



Gezielte Entwicklung von Advanced Practice Nurse-Rollen für spezifische Patient(inn)engruppen in einem Schweizer Universitätsspital

Elisabeth Spichiger^{1,2}, Maya Zumstein-Shaha³, Maria Schubert^{1,2}, Luzia Herrmann¹

¹Bereich Fachentwicklung, Direktion Pflege / MTT, Insel Gruppe, Inselspital Universitätsspital Bern

²Pflegewissenschaft, Departement Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel

³Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Department Gesundheit, Berner Fachhochschule

Zusammenfassung:

Hintergrund: Um den zukünftigen Bedarf der Bevölkerung an medizinischen Leistungen abzudecken, sind neue Versorgungsmodelle gefragt. Der Aufbau von Advanced Nursing Practice (ANP) bietet eine Möglichkeit, diesen Herausforderungen mit neuen Angeboten zu begegnen. Im Inselspital, Universitätsspital Bern werden seit 2011 ANP-Angebote und entsprechende Advanced Practice Nurse-Rollen aufgebaut.

Ziel: Es wird angestrebt, innovative und evidenzbasierte ANP-Angebote zu entwickeln, um die Versorgung für spezifische Patient(inn)engruppen und ihre Angehörigen auszubauen und mehr Sicherheit sowie bessere Ergebnisse zu erreichen.

Methode: ANP-Angebote werden im Rahmen von Projekten, in enger Zusammenarbeit von Klinik und Bereich Fachentwicklung (BFE) der Direktion Pflege entwickelt. Zur Evaluation werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten erhoben.

Ergebnisse: Heute sind fünf ANP-Angebote etabliert, acht weitere befinden sich im Aufbau. Die meisten Angebote sind auf eine langfristige Betreuung von Patient(inn)en mit chronischen Erkrankungen und ihre Angehörigen ausgerichtet. Zehn APN haben Anstellungen von 10 % bis 80 %, drei führen ein ANP-Team. Sie arbeiten zu über 50 % in der direkten klinischen Praxis, primär beratend. Ein ANP-Netzwerk verbindet APN und BFE, um Synergien und Austausch zu fördern.

Schlussfolgerungen: Herausfordernd bei der Entwicklung von ANP-Angeboten sind oft die Ressourcen. Wesentlich für den nachhaltigen Erfolg sind ein adäquater Stellenumfang, die Unterstützung durch die Klinikleitung, das spitalweit gültige Konzept und der Aufbau im Rahmen von Projekten.

Schlüsselwörter: Advanced Nursing Practice, Rollenentwicklung, Versorgungsmodelle, evidenzbasierte Praxis, Spitäler

Focused development of advanced practice nurse roles for specific patient groups in a Swiss university hospital

Abstract:

Background: To cover future health care needs of the population, new care models are necessary. The development of advanced nursing practice (ANP) offers the opportunity to meet these challenges with novel services. At the Inselspital, Bern University Hospital, ANP services and corresponding advanced practice nurse (APN) roles have been developed since 2011.

Purpose: The aim is to develop innovative and evidence based ANP services to supplement health care for specific patient groups and their family members with the goal to improve safety and achieve better outcomes.

Methods: Project-based ANP services are developed in close collaboration of clinical departments and the Nursing Development Unit (NDU) of the Directorate of Nursing. Structure, process and outcome data are collected for evaluation.

Findings: Currently, five ANP services are established and running, eight more are in the developmental phase. Most services address the long term care of patients with chronic illnesses and their family members. Ten APNs work between 10 % and 80 %, three are leading an ANP-team. APNs work over 50 % in direct clinical practice, primarily in counselling. An ANP network connects APNs and NDU, promoting synergy and exchange.

Conclusions: The available resources often constitute a challenge for the development of ANP services. Vital for the long-term success are an adequate extent of the position, the support by department directorate, the conceptual framework that is implemented across the whole hospital, and the development within project structures.

Keywords: advanced practice nursing, role development, models of care, evidence-based practice, hospitals

Einleitung

Bekannte demografische Veränderungen in der Bevölkerung sowie kontinuierliche Entwicklungen in Medizin

und Medizintechnik führen zur Zunahme betagter Menschen, chronisch Kranker aller Altersgruppen und multimorbider Patient(inn)en (Bundesamt für Gesundheit, 2013; OECD/WHO, 2011). Die durchschnittliche Auf-

Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?

In der Schweiz werden zunehmend Advanced Practice Nurse-Rollen aufgebaut.

Was ist neu?

Zentral gesteuerte Entwicklung von Advanced Nursing Practice-Angeboten für ausgewählte Patient(inn)engruppen, abgestützt auf ein spitalweit gültiges Konzept.

Welche Konsequenzen ergeben sich für die Pflegepraxis?

Zentrale Steuerung, gezielter Projektaufbau, gute Zusammenarbeit interprofessionell sowie von Klinik und Direktion Pflege fördern den Aufbau innovativer Angebote / Rollen.

enthaltendauer in Schweizer Akutspitälern ist rückläufig (Widmer & Kohler, 2016). Folglich findet eine Verlagerung von der Akutbetreuung in den ambulanten und Langzeitbereich statt. Zusätzlich wird eine Konzentration der hochspezialisierten Medizin angestrebt (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2008). Diese Veränderungen sind herausfordernd für Patient(inn)en und ihre Angehörigen: Sie müssen die Behandlung von Krankheiten und den Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und Therapien zu Hause selber oder mit Unterstützung durch Gesundheitsfachpersonen bewältigen (Bundesamt für Gesundheit, 2013; OECD/WHO, 2011). Advanced Practice Nurses (APN) können chronisch kranke Patient(inn)en mit komplexen Anforderungen langfristig unterstützen.

Die genannten Veränderungen stellen auch alle Fachpersonen im Gesundheitswesen vor hohe Anforderungen; neue Versorgungsmodelle sind gefragt, um den zukünftigen Bedarf der Bevölkerung an medizinischen Leistungen adäquat abzudecken (Bundesamt für Gesundheit, 2013; OECD/WHO, 2011). Innovative Advanced Nursing Practice-Angebote sind eine Möglichkeit, diesen Herausforderungen zu begegnen. APN-Rollen ermöglichen zudem das Nutzen des vollen Potenzials von Pflegefachpersonen mit Master of Science in Nursing (MScN) oder Doktorat in Pflege, um bessere Ergebnisse für Patient(inn)en und ihre Angehörigen zu erreichen (Institute of Medicine, 2011). Der Begriff „Angehörige“ bezieht sich im Sinne von Wright, Watson und Bell (1996) hierbei auf alle Personen, die sich dem Patienten verbunden fühlen und involviert sind.

Advanced Nursing Practice (ANP) bezeichnet eine erweiterte vertiefte Pflegepraxis; diese bezieht sich insbesondere auf 1) die Nutzung einer ganzheitlichen Sicht, welche physiologische, soziale, emotionale, kognitive und spirituelle Aspekte einbezieht und damit Patient(inn)en und Angehörige als einmalige Individuen in ihrem alltäglichen Umfeld und im Gesundheitssystem betrachtet, 2) den Aufbau einer therapeutischen Beziehung zu Patient(inn)en und Angehörigen und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit ihnen, 3) das adäquate Umsetzen von fundiertem theoretischen Wissen, klinischer Expertise und Kenntnissen bezüglich ethischer Entscheidungsfindung in der Praxis, 4) das Gewährleisten einer evidenzbasierten Pflege und 5) das bedarfsge-

rechte und flexible Einsetzen unterschiedlicher Methoden in der Zusammenarbeit mit Patient(inn)en und Angehörigen (Hamric et al., 2014). Während ANP vor allem in den angelsächsischen Ländern etabliert ist, weltweit in rund 40 Ländern praktiziert und seit ca. 15 Jahren in der Schweiz gelehrt und zunehmend umgesetzt wird (Bryant-Lukosius et al., 2016; OECD, 2010; Pulcini, Jelic, Gul, & Loke, 2010; Spirig, Panfil, & Meyer, 2010), wurde im Inselspital, Universitätsspital Bern erst 2011 mit dem Aufbau und der Umsetzung von ANP-Angeboten begonnen.

