



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science



inter**care**

Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung
der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen:
**Die Entwicklung und Inhalte des INTERCARE-
Modells.**

Anhang 1

Un modèle de soins pour renforcer l'expertise
gériatrique au sein d'établissements médico-sociaux:
**le développement du modèle INTERCARE et son
contenu»**

Annexe 1



Das **INTERCARE** Projekt ist finanziert von:



Gesundheitsversorgung
Nationales Forschungsprogramm



Anhang 1

Die Einzelbeschreibungen der 14 Schweizer Pflegeinstitutionen aus den Fallstudien.

Dieser Anhang ist Teil des nationalen Berichts:

«Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen: Die Entwicklung und Inhalte des INTERCARE-Modells»

Annexe 1

Les descriptions individuelles des 14 établissements médico-sociaux suisses issues des études de cas.

Cette annexe fait partie du rapport national:

«Un modèle de soins pour renforcer l'expertise gériatrique au sein d'établissements médico-sociaux: le développement du modèle INTERCARE et son contenu»

Über diesen Bericht

Der vollständige Bericht kann von unserer Website heruntergeladen werden:

www.intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/

A propos de ce rapport

Le rapport complet peut être téléchargé sur notre site web :

www.intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/

Diese Publikation ist Teil der INTERCARE-Studie, die vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms "Smarter Health Care" (NFP 74) gefördert wurde.

Cette publication fait partie de l'étude INTERCARE, qui a été financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) dans le cadre du Programme national de recherche "Smarter Health Care" (PNR 74).

Vorgeschlagene Zitierung

Basinska, K. Guerbaai, R.A., Simon, M., De Geest, S., Wellens N.I.H., Serdaly, C., De Pietro, C., Desmedt, M., Kressig, R.W., Nicca, D., Zeller, A., Vaes, A., Zúñiga, F. (2021). *Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen: Die Entwicklung und Beschreibung des INTERCARE-Modells: Anhang 1*. Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel. Abgerufen von: <https://intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/>

Citation suggérée

Basinska, K. Guerbaai, R.A., Simon, M., De Geest, S., Wellens N.I.H., Serdaly, C., De Pietro, C., Desmedt, M., Kressig, R.W., Nicca, D., Zeller, A., Vaes, A., Zúñiga, F. (2021). *Un modèle de soins pour renforcer l'expertise gériatrique au sein d'établissements médico-sociaux : le développement du modèle INTERCARE et son contenu: annexe 1*. Institut des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Bâle, 2021. Téléchargé depuis: <https://intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/>

Inhaltsverzeichnis I Table des matières

<i>Deutschschweiz I Suisse alémanique</i>	1
P1 Alterszentrum Frohmatt, Wädenswil	2
P2 KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, Embrach	14
P3 Genossenschaft Alterszentrum Kreuzlingen	26
P4 Pflegezentren Zürich, Pflegezentrum Entlisberg	39
P5 Alterszentrum Sumiswald	49
P6 Adullam-Stiftung Basel	61
P7 Haus im Park, Schönenwerd	74
P8 Zentrum Passwang, Breitenbach	85
<i>Romandie I Suisse romande</i>	97
P9 La Sombaille, La Chaux-de-Fonds	98
P10 Les Tilleuls, Genève	110
P11 Les Martinets, Villars-sur-Glâne	120
P12 La Fondation Saphir, Canton du Vaud	131
<i>Tessin</i>	141
P13 Casa per Anziani Girotondo, Novazzano	142
P14 Casa per Anziani Greina, Bellinzona	152

Alterszentrum Frohmatt, Wädenswil
Pflegeheim 1 (P1)

1 Merkmale des Betriebs

Die **Frohmann** ist ein Heim mit zwei Standorten im Kanton Zürich mit 164 Betten, 220 Mitarbeitenden (Tabelle 1) und einem Hausarztsystem. 2019 hat das Heim auf Grund der Gemeindefusion (Frohmann mit Schönenberg/Hütten, Haus Stollenweid) den zweiten Standort in Schönenberg übernommen. In dieser Beschreibung wird auf den Standort Frohmatt eingegangen.

Bewohner und Bewohnerinnen. Im Heim werden multimorbide Bewohner/-innen mit starker körperlicher Pflegebedürftigkeit sowie Menschen mit Demenz betreut.

Der Schwerpunkt der Pflege liegt in der Begleitung von Bewohnern/-innen und ihren Familien nach dem Konzept der familienzentrierten Pflege.

Tabelle 1 Betrieb

	Angaben (Juni 2017)
Rechtlicher Status der Institution	Öffentlich
Lokalisierung	Agglomeration
Arztmodell	Hausarztsystem
Anzahl der Hausärzte/-ärztinnen	20
Bettenanzahl insgesamt	164
Anzahl der Mitarbeitenden	220
Anzahl der Lernenden und Studierenden	14 Lernende, 3 HF Studierende
Pflegeangebote im Betrieb	Allgemeine Langzeitpflege Palliative Care Grundversorgung Pflege von Menschen mit einer Demenzerkrankung AÜP/ÜP-Rehabilitation Wohngruppen Modelle

Datenbasierte Qualitätsentwicklung. Die Frohmatt arbeitet mit verschiedenen Elementen um die Qualität datenbasiert zu monitorieren und steuern. Seit 15 Jahren arbeiten sie mit den RAI-NH Qualitätsindikatoren. Damit werden verschiedene Aspekte der Pflegequalität beurteilt und überwacht und gleichzeitig die Aufmerksamkeit auf die gemessenen Themen gelenkt. Die Resultate werden den Mitarbeitenden in Teamsitzungen vorgestellt und in einem Protokoll zusammengefasst. Zudem werden regelmässig Zufriedenheitsbefragungen bei Personal und Audits der Bewohnerdokumentation gemacht. Seit 2010 macht die Frohmatt auch beim jährlichen Qualitäts-Reporting mit Curaviva Kanton Zürich mit¹.

¹ Themen die abgebildet werden: Steuerung und Profil der Dienstleistungen, Leistungserbringung Mitarbeitende, Organisation und Führung, Sicherheit und Hygiene, Gastronomie und Ernährung, Kennzahlen

2 Das pflegegeleitete Versorgungsmodell

Die Frohmatt arbeitet seit dem Jahr 2015 mit einer Pflegeexpertin. Die Schwerpunkte ihrer Aufgabenbereiche liegen auf dem Coaching, dem klinischen und professionellen Leadership sowie der Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

2.1 Grund für die Entwicklung des Modells

Der Auslöser für die Entwicklung des pflegegeleiteten Modells war die zunehmende Komplexität und Multimorbidität der Bewohner/-innen. Sie traten in einem weiter fortgeschrittenen Stadium einer Erkrankung, resp. der Pflegeabhängigkeit ein und blieben zunehmend kürzer, d.h. es gab eine höhere Fluktuation bei den Bewohnern/-innen als früher. Die Komplexität der Fälle fordert das Pflegeteam täglich. Die Leitung Pflege und Betreuung war vor der Anstellung der Pflegeexpertin sowohl für das Management wie die fachliche Führung verantwortlich. Die höheren Anforderungen an die fachliche Führung und Unterstützung der Teams in fachlichen Themen liessen sich jedoch nicht mehr mit der Managementfunktion verbinden, die Leitung Pflege und Betreuung war nicht genug mit der direkten Praxis verbunden. Die Pflegeexpertin kann hingegen die Mitarbeitenden im Alltag unterstützen und mit ihnen an einer kontinuierlichen Verbesserung der Pflegequalität arbeiten.

2.2 Vorgehen bei der Entwicklung

Die Leitung Pflege und Betreuung hat das Modell und seine Bedeutung für die Pflegequalität der Geschäftsführung mit praktischen Beispielen, z.B. einer komplexen, klinischen Pflegesituation eines Bewohners, dessen Angehörige der Situation äusserst kritisch und angstvoll gegenüberstanden, vorgestellt. Die Geschäftsführung hat daraufhin das Modell vollumfänglich mitgetragen und freien Raum für seine Entwicklung gegeben.

Es wurde als erstes eine Stelle für eine Pflegeexpertin im Umfang von 40% geschaffen, die mit einer neu angestellten Person von extern besetzt wurde. Leider wurde diese Person vom Personal nicht akzeptiert: So wurde sie z. B. im Alltag nicht für Fragestellungen herangezogen, da die Mitarbeitenden das Gefühl hatten, sie würde sich einmischen oder Themen einbringen, die einen Mehraufwand ohne Gewinn bedeuten. Trotz diesem schwierigen Einstieg ins Modell gab die Leitung Pflege und Betreuung nicht auf. So wurde als nächstes intern jemand für diese Stelle gesucht.

Die jetzige Pflegeexpertin war bereits 8 Jahre im Haus, bevor sie die Stelle antrat. Sie war ursprünglich Bildungsverantwortliche und danach Leitung der Pflegeentwicklung. Mit ihrer Entscheidung, sich für das Studium Gerontologische Pflege anzumelden, wurde ihr die Stelle der Pflegeexpertin übergeben. Zusammen mit der Personalverantwortlichen, der Geschäftsführung und der Leitung Pflege und Betreuung wurde die Stellenbeschreibung erarbeitet.

Der Einstieg in die Expertenrolle wurde schrittweise gestaltet. So ist die Pflegeexpertin nicht plötzlich in die Pflegegruppen gegangen, sondern hat langsam regelmässig ihre Präsenz gezeigt. Man wollte vermeiden, dass ihr Vorbeikommen als Kontrolle verstanden wurde. Dadurch, dass sich die Leitung Pflege und Betreuung und Pflegeexpertin bereits kannten, brachte die Leitung Pflege und Betreuung ihr auch Vertrauen entgegen und sie bekam einen grossen Freiraum in der Gestaltung ihrer Arbeit.

(...) dadurch, dass mir meine Vorgesetzte einen sehr grossen Freiraum gibt, kann ich meine Arbeit selber organisieren, ich arbeite sehr selten nach Auftrag, sondern ich gebe mir die Aufträge selber. Es kann sein, dass ich einen ganz gezielten Auftrag von der Geschäftsleitung erhalte und z. B. ein Konzept erarbeite. Alle Aufträge, die mit der Pflegequalität zu tun haben, gebe ich mir selber, oder ich stosse in der Literatur oder in aktuellen Fachzeitschriften darauf.

[Pflegeexpertin]

2.3 Implementierung des Modells

Für die Implementierung des Modells wurde ein Orientierungsprogramm aufgesetzt. Auf der Ebene der Pflegegruppen wurde das Modell zuerst den Gruppenleitungen vorgestellt und geklärt, wie die Zusammenarbeit mit der Pflegeexpertin in Zukunft aussehen sollte. Dabei konnten die Gruppenleitungen die Zusammenarbeit auch mitgestalten. So wurde z. B. gemeinsam entschieden, wer die Pflegeexpertin kontaktieren sollte: die Mitarbeitenden individuell oder zuerst die Gruppenleitungen. Danach haben die Gruppenleitungen die Teams informiert, die Rolle erklärt und was sie konkret im Alltag bedeutet. Diese Vermittlerrolle der Gruppenleitungen in der Einführung hat dazu beigetragen, dass die Akzeptanz unter den Pflegenden grösser wurde. Dabei wurde auch klargestellt, dass die Rolle für die Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich sei und nicht für die Kontrolle. Die Ärzte/-innen wurden von der Pflegeexpertin an einer Ärztesitzung persönlich über ihre Rolle, Ausbildungshintergrund und Kompetenzen informiert.

Barrieren und erleichternde Faktoren

Unten sind die wichtigsten Barrieren sowie erleichternde Faktoren für die Modellimplementierung aufgeführt, wie sie von der Leitung Pflege und Betreuung und Pflegeexpertin benannt wurden.

Barrieren

- Das Unverständnis der Mitarbeitenden, dass die Langzeitpflege eine Professionalisierung benötigt
- Bedenken der Mitarbeitenden, dass die Rolle der Pflegeexpertin ihnen mehr Aufwand bereitet
- Bei Personalmangel zu begründen, dass die Pflegeexpertin nicht in der Praxis einspringen kann

Erleichternde Faktoren

- Durch die interne Rekrutierung der Pflegeexpertin im Heim war die Person den Mitarbeitenden bereits bekannt
- Die Persönlichkeit der Pflegeexpertin, die offen und interessiert an Menschen ist, ihre Berufserfahrung in der direkten Pflege und ihre Fähigkeit, die Theorie mit der Praxis zu verbinden
- Strategische und klare Kommunikation im Voraus intern im Heim (für alle Mitarbeitenden) sowie extern für die Hausärzte/-innen über den Zweck der Rolle und den Grund für ihre Einführung
- Im Betrieb waren die Mitarbeitenden aufgrund früherer Veränderungen, wie z. B. einem Neubau, an Veränderungen gewöhnt und offen für die Einführung eines neuen Modells.

(...) Dass man praktische Beispiele aufzeigen kann, in denen das Ergebnis nicht so war, wie man das gerne gehabt hätte oder die Konsequenzen dementsprechend gross waren. Ich habe bewusst Beispiele, in denen es ums Geld ging, genommen, in denen Geld eine Rolle gespielt hat. Denn auch der Basismitarbeiter weiss genau, dass ohne Geld nichts geht, dass es ein Verlust ist, der 1:1 zum Tragen kommt (...)

[Leitung Pflege und Betreuung]

3 Die Rolle der Pflegeexpertin

3.1 Arbeitsorganisation

Die Pflegeexpertin arbeitet fünf Tage in der Woche zwischen Montag und Freitag. Die Arbeitszeiten werden selbständig geplant (s. Tabelle 2). Zusätzlich arbeitet sie 60h pro Jahr als Qualitätsbeauftragte in einem anderen Heim.

3.2 Aufgabenbereiche

Die Schwerpunkte der Aufgabenbereiche der Pflegeexpertin liegen auf

- Klinischen Tätigkeiten
- Coaching
- Klinischem und professionellem Leadership
- Interprofessioneller Zusammenarbeit

Klinische Tätigkeiten

Im Bereich der klinischen Tätigkeiten führt die Pflegeexpertin primär den MMS² Test durch. Dies erlaubt eine einheitliche Handhabung des Tests durch eine Person mit viel Erfahrung und führt zu validen, vergleichbaren Resultaten. Früher wurde der Test entweder von Ärzten/-innen oder von deren Praxisassistenten/-innen gemacht und die Resultate waren nicht immer gleich verwertbar. Die Resultate werden jeweils von den Pflegefachpersonen auf der Abteilung mit dem Arzt oder der Ärztin angeschaut.

Tabelle 2 Pflegeexpertin

Ratio Bewohner/-innen: Pflegeexpertin	164:1
Schwerpunkte der klinischen Tätigkeit	Multimorbidität Herausforderndes Verhalten Demenz
Höchster vorhandener Bildungsabschluss	Master of Advanced Studies (MAS) in gerontologischer Pflege
Zusätzliche spezifische Weiterbildungen oder Zertifizierungen (insgesamt)	Seit März 2019 absolviert die Pflegeexpertin den interdisziplinären Lehrgang Palliative Care der Universität Zürich
Anzahl der angestellten Pflegeexperten/-innen (insgesamt)	1 Person
Anzahl in Stellenprozenten:	100%
Durchschnittliche Arbeitszeit/Woche (100%)	42h
Vorgesetzte	Bereichsleitung Pflege und Betreuung
Arbeitszeiten	Arbeitet im Tagdienst

² MMS - Mini Mental Status Test

Coaching

Das Coaching ist eine der Kernaufgaben der Pflegeexpertin. Das Ziel des Coachings ist es, Mitarbeitende zu befähigen, eigenständig und selbständig zu handeln im Bereich ihrer Kompetenzen und rechtzeitig auf Veränderungen im Gesundheitszustand bei den Bewohnenden zu reagieren.

In Rahmen des Coachings führt die Pflegeexpertin regelmässig Fallbesprechungen durch. Diese finden mindestens zwei Mal im Monat pro Pflegegruppe statt. Meistens sind auch die Therapien und Küche dazu eingeladen. Die Pflegeexpertin sucht als Vorbereitung vor der Besprechung jeweils die aktuelle Literatur zum Problem heraus. Manche Mitarbeitende wurden von der Pflegeexpertin über die letzten Jahre so gecoacht, dass sie selber Fallbesprechungen durchführen können. Dann stösst sie zum unterstützen und Feedback geben dazu. Dies gibt den Mitarbeitenden die Sicherheit, dass sie auf dem richtigen Weg sind.

Ein weiterer Fokus des Coachings liegt auf fachlichen Themen, wie z. B. der Kinaesthetics. Hier ist das Ziel, die Umsetzung der Kinaesthetics zu fördern und evaluieren, sowie deren Einfluss auf die Lebensqualität der Bewohner/-innen aufzuzeigen. So geht die Pflegeexpertin Umsetzungsproblemen auf den Grund, wenn, z. B. mit einem Bewohner/einer Bewohnerin das Konzept nicht umgesetzt wird: liegt es daran, dass das Konzept nicht verstanden wurde, fehlen Ressourcen? Sie unterstützt die Teams bei der Reflexion des eigenen Verhaltens und zeigt die Konsequenzen für die Bewohner/-innen auf.

Drei Tage pro Jahr macht die Pflegeexpertin in jeder Pflegegruppe gezielte Praxiseinsätze. Sie ist dann auf einem normalen Dienst geplant und erledigt die tägliche Arbeit mit dem Pflegeteam. Dabei setzt sie sich selber Ziele und/oder arbeitet mit gezielten Aufträgen von Gruppenleitungen oder der Bereichsleitung Pflege und Betreuung, z. B. das Medikamentenmanagement zu überprüfen oder zu beobachten, wie die Biografiearbeit im Alltag umgesetzt wird. Dabei spricht sie stets auch Qualitätsthemen an.

Sie ist ebenfalls für die Organisation und Durchführung von interprofessionellen Schulungen zuständig, z. B. zu Themen wie Biografie, Sterbekultur und auch für einen FRK³ Kurs, der im Heim direkt angeboten wird als Alternative zu den SRK Kursen.

Klinisches und professionelles Leadership

In Rahmen der klinischen und professionellen Fachführung entwickelt die Pflegeexpertin evidenzbasierte Projekte im Bereich der Pflegeentwicklung und Pflegequalität, setzt diese um und evaluiert sie. So entwickelte sie z. B. in einem interprofessionellen Team ein Konzept zur Mangelernährung.

In ihrer Rolle als Pflegequalitätsverantwortliche steht sie den Mitarbeitenden zu Themen über Qualitätssicherung oder Qualitätsmanagement zur Verfügung, z. B. wenn die Pflegedokumentation in einem Bereich Anpassung benötigt, oder wenn es Schwierigkeiten gibt bei der Umsetzung von bestehenden Konzepten. Schlussendlich sollen Anweisungen und Instrumente sich gut in den Pflegealltag integrieren lassen, dementsprechend werden Konzepte immer mit Einbezug der Praxis geschrieben und evaluiert.

Ich kann nicht einfach etwas aufschreiben und denken, die Theorie sagt das und die Literatur sagt das, also schreibe ich einmal irgendetwas auf, sondern es muss ja dann auch für die Praxis umsetzbar sein, und das deckt sich nicht immer. Deshalb involvieren wir die Praxismitarbeitenden und erfragen ihre Meinung, indem wir ihnen das Erarbeitete zu lesen geben und sie auch nach der Praktikabilität des Aufgeschriebenen fragen.

[Pflegeexpertin]

³ FRK - Frohmatt Rotkreuz Kurs. Das ist ein speziell auf die Frohmatt ausgerichteter Kurs für Mitarbeitende, welche im Team mit dem Schwerpunkt Hauswirtschaft arbeiten, jedoch pflegerische Tätigkeiten/Handlungen in Delegation der ausgebildeten Pflegeperson ausüben. Im Kurs lernen sie z. B., wie Bewohner/innen auf die Toilette begleitet werden, wie den Bewohner/innen das Essen korrekt eingegeben wird, was bei der Hautpflege zu beachten ist und welche Informationen aus Beobachtungen weiterzuleiten sind.

Als Qualitätskontrolle liest sie täglich die Pflegedokumentation durch, um zu überprüfen, wie der Pflegeprozess umgesetzt wird. Wenn sie Veränderungen entdeckt, geht sie auf die betreffenden Personen im Pflgeteam direkt zu mit dem Ziel, das prozesshafte Denken zu fördern und die Mitarbeitenden zu befähigen, selbständiger zu werden in der Gestaltung des Pflegeprozesses. Wenn z. B. eine Bewohnerin innerhalb von zwei Monaten 8Kg abgenommen hat, bespricht sie den Grund dafür mit den Mitarbeitenden und plant weitere Massnahmen.

Die Mitarbeitenden haben sich daran gewöhnt, dass die Pflegeexpertin die Qualität überprüft. Sehr viele Mitarbeitende können heute auch sagen, dass es ein Gewinn ist. Das hat aber lange gedauert. Es dauerte ein gutes Jahr, bis die ersten Mitarbeitenden sagen konnten, dass es ein Gewinn für sie ist, dass sie dadurch gestärkt werden und daraus lernen.

[Bereichsleitung Pflege und Betreuung]

Eine weitere Aufgabe der Pflegeexpertin ist die Triage der Bewohner/-innen beim Eintritt. Bei der Anmeldung macht die Bettendisposition eine erste Triage, danach schaut die Pflegeexpertin das Dossier an und entscheidet, ob genug Informationen vorliegen, z. B. zu den aktuellen Diagnosen, dass eine neue Bewohnerin direkt auf einer Pflegegruppe eintritt oder ob sie zuerst auf die «Triage Abteilung» geht. Auf der Triage Abteilung erfolgt eine Abklärung des Pflegebedarfs, es werden Gespräche mit den Angehörigen und dem Arzt/der Ärztin geführt, und nach maximal acht Wochen wird die Bewohnerin auf eine Pflegegruppe verlegt.

Ebenso sorgt die Pflegeexpertin für eine Vernetzung des Heims mit externen Institutionen und Netzwerken. Sie ist verantwortlich für den Austausch mit RAI Verantwortlichen von anderen Häusern in der Region, Netzwerken der Langzeitpflege und für den Kontakt zu lokalen Spitälern. Sie ist auch aktiv in der Organisation „Swiss Nurse Leaders“, wo sie z. B. die Vorbereitung von Tagungen mitgestaltet.

Zusätzlich übernimmt sie die Rolle einer RAI – NH Supervisorin, wo sie die korrekte Anwendung überwacht und die Verantwortung für die Qualitätssicherung im Zusammenhang mit den RAI Qualitätsindikatoren trägt. Sie überprüft und analysiert die Resultate zu den Qualitätsindikatoren, leitet Massnahmen ab und setzt diese um mit dem Ziel, die Qualität kontinuierlich zu erhalten und / oder zu verbessern.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

In ihrer Rolle gilt die Pflegeexpertin als Brückenbauerin. Sie stellt Netzwerke her, vermittelt und fördert die Interdisziplinarität und Interprofessionalität, indem sie im Alltag alle ins Boot holt, um zusammen Lösungen zu finden. Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern wird im nächsten Abschnitt beschrieben.

4 Zusammenarbeit

Ein wichtiges Element zur Unterstützung einer guten Zusammenarbeit über alle Partner ist eine gemeinsame Dokumentationsplattform. In der Frohmatt wird dafür der Outlook-Kalender verwendet, in dem alle Therapiesitzungen, ärztliche Visiten, Besprechungen mit den Bewohnern/-innen, aber auch Gespräche mit Mitarbeitenden und andere wichtige Termine eingetragen werden. Der Tagesüberblick wird jeden Tag durch jede Pflegegruppe neu ausgedruckt. Somit haben alle Pflegegruppen eine Übersicht darüber, wie der Tag aussieht, welche Ressourcen wann zur Verfügung stehen und was bereits passiert ist. Dieser gemeinsame Kalender sorgt für Transparenz, die dem Heim sehr wichtig ist, und trägt zum besseren Verständnis der Aufgaben von anderen Berufsgruppen bei.

4.1 Pflgeteams

Im Alltag geht die Pflegeexpertin nach der Überprüfung der Dokumentation auf die Pflegegruppen. Sie bespricht aktuelle Themen und bietet Unterstützung an, dabei adressiert sie mehrheitlich die Pflegefachpersonen. Wenn gerade neue Richtlinien oder Konzepte eingeführt werden, arbeitet sie gezielt mit den Pflegenden und den Gruppenleitungen an deren Umsetzung. Sie ist auch die erste Anlaufstelle für fachliche Fragen, während die Gruppenleitungen bei Führungsthemen auf die Bereichsleitung Pflege und Betreuung zugehen. Zudem nimmt sie mindestens zwei Mal in der Woche in jeder Pflegegruppe am Rapport teil.

Wenn die Pflegenden merken, dass die Umsetzung der neuen Richtlinien im Praxisalltag nicht möglich ist, dann kommen die Pflegenden zu mir und berichten, wo die Probleme im Praxisalltag mit der Umsetzung sind. Diese Möglichkeit wird auch von den Mitarbeitenden sehr geschätzt. Was sie einbringen, wird berücksichtigt und bearbeitet und sie bekommen eine Rückmeldung. Sie erleben nicht, dass sie etwas einbringen und dann hören sie nichts mehr zum Thema. Ich denke, das ist auch das, was zermürend ist.

[Pflegeexpertin]

Ihrer Rolle wird grosses Vertrauen entgegengebracht, sie wird als fachliche Unterstützung erlebt und aktiv bei Fragen und Situationen einbezogen.

4.2 Ärztlicher Dienst

Es gibt einen Arzt, der die Gesamtverantwortung für das Heim hat. Die Zusammenarbeit zwischen ihm und den Pflegefachpersonen, resp. der Pflegeexpertin gelingt sehr gut, wenn es Anliegen gibt. Für alle involvierten Ärzte/-innen sind die Pflegefachpersonen die erste Anlaufstelle, und es sind auch die Pflegefachpersonen, die die Ärzte/-innen bei Bedarf direkt kontaktieren. Die Pflegeexpertin wird dann eingeschaltet, wenn es sich um eine komplexe Bewohnersituation handelt, in der ihre Einschätzung gebraucht wird oder wenn die Kommunikation mit dem Arzt/der Ärztin erschwert ist. So kann es z. B. geschehen, dass ein Hausarzt bereits telefonisch und per E-Mail über die Verschlechterung des Zustandes einer Bewohnerin informiert wurde, er aber keinen Handlungsbedarf sieht. Dann geht die Pflegeexpertin mit den Mitarbeitenden die Situation Schritt für Schritt durch und plant mit ihnen das weitere Vorgehen.

Die Pflegeexpertin hat die Zusammenarbeit mit der Geriatrie im Spital Affoltern, Affoltern am Albis aufgebaut und es konnte ein Liaison Vertrag abgeschlossen werden. Der Geriater/die Geriaterin kann z. B. bei Verhaltensauffälligkeiten/psychischen Krankheitsbildern als beratende Fachperson mit Zustimmung des Hausarztes/der Hausärztin zugezogen werden. Während der ersten 18 Monate der Zusammenarbeit war zweimal pro Monat ein Geriater im Heim und führte mit der Pflegeexpertin eine Visite durch. Nach der Evaluation wurde entschieden, dass ein Geriater/eine Geriaterin auf Nachfrage der Pflegenden oder der Hausärzte/-innen für individuelle Situationen beigezogen würde. Die Konsultationen erfolgen entweder telefonisch oder vor Ort in der Frohmatt. Auch Psychiater/-innen werden jeweils für spezifische Situationen von einzelnen Bewohnern/-innen durch die Pflegeteams zugezogen.

Gute Zusammenarbeit ist immer ein Gewinn. Also ich denke, ein Gewinn ist, dass man sich regelmässig austauscht. Das geschieht im Rahmen der Stabstellensitzung, da ist auch noch der Geschäftsleiter dabei, wo man alle 2 Monate eine kleine Traktandenliste abarbeitet und die gegenseitig relevanten Themen auf den Tisch bringt.

[Arzt]

Die Pflegeexpertin, die Geschäftsführung und die verantwortliche Heimarztvertretung kommen alle zwei Monate zusammen, um aktuelle Themen und Zukunftsvisionen zu besprechen. In dieser Gruppe wurde z. B. besprochen, dass der MMS Test durch die Pflegeexpertin gemacht werden sollte. Der Entscheid wurde dann von der verantwortlichen Heimarztvertretung gegenüber den Hausärztkollegen/-innen vertreten, so dass eine höhere Akzeptanz der Neuerungen erzielt werden konnte.

4.3 Therapeutische und andere Berufe

Die Zusammenarbeit zwischen der Küche und den Pflegegruppen ist sehr eng. Die Küche ist für Anliegen und Inputs vom Bereich Pflege und Betreuung immer offen und wenn z. B. Bewohner/-innen eine Zwischenmahlzeit brauchen oder es eine Beschwerde in Zusammenhang mit dem Essen gibt, kommt die Küche immer auf der Pflegegruppe vorbei, um die Situation zu besprechen. Die Küche macht dann mit den Bewohnern/-innen einen Termin aus und trägt diesen in den Outlook Kalender ein, auf den auch die Pflegegruppe Zugriff hat. Durch den Outlook-Kalender ist die Hauptbeziehungspflegende informiert und kann an dem Treffen dabei sein. Nach 14 Tagen erfolgt jeweils eine Evaluation der Situation. Die Küche war auch der wichtigste Partner in der Entwicklung des Konzeptes zur Mangelernährung.

Im Heim gibt es eine 80% Physiotherapiestelle. Diese arbeitet als selbstständig erwerbende Physiotherapeutin und nutzt die Räumlichkeiten der Frohmatt. Die Physiotherapeutin hat Zugang zur elektronischen Pflegedokumentation, wo sie ihre Therapien oder Beobachtungen notiert. Bei Bedarf nimmt sie Kontakt mit der Hauptbeziehungspflegerperson auf und informiert sie z. B. darüber, was sie mit dem Bewohner/der Bewohnerin gemacht hat und welche Übungen weiter gemacht werden. Damit die Pflegenden eine Übersicht über die Termine haben, werden auch diese in den Outlook-Kalender der Gruppe eingetragen.

Mitarbeitende, die hauswirtschaftliche Tätigkeiten verrichten, wie z. B. Reinigungsarbeiten, sind ein wichtiger Bestandteil des Teams in die Betreuung der Bewohner/-innen. Sie sind einer Pflegegruppe zugeteilt und in die Pflege integriert. Da Mitarbeitende der Hauswirtschaft mit den Bewohnern/-innen viel in Kontakt kommen, sind ihre Informationen und Beobachtungen sehr hilfreich und wichtig, damit eine personenzentrierte Pflege gewährleistet werden kann. So übernehmen sie auch Mitverantwortung für die Bewohner/-innen, z. B. bei der Wäsche- oder Hygieneartikelbesorgung und entlasten damit das Pflegepersonal. Das Heim arbeitet seit 3 Jahren erfolgreich mit dem Hauptbeziehungspflege-Modell. Die Mitarbeitenden mit Schwerpunkt Hauswirtschaft übernehmen in Delegation der Hauptbeziehungsperson in der Tandemfunktion verschiedene Tätigkeiten.

Die Bettendisposition ist eine wichtige Schaltstelle beim Einzug der Bewohner/-innen. Sie macht bei der Anmeldung eine Ersteinschätzung, welcher Wohngruppe der Bewohner/die Bewohnerin zugeteilt wird. Dabei verwendet sie als Hilfestellung unter anderem die Reisberg Skala.

Die Frohmatt arbeitet mit anderen Häusern im Bezirk/Kanton zusammen. Diese treffen sich alle 2 Monate für einen Austausch, wo besprochen wird, was in jedem Heim aktuell läuft. Der Austausch, die gegenseitige Unterstützung und das voneinander Lernen wird von allen involvierten Personen sehr geschätzt. Die Qualitätsbeauftragten arbeiten sehr eng mit der Pflegeexpertin zusammen. Gemeinsam sind sie für die Qualitätsmessungen, Auswertung und Einführung von Verbesserungsmaßnahmen in der Frohmatt verantwortlich.

(...) Man muss das Rad nicht neu erfinden, sondern es soll eine Zusammenarbeit, eine gute partnerschaftliche Zusammenarbeit sein. Das ist mir auch wichtig (...)

[Pflegeexpertin]

4.4 Management

Die Tagesverantwortlichen in den Pflegegruppen sind die erste Anlaufstelle für die Pflegeexpertin, da sie fachlich das Tagesgeschäft steuern. Mit ihnen bespricht die Pflegeexpertin die Probleme, die sie während der Dokumentationsüberprüfung entdeckt hat und geht danach direkt auf die zuständigen Mitarbeitenden zu.

Die Leitungen Pflegegruppe, auf der anderen Seite, sind für die Führung der Teams verantwortlich und arbeiten mit der Leitung Pflege und Betreuung zusammen. Der Anknüpfungspunkt zu der Pflegeexpertin sind z. B. Ziele von eventuellen Praxisbegleitungen mit Mitarbeitenden.

Einmal pro Woche findet ein Austausch zwischen der Bereichsleitung Pflege und Betreuung und der Pflegeexpertin statt. Sie besprechen aktuelle Themen und eventuelle Aufträge an die Pflegeexpertin, wie z.B. die Entwicklung eines Konzeptes zum Thema Suizidprävention. Des Weiteren werden Situationen von Bewohnern/-innen, welche ggf. auf die Gesamtsituation der Frohmatt Auswirkungen haben könnten, mit der Bereichsleitung Pflege und Betreuung besprochen, z. B. zum Thema Verhalten/Sexualität. Auch Massnahmen im Bereich Bildung wie Planung und implementieren von Schulungen für Mitarbeitende im Betrieb werden gemeinsam besprochen. Letztlich wird die Planung der Weiterentwicklung des Betriebs - was wird in Zukunft von einem Betrieb wie unserem gefordert? - gemeinsam besprochen, geplant und nachher die Massnahmen durch die Pflegeexpertin vorausschauend implementiert, z. B. zum Thema Mund- und Zahnhygiene im Alter: Wie gehen wir vor, damit im Prozess eine Systematik erkennbar ist.

4.5 Bewohner/-innen und Angehörige

Grundsätzlich sind die Hauptbeziehungspersonen und Gruppenleitungen der Pflegegruppen die erste Anlaufstelle für Bewohnende und Angehörige. Die Pflegeexpertin wird dann involviert, wenn es um komplexe Situationen und Ereignisse geht, meistens bei Bewohnern/-innen mit komplexen pflegerischen und oder psychiatrischen Erkrankungen. Wenn z. B. ein Team an seine Grenzen kommt im Umgang mit schwierigem Verhalten, unterstützt die Pflegeexpertin das Team bei Gesprächen mit Bewohnern/-innen und Angehörigen und leitet bei Bedarf das Erstellen einer Notfallplanung in die Wege. In der Notfallplanung werden weitere Schritte und Ziele der Betreuung und die Massnahmen festgehalten sowie die Konsequenzen, falls die Ziele nicht erreicht werden können. Die Notfallplanung dient dazu, die Angehörigen transparent über die Möglichkeiten in der Betreuung des Heims aufzuklären und über mögliche Konsequenzen zu informieren, z. B. eine Einweisung in die Psychiatrie. Die Pflegegruppen werden kontinuierlich darin geschult, in der Zukunft solche Gespräche selber durchzuführen.

5 Veränderungen seit der Implementierung des Modells

Bewohner/-innen und Angehörige

- Die Pflegeexpertin legte in ihrer Arbeit grossen Wert auf die Förderung der Konzepte der familienzentrierten Pflege und der Biografiearbeit. Die Bewohner/-innen und deren Familien werden in der Betreuung als Partner gesehen und in den Entscheidungen über ihre Betreuung miteinbezogen. Das Konzept der Familienzentrierten Pflege und Betreuung ist dabei wichtigster Grundpfeiler und dient als solide Grundlage.
- Mit der Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit mit den Ärzten/-innen wird es möglich, bessere Ergebnisse für die Bewohner/-innen zu erreichen.
- Gute interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern wie z. B. Küche, Ärzte/-innen, die von der Pflegeexpertin gefordert und gefördert wird, erzielt bestmögliche Ergebnisse für die Bewohner/-innen.

Mitarbeitende

- Mit der Unterstützung der Pflegeexpertin können sie die Theorie besser in der Praxis umsetzen und im Alltag die Situationen der Bewohner/-innen besser einschätzen und analysieren. So wird z. B. bei Schmerzen eher ein Schmerzprotokoll gemacht und nach der Wirksamkeit der Medikamente gefragt.
- Sie sind sicherer und gestärkt in der Entscheidungsfindung durch den Einsatz von Konzepten oder Standards, wie z. B. das Konzept zur Mangelernährung.
- Sie erleben durch die Unterstützung und Förderung ein Empowerment und können den Ärzten/-innen gegenüber kompetenter auftreten und ihre Entscheidungen vertreten.

Organisation

- Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten/-innen hat sich verbessert, da die Mitarbeitenden gezielt über Bewohnersituationen berichten und ihre Aussagen fachlich unterlegen können.
- Das neue Modell trägt zur Attraktivität des Heims für neues Personal bei, so dass es einfacher wird, Fachpersonen zu rekrutieren.

6 Ausblick

Die Pflegeexpertin wünscht sich für die Zukunft noch mindestens eine weitere Pflegeexpertin als Kollegin im Heim, insbesondere im Hinblick darauf, dass das Heim jetzt zwei Standorte hat. Sie würde sich auch wünschen, dass die Zusammenarbeit mit manchen Hausärzten/-innen verbessert wird. Schwierig ist insbesondere, wenn Hausärzte/-innen nicht im Heim vorbeikommen, um eine Bewohnersituation vor Ort einzuschätzen. Für die Bewohner/-innen bedeutet es die Verlängerung einer schwierigen, belastenden Situation oder Unklarheit und es behindert eine qualitativ gute Pflege. Hierzu betont auch die Bereichsleitung Pflege und Betreuung, wie wichtig die partnerschaftliche Beziehung mit den Ärzten/-innen ist. Sie würde sich wünschen, dass in der Zukunft die Pflege einen eigenständigen Bereich hat und eine Zusammenarbeit auf gleicher Ebene möglich wird, die den Bewohnern/-innen zugutekommt.

Wir haben gegenüber den Ärzten keine Kompetenzen, wir sind leider immer noch ein Assistenzberuf, und immer noch viele Ärzte vertreten die Haltung, dass wir ihre Assistenten sind (...) Zusammenarbeit mit den Ärzten ist eindeutig das Schwierigste. In der Langzeitpflege vielleicht sogar noch schwieriger als im Spital, da sie weiter entfernt sind, in ihrer Praxis sind und fast keine Zeit haben. Dadurch kommen sie auch nur dann, wenn sie wirklich müssen.

[Bereichsleitung Pflege und Betreuung]

Die Ärzte/-innen auf der anderen Seite würden sich wünschen, dass die Pflegenden sich besser auf die Visite vorbereiten, und so Bescheid wissen über die Bewohner/-innen, dass während der Visite weitere Entscheidungen getroffen werden können.

Für die Visiten, jemand Kompetenten haben... ja die wissen einfach gut Bescheid über die Situation des Patienten, können die Klagen gut einordnen und können filtern... ist das ein Problem, das schon lange besteht oder ist Handlungsbedarf, kann man einfach noch ein bisschen weiter beobachten das Ganze (...)

[Arzt]

Kompetenzen und Tätigkeiten der Pflegeexpertin (PE) I Frohmatt

Häufigste Erkrankungen, die von der PE behandelt werden	Multimorbidität, Herausforderndes Verhalten, Demenz	
Klinische Tätigkeiten	Steht nicht im Vordergrund	<u>Tests/ Assessments:</u> Labor: Nein Mentale Assessments: Mini Mental Status Test (MMS) Physische Assessments: Nein Funktionelle Assessments: Nein Soziale Assessments: Ja Vorausschauende Planung: Nein
Coaching	Regelmässige Fallbesprechungen anhand Literatur; Coaching von Pflegepersonal in den fachlichen Themen z. B. Kinaesthetics, Praxiseinsätze in der direkten Pflege von Bewohnenden; Durchführung von interprofessionellen Schulungen, Unterstützung des Pflegepersonals bei schwierigen Angehörigengesprächen	
Klinische und professionelles Leadership	Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung von evidenzbasierten Projekten im Bereich der Pflegeentwicklung und Pflegequalität Überprüfung der Bewohner/innendokumentationen, Gestaltung von Fort- und Weiterbildungsprogrammen Triage der Bewohnenden beim Eintritt Vernetzung des Heims mit externen Institutionen und Netzwerken z. B. „Swiss Nurse Leaders“ RAI – NH Supervisorin	
Beratung und Konsultation	Gegenüber Mitarbeitern, Geschäftsleitung, Führungspersonen, Angehörigen und Bewohnern jederzeit	
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Vermittlung und Förderung der Interdisziplinarität und Interprofessionalität z. B. regelmässige Zusammenarbeit mit Gruppenleitung, diplomierten Pflegefachpersonen, Fachmann/Fachfrau Gesundheit, Küche im Alltag, Zusammenarbeit mit dem Arzt/Ärztin bei Visiten, ungeplanten Hospitalisierungen, Änderungen der Medikation; Mit Gerontopsychiater/-in bei Bedarf; Angehörigen bei Familiengesprächen und Krisen	
Forschungskompetenzen	Steht nicht im Vordergrund Teilnahme an Forschungsprojekten (Anwenderforschung)	
Ethische Entscheidungsfindung	Gegenüber Mitarbeitenden, Geschäftsleitung, Führungspersonen, Angehörigen und Bewohnern/-innen jederzeit	

KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, Embrach
Pflegeheim 2 (P2)

1 Merkmale des Betriebs

Das **KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit** im Zürcher Unterland ist ein Heim im Kanton Zürich mit drei Standorten: zwei Pflegezentren in Embrach und Bassersdorf sowie einem Standort mit Pflegewohnungen in Nürensdorf. Zusätzlich werden Dienstleistungen vor Ort angeboten. Es hat insgesamt 241 Betten, 450 Mitarbeitende (Tabelle 1) und arbeitet mit einem Hausarztsystem. Die Beschreibung des pflegegeleiteten Versorgungsmodells bezieht sich auf die zwei Pflegezentren Embrach und Bassersdorf.

Bewohner und Bewohnerinnen. Im Heim werden hochgradig pflegebedürftige Bewohner/-innen betreut. Es gibt keine Einschränkungen für die Aufnahme, resp. nur solche, welche sich auf eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung beziehen. Das KZU verfügt über verschiedene **Schwerpunkte in der Pflege** mit Palliative Care, Neurocare und Akut- und Übergangspflege in Bassersdorf sowie Demenz, Gerontopsychiatrie und einer Pflegeoase für Menschen mit schweren Sinnesbeeinträchtigungen in Embrach. Ferner sorgt eine Tages- und Nachtambulanz für die Möglichkeit eines kooperativen Settings, in dem sich Angehörige und das KZU beteiligen.

