

<sup>1</sup> Solothurner Spitäler AG<sup>2</sup> Universitätsspital BaselUrsi Barandun Schäfer<sup>1,2</sup> (MNS), Therese Hirsbrunner<sup>1</sup> (BScN, Stud. MScN), Susanne Jäger<sup>1</sup> (MNS), Ernst Näf<sup>1</sup> (MNS), Sabine Römmich<sup>1</sup> (Diplom-Pflegewirtin, Stud. MScN), Kathrin Horlacher<sup>1</sup> (MNS)

# Pflegeentwicklung der Solothurner Spitäler. Unterwegs zu klinisch orientierter Pflegeexpertise und Praxisentwicklung

## • Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?

*Sowohl Pflegeexpertinnen als auch Advanced Nursing Practice (ANP) tragen zu besserer Pflege bei.*

## • Was ist neu?

*Neu ist die Strategie eines Schweizer Spitals auf dem Weg zu ANP.*

## • Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?

*ANP (klinische Tätigkeit, fachliche Projekte) erfordert Spezialistinnen; Projekte zu Methoden der Pflege (Bezugspflege, Skill- und Grademix) erfordern generalistische Pflegeexpertise.*

## Danksagung

Wir bedanken uns bei Frau Prof. em. Kesselring für die kritische Durchsicht des Manuskripts und die wertvollen Anregungen.

*In der Solothurner Spitäler AG (soH) sind 13 akademisch ausgebildete Pflegeexpertinnen verantwortlich für die Weiterentwicklung der Pflege. Ziel ist eine patientenorientierte, wirksame, zweckmäßige und wirtschaftliche Pflege. Die Strategie beinhaltet folgende Schwerpunkte: a) Expertenpflege von Patienten in anspruchsvollen Situationen; b) Vertiefung von Pflegemethoden wie Pflegeprozess, Bezugspflege sowie Skill- und Grademix, und c) Praxisentwicklungsprojekte bezogen auf spezifische Patientengruppen. Erste qualitative und quantitative Resultate zeigten, dass*

*die befragten Pflegenden zweier Akutstationen die klinische Tätigkeit der Pflegeexpertin als positiv für Patienten und Team bewerteten. Dort, wo die Bezugspflege eingeführt wurde, betrug der Durchdringungsgrad 81 bis 90 Prozent und nach einem Sturzpräventionsprojekt in der geriatrischen Rehabilitation sank die Sturzrate von 8,2 auf 5,5 pro 1000 Pflagetage. Ein Vergleich mit der Literatur zeigt, dass Pflegeexpertinnen der soH bei der klinischen Tätigkeit und den Praxisentwicklungsprojekten als spezialisierte Advanced Practice Nurses arbeiten. Bei der Umsetzung und Vertiefung von Pflegemethoden sind sie jedoch als Generalistinnen tätig. Wichtig für den Erfolg sind ihre Eingliederung in die Hierarchie, in die Pflageteams und die interprofessionelle Zusammenarbeit. Wesentlich sind auch Kompetenzen in Transformationalem Leadership auf allen Führungsebenen.*

## Einleitung

Demografische und gesundheitspolitische Veränderungen wie die Zunahme von älteren und chronisch kranken Menschen, die Einführung von Fallkostenpauschalen und freier Spitalwahl im Jahr 2012 sowie starker Spardruck fordern die Pflege heraus. Es geht darum, einer drohenden Personalknappheit durch Ausbildungen auf verschiedenen Stufen (Skill- and Grademix) zu begegnen und besondere Anstrengungen zur Erhaltung und Förderung der Pflegequalität zu unternehmen.

Die im Jahr 2006 neu gegründete Abteilung Pflegeentwicklung<sup>1</sup> der Solothurner Spitäler AG (soH) arbeitet an der Pflegequalität durch die kontinuierliche Weiterentwicklung pflegerischer Dienstleistungen. Ziel sind patientenzentrierte, wirksame, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

In diesem Beitrag stellen wir die Strategie der Abteilung Pflegeentwicklung der soH und die zentralen Aufgaben der Pflegeexpertinnen<sup>2</sup> vor. Aus den Erfahrungen der ersten vier Jahre leiten wir Schlussfolgerungen für weitere Entwicklungen ab.

Theoretische Grundlage für den Aufbau und Ausbau der Abteilung Pflegeentwicklung bilden die Konzepte von Advanced Nursing Practice (ANP), Praxisentwicklung und Transformationales Leadership. ANP umfasst die von

<sup>1</sup> Den Begriff Pflegeentwicklung verwenden wir zur Bezeichnung der Abteilung Pflegeentwicklung der soH.

<sup>2</sup> Im Sinne der besseren Lesbarkeit steht künftig für alle elf Pflegeexpertinnen und zwei Pflegeexperten der soH die weibliche Form, außer wenn von einem bestimmten männlichen Kollegen die Rede ist. Für Patientinnen und Patientinnen, Ärztinnen und Ärzte, etc. verwenden wir die männliche Form.

