.

Ein weiteres Beispiel für diese Anpassungen betrifft den häufigen Einsatz von komplementären Therapien bei Onkologie-Patienten, die gemäss einer Schweizer Studie 40–80% der Patienten in Anspruch nehmen (Schlaepfi, 2012). Wie sollen die Pflegeinterventionen angesichts der medizinischen Vielfalt, der sich der Patient gegenüber sieht, angepasst werden (Durisch Gauthier, Rossi, Stolz, 2007)? Die Notwendigkeit, die Onkologie-Pflegenden zu sensibilisieren, hat dazu geführt, dass in jedem Team ein Ausbildungs-Workshop durchgeführt wurde, in dem die theoretischen und die evidenzbasierten Grundlagen, Empfehlungen für die Praxis und die den Teams zur Verfügung stehenden Hilfsmittel behandelt wurden. Weiter wurden Beispiele von Anfragen von Patienten und Angehörigen besprochen, und es wurden komplementäre Therapieansätze in das Merkblatt «Besser leben mit Krebsbehandlungen: Informationen und praktische Ratschläge» (HUG, 2015) aufgenommen, das an die Patienten verteilt wird. Zusammenarbeit und Interprofessionalität stellen ebenfalls eine grosse Herausforderung für die Pflegeexpertin dar. Das herkömmliche Arbeitsmodell, bei dem sich jede Fachperson abgesondert wie in Silos um den Patienten kümmert, entspricht bei immer kürzerer Aufenthaltsdauer im Spital weder den komplexen Pflegebedürfnissen noch der Pflegeintensität der Patienten (Mick, 2008). So hat beispielsweise 2014

eine Pflegeexpertin in Onkologie den Anstoss zu einer Fortbildung für Physiotherapeuten, die mit Onkologiepatienten arbeiten, gegeben und beteiligte sich an deren Schulung. Die Physiotherapeuten äusseren das Bedürfnis, evidenzbasierte Daten zu kennen und sich das entsprechende Wissen anzueignen, um Behandlungsinterventionen anbieten zu können, die mit den Empfehlungen einer Good Practice in Einklang stehen. In der Institution wurde schliesslich das Dokument «Körperliche Aktivität und Krebs: Empfehlungen für die Praxis der Physiotherapeuten» verfasst. In diesem Dokument werden die Vorteile einer während sämtlicher Krankheitsstadien fortgesetzten körperlichen Aktivität beschrieben, von der Diagnosestellung bis zur Palliativpflege oder Rehabilitation, und zwar für sämtliche Gruppen von Krebspatienten. Im Dokument wird auch aufgeführt, wann körperliche Aktivität kontraindiziert ist oder welche Motivationsfaktoren bei der Beratung eine Rolle spielen. Das Dokument ermöglicht eine angemessene, folgerichtige, interdisziplinäre und auf Evidenz basierende Beratung. Zudem unterstützt es die Entwicklung eines Kursangebots für angepasste körperliche Aktivitäten von Krebspatienten, das seit dem 1. September 2016 im HUG angeboten wird.

Coaching der Pflegenden

Einer der wichtigsten Aspekte der beruflichen Entwicklung in der Onkologie hat mit der Möglichkeit zu tun, sich mit den persönlichen Bedürfnissen der Mitarbeitenden auseinanderzusetzen, um besser auf den Pflegebedarf der Patienten eingehen zu können. Während die technischen und medikamentösen Entwicklungen relativ leicht im Rahmen von Kursen oder Workshops, in denen man sich über die Praxis austauscht,

weitervermittelt werden können, setzen die sozialen, beziehungsbezogenen Kompetenzen und die professionelle Haltung einen anderen Rahmen voraus, der es der Pflegenden erlaubt, Empfindungen und Emotionen auszudrücken, die in der Gruppe nicht immer Platz finden. Aus diesem Grund werden Einzelberatungen angeboten, an denen die Pflegenden eine oder mehrere schwierige Pflegesituation(en) vorbringt. Diese Einzelcoachings haben es ermöglicht, Problemstellungen im Zusammenhang mit ethischen Werten, der pflegerischen Haltung und den beziehungsbezogenen Kompetenzen angesichts von schwierigen Themen wie Tod oder Abbruch der Therapie deutlich zu machen. Die Pflegeexpertin bietet einen Moment des Nachdenkens über die Praxissituation an, um die Lage zu klären und gibt theoretische Unterstützung mithilfe von Pflegeetheorie, klinischer Ethik oder Kommunikationstechniken wie etwa der klientenzentrierten Gesprächsführung oder dem Motivationsgespräch. Der Austausch ermöglicht es der Pflegenden, einen Bezug herzustellen zu dem, was ihre Praxis beeinflusst, und sie erwirbt so die notwendigen Kenntnisse. Texte zu den besprochenen Themen können dieses Coaching ergänzen. Den Berufsangehörigen eröffnet sich die Möglichkeit, ihre Kompetenz mittels einer reflektierenden Praxis zu entwickeln, die von Wissen begleitet und gestützt wird. Nach dem Treffen entscheidet sich die Pflegenden für eine Veränderung in ihrer Praxis, die auf ihr Empfinden und ihre persönlichen Ziele abgestimmt ist und mit der Onkologiepflege in Einklang steht. Beim folgenden Treffen sind die ersten Momente der Selbstevaluation gewidmet. Dieses Coaching-Angebot richtet sich auch an Pflegeassistentinnen oder Assistentinnen Gesundheit und Soziales.

Schlussfolgerung

Die Rolle einer Pflegeexpertin in Onkologie in einer horizontal übergreifenden Stelle, die direkte Pflege, die Entwicklung von Projekten und das Coaching der Mitarbeitenden in der Praxis beinhalten und führen zu einer Übereinstimmung im Pflegeangebot im Hinblick auf das Wissen und die Kompetenzen der Pflegenden.

Literaturangaben

- Durisch Gauthier, N., Rossi, I., Stolz, J. (2007). *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*. Genève: Labor et Fides.
- HUG. (2013). Infirmière spécialiste clinique aux HUG : quelle vision en 2020 ? Retrieved July, 21st, 2016, from http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/direction_des_soins/images/isc2020_plaquette.pdf
- HUG. (2015). Mieux vivre avec le cancer: Informations et conseils pratiques. Retrieved July, 24th, 2016, from <http://www.hug-ge.ch/oncologie/fiches-pour-mieux-vivre-avec-cancer>
- Lewandowski, W., Adamle, K. (2009). Substantive areas of clinical nurse specialist practice: a comprehensive review of the literature. *Clin Nurse Spec*, 23(2), 73–90; quiz 91–72. doi: 10.1097/NUR.0b013e31819971do
- Mick, J. (2008). Factors affecting the evolution of oncology nursing care. *Clin J Oncol Nurs*, 12(2), 307–313. doi: 10.1188/08.CJON.307–313
- Morin D., Ramelet A.-S., Shaha M. (2013). Vision suisse romande de la pratique infirmière avancée. *Rech Soins Infirm*, 115, 49–58.
- NICER. (2016). Krebs in der Schweiz, Bericht 2015. Stand der Dinge und Entwicklung. Neuenburg: National Institution for Cancer Epidemiology and Registration.
- Schlaeppli, M. (2012). Zentrum für Integrative Medizin, Kantonsspital St. Gallen. *Primary Care*, 16(12), 317–318.

A complex network diagram with numerous nodes and connecting lines, rendered in white and light gray against a dark background. The nodes are of varying sizes and are interconnected by thin lines, creating a dense web of connections.

Wissen schaf(f)t Zukunft

CAS Clinical Research Coordinator

Dieser und weitere zielorientierte CAS-, DAS- und MAS-Studiengänge und Fachkurse vermitteln neue Erkenntnisse und praxisnahes Wissen. Alle Weiterbildungsangebote der untenstehenden Studienrichtungen finden Sie auf unserer Website.