In diesem Artikel beschreiben wir, mit welchem Ziel in der Insel Gruppe ANP-Angebote aufgebaut werden, nach welchen Kriterien und mit welchen Instrumenten dieser Aufbau zentral gefördert und gesteuert wird, wie die Arbeit der APN auf Spitalebene evaluiert wird und was in den ersten fünf Jahren erreicht wurde. Nicht thematisiert werden Ergebnisse für Patient(inn)en und Angehörige auf der Ebene der einzelnen Angebote. Die Entwicklung erfolgte von 2012 bis 2015 zunächst im Inselspital. Seit dem Zusammenschluss des Universitätsspitals mit dem Stadtspital und den Landspitälern zur Insel Gruppe gelten Ziele und Vorgehen für die Gesamtorganisation.

Ziele der ANP-Entwicklung

Folgende Zielsetzung leitet die ANP-Entwicklung in der Insel Gruppe: Ein ANP-Angebot soll innovativ sein und evidenzbasiert entwickelt werden. Damit sollen die Versorgung für eine spezifische Patient(inn)engruppe und ihre Angehörigen in sinnvoller Weise ausgebaut/ergänzt und mehr Sicherheit und bessere Ergebnisse erreicht werden.

Ein ANP-Angebot wird aufgebaut, wenn mehrere der folgenden, auf die Unternehmensstrategie der Insel Gruppe abgestimmte Kriterien zutreffen: 1) Betreuung und Kontinuität in der Pflege können verbessert und dadurch bessere Ergebnisse für Patient(inn)en erreicht werden. 2) Das Angebot leistet einen Beitrag zum Erfüllen der Klinik-/Spitalziele oder der Unternehmensstrategie der Insel Gruppe. 3) Es kann ein Mehrwert für Klinik, Spital oder Insel Gruppe generiert werden. 4) Dank einem neuen Versorgungsmodell können Prozesse im Sinne einer integrierten Versorgung optimiert werden. 5) Herausforderungen im Gesundheitswesen kann innovativ begegnet werden. 6) Der Bedarf eines ANP-Angebots lässt sich aus der Literatur ableiten (Herrmann, Shaha, & Spichiger, 2016).

Dieser Artikel fokussiert ausschließlich auf die Entwicklung von neuen ANP-Angeboten und APN-Rollen. In der Insel Gruppe arbeiten seit langem Pflegeexpert(inn)en (diplomierte Pflegefachpersonen mit einer höheren Fachausbildung Stufe 2 und/oder MScN) als Fachexpert(inn)en in einer Klinik; sie sind mitverantwortlich für die Pflegeentwicklung und -qualität. Diese

etablierten Rollen sind nicht Teil des vorliegenden Berichts.

Methode, Vorgehen und Organisation

Den Kontext für die ANP-Entwicklung bilden das Universitätsspital, das Stadtspital und die vier Landspitäler der Insel Gruppe. Die bisherigen Schritte betrafen das Universitätsspital. Zukünftig sollen bei einem entsprechenden Bedarf auch im Stadt- und in den Landspitalern ANP-Angebote aufgebaut werden.

In diesem Artikel wird von der Entwicklung im Universitätsspital berichtet. Dieses umfasst zehn Departemente mit 30 Kliniken und rund 1000 Betten. Im Jahr 2015 waren 43 697 Patient(inn)en für durchschnittlich sechs Tage hospitalisiert. Zudem wurden 638 955 Patient(inn)en ambulant behandelt. Das Spital verfügt über 2443 Vollzeiteinheiten für Pflegefachpersonen. Der/Die Direktor(in) Pflege/MTT ist Mitglied der Geschäftsleitung der Insel Gruppe und führt die Direktion Pflege, medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Bereiche (DPMTT). Als Teil der DPMTT ist der Bereich Fachentwicklung (BFE) unter anderem zuständig für die ANP-Entwicklung. Auf Klinikenebene sind grundsätzlich der/die Leiter(inn) Pflegedienst verantwortlich für die Entwicklung von ANP-Angeboten. Die APN sind in die Linienorganisation eingebunden und dem/der Leiter(in) Pflegedienst unterstellt. Eine APN ist zudem fachlich der leitenden Ärztin/dem leitenden Arzt unterstellt, die/der in Zusammenarbeit mit ihr die Patient(inn)engruppe betreut.

Organisation der ANP-Entwicklung

Wenn für eine bestimmte Patient(inn)engruppe in einer Klinik der Bedarf für ein ANP-Angebot erkannt wird, erfolgt der Aufbau grundsätzlich im Rahmen eines Projekts und in enger Zusammenarbeit von Klinik und BFE. Im BFE unterstützen primär die/der Bereichsleiter(in) und zwei wissenschaftliche Mitarbeitende mit Doktorat in Pflegewissenschaft die ANP-Entwicklung. Von der Klinik, die ein Angebot aufbauen will, sind zu Beginn meist die/der Leiter(in) Pflegedienst und die zukünftige APN involviert. Letztere arbeitet oft bereits in der Klinik. Üblicherweise diskutieren die/der Leiter(in) Pflegedienst, die APN sowie Leiter(in) und Mitarbeitende des BFE in einem ersten Austausch das geplante ANP-Angebot und definieren die Form der Zusammenarbeit und die Projektorganisation mit Auftraggeber(inne)n, Steuergruppe, Projektleitung und -gruppe. Die Zusammensetzung der Projektgruppe unterscheidet sich je nach Projekt, meist ist ein(e) leitende(r) Arzt/Ärztin integriert. Abbildung 1 zeigt die organisatorischen Strukturen, in denen der Aufbau von ANP-Angeboten

erfolgt, sowie eine übliche Projektorganisation. Die Projektleitenden erarbeiten dann einen Projektantrag, der Hintergrund, Bedarf und Ziele des ANP-Angebots aufzeigt sowie erforderliche Maßnahmen und Meilensteine skizziert. Zudem werden Rahmenbedingungen, verfügbare Ressourcen und die Form der Kommunikation festgelegt. Die Steuergruppe genehmigt den Projektantrag, Projektleitende und -gruppe setzen diesen um und berichten an die Steuergruppe wie vorgesehen. Mit einem durch die Steuergruppe genehmigten Schlussbericht wird das Projekt abgeschlossen und das neue Angebot in den Normalbetrieb integriert.

Grundlagen zur ANP-Entwicklung

Als strukturelle Elemente auf Ebene der Insel Gruppe unterstützen ein übergeordnetes ANP-Konzept (Herrmann et al., 2016) des BFE, eine APN-Musterstellenbeschreibung und eine Richtlinie zum Abrechnen ambulanter Leistungen den Aufbau von ANP-Angeboten und APN-Rollen. Ein zur Verfügung stehender ANP-Flyer kann zur Information von Fachpersonen (Pflegefachpersonen, Ärzt(inn)en, Fachpersonen medizinisch-therapeutischer und medizinisch-technischer Berufe) genutzt werden. Allen Beteiligten steht eine gemeinsame, geschützte Ablage für elektronische Dokumente zur Verfügung.