Hamric, Spross und Hanson (2005) beschriebenen Kernkompetenzen: klinische Tätigkeit in einem Spezialbereich, Coaching und Beratung, Zusammenarbeit, Leadership, ethische Entscheidungsfindung und Forschungskompetenz. Unter Praxisentwicklung wird die kontinuierliche, systematische Befähigung von Pflegenden<sup>3</sup> verstanden, die eigene Praxis zu überprüfen und zu verbessern (McCormack, Manley & Garbett, 2009). Diese neue Kultur soll Lernen und Veränderung fördern und die Qualität der pflegerischen Betreuung steigern.

Durch Transformationales Leadership unterstützen Führungspersonen Veränderungsprozesse, indem sie gemeinsam mit den Pflegenden Visionen für eine gute Patientenversorgung entwickeln und diese zu kreativen Problemlösungen ermutigen (Murphy, 2005). ANP, Praxisentwicklung und Transformationales Leadership ergänzen sich. Gemeinsam ist ihnen unter anderem die systematische Beurteilung und Anpassung von Strategien und Projekten (Hamric et al., 2005; McCormack & Manley, 2009).

Dieser theoretische Hintergrund hat die Abteilung Pflegeentwicklung soH bewogen, drei Ziele anzustreben: a) Expertenpflege von Patienten in anspruchsvollen Situationen, b) Vertiefung von Pflegemethoden und c) Praxisentwicklungsprojekte<sup>4</sup> bezogen auf spezifische Patientengruppen.

Die Solothurner Spitäler AG, deren Alleinaktionär der Kanton Solothurn ist, existiert seit Januar 2006 und umfasst vier Standorte. Im Jahr 2009 wurden in den Bereichen Medizin, Chi-

urgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Langzeitpflege, Psychiatrie, Rehabilitation sowie Psychosomatik 27508 Menschen stationär und 114158 ambulant behandelt. In der soH arbeiteten im Jahr 2009 1451 Pflegenden, verteilt auf 1137 Stellen, sowie 279 Pflegenden in Ausbildung. Die Leiterin der Abteilung Pflegeentwicklung ist direkt der Pflegedirektorin unterstellt, und sie ist Mitglied der Pflegedirektion. Dreizehn Pflegeexpertinnen werden in einer Matrixorganisation von der Leiterin Pflegeentwicklung fachlich geführt. Personell unterstehen sie der Leitung Pflegedienst am jeweiligen Standort.

### Umsetzungsstrategie

Zur Erreichung der drei Ziele sind verschiedene Schwerpunkte festgelegt worden: Die Aufgaben der Pflegeexpertinnen sind dabei von zentraler Wichtigkeit.

#### A) Expertenpflege von Patienten in anspruchsvollen Situationen

Klinische Tätigkeit in einem spezialisierten Praxisfeld entspricht einem der wichtigsten Kriterien von ANP (Hamric et al., 2005). Deshalb sind die Pflegeexpertinnen zu mindestens 25 % ihrer Arbeitszeit auf einer der ihnen zugewiesenen Stationen klinisch tätig. Die Pflegeteams bestimmen, welche Patienten während eines Tages durch die Pflegeexpertin gepflegt werden sollen. Für die Wahl der Patienten sind folgende Kriterien ausschlaggebend: Bedarf an fachlicher Expertise bei der Durchführung eines Assessments oder von Pflegemaßnahmen, Hilfe bei der Evaluation oder im Beziehungsprozess. Die Pflegeexpertin führt die Pflege auf Expertinnenniveau aus und bespricht die Situation anschließend mit den zuständigen Pflegenden. Die von der Pflegeexpertin vorgeschlagenen Maßnahmen sollen im Alltag weitergeführt

werden. Rückmeldungen der Pflegeexpertin dienen auch der fachlichen Weiterentwicklung des jeweiligen Pflegeteams. Die Stationsleitung trägt zum Erfolg bei, indem sie hilft, anspruchsvolle Patientensituationen auszuwählen, die Nachbesprechung organisiert und sich für das Entstehen einer Lernkultur auf der Abteilung einsetzt.

#### B) Vertiefung von Pflegemethoden

Da sich in der Praxis bezüglich Pflegemethoden große Defizite zeigten, lancierte die Abteilung Pflegeentwicklung drei Projekte:

1. Einführung von NANDA-Pflegediagnosen (Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr, 2002),
2. Einführung der Bezugspflege (Manthey, 1980) und
3. kompetenzgerechter Einsatz von Skill- und Grademix (Ludwig, Mathis-Jäggi & Horlacher, 2009).

Die Pflegeexpertinnen erarbeiten zusammen mit Linienvorgesetzten Vorgehensweisen zur Umsetzung, zum Beispiel für die Anpassung der Dauer der Bezugspflegeblöcke an die Aufenthaltsdauer der Patientinnen. Damit Neuerungen umgesetzt werden können, werden Fortbildungstage, Einzelfallbesprechungen und monatliche Team-Fallbesprechungen durchgeführt. Zur Ergänzung der bisherigen Pflegeanamnese ist die Einführung eines strukturierten Pflegeassessments geplant. Dazu werden die Erhebung des aktuellen Status und die gezielte Beobachtung der Patienten gehören.

Die Stationsleitungen wurden in spezifischen Workshops so geschult, dass sie ihre personellen Ressourcen optimal für die Betreuung der Patienten einsetzen. Außerdem überprüfen sie stichprobenartig, wie konsequent neu eingeführte Methoden angewendet werden. Die Pflegeexpertinnen ihrerseits überprüfen die adäquate Anwendung von NANDA-Pflegediagnosen, Bezugspflege und Skill- und Grademix.