- Spezialisierte Pflege
- Psychische Gesundheit und Krankheit
- Management im Gesundheitswesen
- Wissenschaft im Praxisalltag

Telefon: +41 31 848 44 44
weiterbildung.gesundheit@bfh.ch

gesundheit.bfh.ch/weiterbildung



Berner
Fachhochschule

E-Health und Advanced Practice Wound Care Nursing – eine Utopie?

Prof. Dr. Sebastian Probst, Professeur spécialiste des plaies et de la cicatrisation, Responsable du pôle cicatrisation et plaie Haute école de santé, HES-SO Genève, 47 Avenue de Champel, 1206 Genève



Die Gesundheitsversorgung von Patienten mit chronischen Wunden ist sowohl anspruchsvoll als auch komplex und erfordert die Expertise eines multidisziplinären Behandlungsteams. Advanced Practice Wound Care Nurses (APWCN) nutzten die Gelegenheiten der technischen Entwicklung der letzten Jahre zur Entwicklung von e-Health-Programmen. So wurde ein e-Health-Wundprogramm entwickelt, welches das Potential hat, sowohl die Patienten als auch das Gesundheitspersonal bei der Behandlung zu unterstützen. Die Advanced Practice Wound Care Nurse (APWCN) nahm in diesem e-Health-Wundprogramm eine Schlüsselrolle ein. Ihre Aufgabe ist es, die komplexe Patientensituation zu erfassen, Komplikationen frühzeitig zu erkennen und im Rahmen des Case-Managements entsprechende präventive oder therapeutische Massnahmen einzuleiten und zu koordinieren.

Chronische Wunden stellen weltweit ein Problem für Gesundheitsversorgungssysteme dar. Schätzungsweise entwickeln 1,5% der Bevölkerung in industrialisierten Ländern einmal in ihrem Leben eine oder mehrere chronische Wunden (Posnett, Gottrup, Lundgren, Saal, 2009). In der Schweiz, mit einer Bevölkerung von 8,2 Millionen, sind dies ungefähr 123 600 Menschen (Bundesamt für Statistik (BFS), 2014). Die Versorgung von Patienten mit einer chronischen Wunde ist sehr komplex, da

76% von ihnen 3 oder mehrere Komorbiditäten wie Diabetes oder Hypertonie aufweisen (Probst et al., 2014).

Die Behandlung dieser Patienten ist nicht nur anspruchsvoll und komplex, sondern auch kostenintensiv. In Europa werden die Kosten für die Versorgung von chronischen Wunden auf 4% des Gesundheitsbudgets geschätzt (Posnett et al., 2009; Vowden, Vowden, Posnett, 2009). In der Schweiz, die ein jährliches Gesundheitsbudget von 70 Milliarden Franken hat (BFS, 2015) betragen diese Kosten circa 2,8 Milliarden Franken. Aufgrund dieser hohen Kosten müssen die Wundpflege-Strategien und Behandlungen überdacht werden und auf Effizienz/Wirksamkeit und Kosteneffektivität/Wirtschaftlichkeit überprüft werden. Ein Ansatzpunkt ist die Prävention von Komplikationen, beziehungsweise deren Früherkennung. Wenn Pflegende potentielle Komplikationen wie ein Rezidiv früh voraussehen respektive erfassen und zeitnahe präventive oder therapeutische Massnahmen einleiten, könnten einerseits die Patientenmorbidity und andererseits die Kosten reduziert werden (Moore et al., 2015). Dies setzt jedoch eine gute und rasche Kommunikation zwischen Patienten und dem gesamten Behandlungsteam voraus. Potentiell hilfreich können hier innovative

Informationstechnologien (IT) sein, die auch in anderen Gebieten des Gesundheitsversorgungssystems bereits routinemässig im Einsatz sind (Moore et al., 2015; Saner, 2013).

APN, die sich auf Wound Care spezialisieren, stehen zukünftig eine Anzahl an IT-Lösungen für e-Health und sicheren Datenaustausch, die für Gesundheitseinrichtungen entwickelt werden, zur Verfügung (Moore et al., 2015). E-Health, in Ergänzung zur konventionellen Versorgung, hat das Potential, die Versorgungsqualität von Patienten mit chronischen Wunden zu optimieren und ist eine Option für Patienten und Gesundheitspersonal speziell in Anbetracht der Tatsache, dass die meisten Wunden zu Hause versorgt werden (Probst et al., 2014).

Am Lehrstuhl für Wundpflege an der Hochschule Genf wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern der klinischen Pflegepraxis der Partnerorganisationen ein e-Health-Wundprogramm auf der Basis der aktuellen Evidenz entwickelt und überprüft. Diese Zusammenarbeit setzt einen Konsens aller Akteure der Gesundheitsorganisationen im Kanton Genf voraus. Eine Schlüsselrolle in diesem neuentwickelten e-Health-Wundprogramm nimmt die APWCN ein. Sie ist einerseits in der direkten Pflege tätig, ist aber auch Koordinatorin/Casemanagerin/Coach innerhalb des interdisziplinären Teams. Anfragen und Konsultationen innerhalb des Teams werden durch die APWCN bearbeitet und beantwortet. Zur Kommunikation wird eine «Standardized Nursing Language» (SNL) für die Outcomes und die abzuleitenden Interventionen gebraucht, die sich nach der Terminologie von NIC NOC NANDA richtet (Johnson et al, 2012). Die APWCN kann durch dieses e-Health-Programm wundbezogene Informationen gezielt und

schnell innerhalb des interdisziplinären Teams weiterleiten. Der grosse Vorteil der zeitnahen Informationsübermittlung – Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen, Laborresultate, Radiographien, Arztberichte oder Verschreibungen – liegt in der Vermeidung von Doppelspurigkeiten, Verzögerungen und Informationsdefiziten. Somit trägt die APWCN massgeblich dazu bei, nicht nur Komplikationen, sondern auch mögliche Fehler zu vermeiden. Zusätzlich können die erfassten Daten zu Evaluations-, Forschungs- und Edukationszwecken genutzt werden. Wir erwarten, dass die Patientenoutcomes durch den Einsatz dieses e-Health-Programms verbessert werden, was sowohl den Patienten als auch deren Angehörigen und nicht zuletzt dem Gesundheitssystem zu Gute kommen wird. Das e-Health-Programm in der Wundpflege ist das erste Programm in der französischsprachigen Schweiz, das von der Praxis für die Praxis entwickelt und überprüft wurde. Dieses wird nun fortlaufend ausgebaut und überprüft. Der Einsatz von APN in Wundpflege und die Anwendung von wissenschaftlich gestützten SNL stellt eines von vielen möglichen Einsatzgebieten von APNs dar.

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., Swanson, E. (2012). *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions* (3rd ed.). Maryland Heights: Elsevier Mosby.

Moore, Z., Angel, D., Bjerregaard, J., O'Connor, T., McGuinness, W., Kröger, K., Bonnet Yderstraede, K. (2015). eHealth in wound care – overview and key issues to consider before implementation. *J Wound Care*, 24(5), S1–S44.