Das ANP-Konzept legt Vorgaben zum Entwickeln von ANP-Angeboten und APN-Rollen verbindlich fest und ist wegweisend für Kliniken und BFE. Im Konzept wird der internationale, nationale und lokale Hintergrund zu ANP beschrieben. Das Modell von Hamric et al. (2014) wird als theoretischer Rahmen vorgegeben. Dementsprechend soll die APN über einen MScN verfügen und ihr Fokus soll die direkte Betreuung von Patient(inn)en und Angehörigen sein. Gemäß Konzept müssen ärztliche und pflegerische Leitung der jeweiligen Klinik dem Aufbau eines Angebots

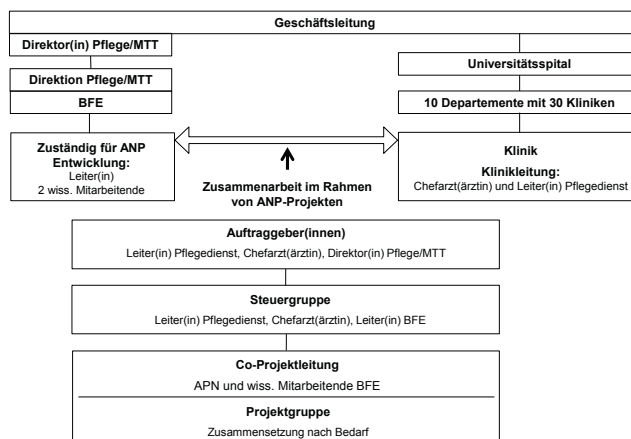


Abbildung 1. Organisatorische Strukturen, in denen der Aufbau von ANP Angeboten erfolgt, sowie eine übliche Projektorganisation. Abkürzungen: MTT = medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Bereiche; BFE = Bereich Fachentwicklung; APN = Advanced Practice Nurse; wiss. = wissenschaftlich

S [protocol]://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000594 - Monday, July 23, 2018 7:19:35 AM - UZH Hauptbibliothek / Zentralbibliothek Zürich IP Address: 144.200.17.42

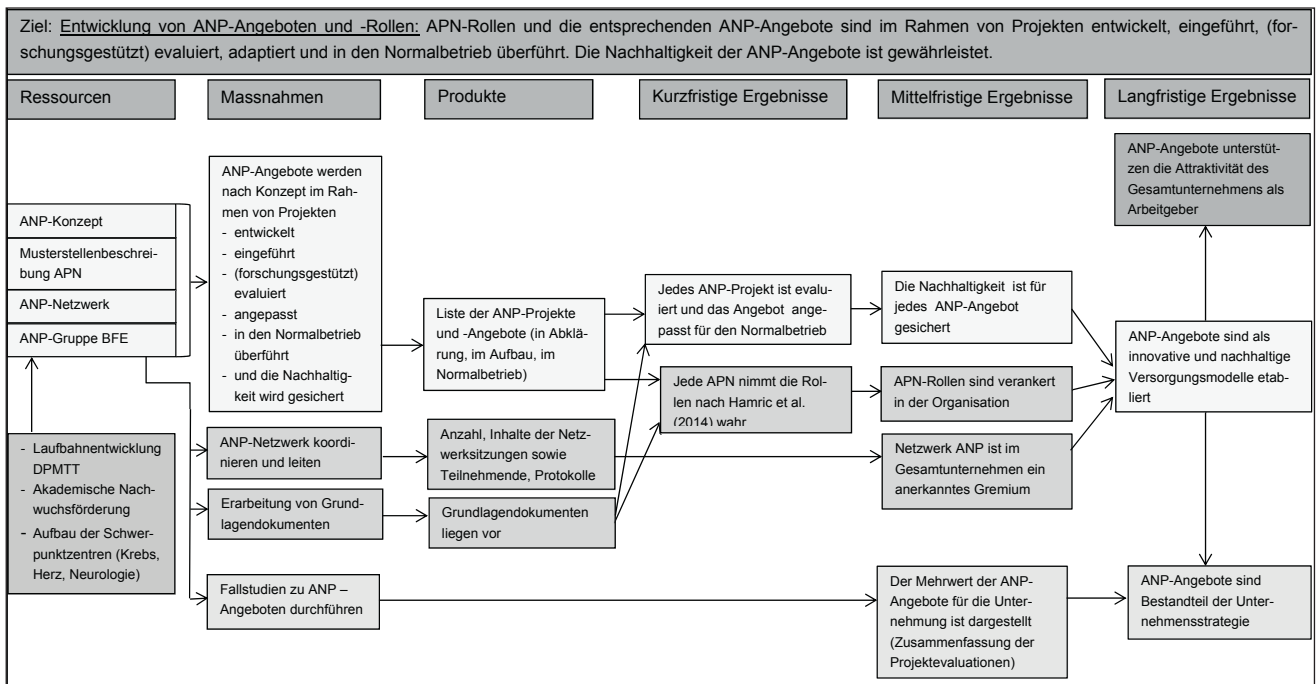


Abbildung 2. Ausschnitt aus dem logischen Modell zur Entwicklung von ANP-Angeboten.

Abkürzungen: ANP = Advanced Nursing Practice; APN = Advanced Practice Nurse; BFE = Bereich Fachentwicklung; DPMTT = Direktion Pflege, medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Bereiche

zustimmen. Im Gegensatz zu anderen Ländern fehlt in der Schweiz noch eine rechtliche Grundlage für den umfassenden Kompetenzbereich einer APN. Folglich müssen rollenspezifisch erweiterte Kompetenzen mit den ärztlichen Partnern schriftlich vereinbart werden. Weiter ist im Konzept festgehalten, dass jedes Projekt bezüglich Struktur, Prozess und Ergebnissen zu evaluieren ist (Donabedian, 2005) und Schritte zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Angebots zu integrieren sind. Schließlich sind im Konzept die Aufgaben des BFE beschrieben. Die geplante Unterstützung der ANP-Entwicklung durch den Bereich ist in einem logischen Modell (W. K. Kellogg Foundation [WKKF], 2004) zusammenfassend dargestellt. Die Abbildung 2 zeigt einen Ausschnitt aus dem logischen Modell.