Tabelle 1 Betrieb

	Angaben (Januar 2019)
Rechtlicher Status der Institution	Öffentlich
Lokalisierung	Ländlich/Agglomeration
Arztmodell	Heimarztmodell
Anzahl der Heimärzte/-innen	6
Bettenanzahl insgesamt	241
Anzahl der Mitarbeitenden	450
Anzahl der Lernenden und Studierenden	42 Lernende, 17 Studierende (HF und FH) (Stichtagsbetrachtung)
Pflegeangebote im Betrieb	Allgemeine Langzeitpflege Ferienaufenthalte Allgemeine Palliative Care Spezialisierte Pflege für Menschen mit Demenz Pflege für Menschen mit chronisch neurologischen Erkrankungen Gerontopsychiatrische Pflege Kurzfristige Aufenthalte „Geriatrische Rehabilitation“ Akut- und Übergangspflege Ambulante Angebote wie AIDA-Care Tages- und Nachtambulanz

Datenbasierte Qualitätsentwicklung. Das Heim arbeitet mit Qualitätsindikatoren, die seit ca. 15 Jahren mit Hilfe von RAI-NH erhoben werden. Mit den Qualitätsindikatoren werden verschiedene Aspekte der Pflegequalität beurteilt und die Aufmerksamkeit auf die gemessenen Themen gelenkt, um so entsprechende Massnahmen zu initiieren und letztlich zu einer höheren Versorgungsqualität beizutragen. Die Analyse von Benchmarking-Berichten gehört ebenfalls zur Qualitätsentwicklung, sowohl auf Basis der Qualitätsindikatoren, wie auch von Bewohner- und Angehörigenbefragungen. Zentrale Resultate des Benchmarkings-Berichts werden mit den Mitarbeitenden auf eine verständliche Art und Weise

besprochen. Hinzu kommt die vierteljährliche Auswertung in einer interprofessionellen Gruppe von Meldungen im „Critical Incident Reporting System“ (CIRS), die einen Beitrag zur Erhöhung der Bewohnersicherheit liefert.

2 Das pflegegeleitete Versorgungsmodell

Seit dem Jahr 2012 arbeitet das KZU mit dem pflegegeleiteten Versorgungsmodell. Das Modell basiert zum Erhebungszeitpunkt auf einem Team von sechs klinischen Pflegespezialistinnen (KPS), geleitet von zwei Co-Leitungen KPS (Co-KPS). Die KPS sind auf einzelnen Abteilungen in der direkten Pflege tätig und die Co-KPS haben zusätzlich eine übergeordnete Rolle. Die Schwerpunkte der Aufgabenbereiche liegen für alle sechs KPS (inkl. Co-KPS) auf direkten klinischen Tätigkeiten, Coaching sowie klinischem und professionellem Leadership, wobei die Co-KPS ausserdem in der ethischen Entscheidungsfindung Verantwortung tragen.

2.1 Grund für die Entwicklung des Modells

Der Grund für die Einführung des Modells beruhte auf einer Ressourcenknappheit bei den Ärzten/-innen und der gleichzeitig immer anspruchsvoller werdenden Pflege, die bei den Mitarbeitenden der Pflegeteams zusätzliche Unterstützung in der Praxis notwendig machte.

2.2 Vorgehen bei der Entwicklung

Eine Masterabsolventin wurde nach dem erfolgreichen Abschluss des MAS mit dem Schwerpunkt «Palliative Care» die erste KPS auf einer Abteilung im KZU. Die Idee war, dass es nach dem vollständigen Aufbau des Modells pro Abteilung mit 30 Bewohner/-innen eine KPS geben sollte. Dieses Ziel wurde zum Erhebungszeitpunkt mit 6 von 8 Abteilungen, die über eine KPS verfügen, fast vollständig erreicht. Die beiden Co-Leitungen sind wiederum für je einen der Heimstandorte verantwortlich.

- Mit einem Verhältnis von 1:30 (1 KPS pro 30 Bewohner/-innen) wird das Team in der Praxis optimal unterstützt und gecoacht und kann dadurch auch komplexe Situationen bei Bewohnern/-innen gut bewältigen.

Seit seiner Einführung befindet sich das Modell in einem ständigen Wandel und richtet sich jeweils nach den aktuellen Bedürfnissen der Bewohner/-innen und Mitarbeitenden aus. Damit es nicht zu Schnittstellenproblemen kommt, sind beide Funktionen (KPS und Co-Leitung KPS) sowie deren jeweilige Aufgabenbereiche in Stellenbeschreibungen detailliert festgehalten.

2.3 Implementierung des Modells

Die Leitung Pflege (verantwortlich für den gesamten Pflegedienst an beiden Standorten) und die erste KPS haben mit dem Heimarzt, der Leitung Pflegegruppe (verantwortlich für eine Einheit von 30 Bewohner/-innen) und dem Pflegeteam ausgearbeitet, wie die Rolle der KPS selbst, die Implementierung und deren Integration in den Alltag der Pionierphase aussehen soll und was die Rolle für das Team bedeutet. Der ärztliche Dienst war dem Modell gegenüber von Anfang an sehr offen eingestellt und wirkte positiv unterstützend.

- Die aktive Beteiligung des Teams hat die Ängste, die oft mit neuen Rollen verbunden sind, reduziert und deren Akzeptanz erhöht.
- Der „Bottom-up“(„von-unten-nach-oben-orientierte“) Ansatz hat eine wichtige Rolle in diesem Prozess gespielt. Wenn das Pflegeteam die neue Rolle aktiv mitgestaltet, ist es motiviert und gleichzeitig ist die Rolle auf die Bedürfnisse des Teams abgestimmt.

„Was sicher ein ganz wichtiger Faktor war, dass wir den Mut hatten, jetzt in diesem Thema vorwärts zu gehen, war die Offenheit der Ärzte.“
[Leitung Pflege]

Ausserdem wurden Orientierungsprogramme für das Pflege- und Betreuungspersonal sowie die Ärzte/Ärztinnen anlässlich der Implementierung des Modells durchgeführt, um ein gemeinsames Verständnis für die Rolle zu schaffen und das Modell wurde im Rahmen einer Teamsitzung eingeführt.

Barrieren und erleichternde Faktoren

Unten sind die wichtigsten Barrieren sowie erleichternde Faktoren für die Modellimplementierung insgesamt aufgeführt, wie sie von der Leitung Pflege und KPS sowie den Co-Leitungen KPS benannt wurden.

Barrieren

- Skepsis eines Pflorgeteams dem Modell gegenüber
- Hierarchisches Denken auf der Ebene der Pflegeinstitution
- Fehlende Praxiserfahrung oder erst in Weiterbildung stehende KPS
- Rekrutierung von klinischen KPS und Finden von von KPS, die nahe bei der Praxis bleiben möchten und explizit «keinen Bürojob suchen»

Erleichternde Faktoren

- Unterstützung der Geschäftsleitung, seitens der Leitung Pflege und des ärztlichen Dienstes bei der Entwicklung und Umsetzung des Modells
- Aktiver Einbezug des Pflorgeteams in die Ausarbeitung des Modellkonzepts
- Interne Rekrutierung der KPS und die Finanzierung der nötigen Ausbildung
- Klar definierte Kompetenzen, Aufgaben und Rollen der KPS und Co-KPS, die in einer Stellenbeschreibung festgehalten sind
- Interprofessionelle Zusammenarbeit von den leitenden Ärzten/-innen, KPS und Co-KPS auf Augenhöhe

3 Die Rolle der Pflegeexpertin

3.1 Arbeitsorganisation

Die KPS und Co-Leitung KPS arbeiten unter der Woche zwischen Montag und Freitag. Gelegentlich arbeitet die KPS im Spät- oder Nachtdienst (Tabelle 2).

3.2 Aufgabenbereiche

Die KPS tragen die Fachverantwortung für die professionelle Pflege und Betreuung auf den Pflegegruppen. Sie sind fest auf einer Abteilung eingeplant und ins Pflorgeteam integriert.

Die Co-Leitungen KPS tragen die Verantwortung für eine umfassende, wirksame, wirtschaftliche und den aktuellen Qualitätsstandards entsprechende Pflege und Betreuung. Eine der Co-Leitungen KPS arbeitet zu 20% als Berufslehrerin im Gesundheitswesen.

Die Schwerpunkte der Aufgabenbereiche der KPS und der Co-Leitung KPS liegen auf:

- Direkten klinischen Tätigkeiten
- Coaching
- Klinischem und professionellem Leadership
- Ethischer Entscheidungsfindung

Alle Aufgaben werden im interprofessionellen Team durchgeführt.

Tabelle 2 Klinische Pflegespezialistin (KPS), Co-Leitung Klinische Pflegespezialistin (Co-Leitung)

	KPS	Co-Leitung Bassersdorf	Co-Leitung Embrach
Ratio Bewohner/-innen: KPS/Co-Leitung	30:1	46:1	30:1
Schwerpunkte der klinischen Tätigkeit	Abteilungsspezifisch	Polymorbidität Palliative Care Tumorerkrankung Neurologische Erkrankungen Familiengpflege	Polymorbidität Palliative Care Psychiatrische Erkrankungen Demenzielle Entwicklung
Höchster vorhandener Bildungsabschluss	MAS ¹ in Gerontologischer Pflege	MAS ¹ in Palliative Care	MAS ¹ in Gerontologischer Pflege
Zusätzliche spezifische Weiterbildungen oder Zertifizierungen	(nicht erfasst)	Höhere Fachausbildung für Gesundheitsberufe ² (und diverse spezifische WB im Laufe der 40 Jahre Berufserfahrung)	Integrative Validation Aggressionsmanagement ³ Krisenintervention/Trauma ⁴ Nachdiplomstudium in Migration
Administrative Einbettung			
Anzahl der angestellten KPS/Co-Leitung	6 Personen	1 Person	1 Person
Anzahl in Stellenprozenten	490%	80%	80% als CO-Leitung KPS 20% als Berufslehrerin
Durchschnittliche Arbeitszeit/Woche	42h (+ situativ 1 Überstunde pro Woche)	33h	33h (+ situativ 2 Überstunden pro Woche)
Vorgesetzte	Leiterin Pflegegruppe	Leitung Pflege	Leitung Pflege
Arbeitszeiten	Arbeit hauptsächlich im Tagdienst, gelegentliche Einsätze im Spätdienst	Arbeit im Tagdienst	Arbeit im Tagdienst

¹ MAS – Master of Advanced Studies; ² Stufe 1 (HFG) mit Schwerpunkt Berufspädagogik; ³ Stufe Trainerin; ⁴ Master NLP

KPS

Klinische Tätigkeiten

Die KPS arbeitet täglich auf ihrer Abteilung in der direkten Pflege der Bewohner/-innen. Während ihres Dienstes macht sie zusammen mit der/dem Pflegenden im Voraus geplante Besuche bei Bewohnern/-innen. Das Ziel liegt darin, gemeinsam mit den Pflegenden die Bewohnersituation gezielt und individuell anzuschauen, z. B. ob Hautveränderungen wie Dekubitus oder Wundsituationen vorhanden sind. Zusätzlich besucht sie Bewohner/-innen spontan, wenn das Pflegefachpersonal oder die Leitung Pflegegruppe nach ihrer Unterstützung fragt, z. B. bei einer akuten Gesundheitsverschlechterung, wie einem Verdacht auf eine Exazerbation bei COPD. Die KPS wird die erste Einschätzung des Gesundheitszustands der Bewohner/-innen machen. In dieser Situation führen sie körperliche Untersuchungen (Herz-Kreislauf, respiratorisches System, Abdomen) durch, bei Bedarf auch den MMS Test, CAM oder Schellong Test und interpretieren diese, oder medizinische Massnahmen wie Gewichts-, Blutzucker- oder Blutdruckkontrolle, den Combur-Test oder verordnen pflegerische Massnahmen, wie z. B. Lagerung. Danach werden gemeinsam die weiteren Massnahmen geplant, umgesetzt und bei Bedarf der Heimarzt informiert. Wenn sich der Gesundheitszustand eines Bewohners/einer Bewohnerin allgemein

langsam verschlechtert, z. B. sich der Bewohner/die Bewohnerin weniger an Alltagsaktivitäten beteiligt oder weniger isst, wird die KPS in der direkten Pflege von diesem Bewohner/dieser Bewohnerin eingeplant. Dies ermöglicht ihr, eine umfassende Situationsanalyse zu machen, bei Bedarf Fokusassessments durchführen und mit dem/der Pflegenden die Situation zu besprechen sowie eine neu angepasste Pflegeplanung zu erstellen. Die Bewohnersituationen werden weiter durch die zuständige Pflegefachperson und die KPS begleitet. Die Kontinuität in der Betreuung und das Weiterverfolgen von Problemen ist sehr wichtig.

Vor den Wochenenden schaut die KPS immer so gut wie möglich im voraus, dass eventuelle Fragen im Zusammenhang mit komplexen Situationen bei Bewohnern/-innen, etwa bei End-of-Life Situationen, auch mit den betreuenden Ärzten/-innen geklärt werden. Dadurch können vorausschauende Massnahmen ergriffen werden, wie ausreichend Reserve-Medikamente zu verordnen oder die Angehörigen über den Zustand der Bewohner/-innen aufzuklären, damit Risiken allgemein minimiert werden können.

Coaching

Im Rahmen des Coachings finden direkte Coachings am Bett statt sowie Praxisbegleitungen, Fachinputs oder Schulungen und Pflegefachgespräche.

Die KPS wird auf der Abteilung täglich von Mitarbeitenden um Unterstützung gefragt, wenn sie von den Kompetenzen her nicht weiterkommen, meistens auf medizinische Handlungen bezogen, z. B. bei komplexen Hautveränderungen oder Kompressionsbandagen. Die KPS führt das Coaching direkt am Bett durch. Von direktem und sofortigem Coaching profitieren das Assistenzpersonal und FaGe am meisten – sie können sich sofort bei jemandem mit der Expertise melden und Hilfe bekommen. Das Ziel ist, die FaGe und das Assistenzpersonal in den Fachkompetenzen, der Entscheidungsfindung und im kritischen Denken zu stärken. Bei Bedarf werden sie in die Anwendung von Assessments zur regelmässigen Situationseinschätzung einbezogen und sie unterstützen die Umsetzung des Pflegeprozesses.

Die KPS gibt auch kürzere Fachinputs oder Schulungen, sehr oft zum Thema Kommunikation mit Bewohnern/-innen oder ärztlichem Dienst. Dabei werden Situationen aus dem Alltag durchgespielt und reflektiert.

Täglich am Nachmittag führt die KPS ein Pflegefachgespräch mit dem Team durch, in dem pflegespezifische Fragestellungen besprochen werden. Für das Pflegefachgespräch kann das Team selber spezifische Themen auswählen, z. B. zum Transfer oder zu medizinischen Verordnungen wie Medikamente. Dabei wird immer auf die Zielsetzung und Evaluation des Problems geachtet.

Klinisches und professionelles Leadership

In Rahmen des klinischen und professionellen Leaderships setzt die KPS evidenzbasierte Projekte im Bereich der Pflegeentwicklung und Pflegequalität sowie Konzepte oder Standards auf der Abteilung um. Die KPS unterstützt die dipl. Pflegefachperson ebenfalls in der fachlichen Vorbereitung der ärztlichen Visite und ist ggf. selbst mit dabei. Zweimal pro Tag sammelt die KPS die aktuellen Themen auf der Abteilung und bespricht diese mit dem ärztlichen Dienst im Sinne einer Triage. Am Morgen auf der jeweiligen Abteilung besuchen und besprechen die KPS zur Vorbereitung die aktuellen Bewohnersituationen sowie deren Dokumentation und sprechen mit den Pflegefachpersonen. Danach wird die KPS die Situationen tagieren: kann die Situation noch warten, muss sie mit dem ärztlichen Dienst besprochen werden, oder ist es dringlich und daher eine sofortige ärztliche Anwesenheit bei den Bewohnern/-innen erforderlich? Nach dem Austausch mit dem ärztlichen Dienst wird die KPS die Entscheidungen dem Pflegeteam mitteilen. Am Nachmittag findet wiederum ein Austausch der KPS mit dem ärztlichen Dienst statt. Die KPS nimmt vorher neue Probleme von den Pflegefachpersonen entgegen und überprüft diese, wenn nötig direkt mit den Bewohnern/-innen und danach mit dem ärztlichen Dienst.

Ethische Entscheidungsfindung

Die KPS und Co-Leitungen sind Teil der interprofessionellen Fachgruppe Ethik (mit der Seelsorge, den Therapien, der Pflege und dem ärztlichen Dienst). Im Bereich von ethischen Entscheidungsfindungen initiieren und führen die KPS und Co-Leitungen Fachgespräche zur ethischen Entscheidungsfindung. Ausserdem begleiten sie die Pflegenden im Erkennen von ethischen Problemen. Wenn nötig, leitet sie auch Rundtisch-Gespräche.

Co-Leitung KPS

Direkte klinische Tätigkeiten

Die klinischen Tätigkeiten der Co-Leitung unterscheiden sich nicht von den klinischen Tätigkeiten der KPS. (s. KPS, klinische Tätigkeiten)

Coaching

Co-Leitungen coachen die KPS sowie die Teams, für die sie aufgrund der Zuteilung direkt zuständig sind (zum Zeitpunkt der Erhebung waren noch nicht alle Teams mit einer KPS abgedeckt). Die Aufgaben unterscheiden sich nicht wesentlich von den Aufgaben der KPS, wenn es um Team Coachings geht. Sie erhalten Telefonanrufe von Mitarbeitenden der Abteilungen, auf denen es keine KPS gibt. Dies geschieht vor allem in Situationen, wenn die Mitarbeitenden an die Grenzen ihrer Kompetenzen stossen, meistens im Zusammenhang mit akuten Veränderungen des Allgemeinzustands, z. B. beim Sturz eines Bewohners/einer Bewohnerin mit fortgeschrittener Demenz oder wenn jemand plötzlich in die Sterbephase eintritt. In solchen Situationen suchen sie Unterstützung beim Involvieren und Beraten der Angehörigen, bei der Anpassung von medikamentösen Verordnungen und der Ausrichtung des Pflegeprozesses auf die Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners /der Bewohnerin.

Einen grossen Teil des Coachings verbringen die Co-Leitungen mit den KPS. 10-mal im Jahr finden Treffen statt, die von den Co-Leitungen KPS geleitet werden. Alle KPS nehmen teil, um sich auszutauschen und Pflegethemen zu besprechen. Die KPS werden durch die Co-Leitungen KPS auch in ihrer Rolle sowie der Selbstverantwortung und Selbsthilfefähigkeit gestärkt.

Klinisches und professionelles Leadership

In Rahmen der klinischen und professionellen Fachführung entwickeln die CO-Leitungen KPS evidenzbasierte Projekte im Bereich der Pflegeentwicklung und Pflegequalität, setzen diese um und evaluieren sie. So entwickeln sie neue Standards, Pflegekonzepte oder -methoden, wie z. B. das Konzept Palliative Care, dessen Umsetzung interprofessionell gestützt ist. Sie unterstützen die Leitung Pflegegruppe und KPS bei der jeweiligen Umsetzung im Alltag. Sie beteiligen sich an Kadersitzungen und führen interne und externe Arbeitsgruppen innerhalb der eigenen Expertise. Zum Beispiel leitet die Co-Leitung mit MAS in gerontologischer Pflege die Fachgruppen zur Basalen Stimulation oder Validation. Beide bauen ihr interprofessionelles Netzwerk auf, wie das Netzwerk Langzeitpflege SBK, damit sie auf dem neusten Wissensstand bleiben können. Dabei spielen sowohl internationale als auch nationale Netzwerke eine wichtige Rolle für die Weiterentwicklung, da man voneinander lernen kann. Beide sind auch in externen Gremien, wie z. B. dem kant. Vorstand von Palliative Care aktiv.

„(...) Ich muss vernetzt sein, es geht nicht alleine. Ich muss sicher sein, dass ich auf dem neusten Stand bin, dass was ich erzähle korrekt ist und es ist auch an anderen Orten getestet oder ausprobiert und literaturgestützt.“

[Co-Leitung]

Ähnlich wie die KPS unterstützt die Co-KPS die dipl. Pflegefachperson auf den Abteilungen, wo es keine KPS gibt, ebenfalls in der fachlichen Vorbereitung der ärztlichen Visite und ist ggf. selbst mit dabei. Zur Vorbereitung auf die ärztliche Visite lesen die Co-Leitungen am Morgen den aktuellen Verlauf in den Dokumentationen der Bewohner/-innen mit Problemen/herausfordernden Situationen, die vom Vortag aus den Abteilungen, in denen es keine KPS gibt, bekannt sind. Danach besuchen sie die Abteilungen und reden mit der Tagesleitung und den Leitungen der Pflegegruppen. Bei den Tagesleitungen fragen sie nach, welche herausfordernden Situationen aktuell vorhanden sind und was direkt angegangen

werden sollte. Auch hier findet die Triage statt. Nicht alle Situationen müssen immer am morgendlichen Austausch mit den Ärzten/-innen besprochen werden. Bei den Leitungen Pflegegruppe bespricht sie aktuelle Situationen aus dem Alltag, z. B. ob eine Pflegefachperson direkte Begleitung in der Praxis oder situative Unterstützung braucht, bzw. ob sie ein Pflegefachgespräch führen sollte. Zusätzlich sind sie bei neuen Eintritten zusammen mit der Disposition für die Triage der Bewohner/-innen verantwortlich.

Ethische Entscheidungsfindung

S. oben KPS Ethische Entscheidungsfindung

4 Zusammenarbeit

4.1 Pflegeteams

Die KPS nimmt am Morgen an dem Rapport teil, dadurch ist sie über die aktuelle Situation der Bewohner/-innen informiert. Die Co-Leitung KPS liest wiederum die Dokumentationen von Bewohnern/-innen, welche am Tag zuvor in kritischen oder komplexen Situationen waren. Beide, die KPS und Co-Leitung KPS beantworten Fragen und unterstützen die Abteilungen bei fachspezifischen Problemen im Alltag, so dass die diplomierten Pflegefachpersonen ihre Zeit den komplexen Situationen von Bewohnern/-innen widmen können.

Bei akuten Situationen oder bei Bewohnern/-innen mit fluktuierenden chronischen Krankheiten werden sowohl die KPS als auch die Co-Leitung KPS sofort einbezogen. In ihrem Auftreten und mit ihrer Expertise vermitteln die KPS ein Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens, nicht nur für die Mitarbeitenden, sondern auch für die Bewohner/-innen und deren Angehörige.

Für die temporären Gäste findet wöchentlich und bei den Langzeitbewohnern/-innen alle 6 Monate Zielgespräche statt, die mehrheitlich von den Pflegefachpersonen geleitet werden. Darin werden Situationen der Bewohner/-innen zielgerecht im interprofessionellen Team besprochen. Eine Vertretung der Therapien (Physiotherapie, Aktivierungstherapie, Ergotherapie) sowie die Ärzte/-innen nehmen wöchentlich an den Zielgesprächen teil.

4.2 Ärztlicher Dienst

Sowohl die KPS als auch die Co-Leitung KPS arbeiten eng mit dem ärztlichen Dienst zusammen. Sie treffen sich zweimal täglich für einen Austausch, zur Triage, von Montag bis Freitag am Morgen und am Nachmittag (genaue Vorbereitung und Ablauf ist in dem Abschnitt «klinisches und professionelles Leadership» beschrieben). Ansonsten sind die Ärzte/-innen tagsüber telefonisch für dringliche Anliegen erreichbar. Bei den gemeinsamen Triage-Sitzungen werden die Perspektiven aus pflegerischem und ärztlichem Bereich kombiniert und es wird über pflegerische, medizinisch-therapeutische und physiotherapeutische Betreuungsmöglichkeiten entschieden. Diese sogenannte «Triage», also Priorisierung der medizinischen Leistungen, wird als sehr grosse Entlastung der ärztlichen Arbeit angesehen und steigert die Wirksamkeit der Pflege im Versorgungsprozess. Mit der Triage können bestehende Ressourcen für komplexe Bewohnersituationen optimal genutzt werden, indem gemeinsam entschieden wird, welche Berufsgruppe welche Fragestellungen angeht. Sie erlaubt, die Pflegequalität zu erhöhen, da spezifisch pflegerische Probleme auch mit pflegerischer Expertise angepackt werden können. Wenn eine komplexe Situation von Bewohner/-innen geklärt werden muss, wird diese am runden Tisch mit allen Beteiligten beurteilt. Eine gute Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst ist eine der wichtigsten Erfolgsfaktoren des Modells, mit dem sowohl die pflegerische als auch die medizinische Seite des Betreuungsprozesses optimiert werden kann.

„(...) der Austausch ist sehr gewinnbringend, also wir von der Pflege haben jetzt viel mehr, haben viel mehr ärztliche Infos, also das heisst durch das, dass wir miteinander im Austausch sind weiss ich, was sie sich überlegen.“

[KPS]

4.3 Therapeutische und andere Berufe

Es gibt eine enge Zusammenarbeit zwischen KPS, diplomierten Pflegefachpersonen, Physiotherapie und Aktivierungstherapie.

Die KPS, diplomierte Pflegefachpersonen und die Physiotherapie haben im Alltag einen engen Austausch in Bezug auf die Resultate der Assessments zum Bewegungsapparat oder Veränderungen bei der Gangsicherheit oder allgemein der Gehfähigkeiten der Bewohner/-innen, oder wenn eine/r der Bewohner/-innen unter Übelkeit während der Therapie leidet. Mit der Aktivierungstherapie besprechen sowohl die KPS als auch die diplomierten Pflegefachpersonen das Angebot für einzelne Bewohner/-innen, die je nach Situation gezielt unterstützt und gefördert werden.

Zusammenarbeit mit dem Reinigungsdienst ist auch im Heim gefordert. Das Personal des Reinigungsdienstes wurde zur Erkennung und im Umgang mit schwierigen Situationen, z. B. End-of-Life Situationen, geschult. Somit werden sie für solche Situationen sensibilisiert und können bei Bedarf mit den KPS oder den Co-Leitungen KPS Kontakt aufnehmen.

KPS und Co-Leitungen KPS pflegen auch eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Seelsorge, wenn es um spezifische Situationen der Bewohner/-innen geht oder in Arbeitsgruppen.

4.4 Management

Am engsten arbeiten die KPS mit der Leitung Pflegegruppe zusammen, und sie teilen sich auch das Büro. Diese beiden Funktionen sind gut aufeinander abgestimmt und ihre jeweiligen Tätigkeitsbereiche klar definiert. Die Leitung Pflegegruppe ist für die personelle und organisatorische Führung zuständig, die KPS für die fachliche Führung. Die KPS trifft sich mindestens einmal pro Woche mit der Leitung Pflegegruppe, um bestehende Bewohner- oder Angehörigensituationen, sowie den Schulungsbedarf des Teams hinsichtlich Weiterbildung oder Fachinput zu besprechen. Sie arbeiten zusammen an den langfristigen Zielen für die Pflegequalität, z. B. der Verbesserung von Qualitätsindikatoren und den benötigten Richtlinien.

„(...) mit der Leitung der Pflegegruppe bin ich sehr eng im Kontakt. Wir haben ja das Büro miteinander und nichts desto trotz tauschen wir uns sehr häufig aus. Also spätestens einmal in der Woche haben wir so oder so ein Gespräch. Wo ich ihr auch die Bewohnersituationen aufzeige, wo ich daran arbeite.“

[KPS]

Die Co-Leitungen KPS tauschen sich ebenfalls mit den Leitungen Pflegegruppe mehrmals monatlich aus. Sie schauen gemeinsam, ob das Team gut unterstützt wird und wo z. B. situative Unterstützung in der direkten Pflege benötigt wird. Die Co-Leitungen KPS und KPS tauschen sich wöchentlich aus. Die KPS kann fachliche Inputs bekommen und allgemeine Themen besprechen. Hierbei berichtet die KPS über herausfordernde Situationen mit Bewohnern/-innen im Alltag und Themen aus den Teams.

Die Co-Leitungen KPS arbeiten auch eng mit der Leitung Pflege zusammen. Sie treffen sich einmal pro Woche und besprechen, wie die Situation in der Pflege aussieht. Die Leitung Pflege wird bei äusserst komplexen Situationen der Bewohner/-innen oder Konfliktsituationen beigezogen, wie sie z. B. bei Bewohnern/-innen mit Delirium, Demenz, oder in End-of-Life Situationen. Die Leitung Pflege klärt bei Bedarf die Situation zwischen ärztlichem Dienst und Pfl egeteam, damit die Bewohner/-innen die beste Versorgung bekommen und das ganze Team bestmöglich unterstützt wird. Die enge Zusammenarbeit zwischen Co-Leitung KPS/ KPS – Pfl egeteam – Leitung Pflege wird bei allen Berufsgruppen als eine grosse Bereicherung gesehen und trägt zu besseren Ergebnissen für die Bewohner/-innen bei.

4.5 Bewohner/-innen und Angehörige

Im Alltag sind die verantwortlichen Pflegefachpersonen für den Kontakt mit den Angehörigen zuständig. Bei schwierigen Situationen werden grundsätzlich die Prozessverantwortlichen (d. h. die Bezugspersonen) zur ersten Anlaufstelle für Bewohner/-innen und Angehörige. Die KPS oder Co-Leitung KPS wird manchmal für die Unterstützung bei einem Gespräch, z. B. bei einer Entscheidung während der Sterbephase, um einen Input gefragt.

5 Veränderungen seit der Implementierung des Modells

Bewohner/-innen und Angehörige

- Die Sicherheit ist erhöht, da konstant eine Ansprechperson mit pflegerischer Expertise auf der Abteilung und im Haus ist.
- Durch die KPS und Co-Leitung KPS ist eine Kontinuität in der Begleitung von komplexen Situationen gewährleistet, Pflegeinterventionen werden über längere Zeit verfolgt und evaluiert, z. B. ob eine Handlung eine Wirkung hat.
- Die täglichen Herausforderungen und Probleme werden kontinuierlich evaluiert und wenn nötig, werden Massnahmen angepasst.

„Hier im KZU ist die Pflege im Vordergrund. Und das finde ich den grossen Gewinn von dem Modell, das wir hier umsetzen. Für mich bestärkt es über die Jahre, dass es die richtige Richtung ist.“

[Co-Leitung KPS]

- Die Kontinuität der Betreuung ist durch ein partnerschaftliches Verhältnis mit den Ärzten/-innen gewährleistet und die Bewohner/-innen sind mit ihren Angehörigen stärker in die Entscheidungsfindung einbezogen.

Pflegequalität

- Die Verbesserung der Pflegequalität ist durch rechtzeitige Interventionen, z. B. bei Verschlechterung des Allgemeinzustands, erreicht, was wiederum auch zu weniger Spitaleinweisungen führen. Das ist besonderes für die Bewohner/-innen mit demenzieller Erkrankung wichtig, weil die Spitaleinweisung meistens eine negative Wirkung hat: Bewohner/-innen kommen verwirrter zurück und sind oft schlechter medikamentös eingestellt.

Mitarbeitende

- Das Personal ist durch das Coaching und die Fachbegleitung ermächtigt, was zu höherer Arbeitszufriedenheit und weniger Fluktuationen führt.

Organisation

- Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde durch hohes Vertrauen, regelmässigen Austausch und gegenseitiges Verständnis dafür, „was die andere Berufsgruppe eigentlich macht“, stark verbessert.
- In der Institution hat das Modell auch zu einem Kulturwandel beigetragen. Die Betreuung ist nicht nur auf medizinische und körperliche Aspekte fokussiert, sondern es werden alle fünf Gesundheitsdimensionen einbezogen (physisch, psychisch, funktionell, sozio-ökonomisch und Wertvorstellungen/Ressourcen).

„(...) möchten wirklich so die fünf Dimensionen von einem Mensch sein, wir möchten da wirklich gestärkt in den Alltag hineinbringen. ...die Fokussierungen, die in gewissen Bereichen noch stattfinden: Körper im Vordergrund und dann noch vielleicht ein wenig Psyche, das möchten wir wirklich verlassen (...)“

[Co-Leitung KPS]

6 Ausblick

Der ärztliche Dienst sieht das Modell als einen grossen Gewinn und schätzt die Zusammenarbeit mit KPS und CO-Leitungen KPS sehr. Er würde sich wünschen, dass es in Zukunft mehr gemeinsame Weiterbildungen zwischen Ärzten/-innen und KPS bzw. Co-Leitungen KPS geben wird. Andererseits hat die Rolle der KPS ein grosses Potenzial für die Übernahme weiterer klinischer Tätigkeiten in der Zukunft.

Die Leitung Pflege betont, dass das Modell stetig weiterentwickelt wird. Es wird immer neu aus den Erfahrungen gelernt und darauf basierend werden die nächsten Schritte geplant. Das KZU arbeitet stetig daran, die Funktion der KPS klar an die Öffentlichkeit zu kommunizieren, dass nicht das Bild eines weiteren Bürojobs von Pflegenden entsteht, sondern dass KPS in der direkten Pflege aktiv mitarbeiten und evidenzbasierte Lösungen anbieten. So kann die Pflegequalität nachhaltig ausgebaut werden.

Für die Co-Leitungen KPS ist das Modell im KZU ein zentrales und wichtiges Modell. Das Modell braucht es, für die fachliche Weiterentwicklung und Stärkung des Pflegeberufes. Sie betonen, dass es in der Langzeitpflege wichtig ist, zukünftig bei den APN Rollen das pflegespezifische Wissen und Handlungen in den Vordergrund zu stellen und die medizinischen Handlungen als Zusatzaufgaben und nicht als Kernaufgabe der APN-Rolle zu sehen. Die Mischung aus «pflegerischen» und «medizinischen» Kompetenzen bietet eine umfassende Betreuung für die komplexen Situationen der multimorbiden Bewohner/-innen in der Langzeitpflege.

Kompetenzen und Tätigkeiten der KPS¹ und Co-Leitung KPS² | KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit

Häufigste Erkrankungen, die von der KPS behandelt werden	Multimorbidität, demenzielle Entwicklungen, Frakturen, Infektionserkrankungen, allgemeine körperliche Dekompensationen, psychiatrische Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Pflege bei neurologischen Erkrankungen	
Klinische Tätigkeiten	Rechtzeitige Interventionen bei Gesundheitsverschlechterung^{1,2} Erst- und Verlaufsassessments^{1,2} Klinische Untersuchung von folgenden Organsystemen²: Bewegungsapparat, Haut, Herzkreislauf, Atemwege, Verdauungstrakt	Tests/ Assessments: Labor: Comburtest^{1,2}, Blutzucker^{1,2} Mentale Assessments: Mini Mental Status (MMS)², Confusion Assessment Method (CAM)² Physische Assessments: Schellong Test², Vitalzeichen^{1,2} Funktionelle Assessments: Barthel-Test^{1,2} Soziale Assessments: Nein Vorausschauende Planung: Ja²
Coaching und Führung	Pflegepersonal: Coaching am Bett/Praxisbegleitungen, Fachinputs oder kurze Schulungen, Pflegefachgespräche in komplexen, fachspezifischen Fragestellungen und herausfordernden Situationen ^{1,2} Punktueller Unterstützung auf Anfrage ^{1,2} Unterstützung bei schwierigen Angehörigengesprächen ^{1,2}	
Klinisches und professionelles Leadership	Pflegepersonal: Coaching am Bett/Praxisbegleitungen, Fachinputs oder kurze Schulungen, Pflegefachgespräche in komplexen, fachspezifischen Fragestellungen und herausfordernden Situationen ^{1,2} Punktueller Unterstützung auf Anfrage ^{1,2} Unterstützung bei schwierigen Angehörigengesprächen ^{1,2} Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung von evidenzbasierten Projekten im Bereich der Pflegeentwicklung und Pflegequalität ^{1,2} Überprüfung von Pflegedokumentation^{1,2}, Gestaltung und Durchführung von Rundtischgesprächen² Gestaltung von Fort- und Weiterbildungsprogrammen², mitverantwortlich für die fachliche Einführung von neuen Mitarbeitenden^{1,2}	
Beratung und Konsultation	Steht nicht im Vordergrund	
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Zusammenarbeit mit Arzt/Ärztin bei Visiten, ungeplanten Hospitalisierungen, Änderungen der Medikation. Regelmässige Zusammenarbeit mit Gruppenleitung, diplomierten Pflegefachpersonen, Fachmann/Fachfrau Gesundheit, Physiotherapeut/-in im Alltag, Angehörigen bei Familiengesprächen, Bewohner/-innen im Alltag, Disposition, Leitung Pflege, andere KPS	
Forschungskompetenzen	Pflegestandards anhand aktueller Literatur entwickeln ²	
Ethische Entscheidungsfindung	Unterstützen und Begleiten von Pflegenden im Erkennen von ethischen Problemen und Finden von ethischen Entscheidungen ²	

Genossenschaft Alterszentrum Kreuzlingen

Pflegeheim 3 (P3)

1 Merkmale des Betriebs

Das **Alterszentrum Kreuzlingen** ist ein Heim im Kanton Thurgau mit zwei Standorten in Kreuzlingen und Bottighofen, mit insgesamt 230 Betten, 300 Mitarbeitenden und einem Hausarztssystem. Die folgende Beschreibung des pflegegeleiteten Versorgungsmodells bezieht sich auf den Standort in Kreuzlingen (Tabelle 1).

Bewohner und Bewohnerinnen. Im Heim werden vor allem multimorbide Menschen im dritten und vierten Lebensabschnitt betreut.

Der Schwerpunkt der Pflege liegt in der Palliative Care, in der Begleitung von Bewohnern/-innen und ihren Familien im Sinne der familienzentrierten Pflege und darin, Wünsche im letzten Lebensabschnitt zu erfüllen.

Tabelle 1 Betrieb (Standort Kreuzlingen)

	Angaben (Juni 2017)
Rechtlicher Status der Institution	Privat/ Genossenschaft
Lokalisierung	Städtisch
Arztmodell	Hausarztssystem
Anzahl der Hausärzte/-innen	40
Bettenanzahl insgesamt	150
Anzahl der Mitarbeitenden	160/ 105.8 Stellen Vollzeit
Anzahl der Lernenden und Studierenden	28 Lernende und HF Studierende
Pflegeangebote im Betrieb	Allgemeine Langzeitpflege Palliative Care Grundversorgung Pflege von Menschen mit einer Demenzerkrankung Gerontopsychiatrische Pflege Tagesgäste Akut- und Übergangspflege Hospizwohnung in der Zusammenarbeit mit der Krebsliga

Datenbasierte Qualitätsentwicklung. Kreuzlingen arbeitet seit 2010 mit den Qualitätsindikatoren, die durch RAI-NH erhoben werden. Damit werden verschiedene Aspekte der Pflegequalität beurteilt und überwacht, was wiederum die Aufmerksamkeit auf die gemessenen Themen lenkt. Die Resultate werden in Kadertreffen und Fachgruppensitzungen bearbeitet, und darauf basierend werden Ziele und Massnahmen festgelegt. Diese werden den Mitarbeitenden jährlich in den Teamsitzungen vorgestellt und auf den Abteilungen ausgehängt.

2 Das pflegegeleitete Versorgungsmodell

Seit dem Jahr **2012** arbeitet das Alterszentrum Kreuzlingen mit dem **pflegegeleiteten Versorgungsmodell**. Das Modell basiert aktuell auf drei **Fachexpertinnen**, die für unterschiedliche Fachthemen verantwortlich sind:

- Palliative Care
- Demenz
- Kinästhetik

und einer Pflegeexpertin, die für das gesamte Haus verantwortlich ist und gleichzeitig die Rolle als Stellvertretung der Bereichsleitung Pflege und Betreuung wahrnimmt.

Die Schwerpunkte der Aufgabenbereiche der Fach- und Pflegeexpertinnen liegen auf direkten klinischen Tätigkeiten, Coaching, klinischem und professionellem Leadership sowie der ethischen Entscheidungsfindung. Sie arbeiten mit dem Pflorgeteam im Alltag eng zusammen.

In dieser Beschreibung wird auf die zwei Fachexpertinnen Palliative Care und Demenz sowie die Pflegeexpertin eingegangen (s. Tabelle 2).

2.1 Grund für die Entwicklung des Modells

Der Auslöser für die Einführung des Modells war die zunehmende Komplexität der Pflegesituationen von den Bewohnern/-innen, die eine kontinuierliche und fachspezifische Betreuung erforderten und der Anspruch, die fachliche Betreuung mit knappen Ressourcen zu gewährleisten. Das Potential der Mitarbeitenden wurde zu wenig genutzt und es brauchte eine weitere Entwicklung der Pflege. Die Bereichsleitung Pflege und Betreuung wollte einerseits Personen zur Verfügung haben, die sich mit einem Thema gut auskennen und über eine vertiefte Expertise verfügen – dies wurde einerseits erfüllt mit den Fachexperten/-innen und andererseits mit der Pflegeexpertin, die für das gesamte Haus übergreifend verantwortlich ist. Die Fachexperten/-innen sind diplomierte Pflegefachpersonen mit Zusatzausbildung, die einen Teil ihres Pensums damit verbringen, ihre Fachexpertise an die Teams weiterzugeben. Die Pflegeexpertin hat den Auftrag, das gesamte Haus bei allen Fragen oder herausfordernden Situationen zu unterstützen. Zusätzlich hat sie die Rolle der stellvertretenden Bereichsleitung Pflege und Betreuung.

«also, wir haben nicht eine Grundlage gehabt. Wir haben eigentlich nicht ein Konstrukt gehabt, wie die Rolle von der Fach- und Pflegeexpertin aussehen soll. In der Literatur, aber auch in anderen Institutionen ist das Berufsbild «Pflegexpertin, APN» am Entstehen oder bereits vorhanden. Da meine STv den Master in gerontologische Pflege absolvierte war für uns klar, dass wir in Zukunft die pflegefachliche Begleitung von unseren Pflegenden im Heimaltag weiter stärken und ausbauen müssen – denn die Herausforderungen im Pflegealltag werden immer komplexer.»

[Bereichsleitung Pflege und Betreuung]

2.2 Vorgehen bei der Entwicklung

Der Bereichsleitung Pflege und Betreuung wurde klar, dass das Heim den Pflegenden im Alltag eine fachliche Begleitung zur Seite zu stellen sollte, um den hohen Ansprüchen an die Pflege und Betreuung gerecht zu werden. Mit einer fachlichen Begleitung werden die Mitarbeitenden gleichsam gefördert und gefordert und können sich weiterentwickeln. Es war klar, dass eine Person in dieser Rolle für die Probleme, Themen und Pflegesituationen in der Praxis Antworten bieten kann, unter der Bedingung, dass die Person die Praxis kennt und nicht theoretisch im Hintergrund arbeitet. D. h.

- Die Fachexperten/-innen oder Pflegeexperten/-innen müssen nah an der Praxis sein
- Wenn die Mitarbeitenden Interesse an einem Thema haben und bereits über entsprechende Fähigkeiten verfügen, soll dies genutzt werden

Das Modell wurde gemeinsam von der Bereichsleitung Pflege und Betreuung und ihrer Stellvertretung, der Pflegeexpertin, entwickelt. Die beiden haben beim Vorstand das Modell vorgestellt. Die Einführung des Modells haben sie damit begründet, dass eine fachliche Unterstützung und pflegefachliche Entwicklung von Teams im Alltag gebraucht wird.