Posnett, J., Gottrup, F., Lundgren, H., Saal, G. (2009). The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *J Wound Care*, 18(4), 154–161. doi: 10.12968/jowc.2009.18.4.41607

Probst, S., Seppänen, S., Gerber, V., Hopkins, A., Rimdeika, R., Gethin, G. (2014). EWMA Document:

Home Care – Wound Care: Overview, Challenges and Perspectives. . J Wound Care, 23 Suppl 5a, S1–S41. Saner, H. (2013). eHealth and telemedicine: current situation and future challenges. Eur J Prev Cardiol, 20(2 Suppl), 1–2. doi:10.1177/2047487313487483
Swiss Federal Statistical Office. (2014). Population – Key figures. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/themen/01/01/key.html>
Swiss Federal Statistical Office. (2015). Costs and Financing of the Health Care System. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=10461>
Vowden, K., Vowden, P., Posnett, J. (2009). The resource costs of wound care in Bradford and Aire-dale primary care trust in the UK. J Wound Care, 18(3), 93–94, 96–98, 100 passim. doi:10.12968/jowc.2009.18.3.39814

Pflegeexpertin APN in der Hausarztpraxis

Corinne Steinbrüchel-Boesch (MscN, RN),
Pflegeexpertin APN
UniversitätsSpital Zürich, Rämistrasse 100,
8091 Zürich

Die Rollenfindung ist eine grosse und ebenso spannende Herausforderung für eine APN, da Advanced Practice Nursing (APN) ein übergeordnetes Konzept ist und jede Rolle erst definiert werden muss (1). Die meisten APN-Rollen sind je nach Versorgungsbedürfnissen ihres Settings auf dem Kontinuum zwischen den beiden Polen Clinical Nurse Specialist (CNS) und Nurse Practitioner (NP) angesiedelt (2). Modelle zur Rollenentwicklung wie beispielsweise das PEPPA-Modell von Bryant-Lukosius und DiCenso bieten dabei wertvolle Hilfe (3). Eine APN-Rolle ist auf längere Sicht nur erfolgreich, wenn sie gemeinsam mit den Betroffenen und deren Umgebung definiert wird. In der Hausarztpraxis sind dies in erster Linie die Hausärzte, mit welchen die Aufgaben und Kompetenzen geregelt werden müssen, damit die Zusammenarbeit funk-

tioniert und die gemeinsame Behandlung dem Patienten einen Nutzen bringt (zu Gunsten der Leserlichkeit wird jeweils auf die Nennung beider Geschlechter verzichtet). Dies bedingt, dass sich die Hausärzte ein Bild von den Kompetenzen einer APN machen können. Erfolgreiche internationale Modelle, vorwiegend aus dem angelsächsischen Bereich, bieten Orientierung, doch unser Gesundheitswesen unterscheidet sich in vielem und die Modelle können daher nicht vorbehaltlos übernommen werden (4–6). In der Schweiz gibt es erst ein paar wenige Erfahrungen mit APN in der Grundversorgung wie beispielsweise die Projekte «Leben mit Langzeiterkrankung» (Leila) (7, 8) und Spitem Plus (9, 10) oder die Beschreibung der APN-Rolle im Medizentrum Schüpfen (11). Diese zeigen, dass die APN einen Bereich übernimmt, welcher sich mit demjenigen des Arztes überschneidet, gleichzeitig aber auch Aufgaben wahrnimmt, welche bis anhin nur ungenügend abgedeckt werden können. Dies betrifft beispielsweise die Auswirkungen einer Krankheit auf den Alltag eines Patienten, die Umsetzung der verordneten Therapien oder Veränderungen im Gesundheitsverhalten. In der Schweiz brauchen wir Aktive, welche die Vorteile einer APN erkennen und ihren Einsatz trotz unklarer Regelung ihrer Kompetenzen und Finanzierungsmöglichkeiten unterstützen (12, 13).
Im Rahmen des Studiengangs ANP-Plus des Instituts für Pflegewissenschaft Basel (14) absolvierte ich ein Praktikum in der mediX-Notfallpraxis in Zürich. Ich hatte das Glück, dass hier das Bild einer APN bereits bekannt war und ich im Anschluss daran ein Stellenangebot als APN in der neu eröffneten mediX-Gruppenpraxis in Zürich-Alstetten erhielt. Meine dortige Rolle ist noch in Entwicklung, setzt sich aber aus vier übergeordneten Tätigkeitsbereichen zusam-

men, welche nachfolgend beschrieben werden. Auf dem oben erwähnten Kontinuum tendiert diese Rolle eher auf die Seite der NP.

Notfälle/Triage/Nachkontrolle

Häufig suchen Patienten die Hausarztpraxis wegen kleiner Beschwerden auf. Die Herausforderung ist es, dennoch eine ernsthafte Erkrankung auszuschliessen. Meldet sich ein Patient notfallmässig, erhebe ich eine fokussierte Anamnese bezüglich des aktuellen Leidens und erfasse die Systemanamnese nur grob kursorisch. Anschliessend führe ich eine Körperuntersuchung durch und stelle eine Differentialdiagnose. Nach Abschluss meiner Untersuchungen bespreche ich mit dem Hausarzt, ob weitere diagnostische Massnahmen nötig sind und lege mit ihm das weitere Prozedere fest. In unserer Praxis stehen viele Guidelines zur Verfügung, nach denen ich mich richte. Beispielsweise können ein einfacher Harnwegsinfekt, eine Gastroenteritis oder auch eine Streptokokkenangina dadurch rasch behandelt werden. Ist die Diagnose unklar, untersucht der Hausarzt den Patienten auch selber, und initiiert weitere diagnostische Massnahmen oder auch eine Überweisung an einen Spezialisten bzw. ins Spital.

Chronic Care Management, Selbstmanagement

Bis anhin habe ich bezüglich Chronic Care Management vorwiegend Patienten mit Herzinsuffizienz, COPD oder Diabetes behandelt. Beispielsweise kam ein multimorbider Patient mit exacerbierter Herzinsuffizienz bei einem Infekt zum Hausarzt. Dieser behandelte den Infekt, erhöhte vorübergehend die Diuretika und passte die orale Antikoagulation an. Anschliessend überwies er mir den Patienten zur Verlaufskontrolle, bis er wieder stabilisiert war. Mein Auftrag

war, ihn jeweils nach der Anamnese auch körperlich zu untersuchen und zu beurteilen, die Laborwerte zu interpretieren und zu entscheiden, ob es bezüglich der Medikation Anpassungen braucht. Da der Patient zudem eine Ferienreise plante, besprach ich mit ihm, was er selber kontrollieren sollte, welches die Warnzeichen sind und wann Handlungsbedarf besteht.

Bei einer Patientin mit Diabetes Typ II, arterieller Hypertonie, Adipositas und diffusen Rückenschmerzen stellte der Hausarzt den Blutdruck (BD) neu ein. Da die Adhärenz durch die syrische Patientin unklar war, meldete er sie bei mir an. Im Verlauf der ersten Konsultation, bei welcher eine Enkelin übersetzte, stellte sich heraus, dass nicht nur die Sprache ein Problem darstellte, sondern die Patientin auch Analphabetin ist. Die alleinlebende Frau konnte dadurch die BD-Werte nicht selber ablesen und notieren. Ich eruierte mit ihr ihren Wissensstand bezüglich Diabetes, Ernährung und Medikation und gemeinsam fanden wir einen Weg für regelmässige Blutdruckkontrollen und körperliche Aktivitäten. Die anfänglich eher misstrauische Patientin kam das nächste Mal freudestrahlend mit ihrer BD-Liste und erzählte, dass sie kaum mehr Schmerzen habe, seit sie sich mehr bewege.

Koordination

Mehrfach kranke Patienten sind in der Regel bei vielen verschiedenen Stellen in Behandlung. Die Aufgabe der Hausarztpraxis ist es auch, die verschiedenen involvierten Therapien zu koordinieren. Eine multimorbide Patientin mit leichter dementieller Entwicklung war neu bei einer unserer Hausärztinnen in Behandlung. Die Patientin hatte den Überblick über ihre verschiedenen Arztkonsultationen verloren und konnte nicht genau angeben, bei wem sie

weitere Kontrollen vereinbart hat. Zudem wollten wir abklären, ob sie gefährdet ist, weiterhin alleine zu wohnen. Ein Hausbesuch brachte etwas Licht ins Dunkel. Ihre Wohnung war ohne grösseren Sturzrisiken, eine Nachbarin, mit welcher sie soeben vom Kaffee kam, zeigte mir, dass sie in sozialem Kontakt steht und in ihrer Agenda fanden wir die verschiedenen Termine, sodass wir auch die Berichte dieser Stellen anfordern konnten.

Hausbesuche

Für Hausärzte sind Hausbesuche meistens mit einem grossen zeitlichen Aufwand verbunden, welcher finanziell nicht genügend abgesehen werden kann. Oftmals sind es reguläre Verlaufskontrollen, welche ebenso gut von einer APN vorgenommen werden können. Die Kontrollen beziehen sich beispielsweise auf die kardiale Situation, die orale Antikoagulation, Analgesie, den Verlauf einer Wunde oder ob allenfalls ein Bedarf für Physiotherapie besteht. Bei einem Hausbesuch wird auch eher offensichtlich, ob die Spitex eingeschaltet werden sollte oder gar eine andere Wohnform angezeigt wäre.