Verschiedene methodische Ansätze werden für Planung und Durchführung von ANP-Aufbauprojekten, soweit sinnvoll, kombiniert (Ullmann-Bremi, Spirig, & Ullmann, 2004). Es werden Methoden des Projektmanagements (Gächter, 2015), der Aktionsforschung (Stringer, 2014) und der Praxisentwicklung (McCormack, Manley, & Titchen, 2013) genutzt. Dabei werden Projektmanagement-Methoden genutzt, um den Aufbau eines ANP-Angebots im Rahmen eines Projekt mittels Projektantrag und geeigneter Projektorganisation zu planen und das Projekt dann zielgerichtet in der vorgegebenen Zeit umzusetzen. Der Aktionsforschungsansatz mit seinen wiederkehrenden Phasen (Ist-Zustand erheben, Vorgehen planen, Geplantes umsetzen, erneut Ist-Zustand erheben usw.) wird nach Bedarf in jeder Projektphase genutzt. In der konkreten Arbeit mit Beteiligten werden zudem Mittel der Praxisentwicklung eingesetzt, z. B. zum Klären von Werten oder Entwickeln einer Vision. Schließlich erfolgt die APN-Rollenentwicklung und -imple-

mentation inhaltlich in Anlehnung an das Konzept „Participatory, evidence-based, patient-centred process for APN role development, implementation and evaluation“ (PEPPA). Bryant-Lukosius und DiCenso (2004) bieten mit diesem international genutzten Konzept (Boyko, Carter, & Bryant-Lukosius, 2016) einen Prozess zum Rollenaufbau an, der alle Beteiligten einbezieht, auf Evidenz beruht und Patient(inn)en in den Fokus stellt. Die Schritte nach PEPPA werden in einer auf den lokalen Kontext und das jeweilige ANP-Projekt abgestimmten Form umgesetzt. Zum Beispiel erfolgen nicht immer alle Schritte systematisch und in der vorgesehenen Reihenfolge, weil dies für ein spezifisches Projekt nicht immer sinnvoll scheint.

Aufgaben des BFE

Aufgabe des BFE ist in erster Linie die konkrete Unterstützung von ANP-Entwicklung und APN-Rollenaufbau durch Mitarbeit in den Projekten. Zusätzlich stellen die Mitarbeitenden des BFE sicher, dass nationale und internationale Tendenzen in der ANP-Entwicklung wahrgenommen und allenfalls in der Insel Gruppe integriert werden. Sie fördern durch Präsentationen und Publikationen die Positionierung der Insel Gruppe bezüglich ANP- und APN-Rollen national und international und unterstützen die APN bei der Kommunikation ihrer Angebote nach innen und außen (z. B. mittels Peer-Review von Abstracts, Präsentationen oder Publikationen). Die Mitarbeitenden des BFE pflegen nationale und internationale Kontakte und Zusammenarbeit. Sie organisieren bei Bedarf ein Mentoring für eine APN.

Der BFE organisiert und leitet zudem das „ANP-Netzwerk“. Dies beinhaltet regelmäßige Treffen der APN mit der/dem Leiter(in) und den Mitarbeitenden des BFE. Das ANP-Netzwerk ist für den BFE ein zentrales Steuerungselement und unterstützt die Zusammenarbeit mit den APN auch nach Abschluss eines Projekts. Alle APN, unabhängig vom Stand ihrer Rollenentwicklung, sind Mitglieder des Netzwerks. Eine regelmäßige Teilnahme an den Treffen wird erwartet. Das ANP-Netzwerk dient dem Austausch und Lernen voneinander. Dabei können APN, welche die Rolle neu übernehmen, von den erfahrenen APN profitieren. Alle APN kennen sich und können bei Bedarf direkt Kontakt aufnehmen und mit Kolleginnen zusammenarbeiten. Mit den Treffen wird die Rollenentwicklung gemäß Konzept unterstützt. Zudem werden rollenübergreifende Herausforderungen aufgenommen und bearbeitet, damit untereinander Synergien genutzt werden können. Schließlich werden im Netzwerk eine jährliche Evaluation auf Spitalebene geplant und umgesetzt sowie die Nachhaltigkeit der Angebote evaluiert und allenfalls nötige Maßnahmen diskutiert.

Vorgehen zur Evaluation

Auf Spitalebene werden für die Evaluation von ANP-Entwicklung, ANP-Angeboten und APN-Rollen Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten erhoben. Beispielsweise wird bezüglich der Struktur erfasst, ob das ANP-Konzept nach Bedarf angepasst ist und ob aktuelle Literatur zur Verfügung steht. Prozessdaten werden zum ANP-Netzwerk (Anzahl Treffen, Anzahl Teilnehmende), zu Konferenzbesuchen sowie nationalen und internationalen Kontakten erhoben. Zudem erfasst jede APN die Zeit in Minuten, welche sie pro Kompetenz gemäß Modell von Hamric et al. (2014) aufwendet. Um eine möglichst einheitliche Erfassung zu gewährleisten, steht allen die gleiche Excel-Tabelle zur Verfügung und die Aktivitäten pro Kompetenz wurden im Netzwerk definiert. Aufkommende Fragen zur Zuteilung werden laufend geklärt. Schließlich erheben die APN Daten zur Anzahl betreuter Patient(inn)en und Angehörigen, und es wird eine Liste der ANP-Angebote sowie von Präsentationen und Publikationen geführt. Die Daten werden jährlich von den Mitarbeitenden des BFE deskriptiv ausgewertet.

Auf Ebene der einzelnen Angebote evaluieren die APN insbesondere in der Projektphase Strukturen, Prozesse und manchmal Patientenergebnisse. Nötige Anpassungen erfolgen laufend im Projektverlauf sowie bei der Implementierung eines Angebots im Normalbetrieb. Zu zwei Angeboten konnten qualitative Evaluationsstudien durchgeführt werden, in welchen die Sicht von Patient(inn)en und Angehörigen exploriert wurde. Ergebnisse von Evaluationen auf Ebene der einzelnen Angebote sind nicht Teil dieses Artikels.

Um die Nachhaltigkeit der ANP-Angebote nach Projektabschluss zu evaluieren und diese bei Bedarf zu fördern, wurden vor Kurzem im Netzwerk Kriterien erarbeitet, die darauf hinweisen, wie nachhaltig ein Angebot gestaltet ist.

Diese Kriterien basieren auf dem ANP-Konzept und beziehen sich auf das Evaluieren der APN-Rolle (Beispiel: Wird die APN-Rolle langfristig monitorisiert auf Ebene des Angebots? Weist die APN z. B. ihre jährlichen Leistungen nach?), das Sicherstellen einer evidenzbasierten Praxis (Beispiel: Ist eine laufende Literatursuche installiert?), eine nötige Weiterentwicklung oder einen Ausbau des Angebots (Beispiel: Besteht Bedarf für grundlegende Anpassungen oder einen Ausbau des Angebots?), die erforderliche personelle Besetzung (Beispiel: Ist die Stellvertretung der APN sichergestellt?) sowie die Verankerung von Angebot und Rolle in der Klinik, respektive im Gesamtunternehmen (Beispiel: Erfolgt eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Klinikführung?). Die APN sind aufgefordert, jährlich ihr Angebot bezüglich dieser Kriterienliste zu überprüfen und zu dokumentieren, was umgesetzt oder erreicht wurde, wo Handlungsbedarf besteht, welche Schritte geplant sind und ob Unterstützung durch den BFE erforderlich ist. Für diese Überprüfung steht als Hilfsmittel eine PowerPoint-Präsentationsvorlage, in der die Kriterien aufgeführt sind, zur Verfügung. Die APN nutzen diese, um die Nachhaltigkeit ihres Angebots im Netzwerk zu diskutieren. Gemäß Rückmeldungen von APN und ersten Erfahrungen im ANP-Netzwerk scheint dieses Vorgehen hilfreich.