2.3 Implementierung des Modells

Die Implementierung des Modells wurde von der Bereichsleitung Pflege und Betreuung und ihrer Stellvertretung durchgeführt. Es war klar beschrieben, welche Aufgaben die Fach- und Pflegeexpertin haben wird, z. B. sich um komplexe Situationen von Bewohnern/-innen zu kümmern, Mitarbeitenden bei Fragen zur Verfügung zu stehen und somit das Team insgesamt zu unterstützen. Diese Aufgaben waren auch den Teams bekannt, da die Bereichsleitung Pflege und Betreuung und ihre Stellvertretung die Teams schon immer aktiv begleitet haben. Mit den neuen Stellen wurden die Aufgaben anders verteilt und auch immer wieder angepasst bzw. erweitert.

Barrieren und erleichternde Faktoren

Unten sind die wichtigsten Barrieren sowie erleichternden Faktoren für die Modellimplementierung aufgeführt, wie sie von der Bereichsleitung Pflege und Betreuung sowie den Pflege- und Fachexperten/-innen benannt wurden.

Barrieren

- Geringe Akzeptanz der Fach- oder Pflegeexpertenrolle bei der eigenen Berufsgruppe
- geringe Motivation der Pflegenden, etwas Neues zu lernen und sich weiterzuentwickeln
- Fehlende zeitliche Ressourcen, z. B. durch andere Projekte, die parallel durchgeführt werden
- Rekrutierung von geeigneten Fachpersonen, die in der Lage sind, ihre Rolle sowohl fachlich wie persönlich zu entwickeln und auszufüllen, bzw. die bereit sind, in die eigene Entwicklung zu investieren

Erleichternde Faktoren

- Finanzielle Ressourcen für das Personalbudget, z. B. für das Gehalt der Pflegeexpertin
- Klare Definition der Kompetenzen der Fach- und Pflegeexperten/-innen, welche durch die Bereichsleitung Pflege und Betreuung als sinnvoll erachtet werden
- Bereitstellung der physischen Ressourcen, hauptsächlich Zeit und Raum
- Das Bewusstsein des Vorstands für die nötige fachliche Weiterentwicklung des Heims
- Akzeptanz der Rolle von Fach- oder Pflegeexperten/-innen durch die Bereichsleitung Pflege und Betreuung

3 Die Rolle der Pflege- und Fachexpertinnen

3.1 Arbeitsorganisation

Die Fachexpertinnen sind für jeweils eigene Fachthemen und die Pflegeexpertin ist für das gesamte Haus und nicht themenbezogen verantwortlich. **Der Fachexpertin Palliative Care** steht 10% ihrer insgesamt 70% umfassenden Stelle als Fachexpertin zur Verfügung, die restlichen 60% arbeitet sie als diplomierte Pflegefachfrau auf einer Pflegegruppe. In komplexen palliativen Situationen, wie z. B. der Sterbephase, steht sie telefonisch für das gesamte Haus zur Verfügung. **Die Fachexpertin Demenzpflege** arbeitet 20% auf einer geschützten Abteilung und ist für das Thema Demenz im ganzen Haus verantwortlich (Tabelle 2). Die Pflegeexpertin arbeitet 100% und einen Teil ihrer Stelle erfüllt sie als stellvertretende Bereichsleitung Pflege und Betreuung.

3.2 Aufgabenbereiche

Die Schwerpunkte der Aufgabenbereiche der **Fachexpertin Palliative Care** und der **Pflegeexpertin** liegen auf

- Klinischen Tätigkeiten
- Coaching
- Klinischem und professionellem Leadership
- Ethischer Entscheidungsfindung

Die Schwerpunkte der Aufgabenbereiche der **Fachexpertin Demenzzpflege** konzentrieren sich auf

- Coaching
- Klinisches und professionelles Leadership

Alle Aufgaben werden im interprofessionellen Team durchgeführt.

Tabelle 2 Fach- und Pflegeexpertinnen

	Fachexpertin Palliative Care	Fachexpertin Demenzzpflege	Pflegeexpertin/ Stv. Bereichsleitung Pflege und Betreuung
Ratio Bewohner/innen: Fachexpertin	10:1	Keine direkte Bewohnerbetreuung	150:1
Schwerpunkte der klinischen Tätigkeit	Palliative Care	Demenz Aggressionsmanagement	
Höchster vorhandener Bildungsabschluss	HöFa II	Master of Advanced Studies in gerontologischer Pflege (MAS)	Master of Advanced Studies in gerontologischer Pflege (MAS)
Zusätzliche spezifische Weiterbildungen oder Zertifizierungen	Palliative Pflege (B2)	Kinaesthetics Trainerin, Case Management (CAS) Aggressionsmanagement	
Anzahl in Stellenprozenten	70% (60% als diplomierte Pflegefachfrau, 10% Fachexpertin)	20%	100% (Pflegeexpertin und stv. Bereichsleitung Pflege und Betreuung)
Durchschnittliche Arbeitszeit/Woche	22h	8.5h (+ situativ 5h pro Woche)	42h
Vorgesetzte	Stv. Bereichsleitung Pflege und Betreuung / Pflegeexpertin	Stv. Bereichsleitung Pflege und Betreuung / Pflegeexpertin	Bereichsleitung Pflege und Betreuung
Arbeitszeiten	Arbeitet hauptsächlich im Tag- und Spätdienst	Arbeitet im Tagdienst	Arbeitet im Tagdienst

Im folgenden Abschnitt werden die Kompetenzen der drei Rollen separat beschrieben. Die Kompetenzen der Fachexpertin Palliative Care in ihrer 60% Anstellung als diplomierte Pflegefachperson sowie die Rolle der stv. Bereichsleitung Pflege und Betreuung werden hier nicht beachtet.

Die Fachexpertin Palliative Care

Klinische Tätigkeiten

Im Bereich der klinischen Tätigkeiten wird die Fachexpertin auf Bitte des Pflegepersonals punktuell bei Bewohnern/-innen in Palliative Care Situationen eingesetzt. In solchen Situationen macht sie ein umfassendes Assessment, z.B. ein Schmerzassessment, und erstellt gemeinsam mit der zuständigen Pflegefachperson einen individuellen Behandlungsplan, wobei immer die Symptomlinderung im Vordergrund steht.

Coaching

Im Rahmen des Coachings gibt die Fachexpertin Fachinputs sowie externe Schulungen und bietet emotionale Unterstützung für alle Mitarbeitenden.

Sie coacht die Pflegenden in komplexen palliativen Situationen. Diese Coachings erfolgen entweder im Auftrag der Bereichsleitung Pflege und Betreuung, oder auf Bitte der Pflegenden, wenn sie bei einem Problem fachliche Beratung brauchen, z. B. um eine Schmerzsituation zu erfassen oder die Wirkung von Medikamenten zu evaluieren. Dafür melden sie sich persönlich, telefonisch oder per E-Mail. Wenn die Fachexpertin z. B. einen Auftrag von der Pflegeexpertin bekommt, liest sie sich in die Dokumentation der Bewohner/-innen ein, um die allgemeine Problematik zu erfassen. Danach geht sie auf die Wohnbereiche und spricht mit der Bezugspflege und dem Bewohner/der Bewohnerin, um ein umfassendes Bild über die Situation und individuelle Wünsche der Bewohner/-innen zu erhalten. Daraus leitet sie eine Empfehlung für die nächsten Schritte, bzw. weitere Massnahmen ab. Die Dokumentation aller umgesetzten Massnahmen durch die zuständige Pflegefachperson ist für die Fachexpertin wichtig, da sie im Nachhinein die Dokumentation der Bewohner/-innen lesen wird, um die Situation zu evaluieren. Die Pflegenden nutzen ihr fachliches «Know-how» sehr gerne. Die Fachexpertin macht auch Fachinputs zum Thema Palliative Care auf den Wohnbereichen, innerhalb des Tagesdienstes oder an Teamsitzungen. Zusammen mit der Pflegeexpertin machen sie ausserdem externe Schulungen für andere Pflegeheime zum Thema Palliative Care und Demenz.

Sie unterstützt und coacht die Pflegenden in komplexen Familien- und Beratungsgesprächen, z. B. über den Stand und das Fortschreiten der Krankheit oder dazu, was für Komplikationen zu erwarten sind, was noch machbar ist und wie die Pflegeplanung aussieht. Ebenfalls coacht sie die Mitglieder der Fachgruppe Palliative Care, z.B. wie die Patientenverfügungen erstellt werden sollten: was gehört dazu, was soll drinstehen, welche Auswirkung hat der Inhalt auf die Betreuung der Bewohner/-innen, damit sie das «Know how» weiter auf die Wohnbereiche tragen.

Sie bietet allen Mitarbeitenden, die im direkten Kontakt mit den Bewohnern/-innen sind, von der Pflege bis zum Technischen Dienst oder dem Personal in der Cafeteria, emotionale Unterstützung in belastenden Situationen an, z. B. wenn Bewohner/-innen, zu denen sie eine Beziehung aufgebaut haben, gestorben sind.

Klinisches und professionelles Leadership

Mit ihrem vertieften, erweiterten Fachwissen in der Palliative Care leitet sie in erster Linie die Fachgruppe Palliative Care. Das Ziel der Fachgruppe ist es, das Konzept Palliative Care, das sie gemeinsam mit der Pflegeexpertin geschrieben hat, im ganzen Haus umzusetzen und neue Erkenntnisse aus der Literatur einzubringen. Die Fachgruppe trifft sich fünfmal im Jahr. Die Fachexpertin ist auch dafür verantwortlich, dass die Mitglieder der Fachgruppe als Thementrägerinnen wirken und das Wissen weiter auf die Wohnbereiche tragen sollen, z. B. in Form von kurzen Rapporten. In der Fachgruppe wird jeder Wohnbereich repräsentiert. Innerhalb der Fachgruppe werden auch Leitfäden, z. B. zu Schmerzmanagement, Obstipation oder Symptombehandlung entwickelt. Es ist immer wichtig, den Leitfaden an die Bedürfnisse und Ressourcen, wie z. B. den Skill-Grade-Mix des Heims, anzupassen. Sehr viel Wert wird auf die nicht-medikamentöse Behandlung gelegt, welche die Pflegenden im Alltag alleine umsetzen können, ohne zwingend eine ärztliche Verordnung zu brauchen. Die Leitfäden können dann auch als Handlungsgrundlage für das Gespräch mit den Ärzten/-innen genutzt werden.

Die Fachexpertin ist auch extern vernetzt. Sie nimmt an externen palliativen Austauschplattformen teil, ist ein Mitglied vom Palliativ-Netzwerk und besucht mindestens zwei Mal im Jahr das Palliative Care Zentrum im Spital Thurgau.

Ethische Entscheidungsfindung

Die Fachexpertin leitet Familiengespräche oder auch Rundtischgespräche in komplexen Situationen und kümmert sich um die vorausschauende Planung. Wenn sich der Gesundheitszustand eines Bewohners/einer Bewohnerin verschlechtert hat – wenn z. B. innerhalb von zwei Monaten bei COPD als Grunddiagnose zwei Mal eine Pneumonie auftritt – führt sie ein Gespräch mit dem Bewohner/der Bewohnerin und den Angehörigen über die Wünsche und Ziele der Betreuung. Ihre Stärke liegt auch in der vorausschauenden Planung. Sie klärt den REA Status, überprüft die Patientenverfügungen, führt Standortgespräche durch und erläutert Wünsche hinsichtlich der Spitaleinweisung. Die Fachexpertin überprüft bestehende Patientenverfügungen einmal im Jahr und führt dazu Gespräche durch: was ist noch aktuell und stimmen die vorhandenen Daten, z. B. ob die Telefonnummer und Adresse der Angehörigen/Ansprechperson noch aktuell sind.

Fachexpertin Demenzpflege Coaching

Die Fachexpertin Demenz führt im Bereich Demenzpflege und Aggressionsmanagement regelmässig Praxisbegleitungen, Coachings und Fallbesprechungen oder Fachgespräche im ganzen Haus durch. Ausserdem organisiert und hält sie Weiterbildungen ab. Die Praxisbegleitungen werden im Auftrag der Wohnbereichsleitung gemacht. Nach der Begleitung gibt es immer einen kurzen Bericht, den sie an die Wohnbereichsleitung abgibt. Die Fallbesprechungen basieren immer auf den aktuellen Themen und Bedürfnissen des Pfllegeteams.

Sie coacht auch die diplomierten Pflegefachpersonen oder Lernende/Studierende in der Durchführung von Fachgesprächen und in der Kommunikation mit Ärzten/-innen. Sie werden punktuell zu medizinischen Therapien gecocht, wie das Schmerzmanagement bei Demenz, z. B. ob man die Basis- und Reserve-Medikamente richtig verabreicht. Sie achtet auf die korrekte Ausführung des Behandlungs- und Pflegeplans und unterstützt das Pflegepersonal in der direkten Pflege von Bewohnern/-innen mit Verhaltensauffälligkeiten.

Wenn es eine komplexe oder herausfordernde Situation mit Bewohnern/-innen gibt, wird ein Mal pro Woche eine Fallbesprechung stattfinden. Bei den Fallbesprechungen wird immer ein Protokoll geschrieben, das in die Dokumentation der jeweiligen Bewohner/-innen eingefügt wird. So kann die Fachexpertin beim nächsten Dienst überprüfen, ob die geplanten Massnahmen umgesetzt und evaluiert wurden. Wenn es keine konkreten Fragestellungen gibt, führt die Fachexpertin ein Fachgespräch zum Thema Demenz durch. Sie plant und führt die Fortbildungen im Heim durch, die mit einer Demenz zusammenhängen, wie z. B. Symptome einer Demenz erkennen oder Anwendung und Dokumentation von Schmerzerfassungsinstrumenten bei Menschen mit einer Demenz.

Klinisches und professionelles Leadership

Mit ihrem vertieften, erweiterten Fachwissen in der Demenzpflege leitet sie die Fachgruppe Demenz. Die Fachgruppe besteht aus einem interprofessionellen Team mit Vertretungen aus der Pflege, Administration und Hauswirtschaft. Die Interprofessionalität ist sehr bereichernd, dabei lässt sich lernen, was die anderen machen und ein höheres Bewusstsein über die Kompetenzen der anderen Berufsgruppe entwickeln. Die Fachgruppe trifft sich fünf Mal im Jahr. Auch in diesem Fall ist die Fachexpertin dafür verantwortlich, dass die Thementrägerinnen das Wissen weiter in die Wohnbereiche tragen. In Rahmen der klinischen und professionellen Fachführung entwickelte die Fachexpertin so ein Konzept «Snoezelen für Menschen mit Demenz» und setzte es um. Snoezelen ist ein Raum, in dem vertraute Aromen oder auch bekannte Melodien Erinnerungen wecken und die Bewohner/-innen mit Demenz auf diese Weise wieder zurück in ihre vertrauten Lebensbereiche bringen.

Pflegeexpertin

Klinische Tätigkeiten

Im Bereich der klinischen Tätigkeiten unterstützt die Pflegeexpertin die Wohnbereiche in komplexen Situationen in der direkten Pflege. Somit wird sie z. B. körperliche Untersuchungen, oder wenn nötig, einen MMS¹ Test durchführen. Begleitung und punktuelle Überprüfung von Bewohnern/-innen mit fluktuierenden chronischen Krankheiten und die kontinuierliche Begleitung gehören ebenso zu ihren klinischen Tätigkeiten und erfolgen immer situativ, z. B. bei Spitaleinweisungen als kritische Situationen wird sie punktuell von Pflegenden oder von der Bereichsleitung Pflege und Betreuung hinzugerufen.

(...) mein Arbeitstag ist wirklich sehr, sehr unterschiedlich und oftmals bin ich einfach diejenige, die in Situationen involviert wird und handle ganz situationsbedingt. Aktuell begleite ich einige Wundsituationen, das hat den Vorteil, dass ich halt wirklich fünf Tage in der Woche da bin und Kontinuität herstellen kann: Informationen weitertragen kann oder für Fragen da bin, weil wir doch auch sehr oft halt mit Teilzeit-Mitarbeiterinnen zusammen sind, also so ein wenig die Sicherstellung von der Kontinuität ist ein wichtiger Bereich, aber natürlich auch fachlichen Input geben.

[Pflegeexpertin]

Coaching

Sie ist grundsätzlich im Heim für alle Fragen aus dem pflegerischen Alltag zuständig. Sie berät, unterstützt, begleitet, coacht, macht Fallbesprechungen und organisiert Weiterbildungen und Schulungen im Heim.

Ihre Beratungsfunktion wird viel von den Wohnbereichsleitungen, aber auch von Mitarbeitenden und Angehörigen genutzt. Die Wohnbereichsleitungen oder Mitarbeitenden machen einen Termin im Voraus ab oder rufen sie spontan an und bitten um eine Beratung. Als fachliche Unterstützung im Alltag liest sie am Morgen die Dokumentation der Bewohner/-innen durch und geht direkt auf die Wohnbereiche, um die Situationen der Bewohner/-innen gezielt zu besprechen, wie z. B. um Pflegemassnahmen gemeinsam mit der Bezugsperson zu überprüfen. Sie führt regelmässig Fallbesprechungen zum Thema Pflegediagnostik nach NANDA, Advance Care Planning, oder Familienzentrierter Pflege durch oder macht auch spontan, wenn sie gerade auf den Wohnbereichen ist, punktuelle Fallbesprechungen zu Situationen von Bewohnern/-innen. Sie begleitet zusammen mit den Bezugspersonen die Bewohner/-innen - und Angehörigensituationen –, vor allem den Übergang beim Eintritt oder bei herausfordernden Situationen im Demenzbereich, z. B. wenn sie mit den vorhandenen Ressourcen im Pflgeteam den Ansprüchen von Angehörigen nicht gerecht werden können.

Ein weiterer Fokus des Coachings liegt auf der Kommunikation und dem Pflegeprozess, z. B. dem Coaching der Pflegenden in der Gesprächsführung oder in der Handhabung des Pflegeprozesses. Sie plant und führt interne, interprofessionelle Weiterbildungen und Schulungen durch. So hat sie z. B. einmal eine Schulung für die Hotellerie gemacht zum Thema Kommunikation mit Menschen mit einer dementiellen Entwicklung.

Klinisches und professionelles Leadership

In Rahmen der klinischen und professionellen Fachführung entwickelt die Pflegeexpertin evidenzbasierte Projekte im Bereich der Pflegeentwicklung und Pflegequalität, setzt diese um und evaluiert sie. Im Rahmen ihrer Masterarbeit entwickelte sie das Konzept familienzentrierter Pflege, für dessen Umsetzung sie verantwortlich ist. Des weiteren hat sie Pflegekonzepte, wie z. B. zum Thema Demenz, oder das Bezugspersonenkonzept entwickelt. Sie leitet auch zwei Fachgruppen: Familienzentrierte Pflege und Fachgruppe RAI. In komplexen pflegerischen Situationen übernimmt sie das Case Management, meistens im Übergang beim Eintritt.

¹ MMS - Mini Mental Status Test

Ethische Entscheidungsfindung.

Sie organisiert Rundtisch-Gespräche in komplexeren palliativen oder instabilen und unsicheren Situationen und geht ethische Konflikte an, indem sie zwischen den Beteiligten vermittelt und Gespräche zur ethischen Entscheidungsfindung initiiert, gegebenenfalls leitet. Daran nehmen je nach Bedarf Pflegende, Hausärzte/-innen, Fachexperten/-innen und die Angehörigen teil. Dabei wird die Patientenverfügung besprochen und das weitere Vorgehen abgeklärt, wie z. B. eine Spitaleinweisung, Reanimation oder lebensverlängernde Massnahmen.

4 Zusammenarbeit

4.1 Pfllegeteams

Grundsätzlich sind die Pflegenden für die Betreuung der Bewohner/-innen verantwortlich und die Zusammenarbeit mit den Fach- und Pflegeexpertinnen ist punktuell oder gezielt. Jeden Morgen gibt es im ganzen Haus Rapport, an dem der Tages- und Nachdienst teilnimmt. Dort werden die Fachexpertinnen von Wohnbereichsleitungen oder Bezugspflegenden bereits informiert, wenn es in ihrem Fachbereich (Palliative Care, Demenz) Probleme gibt und dementsprechend gehen sie auf die Bereiche zu, um sie zu unterstützen. Ansonsten arbeiten die Fachexpertinnen jeweils auf Nachfrage und punktuell mit Pflegenden zusammen. Die Pflegeexpertin kommt punktuell zu Situationen auf die Wohnbereiche, wo sie in einem Zweier- oder Dreierteam die Situationen bespricht (FaGes, diplomierte Pflegefachpersonen, Wohnbereichsleitungen).

4.2 Ärztlicher Dienst

Die Fachexpertin Palliative Care arbeitet oft mit Hausärzten/-innen und dem «Palliativ plus»² in Krisensituationen oder wenn ein Bewohner/eine Bewohnerin von einer externen Palliativstation kommt und laut Behandlungsplan z. B. eine Morphin- und Buscopan-Verordnung braucht. Wenn das Hausarztbüro geschlossen ist, wendet sie sich an das «Palliative plus», das 24h verfügbar ist. Es wird möglichst vermieden, mit den Notfallärzten Kontakt aufzunehmen, da sie die Bewohner/-innen nicht kennen. Die Kommunikation mit den Hausärzten/-innen oder dem Palliativ-Zentrum erfolgt meistens per E-Mail oder telefonisch, und die Verordnungen werden immer schriftlich bestätigt. Manchmal nimmt sie im Vorfeld eines Angehörigengesprächs in End-of-Life Situationen Kontakt mit den betreuenden Palliativmediziner/-innen auf und erkundigt sich über den aktuellen Stand des Bewohners/der Bewohnerin, wenn sie den Betroffenen/die Betroffene nicht genau kennt.

Die Pflegeexpertin arbeitet in komplexen Situationen ebenso mit Hausärzten/-innen zusammen auf Bitte des Personals. So steht sie, z. B. in Übergangssituationen, wenn jemand neu eintritt oder wieder nach Hause möchte, mit den Ärzten/-innen in Kontakt.

Dadurch, dass die Fachexpertin Demenz nur 20% arbeitet, hat sie wenig Berührungspunkte mit dem ärztlichen Dienst.

4.3 Fach- und Pflegexpertinnen unter sich

Alle Fachexpertinnen und die Pflegeexpertin treffen sich regelmässig und tauschen sich auch spontan fachlich im Alltag aus, um gegenseitig voneinander zu profitieren und sich gegenseitig zu unterstützen. Sie besprechen auch die herausfordernden Bewohnersituationen und wer anhand der richtigen Kompetenz für die Lösung des jeweiligen Problems eingesetzt wird. Ausserdem treffen sie sich für interne Weiterbildung.

² Das ist ein Mobiles Palliative Care Team „Palliative Plus“ vom Spital Thurgau
<https://www.stgag.ch/fachbereiche/kliniken-fuer-innere-medizin/klinik-fuer-innere-medizin-am-kantonsspital-muensterlingen/palliative-care/palliative-plus-tg/>

4.4 Therapeutische und andere Berufe

Die Fachexpertin Palliative Care arbeitet in ihrer Rolle gezielt mit anderen Professionen. Es ist immer von den jeweiligen Bedürfnissen des Bewohners/der Bewohnerin abhängig. Die Fachexpertin Demenz arbeitete mit anderen Professionen wie Hauswirtschaft oder Administration bei der Umsetzung des Projektes «Snoezelen für Menschen mit Demenz». Die Pflegeexpertin arbeitet eng mit der Physiotherapie zusammen, sie nimmt am Physiotherapie Rapport teil, wo der Therapieerfolg und die weitere Betreuung von Bewohnern/-innen besprochen wird.

4.5 Management

Die Fachexpertin Palliative Care trifft sich einmal monatlich oder bei Bedarf mit der Pflegeexpertin. Sie diskutieren Bewohnersituationen, die spezielle Palliative Care Betreuung benötigen.

Die Fachexpertin Demenz trifft sich auch regelmässig mit der Pflegeexpertin und arbeitet eng mit den Wohnbereichsleitungen zusammen. Sie arbeitet niedrigprozentig, somit ist es ihr wichtig, dass sie immer ihren Aufgabenbereich und die Aufträge mit ihrer Vorgesetzten und Wohnbereichsleitungen bespricht. Der Austausch mit den Wohnbereichsleitungen hilft ihr, den Überblick über den aktuellen Unterstützungsbedarf im Pflorgeteam zu behalten.

Es ist so unterschiedlich, ich habe eine Arbeitsplanung, dass ich für mich etwas habe und auch für meine Vorgesetzten, damit sie wissen, was ich mache. Es gibt Tage, wo ich Bürotage habe oder Tage wo ich vielleicht nur eine Fallbesprechung mache. Eine Woche im Voraus kläre ich mit dem Wohnbereichsleiter, was mein Auftrag ist. Sie geben mir eigentlich den Auftrag für Praxisbegleitung.

[Fachexpertin Demenz]

Die Pflegeexpertin erhielt fachliche Aufträge von ihren Vorgesetzten, der Bereichsleitung Pflege und Betreuung sowie der Geschäftsleitung. Die Pflegeexpertin und die Bereichsleitung Pflege und Betreuung haben täglich einen kurzen Austausch und bleiben den Tag über regelmässig im Gespräch, wo sie die Bewohnersituationen miteinander diskutieren. Sie haben einen engen Austausch über das Potential der Mitarbeitenden auf den Wohnbereichen. Die Pflegeexpertin hat direkten Kontakt mit Mitarbeitenden und kann die potenziellen Mitarbeitenden, die sich für ein Thema begeistern, identifizieren und dann besprechen, wer von ihnen eine Fachexpertin werden könnte.

4.6 Bewohner/-innen und Angehörige

Grundsätzlich sind die Bezugsperson und die Wohnbereichsleitungen die erste Anlaufstelle für Bewohner/-innen und Angehörige.

Die Fachexpertin Palliative Care führt gemeinsam mit dem Betreuungsteam in palliativen Situationen Gespräche mit den Bewohnern/-innen und Angehörigen durch. Bewohner/-innen und Angehörige schätzen diese Gespräche sehr, oft realisieren sie die Krankheitsbilder und Prognose erst nach dem Gespräch mit der Fachexpertin und können dementsprechend mit der Palliative Care Situation besser umgehen und sich für die Sterbephase vorbereiten.

(...) es ging in dem Gespräch vor allem darum, erst mal klar zu stellen, was die Angehörigen tatsächlich verstanden haben von der Erkrankung von ihrem Mann, was sie über die Prognose verstanden haben, nicht was wurde ihr gesagt, sondern wirklich was haben sie verstanden (...), und dann klar zu schildern wie die Situation halt bei uns (im Heim) bis anhin beobachtet wurde, wie die Prognose ist, was zu erwarten ist (...)

[Fachexpertin Palliative Care]

Die Pflegeexpertin begleitet vor allem die Angehörigen vor dem Eintritt der Bewohner/-innen ins Heim. Manchmal dauern diese Begleitungen über mehrere Wochen hinaus, gerade in einer dementiellen Entwicklung. Es braucht manchmal bis zu einem Jahr Zeit, bis sich jemand für einen Heimeintritt entscheiden kann, vielleicht zuerst einmal für einen Entlastungsaufenthalt oder Tagesaufenthalt.

5 Veränderungen seit der Implementierung des Modells

Bewohner/-innen und Angehörige

- Durch die Einführung des familienzentrierten Pflegekonzepts kann eine umfangreiche Beziehung zu den Angehörigen und somit auch Vertrauen aufgebaut werden und die Zufriedenheit mit der Betreuung wurde erhöht. Die Angehörigen werden aktiv in die Entscheidungsprozesse mit einbezogen.
- Durch den Einsatz der Fachexpertin Palliative Care kann die vorausschauende Planung unter Berücksichtigung individueller Wünsche systematisch umgesetzt werden, was zu höherer Lebensqualität führt und allen Beteiligten ein Gefühl der Sicherheit vermittelt.
- Durch den Einsatz der Fachexpertin Demenz werden die Bewohner/-innen mit Demenz anhand neuester Erkenntnisse gepflegt und betreut.
- Die personenzentrierte Pflege, die dank der regelmässigen Überprüfung und Evaluation der Massnahmen erreicht wird.
- Die Verbesserung der Pflegequalität ist gekennzeichnet durch rechtzeitige Interventionen und Fallbegleitung, schlussendlich führt das zu einer Reduktion der Spitaleinweisungen.

Mitarbeitende

- Das Personal ist durch das Coaching und die Fachbegleitung ermächtigt, was zu höherer Arbeitszufriedenheit und Berufsstolz beiträgt.

Organisation

- Die Betreuung fokussiert nicht nur auf medizinische und körperliche Aspekte, sondern es werden alle fünf Gesundheitsdimensionen einbezogen (physisch, psychisch, funktionell, sozio-ökonomisch und Wertvorstellungen/Ressourcen).
- Durch die Professionalisierung der Pflege ist das Image der Institution verbessert, was einen positiven Effekt bei der Rekrutierung von Personal und Bewohner/-innen hat.
- Durch die Fallbegleitung von Fach- oder Pflegeexperten werden unnötige Konsultationen und/oder Beratungen und unnötige Spitaleinweisungen verhindert, was zur Kostenminderung führt.

6 Ausblick

Die wenigsten Hausärzte/-innen kommen regelmässig für die Visite ins Heim. Oft kommen sie erst, wenn sie für eine Notfallsituation gerufen werden. Der Wunsch wäre, die Hausärzte/-innen regelmässig im Heim zur Visite zu haben. Die Bewohner/-innen würden davon profitieren, da es bei regelmässigen Visiten eine gewisse Kontinuität gäbe. Notfallsituation könnten so eher vermieden werden. Die Bereichsleitung Pflege und Betreuung und die Pflegeexpertin haben betont, wie wichtig eine gute Zusammenarbeit zwischen den Hausärzten/-innen und Pflegenden ist, damit die Betreuung effizienter wird. Somit wird eine engere Zusammenarbeit von allen Beteiligten gewünscht.

Offensichtlich braucht es in der Langzeitpflege und bei einem tiefen Personalschlüssel beim Fachpersonal mehr Fach- oder Pflegeexpertinnen. Es ist ein Wunsch, in der Zukunft mehr Fachpersonal auf Teamebene zu haben, das wiederum durch die Fach-/Pflegeexpertinnen unterstützt wird, damit das Wissen und das Gelernte ins Team weitergetragen werden kann. Falls die Rekrutierung von Fachpersonal nicht möglich wird, können zusätzliche Fach-/Pflegeexpertinnen-Stellen im gesamten Betrieb geschaffen werden, die die Mitarbeitenden in der Pflege von komplexen Bewohner/-innen -Situationen befähigen.

Aus Sicht der Bereichsleitung Pflege und Betreuung müsste, auf Grund der immer komplexeren Pflege, eine gesellschaftliche Diskussion stattfinden. Wie sollen die Kosten im Gesundheitswesen verteilt werden, welche Ansprüche stellen wir in der Langzeitpflege, und was kann sich das Gesundheitssystem überhaupt leisten? Mit wenig Geld wird es schwierig, dem erhöhten Pflegebedarf von komplexen Bewohner/-innen Situationen mit hoher Qualität gerecht zu werden.

Kompetenzen und Tätigkeiten der Fach- und Pflegeexpertinnen | Alterszentrum Kreuzlingen

Häufigste Erkrankungen, die von der Fach- und Pflegeexpertinnen behandelt werden	Allgemeine Langzeitpflege, Demenz, End-of-Life Care
Klinische Tätigkeiten	Rechtzeitige Interventionen bei Gesundheitsverschlechterung und Akutsituationen [3]; Rechtzeitige Interventionen bei End-of-Life Situationen [1;3]; Klinische Untersuchung von folgenden Organsystemen: Gastrointestinaltrakt, Haut [1;3] Tests/ Assessments: Labor: Comburtest, Blutzucker [1; 3] Mentale Assessments: Ja [3] Physische Assessments: Ja [3] Funktionelle Assessments: Nein Soziale Assessments: Ja [3] Vorausschauende Planung: Ja[1;3]
Coaching und Führung	Begleiten der Mitarbeitenden in der alltäglichen Arbeit in komplexen, fachspezifischen Fragestellungen, komplexen, herausfordernden Situationen, Demenz [2] und Palliative Care [1;3] und in der Handhabung des Pflegeprozesses [3]; Fachinputs und Fallbesprechungen durchführen [1;2;3]; Gestaltung von Fort- und Weiterbildungsprogrammen [1;3]; Begleiten und Beraten von Bewohnern/-innen und Angehörigen in schwierigen Palliative Care Situationen [1;3], Demenz [2] und beim Eintritt [3]
Klinisches und professionelles Leadership	Durchführung und Evaluierung von evidenzbasierten Projekten im Bereich der Pflegeentwicklung und Pflegequalität [3]; Pflegestandards und Konzepte anhand aktueller Literatur entwickeln [1;3]; Vernetzung des Heimes mit externen Institutionen [1;3]; RAI – NH Supervisorin [1], Case Management [3]
Beratung und Konsultation	Steht nicht im Vordergrund
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Im Alltag: Wohnbereichsleitung, diplomierte Pflegefachpersonen, Fachmann/Fachfrau Gesundheit, Assistenzpersonal [1;2;3], Zusammenarbeit mit Ärzten/-innen bei Visiten, Veränderungen des Zustandes, Diagnose und Management, Medikamente, ungeplante Hospitalisierungen [3], Palliative Care Situationen [1;3]; Palliative Mediziner/-innen [1;3]; Physiotherapeuten/-innen, Hauswirtschaft, Administration [2;3] Angehörige in komplexen Situationen [1;2;3]
Forschungskompetenzen	Stehen nicht im Vordergrund; Teilnahme an Forschungsprojekten (Anwenderforschung) [3]
Ethische Entscheidungsfindung	Klärung und Überprüfung von Patientenverfügungen; vorausschauende Planung; Palliative Care / Sterbebegleitung [1;3] Gestaltung und Durchführung von Rundtischgesprächen [3], auf ethische Konflikte eingehen [3]

Fachexpertin Palliative Care [1]; Fachexpertin Demenz [2]; Pflegeexpertin [3]

Pflegezentren Zürich, Pflegezentrum Entlisberg
Pflegeheim 4 (P4)

1 Merkmale des Betriebs

Das **Pflegezentrum Entlisberg** liegt im Kanton Zürich mit 307 Betten, 383 Mitarbeitenden (Tabelle 1) und einem Heimarztssystem. Das Pflegezentrum gehört zu den Pflegezentren der Stadt Zürich. Die folgende Beschreibung des pflegegeleiteten Versorgungsmodells bezieht sich nur auf das Pflegezentrum Entlisberg.

Bewohner und Bewohnerinnen. Im Pflegezentrum werden multimorbide Menschen kurz- und langfristig betreut.

Der Schwerpunkt der Pflege liegt auf den individuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen älteren Bewohner/-innen mit dem Ziel, die Selbständigkeit zu erhalten und zu stärken und eine gute Lebensqualität zu erhalten. Das Zentrum legt einen grossen Wert auf die enge interprofessionelle Zusammenarbeit, um die bestmögliche Pflege- und Betreuungsqualität zu gewährleisten.

Tabelle 1 Betrieb

	Angaben (Juni 2017)
Rechtlicher Status der Institution	Öffentlich
Lokalisierung	Städtisch
Arztmodell	Heimarztssystem
Anzahl der Heimärzte/-ärztinnen	1 Arztstelle / 100 Betten, Zusatzstellen für Spezialangebote (z. B. Akut- und Übergangspflege)
Bettenanzahl insgesamt	307
Anzahl der Mitarbeitenden	383
Anzahl der Lernenden und Studierenden	82 Lernende insgesamt (inkl. HF Studierende)
Pflegeangebote im Betrieb	Allgemeine Langzeitpflege Palliative Care Pflege von Menschen mit einer Demenzerkrankung Gerontopsychiatrische Pflege Rehabilitation sowie Akut- und Übergangspflege Abteilungen für Pflege und Wohnen Bariatrische Pflege Ambulante Angebote

2 Das pflegegeleitete Versorgungsmodell

Im Januar 2017 wurde ein eineinhalb jähriges Pilot Projekt «APN im geriatrischen Arztdienst» gestartet. Anstelle der assistenzärztlichen Position wurde eine 60% APN Stelle geschaffen, die in den ärztlichen Dienst integriert ist. Das Pilotprojekt wurde mit dem Ziel gestartet, Kompetenzen der APN im Arztdienst zu etablieren, Grenzen auszuloten sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken.

Die APN sollte ärztliche Tätigkeiten ausüben und so war von Anfang an eine Integration in den Arztdienst geplant. (...) Dies war wichtig, damit die zugeteilten Aufgaben laufend überprüft und gegebenenfalls angepasst werden konnten. (...)

[Leitende Ärztin]

Im Juni 2018 wurde das Pilotprojekt zusammen mit der Chefärztin des geriatrischen Dienstes evaluiert und entschieden, dass die APN Stelle im Arztdienst bestehen bleibt. Die APN arbeitet 60%.

2.1 Grund für die Entwicklung des Modells

Die APN hat im Rahmen der APN Plus Ausbildung an der Universität Basel im Pflegezentrum Entlisberg ihr Praktikum absolviert. Sie wurde als interessierte und engagierte Mitarbeiterin erlebt, die einen wertvollen Beitrag leisten konnte. Deshalb hat sich der geriatrische Dienst für das Pilotprojekt entschieden.

Im Rahmen der APN plus Ausbildung hatten mehrere Praktikantinnen im ärztlichen Dienst mitgearbeitet. Es waren sehr erfahrene Pflegefachfrauen, sie haben im geriatrisch-ärztlichen Bereich recht schnell gelernt und die Rückmeldung war, dass sich dies bewähre. Einer der Betriebe hat deshalb vorgeschlagen, ob wir uns nicht überlegen wollen, eine APN für den Arztdienst einzustellen.

[Chefärztin, ärztliche Direktorin]

2.2 Vorgehen bei der Entwicklung

Das Projekt wurde mit der ärztlichen Direktorin der Pflegezentren der Stadt Zürich (Chefärztin des Geriatrischen Dienstes) besprochen und geplant. Dabei war es sehr wichtig, die Kompetenzen in einer Stellenbeschreibung festzuhalten. Die bestehende Stellenbeschreibung wurde während des Pilotprojekts aufgrund der Erfahrungen überarbeitet und angepasst. Ebenso konnte das geeignete Aufgabengebiet besser definiert und entsprechend angepasst werden. Heute ist die APN für zwei Langzeitabteilungen zuständig.

2.3 Implementierung des Modells

Die Aufgaben der APN und die Idee hinter dem Pilotprojekt wurde an einer Abteilungsleitungssitzung vorgestellt. Die leitende Ärztin erklärte, welchen Berufshintergrund die APN mitbringt, was ihre Rolle und Kompetenzen sein werden und dass sie im ärztlichen Dienst angestellt sein wird. Die Leitungen der Abteilungen, auf der die APN startete, wurden einzeln von der leitenden Ärztin angefragt, ob sie beim Pilot mitmachen würden.

(...) die leitende Ärztin ist ja auf mich zugekommen und hat mich gefragt, ob ich bereit wäre, bei diesem Pilotprojekt mitzuarbeiten. Sie hat mir erklärt, um was es genau geht und welche Aufgaben die APN übernimmt. Ich bin grundsätzlich offen für neues und an diesem Projekt interessiert. So hat die APN bei uns auf der Abteilung gestartet, mit Unterstützung der leitenden Ärztin.

[Abteilungsleitung]

Die Rolle wurde auch dem übrigen Ärzteteam von der leitenden Ärztin vorgestellt. Sie erklärte, wieso das Pilotprojekt initiiert wurde und was das Ziel sei. Die Reflexion mit dem Ärzteteam war wichtig, um die Akzeptanz zu fördern.

Barrieren und erleichternde Faktoren

Unten sind die wichtigsten möglichen Barrieren sowie erleichternde Faktoren für die Modellimplementierung aufgeführt, wie sie von der APN, der leitenden Ärztin und der Abteilungsleitung benannt wurden.

Barrieren

- Skepsis der Ärzte/-innen der Rolle gegenüber: wieso übernimmt eine Pflegefachperson ärztliche Tätigkeiten
- Ausgeprägtes Standesbewusstsein der Ärzte/-innen
- Ungewissheit bezüglich der vorhandenen Kompetenzen und Möglichkeiten einer APN
- Die Erfahrungen aus den Praktika waren begrenzt und es war weiterhin eine intensive Schulung notwendig, bis genügend Sicherheit zur Beurteilung von klinischen Situationen etabliert war. Es braucht mindestens eine einjährige Einarbeitung.

Erleichternde Faktoren

- Konstanter Support und Coaching der APN durch den ärztlichen Dienst
- Regelmässige Gespräche zwischen der APN und der leitenden Ärztin mit Festlegen von Kompetenzen und Diskussion fachlicher Grenzen
- Gute Kommunikation gegenüber der Pflege: Sinn und Zweck der Rolle dem Pflegedienst erläutern und Raum geben, Fragen zu stellen.

(...) ein Hindernis für die Rollenimplementierung wäre sicher ein ausgeprägtes ärztliches Standesbewusstsein. Wenn jemand überzeugt ist, dass ärztliche Aufgaben auch von gut ausgebildeten Pflegefachpersonen nicht kompetent ausgeführt werden können, wird es schwierig, ein solches Modell erfolgreich in die Praxis umzusetzen. Ohne Akzeptanz gegenüber der APN im Arztdienst sind die Chancen auf Erfolg gering.

[Leitende Ärztin]

3 Die Rolle der APN

Die Stelle als Pflegeexpertin APN ist in den ärztlichen Dienst integriert. Sie arbeitet auf Delegation und in enger Zusammenarbeit und unter Supervision der ärztlichen Leitung. Wenn diese abwesend ist, unter Supervision erfahrener Oberärzte. Das Büro teilt sie mit den anderen Assistenzärzten.

3.1 Arbeitsorganisation

Der Tagesablauf der Pflegeexpertin ist durchgeplant, sie arbeitet am Montag, Mittwoch und Freitag ab 7.30 Uhr. (Tabelle 2).

3.2 Aufgabenbereiche

Die Schwerpunkte der Aufgabenbereiche der Pflegeexpertin APN liegen auf

- Klinischen Tätigkeiten
- Klinischem und professionellem Leadership
- Ethischer Entscheidungsfindung

Tabelle 2 Pflegeexpertin APN

Ratio Bewohner/-innen : APN	50:1
Schwerpunkte der klinischen Tätigkeit	Chronische Erkrankungen Demenzielle Entwicklungen
Höchster vorhandener Bildungsabschluss	Master of Science in Nursing (MScN)
Zusätzliche spezifische Weiterbildungen oder Zertifizierungen (insgesamt)	ANP- plus (DAS) (Schwerpunkt chronische Erkrankungen und ältere Menschen) ACP ¹ Kurs
Anzahl in Stellenprozenten	60%
Durchschnittliche Arbeitszeit/Woche	25.2 (+ situativ 1 Überstunde pro Woche)
Anstellung	in der Pflegeinstitution
Vorgesetzte	Leitende Ärztin
Arbeitszeiten	Tagdienst
Anzahl der angestellten APNs (insgesamt)	1 Person

Klinische Tätigkeiten

In ihren klinischen, medizinisch orientierten Tätigkeiten ist sie für die medizinische Betreuung, Begleitung sowie Behandlung, das Verordnen und Überwachen von medizinischen und therapeutischen Massnahmen, Medikationsmanagement sowie die Dokumentation für die Langzeitbewohner/-innen und die neuen Eintritte zuständig. Alle Tätigkeiten werden auf ärztliche Delegation durchgeführt. Aufgrund der klinischen Untersuchung postuliert sie eine Diagnose und macht einen Behandlungsvorschlag. Dies wird kontrolliert, die endgültige Entscheidung wird durch einen Arzt/eine Ärztin gefällt. Sie ist auch für die Vorbereitung der Austrittsberichte zuständig.