Meine Hausbesuche finden dort statt, wo der Patient zuhause ist, sei dies in seiner privaten Wohnung, in einer Alterswohnung oder auch im Pflegezentrum. Einerseits können kann der Patient und sein Alltag bei einem Hausbesuch viel besser eingeschätzt werden und andererseits ist insbesondere für gebrechliche Patienten der Weg in die Praxis oft sehr beschwerlich. Ich arbeite dabei eng mit den Pflegenden der Spitex oder des Alterszentrums zusammen. Wir verwenden in der Praxis Tablets, sodass ich auch unterwegs Einblick in die Krankengeschichte habe und telefonisch mit dem Arzt z. B. eine Medikamentenanpassung vornehmen kann. Ein Hausbesuch könnte auch

durch einen Notfall wie zum Beispiel einen Sturz erforderlich werden. Mein Auftrag wäre dann, die Sturzfolgen abzuklären, nach der Sturzursache zu suchen, und das Risiko eines nächsten Sturzes zu senken.

Pflegerische Verrichtungen

Der vierte Bereich meiner Tätigkeit bezieht sich auf eindeutig pflegerische Verrichtungen. Als APN bin ich für die Wundbehandlung bei komplizierten Wunden beauftragt wie z. B. bei einem Ulcus Cruris und werde meine Kenntnisse auch an andere Mitglieder des Praxisteams weiterleiten. Je nach Situation leite ich den Patienten bzw. seine Angehörigen in der Wundbehandlung an. Beispielsweise hatte ein Patient mit PEG-Sonde, welche durch die Ehefrau verbunden wird, Schmerzen und war unsicher, ob die Einstichstelle tatsächlich in Ordnung ist. Ein Verbandwechsel und das Drehen der Sonde konnten die Situation klären. Auch kleinere Wundversorgungen oder die Eröffnung von kleineren Abszessen fallen in meinen Aufgabenbereich.

Referenzen

1. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM: Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach, 4th edn. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2009.
2. Dicenso A, Bryant-Lukosius D. Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada: A Decision Support Synthesis. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2010.
3. Bryant-Lukosius D, Di Censo A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. J Adv Nurs. 2004;48(5): 530-40.
4. Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. J Adv Nurs. 2009;65(2):391-401
5. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners

DISSERTATIONEN

- working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Bmj.* 2002;324(7341):819–23.
6. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting “same day” consultations in primary care. *Bmj.* 2000;320(7241):1043–8.
 7. Bonsack S. Leila – Leben mit Langzeiterkrankung. Begleitung, Beratung und Schulung. Ein Projekt im Gesundheitsnetz 2025. Zürich: Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich, 2010.
 8. Müller-Staub M, Zigan N, Handler-Schuster D, Probst S, Monego R, Imhof L. [Being cared for and caring: living with multiple chronic diseases (Leila) – a qualitative study about APN contributions to integrated care]. *Pflege.* 2015;28(2):79–91.
 9. Imhof L, Naef R, Mahrer-Imhof R, Petry H. [SpitexPlus: assessment of and specialised nursing care for elderly and their families living in the community]. *Pflege.* 2011;24(1):43–56.
 10. Imhof L, Naef R, Wallhagen MI, Schwarz J, Mahrer-Imhof R. Effects of an advanced practice nurse in-home health consultation program for community-dwelling persons aged 80 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(12):2223–31.
 11. ANP-Profil in der Primärvorsorgung. Available from: <http://www.swiss-anp.ch/berufsrolle/anp-profil-primarversorgung.html>
 12. De Geest S, Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R. Introducing Advanced Practice Nurses / Nurse Practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Med Wkly.* 2008;138(43–44):621–8.
 13. Ketefian S, Redman RW, Hanucharurnkul S, Masterson A, Neves EP. The development of advanced practice roles: implications in the international nursing community. *Int Nurs Rev.* 2001;48(3):152–63.
 14. DAS Advanced Nursing Practice-Plus 2016. Available from: <https://advancedstudies.unibas.ch/studienangebot/kurs/das-advanced-nursing-practiceplus-anppplus-19027>.

Die Bedeutung von Personalfaktoren und Arbeitsumgebung für die Pflegequalität sowie die Rekrutierung und Erhaltung des Pflege- und Betreuungspersonals. Perspektiven aus der Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP)-Studie
Franziska Zúñiga, PhD, RN



Das Erbringen von guter Qualität in Pflegeinstitutionen wird zunehmend zur Herausforderung aufgrund der Komplexität der Pflegesituationen und der Schwierigkeit, qualifiziertes Personal zu finden. Aus der bisherigen Forschung in Pflegeinstitutionen lässt sich eine Tendenz erkennen, dass ein höherer Personalstand mit besserer Pflegequalität zusammenhängt. Die Ergebnisse sind jedoch nicht schlüssig und Arbeitsumgebungsfaktoren wie z. B. Führung oder Teamwork wurden bisher selten in die Untersuchungen einbezogen. Zudem wissen wir wenig über das, was an der Schnittstelle zwischen Personal und Bewohner(inne)n geschieht, wenn das Personal aus zeitlichen Gründen gewisse Aktivitäten weglassen muss. Diese sogenannte Rationierung von Pflege könnte eine wichtige Rolle spielen für die angebotene Pflegequalität. Das Hauptziel der Dissertation war daher, den Zusammenhang zwischen Personalfaktoren und der Arbeitsumgebungsqualität in

Pflegeinstitutionen mit impliziter Rationierung von Pflege und der Pflegequalität zu untersuchen.

Die Dissertation wurde an der Universität Basel am Institut für Pflegewissenschaft durchgeführt und war im Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) eingebettet, einer Querschnittstudie in Schweizer Pflegeinstitutionen mit dem Ziel, ein umfassendes Verständnis zu gewinnen über die verschiedenen Merkmale und Beziehungen von Organisationsfaktoren und Arbeitsumgebung im Verhältnis zu Personal- und Bewohner/-innen-Ergebnissen. Eine repräsentative Auswahl von 163 Pflegeinstitutionen aus der ganzen Schweiz mit 5323 Pflege- und Betreuungspersonen (Rücklaufquote: 76%) nahm teil.

Die Dissertation umfasste 6 Artikel inklusive des SHURP-Studienprotokolls [1]. Davon konzentrierten sich zwei Artikel auf implizite Rationierung von Pflege. Der erste untersuchte die Häufigkeit, mit der rationiert wird, und den Zusammenhang zwischen Personal-, Arbeitsumgebungsfaktoren und impliziter Rationierung [2]. Obwohl allgemein wenig rationiert wird, gibt es Unterschiede in der Häufigkeit: Am meisten wird in der Dokumentation rationiert, gefolgt von Aktivitäten in den Bereichen Caring, Rehabilitation und Überwachung, dann bei den sozialen Aktivitäten und schlussendlich in der Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Es zeigte sich, dass ein positives Teamwork und ein Sicherheitsklima, die Wahrnehmung von besseren Personalressourcen und weniger häufige Arbeitsstressoren (z. B. hohe Arbeitslast, Konflikte bei der Arbeit) signifikant mit weniger Rationierung verbunden sind. Der zweite Artikel untersuchte den Zusammenhang von Personal-, Arbeitsumgebungsfaktoren und Rationierung mit der

vom Pflegepersonal wahrgenommenen Pflegequalität [3]. Diese wurde von 93% der Antwortenden als eher gut oder sehr gut eingeschätzt. Arbeitsumgebungsfaktoren (besseres Teamwork/Sicherheitsklima, weniger Arbeitslast) und weniger implizite Rationierung von Caring, Rehabilitation und Überwachung und von sozialen Aktivitäten waren signifikante Prädiktoren der Pflegequalität. Die Tatsache, dass weder die aktuelle Stellenbesetzung noch die Fluktuation mit Rationierung oder mit der Pflegequalität zusammenhängen, kann damit zu tun haben, dass der Zusammenhang nicht linear ist und es eine minimale Schwelle gibt, über der es nicht möglich ist, einen Zusammenhang aufzuzeigen. Mit der Dissertation konnte zum ersten Mal umfassend die Wichtigkeit von Arbeitsumgebungsfaktoren (z. B. Teamwork, Sicherheitsklima), Arbeitsstressoren (z. B. hohe Arbeitslast) und von der impliziten Rationierung für die Pflegequalität in Schweizer Pflegeinstitutionen aufgezeigt werden.