Ergebnisse

Seit 2011 konnten im Inselspital eine bereits bestehende Beratung als ANP-Angebot etabliert und vier weitere Angebote entwickelt und in den Normalbetrieb überführt werden. Acht weitere Angebote befinden sich im Aufbau. Die 13 Angebote richten sich an Patient(inn)en mit seltenen und/oder komplexen Erkrankungen, oder an Patient(inn)en mit häufig auftretenden Erkrankungen, die vom spezifischen Fachwissen und der Erfahrung einer APN profitieren können, oder an Patient(inn)en, deren bestmögliche Lebensqualität dank kontinuierlicher Betreuung durch eine APN gewährleistet werden kann. Inhaltlich unterscheiden sich die Angebote je nach Patient(inn)engruppe. Wesentliche Bestandteile aller Angebote sind jedoch eine umfassende Bedarfserfassung, auf die individuelle Situation abgestimmte Informationsvermittlung zur Krankheit sowie Beratung und Patientenedukation im Rahmen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit Patient(inn)en. Häufig gehört zur Aufgabe der APN auch die Koordination der Betreuung im interprofessionellen Kontext. Alle APN betreuen, soweit erwünscht, auch Angehörige, und sie ziehen Angehörige bei, wenn eine Situation dies erfordert (z. B. wenn eine kognitive Einschränkung einem Patienten die regelmäßige Medikamenteneinnahme verunmöglicht). Die meisten Angebote sind auf eine langfristige, kontinuierliche Betreuung ausgerichtet, das heißt die APN sind im stationären, ambulanten Bereich und allenfalls über einen Spitalaufenthalt hinaus tätig. Einige APN haben erweiterte Kompetenzen mit leitenden Ärzt(inn)en und

Tabelle 1. Übersicht zu den ANP-Angeboten

Patient(inn)en mit ...	Stand Angebot
Brust- und gynäkologischen Krebsarten	Normalbetrieb
Systemsklerose, Sicca-Symptomatik, Hautproblemen und Wunden bei rheumatischen Erkrankungen	Normalbetrieb
Angeborenen Herzfehlern – Transitionssprechstunde	Normalbetrieb
Chronischer Niereninsuffizienz (Stufen I–V, ohne Ersatztherapie)	Normalbetrieb
Prostatakarzinom	Normalbetrieb
Palliative Care	Im Aufbau
Tracheostoma	Im Aufbau
Angeborenen Hämostasestörungen	Im Aufbau
Frühgeburt – Transition vom Spital nach Hause	Im Aufbau
Sarkom-Erkrankungen	Im Aufbau
Dermatologischen Erkrankungen	Im Aufbau
Malignen hochgradigen Hirntumoren	Im Aufbau
Neurochirurgischen Erkrankungen	Im Aufbau

weiteren Fachpersonen vereinbart, z. B. das Anordnen einer Ernährungsberatung oder die Reduktion von Schmerzmedikamenten. Die Übernahme von ärztlichen Aufgaben steht jedoch bei den bisher entwickelten ANP-Angeboten nicht im Vordergrund. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die ANP-Angebote.

Aufbau von ANP-Angeboten

Die Angebote wurden und werden grundsätzlich gemäß Konzept im Rahmen von Projekten und in einer engen Zusammenarbeit von Klinik, zukünftiger APN und BFE aufgebaut. Im Jahr 2015 war die / der Leiter(in) des BFE bei neun Projekten Mitglied der Steuergruppe, Mitarbeitende hatten in sechs Projekten eine Co-Leitung und waren für drei weitere Angebote beratend tätig. Der Bedarf für ein ANP-Angebot wird in der Regel in der Klinik durch die involvierten Berufsgruppen festgestellt, z. B. aufgrund von Rückmeldungen von Patient(innen)en oder weil Klinikergebnisse Handlungsbedarf aufzeigen. So erkannten mehrfach erfahrene Pflegefachpersonen während und / oder nach Abschluss ihres Masterstudiums Unterstützungsbedarf für eine spezifische Patient(inn)engruppe, initiierten den Aufbau eines Angebots in ihrer Klinik und übernahmen sowohl die APN-Rolle als auch die Co-Projektleitung. Wenn jedoch Klinikleitende die Betreuung für eine Patient(inn)engruppe mittels ANP-Angebot verbessern wollten, stand nicht immer eine spezialisierte Pflegefachperson mit MScN bereits zur Verfügung. Folglich erwarben einige APN das nötige Fachwissen während des Aufbauprojekts mittels Literaturstudium und gezielten Weiterbildungen und Workshadows. Im Verlauf der Pilotphase ihres ANP-Angebots machten sie erste Erfahrungen, reflektierten diese und bauten kontinuierlich darauf auf. In zwei Projekten absolvieren gegenwärtig die zukünftigen APN parallel zum Rollenaufbau das Studium zum MScN. Sie nutzen Kurse soweit wie möglich für die Entwicklung ihrer zukünftigen Rolle.

Evaluationsergebnisse auf Spitalebene

Wie die verfügbaren Evaluationsergebnisse auf Spitalebene zeigen, arbeiteten 2014 acht Pflegefachpersonen zwischen 10 % und 80 % als APN. Zwei APN führten ein ANP-Team, das heißt, sie arbeiteten zusammen mit ein bis drei spezifisch für das Angebot geschulten diplomierten Pflegefachpersonen. Im Jahr 2015 hatten zehn APN Anstellungen von 10 % bis 80 %, drei führten ein ANP-Team. Die Arbeitspensen der APN waren abhängig von den Ressourcen, welche eine Klinik zur Verfügung stellen konnte und von der Größe oder dem Bedarf der Patient(inn)engruppe. So betreut die APN mit der 10 % Stelle 25–35 Patient(inn)en pro Jahr mit einer seltenen Krankheit und arbeitet daneben als Pflegeexpertin für die Klinik. Die APN arbeiteten seit durchschnittlich 26 Monaten (Spannbreite 4–144 Monate) als APN in ihren Fachbereich, acht von ihnen verfügten bereits über einen MScN. Bei sieben Angeboten gewährleisteten Stellvertretende oder ANP-Teammitglieder die Betreuung von Patient(inn)en und Angehörigen während Abwesenheiten der APN. Alle anderen Aufgaben (z. B. das Sicherstellen einer evidenzbasierten Praxis) obliegen der APN als Teamleiterin. Für die weiteren Angebote ist jeweils eine APN alleine zuständig.

Je nach Entwicklungsstand ihres Angebots erhoben die APN Daten zu den betreuten Patient(inn)en und zur Aufteilung ihrer Arbeitszeit. Für 2014 und 2015 erfassten sieben, respektive neun APN die Zeit, welche sie pro Kompetenz gemäß Modell von Hamric et al. (2014) einsetzten (siehe Abbildung 3). Insgesamt arbeiteten die APN 4051 Stunden, respektive 4298 Stunden in ihrer APN-Rolle. Wie im Konzept vorgesehen bezog sich ihre Tätigkeit in beiden Jahren zu über 50 % auf die Bereiche „direkte klinische Praxis“ und „Beratung/Coaching“, das heißt auf Aktivitäten mit direktem Patient(inn)en- und Angehörigenkontakt. Für den Bereich „evidenzbasierte Praxis“ wendeten die APN ebenfalls einen beträchtlichen Anteil

ihrer Zeit auf. Dies ist darauf zurückzuführen, dass hier die konzeptuelle Aufbauarbeit für das ANP-Angebot mit enthalten ist. Im Jahr 2014 konnten sieben APN die Anzahl der betreuten Patient(inn)en und Angehörigen sowie die Anzahl der Kontakte erheben, 2015 waren es neun APN. Da nicht alle ANP-Teammitglieder, die Patient(inn)en betreuten, entsprechende Daten erhoben, wären die eigentlichen Zahlen etwas höher. Tabelle 2 gibt einen Überblick.