Ich glaube, ich führe das Eintrittsgespräch nicht anders als meine Kollegen. Ich bin überzeugt, meine Lebenserfahrung, meine langjährige klinische Erfahrung und meine Tätigkeit als Pflegeexpertin kommen mir eher zu Gute. Vielleicht kann ich gewisse Situationen besser umfassend einschätzen als jemand mit 25 Jahren und kurz nach dem Abschluss der Arztausbildung.

[APN]

Der Tagesablauf der APN ist durchgeplant, lässt aber Spielraum für spontane Ereignisse oder Notfallsituationen. Am Morgen öffnet sie die Dokumentationen der Bewohner/-innen im EasyDOK für die zwei Abteilungen, für die sie zuständig ist und liest die Fragen, die vom Pflgeteam unter der Rubrik 'Mitteilung an Arzt' formuliert wurden. Um die Fragen zu beantworten, geht sie persönlich auf der Abteilung vorbei und beurteilt die Situation vor Ort.

Danach stehen je nach Tag andere Aufgaben an, z. B. kümmert sie sich um neue Eintritte. Dies bedeutet, dass sie zum Bewohner/zur Bewohnerin geht und zusammen mit der zuständigen Pflegeperson in Anwesenheit der Angehörigen das ärztliche Eintrittsgespräch führt. Dabei erhebt sie die Anamnese, führt körperliche Untersuchungen durch und erhebt erste Assessments (MNA, den Frailty Index, Basisfragen zur Kognition, Visus u.a.m.). Auf Basis der erhobenen Daten macht sie eine erste klinische Beurteilung des Gesundheitszustandes, erstellt eine Diagnoseliste und macht einen Prozederevorschlag. Aufgrund des Berufshintergrunds der APN werden beim Eintrittsgespräch auch die Bedürfnisse der Bewohner/-innen in Bezug auf die pflegerischen Aspekte vertieft, z. B. ob Unterstützung in der Nacht, bei der Körperpflege oder der Mobilität benötigt wird, ob sich die Bewohner/-innen selber melden können oder hinsichtlich der Verwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen. Die Kombination aus ärztlicher und pflegerischer Perspektive ist das, was

¹ Advance Care Planning

die APN in diesem Betrieb umschreibt. Das Eintrittsgespräch wird in die Dokumentation der Bewohner/-innen integriert und die Medikamente aufgenommen und ggf. angepasst, z. B. die Schmerzmedikation reduziert oder erhöht oder auf die Präparate umgestellt, die im Pflegezentrum zugänglich sind. Anschliessend wird die medikamentöse Therapie mit der leitenden Ärztin oder einem Oberarzt besprochen, überprüft und von ihnen unterschrieben. Wenn nötig, werden Therapien verordnet, z. B. Physiotherapie.

Auch fest geplant sind die monatlichen Visiten auf den Abteilungen. Die APN führt auf ihren Abteilungen einmal monatlich die grosse Visite zur Überwachung des Gesundheitszustandes und Aktualisierung der Behandlung durch. Gemeinsam mit der Abteilungsverantwortlichen geht sie zu allen Bewohner/-innen, macht Einschätzungen und Beurteilungen zum aktuellen Gesundheitszustand, erstellt Arbeitsdiagnosen und entscheidet in Absprache mit den leitenden Ärzten/-innen über weitere medizinische und therapeutische Massnahmen oder Rehabilitationsplanung, wenn nötig.

Es gibt Tätigkeiten in ihrer Rolle, die auch spontan stattfinden. So wird die APN z. B. situativ zu Bewohner/-innen beigezogen, wenn jemand gestürzt ist, um eine Ersteinschätzung der Situation zu machen. Wenn es sich um einen Notfall handelt, z. B. eine Person, die nicht mehr ansprechbar ist, wird der ärztliche Dienst sofort beigezogen. Die APN hilft dann bei dem Prozedere, z. B. einen Brief für die Verlegung vorzubereiten, oder der Kontaktaufnahme mit dem Spital.

Klinisches und Professionelles Leadership

Die APN nimmt an den Standortgesprächen teil, die 6 bis 8 Wochen nach dem erfolgten Eintritt stattfinden. Weitere folgen dann nach Bedarf oder gemäss den Wünschen der Bewohner/-innen und Angehörigen, z. B. bei einer Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands. Die Standortgespräche finden interprofessionell mit Bewohner/-innen, Angehörigen, Pflegefachpersonen, Ärzten/-innen und bei Bedarf Therapien statt. In Standortgesprächen wird aus ärztlicher Sicht über Diagnosen, das Prozedere und die Diagnostik sowie die mögliche Behandlung berichtet. Die Angehörigen haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen, z. B. zur Diagnose, zu Laborergebnissen oder zur Medikation. Das Ziel ist, dass die APN in der Zukunft die ärztliche Sicht an den Standortgesprächen selbstständig übernehmen kann, momentan nimmt sie an dem Gespräch aktiv teil.

Durch ihr medizinisches und pflegerisches Wissen hat sie die zusätzliche Aufgabe, die Gruppe Palliative Care für die Pflege zu leiten, die sich einmal im Monat trifft. Das Ziel der Gruppe ist die palliative Versorgung der Bewohner/-innen ständig zu verbessern und auf dem neusten, evidenzbasierten Stand zu halten.

Ethische Entscheidungsfindung

Mit dem Kurs ACP ist sie die erste Ansprechperson für Advance Care Planning (ACP) – Vorausschauende Planung im Heim. Sie führt die ACP Gespräche mit den Bewohnern/-innen respektive Angehörigen.

4 Zusammenarbeit

4.1 Pflorgeteams

Die APN arbeitet mit den Pflegefachpersonen im Alltag bei Fragen und Visiten, meistens mit der Tagesverantwortlichen - einer diplomierten Pflegefachperson. Auf den Visiten werden aktuelle Probleme mit der Pflege und Bewohnern/-innen besprochen und Massnahmen getroffen. Das Pflorgeteam wird nach seiner Einschätzungen hinsichtlich möglicher Veränderungen des allgemeinen Gesundheitszustands innerhalb des letzten Monats gefragt. Ansonsten ist die APN auf den zugeteilten Abteilungen die erste ärztliche Kontaktperson für das Pflorgeteam im Alltag.

Wir haben mit der APN Kontakt wenn wir sie anrufen, (...) wenn es einem Bewohner nicht gut geht, oder wir aufgrund des schwierigen Verhaltens an unsere Grenze kommen. Wenn wir das Gefühl haben, eine ärztliche Beurteilung könne weiterhelfen, dann rufen wir sie an (...)

[Abteilungsleitung]

4.2 Ärztlicher Dienst

Die APN ist in ihrer Rolle von ärztlicher Seite supervidiert und arbeitet eng mit der leitenden Ärztin zusammen. Die leitende Ärztin coacht und unterstützt sie im Alltag bei Fragen oder in komplexen Situationen, z. B. bei der klinischen Beurteilung, beim Medikamentenmanagement oder mit dem Gegenlesen von Austrittsberichten. Alle medizinischen Massnahmen sowie Therapien und Medikamente werden mit der leitenden Ärztin besprochen, bevor sie umgesetzt werden. Visiten werden vor- und nachbesprochen. Es ist wichtig für die APN, innerhalb ihrer Kompetenzen zu bleiben und eigene Grenzen zu kennen, so darf die APN z. B. kein Insulin verordnen. Wenn die leitende Ärztin nicht da ist, wird die APN von einem Oberarzt supervidiert.

Wenn es um Abklärungen bezüglich Demenz geht, arbeitet sie mit Oberärzten/-innen aus der Memory Klinik zusammen. Die APN führt z. B. den CERAD Test durch, einen ausführlichen, kognitiven Test und beurteilt dann zusammen mit den Oberärzten/-innen das Ergebnis.

4.3 Therapeutische und andere Berufe

Die APN arbeitet regelmässig mit Physiotherapie, Ergotherapie, den Sozialarbeitern/-innen und den Mitarbeitenden von Labor, Apotheke und Sekretariat zusammen. Auf der Aufnahmeabteilung gibt es ein Mal pro Woche einen interprofessionellen Rapport. Dort werden Assessmentresultate besprochen und es wird für die nächste Woche geplant, welche Schritte seitens der Physiotherapie, der Ergotherapie oder Pflege sowie des Arztdienstes und der Sozialarbeiter/-innen sinnvoll sind.

Zusätzlich arbeitet die APN mit den Sozialarbeitern/-innen im Haus, wenn eine Beistandschaft beantragt werden muss.

Mit der Physiotherapie ist die APN in einem regelmässigen kurzen Austausch, wenn es um die Fortschritte oder den Sinn und Zweck der Physiotherapie der Bewohner/-innen geht. Ansonsten veranlasst die APN die Verordnungen für eine Physiotherapie.

Die APN arbeitet auch mit der Apotheke zusammen. Wenn es einen neuen Eintritt gibt und Medikamente verordnet werden müssen, klärt sie meistens telefonisch ab, ob die Präparate vorhanden sind.

Die administrativen ärztlichen Tätigkeiten bedingen viel Schreib- und Dokumentationsarbeit. Somit arbeitet die APN, wie auch die Ärzte/-innen, mit dem ärztlichen Sekretariat zusammen. Meistens, wenn gewisse Unterlagen wie Laborberichte oder Austrittsberichte aus dem Spital fehlen, wird die APN das Sekretariat um Hilfe bitten, diese telefonisch anzufordern. Auch bereitet das Sekretariat die Austrittsberichte vor.

4.4 Management

Die APN arbeitet nicht direkt mit dem Pflegemanagement zusammen. Ihre erste Anlaufstelle ist die leitende Ärztin und wenn sie nicht im Haus ist, wird die APN sich an einen Oberarzt /eine Oberärztin wenden. Die APN und die leitende Ärztin treffen sich wöchentlich für einen Austausch.

4.5 Bewohner/-innen und Angehörige

Die APN führt das Eintrittsgespräch sowie die Standortgespräche mit Bewohnern/-innen in Anwesenheit der Angehörigen. Im Verlauf sind die Ärzte/-innen die ersten Ansprechpersonen für die Angehörigen, wenn es sich um medizinische Entscheide handelt. In Notfallsituationen, wie z. B. einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes und wenn der Bewohner/die Bewohnerin wieder ins Spital eingewiesen werden muss, kann die Benachrichtigung der Angehörigen von der APN übernommen werden.

5 Veränderungen seit der Implementierung des Modells

Bewohner/-innen und Angehörige

- Durch ihre pflegerische Erfahrung kann die APN die Bewohner/-innen umfassender wahrnehmen, erfassen oder verstehen und somit einen personenzentrierten Pflege- und Betreuungsplan erstellen.

Mitarbeitende

- Die APN bringt ihren Hintergrund aus der Pflege mit, sie kann Inputs für die Pflege nicht nur aus medizinischer Sicht geben, sondern auch pflegerische Tipps, die dem Pfllegeteam im Umgang und bei der Betreuung von Bewohner/-innen helfen können. Somit trägt sie zu einer Verbesserung der Pflegequalität bei und wird als eine Bereicherung des Pfllegeteams gesehen.
- Die APN kann die pflegerischen Aspekte im Ärzteteam und die medizinischen Aspekte im Pfllegeteam besser einbringen. Das ist für interprofessionelle Themen wie nicht-medikamentöse und medikamentöse Behandlung von BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) sehr hilfreich.

Organisation

- Allgemein kann der Betrieb durch die Implementierung der APN Rolle als Pionierbetrieb bezeichnet werden. Es hilft, die neue Rolle in der Fachwelt präsenter zu machen. Die APN selber ist eine Pionierstudierende, die durch ihren Weg neue Möglichkeiten für die Pflege eröffnet und die Weiterentwicklung des eigenen Berufes vorantreibt. Nicht zuletzt fördert der Betrieb die interprofessionelle Zusammenarbeit, die in der Schweiz gefordert wird.

Meine Rolle ist etwas Neues in der Schweiz und erst in Entwicklung. Wenn das Modell erfolgreich ist, bietet es Pflegenden eine Möglichkeit, sich weiterzuentwickeln. Dies ist eine und viele finden es genial, dass es heutzutage so Möglichkeiten gibt und dass wir das hier im Betrieb so ausprobieren können.

[Pflegeexpertin APN]

6 Ausblick

Das Projekt leistet einen grossen Beitrag zur APN Rollenentwicklung in der Schweiz. Die APN ist überzeugt, dass dieses Modell die «Zukunft ist» und die Versorgung älterer Menschen verbessern und die integrierte Versorgung fördern kann. Die leitenden Ärzte/-innen empfinden die APN als eine gute Ergänzung für das Monitoring der Bewohner/-innen mit chronischen Krankheiten auf den Langzeitabteilungen, wo die medizinischen und pflegerischen Aspekte der Rolle für die Versorgungsqualität bereichernd sind. Die Chefärztin ist auch davon überzeugt, dass eine solche APN für Heime ohne einen Hausarzt vor Ort eine ideale Lösung wäre. Eine APN könnte mit den Hausärzten/-innen zusammenarbeiten und z. B. die körperlichen Assessments durchführen, über den Einbezug des Arztes/der Ärztin entscheiden und gezielt mit den Ärzten/-innen kommunizieren, da sie mehr Informationen geben kann als das Pflorgeteam sonst. Vor allem wird das Modell in der Zukunft gebraucht, da es immer weniger Hausärzte/-innen gibt, die die Heime versorgen.

(...) Also ich bin davon überzeugt, dass es eine tolle Sache ist und dass wir einen grossen Beitrag leisten können für die zukunftsgerichtete, integrierte Versorgung älterer Menschen

[Pflegeexpertin APN]

In der Zukunft könnten die Aufgaben der APN weiter ausgedehnt werden, z. B. Medikamentenverordnungen wie Diuretika oder Blutdruckmedikamente zu veranlassen und Laborbefunde zu interpretieren. Dafür braucht es mehr klinische Erfahrung.

Sie hat schon sehr lange in einem anderen Pflegezentrum als Pflegeexpertin gearbeitet, sie sieht (...) die Zusammenhänge zum Teil anders und kann dies mit einbringen. (...) Sie ist als Person auf jeden Fall eine Bereicherung für uns. Unser Ziel ist, dass sie zunehmend mehr ärztliche Aufgaben kompetent wahrnehmen kann.

[Leitende Ärztin]

Kompetenzen und Tätigkeiten der geriatrischen Pflegeexpertin APN I Entlisberg, Zürich

Häufigste Erkrankungen, die von der Pflegeexpertin behandelt werden	Chronische Erkrankungen, Demenzerkrankungen		
Klinische Tätigkeiten	Bewertung des funktionellen Gesundheitszustands Erhebung von Erst- und Verlaufsassessments Erstassessments von Bewohnern/-innen mit fluktuierenden chronischen Krankheiten und/oder bei Notfallsituationen in Konsultation mit ärztlichem Dienst In ärztlicher Delegation: Verordnung und Interpretation von diagnostischen Tests, Verordnung von Abführmitteln, Physiotherapie Medikamentenassessments und -anpassungen in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst Eigenständige Entscheide bezüglich Hautveränderungen, Wundverbände Körperliche Untersuchung: systematisch und umfassend von allen Organsystemen	<u>Tests / Assessments:</u> Labor: Mentale Assessments: Physische Assessments: Funktionelle Assessments: Soziale Assessments: Vorausschauende Planung:	Blut Mini Mental Status (MMS), Uhrentest, Cerad Bladderscan, EKG, Vitalzeichen, Schellong Test, Mini Nutritional Assessment (MNA), Frailty Index Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), Instrumenteller Aktivitäten (IADL) Ja Ja
Coaching und Führung	Steht nicht im Vordergrund		
Klinisches und professionelles Leadership	Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten: Abteilungsvisiten, Eintrittsgespräche und deren Dokumentation Teilnahme an Standort- und interprofessionellen Gesprächen Ansprechperson für Pflegefachpersonal, Zusammenstellung von Überweisungs- und Austrittsberichten Leitung der Fachgruppe Palliative Care		
Beratung und Konsultation	Steht nicht im Vordergrund		
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Regelmässige Zusammenarbeit mit Abteilungsleitung bei monatlichen Abteilungsvisiten, enge Zusammenarbeit mit Ärzten/-innen bei allen medizinischen Entscheidungen, Massnahmen und Evaluationen Sozialarbeiter/-innen bei Beantragung einer Beistandschaft, Apotheker/-in bei Medikamenten, Labor bei Labornachbestellungen, Arztsekretariat bei Berichten, Ergotherapie Mit Angehörigen und Bewohnern/-innen bezüglich des Pflegeplans, Massnahmen und Zielen		
Forschungskompetenzen	Stehen nicht im Vordergrund		
Ethische Entscheidungsfindung	Klärung, Überprüfung und Erfassung von Patientenverfügungen, vorausschauende Planung		

Alterszentrum Sumiswald, Sumiswald

Pflegeheim 5 (P5)

1 Merkmale des Betriebs

Das **Alterszentrum Sumiswald** ist ein Heim im Kanton Bern mit 130 Betten, 190 Mitarbeitenden (Tabelle 1) und einem Hausarztssystem.

Bewohner und Bewohnerinnen. Im Heim leben Menschen im AHV Alter mit vorhandenem Pflege- und Betreuungsbedarf. Zum Angebot gehören weiter zwei geschützte Wohngruppen für Menschen mit einer fortgeschrittenen dementiellen Entwicklung. Zusätzlich zum stationären Angebot bietet Sumia einen Tagestreff für Menschen mit einer Demenzerkrankung als Entlastungsangebot für betreuende Angehörige.

Der Schwerpunkt der Pflege liegt auf der allgemeinen Langzeitpflege und Demenzerkrankungen.

Tabelle 1 Betrieb

	Angaben (Juni 2017)
Rechtlicher Status der Institution	Öffentlich
Lokalisierung	Ländlich
Arztmodell	Hausarztssystem
Anzahl der Hausärzte/-innen	16
Bettenanzahl insgesamt	130
Anzahl der Mitarbeitenden	190
Anzahl der Lernenden und Studierenden	19 Lernende (Fachpersonen Gesundheit (FaGe), Assistent/in Gesundheit und Soziales (AGS)) 3 HF Studierende 1HF Studierende AT
Pflegeangebote im Betrieb	Allgemeine Langzeitpflege, Kurzaufenthalte Pflege von Menschen mit einer Demenzerkrankung Tagesstätte

Datenbasierte Qualitätsentwicklung. Das Heim arbeitet seit 10 Jahren mit Qualitätsindikatoren, die durch RAI-NH erhoben werden. Mit den Qualitätsindikatoren wird die Pflegequalität beurteilt und überwacht und die Aufmerksamkeit auf die gemessenen Themen gelenkt. Die Resultate werden jährlich in den Teamsitzungen und an der Pflegekadersitzung mit den Wohngruppen vorgestellt sowie im Intranet aufgeschaltet. Zudem arbeitet das Heim mit externen Zufriedenheitsbefragungen für Bewohner/-innen und Angehörige (Respons, SHURP). Die Institution (4 von 6 Wohngruppen) ist mit Concret AG zertifiziert. Concret ist eine externe Zertifizierung für Qualitätsmanagementsysteme in der Pflege nach dem Swiss Care Excellence Certificate (SCEC).

2 Das pflegegeleitete Versorgungsmodell

Seit dem Jahr 2014 arbeitet das Alterszentrum Sumiswald mit dem pflegegeleiteten Versorgungsmodell. Das Modell basiert aktuell auf einer Pflegeexpertin und einer Pflegefachperson mit einem CAS Demenz und Lebensgestaltung, die eng mit dem Pflgeteam im Alltag zusammenarbeiten. Die Schwerpunkte ihrer Aufgabenbereiche liegen auf dem Coaching sowie klinischem und professionellem Leadership.

2.1 Grund für die Entwicklung des Modells

Der Grund für die Einführung des Modells war die klare Vorstellung der Leitung Betreuung und Pflege, dass ein Heim mit 130 Bewohnern/-innen in der Langzeitpflege für die Erbringung einer hohen Pflegequalität eine Pflegeexpertin benötigt. Die zunehmende Komplexität der Pflegesituationen von den Bewohnern/-innen erfordert neben dem Management eine Pflegefachperson mit vertieftem Fachwissen, die mit klinischem und professionellem Leadership sowie Coaching für die Pflegequalität verantwortlich ist, neues Wissen mitbringt und politisch informiert ist.

(...) für mich ist das unabdingbar - dass ich den Job überhaupt ohne eine Pflegeexpertin machen kann. Also ich könnte nicht die Pflegequalität erbringen oder nicht zu dem führen, was ich mir vorstelle.... Und darum ist das für mich eine Bereicherung, also, eine ganz grosse Bereicherung. Und ich pflege eine sehr gute Zusammenarbeit mit ihr.

[Leitung Betreuung und Pflege]

2.2 Vorgehen bei der Entwicklung

Nach der Qualitätsüberprüfung der Firma Concret AG wurde für die Bearbeitung der zwingenden Auflagen eine Pflegeexpertin im Mandat angestellt. Nach der Zertifizierung beschloss die Geschäftsleitung für die Weiterentwicklung der Pflegequalität die Pflegeexpertin als Stabstelle zu 30 % fest anzustellen. Die Stellenprozente wurden in den vergangenen Jahren laufend erhöht.

2.3 Implementierung des Modells

Nach der Qualitätsüberprüfung der Firma Concret AG im 2014 stellte die Leitung Betreuung und Pflege für die Umsetzung der ausgesprochenen Auflagen eine Pflegeexpertin ein. Vorerst war ein Pflgeteam von Sumia in den Qualitäts- und Veränderungsprozess einbezogen. Die Auflagen wurden zusammen mit dem Pflgeteam und den Führungspersonen bearbeitet und umgesetzt. Die Aufgaben und die Rolle der Pflegeexpertin wurden laufend den Themen in der Praxis angepasst.

Barrieren und erleichternde Faktoren

Unten sind die wichtigsten Barrieren sowie erleichternden Faktoren für die Modellimplementierung aufgeführt, wie sie von der Leitung Betreuung und Pflege und der Pflegeexpertin benannt wurden.

Barrieren

- Fehlende Ressourcen (nur knapp 20% Anteil Funktionsstufe 3)
- grosse Anzahl junger Mitarbeitender mit wenig Berufserfahrung
- Führungswechsel in den Wohngruppen, die zu Änderungen der Führungsstrukturen (Kulturwechsel) führten
- Fehlende Fachkompetenz der Mitarbeitenden, die das Fachwissen nicht weiter in die Teams tragen können
- Fluktuation, offene Stellen
- Personelle Ressourcen (neben dem Alltagsgeschäft fehlen zeitliche Ressourcen für Entwicklung, Implementierung und Überprüfung/ Controlling)
- Fehlende Kontinuität bei vielen Teilzeitangestellten
- Hausarztmodell (keine regelmässigen Visiten, unterschiedliche medizinische Haltung der Hausärzte/-innen)

- Fehlen von einem Sparringspartner, wie z. B. eine zweite Pflegeexpertin mit aktuellem Fachwissen im selben Betrieb

Erleichternde Faktoren

- Zusammenarbeit mit der Leitung Betreuung und Pflege bei der Entwicklung und Umsetzung des Modells sowie Unterstützung der Geschäftsleitung
- Bereitschaft der Mitarbeitenden, an der Pflegequalität stetig mit zu arbeiten.
- Gegenseitige Vertrauen von Pflegeexpertin und Leitung Betreuung und Pflege sowie ein grosser Handlungsspielraum der Pflegeexpertin
- Freundliches und unterstützendes Vorgehen der Leitung Betreuung und Pflege und sowie die Akzeptanz der Rolle in Pflegeteams

3 Die Rolle der Pflegeexpertin

3.1 Arbeitsorganisation

Die Pflegeexpertin arbeitet zu 60% vorwiegend unter der Woche zu Bürozeiten (siehe Tabelle 2).

3.2 Aufgabenbereiche

Die Schwerpunkte der Aufgabenbereiche der Pflegeexpertin liegen auf

- Coaching
- Klinischem und professionellem Leadership

Alle Aufgaben werden im interprofessionellen Team durchgeführt.

Tabelle 2 Pflegeexpertin

Ratio Bewohner/-innen: Pflegeexpertin	130:1
Schwerpunkte der klinischen Tätigkeit	Sicherstellung der Pflegeentwicklung und Pflegequalität Menschen mit demenzieller Entwicklung Palliative Care
Höchster vorhandener Bildungsabschluss	HöFa II
Zusätzliche spezifische Weiterbildungen oder Zertifizierungen (insgesamt)	Lebensgestaltung und Demenz (CAS)
Anzahl der angestellten Pflegeexperten/-innen (insgesamt)	1 Person
Anzahl in Stellenprozenten:	60%
Durchschnittliche Arbeitszeit/Woche:	26h
Anstellung	in der Pflegeinstitution
Vorgesetzte	Leitung Betreuung und Pflege
Arbeitszeiten	Arbeitet im Tagdienst

Coaching

In Rahmen des Coachings führt die Pflegeexpertin regelmässig eine Begleitung der Mitarbeitenden in der Praxis mit dem Fokus auf dem Coaching von Wohngruppenleitungen durch, damit sie dann das Know-how an das Pflegepersonal weitergeben können.

Das Ziel des Coachings ist es, die Mitarbeitenden in eine Reflexion der eigenen Arbeit zu bringen und die Effizienz und Qualität zu fördern, z. B. die Mitarbeitenden werden gecoacht, dass es nicht nur wichtig ist, das Gewicht zu messen, sondern auch das Gewicht mit dem vorherigen Wert zu vergleichen und zu prüfen, ob der Bewohner/die Bewohnerin ab- oder zugenommen hat. Assessmentinstrumente zu verschiedensten Risiken stehen den Mitarbeitenden zur Verfügung. Bei Bedarf wird der Hausarzt/die Hausärztin hinzugezogen. Nach dem Umzug in ein neues Gebäude gab es eine Umstrukturierung und Wohnbereiche wurden auf kleinere Wohngruppen aufgeteilt. Somit haben Pflegende der Funktionsstufe 2¹ die Verantwortung als Tagesverantwortliche übernommen. Mehrere Tagesverantwortlichen sind noch jung und haben wenig Erfahrung. In dieser Funktion brauchen sie Unterstützung bei der Rollenfindung und den neuen Aufgaben mit grösserem Verantwortungsbereich, wie der Kontrolle und Umsetzung des Pflegeprozesses (Pflegedokumentation, Organisation und Durchführung von Angehörigengesprächen, ärztliche Visite u. a. mehr) Fachcoaching findet kontinuierlich statt, wie z. B. Reflexion von Schmerzsituationen, unter Einbezug der Pflegedokumentation.

Empowerment der Mitarbeitenden steht ganz im Vordergrund der Rolle. Die Pflegeexpertin möchte, dass die Mitarbeitenden mehr eigene Verantwortung übernehmen. Somit gibt sie z. B. Unterstützung, wenn eine neue Arbeitsgruppe gegründet wird, etwa zum Thema Demenz, dass die Leitung der Fachgruppe von anderen Personen übernommen und nicht von ihr als Pflegeexpertin. So können die Pflegefachpersonen neue Fach- und Leadership

¹ Fachfrau/Fachmann Gesundheit FaGe; Schweizerische Fähigkeitsausweise in praktischer Krankenpflege, FA SRK;

Kompetenzen erwerben und dann diese in den Wohngruppen einbringen. In weiteren alltäglichen Themen in der Praxis versucht die Pflegeexpertin, die Verantwortung für einzelne Fachthemen auf allen Abteilungen an jemanden zu übergeben, z. B. an eine Person, die im Bereich der Mundhygiene dafür sorgt, dass Mundinspektionen standardisiert durchgeführt werden, was wiederum eine positive Auswirkung auf die Nachhaltigkeit hat.

(...) ganz viele von den diplomierten Fachpersonen steuern irgendeine Arbeitsgruppe. Wenn sie verstehen, um was es geht und sie verantwortlich für ein Thema sind, ist die Umsetzung und der Praxistransfer einfach besser gewährleistet.

[Pflegeexpertin]

Die Pflegeexpertin unterstützt die Mitarbeitenden auch in der Praxis. Morgens geht sie zur Leitung Betreuung und Pflege und erkundigt sich nach komplexen Situationen, welche während ihrer Abwesenheit aufgetreten sind. Wenn sie z. B. erfährt, dass sich ein Bewohner/eine Bewohnerin in einer «End-of-Life» Situation befindet, schaut sie die Pflegedokumentation an und geht dann direkt auf die Wohngruppe. Danach geht sie durch alle Wohngruppen und fragt nach, wer Unterstützung braucht. Sie unterstützt die Mitarbeitenden in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Nicht alle Bewohner/-innen mit Demenz wohnen auf einer geschlossenen Wohngruppe, wo die Mitarbeitenden auf die Betreuung von Demenz spezialisiert sind. So benötigen Mitarbeitende in den anderen Wohngruppen z. B. Unterstützung beim Erarbeiten eines Tagesplans.

Ich schaue zuerst in der Pflegedokumentation, ob alles klar ist. ... danach spreche ich [die Pflegeperson] an und gehe danach laufend schauen und manchmal ergibt sich daraus eine Bewohnerbesprechung.

[Pflegeexpertin]

Zusätzlich begleitet und unterstützt die Pflegeexpertin neue Mitarbeitende in der Einführung, dadurch kann sie ihre Rolle direkt erklären, z. B. welche Kompetenzen sie hat und für welche Themen sie zuständig ist. Sie kann Vertrauen aufbauen und schauen, in welchem Bereich die Mitarbeitenden Unterstützung brauchen. Regelmässig werden auch Pflegefachbesprechungen auf den Wohngruppen durchgeführt, z. B. mit dem Ziel, das Verständnis der Mitarbeitenden für die Situationen von an Demenz erkrankten Menschen mit herausforderndem Verhalten zu stärken, und situationsadäquate Massnahmen einzuleiten. Wenn nötig wird zu Pflegefachbesprechungen ein Gerontopsychiater/eine Gerontopsychiaterin eingeladen.

Aufgrund der bestehenden Wissenslücken und Bedürfnisse der Mitarbeitenden planen und gestalten die Pflegeexpertin und die Leitung Betreuung und Pflege Weiter- und Fortbildungen sowie «Refresher» -Nachmittage im Heim.

Klinische und professionelles Leadership

In Rahmen der klinischen und professionellen Fachführung entwickelt die Pflegeexpertin evidenzbasierte Projekte im Bereich der Pflegeentwicklung und Pflegequalität, setzt diese um und evaluiert sie. Vor sieben Jahren, als die Pflegeexpertin ihre Aufgabe in Sumia aufgenommen hat, gab es keine definierten Prozesse, wie z. B. zum Vorgehen bei Schmerzassessments. Die Schmerzen wurden zwar mehrmals am Tag erfragt, aber es wurde nicht strukturiert weiterverfolgt, wie die Medikamente wirken, es gab keine Pflegeanamnese, sowie keine Richtlinien oder Konzepte im Heim. In ihrer Rolle ist die Pflegeexpertin zusammen mit der Leitung Betreuung und Pflege für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation der Qualität im Pflegebereich verantwortlich. Innerhalb von 7 Jahren hat sich die Pflegequalität stark entwickelt. Die Pflegeexpertin hat unter anderem folgende Themen erarbeitet:

- Klinische Leitlinien und Verantwortung für deren Einführung sowie nachhaltige Umsetzung, z. B. Schmerzkonzept, Sturzkonzept Demenzkonzept, Bezugspersonenkonzept, Eintrittsmanagement neuer Mitarbeitender, Bewohneraufnahmeprozess
- Beschwerdemanagement, welches von der Pflege genutzt wird
- Medikamentenmanagement
- Konzept für die Bewohnerbesprechungen mit Angehörigen. Hierzu hat die Pflegeexpertin am Anfang viel Input gegeben und jetzt organisieren die Pflegefachpersonen Angehörigengespräche selber
- Aufbau der Demenzwohngruppe

In den vergangenen Monaten leistete sie Prozessarbeit zum Ablauf von Spitaleinweisungen. Klare Richtlinien und Strukturen zur Vorbereitung einer Spitaleinweisung, zu welchem Zeitpunkt die Angehörigen informiert werden und dass jede Spitaleinweisung erfasst und analysiert wird, weshalb jemand ins Spital verlegt wurde. Evaluationen zu vorangehenden Symptomen und Situation, welche allenfalls zu spät oder nicht erkannt wurden. Daraus resultieren gezielte Weiterbildungen für das Pflegepersonal und Anpassungen der Prozesse. Sie stellt die Evaluation und den Praxistransfer bei obengenannten Projekten sicher. Auseinandersetzungen mit berufspolitischen Entwicklungen prägen den Alltag der Pflegeexpertin.

Ich glaube ich sehe mich hier so ein wenig wie der Motor, wie der Antrieb im Bereich Pflegequalität. Weisungen des Kantons nehme ich kritisch auf und dann gehe ich zur Leitung Betreuung und Pflege und sage: "Du unser Medikamentenmanagement verhebt (genügt) gar nicht mehr" Und dann schauen wir gemeinsam, wer übernimmt welche Aufgaben. Sie hat Kontakt mit dem Apotheker aufgenommen, ich habe begonnen das Medikamentenmanagement zu schreiben.

[Pflegeexpertin]

Sie sorgt auch mit für die Vernetzung des Heimes mit externen Institutionen. So hat sie bereits eine enge Zusammenarbeit mit der Alzheimervereinigung und Pro Senectute aufgebaut.

4 Zusammenarbeit

4.1 Pflegeteams

Seit der Anstellung ist die Pflegeexpertin in allen Wohngruppen im Alltag sehr präsent. Ihrer Rolle wird grosses Vertrauen und Akzeptanz entgegengebracht. Sie fragt immer aktiv nach, wo sie die Mitarbeitenden unterstützen und wie sie helfen kann, was als eine grosse Hilfe empfunden wird. Im Alltag, wenn die Pflegeexpertin etwas Neues einführen möchte, z. B. neue Richtlinien oder Abläufe ändern möchte, sind die Mitarbeitenden sehr offen und nehmen die Veränderungen sehr gut an.

Sie hat eine sehr hohe Akzeptanz. Weil sie sehr nahe beim Bewohner ist und fähig ist, die Mitarbeiter zu begleiten, sie aufmerksam zu machen wo man hinschauen muss. Macht Pflegebesprechungen. Das wird sehr geschätzt. Und ihre Fachkompetenz wird sehr geschätzt.

[Leitung Betreuung und Pflege]

Im Alltag arbeitet die Pflegeexpertin sehr eng mit den Pflegefachpersonen und Wohngruppenleitungen mit dem Ziel zusammen, sie in ihrem Aufgabenbereich zu stärken, damit sie das «Know-how» an die Mitarbeitenden weitergeben können. Sie unterstützt die Pflegefachpersonen in allen möglichen Situationen. Von der Beratung zu Massnahmen bei Krisen, über das Symptom-Management in «End-of-Life» Situationen, von Angehörigengesprächen bis zur Kommunikation oder Visiten mit Ärzten/-innen. Die Unterstützung bei der Kommunikation mit Ärzten/-innen ist hilfreich, wenn sich die Mitarbeitenden unsicher fühlen oder nicht weiterkommen, z. B. wie der Hausarzt/die Hausärztin auf pflegerische Hinweise reagiert, wenn ein Bewohner/eine Bewohnerin Delir-Symptome zeigt und Medikamente braucht.

4.2 Ärztlicher Dienst

Die Pflegeexpertin arbeitet regelmässig mit Hausärzten/-innen, mit der Gerontopsychiaterin wie auch mit dem Zahnarzt im Dorf zusammen. Einmal im Jahr nimmt die Pflegeexpertin an der Hausarztsitzung teil.

Mit Hausärzten/-innen tritt die Pflegeexpertin vor allem in Kontakt, wenn eine Situation komplex wird, z. B. bei «End-of-Life» Situationen und wenn das Pflegefachpersonal Unterstützung braucht. Bei manchen Hausärzten/-innen nimmt nur die Pflegeexpertin den Kontakt auf, da sie weiss, dass sie mit ihren Fachkompetenzen ernst genommen wird und ihre Anliegen nicht ignoriert werden.

Darüber hinaus ist die Zusammenarbeit anspruchsvoll, da die Hausärzte/-innen die Professionalisierung der Pflege oft als mühsam und kompliziert erleben, die Anzahl an zuständigen Hausärzten/-innen gross ist und es ihnen manchmal an Fachwissen über die gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder oder Symptome mangelt, z. B. bei Demenz. Sie sagen, dass die Professionalisierung dazu beiträgt, dass es mehr Dokumentation gibt und sie sind der Meinung, Pflegende sollten mehr am Bett der Bewohner/-innen sein. Die grosse Anzahl an Hausärzten/-innen erschwert die Zusammenarbeit, da bei jedem Arzt/jeder Ärztin auf die individuellen Eigenschaften eingegangen werden muss. Um eine bessere Pflegequalität von Bewohnern/-innen mit Demenz zu erzielen, haben die Pflegeexpertin und die Leitung Betreuung und Pflege eine Zusammenarbeit mit der Gerontopsychiaterin aufgebaut. Sie haben zuerst mit dem Chefarzt Psychiatrie vom Regionalspital Burgdorf Kontakt aufgenommen. Dann haben sie zusammen die Hausärzte/-innen involviert. Die Leitung Betreuung und Pflege und der Chefarzt Psychiatrie haben in einem Informationsbrief die Hausärzte/-innen über die neue Zusammenarbeit informiert. Es hat eine gewisse Zeit gedauert, bis die Gerontopsychiaterin von den Hausärzten/-innen akzeptiert wurde. Heute ist die Zusammenarbeit zwischen der Gerontopsychiaterin, der Pflegeexpertin und den Hausärzten/-innen sehr gut.

Die Gerontopsychiaterin hat letztes Jahr 150 Konsultationen gemacht. Und dann habe ich gefragt «Wie ist für euch diese neue Zusammenarbeit?» weil wir müssen ja immer via Hausarzt ein Konzil beantragen. (...) und die Hälfte von den Hausärzten hat gesagt, dass sie sehr froh über diese Entlastung seien. Das sei tiptopp.

[Pflegeexpertin]

Die Pflegeexpertin hat sich während ihrer CAS Ausbildung mit der Mund- und Zahnhygiene bei Demenz auseinandergesetzt. Aus diesem Grund hat die Pflegeexpertin eine Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt im Dorf aufgebaut. Bei Eintritt werden die Bewohner/-innen und die Angehörigen über die Notwendigkeit der regelmässigen Zahnkontrolle informiert. Die Zahnarztbesuche nehmen laufend zu. Die Idee, im Heim über ein Zahnarztzimmer zu verfügen, ist mit dem Zahnarzt in Abklärung. Eine spezialisierte Dentalhygienikerin führt jährlich Weiterbildungen für das Pflegepersonal durch. Der Zahnarzt macht auch die Weiterbildungen über Mund- und Zahnhygiene für die Mitarbeitenden. Heute sind die Mund- und Zahnanamnese sowie der Mundstatus ein fester Bestandteil der Praxis.

Die Pflegeexpertin nimmt zusammen mit der Leitung Betreuung und Pflege einmal pro Jahr an der Hausärztesitzung teil. Dort kommen alle Hausärzte/-innen zusammen. Das Ziel der Sitzung besteht darin, gezielt für Fachthemen zu sensibilisieren und die Zusammenarbeit zu besprechen. Die Pflegeexpertin stellt fachliche Themen vor, z. B. wie viele kognitiv beeinträchtigte Bewohner/-innen gemäss RAI im Heim sind oder das Thema Polypharmazie.

4.3 Therapeutische und andere Berufe

Im Heim wird mit vielen Professionen zusammengearbeitet, wie z. B. mit Aktivierungstherapeuten/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Logopäden/-innen, Ergotherapeuten/-innen, Wundexperten/-innen, Ernährungsberatern/-innen, Seelsorgern/-innen oder Apothekern/-innen. Die Koordination der Zusammenarbeit steuern die Leitung Betreuung und Pflege und die Pflegeexpertin.

Die Apotheke richtet und kontrolliert Medikamente und gemeinsam führen sie das jährliche Qualitätscontrolling durch, ob die kantonalen Vorgaben erfüllt sind. Zusammen organisieren sie auch Weiterbildungen zum Thema Medikamentenmanagement. Für die Erarbeitung des Medikamentenmanagementkonzepts mit dem Ziel, die Mitarbeitenden möglichst stark beim Medikamentenmanagement zu entlasten, war die Pflegeexpertin im engen Austausch mit dem Apotheker, der das Konzept gutgeheissen hat.

Die Pflegeexpertin arbeitet auch mit der Verpflegung, mit dem Hausdienst sowie dem Reinigungsdienst zusammen. Sie konnte so die Zusammenarbeit mit der Verpflegung verbessern. Sie hat eine Arbeitsgruppe «Pflege und Verpflegung» gegründet – das war die erste interprofessionelle Arbeitsgruppe im Heim. Die Leitung wurde an die Verantwortlichen vom Verpflegungsdienst übergeben.

Die Pflegeexpertin und die Leitung Betreuung und Pflege arbeiten mit dem Spital Burgdorf zusammen. Die Leitung Betreuung und Pflege nimmt regelmässig an Sitzungen mit dem Spital teil. Die Pflegeexpertin ist insofern involviert, dass sie die Themen aus der Praxis mitbringt, z. B. Fortbildungen im Bereich Diabetes. Eine enge Zusammenarbeit besteht ebenfalls im Bereich Hygiene und Infektiologie.

4.4 Management

Die Pflegeexpertin arbeitet eng mit den Wohngruppenleitungen, der Leitung Betreuung und Pflege zusammen. Sie treffen sich regelmässig in verschiedenen Sitzungen oder auch punktuell.

Die Pflegeexpertin, die Leitung Betreuung und Pflege, die Wohngruppenleitungen und Bereichsleitung Aktivierung haben alle zwei Wochen eine Arbeitssitzung. Die Pflegeexpertin bearbeitet darin gemeinsam mit den Wohngruppenleitungen Fachthemen, wie Schmerzerfassung bei demenzerkrankten Menschen, bearbeitet Medikamentenzwischenfälle, reflektiert komplexe Bewohnersituationen, um die Fachentwicklung auf den Wohngruppen voranzutreiben, sowie bespricht das Risiko- oder Personalmanagement. Die Pflegeexpertin hat auch eine Verbindungsfunktion, indem sie die Informationen zwischen den Wohngruppenleitungen und der Leitung Betreuung und Pflege zur Sprache bringt.