1. Schwendimann, R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S. and De Geest, S. (2014). Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): Protocol of an observational study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 915–26.
2. Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P. H., Engberg, S., Simon, M. and Schwendimann, R. (2015). The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes – A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1463–74.
3. Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P. H., Engberg, S., Simon, M. and Schwendimann, R. (2015). Are staffing, work environment, work stressors, and rationing of care related to care workers' perception of quality of care? A cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), 860–6.

Weitere Artikel:

Zúñiga, F., Schubert, M., Hamers, J. P. H., et al. (2016). Evidence on the validity and reliability of the German, French and Italian nursing home version of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *J Adv Nurs*, 72(8), 1948–63.

Graf, E., Cignacco, E., Zimmermann, K., et al. (2015). Affective organizational commitment in Swiss nursing homes: A cross-sectional study. *Gerontologist*, (Advance online publication).

Leveraging shared governance through EBP councils in the Hospital of Valais, Switzerland

Dr. Mario Desmedt (DNP, RN), Chief Executive Nurse Officer, Hospital of Valais, General Direction

86, Avenue de Grand-Champsec, 1951 Sion, mario.desmedt@duke.edu



Shared Governance (SG) in healthcare organizations is defined as a collaborative network for whole-systems effectiveness, providing a context for partnership, equity, accountability, and ownership (1–4). The rationale for SG is to increase the organizational capacity to adapt to the rapid changing environment and reinforce human interactions in service of an efficient care continuum (5, 6).

The majority of health systems has implemented SG through unit councils linked to system councils. (3). Evidence Based

Practice (EBP) councils enhance the knowledge, skills and attitudes needed to deliver safe and reliable care (7–9). Research supports that EBP councils promote high value health care, improve health outcomes, and reduce variations in care and costs (9). However, difficulties to implement and sustain EBP as a standard for care practice are widely reported (9, 10). Thus, a majority of nurses and healthcare professionals are not consistently implementing EBP (11, 12). L'Hôpital du Valais (HVS) is a complex of 9 hospitals covering all of Valais. With 1160 beds, it includes acute care, rehabilitation and psychiatric care. A recent baseline measurement – including the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index and the Evidence Based Practice Scale – revealed that nurse expectations for more decisional involvement were high and that systematic EBP is not yet a standard (13–15). Furthermore, our setting has the ambition to obtain the Pathway to excellence® accreditation. This program requires demonstration of SG and EBP.

The purpose of my project was to inform SG dissemination in Hôpital du Valais (HVS) by (1) measuring the organizational readiness for SG; (2) implementing a learning session designed to improve capacity for SG uptake; (3) creating an EBP council structure; and (4) measuring the impact EBP councils on the quality of interactions.

I used a pre-post, quasi-experimental evaluation design. Organizational readiness for shared governance was measured via the Index of Professional Governance (IPG)(16). We reported an 80% (n=129) response rate for the IPG. The results for our setting (Mean 193.14; SD 40.40) ranked our perceived nursing governance mix in the early stage of shared governance, meaning governance primarily by man-

agement/administration with some staff nurse input. The learning session drew upon the CONNECT study (17, 18). This study showed that interventions enabling staff to accomplish (a) critical appraisal of their relationships with colleagues, both within and across disciplines, and set goals for improvement; (b) appropriate consideration of sharing patient information and viewing it from multiple perspectives; and (c) communication strategies that facilitate connection, information flow, and understanding; are proven to lead to an increased creativity in problem solving and a learning climate in which staff at all levels are empowered and motivated (17–19). All members of the new EBP structure were invited for a 45-minute learning session. Paired t-tests were used to assess for post-implementation change on quality of relationships, including the Relational Coordination Scale and Reciprocal Learning Scale (N = 32)(6, 20–22). The overall quality of connections in the EBP council improved. We found a statistically significant increase in the reciprocal learning for the EBP councils ($t = -2.452$; $p = .027$). There was a trend towards significant increases in relational coordination, as well ($t = -1.975$; $p = .068$); relational coordination shifted from weak ties to moderate ties. Post-implementation focus groups (N = 18) supplemented survey data. Focus group data converged with survey data; participants perceived added value for the peer effect and safe environment offered. Furthermore, the council configuration was an ideal way for encounter between young and experienced professionals. The balancing between independence and dependence, and opportunity for self-organization were highly appreciated.

A culture of teamwork is central to enact a learning organization (23–25). To ensure a care continuum that yields better outcomes for patients “simple rules” apply. These include the need for continuous healing relationships, customized care according to patient needs and values, shared knowledge and free flowing information, evidence based decision making, and cooperation among clinicians as a priority (26). Our project showed that in a short period – through EBP councils – interactions and quality of relationships could improve significantly. Cross-functional learning, cross-role or cross-task shared knowledge occurred. These dynamics are essential for organizational thriving (23, 27, 28).

Changing the operating system of an organization is an arduous nusus. Where there are multiple professionals, there are multiple perspectives. Today this diversity often incurs power differentials and the potential for change – the power of integrating perspectives – dissolves (29). The challenge for organizational design is to liberate the human capacity to sense and respond. Distribution of power – i.e., responsibility for sensing and responding autonomously and effectively to tensions – at the point of care allows self-organization and strengthens communication, coordination and learning. In that sense governance is no longer the function of a single individual, status, or hierarchical function. Governance is shared and driven by those doing the work. EBP councils designed as a collaborative network – providing context for partnership, equity, accountability, and ownership – foster shared governance.

References

1. Barden AM, Griffin MT, Donahue M, Fitzpatrick JJ. Shared governance and empowerment in

- registered nurses working in a hospital setting. *Nursing administration quarterly*. 2011;35(3): 212–8. Epub 2011/06/10.
2. Hess RG, Jr. Slicing and dicing shared governance: in and around the numbers. *Nursing administration quarterly*. 2011;35(3):235–41. Epub 2011/06/10.
 3. Porter-O'Grady T. *Interdisciplinary shared governance: integrating practice, transforming health care*. 2nd ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers; 2009. xxiii, 352 p. p.
 4. Wilson J, Speroni KG, Jones RA, Daniel MG. Exploring how nurses and managers perceive shared governance. *Nursing*. 2014;44(7):19–22. Epub 2014/06/18.
 5. Curry LA, Spatz E, Cherlin E, Thompson JW, Berg D, Ting HH, et al. What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? A qualitative study. *Annals of internal medicine*. 2011;154(6):384–90. Epub 2011/03/16.
 6. Noel PH, Lanham HJ, Palmer RF, Leykum LK, Parchman ML. The importance of relational coordination and reciprocal learning for chronic illness care within primary care teams. *Health care management review*. 2013;38(1):20–8. Epub 2012/02/09.
 7. Cronenwett L, Sherwood G, Pohl J, Barnsteiner J, Moore S, Sullivan DT, et al. Quality and safety education for advanced nursing practice. *Nursing outlook*. 2009;57(6):338–48. Epub 2009/11/28.
 8. Odell E. Teaching quality improvement to the next generation of nurses: what nurse managers can do to help. *The Journal of nursing administration*. 2011;41(12):553–7. Epub 2011/11/19.
 9. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Long LE, Fineout-Overholt E. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2014;11(1):5–15. Epub 2014/01/23.
 10. Martin SC, Greenhouse PK, Kowinsky AM, McElheny RL, Petras CR, Sharbaugh DT. Rapid improvement event: an alternative approach to improving care delivery and the patient experience. *Journal of nursing care quality*. 2009; 24(1):17–24; quiz 5–6. Epub 2008/12/19.
 11. Melnyk BM, Buck J, Gallagher-Ford L. Transforming Quality Improvement Into Evidence-Based Quality Improvement: A Key Solution to Improve Healthcare Outcomes. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2015; 12(5):251–2. Epub 2015/10/01.
 12. Melnyk BM, Gallagher-Ford L. Implementing the new essential evidence-based practice competencies in real-world clinical and academic settings: moving from evidence to action in improving healthcare quality and patient outcomes. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2015;12(2):67–9. Epub 2015/03/27.
 13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Mays MZ. The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2008;5(4):208–16. Epub 2008/12/17.
 14. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health*. 2002;25(3):176–88. Epub 2002/05/17.
 15. Melnyk BM, Gallagher-Ford L. Evidence-based practice as mission critical for healthcare quality and safety: a disconnect for many nurse executives. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2014;11(3):145–6. Epub 2014/05/21.
 16. Hess R. Index of professional nursing governance. *Nursing economic\$*. 1998;16(2):102. Epub 1998/05/21.
 17. Anderson RA, Toles MP, Corazzini K, McDaniel RR, Colon-Emeric C. Local interaction strategies and capacity for better care in nursing homes: a multiple case study. *BMC health services research*. 2014;14:244. Epub 2014/06/07.
 18. Colon-Emeric CS, Pinheiro SO, Anderson RA, Porter K, McConnell E, Corazzini K, et al. Connecting the learners: improving uptake of a nursing home educational program by focusing