<sup>3</sup> Mit Pflegenden bezeichnen wir diplomierte Pflegefachfrauen und -männer.

<sup>4</sup> Mit dem Begriff Praxisentwicklungsprojekte bezeichnen wir in Abgrenzung zum Konzept Praxisentwicklung die auf spezifische Patientengruppen bezogenen Projekte der soH. Den Begriff Weiterentwicklung verstehen wir als Überbegriff für unsere gesamte Arbeit.

### C) Praxisentwicklungsprojekte bezogen auf spezifische Patientengruppen

Zentral für ANP und Praxisentwicklung ist die Nutzung von theoretischem und empirischem Wissen (Hamric et al., 2005; McCormack et al., 2009). In der soH werden deshalb interprofessionell ausgerichtete Projekte durchgeführt. Diese sollen ausgewählten Patientengruppen zugutekommen und werden von Pflegeexpertinnen geleitet. Die Auswahl dieser Projekte erfolgt im Rahmen der jährlichen Leistungsvereinbarungen zwischen den Standorten und der Abteilung Pflegeentwicklung. Auswahlkriterien sind: klinischer Bedarf, zukünftige neue Anforderungen, Aufwand und Nutzen sowie Relevanz für die ganze soH.

Für neue Praxisentwicklungsprojekte sammelt die Pflegeexpertin Daten zur aktuellen Praxis, sucht und bearbeitet systematisch die Forschungsliteratur und zeigt auf, wie Patientenpräferenzen einbezogen werden können (Behrens & Langer, 2006). Auch konsultiert sie Vertreterinnen des interprofessionellen Teams sowie Kolleginnen mit vertiefter fachlicher Ausbildung. Dieser breite Ansatz verbessert die Praxistauglichkeit der Neuerungen. Gleichzeitig wird das ver Kraftbare Maß an Veränderungen

richtig eingeschätzt. Die interprofessionelle Zusammenarbeit in diesen Projekten bietet gute Gelegenheiten, mit Vertretern anderer Berufe darüber zu diskutieren, was das Wesentliche an Pflege ist und worin der pflegerische Auftrag besteht. Zudem können die Pflegeexpertinnen ihre fachlichen und methodischen Kompetenzen aufzeigen. Der definitiven Einführung von Neuerungen gehen Pilotversuche voraus.

Beispiele von Praxisentwicklungsprojekten sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Aufgaben übernehmen die Pflegeexpertinnen soH-übergreifende Aufgaben. Sie entwickeln zum Beispiel mit anderen Spitälern fachliche Leitlinien oder zusammen mit der spitalexternen Pflege neue Versorgungsmodelle (Giger & DeGeest, 2008).

### Rollenentwicklung

Die zentralen Aufgaben von Advanced Practice Nurses (APNs) umfassen die Betreuung von Patienten auf Expertenniveau, die Zusammenarbeit mit und die Beratung von Patienten, Angehörigen, Pflegenden und Vertretern anderer Berufe sowie das Erstellen evidenz-

basierter Betreuungskonzepte für einzelne Patienten und Patientengruppen (Hamric et al., 2005).

Das Kompetenzprofil der Pflegeexpertinnen der soH ist abgeleitet vom Konzept ANP, respektive APN von Hamric et al. (2005). Die Pflegeexpertinnen müssen unter anderem ein Masterdiplom in Nursing Science sowie klinische Erfahrung in einem Spezialbereich mitbringen. Die Pflegeexpertinnen sind verpflichtet, sich in ihrem Spezialgebiet fortzubilden, indem sie Tagungen besuchen und sich mit anderen Experten ihres Spezialgebietes austauschen. Jede Pflegeexpertin muss ihren Platz innerhalb des Betriebs finden und einen Beitrag zur Entwicklung ihrer Rolle leisten. Dabei helfen die sieben Phasen der Rollenentwicklung von Hamric et al. (2005). Nach anfänglichem Enthusiasmus müssen APNs typische Phasen von Ernüchterung und Selbstzweifel überwinden. Ob dies gelingt und die Pflegeexpertinnen effektiv und effizient arbeiten können, hängt nicht nur von ihren Kompetenzen ab, sondern auch von äußeren Einflussfaktoren (Callaghan, 2006).

Die soH bietet zur Unterstützung der Rollenentwicklung Zeit für eine sorgfältige Einarbeitung auf den Stationen an, bevor die Rolle als Pflegeexpertin