Die Pflegeexpertin und die Leitung Betreuung und Pflege treffen sich wöchentlich für drei Stunden und punktuell bei Bedarf. Beim punktuellen Treffen tauschen sie sich über spezifische Situationen im Alltag aus, z. B. wenn die Pflegeexpertin hört oder sieht, dass eine Wohngruppenleitung Schwierigkeiten mit der Führungssituation hat, dann wird sie diese der Leitung Betreuung und Pflege mitteilen und umgekehrt, z. B. wenn die Leitung beim täglichen Organisationsrapport (9.55 Uhr) von den Tagesverantwortlichen der Wohngruppen hört, dass ein Bewohner/eine Bewohnerin in einer End-of-Life-Phase ist und das Team Unterstützung braucht. Komplexe Situationen bei Bewohnern/-innen werden zusammen besprochen und analysiert, z. B. wenn ein Bewohner/eine Bewohnerin mit einer fortgeschrittenen Demenz auf eine geschlossene Wohngruppe verlegt werden muss. Die Pflegeexpertin ist die wichtigste Ansprechperson für die Leitung Betreuung und Pflege, was die pflegerisch-fachlichen Themen im Bereich Demenz und Pflegequalität angeht. Sie bringt Ideen und Themen mit und fördert die Weiterentwicklung in der Institution.

Zusammenarbeit hier im Haus, also die Zusammenarbeit jetzt gerade mit meiner Vorgesetzten, mit der Pflegedienstleitung. Sie vertraut mir zu 100%, wir arbeiten sehr gut und eng zusammen, also so Hand in Hand. Das macht natürlich meine Arbeit auch sehr sehr einfach..., wir haben nicht irgendwie einen Knatsch oder ein Gerangel, Führung - Pflegeexpertin.

[Pflegeexpertin]

Einmal im Jahr findet ein Pflegekader Strategietag statt mit allen Wohngruppenleitungen und der Berufsbildungsverantwortlichen. Jahresziele werden an diesen Tagen festgelegt, evaluiert und Massnahmen erarbeitet.

4.5 Bewohner/-innen und Angehörige

Grundsätzlich sind die Wohngruppenleitungen die erste Anlaufstelle für Bewohner/-innen und Angehörige. Die Pflegeexpertin begleitet und berät die Bewohner/-innen und/oder Angehörigen in komplexen Situationen.

5 Veränderungen seit der Implementierung des Modells

Erreichte Veränderungen seit der Implementierung des Modells haben direkt mit der Aufgabenaufteilung zwischen der Leitung Betreuung und Pflege und der Pflegeexpertin zu tun.

Bewohner/-innen und Angehörige

- Die Kontinuität der Betreuung für Bewohner/-innen mit Demenz ist gewährleistet und besser an die individuellen Wünsche und Bedürfnisse angepasst. Dadurch sind auch die Angehörigen zufriedener. Zudem wurde der Zugang zu Gesundheitsleistungen wie Zahnarzt, Ernährungsberatung und die Koordination mit dem Spital verbessert.

Pflegequalität

- Die Verbesserung der Pflegequalität wird durch die fachliche Weiterentwicklung der Pflege und Standardisierung der Massnahmen erreicht. Als die Pflegeexpertin angefangen hat, gab es keine Standards oder Konzepte. Durch die Pflegeexpertin wird die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert, wo die Pflegeexpertin eine Vermittlungsfunktion wahrnimmt (zwischen Mitarbeitenden-Ärzten/-innen-Angehörigen-weiteren Diensten). Letztlich konnte die Strategie Demenz mit der Fachexpertise und den Leadership-Kompetenzen der Pflegeexpertin umgesetzt werden.

Mitarbeitende

- Das Personal ist durch die fachliche Unterstützung in seinem Handeln sicherer geworden und die Fachkompetenzen haben zugenommen. Das Personal erlebt ein Empowerment.

Organisation

- Tiefe Mitarbeiterfluktuation. Rekrutierung von Fachpersonal auf tertiärer Stufe gestaltet sich nicht so schwierig, wie es häufig in der Langzeitpflege vorkommt (Anstellung von ehemaligen Studierenden HF).

6 Ausblick

Um die Pflegequalität bei den komplexen Krankheitsbildern der Bewohner/-innen zu gewährleisten, wünscht sich die Leitung Betreuung und Pflege in der Zukunft im Haus mehr Expertise in Form von Thementrägerinnen zu haben, z. B. Thementrägerin Demenz, Palliative Pflege, Wunden, Hygiene. So kann einerseits der Praxistransfer besser gewährleistet werden und andererseits können die Fachthemen nachhaltig behandelt werden.

Heutzutage ist in einem Betrieb mit Bewohnern/-innen in der Langzeitpflege eine Pflegeexpertin unabdingbar. Eine Pflegeexpertin ist für eine Verbesserung der Pflegequalität nötig. Eine Vision für die Zukunft wäre es, auch eine Advanced Practice Nurse (APN) im Haus zu haben. Eine APN, die klinisch gut ausgebildet ist und vor Ort eine Ansprechperson für die Mitarbeitenden sowie die Ärzte/-innen ist, könnte gewinnbringend sein und ggf. die Spitaleinweisungen reduzieren. Ihre klinische Ausbildung würde die Triage von Fragen an die Ärzte/-innen ermöglichen und auch eine bessere Einschätzung der Situation von Bewohnern/-innen erlauben, z. B. wäre sie in der Lage, eine Pneumonie zu erkennen.

Ein ganz wichtiges Thema ist das Image der Pflege in den Langzeitinstitutionen. Die Leitung Betreuung und Pflege hofft, dass sich das Image der Pflege verbessern wird. Damit die Ärzte/-innen verstehen, dass in der Langzeitpflege die Pflegefachpersonen kompetent und fachlich unterwegs sind und nicht wie im Alltag oft erlebt, die Fachkompetenz der Pflegefachpersonen Frage gestellt wird.

Ja sicher eine beidseitige Akzeptanz oder auch dass man anerkennt, dass jede Person halt andere Fähigkeiten hat. Ich habe jetzt Fähigkeiten oder Stärken in dem Bereich und sie hat sie in einem anderen Bereich. Und man kann nur zusammen stark sein, wenn man alle Ressourcen im Haus, die man hat, zusammenträgt.

[Leitung Betreuung und Pflege]

Die Pflegeexpertin betont, wie wichtig es wäre, eine konstante Ansprechperson von der ärztlichen Seite im Heim zu haben und nicht mit einer grossen Anzahl an Hausärzten/-innen zu arbeiten. Die hausärztlichen Praxen sind am Nachmittag und am Wochenende geschlossen, und wenn die Notfallärzte/-innen angerufen werden, werden die Bewohner/-innen oft unnötig ins Spital verlegt.

Wir haben keine Ansprechperson, keine ärztliche, oder. Dann ist es vielleicht Donnerstagnachmittag um 4 Uhr, jemandem geht es schlecht, ich rufe in der Praxis an und er hat frei, also ich rufe den Notfallarzt. Der Notfallarzt sagt, diesen Menschen kenne ich nicht, also ins Spital. Und wenn wir jemanden hier hätten, der besser Bescheid weiss, dann hätte dieser Mensch vielleicht hierbleiben können. Und rein aus diesem Aspekt, aus Sicht, aus der Bewohnersicht ist unsere Zusammenarbeit mit den Hausärzten nicht gut, wir könnten ganz viel verhindern und viel schneller handeln.

[Pflegeexpertin]

Auch die Zusammenarbeit mit den Hausärzten/-innen in Bezug auf Patientenverfügungen und vorausschauende Planung sollte verbessert werden. Die Patientenverfügung oder die vorausschauende Planung ist ein zentraler Aspekt, um mit den Bewohnern/-innen und Angehörigen die Wünsche in Bezug auf die Behandlung und lebensverlängernde Massnahmen im Voraus zu besprechen und sich nicht erst in einer Akutsituation überlegen zu müssen, wie es weitergeht. Von einer guten Zusammenarbeit profitieren die Bewohner/-innen sowie das Pflege- und Betreuungspersonal und die Ärzte/-innen.

(...) ich finde es eigentlich sehr spannend, dass man, wenn man die Bewohnersituationen bespricht, jede seine/ihre Kompetenzen auf den Tisch legt und so kann man über das diskutieren und voneinander profitieren. Also das ist meine Erfahrung im Alltag mit den Pflegefachpersonen. Dass es nicht wie zwei Disziplinen sind, die nebeneinander fahren, sondern dass man zusammenfährt, so profitiert man mehr. Das ist meine Erfahrung.

[Gerotopsychiaterin]

Die Pflegeexpertin findet den fachlichen Austausch mit anderen Pflegeexpertinnen sehr wichtig. Sie könnte sich vorstellen, eine zweite Pflegeexpertin im Heim zu haben. Sie könnten dann besser den Praxistransfer sicherstellen und regelmässiger Weiterbildungen anbieten.

Kompetenzen und Tätigkeiten der Pflegeexpertin I Sumiswald

Häufigste Erkrankungen, die von der Pflegeexpertin behandelt werden	Demenzielle Entwicklung, End-of-Life-Care		
Klinische Tätigkeiten	Stehen nicht im Vordergrund	<u>Tests/ Assessments:</u> Labor: Nein Mentale Assessments: Ja Physische Assessments: Ja Funktionelle Assessments: Nein Soziale Assessments: Nein Vorausschauende Planung: Punktuell	
Coaching und Fachführung (von Mitarbeitenden, Bewohner/-innen und Angehörigen)	Begleiten der Mitarbeitenden in der alltäglichen Arbeit in komplexen, fachspezifischen Fragestellungen, komplexen, herausfordernden Situationen wie Demenz und Palliative Care Fachinputs und Fallbesprechungen durchführen Gestaltung von Fort- und Weiterbildungsprogrammen		
Klinische und professionelles Leadership	Durchführung und Evaluierung von evidenzbasierten Projekten im Bereich der Pflegeentwicklung und Pflegequalität Pflegestandards und Konzepte anhand aktueller Literatur entwickeln Vernetzung des Heimes mit externen Institutionen		
Beratung und Konsultation	Steht nicht im Vordergrund		
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Im Alltag: Wohnbereichsleitungen, diplomierte Pflegefachpersonen, Fachmann/Fachfrau Gesundheit Zusammenarbeit mit Ärzten/-innen bei Visiten, Veränderungen des Zustandes, Diagnose und Management, Medikamente, ungeplante Hospitalisierungen, Palliative Care Situationen; Psychiatrischer Dienst; Zahnärztliche Versorgung Apotheker/-in; Verpflegung, mit dem Hausdienst, Reinigungsdienst; Spital		
Forschungskompetenzen	Teilnahme an Forschungsprojekten (Anwenderforschung)		
Ethische Entscheidungsfindung	Steht nicht im Vordergrund		

Adullam - Stiftung, Basel

Pflegeheim 6 (P6)

1 Merkmale des Betriebs

Das **Adullam Pflegezentrum** ist ein Heim mit zwei Standorten (Basel & Riehen) im Kanton Basel-Stadt. Das Adullam Pflegezentrum in Basel verfügt insgesamt über 289 Betten (Tabelle 1) mit einem Hausarztsystem. Ein Hausarzt, der für etwa 60% der Bewohner/-innen zuständig ist, hat sein Büro innerhalb des Heimgeländes. In dieser Beschreibung wird auf den Standort in Basel eingegangen. Eine Besonderheit der Adullam Pflegezentren besteht darin, dass beide Standorte auch ein Spital neben dem Pflegezentrum führen. Das Adullam Spital ist spezialisiert auf Altersmedizin und bietet ein umfassendes Angebot in Akutmedizin, Rehabilitation, Therapie und Pflege.

Der Schwerpunkt der Pflege liegt in einem ganzheitlichen Ansatz auf den individuellen Bedürfnissen der Bewohner/-innen mit dem Ziel, die Selbständigkeit zu erhalten und zu stärken. Dabei wird eine evidenzbasierte Pflege verfolgt.

Tabelle 1 Betrieb

	Angaben (Juni 2017)
Rechtlicher Status der Institution	Privat subventioniert
Lokalisierung	Städtisch
Arztmodell	Hausarztsystem
Anzahl der Hausärzte/-innen	30
Bettenanzahl insgesamt	289
Anzahl der Mitarbeitenden	200*
Anzahl der Lernenden und Studierenden	19 Lernende AGS/FaGe, 8 HF Studierende*
Pflegeangebote im Betrieb	Allgemeine Langzeitpflege Entlastungsaufenthalte Palliative Care Grundversorgung Pflege von Menschen mit einer Demenzerkrankung Gerontopsychiatrische Pflege

*Angaben für beide Standorte Adullam Pflegezentrum Basel und Riehen

Datenbasierte Qualitätsentwicklung

Qualitätsindikatoren werden seit 2001 mit Hilfe von RAI-NH erhoben. Mit den Qualitätsindikatoren wird die Pflegequalität beurteilt und überwacht und die Aufmerksamkeit auf die gemessenen Themen gelenkt. Zusätzlich werden Audits zur Überprüfung der Pflegerichtlinien eingesetzt und Stürze analysiert. Die ausgewählten Richtlinien werden 2 Mal im Jahr auf einzelnen Abteilungen gemessen und ausgewertet, die Anzahl Stürze wird anhand eines ausführlichen Sturzprotokolls erhoben, regelmässig besprochen und jährlich ausgewertet.

Resultate der Erhebungen. Die Resultate werden den Pflgeteams jährlich in Teamsitzungen vorgestellt und per E-Mail verteilt sowie mit dem Pflegekader in den Wohnbereichsleitungssitzungen und mit den RAI-Supervisoren/-innen aller Wohnbereiche besprochen.

Mitarbeiterbefragungen. Alle drei Jahre werden Bewohner- und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt und dreimonatlich erfolgt Feedback an die Wohnbereiche zu Beschwerden/Lob von Angehörigen und Besuchern.

PDCA-Zyklus. Konstante Qualitätsverbesserungsprozesse werden anhand des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) geplant, eingeführt, überprüft und evaluiert.

Es ist ein **CIRS** System (Critical Incident Reporting System) im Heim vorhanden.

2 Das pflegegeleitete Versorgungsmodell

Seit dem Jahr 2012 arbeitet das Adullam-Pflegezentrum mit dem pflegegeleiteten Versorgungsmodell. Das Modell basiert aktuell auf vier Pflegeexperten/-innen (210 FTE), die eng mit dem Pflegeteam im Alltag zusammenarbeiten. Zwei Pflegeexperten/-innen arbeiten nur im Pflegezentrum, die weiteren zwei Pflegeexperten/-innen arbeiten im Pflegezentrum und im Spital. In der folgenden Beschreibung werden zwei Pflegeexperten/-innen-Rollen beschrieben, die nur im Pflegezentrum arbeiten. Eine davon hat dabei eine 20% Stelle als Pflegeexpertin APN seit März 2017. In dieser Funktion begleitet sie die ärztliche Visite.

2.1 Grund für die Entwicklung des Modells

Der Grund für die Einführung des Modells lag in der zunehmenden Komplexität an fachlichen und methodischen Anforderungen, die die Pflegenden im Alltag meistern sollten. Mit der zunehmenden Bettenzahl war es den Pflegedienstleitungen nicht mehr möglich, gleichzeitig die Fachverantwortung wahrzunehmen. Ausserdem reichten die zeitlichen und fachlichen Ressourcen der vorhandenen Pflegefachpersonen nicht aus, um sich fachlich auf dem aktuellen Stand zu halten. Der Leitung Pflegedienste war die zunehmende Entwicklung von Pflegeexperten-Rollen bekannt und es erschien sinnvoll, für die Fachentwicklung und Befähigung der Pflegefachpersonen eine entsprechende Rolle im Adullam zu etablieren, die ausserhalb des Abteilungsstellenplanes übergeordnete Unterstützung leisten kann.

2.2 Vorgehen bei der Entwicklung

Bei der Entwicklung und Umsetzung war den Beteiligten die sorgfältige Auswahl der Pflegeexperten/-innen am wichtigsten. Dabei stand die Qualifizierung mit einem Masterdiplom zwar nicht an erster Stelle, sie achteten jedoch darauf, dass die Kandidaten möglichst auf dem Weg zu einem entsprechenden Abschluss waren. Eine hohe Kommunikations- und Sozialkompetenz war von grosser Bedeutung, da diese Eigenschaften entscheidend für die Umsetzung sind und ohne diese das theoretische Wissen nicht in die Tat umgesetzt werden kann. Es ergab sich eine wertvolle Kombination in der Rolle von grosser Berufserfahrung mit einer vorgängigen Ausbildung (Höfa II) und einer Anfängerin im Masterstudiengang.

Die bestehende Stellenbeschreibung für Pflegeexperte und Pflegeexpertin APN wurde von den beiden Pflegeexperten/-innen mit Unterstützung der Pflegedienstleitung erstellt. Grundlage dazu war die Erwartung, dass der Praxisanteil etwa die Hälfte des Pensums ausmacht, um sicherzustellen, dass die Qualitätsentwicklung in den Teams ankommt.

2.3 Implementierung des Modells

Über die Implementierung des Modells wurden das Pflege- und Betreuungspersonal und die Ärzte/Ärztinnen durch regelmässig stattfindende Wohnbereichsleitungssitzungen und Kaderarztsitzungen informiert. Hausärzte/-innen wurden bei Kontaktaufnahme über die Rolle informiert.

Für die Etablierung der Rolle der Pflegeexpertin APN wurden die Teams sowie der auf dem Areal anwesende Hausarzt mit in die Entwicklung einbezogen, indem ihre Bedürfnisse in Bezug auf die Rolle erfragt und berücksichtigt wurden. In der Anfangsphase gab es regelmässige Evaluationssitzungen. Zudem wurde die APN in eine Kaderarztsitzung eingeladen, um ihre Rolle vorzustellen.

Barrieren und erleichternde Faktoren

Unten sind die wichtigsten Barrieren sowie erleichternde Faktoren für die Modellimplementierung aufgeführt, wie sie von der Pflegedienstleitung und Pflegeexpertin benannt wurden.

Barrieren

- Akzeptanz der neuen Rolle bei den Pflegenden auf Grund von weniger Stellenprozenten für das Pflegepersonal
- Teilweise Skepsis von Hausärzten/-innen der Rolle der Pflegeexpertin gegenüber

- Fehlende Akzeptanz und Wahrnehmung der Rolle durch die Pflegenden. Die Pflegenden können die Pflegeexperten/-innen als Kontrollorgan und nicht als Unterstützung empfinden.
- Akzeptanz vom ärztlichen Dienst, wenn es um die Case-Management-Funktion der Pflegeexperten in komplexen Situationen von Bewohner/-innen (z.B. Ein-/Austritt) ging oder um die Diskussion von bestehenden Verordnungen
- Die Verbindung zwischen Theorie und Praxis in der Balance zu halten – in der Praxis sehr präsent zu sein, vorhandene Konzepte in den Teams weiter zu verbreiten und zu vertiefen sowie gleichzeitig weitere Konzepte entwickeln und etablieren

Erleichternde Faktoren

- Klare Zielvorstellungen für die Rolle und Engagement der Pflegedienstleitung bei der (weiteren) Entwicklung und Implementierung
- Pflegeexperten/-innen mit langjähriger, breitgefächelter Erfahrung in der Pflege, was eine schnelle Lösung von praktischen Problemen ermöglichte
- Alltägliche Präsenz in den Pflegeteams/Pflege, um sie kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen

3 Die Rolle der Pflegeexperten/-innen

Eine Pflegeexpertin arbeitet in einer dualen Rolle mit 40% als Pflegeexpertin und 20% in der Zusatzfunktion als Pflegeexpertin APN, die andere Person arbeitet 100% als Pflegeexperte. Die Schwerpunkte der Rolle der Pflegeexpertin mit Zusatzfunktion APN und des Pflegeexperten unterscheiden sich. Der Fokus der Pflegeexpertin in ihrer Zusatzfunktion als APN liegt auf den Bewohnern/-innen. Beim Pflegeexperten liegt der Fokus auf der Unterstützung der Teams im Umgang mit den Bewohner/-innen und bei der Umsetzung der geplanten Massnahmen im Pflegeprozess bei Bewohner/-innen im Alltag.

Ich habe den Fokus wirklich auf den Bewohnern und nicht auf den Teams. Für die Teams ist der Pflegeexperte verantwortlich, dass sie das umsetzen (...) ich gehe zu Bewohnern und schaue: was brauchen sie und kann das dann weitergeben. Und in meiner Rolle als Pflegeexpertin gehe ich zu den Teams und schaue: was brauchen sie im Umgang mit den Bewohnern. Der Fokus ist anders. Und das macht mir Spass.

[Pflegeexpertin APN]

Mehrere Pflegeexperten/-innen im Heim tragen zur besseren Qualität bei, da sie die Themen untereinander fachlich diskutieren können und gemeinsam auf der Basis von Evidenz entscheiden, was zu besseren Ergebnissen bei den Bewohnern/-innen beiträgt.

Die Pflegeexperten haben eine Funktion als Stabsstelle. Sie bringen eine Aussenansicht mit, weil sie nicht im täglichen Geschehen auf dem Wohnbereich sind. Sie dienen als Ansprechpersonen für Pflegenden, wenn sie Fragen haben, oder wenn sie unzufrieden mit der Situation auf den Wohnbereichen sind, z.B. in Bezug auf Pflegerichtlinien, Abläufe oder Bewohnersituationen.

3.1 Arbeitsorganisation

Die Pflegeexpertin APN arbeitet drei Tage in der Woche von Montag bis Mittwoch. Der Pflegeexperte arbeitet von Montag bis Freitag. Unter der Woche fängt ihre Arbeit zwischen 7 und 8 Uhr an (Tabelle 2).

3.2 Aufgabenbereiche

Die Schwerpunkte der Aufgabenbereiche der beiden Pflegeexperten/-innen sind anders und liegen für die Pflegeexpertin mit Zusatzfunktion APN 20% auf:

- Klinischen Tätigkeiten
- Coaching
- Klinischem und professionellem Leadership
- Ethischer Entscheidungsfindung

Für den Pflegeexperten auf:

- Coaching
- Klinischem und professionellem Leadership

Alle Aufgaben der Pflegeexpertin APN und des Pflegeexperten werden im interprofessionellen Team durchgeführt.

Tabelle 2 Pflegeexperten/-innen

	Pflegeexpertin / APN	Pflegeexperte
Ratio Bewohner/-innen: Pflegeexperte/-in	58:1 Pflegeexpertin 50:1 APN	140:1 ¹
Schwerpunkte der klinischen Tätigkeit	Palliative Care Psychiatrische Erkrankungen Demenzielle Entwicklung Chronische Erkrankungen	Palliative Care Psychiatrische Erkrankungen Demenzielle Entwicklung Chronische Erkrankungen
Höchster vorhandener Bildungsabschluss	Master of Science in Nursing (MScN)	Bachelor in Nursing (BSN)
Zusätzliche spezifische Weiterbildungen oder Zertifizierungen (insgesamt)	Pflegeprozess nach NANDA Kinaesthetics Aufbaukurs Diverse Veranstaltungen zum Thema Umgang mit BPSD RAI Supervisoren Grundkurs APN-plus ²	Pflegeprozess nach NANDA Peertutorenkurs Diverse Veranstaltungen zum Thema Umgang mit BPSD RAI Supervisoren Grundkurs
Anzahl in Stellenprozenten	60%	100%
Durchschnittliche Arbeitszeit/Woche (100%)	25.2h (+ situativ 1 Überstunde pro Woche)	42h (+ situativ 1 Überstunde pro Woche)
Anstellung	in der Pflegeinstitution	in der Pflegeinstitution
Vorgesetzte	Leitung Pflege	Leitung Pflege
Arbeitszeiten	Tagdienst	Tagdienst
Anzahl der angestellten Pflegeexperten/-innen (insgesamt)	4 Personen (FTE 210)	

¹ Der Pflegeexperte arbeitet im Vollzeitpensum und ist somit für mehr Bewohner/-innen verantwortlich

² Diploma of Advanced Studies in Advanced Nursing Practice-plus (DAS ANP-plus) an der Universität Basel

Klinische Tätigkeiten Pflegeexpertin APN

In Rahmen der Rolle als Pflegeexpertin APN übernimmt diese medizinische Assessments im Bereich der funktionellen, körperlichen und psychischen Dimension (z.B. Abklärung des Sturzrisikos, Schmerzanamnese, Delir-Assessment, MMSE). Resultate der Assessments werden mit der Tagesverantwortung oder Bezugspflegeperson sowie den jeweiligen Ärzten/-innen an der APN-Visite besprochen und wenn nötig, werden gezielt Massnahmen geplant. Darüber hinaus werden mit

den Bewohnern/-innen oder mit der vertretungsberechtigten Person, beim Eintritt oder nach Bedarf, Wünsche in Bezug auf Spitaleinweisung und Reastatus geklärt. Bei Bedarf leistet sie Unterstützung bei der Erstellung einer Patientenverfügung.

Eine weitere Aufgabe ist die Überprüfung der Bewohner/-innen mit chronischen, fluktuierenden Krankheiten, z.B. auf Gewichtsveränderungen bei Herzinsuffizienz. Weiter gehört das Veranlassen und Verordnen von Messungen bei Bewohnern/-innen (z.B. Blutzucker, Blutdruck) oder von Pflegeinterventionen (z.B. Flüssigkeitszufuhr, Drehen und Positionieren, Wundversorgung) zu den Tätigkeiten. Die Bewohner/-innen werden auch auf Bitte des Personals durch die Pflegeexpertin APN untersucht, z.B. bei akuten Schmerzen unbekannter Ätiologie oder plötzlichen Verhaltensänderungen. Wenn die Pflegenden gewisse Untersuchungen oder Assessments bereits selber gemacht haben, überprüft die APN diese mit den Pflegenden.

(...) sie hat einen anderen Blick auf das Ganze als ich, ich sehe dann eher vielleicht einfach die Diagnosen und die Medikamente und die Konsequenzen und sie sieht dann eher einfach die pflegerische Sicht und was kann pflegerisch verbessert werden. Was kann auch das Personal anders machen im Umgang mit dem Bewohner. Sie hat andere Punkte wo sie interagiert, wo sie drauf reagiert, wo sie ja...wo sie anpackt.(...) Das finde ich sehr eine Bereicherung.

[Assistenzärztin]

In Rahmen der APN Tätigkeiten begleitet sie die ärztliche Visite einmal pro Woche. Als Vorbereitung geht die APN einen Tag im Voraus auf allen Wohnbereichen, wo die Visite stattfinden wird, vorbei und bespricht Fragen mit dem Personal. Gegebenenfalls verordnet sie Vitalzeichen und macht auf Verläufe aufmerksam (z.B. Kontrolle des Gewichts, Zustand der Haut). So wird kritisches Denken und das Verstehen von Zusammenhängen der medizinischen Betreuung gefördert, z.B. lernt das Personal, wieso es wichtig ist, das Gewicht zu messen und welche Konsequenzen das Gewicht- oder Vitalzeichenmessen auf den Verlauf und die Medikamente haben kann. Andererseits hilft eine gute Vorbereitung auf die ärztliche Visite bei der Entscheidungstreffung (z.B. beim Absetzen von Medikamenten), welche nach der Visite an die Wohnbereiche weitergegeben werden. Die Pflegeexpertin APN ist eine konstante und kompetente Ansprechperson für die Ärzte/-innen und trägt zur Kontinuität der Betreuung bei. Die gemeinsame Visite ist besonders wertvoll bei den Bewohnern/-innen, die selbst nicht mehr Auskunft geben können (z.B. bei Demenz).

...also ich finde die Visiten sinnvoll, es ist hilfreich für die Ärzte, es ist hilfreich für die Pflegenden und es ist vor allem hilfreich für die Bewohner, dass kontinuierlich etwas gemacht wird und nicht einfach: ah, wir tun jede Woche mal noch ein neues Medikament dazu und es fragt nachher niemand mehr, ob das etwas bringt. Ich habe auch den Eindruck, dass die Visiten effizienter sind.

[Pflegeexpertin APN]

Coaching

Beide Pflegeexperten/-innen coachen die Mitarbeitenden im Alltag. Unterstützung, Beratungen, Fallbesprechungen und das Coaching oder gezielte Praxisbegleitungen sind ein wichtiger Teil der beiden Rollen.

Sie unterstützen die Pflegenden in der täglichen Pflegepraxis (z.B. Schritte des Pflegeprozesses, RAI-Prozess) sowie in komplexen Pflegesituationen, wie z.B. bei Multimorbidität, wenn verschiedene Faktoren wie Atmung, Ödeme, Haut zusammen überwacht werden müssen. Spezifisch für die Pflegeexpertin APN ist das Coaching der Pflegenden in der Entscheidungsfindung in palliativen Situationen oder End-of-Life Situationen. Die Pflegeexpertin APN fordert die Mitarbeitenden und fördert das kritische Denken. So stellt sie z.B. in einer End-of-Life Situation Fragen dazu, warum ein Ressourcen-Drink¹ verabreicht werden soll: Ist das Ziel, die Anzahl der Kalorien zu erreichen oder das Wohlbefinden der Bewohner/-innen zu verbessern?

Beide führen in klinischen Situationen oder bei klinischen Fragen Beratungen durch, welche Empowerment-Prozesse auslösen. Es geht darum, Pflegenden zu ermächtigen, in schwierigen Situationen auf ihre Kompetenzen zurückzugreifen und dadurch handlungsfähig zu bleiben. Ein Beispiel ist die Kommunikation mit den Ärzten/-innen: wie kann man sich

¹ Eiweissreiche Trinknahrung mit Vitaminen und Mineralstoffen.

vorbereiten, welche Informationen hält man bereit und wie kann man argumentieren (z.B. wir haben drei Tage lang ein Schmerzassessment durchgeführt, die Reserve mit so vielen Medikamenten ausgeschöpft, aber die Schmerzen werden nicht besser). Beide Pflegeexperten/-innen vermitteln in Fallbesprechungen und Fachentwicklungsteamsitzungen spezifisches Fachwissen.

Die pflegediagnostischen Fallbesprechungen sind fix pro Wohnbereich einmal pro Quartal geplant. Das Pflegeteam wählt eine Bewohnersituation und die Fachperson präsentiert das Fallbeispiel mit dem Ziel, eine neue Pflegeplanung anhand von Pflegediagnosen zu erstellen. Die Fallbesprechungen betreffen meist soziale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten oder herausforderndes Verhalten. Bei Bedarf findet die Fallbesprechung interprofessionell statt, bspw. mit den behandelnden Ärzten/-innen, den Physiotherapeuten/-innen, Aktivierungsfachpersonen, den Angehörigen oder den Bewohnern/-innen selbst. Die Fallbesprechungen dienen auch dazu, den Pflegenden den Raum zu geben, ihre Probleme, Sorgen oder Ängste zu schildern.

Beide machen auch Fachentwicklungsteamsitzungen, wo Fachthemen aufgegriffen werden, z.B. der Umgang mit Medikamenten, Sturzprophylaxe oder der Zusammenhang zwischen RAI und dem Abrechnungssystem. Es sind meistens aktuelle Themen, die im Heim gezielt überarbeitet werden. Ein weiteres Thema ist der Einsatz von Neuroleptika im Zusammenhang mit Demenz: Wie kann man diese anwenden und was ist die Wirkung?

Das Pflegepersonal wird gecoacht, um die Fähigkeiten beim Erkennen von Zustandsveränderungen der Bewohner/-innen zu verbessern (Beobachtungsvermögen). Es wird auch in der Gestaltung der Pflegeplanung unter Berücksichtigung spezifischer medizinischer Diagnosen, wie z.B. Herzinsuffizienz, gecoacht. Wegen dem hohen Anteil an gerontopsychiatrischen Bewohnern/-innen unterstützen sie die Mitarbeitenden oft im Umgang bei Menschen mit Demenz, bei Unruhe, oder anderen psychiatrischen Problemen. Beide Pflegeexperten/-innen leiten neue Pflegeexperten/-innen und Studierende (z.B. Bachelor, Master) an und dienen ihnen als Mentor/in.

Auf Nachfrage oder gezielt gehen sie mit den Mitarbeitenden in der Praxis mit. Diese Praxisbegleitungen ermöglichen es den Pflegeexperten zu schauen, wie die Mitarbeitenden arbeiten, neue Kompetenzen zu lehren und Verbesserungspotenzial aufzudecken, z.B. in Bezug auf Hygiene oder Pflegequalität und als fachliche Unterstützung für die Mitarbeitenden. Bei dieser Gelegenheit kann auch die Umsetzung von Konzepten evaluiert werden und direktes Feedback über die Machbarkeiten oder die erlebten Schwierigkeiten aufgenommen werden, z.B. ob das Konzept im Alltag umsetzbar ist, oder ob etwas angepasst werden kann. Das Feedback erfolgt direkt an die Mitarbeitenden nach der Begleitung.

Klinisches und professionelles Leadership

Die beiden Pflegeexperten/-innen verbringen 50% ihrer Arbeitszeit mit dem professionellen Leadership. Das klinische und professionelle Leadership hat mit Entwicklung, Überarbeitung, Umsetzung und Evaluation von Praxisstandards, Richtlinien oder Konzepten zu tun. Das Ziel ist es, die Pflegequalität voranzutreiben und zu verbessern. Sie leiten zudem die Arbeitsgruppe «Pflegerichtlinien», in welcher auch Pflegende mit dabei sind. Bei der Entwicklung der Richtlinien ist es wichtig, auf die «Benutzerfreundlichkeit» zu achten, damit die Mitarbeitenden aller Stufen die Kernaussagen auf einen Blick lesen und verstehen können, anstatt sich mit grossen Mengen Text auseinandersetzen zu müssen. Aktuell gibt es über 70 Pflegerichtlinien, die für alle Mitarbeitenden zugänglich sind, sie werden regelmässig anhand der Literatur aktualisiert. In letzter Zeit wurden in der Arbeitsgruppe die Pflegerichtlinien zum Thema „Dekubitusprophylaxe“ und „Schmerzmanagement“ entwickelt.

...vorher ist sehr viel mit Fliesstext und Tabellen gearbeitet worden und ich versuche das ein bisschen graphisch aufzuhübschen, indem ich versuche, Akzentpunkte zu erschaffen womit Mitarbeitende aller Stufen schnell die Kernaussage heraus lesen können [...] ich versuche es, in dem grossen Haus etwas zu bewegen (...)

[Pflegeexperte]

Zudem leiten die Pflegeexperten/-innen weitere Arbeitsgruppen von Pflegenden, die eine Multiplikatoren-Rolle zu einem Fachthema in ihren Teams übernehmen. Insgesamt gibt es 13 Arbeitsgruppen, die zum Teil stark interdisziplinär aufgestellt sind. Die Multiplikatoren werden durch die Pflegeexperten/-innen vertieft geschult und im Alltag begleitet.

Die beiden Pflegeexperten/-innen beziehen Ergebnisse der Pflegewissenschaft/-forschung (externe Evidenz), die Expertise der Pflegenden (interne Evidenz), Bewohnerpräferenzen sowie den institutionellen und gesundheitspolitischen Kontext in pflegerische Entscheidungsprozesse ein. Sie sind mitverantwortlich für die Sicherstellung einer hohen Pflegequalität und

führen dementsprechend interne Qualitätskontrollen (z.B. im Rahmen von Pflegevisiten) durch. Für die Erarbeitung von spezifischen Pflege- & Betreuungskonzepten sowie die Bearbeitung eingehender CIRS-Meldungen und das Einleiten notwendiger Veränderungsprozesse sind die beiden Pflegeexperten/-innen ebenfalls mitverantwortlich.

Als zusätzliche Aufgabe können die beiden Pflegeexperten/-innen in besonders komplexen Pflege- und Betreuungssituationen zur Unterstützung des Pflegeprozesses oder zur Übernahme des Case Managements in palliativen Situationen eingesetzt werden. Zum Beispiel behalten die Pflegeexperten/-innen im Case Management bei Bewohnern/-innen mit mehreren Therapien den Überblick, sorgen für gemeinsame Zielsetzungen und regelmässige Austauschmöglichkeiten mit den Pflegenden und den verschiedenen Therapeuten/-innen. Anschliessend unterstützen die Pflegeexperten/-innen die Pflegenden bei der Dokumentation und Evaluation der besprochenen Massnahmen. Der Pflegeprozess wird mit Fallbesprechungen zu konkreten Situationen, vertieften Assessments oder Gesprächen mit Bewohnern/-innen oder Angehörigen unterstützt. In Fallbesprechungen oder gemeinsam mit den Bezugspflegepersonen werden die Ergebnisse besprochen und in Zusammenhang mit der Pflegesituation gebracht. Daraus werden die Pflegediagnosen und geeignete Interventionen abgeleitet, evaluiert und veränderte Situationen angepasst.

Die Pflegeexpertin APN ist zusätzlich in die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspolitik involviert. Sie arbeitet im Auftrag der Akademie-Praxispartnerschaft zwischen dem Institut für Pflegewissenschaft und den Verbänden Curaviva B² und B³ in der Fachgruppe Pflegeentwicklung in der Geriatrischen Langzeitpflege Nordwestschweiz (FGPE) mit. In diesem Rahmen wurde eine Leitlinie zum Delir-Management in der geriatrischen Langzeitpflege entwickelt, wo die Pflegeexpertin als Beraterin agierte. Sie beteiligt sich an der strategischen Planung des Betriebs.

Ethische Entscheidungsfindung

Pflegeexpertin APN

Bei neuen Eintritten überprüft die Pflegeexpertin APN, ob der REA Status geklärt oder eine Patientenverfügung vorhanden sind. Falls nicht, bietet sie den Bewohnern/-innen und/oder Angehörigen ein Gespräch an und klärt, wie in einer Notfallsituation vorgegangen werden sollte (z.B. möchte der/die Bewohner/-in reanimiert werden, ins Spital gehen, soll kurativ oder palliativ behandelt werden). In manchen Fällen, wenn die Patientenverfügung nicht vorhanden ist, wird das Dokument vom Pflegepersonal an die Bewohner/-innen abgegeben, um es auszufüllen. Die Pflegeexpertin APN überprüft es danach und nimmt Rücksprache mit der betroffenen Person, da es vorkommt, dass sich die Wünsche des Bewohners/der Bewohnerin widersprechen und dann die bestehenden Möglichkeiten in einem Gespräch geklärt werden können. Die Klärung der Wünsche über die Behandlung ist der Pflegeexpertin APN ein grosses Anliegen. Nur durch die Klärung und die transparente Dokumentation können die Wünsche der Bewohner/-innen in Notfallsituationen berücksichtigt werden.

Wir arbeiten mit dem Hausarztsystem, das im Haus ist, aber am Abend oder am Wochenende kommt ein Dienstarzt und hat keine Ahnung vom Bewohner und je nachdem wer arbeitet hat [diese Person] auch nicht so viel Ahnung. Und dann eine Entscheidung zu treffen, ist sehr schwierig, meistens nicht zum Vorteil von den Bewohnern. Deswegen... ist es mir eigentlich ein grosses Anliegen und ist mir auch wichtig, dass die Wünsche im Voraus geklärt und dokumentiert werden.
[Pflegeexpertin APN]

4 Zusammenarbeit

4.1 Pflegeteams

Die Pflegeexperten/-innen sind für die Unterstützung zuständig und geben der ganzen Betreuung gewisse Strukturen. Die Teams wissen, dass sie sich in komplexen Situationen fachliche Hilfe bei den Pflegeexperten/-innen holen können, ansonsten arbeiten sie im Alltag selbständig. Die Pflegeexperten/-innen überlegen beispielsweise zusammen mit den Pflegenden, wie Bewohner/-innen konkret im Bett rückenschonend bewegt oder aktivierend mobilisiert werden sollen.

² Kanton Basel-Stadt

³ Kanton Basel-Land

Sie beraten die Teams auch zur individuellen Tagesgestaltung oder im Umgang mit Stresssituationen bei der Betreuung von Menschen mit Demenz oder anderen psychiatrischen Erkrankungen. Die Pflegeexperten/-innen können Aufgaben übernehmen oder eine Situation zusätzlich kontinuierlich verfolgen - Case Management - damit im manchmal hektischen Alltag nichts untergeht, z.B. Verordnungen erfüllen, neue Medikamente bestellen, den Pflegeprozess anpassen. So können komplexe Situationen optimal verfolgt werden und ein Eskalieren verhindert werden.

Die Pflegeexperten/-innen unterstützen auch die Pflgeteams in der Vorbereitung auf die Telefongespräche oder Visiten mit externen Hausärzten/-innen (z.B. welche Informationen müssen sie bereit haben, was sollen sie messen und wie muss die Situation geschildert werden, damit die Ärzte/-innen aus der Ferne eine bestmögliche Entscheidung für die Bewohner/-innen treffen können). Die Pflegeexperten/-innen übernehmen die Kontakte mit externen Hausärzten/-innen nur, wenn die Pflgeteams um Unterstützung bitten (z.B. wenn sie mit den medikamentösen Verordnungen nicht weiterkommen, oder wenn die Hausärzte/-innen nicht zur Visite kommen).

4.2 Ärztlicher Dienst

Die Stelle als Pflegeexpertin APN beinhaltet die Begleitung der ärztlichen Visite mit dem Ziel, bestmögliche therapeutische Entscheidungen aus Sicht von Pflege und Ärzten/-innen mit den Bewohnern/-innen zu treffen, sowie eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit zu schaffen. Dies soll die Spitaleinweisungen durch kontinuierliches Monitoring von Bewohnern/-innen in nicht stabilen Situationen reduzieren. Die Pflegeexpertin APN bereitet sich auf die ärztliche Visite vor und begleitet diese einmal pro Woche. Die Visite findet bei allen Bewohnern/-innen (ca. 60%) durch den Hausarzt statt, der sein Büro innerhalb des Heimgeländes hat. Die ärztliche Visite mit den restlichen Hausärzten/-innen (ca. 30) wird durch die Fachpersonen auf den jeweiligen Wohnbereichen gemacht.

Nach der Visite sprechen die APN und der Arzt/die Ärztin ab, was für die Visite in der kommenden Woche vorbereitet werden sollte. Bei Angehörigengesprächen spricht der Arzt/die Ärztin, wenn es um die medizinischen Situationen geht und die Pflegeexpertin APN, wenn es um die pflegerische Seite geht. In komplexen Situationen werden beide einbezogen.

(...) ich habe gelernt, die [Bewohner] Situationen nochmal anders zu betrachten aus einem anderen Winkel. Aus den pflegerischen, was müssen wir mit einem Team machen? Wie muss das Team geteacht werden? (...) Der Arzt denkt immer nur ein bisschen im Schema A: das und das und das könnte sein, die und die Abklärung und dann das Medikament und das ganze Andere wird manchmal so ein bisschen wie vergessen.