Die APN ermöglichten zudem Einblicke in ihre Angebote und waren in der Forschung aktiv. Sechs APN boten 2014 elf interessierten Pflegefachpersonen die Möglichkeit für ein Workshadowing, 2015 waren es fünf APN für elf Pflegefachpersonen. Die APN waren an fünf, respektive sechs Forschungsprojekten beteiligt und sie präsentierten sechs-, respektive 21-mal an nationalen sowie 17-respektive 12-mal an internationalen Kongressen zu ihren ANP-Angeboten. 2015 erfolgten zwei Publikationen in Zeitschriften mit Peer-Review (Fitch, Fliedner, & O'Connor, 2015; Thomet, Schwerzmann, & Greutmann, 2015).

Aktivitäten des BFE

Neben der schon erwähnten Mitarbeit in Projekten unterstützten die Mitarbeitenden des BFE die ANP-Entwicklung durch das Integrieren neuer Tendenzen. Entsprechend wurde das ANP-Konzept im Jahr 2014 aufgrund der bisherigen Erfahrungen und basierend auf der neuen Auflage des Grundlagenbuchs von Hamric et al. (2014) überarbeitet und erweitert. Es wurde auch eine Literatur-Suchstrategie etabliert; die Mitglieder des Netzwerks erhalten nun monatlich neue Publikationen zu ANP. Zweimal wurde ein Workshop mit Prof. Dr. D. Bryant-Lukosius organisiert zu APN-Rollen, respektive deren Evaluation.

Zudem förderten Mitarbeitende des BFE die Kommunikation zu den ANP-Angeboten, z.B. durch Kongressteilnahmen. So nahm eine Delegation von APN und Mitarbeitenden des BFE 2014 an der ICN INP/APNN Conference in Helsinki, Finnland teil. Die vier Beiträge aus dem Inselspital interessierten internationale Kongressbesuchende, es ergaben sich spannende Gespräche. Dank einheitlich gestalteter Startfolie entstand ein Wiedererkennungseffekt; das Inselspital wurde wahrgenom-

Tabelle 2. Anzahl durch APN betreuter Patient(inn)en und Angehörige sowie Anzahl persönlicher, telefonischer oder weiterer Kontakte

Anzahl	2014	2015
Betreute Patient(inn)en	594	1035
Involvierte Angehörige	165	324
Kontakte nur mit Patient(inn)en	814	1718
Kontakte mit Patient(inn)en und Angehörigen	185	236
Kontakte nur mit Angehörigen	37	65

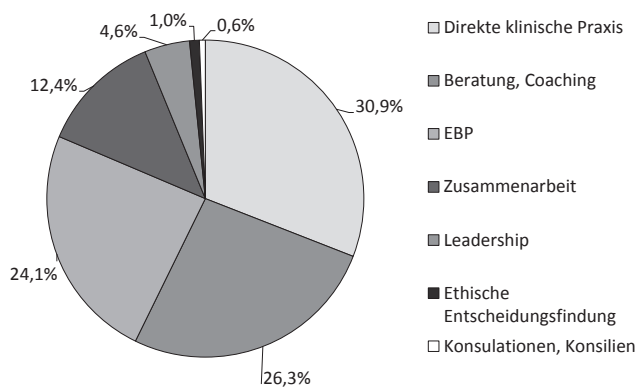


Abbildung 3. Verteilung der APN-Tätigkeiten auf die Kompetenzen gemäß Modell von Hamric et al. (2014).

men. Unterstützend für den erfolgreichen Auftritt in Helsinki war die vorhergehende Peer-Review der Abstracts und Präsentationen im ANP-Netzwerk.

Schließlich stellte der BFE die nationale Vernetzung sicher, z.B. durch Mitarbeit in der Interessengruppe SwissANP oder im Schweizerischen Verein für Pflegewissenschaft, und förderte internationale Kontakte. In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. D. Bryant-Lukosius, School of Nursing and Department of Oncology, Co-Director, Canadian Centre for Advanced Practice Nursing Research, McMaster University, Kanada, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel, dem Universitätsspital Basel und weiteren Stakeholdern beteiligten sich Mitarbeitende des BFE an der Entwicklung von PEPPA plus, einem Rahmenkonzept für die Evaluation von ANP im Schweizer Kontext (Bryant-Lukosius et al., 2016).

Das vom BFE geleitete ANP-Netzwerk besteht seit 2012. Es finden sechs 1,5 bis 2-stündige Treffen pro Jahr statt. Die Zahl der Teilnehmer(innen) nahm im Verlauf leicht zu, während 2012 von 14 eingeladenen im Durchschnitt 10,6 Personen teilnahmen, waren es 2015 von 22 eingeladenen durchschnittlich 11,8 Personen. Das Finden von für alle Beteiligten möglichen Terminen ist immer wieder herausfordernd. Neben den bereits erwähnten Funktionen des Netzwerks, wurde dieses genutzt, um neue Projekte vorzustellen, diese kritisch zu diskutieren und anstehende Fragen zu besprechen. Die Mitglieder des Netzwerks überprüften jede rollenspezifische Stellenbeschreibung und stellten damit sicher, dass sie nicht von der Musterstellenbeschreibung abweicht, sondern diese nach Bedarf ergänzt. Die Teilnahme an Kongressen wurde koordiniert, um die erwünschte Präsenz der Insel Gruppe zu gewährleisten. Kongressinhalte wurden anschließend ausgetauscht. Zudem wurde eine Richtlinie zum Abrechnen von ambulanten ANP-Leistungen initiiert. Die Mitarbeitenden des BFE referierten zu gewünschten Themen (z.B. systematische Literatursuche, Gestaltung eines Curriculum vitae). Eine APN organisierte eine seither regelmäßig stattfindende, interprofessionelle Intervention mit Fallbesprechungen.

S [protocol]://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000594 - Monday, July 23, 2018 7:19:35 AM - UZH Hauptbibliothek / Zentralbibliothek Zürich IP Address: 144.200.17.42

Diskussion

Die im Inselspital etablierten fünf ANP-Angebote sowie die weiteren acht in verschiedenen Phasen des Aufbaus stehenden Angebote richten sich an spezifische Gruppen von chronisch kranken Patient(inn)en und deren Angehörige. Die Angebote umfassen inhaltlich in erster Linie bisher nicht erbrachte, spezialisierte und erweiterte Pflegeleistungen in den Bereichen Beratung, Coaching und Unterstützung im Selbstmanagement sowie langfristige, interprofessionelle Koordination der Betreuung.

Die Evaluation der neuen Angebote erfolgte primär bezüglich der Strukturen und Prozesse auf Ebene Inselspital. Zudem wurden Daten erhoben zu Patient(inn)enzahlen und Aktivitäten der APN auf Ebene des Angebots und für alle Angebote zusammenfassend ausgewertet. Während mehrere Reviews zeigen, dass APN im Vergleich mit Ärzt(inn)en vergleichbare Patient(inn)energebnisse erzielen (Martin-Misener et al., 2015; Martinez-González et al., 2014; Newhouse et al., 2011) und z.B. in einem in der Schweiz durchgeführten randomisierten klinischen Versuch positive Auswirkungen einer APN-Intervention nachgewiesen werden konnten (Imhof, Naef, Wallhagen, Schwarz, & Mahrer-Imhof, 2012), war es bisher im Inselspital nicht möglich, Patient(inn)energebnisse auf Ebene eines Angebots mittels quantitativer Studien zu evaluieren. Das Planen solcher Studien erwies sich als herausfordernd: Die beteiligten Kliniken fokussierten eher auf eine rasche Entwicklung der klinischen Praxis als auf Ergebnisforschung. Weil ein neues Angebot allen Betroffenen zugutekommen sollte, wurden randomisierte klinische Versuche nicht in Betracht gezogen. Prä-Post-Tests scheiterten öfters am Fehlen von Basisdaten, und das Erheben solcher Daten hätte zu einem verzögerten Projektbeginn geführt und schien damit zu zeitaufwändig.