**Tabelle 1:** Beispiele von Praxisentwicklungsprojekten der Pflegeentwicklung soH.

Bereich	Thema	patientenbezogene Ziele
Medizinische Stationen (Näf, 2009)	Patientenedukation am Beispiel orale Antikoagulation.	Selbstmanagement ↑ Komplikationen ↓
Chirurgische Stationen	Differenzierte Erfassung postoperativer Schmerzen	Schmerzniveau ↓ Chronifizierung ↓ Aufenthaltsdauer ↓
Med. und chir. Stationen, geriatrische Rehabilitation, Gerontopsychiatrie	Sturzrisiko-Erkennung und Sturzprävention	Stürze und sturzbedingte Verletzungen ↓ Angst ↓
Intensivstation (Barandun Schäfer & Paganoni, 2009)	Interprofessionelle ethische Entscheidung und Umsetzung der «Komforttherapie»	Entscheidungsqualität ↑ (Personal: Moral Distress ↓)
Notfallstation	Triagesystem bzgl. Dringlichkeit und Behandlungsort (Praxis oder Notfallstation)	Patientensicherheit ↑ Zufriedenheit von Patienten (und Angehörigen) ↑
Psychiatrie	Professionelle Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Persönlichkeitsstörung	Therapieabbrüche ↓ Aggressionsereignisse ↓

ausgeübt wird. Monatliche Intervision und Aktionslernen (Donnenberg, 2008) mit Kolleginnen sowie regelmäßige Projekt- und Praxisbegleitung durch die Leiterin Pflegeentwicklung unterstützen die Pflegeexpertinnen bei ihrer Rollenentwicklung und in ihren Aufgaben. Beobachtungen aus der Begleitung werden für individuelles Coaching und für Mitarbeitergespräche genutzt. Die Strategie der Abteilung Pflegeentwicklung beinhaltet, dass grundsätzlich alle Pflegenden an der Weiterentwicklung der Pflege teilhaben. Um die Neuerungen möglichst gut zu verankern, kommt den sogenannten «Facilitators» (Harvey, Loftus-Hills, Rycroft-Malone, Titchen, Kitson, McCormack et al., 2002) eine zentrale Rolle zu. Pro Station werden ein bis zwei besonders innovative Pflegenden für diese Aufgaben ausgewählt. Sie arbeiten bei der Entwicklung der Projekte mit und setzen Neuerungen vorbildlich um. In der soH sind solche Facilitators in erster Linie Pflegenden mit Höherer Fachausbildung Stufe 1 oder BScN.

## Evaluation

Projekterevaluierungen sind wichtig für die Motivation der Beteiligten und für die weitere Steuerung einer Innovation (Westermann, 2002). In der soH sind Projekterevaluierungen durch systematische Datenerhebung unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden noch im Aufbau. Allerdings liegen erste Ergebnisse von qualitativen und quantitativen Auswertungen in den drei Zielbereichen der Abteilung Pflegeentwicklung vor. Die Resultate wurden ergänzt durch Erfahrungen der Pflegeexpertinnen und Rückmeldungen von Patienten, Pflegenden und Vertretern anderer Berufe.

### A) Expertenpflege von Patienten in anspruchsvollen Situationen

Im Februar 2008 führte die Leiterin Pflegeentwicklung drei Evaluationsinterviews mit sechs Pflegenden auf zwei Akutstationen. Die Leitfragen lauteten: «Was ist das Besondere an der Pflege der Pflegeexpertinnen? Welchen Nutzen haben Sie von ihrer Tätigkeit?».

Die befragten Pflegenden bewerten die klinische Tätigkeit der Pflegeexpertinnen positiv. Sie schätzen, dass die Pflegeexpertin als «eine vom Team» regelmäßig Patienten betreut; sie profitieren von ihrer Expertise und stellen Fragen. Die Pflegeexpertin betreut Patienten, «mit denen sich das Team schwertut, etwa weil sie nicht kooperieren». Überzeugt haben auch vertiefte Assessments durch die Pflegeexpertin und die von ihr vorgeschlagenen Interventionen, welche die Kolleginnen dann weiterführen. «Die Pflege ist nach dem Einsatz der Pflegeexpertin oft einfacher» meinen die Befragten. Vertieftes Fachwissen, Erfahrung und Beratungskompetenz zeichnen den Einsatz der Pflegeexpertinnen aus. Ferner verfügen sie über mehr Zeit, weil sie zusätzlich zum ordentlichen Dienstplan arbeiten; «davon profitieren die Patienten und wir vom Team».

Eine positive Erfahrung aus dem Alltag beschreibt die Pflegegeschichte von Näf (2007). Bei einem «schwierigen» Patienten half die klinische Expertentätigkeit eines einzigen Tages allen Beteiligten nachhaltig. Der Pflegeexperte identifizierte als Ursache für die «fehlende Kooperationsbereitschaft» des Patienten dessen Unkenntnis über die Umgangsformen in der Schweiz. Er war erst kurz vor seiner schweren Erkrankung in die Schweiz gekommen. Nach einem Austausch zwischen dem Pflegeexperten und dem Patienten über die gegenseitigen Erwartungen verbesserte sich die Zusammenarbeit wesentlich. Positiv fiel weiter auf, dass Patienten die Pflegeexpertinnen auf deren Kom-

petenz ansprechen, zum Beispiel: «So gut hat mir das noch niemand erklärt.» Auch Angehörige anderer Berufsgruppen geben den Pflegeexpertinnen im Alltag positive Rückmeldungen, beispielsweise Ärzte bei der Visite und Pflegenden von Altersheimen oder Organisationen der spitalexternen Pflege. Die Forderung, dass sich die Pflegeexpertinnen in den Alltag mehrerer Stationen integrieren müssen, bereitet oft Schwierigkeiten. Besonders dort, wo die Rolle der Pflegeexpertin nicht gut etabliert ist, gilt es, ihre Funktion und die Ziele ihrer Arbeit immer wieder zu erläutern.