- on staff interactions. *The Gerontologist*. 2014; 54(3):446–59. Epub 2013/05/25.
19. Anderson RA, Corazzini K, Porter K, Daily K, McDaniel RR, Jr., Colon-Emeric C. CONNECT for quality: protocol of a cluster randomized controlled trial to improve fall prevention in nursing homes. *Implementation science* : IS. 2012;7:11. Epub 2012/03/02.
 20. Gittell JH, Godfrey M, Thistlethwaite J. Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships. *Journal of interprofessional care*. 2013;27(3):210–3. Epub 2012/10/23.
 21. Havens DS, Vasey J, Gittell JH, Lin WT. Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *Journal of nursing management*. 2010;18(8):926–37. Epub 2010/11/16.
 22. Leykum LK, Palmer R, Lanham H, Jordan M, McDaniel RR, Noel PH, et al. Reciprocal learning and chronic care model implementation in primary care: results from a new scale of learning in primary care. *BMC health services research*. 2011;11:44. Epub 2011/02/25.
 23. Gittell JH, Beswick J, Goldmann D, Wallack SS. Teamwork methods for accountable care: relational coordination and TeamSTEPPS(R). *Health care management review*. 2015;40(2):116–25. Epub 2014/05/16.
 24. Smith MD, Institute of Medicine (U.S.). Committee on the Learning Health Care System in America. Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America. Washington, D.C.: National Academies Press; 2012. xix, 416 p. p.
 25. Senge PM. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. 1st ed. New York: Doubleday/Currency; 1990. viii, 424 p. p.
 26. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001. xx, 337 p. p.
 27. Ancona DG, Bresman H. *X-teams: how to build teams that lead, innovate, and succeed*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press; 2007. xi, 260 p. p.
 28. Edmondson AC. *Teaming: how organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2012. xiii, 334 p. p.
 29. Robertson BJ. *Holacracy: the new management system for a rapidly changing world*. First edition. ed. xi, 223 pages p.

Call for Abstracts

Wir danken Dr. Franziska Zúñiga und Dr. Mario Desmedt für die spannenden und bereichernden Zusammenfassungen ihrer Dissertationen, welche sie für das Vorliegende VFP/APS Update erstellt haben und gratulieren ihnen herzlich zum bestandenen Doktorat. Sehr gerne drucken wir auch eine Zusammenfassung Ihrer Dissertation in der nächsten Ausgabe ab. Bitte melden Sie sich bei dalit.jaeckel@vfp-apsi.ch.



Details zu den Studiengängen der BFH finden Sie auf der Website gesundheit.bfh.ch

Bachelor in Pflege (berufsbegleitend)

Der berufsbegleitende Bachelorstudiengang für diplomierte Pflegefachpersonen an der BFH ist in der Schweiz einzigartig. Er bietet die Voraussetzungen für eine akademische Pflegelaufbahn und die Möglichkeit, ein weiterführendes Studium Master of Science in Pflege zu absolvieren.



AUS DEN AFGs

Die AFG-Rehabilitationspflege kommt zu Wort

So Richtig Anstrengend, Repetitiv und (hoffentlich) Nachhaltig

Oder der steinige Weg zur Swiss Research Agenda for Rehabilitation Nursing (SRARN)

Susanne Suter-Riederer, Myrta Kohler, Brigitte Seliner

Für neue Mitglieder (Update)

Die AFG-Rehabilitationspflege konnten wir im Jahr 2013 mit 8 Mitgliedern in Basel gründen. Das erste Jahr stand unter dem Aspekt der Konsolidierung, Orientierung und Mitgliedersuche. Wir treffen uns seit der Gründung 4 x jährlich und sind mittlerweile 20 Mitglieder aus Praxis, Lehre und Forschung. 2015 konnten wir zum 20-jährigen Bestehen der Interessengemeinschaft Rehabilitationspflege (IGRP) das erste Zentralschweizer Pflegesymposium Rehabilitation Care zusammen mit der IGRP durchführen. Unsere AFG wird von den Co-Präsidentinnen Brigitte Seliner und Myrta Kohler geleitet und vertreten.

Für alle interessierten Leserinnen und Leser

Im Dezember 2014 haben wir uns entschieden, die Auseinandersetzung mit den Rehabilitationsthesen weiterzuführen und eine Forschungsagenda zu entwickeln. Eine erste Auslegeordnung fand im April 2015 statt mit dem Resultat, einen Fahrplan für zwei Jahre erstellt zu haben. Wir orientieren uns an der Swiss Research Agenda for Nursing-SRAN 2007–2017 (*Pflege*, 2008) und machen uns auf die Suchen nach Forschungsagenden für Rehabilitationspflege

in andern Ländern. Folgende Hürden haben wir bereits überwunden:

Mai 2015: Kick Off SRARN – Entscheidung, dass wir eine Forschungsagenda für die Rehabilitationspflege entwickeln / «Gruppenbildung (Ostschweiz und Zürich) und Auftragsverteilung».

August 2015: Vorstellung erster Suchresultate – Diskussion und Beschluss: Beide Gruppen machen eine explorative Literaturrecherche (nicht abschliessend). Jede Gruppe organisiert sich selbst.

November 2015: Diskussion der Literaturrecherche der beiden Gruppen, die Suche wurde begonnen, konnte jedoch aufgrund knapper Ressourcen nicht abgeschlossen werden. Vorschlag, dass auch nach bereits bestehenden Forschungsagenden gesucht werden müsste und dass beide Gruppen ihre Suche eingrenzen müssen. Beschluss, sich 2016 für einen ganzen Tag zu treffen, um intensiv an der SRARN zu arbeiten.

Februar 2016: Arbeitstagung SRARN ganztägig. Definition der Suchbegriffe, Suche und Zusammenfassung der Resultate.

Juni 2016: Stand der Arbeiten: Wir haben zwei wichtige Papiere erarbeitet:

1. Literatursuche nach Forschungsagenden/Reviews
2. Eine Synthese der Prioritäten SRARN, der Rehabilitationsthesen und der internationalen Research Agenda «The Rehabilitation Nursing Research Agenda» (2014).