Die Übernahme von ärztlichen Aufgaben durch die APN stand beim Entwickeln der bisherigen ANP-Angebote nicht im Vordergrund. In angelsächsischen Ländern sind körperliche Untersuchungen, das Anordnen von Diagnostik sowie das Verschreiben bestimmter Medikamente für „Nurse Practitioners“ oft Routineaufgaben und rechtlich geregelt (Hamric et al., 2014). Weil entsprechende gesetzliche Regelungen in der Schweiz fehlen, haben einige APN erweiterte Kompetenzen schriftlich mit den verantwortlichen Fachpersonen vereinbart, damit sie rechtlich abgesichert sind. Diesbezüglich zeigt die Erfahrung, dass solche Kompetenzregelungen nicht nur mit Ärzt(inn)en, sondern auch mit anderen Fachpersonen, z.B. Psycholog(inn)en, getroffen werden müssen.

Herausfordernd und teilweise limitierend erwiesen sich wiederholt die verfügbaren Ressourcen für ANP-Angebote. Der Aufbau eines Angebots erforderte personelle, finanzielle und strukturelle Ressourcen (DiCenso et al., 2010, Kilpatrick et al., 2012). Wenn eine Pflegefachperson mit MScN in ihrem Fachbereich die Entwicklung initiierte, stand diese als APN mit den nötigen Kompetenzen von Beginn an zur Verfügung. Wenn jedoch eine Klinik den

Aufbau initiierte, musste eine im entsprechenden Fachbereich spezialisierte APN gefunden werden, was bei der immer noch limitierten Anzahl von Pflegefachpersonen mit MScN in der Schweiz meist nicht möglich war. Das bedeutete, dass in diesen Fällen eine motivierte und geeignete Fachperson gesucht werden musste, die interessiert war, ein Masterstudium zu absolvieren und sich im gewünschten Fachbereich als APN zu spezialisieren. In jedem Fall war eine Klinik gefordert, genügend Stellenprozente zur Verfügung zu stellen, sodass der Aufbau eines ANP-Angebots und einer APN-Rolle möglich waren. Zudem wurden für neue Angebote adäquate Strukturen (z.B. Beratungsräume, Schulungsmaterial) benötigt. Die dadurch anfallenden Kosten müssen ebenfalls von der Klinik übernommen werden. Eine Möglichkeit wäre hier, Sponsoren zu suchen, was jedoch mit einem zusätzlichen Aufwand verbunden ist und entsprechende Kenntnisse der hierfür zuständigen Personen voraussetzt. Die Initiant(inn)en benötigen folglich klare Strategien und Vorgehensweisen sowie Verhandlungsgeschick und Durchsetzungsvermögen. Im ambulanten Bereich konnten Dienstleistungen der APN den Patient(inn)en, respektive den Krankenversicherungen in Rechnung gestellt werden, die Tarife sind bisher jedoch nicht kostendeckend. Die Frage nach den verfügbaren Ressourcen stellt sich auch für den BFE. Bisher konnte die Unterstützung von Projekten (z.B. Co-Projektleitung oder Beratung durch Mitarbeitende des BFE) gewährleistet werden. Eine steigende Anzahl von Projekten und zeitlich beschränkte Ressourcen der Bereichsmitarbeitenden sind jedoch zunehmend eine große Herausforderung.

Bezüglich der nachhaltigen Sicherung besteht bei vielen ANP-Angeboten weiterhin Handlungsbedarf. Pro Angebot arbeitet momentan nur eine spezialisierte Pflegefachperson mit MScN als APN. Einige sind alleine für ihr Angebot zuständig. Gründe dafür sind entweder eine kleine Patient(inn)engruppe, sodass weitere Stellenprozente für eine Stellvertretung nicht gerechtfertigt sind, oder es fehlen generell die Ressourcen für eine Stellvertretung. Zudem fehlen auch weitere entsprechend spezialisierte Pflegefachpersonen mit MScN. Während ferien- oder krankheitsbedingten Abwesenheiten erfolgen bei diesen Angeboten keine Dienstleistungen, in einem Fall übernehmen ärztliche Partner einige Beratungsaufgaben. Andere APN haben eine Stellvertretung, sodass ihre Dienstleistung während Abwesenheiten gewährleistet bleibt. Bei den wenigen APN, die ein ANP-Team leiten, können deren Teammitglieder diese Angebote während Abwesenheiten gewährleisten. Eine langfristige Nachhaltigkeit der ANP-Angebote im Inselspital kann jedoch momentan nur über eine gute inhaltliche Dokumentation des Angebots und der Patient(inn)enbetreuung sowie eine adäquate Einführung einer allfälligen APN-Nachfolge erreicht werden. Zukünftig könnte allenfalls bei einigen Angeboten eine Ausweitung auf ähnliche Patient(inn)engruppen angestrebt werden, sodass – dank größerer Gruppe mit entsprechend erhöhtem Bedarf – mehr personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden könnten und damit eine zweite APN aufgebaut und integriert werden könnte.

Als unterstützend für eine Entwicklung von ANP-Angeboten und APN-Rollen erwiesen sich im Inselhospital mehrere Faktoren. Der Aufbau gestaltete sich einfacher, wenn das ANP-Angebot von ärztlicher und pflegerischer Leitung initiiert und durch Mitarbeit im Projekt unterstützt wurde. Fehlende Unterstützung durch Führungspersonen aus Pflege und ärztlichem Bereich wird international wiederholt als Hürde für einen erfolgreichen Rollenaufbau beschrieben (DiCenso et al., 2010; Wisur-Hokkanen, Glasberg, Mäkelä, & Fagerström, 2015). Das spitalweit gültige Konzept war mit verständlichen und umsetzbaren Vorgaben leitend für alle Beteiligten. Zudem unterstützte der Aufbau im Rahmen von Projekten, gemäß Projektantrag und mit einer definierten Projektorganisation das Entwickeln von Angeboten und Rollen mittels klarer Strukturen. Dank enger Zusammenarbeit von Klinik und BFE konnten (designierte) APN situationsspezifisch im Projekt unterstützt und Synergien im Netzwerk genutzt werden. Schließlich hatten auch die beteiligten Personen einen wesentlichen Einfluss: Wenn APN, Leiter(in) Pflegedienst, involvierte Ärzt(inn)e(n) und weitere Fachpersonen sich auf einer persönlichen Ebene gut verstanden und ergänzten, wirkte sich dies positiv auf ihre Zusammenarbeit und letztlich auf die Entwicklung des Angebots aus.