### B) Vertiefung der Pflegemethoden am Beispiel der Bezugspflege

Auf sechs Stationen wurde der Durchdringungsgrad der Bezugspflege mithilfe des Instrumentes zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP) erhoben. IzEP umfasst Befragungen von Patienten, Angehörigen, Pflegenden, Stations- und Bereichsleitungen, Ärzten, Therapeuten, externen Versorgern sowie die Analyse von Pflegedokumentationen (Arbeitsgruppe IzEP, 2009).

Auf *fünf* der acht akutsomatischen Stationen<sup>5</sup>, die 2006 die Bezugspflege eingeführt haben und zwischen 2007 bis 2009 je einmal analysiert wurden, liegt der Durchdringungsgrad gemäß IzEP-Erhebung zwischen 81 % bis 90%. Auf *einer* von vier Stationen<sup>6</sup>, die erst 2010 mit der Einführung begannen, wurde 2009 die Ausgangslage erfasst. Sie ergab einen Durchdringungsgrad von 58 %.

Die Erfahrung zeigt, dass Pflegeexpertinnen viel dazu beitragen, diesen neu eingeführten Pflegemethoden zum Erfolg zu verhelfen, etwa indem sie effizientere Arbeitsabläufe vorschlagen.

<sup>5</sup> Vier chirurgische Stationen inkl. Gynäkologie und vier medizinische Stationen inkl. Rehabilitation.

<sup>6</sup> Je eine chirurgische, medizinische, gemischt medizin-chirurgische sowie eine Langzeitpflege-Station.



Dabei sind die Pflegeexpertinnen nicht als Spezialistinnen, sondern als Generalistinnen gefragt. Obwohl in den theoretischen Konzepten ANP und Praxisentwicklung nicht vorgesehen, tragen diese Arbeiten zur Akzeptanz als Pflegeexpertinnen und zur fachlichen Weiterentwicklung der Pflegenden auf den Stationen bei.

### C) Praxisentwicklungsprojekte bezogen auf spezifische Patientengruppen am Beispiel Sturzprävention

Im Juli 2008 führte eine Pflegeexpertin in der geriatrischen Rehabilitation ein Instrument zur Sturzrisikoeinschätzung und -prävention ein, das Pflegende auf medizinischen Stationen bereits einsetzten. Es beinhaltet die *Morse Fall Scale* (Morse, 1997), generelle Maßnahmen zur Prävention sowie weitere Maßnahmen, von denen die individuell passenden ausgewählt und umgesetzt werden. Evaluieren wurden die objektive Sturzrate, die bereits seit mehreren Jahren anhand eines Sturzprotokolls erfasst wird, sowie die Meinung zur Sturzprävention von sieben Patientinnen mit erhöhtem Sturzrisiko.

Der Vergleich der Sturzraten in der geriatrischen Rehabilitation zeigt nach dem Sturzpräventionsprojekt niedrigere Zahlen als vorher bei vergleichbarer Anzahl an Patienten und Pflegetagen. Im Jahr 2007 wurden 8,2 Stürze pro 1000 Pflegetage gemessen, 2008 waren es noch 5,5 Stürze. Gleichzeitig wurde die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen deutlich reduziert. So wurden 2007 solche Maßnahmen bei 162 Patienten an insgesamt 5652 Tagen angewendet, ein Jahr später bei 97 Patienten an insgesamt 4223 Tagen. Eine Überprüfung von 145 Pflegedokumentationen im dritten Quartal 2008 ergab, dass mit 73 Patienten rund die Hälfte als sturzgefährdet galt. Bei allen wurden passende Präventionsmaßnahmen ergriffen. Die Befragung von sieben Patientinnen

ergab, dass sie sich durch die Begleitung der Pflegenden oder durch spezielle Hilfsmittel sicherer fühlen. Ferner sagten sie, dass sie dank der Gespräche mit den Pflegenden verstanden haben, wie sie selbst Stürzen entgegenwirken können.

Eine generellere Erfahrung bei der Umsetzung dieser Praxisentwicklungsprojekte ist, dass es Ärzte schätzen, dass die Pflegeexpertinnen Wert auf eine gute interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit legen und sie in diese Projekte einbeziehen. Eine Schwierigkeit dabei ist, dass nicht alle Beteiligten im Alltag die nötige Zeit und Aufmerksamkeit aufbringen (können), die für den Erfolg der Projekte nötig wären. Zudem fühlen sich auch Linienvorgesetzte, denen die Verantwortung für die Projektkonsolidierung obliegt, zum Teil überfordert.

Außerdem ist bei manchen Ärzten eine gewisse Angst vor Verlust an Einfluss und Kontrolle spürbar.

## Diskussion

Die Resultate und Erfahrungen aus dem Pflegealltag zeigen, dass die klinisch orientierte Pflegeexpertise in der soH dem Anspruch einer «Pflege auf höherem Niveau» ansatzweise gerecht wird. Patienten mit speziellem Bedarf erhalten die «beste Pflege», wie De Geest (2003) fordert. ANP führt zu positiven Resultaten bei der Pflege einzelner Patienten, bei speziellen Behandlungen für ganze Patientengruppen und fördert die fachliche Kompetenz von Pflegenden. In ihrem Spezialgebiet unterstützen und beraten die Pflegeexpertinnen Patienten, Angehörige, Pflegende und Stationsleitungen.