[Assistenzärztin]

Die beiden Pflegeexperten/-innen arbeiten mit den Psychiatern zusammen. Sie sind meistens dabei, wenn die Psychiater auf Visite kommen, damit die Bewohner/-innen fachlich besprochen werden können. Sie geben Auskunft über die Problematik im Alltag, schildern das Verhalten der Bewohner/-innen und erklären, wie sich das Verhalten von den vorausgegangenen Tagen unterscheidet. Somit bekommt der Psychiater klare Informationen, um Entscheidungen fällen zu können. Die fachliche Vorgehensweise und Professionalität tragen oft dazu bei, dass die Bewohner/-innen für eine Anpassung der Medikamente nicht ins UPK Basel⁴ überwiesen werden müssen.

4.3 Therapeutische und andere Berufe

Die Pflgeteams arbeiten im Haus interprofessionell. Es wird grosser Wert auf eine gute Zusammenarbeit zwischen der Pflege, dem Küchenpersonal und dem Servicepersonal gelegt. Es ist sehr wichtig, eine gute Verpflegung und Qualität bieten zu können, da für die Bewohner/-innen das Essen ein zentrales Thema ist.

Das Heim teilt das Gebäude mit dem Spital, deswegen können die Teams und Bewohner/-innen von verschiedenen Diensten profitieren, wenn sie gebraucht werden. Somit stehen unter anderem Physio- oder Ergotherapeuten/-innen, Ernährungsberater/-innen, Logopäden/-innen, der Sozialdienst und Psychologen/-innen auf ärztliche Verordnung zur Verfügung.

⁴ Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Beide Pflegeexperten/-innen arbeiten eng mit der Seelsorge, dem Aktivierungspersonal, den Physiotherapeuten/-innen, bei Bedarf mit den Ergotherapeuten/-innen oder Logopäden/-innen und den Ernährungsberatern/-innen zusammen. Die therapeutischen Berufe kommen zum Teil auch an die Fallbesprechungen. Das ganze interdisziplinäre Team profitiert von den verschiedenen Sichtweisen, die teilweise nicht medizinisch-pflegerisch geprägt sind.

4.4 Management

Die Wohnbereichsleitung ist für die Führung des Teams verantwortlich und die Pflegeexperten/-innen für die fachliche Seite. Die Wohnbereichsleitungen sind die ersten Ansprechpersonen in den Teams für beide Pflegeexperten/-innen. Gemeinsam besprechen sie die Umsetzung von Konzepten und die Wohnbereichsleitung ist danach für die Überprüfung der Umsetzung verantwortlich. Die Wohnbereichsleitung ruft die Pflegeexperten/-innen an, wenn sie im Alltag spezifische Fachfragen haben. Auch umgekehrt rufen die Pflegeexperten/-innen die Wohnbereichsleitung an, um zu fragen, was sie brauchen und bei welchen Bewohnern/-innen Unterstützung notwendig ist. Die Wohnbereichsleitungen schlagen auch Themen für die Fachentwicklungsteamsitzungen vor.

Auf den Wohnbereichen, auf welchen die Pflegexpertin APN zuständig ist, ist die Wohnbereichsleitung für das Weiterverfolgen von aufgegriffenen Themen verantwortlich. Die APN ist von Montag bis Mittwoch im Heim und die Wohnbereichsleitung überprüft die Situationen der Bewohner/-innen (z.B. die Wirkung der Medikamente überprüfen und ggf. beim Hausarzt/Hausärztin melden), wenn die APN abwesend ist.

Mit der Pflegedienstleitung werden in 2-wöchentlichen Jour-Fix-Terminen der aktuelle Stand der begleiteten komplexen Bewohnersituationen, der Stand der für sie relevanten Projekte und die Entwicklungen in den von ihr geleiteten Arbeitsgruppen besprochen. Gemeinsam werden nächste Schritte geplant oder Entscheidungen getroffen.

Mit der übergeordneten Leitung Pflegedienst werden übergeordnete Themen, wie der Stand eines Projektes, Optimierungsthemen auf einzelnen Wohnbereichen oder Entwicklungsmöglichkeiten diskutiert. Dabei geht es eher um die mittel- und langfristige, strategisch-fachliche Ausrichtung des Pflegedienstes, welche in der Regel im Pflege-Leitungsstab-Team verabschiedet werden.

4.5 Bewohner/-innen und Angehörige

In komplexen Situationen werden Angehörige und/oder Bewohner/-innen in Fallbesprechungen aktiv in den Pflegeprozess und in die Zielsetzungen miteinbezogen. Damit wird die aktive Zusammenarbeit vertieft, Informationen vermittelt und Erwartungen geklärt.

Die Pflegeexperten führen komplexe Gespräche mit Angehörigen, z.B. wenn ein Bewohner/eine Bewohnerin weglaufgefährdet ist, werden die möglichen Massnahmen mit den Angehörigen besprochen und Abmachungen getroffen. Die Gespräche dienen auch dazu, Beschwerden oder Unzufriedenheit von Seiten der Angehörigen in Bezug auf die Betreuung oder den Umgang mit Demenz oder anderen Krankheiten zu besprechen. Weiter können so die Angehörigen informiert werden, wie sich eine Krankheit auf das Verhalten auswirkt, welche Symptome sich wann verstärken können und welche Massnahmen eingesetzt werden können.

5 Veränderungen seit der Implementierung des Modells

Die erreichten Veränderungen seit der Implementierung des Modells haben direkt mit den zwei Pflegexperten/-innen und der zusätzlichen Rolle als APN zu tun.

Bewohner/-innen und Angehörige

- Die Bewohnerzufriedenheit wurde erhöht, da diese nun konstante und hoch kompetente Ansprechpersonen, die Pflegeexperten/-innen, haben.
- Die verbesserte Lebensqualität der Bewohner/-innen wird durch umfassende und fachliche Abklärung in komplexen Situationen gewährleistet. Auch ihre Bedürfnisse werden so besser befriedigt.

Pflegequalität

- Die Pflegequalität konnte durch die Reduktion von bewegungseinschränkenden Massnahmen sowie die Qualität der Pflegedokumentation mit der Einführung von NANDA Pflegediagnosen verbessert werden. Seit der Einführung der Pflegeexpertin APN Rolle erfolgen weniger Spitaleinweisungen, weil die Wünsche der Bewohner/-innen und/oder Angehörigen im Voraus abgeklärt sind und das Ziel der Betreuung besser verfolgt werden kann.
- Die Kontinuität der Betreuung und Überwachung von chronischen Krankheiten ist gewährleistet, auf Veränderungen wird frühzeitig reagiert, ausserdem werden Massnahmen geplant, umgesetzt und evaluiert (z.B. die Erhebung von Gewicht oder Blutdruck, bevor eine kardiale Dekompensation eintritt). Ein besserer Zugang zu Gesundheitsleistungen und die Besprechung der Resultate sind gewährleistet.

Mitarbeitende

- Die Mitarbeitenden profitieren von einer erhöhten Arbeitszufriedenheit durch Empowerment-Prozesse, die durch die Begleitung und Unterstützung der Pflegeexperten/-innen im Alltag ausgelöst werden. Das Personal lernt stetig und erweitert dadurch seine Kompetenzen. Auch die regelmässigen Fallbesprechungen helfen einerseits, den Pflegeprozess kritisch zu reflektieren und daraus zu lernen. Andererseits resultiert daraus ein erhöhtes Sicherheitsempfinden, da in schwierigen oder unklaren Situationen die Pflegeexperten/-innen hinzugezogen werden können und Situationen geklärt werden.
- Nicht zuletzt wird der eigene Beruf aufgewertet, da mit Hilfe der Pflegeexperten/-innen nach neuesten Modellen, etablierten Pflegeprozessen und mit Pflegediagnosen gearbeitet wird.

Organisation

- Auf der Organisationsebene wurde die Pflegedienstleitung entlastet, da Abklärungsaufträge und Teamunterstützung delegiert werden können.
- Auch die Professionalisierung der Pflege wurde vorangetrieben.
- Durch die Pflegeexperten/-innen ist es möglich, medizinisch oder psychiatrisch komplexere Fälle aufzunehmen und angemessen zu betreuen.
- Um die Schnittstellen der Arbeit zu optimieren, wurde das Spitalinformationssystem in adaptierter Form auch im Heim eingeführt. Das Projekt hat bereits in 2017 gestartet und die einheitliche Dokumentation ist unterdessen auf allen Wohnbereichen umgesetzt. Durch effiziente Kommunikation wird auch die Zusammenarbeit verbessert.

6 Ausblick

In der Zukunft wäre es wünschenswert, eine APN in Schweizer Heimen zu haben, die mit den Hausärzten/-innen zusammenarbeitet, die Visiten begleitet, gezielt Kontakt mit Ärzten/-innen aufnimmt und überprüft, ob das Verordnete tatsächlich umgesetzt wurde. Andererseits wäre es in Heimen mit mehrheitlich FaGes wünschenswert, eine Pflegeexpertin zu haben, damit sie die Teams im Alltag unterstützen kann, da sie die Mitarbeitenden im eigenen Handeln stärkt und geriatrische Expertise mitbringt. Beide Stellen können zu einer besseren Zusammenarbeit mit den Hausärzten/-innen beitragen. Es ist ein grosser Wunsch, diese Zusammenarbeit zu verbessern. Zurzeit ist diese manchmal erschwert, da die Ärzte/-innen nicht immer vorbeikommen, teilweise nicht auf die Rückmeldungen reagieren oder bei der Visite die Pflegenden nicht miteinbeziehen.

Aus Sicht der Ärzte/-innen wäre es gerade in der Langzeitpflege wichtig, eine konstante Ansprechperson auf ärztlicher und pflegerischer Seite zu haben. Ein ständiger Wechsel verhindert die Kontinuität der Behandlung und führt manchmal zu falschen Entscheidungen, die nicht den Wünschen der Bewohner/-innen entsprechen (z.B. Verlegung ins Spital). Genügend Zeit für die Visiten, bei den heutzutage komplexen Bewohner/-innen, wäre auch erwünscht. Durch die Komplexität der Bewohner/-innen braucht es mehr Zeit, um die oft nicht standardisierten Behandlungen zu diskutieren.

(...) wenn es eilt, geht etwas verloren. Wenn man auf den letzten Drücker macht und dann noch schnell nach unten um etwas und dann dies und jenes...ich glaube dann geht vieles verloren. Vieles in der Langzeitpflege ist nicht 08/15 sondern komplex und weil es komplex ist, braucht es mehr Zeit, um es auszudiskutieren. Vielleicht auch einmal andere Ansätze zu diskutieren oder "schräge" Ansätze zu diskutieren.

[[Assistenzärztin]]

Die Ärzte/-innen sehen die Rolle der Pflegeexperten/-innen ganz offensichtlich auch in der Zukunft. Sie sind nahe an der Pflege und mit diesem Wissen und dem wissenschaftlichen Denken können sie eine Zwischenposition zwischen Ärzten/-innen und Pflegeteams einnehmen. Einerseits ist es einfacher, mit einer Fachperson zu diskutieren, andererseits schafft die Nähe der Pflegeexpertin zur Pflege bessere Umsetzungsmöglichkeiten des Besprochenen.

Kompetenzen und Tätigkeiten der Pflegeexpertin APN¹ und den Pflegeexperten/-innen² | Adullam

Häufigste Erkrankungen, die von den Pflegeexperten/-innen behandelt werden	Gerontopsychiatrische Krankheiten, Demenz, multifaktorielle Gangstörung		
Klinische Tätigkeiten	Rechtzeitige Interventionen bei Gesundheitsverschlechterung und Akutsituationen ^{1,2} ; Klinische Untersuchungen von folgenden Organsystemen: Haut, Sinnesorgane, Skelett, Muskeln, Abdomen	Tests/ Assessments: Labor: Comburtest ^{1,2} , Blutzucker ^{1,2} Mentale Assessments: Mini Mental Status Test (MMS), Uhren-Test ¹ , I-AGeD Körperliche Dimension: Schmerzmanagement und Assessment ^{1,2} , Mangelernährungsrisiko ^{1,2} Funktionelle Assessments: Sturzrisikoabklärung in Polypoint DOC ^{1,2} , Dekubitusrisiko Soziale Assessments: Ja ^{1,2} Vorausschauende Planung: Ja ^{1,2}	
Coaching	Coachen der Mitarbeitenden in der alltäglichen Arbeit in komplexen, fachspezifischen Fragestellungen, komplexen, herausfordernden Situationen und Palliative Care sowie in der Handhabung des Pflegeprozesses ^{1,2} ; Fallbesprechungen und Fachthemensitzungen durchführen ^{1,2} ; Begleiten und Beraten von Bewohnern/-innen und Angehörigen in schwierigen Situationen aller Art ^{1,2} Neue Mitarbeitende und Studierende begleiten ^{1,2}		
Klinische und professionelle Leadership	Durchführen und evaluieren von evidenzbasierten Projekten im Bereich der Pflegeentwicklung und Pflegequalität ^{1,2} ; Pflegestandards und Konzepte anhand aktueller Literatur entwickeln ^{1,2} ; Involviert in öffentliche Gesundheitspolitik Case Management bei Bedarf übernehmen ^{1,2}		
Beratung und Konsultation	Gegenseitige Beratung unter Pflegeexperten ^{1,2}		
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Im Alltag: Wohnbereichsleitung, diplomierte Pflegefachpersonen, Fachmann/Fachfrau Gesundheit, Assistenzpersonal Zusammenarbeit mit Arzt/Ärztin bei Visiten (APN), bei Veränderungen des Zustandes, Diagnose und Management, Medikamente, ungeplante Spitaleinweisungen, Palliative Care Situationen; Palliative Mediziner/-in; Psychiatrischer Dienst ^{1,2} Ergotherapeuten/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Logopäden/-innen, Ernährungstherapeuten/-innen ^{1,2} Angehörige in komplexen Situationen ^{1,2}		
Forschungskompetenzen	Literaturrecherche für Evidence- Based- Nursing ^{1,2}		

Haus im Park, Schönenwerd

Pflegeheim 7 (P7)

1 Merkmale des Betriebs

Das **Haus im Park** ist ein Heim im Kanton Solothurn mit 87 Betten, 130 Mitarbeitenden (Tabelle 1) und einem Hausarztsystem.

Bewohner und Bewohnerinnen. Im Heim werden vor allem schwer kranke Menschen in palliativen Situationen und unterschiedlichen Lebensphasen betreut, die sich oft bereits beim Eintritt in ihrem letzten Lebensabschnitt befinden.

Nach der Evaluation des Pilotprojekts «Stationäre Langzeit-Palliative Care für Erwachsene im Kanton Solothurn von 2016-2018» im Auftrag des Kantons Solothurn und dem Verein Palliative Care Solothurn, begleitet das Haus im Park seit 2018 auch jüngere, nicht geriatrische Bewohner/-innen während des letzten Lebensabschnitts. Das Angebot ist zustande gekommen, da es keine Einrichtungen im Kanton Solothurn gibt, in der jüngere, nicht geriatrische Menschen eine palliative Versorgung erhalten. Es fehlt im Kanton ein Hospiz.

Der Schwerpunkt der Pflege in der Palliative Care liegt in der Begleitung von Bewohnern/-innen und ihren Familien im Sterbe- und Trauerprozess, der Linderung von körperlichen Symptomen und schliesst psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.

Tabelle 1 Betrieb

	Angaben (Juni 2017)
Rechtlicher Status der Institution	Privat
Lokalisierung	Agglomeration
Arztmodell	Hausarztsystem
Anzahl der Hausärzte/-ärztinnen	20
Bettenanzahl insgesamt	87
Anzahl der Mitarbeitenden	130
Anzahl der Lernenden und Studierenden	10 Lernende, 1 HF Studierende
Pflegeangebote im Betrieb	Allgemeine Langzeitpflege Palliative Care Grundversorgung Pflege von Menschen mit einer Demenzerkrankung Gerontopsychiatrische Pflege

Datenbasierte Qualitätsentwicklung. Das Heim arbeitet mit Qualitätsindikatoren, die seit 18 Jahren durch RAI-NH erhoben werden. Mit den Qualitätsindikatoren wird die Pflegequalität beurteilt und überwacht und die Aufmerksamkeit auf die gemessenen Themen gelenkt. Die Resultate werden mit dem Pflegekader im Qualitätsworkshop bearbeitet, und es werden Ziele und Massnahmen definiert. Diese werden den Mitarbeitenden jährlich in den Teamsitzungen vorgestellt. Zudem erhält der Kanton einmal im Jahr einen standardisierten Bericht über die Pflege- und Betreuungsqualität nach KVG (Krankenversicherung).

2 Das pflegegeleitete Versorgungsmodell

Seit dem Jahr 2016 arbeitet das Haus im Park mit dem pflegegeleiteten Versorgungsmodell. Das Modell basiert aktuell auf einer Pflegeexpertin, die eng mit dem Pflorgeteam im Alltag zusammenarbeitet. Die Schwerpunkte ihrer Aufgabenbereiche liegen auf direkten klinischen Tätigkeiten, Coaching, klinischem und professionellem Leadership, und ethischer Entscheidungsfindung.

2.1 Grund für die Entwicklung des Modells

Der Grund für die Einführung des Modells war die zunehmende Komplexität der Pflegesituationen von den Bewohnern/-innen sowie der Auftrag zur Umsetzung des Pilotprojekts mit herausfordernden palliativen Situationen, die eine kontinuierliche und fachspezifische Betreuung erforderten. Davor gab es keine Pflegeexpertin und die Pflegeleitung erfüllte eine Doppelrolle, in der sie sowohl für das Management wie für die fachliche Führung verantwortlich war. Diese Aufgaben konnte die Pflegeleitung mit den zunehmenden fachlichen Anforderungen seitens der Praxis nicht mehr in Personalunion wahrnehmen, so dass sich das Kader des Alters- und Pflegeheims für die Anstellung einer Pflegeexpertin entschied.

2.2 Vorgehen bei der Entwicklung

Nach der gemeinsamen Entscheidung vom Pflegekader, eine Pflegeexpertin anzustellen, wurden das Management und die fachliche Führung voneinander getrennt. Somit war die Pflegeleitung primär für das Management und die Pflegeexpertin in der Zukunft für die fachliche Führung zuständig.

- Die gemeinsame Entscheidung hat zur Akzeptanz der neuen Rolle beigetragen.
- Die Rekrutierung der Pflegeexpertin war herausfordernd und gelang mit Unterstützung einer externen Institution - Consultingbüro für Kaderselektion.

Die neue Stellenbeschreibung der Pflegeexpertin wurde von der Pflegedienstleitung und der Pflegeexpertin während des ersten Jahres gemeinsam evaluiert und modifiziert.

2.3 Implementierung des Modells

Für die Implementierung des Modells wurden Orientierungsprogramme für das Pflege- und Betreuungspersonal, die Ärzte/-innen, Angehörige und Zuweisende durchgeführt, um ein gemeinsames Verständnis für die Rolle zu schaffen. Unter anderem wurden folgende Massnahmen eingesetzt:

- Einführung in Teamsitzung,
- Persönliches Vorstellen bei den Hausärzten/-innen, externen Personen, Zuweisenden
- Schriftliche Informationen an Angehörige, Hausärzte/-innen, Zuweisende

Da das Modell zu einer Umstrukturierung führte, stellten die Pflegedienstleitung zusätzliche zeitliche Ressourcen zur Verfügung, um in der Umsetzungsphase das Pflege- und Betreuungspersonal, die Stationsleitung, und die Ärzte/-innen zu unterstützen.

Barrieren und erleichternde Faktoren

Unten sind die wichtigsten Barrieren sowie erleichternden Faktoren für die Modellimplementierung aufgeführt, wie sie von der Pflegedienstleitung und Pflegeexpertin benannt wurden.

Barrieren

- Finanzen und kantonale Rahmenbedingungen für Langzeiteinrichtungen
- Inakzeptanz unter den Fachpersonen gegenüber der neuen Rolle
- Unklare Aufgaben- und Kompetenzzuordnung
- Hierarchische Strukturen im Heim, falls vorhanden
- Wenig bis kein Verständnis für die neue Rolle bei der Heimleitung, falls vorhanden

Erleichternde Faktoren

- Vorbereitung und Akzeptanzförderung der internen Bereiche, speziell des Pflegekaders und des Pflegeteams sowie der Heimleitung und Trägerschaft auf die neue Rolle, flache Hierarchien
- Klare, transparente Aufgaben- und Kompetenzzuordnung
- Autonomie der geriatrischen Pflegeexpertin in der Rollenausführung und Tagesgestaltung
- Gemeinsame Vision und Ziel für die Rolle zwischen Pflegedienstleitung und Pflegeexpertin

Damit sie (Pflegeexpertin) selber wirken kann... damit man überhaupt etwas Gutes machen kann, braucht es entsprechende Rahmenbedingungen mit Freiraum. Man soll Pflege und Betreuung gestalten können, wie es fachliche Kenntnisse fordern. Dies hat für mich einen hohen Wert, was speziell in der Palliativ Care, aber auch sonst ganz wichtig ist.

[Pflegedienstleitung]

3 Die Rolle der Pflegeexpertin

3.1 Arbeitsorganisation

Die Pflegeexpertin arbeitet vier Tage in der Woche zwischen Montag und Freitag. In komplexen palliativen Situationen, wie z. B. der Sterbephase, steht sie auch telefonisch, nachts und am Wochenende für die Mitarbeitenden zur Verfügung (siehe Tabelle 2). Unter der Woche fängt ihre Arbeit teilweise um 6.45 Uhr an, damit sie am Morgenrapport zwischen Nacht- und Frühdienst dabei sein kann. Meistens ist sie bis zum späten Nachmittag anwesend (Tabelle 2).

Zurzeit ist die geriatrische Pflegeexpertin eine der zwei Pflegeexperten mit einem Masterabschluss im Kanton Solothurn, die im Pflegeheim arbeitet und nah an der Praxis bleibt. In der Gemeinde Breitenbach, im Zentrum Passwang (das Zentrum Passwang hat ebenfalls an der Studie teilgenommen und ist in einem anderen Kapitel beschrieben) arbeitet ebenfalls ein Pflegeexperte mit einem Masterabschluss.

3.2 Aufgabenbereiche

Die Schwerpunkte der Aufgabenbereiche der Pflegeexpertin liegen auf

- direkten klinischen Tätigkeiten
- Coaching
- Klinischem und professionellem Leadership
- ethischer Entscheidungsfindung

Alle Aufgaben werden im interprofessionellen Team durchgeführt.

Tabelle 2 Pflegeexpertin

Ratio Bewohner/-innen: Pflegeexpertin	85:1
Schwerpunkte der klinischen Tätigkeit	Palliative Care Psychiatrische Erkrankungen Demenzielle Entwicklung Chronische Erkrankungen
Höchster vorhandener Bildungsabschluss	Master of Science in Nursing (MScN)
Zusätzliche spezifische Weiterbildungen oder Zertifizierungen:	Palliative Care Aromapflege für Langzeitpflege Hygiene in der Langzeitpflege Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz
Anzahl der angestellten Pflegeexperten/-innen	1 Person
Anzahl in Stellenprozenten:	80%
Durchschnittliche Arbeitszeit/Woche:	33h (+ situativ 5 - 10 Überstunden pro Woche)
Anstellung:	in der Pflegeinstitution
Vorgesetzte	Pflegedienstleitung
Arbeitszeiten	Arbeitet hauptsächlich im Tagdienst, gelegentliche Erreichbarkeit am Abend, nachts und am Wochenende per Telefon

Klinische Tätigkeiten

Direkte klinische Tätigkeiten finden schon vor dem Eintritt des Bewohners/der Bewohnerin statt. Vor dem Eintritt (eines palliativ oder psychiatrisch erkrankten Menschen) macht die Pflegeexpertin einen Vorbesuch im Spital oder zu Hause. Andere zukünftige Bewohner/-innen werden von der Bezugspflegerin besucht. Das Ziel ist dabei, das Milieu kennenzulernen, eine Beziehung aufzubauen, den Pflegebedarf und die Milieugestaltung im Voraus zu klären, damit der neue Bewohner/die neue Bewohnerin von Anfang an eine Bezugsperson hat und die Ressourcen im Pflegeheim gezielt eingesetzt werden können. Nach dem Vorbesuch nimmt die Pflegeexpertin Kontakt mit dem zuweisenden Sozialdienst auf und informiert über das festgelegte Eintrittsprozedere. Die Vorplanung im Rahmen des Vorbesuchs trägt zum Beispiel bei End-of-Life Situationen zu einem besseren Symptomanagement bei.

(...) Ich kläre die palliativen Bewohner ab, ich gehe auf die Palliativstation bevor wir jemanden übernehmen und kläre dann dort das Symptomanagement ab. Z. B. die Reservemedikation und Vorausplanung: ich spreche mich in der Regel mit den Ärzten ab (...)

[Pflegeexpertin]

Im Alltag arbeitet sie eng mit dem zuständigen Hausarzt/der zuständigen Hausärztin und/oder dem Palliativmediziner/der Palliativmedizinerin zusammen, um einen auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner/-innen zugeschnittenen Behandlungsplan inkl. Notfallmedikation zu erstellen.

In jeder End-of-Life Care Situation wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Die Symptomlinderung steht immer im Vordergrund. Für das Erreichen eines guten Symptommanagements wurde/n:

- ein standardisiertes Behandlungsentscheide- und Reservemedikationsblatt erstellt,
- alle zuständigen Ärzte/-innen darüber informiert, und
- die Mitarbeitenden in der Anwendung geschult.

Im Rahmen der weiteren direkten klinischen Tätigkeiten führt die Pflegeexpertin klinische Assessments durch, wie z. B. die Lunge bzw. das Herz abhören oder den Bauch untersuchen, und gewährleistet die Versorgung von komplexen Wunden. Ausserdem wendet sie Assessmentinstrumente an, wie z. B. die Edmonton Symptom Management Skala, oder die Depressionsskala (GDS), Delir I-Aged und DOS/CAM und führt Suizidabklärungen durch.

Für Bewohner/-innen und Angehörige, die in einer Krise sind oder ein Beratungsgespräch wünschen, steht die Pflegeexpertin zur Verfügung. Sie ist beim ersten Standortgespräch 8 Wochen nach Aufnahme dabei und klärt, falls noch offen, Patientenverfügung, Spitaleinweisung, Reanimation und familiäre Anliegen.

Coaching

In Rahmen des Coachings führt die Pflegeexpertin regelmässig Begleitung der Mitarbeitenden in der Praxis durch. Ein Fokus beim Coaching liegt auf der Palliative Care und Sterbebegleitung mit dem Fokus auf das Medikamenten- und Symptommanagement, da hier der Schwerpunkt des Heimes liegt. Ein weiterer Fokus liegt beim Coachen auf dem Umgang mit Problemverhalten und Planen von nichtmedikamentösen Massnahmen sowie fachlicher Unterstützung in allen schwierigen Situationen wie akute Schmerzsituationen bei Bewohnern/-innen mit komplexen Krankheitsbildern wie Lungenkarzinom mit Hirnmetastasen im Endstadium, wenn die FaGe sich unsicher in Bezug auf die Medikation fühlt. Dabei gibt die Pflegeexpertin zusätzliche Inputs zur Wissenserweiterung, z. B. wie ein Intima gelegt wird, da die FaGe das noch nicht selbstständig gemacht hat.

Aufgrund des Skill-Grade-Mix und der niedrigen Anzahl der diplomierten Pflegefachpersonen, die vom Kanton vorgegeben werden (40% Tertiär und Sekundärstufe, 60% Assistenzpersonal), übernehmen die FaGe Fachverantwortung und 1. Bezugsperson mit einer Tertiärstufe im Hintergrund. Die Pflegeexpertin coacht bei Bedarf die Handhabung des Pflegeprozesses.

Aufgrund des erfordernten Wissens und der Bedürfnisse des Personals plant und gestaltet die Pflegeexpertin Fort- und Weiterbildungsprogramme. Dabei ist es wichtig, dass die Inhalte an die Berufsgruppen und deren Fachkompetenzen angepasst sind (z. B. Tertiär-, Sekundärstufe oder Assistenzpersonal). Beispiele für behandelte Fachthemen sind Demenz, Ernährung, Dyspnoe, Verhaltensauffälligkeiten, Palliative Care oder Delir. Gemeinsame Fortbildungen für diplomiertes und Assistenzpersonal werden gezielt für den Praxistransfer angeboten (z. B. Delir, Kommunikation mit Sterbenden und Angehörigen).

Regelmässig werden auch Fachinputs oder Fallbesprechungen auf den Stationen/ in den Diplomierten- oder Teamsitzungen durchgeführt, wie z. B. zur Pflege einer Bewohnerin mit einer bipolaren Störung. Diese Tätigkeit der Pflegeexpertin hat zum Ziel, Lernsituationen für das Personal im Alltag herzustellen und dadurch den Mitarbeitenden kontinuierlich Lern- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten anzubieten und den Praxistransfer zu unterstützen. Fallbesprechungen sind fix zweimal im Jahr pro Team geplant. Bei Bedarf werden weitere Fallbesprechungen durchgeführt, z. B. wenn eine Bewohnersituation eskaliert ist, z. B. ein Bewohner hat übers Wochenende mehrfach Pflegefachpersonen geschlagen. Die Pflegeexpertin liest die Pflegeberichteinträge, macht sich ein Bild vom Bewohner und bespricht mit der Stationsleitung, dass diese Situation Thema einer Fallbesprechung im Anschluss an den Rapport sein wird.

(...) Ich (Pflegeexpertin) mache Fallbesprechungen zu Krankheitsbildern von Bewohnern oder auch zu Verhaltensauffälligkeiten. Oder halt im Rahmen der Palliative Care, machen wir auch Nachbesprechungen zu Todesfällen.
[Pflegeexpertin]

Klinisches und professionelles Leadership

Im Rahmen der klinischen und professionellen Fachführung entwickelt die Pflegeexpertin evidenzbasierte Projekte im Bereich der Pflegeentwicklung und Pflegequalität, setzt diese um und evaluiert sie. In letzter Zeit entwickelte sie mit der Heimleitung, Pflegedienstleitung und externer Supportperson das Palliative Care Konzept und setzte es um. Dies beinhaltet unter anderem den Umgang mit den vier Dimensionen (physisch, psychologisch, sozial und spirituell, Symptomanagement, Anwendung von Assessmentinstrumenten und Medikamentenmanagement).

Sie sorgt auch mit für die Vernetzung des Heimes mit externen Institutionen. So hat sie bereits eine enge Zusammenarbeit mit dem Spital, aus dem die Bewohner/-innen am häufigsten eingewiesen werden, dem psychiatrischen Dienst oder den Palliativmediziner/-innen aufgebaut.

Zusätzlich übernimmt sie die Rolle einer RAI – NH Supervisorin, wo sie für die korrekte Einstufung und den Bereich Qualität mitverantwortlich ist. Sie ist ebenso verantwortlich für die Analyse der Qualitätsindikatoren und für das Ergreifen von Massnahmen zur Qualitätssicherung.

Ethische Entscheidungsfindung

Im Rahmen der ethischen Entscheidungsfindung klärt und überprüft sie die Patientenverfügungen, organisiert Rundtisch-Gespräche und geht ethische Konflikte an, indem sie zwischen den Beteiligten vermittelt und Gespräche zur ethischen Entscheidungsfindung initiiert, gegebenenfalls leitet. Auf Wunsch berät sie Bewohner/-innen und Angehörige bei der Erstellung einer Patientenverfügung. Wenn Mitarbeitende in komplexen Situationen Unterstützung benötigen, organisiert sie ein Rundtischgespräch und leitet es. Daran nehmen je nach Bedarf der zuständige Arzt/die zuständige Ärztin, die zuständigen Pflegenden, der Bewohner/die Bewohnerin selbst und die Angehörigen, die Seelsorge, sowie Therapeuten/-innen teil. Dabei wird das weitere Vorgehen besprochen und abgeklärt, wie z. B. Wünsche bezüglich der Begleitung beim Sterben, Spitaleinweisung, Reanimation, lebensverlängernden Massnahmen oder palliatives Vorausplanen mit Symptomlinderung aussehen.

4 Zusammenarbeit

4.1 Pflegeteams

Direkt nach der Anstellung war die Pflegeexpertin in allen Teams im Alltag sehr präsent. Sie war jeden Tag auf allen Abteilungen und hat die Fachpersonen begleitet, nahm an Diplomierten- sowie Teamsitzungen teil und war an den Rapporten anwesend. Mit ihrer Präsenz, ihrer Unterstützung und ihrem Engagement hat sie Vertrauen und Akzeptanz gewonnen.

Anfangs hat die Pflegeexpertin vor allem sehr eng mit den Fachpersonen gearbeitet. Das Ziel war, diese in ihrem Aufgabenbereich zu stärken, damit sie das «Know-how» an das Assistenzpersonal weitergeben konnten.

(...) Am Anfang bin ich in alle Teams gegangen und war bei den Teamsitzungen dabei. Ich habe viele Gespräche geführt und Präsenz gezeigt, das war mein Medium. Gemeinsam lachen und gemeinsam überlegen wie könnten wir das noch optimieren oder anschauen, aus den gemachten Erfahrungen neue Wege eingeschlagen.

[Pflegeexpertin]

Heute unterstützt sie die Teams in allen herausfordernden Situationen, wie z. B. bei akuter Verschlechterung auf Grund einer Hirnblutung, bei der Abklärung von diagnostischen Massnahmen, Medikation, Entscheidung über eine Spitaleinweisung, Überprüfung des Advance Care Planning oder sie nimmt mit dem Arzt/der Ärztin Kontakt auf, wenn die Pflegenden nicht weiterkommen.

Einmal am Tag nimmt sie in einem Team am Rapport teil. Die Präsenz hilft, die relevanten Situationen für Fallbesprechungen und Coachings zu identifizieren und einen Überblick zu behalten und dient auch der Beziehungspflege. In der elektronischen Dokumentation setzen die Pflegenden einen Hinweispunkt, wenn eine Bewohnersituation sich

verändert hat, Medikamentenänderungen erfolgten, etwas aussergewöhnlich war. Ausserdem unterstützt sie das Team bei der Planung der Medikamentenverabreichung – Off-Label-Use bei palliativen Bewohnern/-innen.

Heute wird ihrer Rolle grosses Vertrauen entgegengebracht, sie wird als fachliche Unterstützung gesehen und aktiv bei Fragen und Situationen einbezogen.

4.2 Ärztlicher Dienst

Die Zusammenarbeit mit Hausärzten/-innen, Palliativmedizinern/-innen wie auch mit dem Psychiatrischen Dienst ist regelmässig und eng.

Der Kanton Solothurn hat das Hausarztmodell vorgeschrieben. Die Pflegeexpertin tritt vor allem mit Hausärzten/-innen in Kontakt, wenn eine Situation komplex wird und/oder das Fachpersonal Unterstützung braucht, z. B. wenn sie im Pflegebericht liest, dass unerwartete Veränderungen im Verhalten über das Wochenende beschrieben wurden. In der konkreten Situation schätzte sie die Verhaltensveränderungen ein, nahm eine klinische Einschätzung der Bewohnerin vor und stellte ein hypoaktives Delir fest. Danach nahm sie Kontakt mit dem Hausarzt auf. Es erfolgt seitens des Hausarztes eine Konsilanmeldung und die Erlaubnis, dass die Pflegeexpertin mit dem Psychiater für eine telefonische Verordnung der Medikation direkt Kontakt aufnehmen kann.

Die Zusammenarbeit mit dem Psychiatrischen Dienst und Palliativmedizinern/-innen wurde durch die Pflegeexpertin selbst, auf Grund von steigenden Bedürfnissen der Bewohner/-innen, aufgebaut. Somit ist es möglich, auch in Notfallsituationen oder in terminalen Situationen sofort Spezialisten/-innen zu erreichen und damit eine bessere Pflegequalität zu erzielen.

(...) wenn man sieht, dass eine terminale Situation auf uns zu kommt, finden Gespräche statt. Mit Angehörigen, mit Patienten (...). Das ist eigentlich auch - denke ich der Pflegeexpertin zu verdanken, dass das so funktioniert.

[Arzt]

Nach einem erfolgten Konsil ¹ rufen die Pflegefachpersonen im Behandlungsverlauf den Psychiater/die Psychiaterin selbst an. In neuen Fällen führt die Pflegeexpertin zusammen mit der Pflegefachperson eine Ersteinschätzung durch und schlägt vor, mit dem Hausarzt/der Hausärztin eine Konsilanmeldung zu diskutieren. Das Konsil meldet der Hausarzt/die Hausärztin gegebenenfalls an.

4.3 Therapeutische und andere Berufe

Im Heim wird mit vielen Professionen zusammengearbeitet, wie z. B. externen Ergotherapeuten/-innen, Lymphtherapeuten/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Logopäden/-innen, Seelsorgern/-innen oder Apothekern/-innen. Die Koordination der Zusammenarbeit wird den Teams überlassen. Der Austausch mit der Seelsorge, die regelmässig im Haus ist, um die Bewohner/-innen in palliativen Situationen zu begleiten und unterstützen, findet mit der Pflegeexpertin statt. Die Seelsorge war auch bei der Entwicklung des Palliative Care Konzepts mit einbezogen. Ebenfalls hervorzuheben ist die Zusammenarbeit mit der Apotheke in Schönenwerd (in dem Dorf, wo das Heim liegt). Von der Apotheke werden die Medikamente im Haus gerichtet und ein Separat mit Notfallmedikamenten bewirtschaftet. Die Apotheke überprüft auch die Medikation jedes Bewohners/jeder Bewohnerin in Bezug auf Interaktionen, klärt dies mit den Hausärzten/-innen direkt und informiert die Fachperson. Aussergewöhnliches melden sie der Pflegeexpertin.

4.4 Management

Stationsleitungen sind für die fachliche Führung verantwortlich und die erste Anlaufstelle für die Mitarbeitenden. Sie tauschen sich tagtäglich mit den fachverantwortlichen Personen über die Bewohnersituationen aus. Die Pflegeexpertin wird von den Fachpersonen und dem Assistenzpersonal direkt oder über die Stationsleitung einbezogen. Die

¹ Ein Konsil ist eine patienten- bzw. bewohnerbezogene Beratung durch einen entsprechenden Facharzt/eine entsprechende Fachärztin.

Stationsleitungen und die Pflegeexpertin treffen sich alle zwei Monate, um die Fachentwicklung auf der Station, die Umsetzung der fachlichen Jahresziele konkret zu planen und diese dann im Laufe des Jahres zu evaluieren.

Der Pflegekader (Stationsleitungen, Pflegedienstleitung, Pflegeexpertin) haben viermal im Jahr Klausur. Dort haben Pflegeentwicklungsthemen einen Raum. Die Planung von qualitätssichernden Prozessen wird in Absprache mit der Pflegedienstleitung und den Stationsleitungen erstellt und von der Pflegeexpertin geleitet.

“Das Team schätzt die fachliche Unterstützung. Das Team ... und auch (...) die Stationsleitungen schätzen es, eine fachliche Situation diskutieren zu können und etwas Neues herausfinden und nicht nach dem, wie man es immer gemacht hat, weiterzugehen.”

[Pflegeexpertin]

4.5 Bewohner/-innen und Angehörige

Grundsätzlich sind Bezugsperson und Stationsleitung die erste Anlaufstelle für Bewohner/-innen und Angehörige. Die Pflegeexpertin ist beim ersten Standortgespräch nach sechs bis acht Wochen anwesend. Sie begleitet und berät die Bewohner/-innen und/oder Angehörigen in komplexen palliativen Situationen, in kritischen und schwierigen Situationen und wenn das Personal um Hilfe bittet oder die Stationsleitung abwesend ist. Bei akuten Veränderungen des Allgemeinzustands unterstützt sie die Fachpersonen direkt und klärt zum Beispiel mit den Bewohnern/-innen und/oder Angehörigen, ob eine Spitaleinweisung erwünscht ist oder nicht und dementsprechend plant sie zusammen mit dem Pflege team das weitere Vorgehen und die weitere Betreuung.

5 Veränderungen seit der Implementierung des Modells

Erreichte Veränderungen seit der Implementierung des Modells haben direkt mit der Aufgabenteilung zwischen der Pflegedienstleitung und Pflegeexpertin zu tun. Die Pflegedienstleitung kann sich vermehrt Tätigkeiten, wie z. B. der strategischen Planung, Personalplanung oder der Kontrolle eingehaltener Qualitätsstandards widmen. Die Pflegeexpertin hat dafür genug Ressourcen für die Fachführung.

Bewohner/-innen und Angehörige

- Die Kontinuität der Betreuung ist gewährleistet und die Bewohner/-innen und Angehörigen sind stärker in die Entscheidungsfindung einbezogen. Dadurch wird die Betreuung in der Sterbephase besser an individuelle Wünsche und Bedürfnisse angepasst.

Pflegequalität

- Die Verbesserung der Pflegequalität beruht nicht zuletzt auf der Aufgabenteilung, die zur Erkennung und zeitnahen Versorgung von interventionsbedürftigen Pflegesituationen beigetragen hat.
- Durch die vorhandenen Kompetenzen sind Einweisungen ins Spital und in die Psychiatrie zurückgegangen.

Mitarbeitende

- Das Personal ist durch die Fach- und Weiterbildung darauf vorbereitet, im Alltag bei komplexen Situationen wie Delir, Sturz, Notfallsituationen selbständig handeln zu können, sie erleben ein Empowerment.

Organisation

- Letztlich können so auch Menschen mit komplexen Krankheitsbildern aufgenommen und die Spitaleinweisungen reduziert werden.

(...) es sind vor allem psychiatrische Einweisungen (...) die sicher jetzt massiv weniger sind. Wir haben jetzt einen viel besseren Support von dem Psychiater selbst und von dem konsiliarischen Dienst. (...) der eng mit der Pflegeexpertin zusammen arbeitet (...)

[Pflegedienstleitung]

6 Ausblick

Der grösste Wunsch der Pflegeexpertin ist es, das verfügbare allgemeine Fort- und Weiterbildungsangebot für Pflegefachpersonen mehr auf die Praxis auszurichten, damit der Transfer des Wissens in die Praxis gesichert wird. Im Moment lernen die Pflegenden in Kursen von externen Anbietern viel Theorie, wie z. B. zur Anwendung eines Schmerzinstruments, können dieses aber in der Praxis nicht umsetzen. Sie wünscht sich auch den Zugriff auf Literaturdatenbanken, damit der Zugriff auf die neuesten Evidenzen in der Langzeitpflege gewährleistet wird. Somit könnte die evidenzbasierte Pflege ausgebaut werden.

Die Pflegedienstleitung, die Pflegeexpertin und der interviewte Arzt haben betont, wie wichtig die direkte Zusammenarbeit zwischen den Hausärzten/-innen und Palliativmediziner/-innen ist, damit die Betreuung effizienter wird. Somit wird eine engere Zusammenarbeit von allen Beteiligten gewünscht. Letztlich möchte das Haus im Park die Fachexpertise beim Pflegepersonals ausbauen und mehr Pflegende mit einer fachvertiefenden Ausbildung auf den Stationen haben, damit zum Beispiel komplexe Palliative Care Situationen auch während der Abwesenheit der Pflegeexpertin professionell betreut werden und das Assistenzpersonal durch die Fachexperten/-innen im Alltag gestärkt werden kann.