Ein Ausblick auf die zukünftige Entwicklung von ANP-Angeboten in der Insel Gruppe macht deutlich, dass einerseits weitere Angebote für spezifische Patient(inn)engruppen mit APN-Rollen gefragt sind, die sich ähnlich gestalten wie die bisher entwickelten Rollen. Andererseits besteht seitens einiger Kliniken der Bedarf einer Rolle, in der die APN in weit größerem Ausmaß ärztliche Aufgaben übernehmen. Es sind eigentlich Nurse Practitioners gefragt, bisher gibt es in der Schweiz jedoch noch keine entsprechende Ausbildung. Damit diese APN in Delegation ärztliche Aufgaben in der Betreuung von ambulanten oder stationären Patient(inn)en übernehmen können, ist es deshalb einerseits wichtig, sie so weiterzubilden, dass sie im schriftlich vereinbarten, und damit rechtlich abgesicherten Rahmen die entsprechenden fachlichen Kompetenzen aufweisen, um diese ärztlichen Aufgaben zu übernehmen. Andererseits gilt es beim Rollenaufbau spezifisch darauf zu achten, dass auch diese Angebote weiterhin einen eindeutig pflegerischen Fokus beinhalten. Ter Maten-Speksnijder, Pool, Grypdonck, Meurs und van Staa (2015) zeigten, dass Pflegefachpersonen, die in den Niederlanden neu eine Nurse Practitioner Rolle übernahmen, sehr auf die ärztlichen Rollenanteile fokussierten und Aspekte einer erweiterten Pflegepraxis nicht wahrnahmen. Dies soll in der Insel Gruppe vermieden werden.

Als weitere Entwicklung zeigt sich, dass bei den medizinisch-therapeutischen Berufen (Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Logopädie) ein Interesse an Advanced Practice und entsprechenden Rollen besteht. Der Aufbau solcher Rollen soll sich ebenfalls auf das ANP-Konzept stützen und in Zusammenarbeit mit dem BFE erfolgen. Erste Projekte sind angedacht.

Schließlich sind ANP-Angebote für die ganze Insel Gruppe vorstellbar, das heißt, für Patient(inn)engruppen, welche im Verlauf an verschiedenen Standorten (Land-, Stadt- und Universitätsspital) betreut werden.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Insel Gruppe mit dem Aufbau von ANP-Angeboten und APN-Rollen einen Beitrag leistet im Sinne des Bundesrates (Bundesamt für Gesundheit, 2013). Es werden neue Versorgungsmodelle entwickelt mit dem primären Ziel, chronisch kranke Patient(inn)en und ihre Angehörigen im Selbstmanagement zu unterstützen.

Danksagung

Wir danken den beiden APN, Dinah Gafner, MScN, und Monica Fliedner, MScN, für die Review des Manuskriptentwurfs.

Beiträge der einzelnen Autorinnen

Mitarbeit in der Entwicklung der Advanced Nursing Practice: ES, MSh, MSch, LH.

Manuskripterstellung und kritische Überarbeitung von Manuskriptinhalten: ES, MSh, MSch, LH.

Genehmigung der letzten Version des Manuskripts zur Publikation: ES, MSh, MSch, LH.

Bereitschaft, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen: ES, MSh, MSch, LH.

Literatur

- Boyko, J. A., Carter, N., & Bryant-Lukosius, D. (2016). Assessing the spread and uptake of a framework for introducing and evaluating advanced practice nursing roles. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13 (4), 277 – 284.
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (5), 530 – 540.
- Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Degen Kellerhals, S., Fliedner, M., ... De Geest, S. (2016). Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing roles. *Journal of Nursing Scholarship*, 48 (2), 1 – 9.
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. www.gesundheit2020.ch [21.12.2016].
- DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Donald, F., Abelson, J., Bourgeault, I., ... Harbman, P. (2010). Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nursing Leadership*, 23 (Special issue), 211 – 238.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83 (4), 691 – 729.
- Fitch, M. I., Fliedner, M. C., & O'Connor, M. (2015). Nursing perspectives on palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 4 (3), 150 – 155.
- Gächter, H. P. (2015). *Projektmanagement* (4. Aufl.). Akademie für Erwachsenenbildung, Schweiz, <http://www.hep-verlag.ch> [13.04.2017].

- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (5th ed.). St. Louis, MI: Elsevier Saunders.
- Herrmann, L., Shaha, M., & Spichiger, E. (2016). *Konzept Advanced Nursing Practice (ANP)* Insel Gruppe. Bereich Fachentwicklung, Direktion Pflege/MTT, Insel Gruppe.
- Imhof, L., Naef, R., Wallhagen, M. I., Schwarz, J., & Mahrer-Imhof, R. (2012). Effects of an advanced nurse in-home health consultation program for community-dwelling persons aged 80 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60 (12), 2223–2231.
- Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academic Press.
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L., Doran, D., & Rochefort, C. (2012). How are acute care nurse practitioners enacting their roles in health care teams? A descriptive multiple-case study. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 850–862.
- Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., ... DiCenso, A. (2015) Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialized ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007167
- Martinez-González, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M., & Rosemann, T. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. doi: 10.1186/1472-6963-14-214
- McCormack, B., Manley, K., & Titchen, A. (2013). *Practice development in nursing and health care* (2nd ed.). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., ... Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990–2008: A systematic review. *Nursing Economics*, 29 (5), 1–22.
- OECD. (2010). *Nursing in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. www.icn-apnet-work.org [21.12.2016].
- OECD/WHO. (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*. OECD Publishing.
- Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R., & Loke, A. Y. (2010). International survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (1), 31–39.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2008). *Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)*.
- Spirig, R., Panfil, E., & Meyer, G. (2010). Editorial: Advanced Nursing Practice in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich. *Pflege*, 23 (6), 363–373.
- Stringer, E. T. (2014). *Action research* (4th ed.). Los Angeles: Sage.
- ter Maten-Speksnijder, A., Pool, A., Gryphonck, M., Meurs, P., & van Staa, A. (2015). Driven by ambitions: The nurse practitioner's role transition in Dutch hospital care. *Journal of Nursing Scholarship*, 47 (6), 544–554.
- Thomet, C., Schwerzmann, M., & Greutmann, M. (2015). Transition from adolescence to adulthood in congenital heart disease – Many roads lead to Rome. *Progress in Pediatric Cardiology*, 39 (2), 119–124.
- Ullmann-Bremi, A., Spirig, R., & Ullmann, S. (2004). Eine Methodenkombination für pflegerische Praxisentwicklungsprojekte. *Pflege*, 17, 262–269.
- Widmer, M., & Kohler, D. (2016). Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der Versorgung – Aktualisierung 2013. *Obsan Bulletin*, 4/2016. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- WKKF. (2004). *Logic model development guide*. Battle Creek, MI: WKKF.
- Wisur-Hokkanen, C., Glasberg, A.-L., Mäkelä, C., & Fagerström, L. (2015). Experiences of working as an advanced practice nurse in Finland – the substance of advanced nursing practice and promoting and inhibiting factors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 793–802.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. New York: BasicBooks.



Elisabeth Spichiger

PD, PhD
 Direktion Pflege / MTT
 Inselspital Universitätsspital Bern
 Freiburgstrasse 44a
 3010 Bern
 Schweiz
 elisabeth.spichiger@insel.ch

Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Den Aufbau von ANP-Angeboten mit minimalen Ressourcen nachhaltig voranzutreiben.

Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Eine einheitliche Regelung auf berufspolitischer Ebene sowie eine gesetzliche Regelung für den Einsatz von APN, welche es diesen erlaubt, ihre Kompetenzen voll einzusetzen und eigenständig zu handeln.

Was empfehlen Sie zum Weiterlesen / Vertiefen?

Kleinpell, R. M. (Ed.) (2013). *Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing* (3rd ed.). New York: Springer.

Manuskripteingang: 27.05.2017

Manuskript angenommen: 07.08.2017