In der Zusammenarbeit lernen Pflegende und andere Berufsleute das Potenzial guter Pflegeexpertise kennen und schätzen. Huber (2004) und Hürliemann, Hofer und Hirter (2001) mach-

ten ähnliche Erfahrungen wie wir in der soH.

Kesselring (2005) betont, wie bedeutend es für das Wohl der Patienten ist, die Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzten zu verbessern. Während Probleme in der interprofessionellen Zusammenarbeit Patienten schaden können (Knoll & Lendner, 2008), führt gute Zusammenarbeit zu besseren Abläufen und Ergebnissen sowie zu mehr Zufriedenheit bei Patienten und Personal (Yeager, 2005). Unsere Erfahrungen in der soH zeigen, dass Pflegeexpertinnen ihre Vorbildfunktion auch in diesem Bereich nutzen. Sie gehen aktiv auf Ärzte zu, erläutern ihnen die Aufgaben der Pflege und bieten explizit eine Zusammenarbeit an.

Transformationales Leadership (Murphy, 2005) ist wesentlich für ANP und Praxisentwicklung. Wissen und Erfahrungen werden an andere Pflegende weitergegeben; und die Kultur der Praxisentwicklung wird gefördert, indem Pflegeexpertinnen ermutigen, fördern und fordern (Rycroft-Malone, 2009). In der soH zeigt sich der Nutzen von Pflegeexpertinnen für Pflegende und Stationsleitungen umso mehr, je enger sie mit Pflegeexpertinnen zusammenarbeiten.

Es ist umstritten, ob ANP bedeutet, dass Pflegeexpertinnen Forschungsergebnisse «nur» umsetzen (Friesacher, 2009) oder ob sie auch selbst aktiv forschen (Hamric et al., 2005). In der soH dienen Datenerhebungen durch Pflegeexpertinnen bisher der Umsetzung, konkret der Erfassung von Ausgangslagen, Patientenpräferenzen oder Evaluationen. So oder so sind – insbesondere für die systematische Bearbeitung der Forschungsliteratur für Praxisentwicklungsprojekte – Forschungsergebnisse unerlässlich.

Manche Aufgaben der Pflegeexpertinnen der soH unterscheiden sich von der von Hamric et al. (2005) beschriebenen spezialisierten Rolle der Advan-

ced Practice Nurse (APN); so zum Beispiel ihr generalistischer Einsatz bei der Einführung bestimmter Pflegemethoden oder ihr Beitrag bei der Entwicklung von Behandlungspfaden außerhalb ihres Spezialbereichs.

### Was fördert und was behindert die Weiterentwicklung?

Fördernd für den Erfolg unserer Arbeit wirkt sich aus, dass die soH für Pflegeexpertinnen ein Masterdiplom fordert, was dem Konzept Hamric et al. (2005) entspricht. Die Tatsache, dass die Pflege in der Unternehmensleitung der soH prominent vertreten ist und dass die Strategie der Abteilung Pflegeentwicklung von der Geschäftsleitung gutgeheißen und mitgetragen wird, unterstützt das Vorhaben; denn: «Pflegeentwicklung ist Chefsache» (Huber, 2004). Ferner hilft auch die zentrale Steuerung der Praxisentwicklungsprojekte durch die Pflegedirektion. Sie sorgt für klare Prioritäten und unterstützt ein einheitliches Vorgehen bei der Projektplanung und -umsetzung, was wiederum deren Effektivität und Effizienz erhöht. Vorgegeben ist stets auch die Orientierung an Patientenbedürfnissen und an Patienten-Outcomes (McCormack et al., 2009). Es wurden zudem Schranken gegen allzu viele Begehrlichkeiten von Seiten der Stationen an die Pflegeexpertinnen eingebaut. Antworten auf Fragen, welche die Stationen den Pflegeexpertinnen stellen, und Aufgaben, die sie an die Pflegeexpertinnen delegieren, dürfen ohne Rücksprache mit der Leiterin Pflegeentwicklung nicht länger als vier Arbeitsstunden beanspruchen. Was mehr Zeit benötigt, bedarf der Planung. Diese Vier-Stunden-Klausel schützt die Pflegeexpertinnen vor Überlastung.

Auch die Maßnahmen zur Unterstützung der APN-Rollenentwicklung be-

wahren sich. Hervorzuheben sind die Reflexionen im Rahmen von Aktionslernen und Einzelcoachings, die der individuellen Weiterentwicklung sowie der Teamentwicklung dienen.

Hilfreich ist auch, dass Linienvorgesetzte und Pflegeexpertinnen sich im Alltag anhand konkreter, anstehender Aufgaben über die Arbeitsteilung zwischen Management und Fachexpertise absprechen. Das klärt oft mehr als generelle Absprachen auf der Metaebene. Hinderlich für die Einführung von ANP in der soH ist, dass noch nicht alle Linienvorgesetzte ausreichend in die Strategie der Pflegedirektion eingebunden sind. Die Folge davon sind Unsicherheiten über Prioritäten, Auftrag und Arbeitsteilung sowie über den Einsatz der Pflegeexpertinnen. Stations- und Bereichsleitungen benötigen neben Managementkompetenzen auch Leadershipfähigkeiten (Rycroft-Malone, 2009). Gewisse Linienvorgesetzte der soH führen aber noch eher «traditionell verwaltend», was die Weiterentwicklung behindert und den Status Quo erhält (McCormack et al., 2009; Murphy, 2005). Selbstkritisch ist einzugestehen, dass die für Transformationales Leadership nötigen Kompetenzen den Linienvorgesetzten zu wenig klar vermittelt worden sind. Hinderlich sind auch Probleme in der interprofessionellen Zusammenarbeit, etwa wenn Ärzte nicht in den Entwicklungsprozess einsteigen.