Kompetenzen und Tätigkeiten der Pflegeexpertin I Haus im Park

Häufigste Erkrankungen, die von der Pflegeexpertin behandelt werden	Herausforderndes Verhalten bei Sucht, psychiatrische Erkrankungen, Demenz, End-of-Life-Care, Atemnot bei COPD und Herzinsuffizienz	
Klinische Tätigkeiten	Vorbesuch und Abklärungen von palliativen Situationen oder psychiatrischen Situationen zu Hause oder im Spital, Eintrittsgespräch; Rechtzeitige Interventionen bei Gesundheitsverschlechterung und Akutsituationen; Einschätzung von Stadien bei chronischen Erkrankungen - Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz; Klinische Untersuchung von folgenden Organsystemen: Haut, Lunge, Herz, Sinnesorgane	Tests/ Assessments: Labor: Comburtest, Blutzucker Mentale Assessments: Ja Physische Assessments: Ja Funktionelle Assessments: Nein Soziale Assessments: Ja Vorausschauende Planung: Ja
Coaching und Fachführung	Begleiten der Mitarbeitenden in der alltäglichen Arbeit in komplexen, fachspezifischen Fragestellungen, komplexen, herausfordernden Situationen und Palliative Care und in der Handhabung des Pflegeprozesses; Fachinputs und Fallbesprechungen durchführen; Gestaltung von Fort- und Weiterbildungsprogrammen; Begleiten und Beraten von Bewohnern/-innen und Angehörigen in schwierigen Situationen aller Art	
Klinisches und professionelles Leadership	Durchführung und Evaluierung von evidenzbasierten Projekten im Bereich der Pflegeentwicklung und Pflegequalität; Pflegestandards und Konzepte anhand aktueller Literatur entwickeln; Vernetzung des Heimes mit externen Institutionen; RAI – NH Supervisorin	
Beratung und Konsultation	Steht nicht im Vordergrund	
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Im Alltag: Stationsleitung, diplomierte Pflegefachpersonen, Fachmann/Fachfrau Gesundheit, Assistenzpersonal, Zusammenarbeit mit Arzt/Ärztin bei Visiten, Veränderungen des Zustandes, Diagnose und Management, Medikamente, ungeplante Hospitalisierungen, Palliative Care Situationen; Palliativmediziner/-in; Psychiatrischer Dienst; Ergotherapeuten/-innen, Lymphtherapeuten/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Logopäden/-innen, Seelsorger/-innen oder Apotheker/-innen; Angehörige in komplexen Situationen	
Forschungskompetenzen	Stehen nicht im Vordergrund, Teilnahme an Forschungsprojekten (Anwenderforschung)	
Ethische Entscheidungsfindung	Klärung und Überprüfung von Patientenverfügungen; Palliative Care / Sterbebegleitung, Gestaltung und Durchführung von Rundtischgesprächen, auf ethische Konflikte eingehen	

Zentrum Passwang, Breitenbach

Pflegeheim 8 (P8)

1 Merkmale des Betriebs

Das **Zentrum Passwang (ZEPA, Abbildung 1)** befindet sich in einem Gesundheitszentrum im Kanton Solothurn mit zwei Häusern «SANA» und «CURA», die insgesamt über 93 Betten, 150 Mitarbeitende (Tabelle 1) sowie ein Hausarztsystem mit einem Büro innerhalb des Heimgeländes verfügen.

Das Zentrum Passwang versteht sich als Kompetenzzentrum für das Alter und umfasst ein ambulant medizinisches Angebot: ein Physiotherapiezentrum, Arztpraxen mit den Fachgebieten HNO, Gastroenterologie, ambulante Chirurgie und Psychiatrie sowie einen Kinderhort.

Bewohner und Bewohnerinnen. Im Haus «SANA» werden vor allem chronisch erkrankte Menschen aller Pflegestufen betreut, das Haus «CURA» ist auf die Pflege und Betreuung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung spezialisiert.

Der Schwerpunkt der Pflege liegt auf der integrierten Versorgung von Langzeit- und Übergangspflege der Bewohner/-innen sowie auf spezialisierter Pflege von Bewohnern/-innen mit Demenz als Kompetenzzentrum.

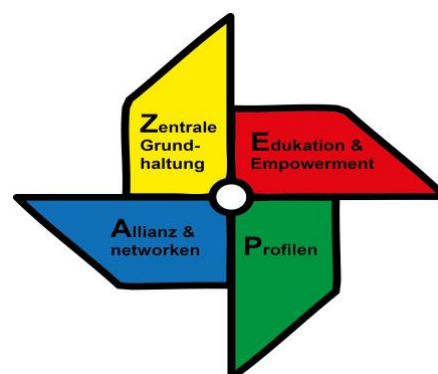


Abbildung 1 "ZEPA Modell"

Tabelle 1 Betrieb

	Angaben (Juni 2017)
Rechtlicher Status der Institution	Öffentlich
Lokalisierung	Ländlich
Arztmodell	Hausarztsystem
Anzahl der Hausärzte/-innen	16
Bettenanzahl insgesamt	93
Anzahl der Mitarbeitenden	65 Stellenprozent in der Pflege, mit 150 Personen
Anzahl der Lernenden und Studierenden	12 Lernende, 0 HF Studierende
Pflegeangebote im Betrieb	Allgemeine Langzeitpflege Palliative Care Grundversorgung Pflege von Menschen mit einer Demenzerkrankung Gerontopsychiatrische Pflege Rehabilitation Langzeit-Beatmung Tagesklinik Ferienbetten/Kurzzeitpflege

Datenbasierte Qualitätsentwicklung. Das Heim arbeitet mit Qualitätsindikatoren, die seit 12 Jahren durch RAI-NH erhoben werden. Mit den Qualitätsindikatoren wird die Pflegequalität beurteilt und überwacht und die Aufmerksamkeit auf die gemessenen Themen gelenkt. Die Resultate werden in halbjährlichen Meetings durch die interne RAI-Qualitäts-Steuergruppe bearbeitet, präsentiert und besprochen. Zudem führt das Zentrum Passwang Zufriedenheitsbefragungen bei den verschiedenen Stakeholdern durch und hat das Goldlabel der Terzstiftung erhalten.

2 Das pflegegeleitete Versorgungsmodell

Seit dem Jahr 2011 arbeitet das Zentrum Passwang mit dem pflegegeleiteten Versorgungsmodell. Das Modell basiert aktuell auf zwei Pflegeexperten. Einer der Pflegeexperten arbeitet 35% im Zentrum Passwang und weitere 45% als Pflegeexperte im Seniorenzentrum Rosengarten in Laufen. Im Zentrum Passwang ist er für die Pflegeentwicklung verantwortlich und die Schwerpunkte seiner Aufgabenbereiche liegen auf Konzept- u. Instrumentenentwicklung einschliesslich deren Implementierung, Praxiscoaching und -begleitung, sowie klinischem und professionellem Leadership. Er arbeitet im Alltag nicht direkt mit Bewohnern/-innen oder Angehörigen. Die zweite Pflegeexpertin hat eine duale Rolle als Leitung Pflege und Betreuung sowie Pflegeexpertin, sie arbeitet ebenfalls 80%. Die Schwerpunkte ihres Aufgabenbereichs als Pflegeexpertin liegen auf Coaching, klinischem und professionellem Leadership und der interprofessionellen Zusammenarbeit.

In diesem Modell arbeiten die Leitung Pflege und Betreuung, die Heimleitung und die Pflegeexperten sehr eng zusammen.

(...) Die Zusammenarbeit macht uns beiden Spass. Jeder kommt ein bisschen von einem anderen Gebiet und ich glaube jeder anerkennt dem anderen sein Gebiet und ich glaube das ist das, was stimulierend und bereichernd ist.

[Leitung Pflege und Betreuung]

2.1 Grund für die Entwicklung des Modells

Im Zentrum Passwang hat die Leitung Pflege und Betreuung vor der Einführung des Modells auch als Pflegeexpertin gearbeitet. In ihrer dualen Rolle konnte sie sich aufgrund von eingeschränkten zeitlichen und fachlichen Ressourcen nicht ausreichend der Weiterentwicklung der Pflegequalität widmen. Daher hat sich die Leitung Pflege und Betreuung sowie die Zentrumsleitung eine/n Pflegeexperten/-in mit einem Masterabschluss gewünscht. Das Ziel der Rolle ist es, die Pflegeentwicklung im Zentrum in Einklang mit der neusten Evidenz voranzutreiben, die Theorie und Praxis zu verknüpfen und Mitarbeitende zu stärken: die Selbstwirksamkeit zu erhöhen und zu verbessern. Der neu eingestellte Pflegeexperte war die erste Person innerhalb des Zentrums mit einem «Master of Science in Nursing».

2.2 Vorgehen bei der Entwicklung

Die Entscheidung, eine/n Pflegeexperten/-in anzustellen, wurde gemeinsam von der Leitung Pflege und Betreuung sowie der Zentrumsleitung getragen. Es gab am Anfang keine feste Vorstellung, wie die neu mitgebrachten Kompetenzen im Alltag am besten und effizient genutzt werden können. Dementsprechend gab es einen relativ grossen Spielraum in der Ausgestaltung der neuen Rolle. Der Pflegeexperte besprach nach seiner Anstellung mit der Leitung Pflege und Betreuung und der Heimleitung, wie die Zusammenarbeit aussehen könnte und wie sie am besten voneinander profitieren könnten. Die neue Rolle erforderte eine neue Aufgabenteilung, da die Leitung Pflege und Betreuung bisher sowohl für das Management wie die Fachführung verantwortlich war. Gegenseitige Transparenz und eine Diskussion über die gemeinsame Vision der Pflege ist unabdingbar für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen der Leitung Pflege und Betreuung und den Pflegeexperten.

Die Stellenbeschreibung des Pflegeexperten wurde von der Leitung Pflege und Betreuung und dem Pflegeexperten im 2018 gemeinsam evaluiert, modifiziert und „officialisiert“.

2.3 Implementierung des Modells

Für die Implementierung des Modells wurden Orientierungsprogramme für das Pflege- und Betreuungspersonal sowie für anderes Gesundheitsfachpersonal durchgeführt, mit dem Ziel, dem erwarteten Widerstand entgegen zu wirken. Unter anderem wurden folgende Massnahmen eingesetzt:

- Die Einführung des Pflegeexperten wurde mit den Gruppenleitungen vorbesprochen und die Rolle erklärt: wer kommt, für welche Aufgaben, und was soll mit der Rolle erreicht werden, z. B. eine Verbesserung der Qualität. Es gab eine Offenheit der Rolle gegenüber.

- Ebenso wurde in der Einführung deklariert, dass der Pflegeexperte unterstützend wirkt und konstruktive Kritik als Aussenwahrnehmung zur Prozessoptimierung und Pflegequalitätsentwicklung dienlich sei
- Der Pflegeexperte wurde zu Beginn auf jeder Station im Haus CURA (Demenzkompetenzzentrum) ca. 3 Wochen eingeführt und hat mitgearbeitet, hat dabei aber bereits seine Aussenwahrnehmung dokumentiert

Es gab Fortbildung, um das Fachpersonal zu stärken, selbstwirksam, kompetent und professionell arbeiten zu können. Es fand auch ein Austausch mit den beiden im Zentrum involvierten Ärzten statt.

Barrieren und erleichternde Faktoren

Unten sind die wichtigsten möglichen Barrieren sowie erleichternde Faktoren für die Modellimplementierung aufgeführt, wie sie von der Leitung Pflege und Betreuung und dem Pflegeexperten benannt wurden.

Barrieren

- Ängste des Pflegepersonals, dass durch eine Pflegeexpertenstelle die Stellenprozenze bei der Pflege fehlen werden.
- Misstrauen und/oder Vorurteile des Pflegepersonals gegenüber einer Pflegeexpertenrolle durch Unwissenheit bezüglich des Tätigkeitsfelds und teils auf der Vorstellung von einem praxisfremden Theoretiker basierend.
- Fehlender Austausch und Diskurs zwischen der Leitung Pflege und Betreuung sowie dem Pflegeexperten über die Rolle selber, deren Aufgabenbereich und Visionen

Erleichternde Faktoren

- Vorbereitung und Akzeptanzförderung im Zentrum selber, speziell beim Pflegekader und den Pflegeteams sowie der Heimleitung und Trägerschaft im Hinblick auf die neue Rolle.
- Entwicklungsbereitschaft, besonders in der mittleren und oberen Führungsebene und bei der Leitung Pflege und Betreuung sowie fachkompetente, interessierte und reflektierte Wohnbereichsleitungen, bzw. Pflegefachpersonen.
- Präsenz des Pflegeexperten in der alltäglichen Praxis, bzw. kurze Kommunikationswege.
- Der Pflegeexperte bringt grosse Erfahrung bezüglich spezieller Pflegekonzepte in der Praxis mit (Kinaesthetics, Basale Stimulation)
- Beisitzer und Fachberater in den verschiedenen Fachgruppen, der direkte Austausch mit den Fachgruppen-Teilnehmenden und dem Pflegeexperte, die daraus resultierende Diskussion und der gemeinsamen Entscheidungsfindung in der Praxis mit dem Theoriehintergrund erleichtert das Verständnis und die Zusammenarbeit

3 Die Rolle der Pflegeexperten

3.1 Arbeitsorganisation

Der Pflegeexperte arbeitet 35% im Zentrum Passwang sowie 45% im Partner-Seniorenzentrum Rosengarten in Laufen. Zurzeit der Interviews war der Pflegeexperte einer der beiden Pflegeexperten mit einem Masterabschluss im Kanton Solothurn, der in einem Pflegeheim arbeitet. Im Haus im Park, Schönenwerd (s. «Haus im Park»), arbeitete ebenfalls eine Pflegeexpertin mit einem Masterabschluss (siehe Tabelle 2).

- Arbeiten an zwei verschiedenen Standorten kann auch anspruchsvoll sein, da die beiden Standorte in Bezug auf die Kultur und die Schwerpunkte sowie die Bedürfnisse der Mitarbeitenden sehr unterschiedlich sind.

Die Leitung Pflege und Betreuung/Pflegeexpertin arbeitet insgesamt 80% und die Aufteilung der Aufgaben zwischen den beiden Funktionen ist flüssig und alltagsabhängig.

3.2 Aufgabenbereiche

Die Schwerpunkte der Aufgabenbereiche des Pflegeexperten sowie der Leitung Pflege und Betreuung in ihrer Rolle als Pflegeexpertin liegen auf

- Coaching
- Klinischem und professionellem Leadership

Tabelle 2 Pflegeexperten

	Pflegeexperte	Leitung Pflege und Betreuung/ Pflegeexpertin
Ratio Bewohner/-innen: Pflegeexpertin	93:1	93:1
Schwerpunkte der klinischen Tätigkeit	Pflegerische Unterstützung bei kognitiv und/ oder bewegungseingeschränkten Bewohner/-innen	Psychiatrische Erkrankungen
Höchster vorhandener Bildungsabschluss	Master of Science in Nursing (MScN)	Management im Gesundheitswesen WPI
Zusätzliche spezifische Weiterbildungen oder Zertifizierungen:	Multiplikator Basale Stimulation, Trainer Kinaesthetics Stufe 2, Dozent im Gesundheitswesen	Trainerin Aggressionsmanagement & ProDeMa ^{®1} , Ausbilderin mit eidg. FA
Anzahl in Stellenprozenten:	35%	80%
Durchschnittliche Arbeitszeit/Woche	15h (an unterschiedlichen, wechselnden Tagen)	33h
Anstellung	in der Pflegeinstitution	in der Pflegeinstitution
Vorgesetzte	Zentrumsleiter	Zentrumsleiter
Arbeitszeiten	Arbeitet im Tagdienst	Arbeitet im Tagdienst

Coaching

Die Aufgaben innerhalb der Coaching Tätigkeiten teilen sich der Pflegeexperte und die Leitung Pflege und Betreuung gemäss der Fachexpertise auf. In beiden Rollen im Coaching geht es darum, die Mitarbeitenden zu stärken: Wissen und neue Kompetenzen zu vermitteln, schauen was für die Mitarbeitenden in der Situation wichtig ist, was sie brauchen, um Situationen bei erneutem Auftreten zu meistern. Der Pflegeexperte ist besonders für drei Themen verantwortlich: Basale Stimulation, Kinaesthetics und Pflegeprozess und die Leitung Pflege und Betreuung für das Aggressionsmanagement und gerontopsychiatrische Themen; beide gemeinsam für die personenzentrierte Pflege.

Zu den drei Themen plant und führt der Pflegeexperte interprofessionelle Fortbildungen für diplomierte Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit und Assistenzpersonal durch, die immer mit einer Praxisbegleitung im Rahmen des Coachings verbunden sind. Während der Praxisbegleitungen verbindet der Pflegeexperte immer die Theorie mit der Praxis, um den Transfer sicherzustellen. Er achtet darauf, die Mitarbeitenden zu befähigen ihr Fachwissen zu erweitern, damit sie es in der Praxis nachhaltig umsetzen und das Erlernte an andere Mitarbeitende weitergeben können.

¹ ProDeMa[®] «ist ein umfassendes, mehrfach evaluiertes, patentiertes und urheberrechtlich geschütztes Präventionskonzept zum professionellen Umgang mit Gewalt und Aggression»

So frage er z. B. bei einem Delir, welche Symptome die Mitarbeitenden beobachtet haben, um anhand dessen das Instrument zum Delir-Assessment auszufüllen. Falls kein Instrument ausgefüllt wurde, eruiert er den Grund dafür, welche Gedanken sich die Mitarbeitenden dazu machen. So kann er überprüfen, ob die erstellten Konzepte wirklich praxisorientiert sind und den Mitarbeitenden im Alltag helfen.

Also es ist ganz schön, wenn ich da irgendwelche Konzepte zusammenschreibe oder so. Entscheidend ist, was hinten herauskommt. Wie man so sagt und insofern entscheidend ist, ob die Mitarbeiter, und zwar die, die tatsächlich da sind, in der Lage sind, beziehungsweise auch willig sind, interessiert sind, das umzusetzen.

[Pflegeexperte]

Punktuell bietet der Pflegeexperte/die Pflegeexpertin auch Unterstützung für Mitarbeitende in herausfordernden Situationen an, die meistens auf der geschützten Abteilung erfolgen, beispielsweise Bewegungsdrang, Unruhe, Tag-Nacht-Rhythmus Umkehr. Der Pflegeexperte/die Pflegeexpertin wird direkt auf der Abteilung vorbeigehen, mit dem Personal die Situation anschauen und Massnahmen planen, z. B. nicht medikamentöse Massnahmen, wie regelmässig am Abend eine atemstimulierende Einreibung machen. Dabei werden die Pflegenden darin gecoacht, wie man die Massnahmen richtig umsetzt. Bei Bedarf moderieren die beiden Fallbesprechungen, die ebenso innerhalb ihrer Expertise liegen.

Die Leitung Pflege und Betreuung plant und führt interprofessionelle Fortbildungen und Praxisbegleitungen zu Aggressionsmanagement durch (für diplomierte Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit und Assistenzpersonal). Aufgrund des erfordernten Wissens und der Bedürfnisse des Personals plant und gestaltet sie weitere externe Weiterbildungsprogramme, z. B. eine Medikamentenschulung mit Geriatern, Opiatschulung mit Onkologen. Teilweise ist der Pflegeexperte auch als Dozierender bei der Fortbildung dabei. Sie organisieren auch Fallbesprechungen mit einer externen Person. Fallbesprechungen finden auf jedem Stock, über das ganze Jahr verteilt und einmal im Monat statt. Bei Bedarf können zusätzliche Coachings organisiert werden. In Fallbesprechungen werden Situationen besprochen, die Bewohner/-innen, Angehörige oder Mitarbeitende betreffen.

Sie sind auch für Coachings der Pflegenden und Gruppenleitungen verantwortlich. Wenn es z. B. um die Medikation oder um ärztlich-medizinische Belange geht, bei denen die Abteilungen Unterstützung anfordern, wird die Leitung selber auf die Abteilung gehen, um die Situation aus Sicht der Pflegeexpertin zu lösen. Sie unterstützen auch die Abteilungen, wenn es um Angehörige in komplexen Situationen geht, z. B. bei unzufriedenen Angehörigen, die nicht mit der Teamleitung sprechen möchten. Sie tritt mit den Angehörigen in Kontakt und gibt ihnen die Möglichkeit, ihre Frustration auszusprechen, Fragen zu stellen und eine gemeinsame Lösung für das Problem zu suchen. Die Leitung ist sehr daran interessiert, die Mitarbeitenden in der Angehörigenbetreuung zu stärken. Das Ziel besteht darin, die Mitarbeitenden zu befähigen, die Angehörigenedukation, z. B. bei einer Demenzdiagnose, durchzuführen und deren Symptome zu erklären sowie konstruktives und fachliches Coaching im Umgang mit den Symptomen anzubieten. Wenn nötig, wird sie diese selber übernehmen.

(...) Coaching heisst ja, die Leute zu befähigen, Stärke zu haben und Selbstwert zu haben oder zu entwickeln. Oder sich bewusst zu werden. Und das gebe ich meinen Gruppenleitungen (...)

[Leitung Pflege und Betreuung]

Klinisches und professionelles Leadership

Der Pflegeexperte hat die Verantwortung bei der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Praxisstandards, Handlungsanweisungen, Konzepten sowie die Leitung von Arbeitsgruppen innerhalb seiner Expertise (Basale Stimulation, Kinaesthetics, Pflegeprozess). Die konzeptionelle Arbeit wird häufig mit der Leitung Pflege und Betreuung gemeinsam getragen. Der Pflegeexperte ist verantwortlich, die Theorie einzubringen, und die Leitung ergänzt die Praxisperspektive. Zusammen können sie praxisorientierte Projekte entwickeln, welche den Mitarbeitenden im Alltag helfen und verständlich sind. Die Implementierung der Konzepte und der Theorie-Praxis-Transfer ist durch Fortbildungen und Praxisbegleitungen gesichert. Zusammen haben sie z. B. das Palliative Care Konzept entwickelt und eine Broschüre als Orientierungshilfe für Angehörige bezüglich der Palliative Care erstellt.

In Rahmen des Pflegeprozesses leitet der Pflegeexperte ein Projekt, das die Entwicklung und Umsetzung des einheitlichen Pflegeprozesses mit Assessment-Instrumenten innerhalb des Zentrums zum Ziel hat. Das Ziel liegt darin, die bestehenden

Abläufe sowie Assessment-Instrumente zu überprüfen, über alle Abteilungen zu vereinheitlichen und die Umsetzung zusammen mit der Leitung Pflege und Betreuung zu begleiten. Da das Zentrum Passwang auf die Pflege und Betreuung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung spezialisiert ist und herausforderndes Verhalten ein Problem für die Mitarbeitenden darstellt, haben der Pflegeexperte und die Leitung gemeinsam ein Instrument als Abklärungshilfe bei herausforderndem Verhalten erstellt sowie eine kurze Beschreibung des Ziels. Das Dokument ist zwei Seiten lang und beinhaltet alle wichtigen Punkte, die für die Mitarbeitenden auf einen Blick überschaubar und verständlich sind. Eine Seite Assessment hilft einerseits, die Gründe für ein herausforderndes Verhalten herauszufinden und unterstützt andererseits die Mitarbeitenden in der Kommunikation mit den Ärzten/-innen, um die Situation und Symptome fachlich zu kommunizieren.

Und das ist doch wieder etwas wofür die Pflege dankbar ist. Eine Seite oder.

[Leitung Pflege und Betreuung]

Beide zusammen sind sie für die Vorbereitung und Leitung der Fach- und Arbeitsgruppen verantwortlich. Übergeordnet ist das Ziel der Fach- und Arbeitsgruppen, Situationen aus dem Alltag zu reflektieren und Wissen zu vermitteln, z. B. bei herausforderndem Verhalten auf den geschützten Abteilungen: wie geht das Personal mit diesen Situationen um, was brauchen die Bewohner/-innen, damit sie die bestmögliche Pflege bekommen, was brauchen die Mitarbeitenden, um die Pflege leisten zu können, und wie können die Mitglieder der Arbeitsgruppen das Wissen und Know-How auf den Wohnbereichen vermitteln.

Beide sorgen auch für die Vernetzung des Heimes mit externen Institutionen. Der Pflegeexperte arbeitet in der Arbeitsgruppe Pflegeentwicklung Nordwestschweiz (AGPE) und der Kinaesthetics-Trainer-Vereinigung NW-CH mit. Er ist auch in Kontakt mit Berufskollegen in anderen Heimen. Die Leitung Pflege und Betreuung ist Vorsitzende der Pflegedienstleitungen des unteren Teils des Kantons Solothurn, in der IG Gerontologie, Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen Schweiz (NAGS) und European Network of Trainers in the Management of Agression (ENTMA), sowie als Co-Leitung des Trainerlehrgangs Aggressionsmanagement der Schweiz im Bildungszentrum für Gesundheit und Soziales BFGS Thurgau.

Auf Grund der doppelten Anstellung des Pflegeexperten fördert er die Schnittstellenarbeit und die Kommunikation zwischen dem Zentrum Passwang und dem Senioren-Zentrum Rosengarten.

4 Zusammenarbeit

4.1 Pflgeteams

Der Pflegeexperte war der erste im Heim mit einem Master Abschluss. Die Pflegenden waren am Anfang ihm gegenüber etwas skeptisch. Erst im Nachhinein wurde seine Rolle gut akzeptiert, da er als Kinaesthetics Trainer und Multiplikator für basale Stimulation - zwei Konzepte, die sehr praxisbezogen sind - die Pflegenden für sich gewinnen konnte. Sie haben gemerkt, dass sie etwas von ihm lernen können. Der Pflegeexperte sowie die Pflegeexpertin arbeiten punktuell und nach Bedarf mit den Pflegenden zusammen, z. B. bei der Erstellung und Umsetzung der Konzepte, Praxisbegleitung und in Arbeitsgruppen.

Wir brauchen eine Praxisverknüpfung, also wir haben halt wirklich die Haltung, flache Hierarchie und das Partizipationsgesetz.

[Leitung Pflege und Betreuung]

Beide versuchen die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen zu stärken, indem sie über die erfolgreich bewältigten Situationen auf anderen Abteilungen berichten und wenn jemand Unterstützung braucht, wird er/sie auf die entsprechende Abteilung hingewiesen, wo eine ähnliche Situation bereits erlebt und gemeistert wurde.

(...) also bestimmte Erfahrungen nicht nur auf einer Abteilung bleiben, wo sie gemacht worden sind, sondern dort im ganzen Haus dann quasi kursieren oder eben genutzt werden.

[Pflegeexperte]

4.2 Ärztlicher Dienst

Auf Grund der niedrigen Arbeitspensen und weil der Fokus auf der Praxisentwicklung liegt, arbeitet der Pflegeexperte nicht mit dem ärztlichen Dienst zusammen.

Die Leitung Pflege und Betreuung steht oft im Kontakt mit dem ärztlichen Dienst. Die Zusammenarbeit läuft nicht mit allen Ärzten/-innen konstruktiv und teilweise fehlt die gegenseitige Vertrauensbasis samt gegenseitiger Kompetenzanerkennung. Die Zusammenarbeit läuft am besten mit dem Hausarzt, der für die meisten Bewohner/-innen zuständig ist und sein Büro auf dem Betriebsgelände hat. Hier besteht ein enger Kontakt zueinander. Die Kommunikation erfolgt immer persönlich, nicht per E-Mail oder Telefon. Somit ist der Kommunikationsweg kürzer und die Situationen der Bewohner/-innen können direkt besprochen werden. Sie arbeiten «Hand in Hand» zusammen, z. B. wenn es um die Angehörigensituationen geht. Sie besprechen das Ziel des Gesprächs zusammen und unterstützen sich gegenseitig im Gespräch. Die anderen Ärzte/-innen schätzen es sehr, dass eine Praxis im Heim ist. So kann in Notfallsituationen spontan vor Ort gehandelt werden.

Ich kann jederzeit bei ihr anklopfen... kann ich vorbeigehen (...) Wir haben kurze Wege. Und wir benutzen das eigentlich... Ich mache nie telefonisch oder ich kommuniziere nie per E-Mail, Also für mich ist das ideal. Ideale Zusammenarbeit und sie ist ein offener Mensch oder. Kann gut mit ihr diskutieren, reden, also sehr sehr angenehm.

[Arzt]

4.3 Therapeutische und andere Berufe

Im Heim wird mit vielen Professionen zusammengearbeitet, wie z. B. Physiotherapeuten/-innen, Aktivierungspersonal, Podologen/-innen. Die Koordination der Zusammenarbeit wird den Teams überlassen. Aufgrund der niedrigen Arbeitspensen und dem bestehenden Fokus auf der Praxisentwicklung arbeitet der Pflegeexperte gezielt mit therapeutischen und anderen Berufen zusammen.

4.4 Management

Der Pflegeexperte arbeitet mit der Leitung Pflege und Betreuung eng zusammen. Sie teilen sich die Facharbeit und die Leitung der Projekte auf und koordinieren diese in Absprache. Die Aufteilung wird entsprechend der Themengebiete und Kompetenzen der beiden Personen gemacht. Somit werden alle Projekte oder Situationen, die mit der Psychiatrie zu tun haben, von der Leitung Pflege und Betreuung geführt und die Projekte zum Thema Basale Stimulation oder Kinaesthetics vom Pflegeexperten. Die beiden versuchen sich regelmässig zu treffen, um ihre Aktivitäten zu koordinieren und sich gegenseitig Impulse zu geben und Ideen zu entwickeln.

Wir müssen uns regelmässig zusammensetzen, um unsere Aktivitäten zu koordinieren und uns immer wieder gegenseitig so Impulse zu geben. Beziehungsweise so Ideen zu entwickeln. Das empfinde ich als sehr bereichernd. (...) Man muss sich zusammensetzen, das Thema anschauen und dann entstehen sehr tolle, sehr bereichernde Sachen.

[Pflegeexperte]

Pflegeexperte und Leitung stellen viermal pro Jahr die Ideen für Konzepte, die entwickelt werden sollten, in den Pflegedienstkadersitzungen vor. Dabei wird erklärt, was das Ziel des Konzepts ist, wie der aktuelle Stand der Entwicklung ist und was der Prozess. Es wird gefragt, wer Interesse hat mitzuarbeiten. Je nach Themengebiet werden Basismitarbeitende miteinbezogen.

Aktuell konnte endlich dem lang gehegten Wunsch entsprochen werden, dem Leitbild-Anspruch (Wir pflegen Persönlichkeit), bzw. die person-zentrierte Pflege für die tägliche Pflege greifbar zu machen (gemäss den Empfehlungen des «Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege» (DNQP) Expertenstandards und den S3² Leitlinien der DGPPN³). Das Angebot einer 2-tägigen internen Fortbildung mit dem Titel „Persönlichkeit pflegen“ kam in der Kombination der beiden Pflegeexperten/-innen als Dozenten und dank der intensiven Vorbereitung und Schulung gut an und wird noch mehrfach wiederholt werden.

4.5 Bewohner/-innen und Angehörige

Grundsätzlich sind Bezugsperson und Wohngruppenleitung die erste Anlaufstelle für Bewohner/-innen und Angehörige. Im Heim wird sehr eng mit den Angehörigen zusammen gearbeitet, wenn ein Bewohner/eine Bewohnerin ins Heim eintritt, besonderes bei demenzieller Entwicklung. Bewohner/-innen gewöhnen sich relativ schnell ans Heim – innerhalb von Wochen. Die Angehörigen brauchen viel mehr Zeit, um mit der neuen Situation zurechtzukommen. Die Leitung wird mit den Angehörigen direkt zusammen arbeiten, wenn sie von den Wohngruppenleitungen um Unterstützung gefragt wird.

Es ist die Grundproblematik überhaupt beim Eintritt in ein Heim, plus noch eine Demenzerkrankung dazu, welcher im Normalfall oft mit Schuldgefühlen einhergeht. Ist das nun jetzt der rechte Moment gewesen, wie geht es meinem Mami, wie geht es meinem Mann, kann ich Vertrauen haben?

[Leitung Pflege und Betreuung]

5 Veränderungen seit der Implementierung des Modells

Die seit der Implementierung des Modells erreichten Veränderungen haben mit der Pflegeentwicklung zu tun.

Bewohner/-innen und Angehörige

- Durch Edukation und Coaching der Angehörigen erleben sie ein Empowerment. Sie erweitern das Wissen innerhalb der Demenzdiagnose oder psychiatrischen Diagnose, und sie werden gleichberechtigte Beteiligte an der Bewohnerversorgung.

Pflegequalität

- Die Verbesserung der Pflegequalität beruht auf der schnelleren Erkennung und zeitnahen Versorgung von interventionsbedürftigen Bewohnern/-innen, um so zur Reduktion der Einweisungen in die Psychiatrie oder ins Spital beizutragen.

Mitarbeitende

- Die innerbetriebliche Fortbildung ist näher an den Bedürfnissen der Mitarbeitenden ausgerichtet und wird durch Praxisbegleitungen und Fallbesprechungen stärker mit der täglichen Praxis verknüpft, was wiederum einen besseren Theorie-Praxis-Transfer sichert.
- Die Mitarbeitenden erleben Empowerment – durch die koordinierte und reflektierte Vorgehensweise der verschiedenen Pflegepersonen, durch Coachings und Weiterbildungen bekommen sie mehr Kompetenzen, können komplexe Pflegeverläufe bewältigen und erzielen eine bessere Selbstwirksamkeit.
- Durch die flache Hierarchie und Partizipation ist die Arbeitszufriedenheit sehr hoch und die Fluktuation sehr tief (im Jahr 2016 gab es einen Fluktuationsanteil von 1.6 %)

² S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“

³ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

(...) man muss einzelne Personen sehen, welche herausleuchten . Und die auch fordern und fördern. Und das macht der Pflegeexperte auch indem er wie versucht: wer hat welche Fähigkeiten, wo nehme ich vielleicht jemand in eine Praxisverknüpfung rein. Das hat die Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit für die Mitarbeiter

[Leitung Pflege und Betreuung]

Organisation

- Professionalisierung in der Pflege durch Anwendung des evidenzbasierten Wissens und Best Practice
- Schnelleres Erkennen von komplexen Situationen, deren fachgerechte Behandlung zur Reduktion von Verlegungen in somatische Spitäler oder psychiatrische Kliniken sowie zur Verkürzung von Spitalaufenthalten beiträgt
- Durch die Fort- und Weiterbildungen sowie Praxisbegleitungen für das Pflegepersonal werden die Unterschiede zwischen Personal mit verschiedenen Ausbildungen immer weniger sichtbar, was zu einer Kultur beiträgt, in welcher der Ausbildungshintergrund nicht die primäre Rolle spielt, sondern die Erfahrung, das Potenzial und die Lust, sich weiter zu entwickeln. Somit wird die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt.

6 Ausblick

Die Leitung Pflege und Betreuung findet die kompetente und effiziente Kommunikation zwischen Pflegefachpersonal und Ärzten/-innen essenziell. Aus diesem Grund wird im Heim grosser Wert auf das Befähigen der Fachpersonen in der Kommunikation gelegt. Das Ziel ist, dass sie immer auf das Gespräch mit den Ärzten/-innen vorbereitet sind, und die Informationen fachlich vermitteln können. Sie wünscht auch allen anderen Heimen, eine Zentrums- oder Heimleitung zu haben, die auch wie im Zentrum Passwang die Weiterentwicklung der Pflege unterstützt und eine gewisse Freiheit für die Gestaltung der Arbeit gibt und dabei auch Vertrauen in die Kompetenzen der Pflegefachpersonen hat, sowie die Umsetzung einer Pflegeexpertenrolle unterstützt.

Etwa 8 Jahre nach Einführung des Modells der Pflegeentwicklung im Zentrum Passwang wird die zunehmende konzept- und evidenzbasierte Pflege in der Praxis immer deutlicher sichtbar. Nun wird das abstrakte Konzept einer person-zentrierten Pflege langsam greifbar für die Pflegenden – zum Wohle der Bewohner/-innen.

(...) Zentrumsleitung, er unterstützt die Rolle der Pflegeexperten sehr. Schätzt sie sehr. Mit seinem Wissen, mit seinen Kenntnissen und mit seiner Vernetzung. Er gibt sehr viele Freiheiten und Vertrauen den Mitarbeitern, auch sehr viel Autonomie.

[Leitung Pflege und Betreuung]

Der Hausarzt, der sehr eng mit dem Zentrum zusammenarbeitet, ist mit dieser Zusammenarbeit sehr zufrieden. Er schätzt das Wissen über die Psychopharmaka der Pflegefachpersonen und findet ihre Expertise in diesem Bereich sehr hilfreich. Es ist für ihn unabdingbar, dass er seine Praxis so nah an dem Heim hat. So können die Visiten regelmässig gemacht werden und er ist erreichbar, wenn eine Notfallsituation auftritt. Aus diesem Grund würde er ein ähnliches System für alle Heime empfehlen.

(...) Ich gehöre ein bisschen zum Haus und doch nicht, ja. Ich habe die Praxis hier, aber ich bin doch halt - ja ein bisschen ein Teil von diesem Haus oder. Ja. Das macht es für mich einfacher. Und für sie natürlich auch. Ich habe auch den Vorteil, dass ich vor Ort bin. Das ist ein grosser Vorteil. Ich kann jede Minute oder jede Stunde rübergehen zu schauen (...)

[Arzt]

Der Arzt empfiehlt, dass in einem Kompetenzzentrum zusätzlich zu einem Hausarzt auch regelmässig ein Geriater/eine Geriaterin oder Gerontopsychiater/-in zur Visite kommt. Dabei ist es wichtig, dass diese Person Erfahrung mit demenziellen Entwicklungen bei Bewohner/-innen hat, mit der Medikation und im Umgang mit Demenz-Abklärungen. Die Fachärzte/-innen könnten die Bewohner/-innen gezielter behandeln. Auf der anderen Seite würde ein Facharzt/eine Fachärztin einen fachlichen Austausch mit den Pflegefachpersonen, die viel Wissen und Kompetenzen haben, über Gerontopsychiatrie ermöglichen, was zu besseren Ergebnissen bei den Bewohnern/-innen führen könnte. Er wünscht sich auch in der Zukunft weniger hierarchischen Strukturen allgemein in der Medizin zu haben, damit die Ärzte/-innen mit den Pflegefachpersonen auf Augenhöhe zusammenarbeiten.

(...) ich finde ... und das muss ich halt sagen: Ich finde, dass ein Gerontopsychiater im Kompetenzzentrum fehlt: ich persönlich - würde einen Gerontopsychiater befürworten, der mit demenzieller Entwicklung Erfahrung hat oder. Es hat hier Pflegepersonen, die kommen von der Psychiatrie und die haben so viel Wissen oder. Das würde sich gut machen hier noch so ein Psychiater der gerade vor Ort ist.

[Arzt]

Kompetenzen und Tätigkeiten des Pflegeexperten¹ und der Leitung Pflege und Betreuung in der Rolle als Pflegeexpertin² | Zentrum Passwang

Häufigste Erkrankungen, die behandelt werden	Psychiatrische Erkrankungen, Demenz, Herausforderndes Verhalten ²	
Klinische Tätigkeiten	Stehen nicht im Vordergrund	Tests/ Assessments: Stehen nicht im Vordergrund Labor: Nein Mentale Assessments: Nein, aussergewöhnlich MMS oder Moca Physische Assessments: Nein, aber teilweise im Rahmen des RAI-NH Funktionelle Assessments: Nein Soziale Assessments: Partiiell Biografiebogen Vorausschauende Planung: Partiiell im RAI NH zum Thema End of life
Coaching	Weiterbildung und Praxisbegleitung der Mitarbeitenden: Basale Stimulation, Kinaesthetics, Pflegeprozess ¹ Weiterbildung und Praxisbegleitung der Mitarbeitenden: Aggressionmanagement ² , Leadership Begleiten der Mitarbeitenden in fachspezifischen Fragestellungen, komplexen, herausfordernden Situationen ^{1,2} Gestaltung von Fort- und Weiterbildungsprogrammen ^{1,2} Begleiten und Beraten von Bewohnern/-innen und Angehörigen in schwierigen Situationen beim Eintritt ins Heim ²	
Klinisches und professionelles Leadership	Durchführung und Evaluierung von Praxisstandards, Handlungsanweisungen, Konzepten anhand aktueller Literatur für die Pflegeentwicklung und Pflegequalität ¹ Bringt Praxisanteil in die Erarbeitung der Konzepte ein ² Leitung der Fachgruppen (Basale Stimulation, Kinaesthetics, Pflegeprozess ¹ ; Aggressionsmanagement ² , Palliative Care ²) Vernetzung des Heimes mit externen Institutionen ^{1,2}	
Beratung und Konsultation	Steht noch nicht im Vordergrund, wird im Rahmen von Beratungsgesprächen angeboten, wann ein Eintritt zeitgerecht oder passend ist und Angehörigen-Edukation im Rahmen der Demenzabklärung	
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Bei Praxisbegleitungen (Basale Stimulation und Kinaesthetics, Pflegeprozess), bei der Erstellung von Konzepten: diplomierte Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit, Assistenzpersonal ¹ Bei Praxisbegleitungen (Aggressionsmanagement, gerontopsychiatrische Themen), bei Erstellung der Konzepte, in fachspezifischen Themen: diplomierten Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit, Assistenzpersonal ¹ Angehörige in komplexen Situationen ²	
Forschungskompetenzen	Stehen nicht im Vordergrund, Teilnahme an Forschungsprojekten (Anwenderforschung) ^{1,2}	
Ethische Entscheidungsfindung	Steht nicht im Vordergrund, wird aber mit interprofessioneller Ethikkommission gelebt	



Romandie

Suisse romande

La Sombaille, LaChaux-de-Fonds

Établissement médical social 9 (P9)

1 Caractéristiques de l'établissement

La Sombaille est un établissement médico-social (EMS) public et fait partie d'une fondation, la fecpa¹. Il est situé en zone urbaine à la Chaux de Fonds. Cet EMS fournit des soins généraux de longue durée pour les personnes âgées, y compris les personnes atteintes de troubles cognitifs, nécessitant des soins gériopsychiatriques. Il dispose pour ce faire de 107 lits (Table 1) pour des résidents.es nécessitant des soins gériatriques, et de 18 lits psycho-gériatriques. La Sombaille applique le modèle du médecin de famille. Les deux médecins sont responsables pour la majorité des résidents.es (entre 95%-100%).

Résidents.es. Les résident.e.s de la Sombaille sont pour la plupart des personnes retraitées vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques (telles que le diabète) et nécessitant des soins infirmiers réguliers. Une partie des résident.e.s sont atteints spécifiquement de maladies gériopsychiatriques, telles que la maladie d'Alzheimer ou de démences avec des troubles du comportement, et ils vivent dans une unité séparée. Celle-ci est adaptée à leurs besoins, et elle offre des activités adaptées à leurs troubles telles que la musique, qui contribuent à leur stimulation et à leur apaisement. La Sombaille s'engage pour que les résident.e.s se sentent comme chez eux, sans les contraindre à un rythme qui serait prédéfini pour tous les résident.e.s. Les soignants s'adaptent ainsi au rythme de chaque résident.e pour les aider dans leur vie quotidienne et leur permettre de garder leur identité.