Mit diesen Erarbeitungen stehen wir vor der Entscheidung, welchen Weg wir weiter ein-

schlagen und diskutieren drei Alternativen:

1. Wir warten auf die SRAN 2017–2027 und richten uns danach aus
2. Wir starten eine Delphirunde, befragen Expertinnen der Rehabilitationspflege zu unserem Synthesepapier und publizieren
3. Wir legen das Thema auf Eis

Aufgrund der eingeschränkten personellen und finanziellen Ressourcen beschliessen wir, die SRARN pragmatisch weiterzuentwickeln. Die Synthese wird weiter bearbeitet, die einzelnen Forschungsfelder priorisiert, die Themen vertieft und diskutiert. 2017 werden wir das Resultat am nächsten Pflegesymposium Rehabilitation Care in Luzern (14. 3. 2017) den Expertinnen der Rehabilitationspflege und allen andern Interessierten vorstellen und mit ihnen diskutieren.

Lernprozess aus unserer Sicht:

- Die Erarbeitung einer SRARN geht nicht «nebenher»
- 4 Sitzungen pro Jahr für 3 Stunden reichen bei weitem nicht aus, ein solches Thema seriös zu bearbeiten
- Die Diskussionen schärfen unser Profil und ermöglichen uns, den Inhalt der Rehabilitationspflege zu reflektieren und im internationalen Kontext zu vergleichen
- Ein gut strukturierter Arbeitstag kann enorm effizient sein
- Die Erarbeitung fördert die Identifikation und die Kollegialität
- Wir sind auch ein bisschen stolz auf unser Durchhaltevermögen und den Entwicklungsprozess

Die Entwicklung der SRARN war nicht die einzige Aufgabe im letzten AFG-Jahr: Es galt, diverse Stellungnahmen zu erstellen,

unsere Vernetzung weiter zu fördern, neue Mitglieder einzuführen, unsere Website aktuell zu halten und das kommende Symposium vorzubereiten ...

Groupe Romandie

Anlässlich der letzten Versammlung der «Groupe Romandie» im Februar haben wir über eine Zusammenarbeit mit deutschsprachigen akademischen Fachgesellschaften und die Bildung von «AFG-Aussenstellen» in der Westschweiz diskutiert. Wir möchten den Pflegenden mit Spezialisierung Gerontologie oder Psychiatrie die Gelegenheit bieten, mit deutschsprachigen Berufskolleginnen und -kollegen des VFP in Kontakt zu treten. Die Idee dahinter war, auf Westschweizer und Gesamtschweizer Ebene die Vernetzung von Berufsfachleuten zu fördern, die an der Forschung und dem Austausch über Good Practices auf dem Gebiet der Krankenpflege interessiert sind.

Am vergangenen 3. Juni haben etwa 15 spezialisierte oder am Thema interessierte Pflegende (vornehmlich aus dem CHUV) an einer Sitzung teilgenommen, welche auf die Vernetzung mit akademischen Fachgesellschaften aus der Deutschschweiz abzielte.

Joëlle Tischhauser hiess die Teilnehmenden willkommen, anschliessend stellte Annie Oulevey den Anwesenden den VFP vor und erklärte Ursprung, Ziele und Aktivitäten des Vereins. Es wurden zudem Vorstandsmitglieder vorgestellt und es wurde ein Überblick über die verschiedenen akademischen Fachgesellschaften gegeben.

Corinne Steinbrüchel, Vertreterin der akademischen Fachgesellschaft gerontologische Pflege, stellte anschliessend ihre

Fachgesellschaft ausführlich auf Französisch vor (merci beaucoup Corinne!) und sprach sich dabei für eine Öffnung der Deutschschweizer gegenüber den Romands aus. Sie beschrieb die ausgesprochen interaktive Funktionsweise ihrer Fachgesellschaft und informierte über die Treffen, die mehrmals pro Jahr an einem Ort im Kreuzungspunkt zwischen Basel, Zürich und Bern stattfinden: in Olten.

Peter Wolfensberger, Präsident der akademischen Fachgesellschaft «psychiatrische Pflege» stellte anschliessend diese AFG ausführlich auf Englisch vor. Auch er unterstrich das Interesse der AFG, die Ressourcen mit interessierten Personen aus der Westschweiz zu teilen. Er wies zudem darauf hin, dass die Deutschschweizer dazu bereit seien, in die Romandie zu reisen, um ihre westschweizer Berufskolleginnen und -kollegen zu treffen, und dass die Sprache kein Hindernis bilden sollte, schliesslich sprächen in der AFG zahlreiche Personen auch Französisch.

Es folgte eine offene Diskussion, aufgeteilt auf die 2 vertretenen Gruppen Psychiatrie und Gerontologie. Jeder konnte die Fragen stellen, die ihm am Herzen lagen, und die Vertreter der AFG konnten der durchwegs interessierten Zuhörerschaft präzise und ausführliche Antworten geben.

Unsere beiden Redner gaben ebenfalls ihrem Interesse und der Neugier für die verschiedenen Problemstellungen Ausdruck, mit welchen die in der Westschweiz tätigen Experten konfrontiert sind. Sie bestätigten, dass gewisse Problemstellungen ähnlich gelagert sind und dass eine gemeinsame Bearbeitung dieser Problemstellungen

dazu führen würde, dass die daraus gewonnenen Erkenntnisse auf nationaler Ebene aussagekräftiger wären.

Annie und Joëlle gesellten sich beide je zu einer thematischen Gruppe, um bei Bedarf die Kommunikation zu unterstützen oder mit Übersetzungen behilflich zu sein (was dann allerdings kaum nötig war).

Im Rahmen der Diskussionen wurde die Frage nach der Gründung einer «westschweizer Aussenstelle» der AFG «Psychiatrische Pflege» und «Gerontologische Pflege» aufgeworfen. Das böte beispielsweise die Gelegenheit, innovative Projekte oder Partnerschaften aufzugleisen, um Praktiken zu entwickeln, je nach Bedürfnissen und Neigungen auf westschweizer Seite in ein Gespräch einzutreten und dabei mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen verbunden zu sein, die auf gesamtschweizerischer Ebene in Pflege und Forschung aktiv sind.

Die Teilnehmenden gingen schliesslich im Wissen auseinander, dass sie über die Unterstützung der anwesenden AFG und von Annie Oulevey und Joëlle Tischhauser verfügen, um bei Bedarf die Überlegungen weiterführen zu können und – wer weiss – ein westschweizer Netzwerk aufzuziehen, das als Partner der deutschschweizer AFG auftritt.

Es folgten die Sommerferien. Wir werden bis Ende Jahr sicher Neuigkeiten zu allfälligen Projekten liefern können, die sich konkretisieren ...

Wir möchten die Gelegenheit nutzen und sämtlichen Teilnehmenden ganz herzlich danken – und wir wünschen uns, dass das in Gang gebrachte Networking erfolgreich weitergeführt wird!

3. APN-Workshop – Entwicklung, Implementierung und Herausforderungen

Peter Ullmann, Präsident Deutsches Netzwerk APN & ANP g.e.V.

Der 3. APN-Expertenworkshop 2016 wurde von den Akademischen Fachgesellschaften des Deutschen Netzwerkes APN & ANP g.e.V. sowie den österreichischen Kooperationspartnern Fachhochschule KREMS und dem Haus der Barmherzigkeit (Wien) gestaltet. Im Zentrum standen zum einen die aktuellen Entwicklungen im deutschsprachigen Raum und zum anderen die Fortführung der Advanced-Practice-Nurse-Profilentwicklung im Kontext von APN Critical Care, APN Mental Health Care und APN Paediatric Nursing and Caring. Nachdem im Jahr 2011 die Visionen in APN, ANP und APN in einem Positionspapier dargestellt wurden, erfolgte in einem zweiten Schritt die Durchführung, Veröffentlichung und Diskussion der beiden Literaturrecherchen in den Bereichen APN Critical Care und APN Mental Health Care. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die ANP-Handlungsfelder sehr unterschiedlich sein können und entsprechend die notwendigen ANP-Kompetenzen variieren. Ein Artikel beleuchtete die Medikamentenverschreibung durch APN im Bereich Mental Health Care. Diese hatten zuvor die Kompetenz, Medikamente zu verschreiben, in einem Weiterbildungsmodul erworben, waren jedoch aus verschiedenen Gründen teilweise nicht bereit, diese in der Praxis auszuüben. Das bedeutet, dass der Diskurs in der Anwendung von vorhandenen ANP-Kompetenzen geführt werden muss, nicht nur darauf basierend, was institutionell oder gesetzlich erlaubt ist, sondern auch darauf, was von einer Advanced Practice Nurse gewollt wird. Der dritte Schritt der prosperierenden APN-

Evolution wird voraussichtlich in der Entwicklung eines Studiendesigns sein, welches dazu dient, die zukünftige Entwicklung von APN, ANP und APNs in einem Zeithorizont von etwa 5–10 Jahren zu eruieren.