Für die Pflegeexpertinnen ist es belastend, dass sie sowohl Spezialistinnen wie auch Generalistinnen sein müssen, denn Leistungen als Generalistin stellen andere Anforderungen und müssen zusätzlich zur Spezialistinnenleistung erbracht werden.

### Schlussfolgerungen

Die Erfahrungen der ersten vier Jahre der Abteilung Pflegeentwicklung soH

zeigen folgende fördernde wie hinderliche Aspekte:

1. Maßnahmen, die Advanced Nursing Practice fördern:

- Eine gute personelle und strategische Einbindung der Abteilung Pflegeentwicklung in die Unternehmensführung ist eine wichtige strukturelle Voraussetzung für Erfolg.
- Durch die Umsetzung der Strategie der Pflegedirektion der soH sowie durch die Rollenentwicklung der Pflegeexpertinnen wird ANP gefördert. ANP wirkt sich auf die Patientenbetreuung und auf die Kompetenz von Pflegenden positiv aus.
- Die regelmäßige klinische Tätigkeit der Pflegeexpertinnen in der soH hat gegenüber einem rein beratenden Einsatz den Vorteil, dass die Pflegeexpertinnen den Stationsalltag gut kennen und dass sie in den Teams verankert sind.
- Gute interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit lohnen sich. Sie sind weiter zu fördern und zu vertiefen.
- Künftig sollen Praxisentwicklungsprojekte mit Forschung verbunden werden. Infrage kommt vor allem Aktionsforschung, bei welcher die gesammelten und analysierten Erkenntnisse aus dem letzten Projektschritt zur Planung des weiteren Vorgehens genutzt werden (Hart & Bond, 2001).

2. Faktoren, die Advanced Nursing Practice behindern:

- Linienvorgesetzte auf allen Ebenen sind für den Erfolg ebenso ausschlaggebend wie Pflegeexpertinnen. Unterschiedliche Meinungen zu Praxisproblemen zwischen Linienvorgesetzten und Pflegeexpertinnen und «verwaltende» Führung können Fortschritte in ANP verhindern.
- Transformationales Leadership auf der Ebene der Stations- und Bereichsleitungen ist für die erfolgreiche Umsetzung von ANP unab-

dingbar. Noch haben nicht alle diese Fähigkeiten erworben; wohl auch, weil die Schwerpunkte bei der ANP-Einführung anders gesetzt wurden.

- Von Mitarbeiterinnen auf allen Führungsebenen und von den Pflegeexpertinnen wird Begeisterung, Kreativität und Hartnäckigkeit erwartet. Auch gilt es, Spannungen zwischen Vision und Realität auszuhalten und das Nebeneinander von Tagesgeschäft und Innovation zu bewältigen (Huber, 2004).

Durch das Schreiben dieses Artikels reflektierten wir unsere Arbeit mit mehr Distanz. Dabei erkannten wir, dass wir bereits mehr erreicht haben, als uns im Alltag bewusst ist. Die Besonderheiten des soH-Modells bestehen einerseits in der konsequenten klinischen Tätigkeit der Pflegeexpertinnen und andererseits darin, dass wir neben den auf Patientengruppen ausgerichteten Projekten auch Innovationen in der Vertiefung der Pflegemethoden anstreben. Die gewählten theoretischen Grundlagen ANP, Praxisentwicklung und Transformationales Leadership helfen uns, die Weiterentwicklung der Praxis patientenorientiert auszurichten und ein lernfreudiges Arbeitsklima zu gestalten.

#### *Nursing Development at the Solothurn Hospitals. Towards Clinically Oriented Nursing Expertise and Practice Development*

*At the Solothurn Hospitals (soH), 13 academically educated nurses are responsible for the development of nursing care with the goal to improve patient-oriented, effective, appropriate, and economic care. The strategy contains three priorities: a) expert care of single patients in demanding situations, b) sustained application of or-*

*ganisational methods such as primary nursing, nursing process, and skill/grade mix, and c) design and management of practice development projects related to specific patient groups. A first evaluation with qualitative and quantitative methods showed that the exemplary care of single patients by expert nurses was evaluated as positive for the patients as well as for the teams on two wards by nurses who were interviewed. After the introduction of primary nursing, the application rate was 81 to 90% and the introduction of fall prevention methods in geriatric rehabilitation decreased the fall rate from 8.2 to 5.5 per 1000 patient days. A comparison with the literature shows that the expert nurses of soH perform both, working at the bedside and being responsible for practice development projects, as specialised Advanced Practice Nurses (APNs). APNs at the Solothurn Hospitals work also as generalists when organisational methods need to be consolidated. Their successes depend from their integration into the hierarchy and both, into the nursing as well as into the interprofessional teams. Competencies in Transformational Leadership also are essential at all management levels.*

#### Literatur

Arbeitsgruppe IzEP (2009). IzEP Handbuch. Abderhalden, Ch.; Baraka, A.; Dobrin Schippers, A.; Feuchtinger, J.; Schaepe, Ch.; Schori, E.; Welscher, R. Zu beziehen unter: <http://izep.info/index.php> <http://www.izep.info> [05.08.2009].