Ein weiterer Punkt im APN-Workshop widmete sich dem Thema der Stellenbeschreibung. Verschiedene APNs berichteten, dass sie durch ihren Arbeitgeber beauftragt wurden, ihre eigenen Stellenbeschreibungen zu erstellen. Was im ersten Moment verlockend klingt, stellt sich bei der näheren Betrachtung als eine komplexe Herausforderung dar. Die akademische Fachgesellschaft APN Mental Health Care erstellte in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Daniela Lehwaldt (DCU, Dublin) eine Arbeitsübersetzung der irischen Reglementierung für APNs-Stellen. Hier zeigte sich, dass die Stellenbeschreibungen nicht alleine durch eine Advanced Practice Nurse erstellt werden, sondern verschiedene Bereiche des Pflegemanagements, des ärztlichen Dienstes und der Verwaltung beim Entwurf involviert sind. Interessant ist, dass die APNs eine Genehmigung der Pflegekammer benötigen, um an ihren Stellen zu arbeiten. Anhand der übersetzten und modifizierten irischen Stellenbeschreibung wurde innerhalb von drei Gruppen diese Stellenbeschreibung zu einem spezifischen Handlungsfeld bearbeitet. Die Teilnehmerinnen stellten fest, dass verschiedene organisatorische, gesetzliche und inhaltliche Kenntnisse respektive Kompetenzen vorhanden sein müssen, um eine Stellenbeschreibung zu bearbeiten. Im APN Magazin 2016 ist geplant, die APNs-Stellenbeschreibung und eine differenzierte Darstellung zu publizieren.

Wir freuen uns, wenn Sie interessante Projekte, Arbeiten, Studien und Erfahrungen in dem einmal jährlich erscheinenden APN Magazin veröffentlichen. Kontakt und Texte können Sie unter apnmagazin@dnapn.de einsenden.

Folgende Abkürzungen wurden im Text verwendet

APN – Advanced Practice Nursing (Modell-ebene)

APNs – Advanced Practice Nurses (Rollen-ebene)

ANP Advanced Practice Nursing (Handlungseben)

Aktuelles aus der Geschäftsstelle

Dalit Jäckel und Yoshija Walter

Die VFP-Geschäftsstelle befindet sich nun schon seit einem Jahr am neuen Standort, im Haus der Akademien in Bern. In der Zwischenzeit haben wir uns sehr gut eingelebt und fühlen uns an der Laupenstrasse zu Hause. Die Kontakte, die wir in der Kaffeepause sowie auch formal mit anderen Organisationen im Haus knüpfen konnten, sind vielfältig und für den VFP sehr gewinnbringend. Ausserdem nutzt nicht nur der Vorstand die modernen Sitzungszimmer regelmässig; auch die AFG halten ihre Treffen immer mehr im Haus der Akademien ab, sodass der Kontakt zur VFP-Geschäftsstelle intensiviert ist.

Seit anfangs 2016 hat Herr Yoshija Walter, Assistent der Geschäftsstelle, die Buchhaltung übernommen und benutzt dabei die Online-Vereinssoftware Webling, mit der sowohl die Mitgliederadressverwaltung als auch die Buchhaltung einfach und übersichtlich zu handhaben sind. Die Homepage erscheint zwar bisher noch in ihrem alten Kleid, aber inhaltlich haben wir alle Seiten auf den aktuellsten Stand gebracht. Ausserdem konnten wir von einer Zusammenarbeit mit der ZHAW profitieren, indem dortige Linguistik-Studierende grosse Teile der VFP-Homepage als Seminararbeit auf Englisch übersetzt haben. Diese Arbeit ist

seit Kurzem aufgeschaltet und wir haben damit einen wichtigen Schritt in die internationale Ausrichtung des Vereins gemacht. Im Juli haben wir zudem die Domain gewechselt. Aus der etwas langen und für nicht-deutschsprachige User komplizierten Adresse www.pflegeforschung-vfp.ch ist neu www.vfp-apsi.ch geworden, dies gilt auch für die Endung der VFP-E-Mailadressen. Der Vorstand hat diese Domain aus mehreren Vorschlägen ausgewählt und möchte damit auch die Bilingualität unseres Vereins betonen. Im Juni 2016 waren wir traditions-gemäss am SBK-Kongress in Davos mit einem Stand vertreten. Sehr viele interessierte Besucher erkundigten sich über den VFP sowie die AFG und wir konnten viele Kontakte knüpfen und Mitglieder gewinnen. Nebst unserem üblichen Werbematerial hat diesmal auch ein Gewinnspiel die Kongress-teilnehmer auf uns aufmerksam gemacht. Ausserdem haben uns die intensiven Vor- und Nachbereitungsarbeiten für die Generalversammlung (Protokoll auf unserer Website), die Koordination diverser Stellungnahmen und Mitarbeiten (ebenfalls auf der Website) sowie Mitgliederwerbung beschäftigt. Durchschnittlich versenden wir einmal monatlich einen Newsletter an alle Mitglieder per E-Mail. Auch bei der Aufgleisung von und Sponsorensuche für SRAN III ist die Geschäftsstelle aktiv beteiligt. Nicht zuletzt sind wir intensiv mit der Vorbereitung des Jubiläumsanlasses im April 2017 und der diesbezüglichen Sponsorensuche beschäftigt.

Als neue Kollektivmitglieder begrüßen wir im VFP:

- Alterszentrum Platten
- Bildungszentrum Gesundheit und Soziales
- HES-SO Valais-Wallis Haute Ecole de Santé
- Institut et Haute Ecole de la Santé La Source
- Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd
- Spital Männedorf / Bereichsleitung Pflege
- Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz
- Universitätsklinik Balgrist
- Wohnheim Riggisberg

Impressum

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft, Geschäftsstelle

Geschäftsführerin: Dr. Dalit Jäckel
Assistent: Yoshija Walter

Haus der Akademien
Laupenstrasse 7 / Postfach
3001 Bern

031 306 93 90
www.vfp-apsi.ch
info@vfp-apsi.ch

Präsidentin: Prof. Dr. Maria Müller Staub
Obere Hofbergstrasse 10
9500 Wil
muellerstaub@me.com
<http://www.pflege-pbs.ch>
P: 032 641 02 54
Mobil: 079 397 44 99

Übersetzung: Stéphane Gillioz
Druck: Schwabe AG, Muttenz
Auflage: 575 Exemplare

IMPRESSIONEN DER GENERALVERSAMMLUNG 2016



Jubiläumsanlass Nursing on the Top

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP



Am 27. April 2017 feiern wir unser 20-jähriges Bestehen so wie unsere Errungenschaften und Erfolge. Gleichzeitig blicken wir motiviert und ideenreich in die Zukunft unseres Vereins und der Pflegewissenschaft.

Ort: Restaurant Stella, Inselspital, Universitätsspital Bern

Datum und Zeit: 27. April 2017, ab 17.30 Uhr (im Anschluss an die Generalversammlung)

Programm:

Apéro
Festliches Essen

Vorstellung der VFP-Jubiläumspublikation

Keynote von Frau Dr. Yvonne Gilli (alt Nationalrätin)

Gesprächsrunde mit bisherigen VFP-Präsidentinnen

Ernennung von Ehrenmitgliedern

Anmeldung: www.vfp-apsi.ch (Platzzahl beschränkt, Teilnahme kostenlos)

A series of horizontal lines in various colors (green, blue, purple, yellow, red) running across the page.

20 Jahre VFP