- Barandun Schäfer, U.; Paganoni, R. (2009). Therapieabbruch auf einer Intensivstation: Interprofessionelle Entwicklung ethischer Richtlinien für den klinischen Alltag. Bulletin der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik SGBE, 58, 14–15.
- Behrens, J.; Langer, G. (2006). Evidence-based Nursing and Caring (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Callaghan, L. (2006). Advanced nursing practice: an idea whose time has come. Journal of Clinical Nursing, 17, 205–213.
- De Geest, S. (2003). Im Beitrag von Meier-Rust, K.: Die besten Krankenschwestern gehören ans Krankenbett. Neue Zürcher Zeitung, 08.06.2003.
- Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F.; Geissler-Murr, A. C. (2002). Pflegediagnosen und Maßnahmen. Deutschsprachige Ausgabe (3. vollst. überarbeitete und erw. Aufl.), Bern: Huber.
- Donnenberg, O. (2008). Action Learning. Ein Handbuch. Stuttgart: Klett Cotta.
- Friesacher, H. (2009). Professionalisierung der Pflege – vom Hilfsberuf zur evidenzbasierten Heilkunde. Intensiv, 17, 177–181.
- Giger, M.; De Geest, S. (2008). Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt. Schweizerische Ärztezeitung, 89 (43), 1839–1843.
- Hamric, A. B.; Spross, J. A.; Hanson, C. M. (2005). Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach (3. Ed.) Missouri: Elsevier Saunders.
- Hart, E.; Bond, M. (2001). Aktionsforschung: Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber.
- Harvey, G.; Loftus-Hills, A.; Rycroft-Malone, J.; Titchen, A.; Kitson, A.; McCormack, B.; Seers, K. (2002). Getting Evidence into Practice: the Role and Function of Facilitation.

- Journal of Advanced Nursing, 37 (6), 577 – 588.
- Huber, Y. (2004). Wirksame Pflegepraxis – eine Herausforderung für die Führung: Ein Erfahrungsbericht aus der Pflegedienstleitung des Kinderspitals Zürich. *Pflege*, 17 (4), 270 – 275.
- Hürlimann, B.; Hofer, S.; Hirter, K. (2001). The Role of the Clinical Nurse Specialist. *International Nursing Review (ICN)*, 48, 58 – 64.
- Kesselring, A. (2005). Editorial: Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. *Pflege* 18 (3), 143 – 145.
- Knoll, M.; Lendner, I. (2008). «...dann wird er halt operiert und es ist keine Blutgruppe da!» Interprofessionelle Kommunikation von Pflegenden einer internistischen Intensivstation. *Pflege*, 21 (5), 339 – 351.
- Ludwig, I.; Mathis-Jäggi, F.; Horlacher, K. (2009). Ein Umdenken in der Pflege. *Care Management*, 2 (3), 43 – 45.
- Manthey, M. (1980). *The Practice of Primary Nursing*. Boston: Blackwell.
- McCormack, B.; Manley, K.; Garbett, R. (2009). *Praxisentwicklung in der Pflege*. Deutschsprachige Ausgabe von Frei I. A.; Spirig, R. (Hrsg.). Bern: Huber.
- McCormack, B.; Manley, K. (2009). Die Evaluation von Praxisentwicklung. In: Frei, I.A.; Spirig, R. (Hrsg.). *Praxisentwicklung in der Pflege*. Bern: Huber.
- Morse J. M. (1997). *Preventing Patient Falls*. Thousand Oaks. California: Sage.
- Murphy, L. (2005). Transformational Leadership: a Cascading Chain Reaction. *Journal of Nursing Management*, 13, 128 – 136.
- Näf, E. (2007). Der Kunde ist König – aber .... *Kurzgeschichte*. *Krankenpflege*, (8), 26.
- Näf, E. (2009). Patientenedukation bei oraler Antikoagulation. *Zukunftswerkstatt*. *Krankenpflege*, (2), 32.
- Rycroft-Malone, J. (2009). Implementierung von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen: Evidenz, Kontext und Begleitung – der PARIHS-Bezugsrahmen. In: Frei, I. A.; Spirig, R. (Hrsg.). *Praxisentwicklung in der Pflege*. Bern: Huber.
- Westermann, R. (2002). Merkmale und Variationen von Evaluationen. Überblick und Klassifikation. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (1), 4 – 26.
- Yeager, S. (2005). Interdisciplinary Collaboration: The Heart and Soul of Health Care. *Critical Care Nursing Clinics of America*, 17, 143 – 148.

#### Korrespondenzadresse

Kathrin Horlacher MNS  
Leiterin Pflegeentwicklung  
Solothurner Spitäler AG  
Baslerstrasse 150  
CH-4601 Olten  
Telefon +41 62 311 44 42

E-Mail: khorlacher@spital.so.ch