Le but des soins infirmiers. Les orientations de l'équipe de soins ont pour but de transmettre et diffuser des savoir-faire, ainsi que de développer une expertise face à des situations problématiques avec les résident.e.s, comme par exemple les situations de crises liées à certaines décompensations psychiatriques ou associées à des maladies chroniques. Enfin, les équipes de soins sont encouragées à s'intéresser à la recherche et à la formation continue pour assurer la mise à jour de leurs connaissances et le développement des soins infirmiers.

Table 1 Caractéristiques de l'établissement

	Données (Octobre 2017)
Statut juridique de l'établissement	Public
Localisation	Urbain
Model médical	Médecin de l'EMS
Nombre de médecin	2
Nombre total de lits	125
Nombre d'employés	162
Nombre d'apprentis et d'étudiants	22
Type d'offre proposé par votre établissement	Soins généraux de longue durée Soins des personnes atteintes de démences Soins gériopsychiatriques

¹ FECPA: La Fondation des établissements cantonaux pour personnes âgées (FECPA) regroupe plusieurs EMS. Ils sont régis par la Loi sur le financement des établissements médico-sociaux LFinEMS, et ils ont signé un contrat de prestations avec l'Etat de Neuchâtel.

La qualité des soins. Pour renforcer la communication entre les différentes disciplines, des colloques interdisciplinaires ont lieu toutes les deux semaines dans chaque unité, avec la présence de l'ASE, de la psychologue et de la clinicienne, ainsi que des soignants présents le jour du colloque, et des ergothérapeutes, en cas de besoin. Il est également prévu que l'intendance en fasse partie à terme. Le but principal est de renforcer la communication entre les professionnels, mais également de revoir certaines situations problématiques et d'apporter une réflexion sur ce qui pourrait être amélioré. La Sombaille travaille avec des indicateurs de qualité issus de l'outil de mesure PLAISIR-PLEX. Ces indicateurs de qualité servent à contrôler et à évaluer la qualité des soins délivrés aux résident.e.s, ainsi qu'à sensibiliser les soignants aux domaines évalués. Lors des réunions d'équipes, les soignants reçoivent en outre des feed-back de la direction au sujet de la malnutrition et des chutes au sein de l'EMS. Grâce à l'introduction des rôles d'experts-es infirmiers-ères, un travail est mené sur la réduction des mesures de contraintes, tout particulièrement dans l'unité de psychogériatrie. Ce travail est guidé par l'infirmier expert en psychogériatrie. De plus, des équipes mobiles de soins palliatifs interviennent régulièrement dans l'établissement afin d'améliorer la prise en charge de la douleur et l'ensemble du personnel suit une « sensibilisation » en interne sur les soins palliatifs.

2 Le modèle de soins

La Sombaille travaille avec un modèle de soins géré par des infirmier-ère-s expert-e-s en gériatrie, ainsi qu'avec une clinicienne. Le modèle a été mis en place au mois de septembre 2016. Les infirmiers-ères experts-es ont une spécialisation post-diplôme, telle qu'un Certificate of Advanced Studies (CAS) en psychogériatrie, mais d'autres spécialisations sont également possibles. Les infirmiers-ères experts-es travaillent en collaboration étroite avec la clinicienne, les équipes soignantes, la direction et les médecins responsables, et passent la plupart de leur temps en soins directs avec les résident.e.s, ce qui leur permet d'exercer leurs savoir-faire, et de transmettre leurs connaissances aux équipes soignantes en matière de gestion des soins aigus et des soins liés à la vie quotidienne. Les compétences et les activités le plus souvent exercées par les infirmiers-ères experts-es sont les décisions éthiques, la gestion de cas (« clinical leadership »), et la gestion des équipes avec du temps consacré à la formation et à l'enseignement. Dans le cadre de cette description, seuls les rôles d'infirmier expert en psychogériatrie et de clinicienne sont décrits ici.

2.1 Raison de la mise en place de modèle

Le modèle a été mis en place dans le but de centrer l'organisation autour d'un plus grand respect du rythme du/de la résident.e. Pour ce faire, les horaires de soins, d'aide aux activités de la vie quotidienne et des repas, ainsi que ceux du personnel ont été modifiés pour répondre aux besoins des résident.e.s. Deux formations, « la Validation² » et « l'Humain au Quotidien ³ » ont permis d'aider le personnel soignant à comprendre l'importance des projets d'accompagnement personnalisé, de la bientraitance au quotidien, et l'instauration d'une relation de confiance. Les buts principaux de la mise en place du modèle incluent la transmission de savoirs, l'expertise face à des situations problématiques et un axe centré sur la recherche pour que le personnel soignant soit à jour avec ses propres connaissances.

² Formation Validation®: La Validation développée par Naomi Feil est une méthode de communication avec les personnes âgées mal orientées et désorientées. Elle aide à comprendre et voir combien tout comportement a du sens jusqu'au bout de l'existence, ce qui se vérifie sous toutes les latitudes, et dans toutes les cultures, comme étant propre à notre humanité.

³ Formation l'Humain au Quotidien : cette formation a pour but de familiariser les collaborateurs à l'accompagnement de l'adulte âgé en psychogériatrie, en acquérant ou complétant les connaissances théoriques et pratiques permettant de développer un prendre soin spécifique, en développant le questionnement et les capacités d'analyse individuellement et en équipe, en identifiant les situations susceptibles d'engendrer des troubles comportementaux et/ou de la vie collective et en fédérant l'équipe autour d'un projet de soin personnalisé clairement identifié et valorisé.

2.2 Procédure de développement

Le développement du concept **prend du temps**, et le personnel médical, paramédical et administratif ont été conviés aux formations pour intégrer :

- la nouvelle organisation
- les modifications d'horaires
- la modification de rythme au sein de l'EMS.

Le rôle d'infirmier expert a été introduit comme une évolution d'un rôle d'ICUS, ce rôle englobant aussi l'expertise clinique dans un domaine particulier, comme la psychogériatrie. En effet l'infirmier expert en psychogériatrie associe son rôle d'ICUS à son rôle d'expert. Sa fonction n'a pas été « introduite » mais il s'agit d'une évolution grâce à diverses formations en psychogériatrie et en gériatrie. Cette fonction d'expert permet d'aider les soignants à développer une réflexion plus poussée du soin dans son ensemble, en alliant ses connaissances avec une communication et une gestuelle adaptées aux résident.e.s pour qu'ils puissent s'épanouir au quotidien. Cela permet également aux soignants d'intervenir lors de situations conflictuelles ou lorsque les résident.e.s sont agités.es et s'opposent aux soins.

En ce qui concerne la clinicienne, il s'agit d'une nouvelle fonction au sein de l'EMS, la clinicienne ayant été engagée pour soutenir toutes les unités et tout le personnel dans les changements que vit la Sombaille. Une des fonctions très importantes de la clinicienne au début de l'implémentation, a été de mettre en place les formations pour le personnel au sein de l'établissement et de coacher les équipes. Son rôle propre s'est développé au fur et à mesure en fonction des besoins de l'établissement et en collaboration avec la Direction.

Une psychologue a également été engagée dans le cadre du développement du modèle pour soutenir les équipes soignantes en menant des entretiens avec les résident.e.s et les familles, ou simplement pour apporter un soutien dans des situations difficiles, par exemple lors de la perte d'autonomie.

2.3 Implémentation du modèle de soins

Pour faciliter l'implémentation du modèle de soins, les deux formations « La Validation® » et « l'Humain au Quotidien » ont été proposées au personnel pour souligner l'importance de la communication et de la collaboration entre les différentes disciplines et métiers, pour élaborer un plan de soins et permettre à chaque professionnel, infirmier, thérapeutes, médecin, de connaître les préférences et soins en cours pour chaque résident.e .

Du côté technique, plusieurs ordinateurs ont été mis à disposition et tant l'infirmier expert que la clinicienne sont dotés de bureaux pour avoir leur propre espace de travail.

Obstacles et facteurs facilitants

Face à ce changement organisationnel et l'objectif que chaque résident se sente « à la maison », l'EMS a identifié un certain nombre de facteurs facilitants, ou à contrario, qui expliquent les difficultés ou les obstacles quant à l'introduction du modèle.

Facilitateurs

L'intégration des rôles de l'expert en gériatrie et de la clinicienne

- Les connaissances spécifiques liées aux rôles (p.ex.: connaissances en psychogériatrie pour l'infirmier expert en psychogériatrie) ainsi que l'expérience dans le domaine de la gériatrie.
- Le soutien de la direction qui permet aux experts de bien faire accepter leurs rôles, ainsi que la nouvelle organisation qui en découle, avec un cadre et un appui hiérarchique constant.
- Une préparation en amont du nouveau rôle, avec un cahier des charges clair
- La collaboration avec les ergothérapeutes, les psychologues ainsi que l'équipe d'animation
- L'ambition personnelle ainsi que la motivation à se spécialiser et accroître ses compétences et ses connaissances.

Obstacles

Les obstacles suivants ont été, quant à eux, décrits :

- L'architecture de l'EMS qui représente une difficulté pour les soignants : les chambres à deux lits rendent difficile le maintien de l'intimité, ainsi que le respect du rythme qui peut être différent pour chaque résident.e.
- La création d'un nouveau poste pour faciliter l'introduction d'un modèle peut se révéler être une barrière au début, car ce nouveau rôle doit être lui-même intégré et compris au sein de l'EMS.
- Les collaborations restreintes ou difficiles avec le médecin et certains infirmiers qui ne ressentent pas l'utilité d'un rôle d'expert en gériatrie ou le rôle de clinicienne.
- Les visites médicales insuffisamment structurées sur toutes les unités, ce qui a rendu difficile la présence de la clinicienne aux visites du fait qu'elles n'étaient pas effectuées le même jour de chaque semaine.

« (...) expliquer mon rôle c'était compliqué parce que, même moi, je ne savais pas très bien ce que j'allais faire, je n'avais pas encore suivi la formation, donc beaucoup de choses me manquaient (...) »

[La clinicienne]

3 Le rôle de l'infirmier spécialiste clinique en gériatrie et gérontologie

Pour soutenir l'implémentation du modèle au sein de l'EMS, un poste d'infirmière clinicienne a été créé. De plus, les différents rôles d'infirmiers.ères experts.es au sein de la Sombaille ont continué à se développer, mais dans des buts différents. Ici nous décrivons plus particulièrement le rôle d'infirmier expert en psychogériatrie, sachant qu'au sein de la Sombaille d'autres experts.es (en gériatrie, en douleur et en soins palliatifs) contribuent au modèle de soins.

Le rôle de l'infirmier expert en psychogériatrie est combiné à un rôle d'ICUS ; il englobe donc la gestion de l'équipe de soins au sein d'une unité (18 résident.e.s). Cette double casquette permet, pour l'EMS, d'allier une expertise dans le domaine de la psychogériatrie et de soutenir les autres soignants lors de prises en charge particulières. L'organisation du travail au sein d'une unité repose sur l'expert en soins qui doit s'assurer que les tâches de son unité soient adressées (p.ex. : organisation d'une consultation externe pour un.e résident.e).

Le rôle de clinicienne est en développement au sein de l'EMS. Il s'agit d'une fonction transversale qui couvre 5 unités (128 résident.e.s), et qui a pour but de soutenir les équipes de soins. La clinicienne répond principalement aux demandes des équipes lorsqu'une situation problématique est posée. La clinicienne peut donc, en collaboration avec les soignants, établir un nouveau plan de soins et faire un suivi auprès des résident.e.s.

3.1 Organisation du travail

L'expert en soins travaille en journée sur des horaires coupés, le plus souvent de 6h45 à 12h et de 15h30 à 18h. Il peut être amené à effectuer des piquets, environ 5h par mois (table 2).

La clinicienne a également des horaires de journée, sans coupures et sans piquets (table 2).

3.2 Domaines de responsabilités

L'expert en soins a un rôle clinique direct auprès des résident.e.s ; il assure toutes les responsabilités et activités d'un infirmier, comme par exemple la distribution de médicaments. Le rôle comprend :

- **Le coaching direct** c'est à dire l'intervention auprès des équipes pour un avis sur une plaie ou un comportement difficile à maîtriser.
- **Les activités cliniques directes** telles que les prises de sang, prises de glycémie et les constantes.
- **La gestion de l'équipe** qui représente également un aspect clé du rôle, pour assurer une bonne mise en place de nouvelles directives ou protocoles au sein de l'unité.

Le rôle de clinicienne est centré sur :

- **Le développement de projets** pour l'amélioration de la prise en charge des résident.e.s,
- **Le coaching** pour accompagner les soignants au quotidien

3.3 Activités cliniques

Coaching et leadership

Le rôle de l'expert en psychogériatrie est centré sur des activités cliniques quotidiennes, c'est à dire des soins directs prodigués aux résident.e.s, tels que des pansements ou injections médicamenteuses, ou encore l'interprétation des tests diagnostiques (ex : lab sticks). Cette activité englobe également la participation, avec les autres soignants, à la décision des soins à prodiguer aux résident.e.s.

Le rôle de clinicienne englobe également le coaching, mais de façon différente comparé à l'expert en psychogériatrie. La clinicienne intervient auprès des résident.e.s et de leur famille, pour effectuer une toilette évaluative par exemple et aider le/la résident.e à identifier ses besoins, si une situation difficile se présente. La clinicienne apportera alors des réponses au personnel soignant pour les aider à réaliser leurs soins au quotidien et/ou à identifier des comportements à adopter avec un résident en refus de soins par exemple.

Leadership clinique et professionnel

L'expert en psychogériatrie intervient au quotidien auprès des équipes pour apporter des conseils et guider les soignants dans la réalisation de soins au quotidien. Si une situation complexe avec un.e résident.e se manifeste, il va pouvoir suggérer aux soignants les étapes à effectuer pour résoudre un conflit ou une situation difficile. Il peut aussi demander une surveillance des constantes afin d'identifier une détérioration de l'état d'un.e résident.e, et est responsable du suivi auprès des résident.e.s. La pharmaco-vigilance, la prise de décisions concernant les réserves ou le diagnostic d'une hypo ou hypertension par exemple, font également partie du rôle d'expert en psychogériatrie.

Prise de décisions éthiques

Les thèmes abordés par les directives anticipées sont les suivants : les souhaits en matière de soutien au moment du décès, l'admission à l'hôpital, la réanimation, les mesures visant à prolonger la vie ou le concept de soins palliatifs avec soulagement des symptômes. Les directives anticipées peuvent être modifiées à la demande du résident.e ou de la famille si le/la résident.e n'est pas en mesure de prendre ses propres décisions. Selon les besoins, le médecin responsable, le personnel infirmier responsable, les résident.e.s eux-mêmes et leurs proches, le service pastoral et les thérapeutes peuvent participer à la rédaction des directives anticipées.

La clinicienne ne participe pas directement au plan de soins des résident.e.s ni à la rédaction des directives anticipées, mais elle va vraiment appuyer les équipes pour les aider à identifier les opportunités d'apprentissage. La clinicienne n'effectue pas de tâches purement cliniques (p.ex. : prises de glycémies), qui sont réalisées par les soignants et si besoin par les différents experts en gériatrie présents dans les unités.

Le rôle de clinicienne est encore en développement au sein de la Sombaille, de ce fait certaines activités cliniques ne peuvent pas encore être décrites.

" (...) Alors mon rôle c'est quand même d'accompagner les équipes dans ce changement, d'essayer de leur faire prendre conscience de tout ce que l'on a... qu'on s'adapte (rires) au rythme des résident.e.s, qu'on essaie d'aller dans leur sens. On s'appuie davantage sur les ressources des résident.e.s, ce qui implique davantage de réflexion (...)"

[La clinicienne]

Table 2 Les experts en soins

	Infirmier-ère expert en psychogériatrie	Infirmière clinicienne
Ratio résident.e.s : infirmier.ère expert en psychogériatrie	21:1	128:1
Objet de l'activité clinique	Le coaching clinique direct et la réalisation de soins infirmiers	Pas d'activité clinique directe
Plus haut niveau de scolarité disponible	Certificate of Advanced Studies (CAS)	Certificate of Advanced Studies (CAS)
Formation spécifique ou certificats supplémentaires	Certificat de Management de proximité	CAS en gestion de projet et conduite d'équipe Prendre soin en psychogériatrie Soins palliatifs de base La Validation de Naomi Feil Formation "Humain au quotidien" Soigner la personne âgée Base en psychogériatrie
Intégration administrative		
Nombre de d'infirmier.ère.s expert.e s employé.e.s (total)	4	1
Nombre en pourcentage d'emplois	330%	70%
Temps de travail moyen par semaine	45h	35h
Salaire	Établissement	Établissement
Supérieurs	Infirmière cheffe La Direction	La Direction
Horaires de travail	6h45- 12h 15h30-18h	8h-17h

4 Collaboration interprofessionnelle

L'infirmier expert en psychogériatrie et la clinicienne sont tous deux complémentaires, et ils visent à soutenir les équipes dans leur travail au quotidien. Pour les deux professionnels, la collaboration avec les équipes de soins est différente.

L'expert en psychogériatrie exerce principalement sur une unité : il est donc directement responsable de son unité, de l'organisation en général, et il a la responsabilité clinique des résident.e.s présents dans son unité. De ce fait il collabore directement avec les soignants de son équipe au quotidien pour pallier aux difficultés qu'ils rencontrent au moment d'un soin ou lors d'une situation problématique. Il assiste également à la réunion matinale de son unité pour guider la répartition des tâches et discuter des problèmes du jour.

La clinicienne est impliquée dans 5 unités, et elle travaille le plus souvent avec un soignant directement. Cette collaboration peut s'effectuer lors de la toilette d'un.e résident.e au lit par exemple,, selon les besoins du soignant, pour travailler plus en détail une partie de la formation l'Humain au Quotidien. La clinicienne peut également collaborer avec l'expert en soins, si une situation clinique problématique se pose, mais en général elle va intervenir auprès du personnel comme soutien. La clinicienne n'est pas directement rattachée à une unité et donc collabore avec le personnel sur les cinq unités de la Sombaille, selon les besoins.

“ (...)Le fait de partager nos préoccupations ou bien nos problématiques avec elle est important. Elle a une vision autre, avec son savoir, ses connaissances, elle peut nous éclairer. ”

[L’infirmier expert en psycho-gériatrie]

4.1 Équipe de soins

L’infirmier expert en psychogériatrie collabore en continu et de manière quotidienne avec l’équipe de soins de son unité, le plus souvent au lit du/de la résident.e pour apporter son expertise lors de situations problématiques. En parallèle, la clinicienne apporte ses réflexions et recherches à l’équipe de soins pour leur permettre d’entamer une réflexion et pouvoir progresser.

4.2 Médecin

L’infirmier expert en psychogériatrie contacte principalement le médecin par téléphone, dans le cadre d’une détérioration clinique d’un.e résident.e de son unité ou s’il détecte une anomalie sur un bilan sanguin, ou à la demande d’un.e résident.e ou de sa famille. Il rencontre le médecin une fois par semaine, lors de la visite médicale dans l’unité. Lors d’événements non prévus ou aigus, un échange téléphonique permet de prendre des décisions. Les cas problématiques non aigus sont revus et discutés pendant la visite. L’expert en psychogériatrie a une très bonne collaboration avec le médecin, ils travaillent ensemble en échangeant leurs avis et se complètent de par leurs expertises.

La collaboration entre la clinicienne et le médecin manque de structure actuellement, car les visites médicales ne sont pas fixées sur toutes les unités et ou alors de manière aléatoire (pas de jour régulier). Ceci rend la collaboration délicate entre la clinicienne et le médecin car la clinicienne ne peut pas s’organiser pour être présente aux visites dans une ou plusieurs unités ou elle aurait aimé faire un suivi par exemple. L’établissement est en train de modifier son organisation et va mettre en place des visites médicales hebdomadaires sur les unités, ce qui sera très probablement un moteur pour une future collaboration clinicienne-médecin efficace.

4.3 Professions thérapeutiques et autres professions

L’expert collabore avec les professions thérapeutiques d’une façon rapprochée, lorsqu’une expertise sur les moyens auxiliaires est nécessaire, tel qu’un déambulateur par exemple. Les thérapeutes sont aussi invités à participer aux colloques interdisciplinaires en présence de la clinicienne, afin de discuter de la prise en charge des résident.e.s en interdisciplinarité, et de déterminer ou revoir un plan de soins en vue d’améliorer la qualité des soins pour le/la résident.e. La clinicienne travaille étroitement avec les professions thérapeutiques. Elle a mis en place l’accès aux transmissions ciblées, auparavant réservées au personnel soignant. Désormais, les thérapeutes peuvent lire et contribuer aux transmissions ciblées informatisées, ce qui améliore la transmission d’informations entre la clinicienne qui n’est pas rattachée à une unité, le personnel soignant qui est au courant des moyens auxiliaires à utiliser et l’infirmier expert en psychogériatrie qui gère son unité. De plus le travail effectué par les thérapeutes est suivi et acté, grâce aux transmissions ciblées et ceci renforce la collaboration entre les équipes et les thérapeutes ainsi que leur travail qui est reconnu. La clinicienne s’assure également qu’il y ait une bonne discussion entre les équipes soignantes et les équipes thérapeutiques, au sujet de la prise en considération du matériel à utiliser par exemple, si le matériel n’est pas connu ou mal utilisé.

4.4 Administration

Il n’y a pas de collaboration directe avec l’administration.

4.5 La direction

La Direction a été le moteur dans l'implémentation du nouveau modèle de soins, avec une réorganisation globale au niveau des horaires de travail visant au respect du rythme de la personne âgée, ainsi qu'avec la mise en place dans l'établissement de deux formations : « La Validation® » et « L'Humain au Quotidien ».

L'expert en psychogériatrie collabore avec la direction, principalement lorsqu'il faut introduire des protocoles et lors de la gestion du personnel. Lors des colloques interdisciplinaires, l'expert en psychogériatrie, tout comme la clinicienne, abordent les thèmes problématiques, ou définissent ensemble avec les autres professionnels les futurs thèmes à aborder, et le planning stratégique de l'établissement.

Si une situation conflictuelle se pose, il est possible que la Direction ou l'infirmière cheffe intervienne avec l'infirmier en psychogériatrie et/ou la clinicienne auprès d'un.e résident.e et de sa famille lors d'un rendez-vous convenu à l'avance.

La différence entre l'expert en psychogériatrie et la clinicienne réside dans leur positionnement hiérarchique différent : attachée directement à la direction, la clinicienne est libre de prendre des décisions sans devoir les justifier à l'infirmière cheffe, alors que l'infirmier en psychogériatrie a un lien hiérarchique envers l'infirmière cheffe et la Direction de l'établissement.

« (...) je dirais que son positionnement, elle va l'acquérir parce que c'est une fonction difficile, parce que je l'ai placée volontairement en hiérarchie directe avec moi. Elle n'est donc pas sous la responsabilité de quelqu'un à par moi, pour qu'elle ait vraiment une liberté totale... mais en même temps elle travaille de manière proche des équipes (...) »

[La Direction]

4.6 Les résident.e.s et les membres de leur famille

L'infirmier expert en psychogériatrie est en contact direct avec les 18 résident.e.s de son unité au quotidien. Cette collaboration peut varier d'une discussion au moment du petit déjeuner à un soin bien précis en chambre avec ou sans l'aide d'un autre soignant. L'infirmier expert en gériatrie, est aussi souvent sollicité par les proches des résident.e.s, car au fil du temps il a créé une relation de confiance avec eux et est à la disposition des familles pour répondre aux questions plus complexes, si le personnel de soins n'est pas dans la capacité d'y répondre.

En ce qui concerne la clinicienne, elle est en contact direct avec environ 5 résident.e.s au quotidien, ce qui peut varier selon les jours. Cette collaboration s'effectue plutôt à travers le personnel de soins, tel que le personnel infirmier, les infirmiers-ères experts-es ou la psychologue, car la clinicienne intervient lors d'un besoins particulier, le plus souvent à la demande du personnel (p.ex., une situation problématique, une toilette évaluative...). Par ailleurs, la clinicienne participe à « l'entretien réseau » lors de l'entrée du/de la résident.e à la Sombaille, ce qui permet d'expliquer son rôle et de répondre aux éventuelles questions. Ces entretiens ont lieu avec un infirmier-ère, un membre du personnel thérapeutique, et un membre du personnel de l'intendance si possible ainsi qu'avec la Direction.

5 Changements depuis la mise en œuvre du modèle

Pour les résident.e.s

Selon l'infirmier expert en psychogériatrie et la clinicienne, les changements constatés depuis la mise en place du modèle concernent principalement le rythme de vie des résident.e.s, avec un rythme mieux adapté à leurs besoins. Un meilleur suivi des transmissions ciblées a été également constaté ce qui permet à tous les soignants d'être au courant des modifications du plan de soins des résident.e.s. En terme d'évaluation des changements, il n'y a pas encore de résultats mesurés, et la mise en œuvre du modèle est encore en cours.

Pour la qualité des soins

Divers projets ont été mis en place, tels que la prise en charge émotionnelle des résident.e.s notamment en unité de psychogériatrie. Le personnel a été formé sur les différentes prises en charge émotionnelles qui existent et aussi sur l'expression de ces émotions. Une des méthodes est la mise à disposition de « poupées thérapeutiques », afin de faciliter l'expression émotionnelle chez les résident.e.s qui ont des troubles cognitifs. Ceci ne fait pas directement partie du modèle en soi, mais vient compléter la volonté de l'établissement de mettre en place des techniques afin de mieux accompagner les résident.e.s, à travers la formation.

"(...)On a observé aussi que certaines personnes ne parlent plus de douleur, il y a moins de stress et on est davantage en relation avec les résident.e.s par le fait d'avoir ce poupon dans les bras(...)"

[L'infirmier expert en psycho-gériatrie]

Pour le personnel

Une meilleure transmission des connaissances entre les différents professionnels ainsi que l'accès aux transmissions ciblées des thérapeutes facilite la prise en charge globale des résident.e.s. L'appui constant du personnel par la Direction avec le soutien de la clinicienne a permis de renforcer l'esprit d'équipe au sein de la Sombaille depuis l'implémentation du modèle.

6 Vison pour le futur

Travailler ensemble, afin que le « home » s'approche d'un « chez-soi » pour le/la résident.e et ses proches, et s'éloigne ainsi de l'« image hospitalière » qu'il véhicule trop souvent. Une incarnation possible de cette vision serait que les soignants ou les experts-es en gériatrie travaillent sans blouse et donc « en civil », afin de renforcer cette image du « chez-soi ».

Le rôle de clinicienne est encore en développement au sein de la Sombaille et puisque cette fonction y est nouvelle, une certaine adaptation est encore nécessaire et certains aspects (p.ex : la collaboration médicale) sont en évolution. Cette fonction va se développer au sein de la Sombaille en fonction des besoins de chaque professionnel et selon les objectifs que la clinicienne se fixera tout en collaborant avec La Direction.

"(...)Ce qui me plaît le plus c'est que chaque jour est différent. . On a beau dire « tu travailles en gériatrie tout le monde pense que c'est tous les jours la même chose. Mais non, ce n'est pas la même chose, chaque jour c'est différent(...)"

[L'infirmier expert en psycho-gériatrie]

Compétences et rôle de l'infirmier expert en psycho gériatrie | La Sombaille

Maladies le plus souvent traitées par l'infirmier expert en psychogériatrie gériatrie	Maladies psycho gériatriques (Démences, Alzheimer)
Pratique clinique directe	Évaluation d'un changement d'état Évaluation générale après une chute Traitement des plaies Examen physique : état cutané Tests/ Assessments: Laboratoire: Prise de sang, test urinaire Examen mental: Non) Examen physique: ECG, Prise de tension surveillance glycémique, titration d'O2. Bilan fonctionnelle: Oui Bilan social: Oui Directives anticipées : Oui
Coaching	Guider et servir de coach dans la pratique quotidienne, en assurant le bien-être mental des résident.e.s, la mise en œuvre des techniques thérapeutiques Accompagnement du personnel soignant dans les situations de soins psychiatriques des pensionnaires des établissements de soins complexes Support rapide sur demande
Leadership clinique et professionnel	Accès primaire vers les soins et la gestion de cas des résident.e.s Développement de la pratique (p. ex. amélioration de la qualité des soins, de la vie)
Consultation	Psychologue, l'équipe mobile psychiatrique et l'équipe mobile de soins palliatifs
Collaboration	Avec le médecin responsable sur l'unité (une fois par semaine), discuter du plan de traitement et de la polypharmacie des résident.e.s, des changements de médicaments, des comportements difficiles des résident.e.s, des infirmiers.ères autorisées, des aides-infirmières, du personnel d'activité, des ergothérapeutes, des infirmières cliniciennes sur une base quotidienne, des équipes mobiles en psychiatrie et en soins palliatifs de façon régulière, des autres infirmiers.ères spécialisés.es et des psychologues. Les résident.e.s sur une base quotidienne, les familles à informer sur l'évolution des conditions de santé / discussions.
Recherche	-
Prise de décision éthique	Clarifier, vérifier et discuter des directives anticipées avec les résident.e.s, les familles, le personnel infirmier et les omnipraticiens.

Compétences et rôle de la clinicienne | La Sombaille

Maladies le plus souvent traitées par l'infirmier expert en psychogériatrie gériatrie	Maladies chroniques
Pratique clinique directe	La clinicienne n'effectue pas de tâches purement cliniques (p.ex. : prises de glycémies) , qui sont réalisées par les soignants et si besoin par les différents experts en gériatrie présents dans les unités. Elle a pour but de soutenir les équipes de soins. Tests/ Assessments: Laboratoire: Non Examen mental: Non Examen physique: Non Bilan fonctionnelle: Non Bilan social: Non Directives anticipées : Participation si besoins
Coaching	La clinicienne intervient auprès des résident.e.s et de leur famille, pour effectuer une toilette évaluative par exemple et aider le/la résident.e à identifier ses besoins, si une situation difficile se présente. La clinicienne apportera alors des réponses au personnel soignant pour les aider à réaliser leurs soins au quotidien et/ou à identifier des comportements à adopter avec un résident en refus de soins, par exemple.
Leadership clinique et professionnel	Le leadership clinique fait surtout partie du rôle des infirmiers experts qui sont présents sur les unités, mais la Clinicienne peut intervenir dans un plan de soins en apportant ses conseils et des directives si besoins.
Consultation	Les professions thérapeutiques, les médecins.
Collaboration	Présente sur 5 unités, elle collabore avec l'ensemble du personnel soignant, les cadres d'unités, les experts en soins, les thérapeutes, l'intendance et parfois avec les médecins.
Recherche	-
Prise de décision éthique	Ne participe pas directement aux prises de décisions éthiques, mais peut être sollicitée pour soutenir l'équipe soignante et les aider à identifier des opportunités d'apprentissage.

Les Tilleuls, Genève

Établissement médical social 10 (P10)

1 Caractéristiques de l'établissement

Les Tilleuls est l'un des deux établissements médico-sociaux (EMS) de la Fondation pour l'accueil et l'hébergement des personnes âgées (FAHPA), créée par la Ville de Genève. La fondation est à but non lucratif. Cet EMS délivre des soins de longue durée pour des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs et comportementaux, ainsi que des soins palliatifs. Il dispose de 55 lits. Une fois le portillon à code d'accès franchi, les portes de l'EMS sont ouvertes permettant une liberté de déplacement et l'accès au parc privatif.

A l'instar de tous les EMS genevois, un médecin répondant est attaché à l'établissement. Ce dernier est un médecin de ville, spécialisé en psychiatrie gériatrique, dont le cabinet se trouve à l'extérieur de l'EMS. Quatre autres médecins sont en lien avec l'établissement, en tant que médecins traitants privés d'un certain nombre de résidents.es.

Résidents.es. Les problématiques psychiatriques et psychologiques des résidents.es des Tilleuls peuvent s'accompagner de troubles cognitifs qui influencent leurs comportements et qui nécessitent une prise en charge particulière. A ces caractéristiques s'ajoutent de multiples pathologies somatiques chroniques. Aux Tilleuls, l'accent est mis sur une approche globale du/de la résident.e, avec une prise en charge à la fois somatique et psychique, justifiant la visite d'un psychiatre deux fois par semaine. A l'origine du modèle et de l'établissement, et à partir de son expérience de l'hôpital psychiatrique, le directeur actuel a souhaité offrir un véritable lieu de vie à des patients.es âgés.es nécessitant un accompagnement et des soins psychiatriques de longue durée. Dans ce sens, il a proposé une approche avec un modèle de soins prenant appui sur la clinique et qui permet une fonction soignante interdisciplinaire et fondée sur le quotidien.

Le but des soins infirmiers. L'équipe soignante met l'accent sur la création d'une relation de confiance avec les résidents.es, dans le but d'atténuer leurs souffrances psychiques et/ou physiques. La qualité des prestations de soins doit s'incarner dans l'accompagnement quotidien des résidents.es, en portant une attention constante à la dynamique de groupe au sein des résidents.es.

Le travail d'équipe est le fruit d'une collaboration de tous les services: service soignant, d'animation, intendance, service administratif et service technique. Les services sont coordonnés par les cadres et par la direction, avec le soutien du médecin répondant.

La bonne coordination des services repose sur une prise en charge anticipée des résidents.es grâce aux protocoles de prise en charge pour certaines situations aiguës, tels que les décompensations cardiaques. Ceci permet à l'équipe soignante de mettre en place les surveillances cliniques recommandées. Elle nécessite également une communication au sujet des résidents.es incluant tous les services de l'établissement.

Table 1 Caractéristiques de l'établissement

	Données (Novembre 2017)
Statut juridique de l'établissement	Privé subventionné
Localisation	Urbain
Modèle médical	Médecin-répondant avec cabinet hors établissement
Nombre de médecin	26 médecins traitants pour les deux établissements en plus des deux médecins répondants
Nombre total de lits	126 pour les deux établissements
Nombre d'employés	130 ETP 180 personnes
Nombre d'apprentis et d'étudiants (2019)	27 apprentis pour 2019
Type d'offre qui est proposé par votre établissement	Soins généraux de longue durée Soins des personnes atteintes de démences Soins gériopsychiatriques Soins palliatifs généraux

La qualité des soins. La Résidence Les Tilleuls travaille avec des indicateurs de qualité qui proviennent du département cantonal de tutelle. S'ils permettent d'évaluer et de contrôler la qualité des soins, ils sont également utilisés pour sensibiliser les collaborateurs plus efficacement aux différents thèmes évalués. Par exemple, pour les chutes, la Direction a repris les statistiques en lien, pour étudier de plus près les chutes sans traumatismes, et promouvoir une discussion, afin d'en tirer des axes d'amélioration tels que promouvoir la liberté de mouvements.

2 Le modèle de soins

Le modèle de soins en place aux Tilleuls met l'accent sur la clinique. Une équipe spécifique a été mise en place. Cette dernière est constituée d'une infirmière clinicienne, d'une animatrice clinicienne et d'un aide-soignant clinicien. Dénommée « FAC » (Formation et Appui Clinique), son but principal est d'apporter un soutien à tous les services avec une équipe composée de praticiens ayant des formations différentes : par exemple, pendant les repas avec l'aide de l'animatrice clinicienne ; dans le choix d'un matériel spécifique pour un.e résident.e avec l'aide-soignant ayant suivi une formation d'ergomotricien ; ou pour le projet de soins et d'accompagnement du/de la résident.e, avec la clinicienne. L'association d'une nouvelle fonction - celle de la clinicienne - et de ce nouveau service ont formé le modèle de soins en place, au sein de la fondation.

2.1 Raison de la mise en place du modèle

La création de la FAC répond à une évolution de l'organisation de la FAHPA¹, avec la création d'une direction unique pour ses deux établissements, Les Tilleuls et Fort-Barreau. Il s'agissait notamment de trouver un moyen d'harmoniser les niveaux de compétences et certaines pratiques, par le biais d'un soutien aux équipes, en général, et soignantes, en particulier, sur les deux établissements de la fondation. La création d'un service comprenant trois professionnels avec des parcours et des formations différents, pour répondre de façon spécifique à des demandes de connaissances ou d'aide et d'accompagnement, a été la réponse donnée à ces enjeux.

2.2 Procédure de développement

Cette équipe a été construite à partir des compétences particulières de chacune des personnes concernées. Avant la formation de la FAC, l'établissement avait déjà disposé d'une clinicienne qui n'avait cependant pas été remplacée à son départ. Sur la base des acquis de cette expérience, pour former la FAC, le directeur a privilégié un profil de clinicienne qui permette de mettre l'accent sur la réflexion, ainsi que le choix d'une personne qui fasse déjà partie de l'établissement. Le rôle de clinicienne s'est développé au fur et à mesure. Exerçant aux Tilleuls depuis 25 ans en tant qu'infirmière dans un premier temps, puis comme infirmière-chef ensuite, la clinicienne a dû néanmoins, au départ, se familiariser avec les différentes équipes soignantes du deuxième établissement (Fort-Barreau). Cette intégration parmi les équipes soignantes s'est faite grâce à sa participation aux soins quotidiens des résidents.es pendant 6 mois. Il s'agissait d'une part, d'apprendre à connaître le personnel du deuxième établissement, et d'autre part, de se faire une place et de gagner en crédibilité auprès du personnel, en particulier de ce deuxième établissement.

« (...) Il a fallu que je développe l'accompagnement, l'empathie, la résilience... toutes ces approches(...) »

[La Clinicienne]

¹FAHPA: Fondation pour l'Accueil et l'Hébergement des Personnes Âgées

L'animatrice clinicienne amène , quant à elle, une expertise et un savoir-faire aux équipes soignantes en raison de son expérience, de ses compétences et sa position de professionnelle du domaine social. Elle a notamment participé à un important dispositif de formation des EMS genevois dans le domaine de la prise en charge de la démence (APADE²), en tant que formatrice.

Enfin, l'aide-soignant est formé en ergomotricité, en mobilité des personnes âgées et en premiers secours. D'abord ambulancier, il a développé une expérience de plusieurs années de soins auprès des personnes âgées.

Il est prioritairement sollicité pour évaluer les capacités motrices du/de la résident.e pour lui trouver le moyen de déplacement le plus adapté et déterminer les équipements nécessaires pour améliorer le positionnement du/de la résident.e, sa sécurité et son autonomie. Il accompagne les aides-soignants.es au quotidien et décide de participer aux réunions d'équipes en fonction des résidents.es suivis.

Il a la mission de former tous les collaborateurs.trices à l'utilisation des appareils de mobilisation, d'effectuer des démonstrations d'utilisation de nouveau matériel auprès du personnel concerné et de former les collaborateurs aux premiers secours.

Au sein de la FAC, il n'y a pas de hiérarchie, ce qui facilite les échanges. L'équipe se réunit tous les 15 jours, avec le directeur de l'établissement, pour discuter de l'organisation, du fonctionnement et faire un point sur les projets en cours ou ceux à mettre en place.

La FAC s'occupe aussi d'assurer trois jours d'accueil pour les nouveaux collaborateurs et stagiaires, afin de favoriser leur intégration au sein des équipes et d'adopter les valeurs propres aux deux sites.

La participation du personnel des Tilleuls et de Fort-Barreau au dispositif de formation APADE, cité ci-dessus, a favorisé un gain d'expertise au niveau des équipes qui a été un vrai moteur pour le développement de la FAC.

2.3 Implémentation du modèle de soins

La création du poste de clinicienne a coûté globalement CHF 140,000. A cet investissement financier, se sont ajoutés des ressources organisationnelles, tel qu'un soutien administratif, des colloques informatifs pour le personnel, ainsi que des interventions directes auprès des résidents.es, lors de situations particulièrement difficiles , pour expliquer ce qu'était la FAC et les rôles de chacun.

Obstacles et facteurs facilitants

Facilitateurs

A contrario, les facteurs qui ont contribué à rendre l'implémentation du modèle plus aisé et qui ont favorisé l'acceptation des changements sont les suivants :

- La clinicienne a un rôle en dehors de la hiérarchie des soins (elle ne dépend pas de l'infirmière-chef)
- La FAC a été créée par le directeur de l'établissement : elle marque sa volonté, sa confiance et son investissement pour que le service fonctionne et que l'intégration du rôle se fasse facilement.
- La motivation de la clinicienne : cette dernière est prête à partager son savoir et ses connaissances avec tous les collaborateurs.
- Avoir un nouveau « challenge » à relever, qui apporte du nouveau au sein de la fondation et un élan de collaboration au sein des équipes.

De la disponibilité au quotidien, une liberté pour intervenir auprès des résidents.es et venir spontanément en soutien aux équipes, ont été en outre très appréciés, et dans ce sens, des facteurs de soutien à l'implémentation de la FAC.

²APADE: Accompagner les personnes atteintes de démence en EMS

Obstacles

Lors d'un changement dans un établissement, il est nécessaire de prendre connaissance des obstacles ou des freins qui peuvent ralentir ou rendre difficile l'acceptation de ce changement. Ces obstacles peuvent être plus ou moins exprimés. Dans le cas de l'implémentation de ce nouveau « modèle de soins » ou « d'une façon différente de travailler », les obstacles décrits sont essentiellement les suivants :

- L'incompréhension de la nouvelle fonction de clinicienne qui a engendré un conflit d'influence ou de pouvoir avec d'autres professionnels ; il a été résolu avec une bonne communication et l'immersion de la clinicienne durant quelques mois au sein des équipes des deux établissements pour se familiariser avec les résidents.es et tous les collaborateurs.
- La recherche de la bonne façon de coordonner les différents membres de la FAC et de définir l'organisation au sein de ce nouveau service.
- Le manque d'expérience de l'infirmière clinicienne dans le rôle de clinicienne, cumulé à son changement de statut face aux équipes. Une adaptation était nécessaire pour la clinicienne, car elle exerçait préalablement un rôle d'infirmière cheffe aux Tilleuls, d'une part, et qu'elle n'était pas connue du second établissement avant d'obtenir le poste de clinicienne. La difficulté était essentiellement de faire valoir d'autres qualités et compétences, issue de sa formation de clinicienne, différentes de celles d'une infirmière cheffe.

3 Le rôle de l'infirmier.e expert.e en gériatrie

Au sein de la fondation, le rôle de clinicienne, intégré dans le nouveau service, tel que décrit plus haut (FAC), apporte une expertise clinique et une ressource supplémentaire pour les équipes soignantes.

La clinicienne participe très souvent à l'accompagnement du nouveau personnel et à la formation, lors de matinées cliniques par exemple. Le/la résident.e est au centre de ces matinées cliniques, avec une réflexion sur la manière dont les soins peuvent être organisés pour respecter son rythme qui peut varier d'un jour à l'autre.

"(...)On essaye de leur montrer dans la matinée clinique que "oui vous avez 5 toilettes, mais il n'y a pas d'ordre". Il faut vraiment partir des situations que vous rencontrez. Parce que chaque jour la personne, elle, est différente. (...)"
[La clinicienne]

La clinicienne est au service des 4 unités des deux établissements (Les Tilleuls et Fort-Barreau), ce qui représente 126 résidents.es. Elle a un contact avec environ 10 résidents.es par jour.

"(...) On met vraiment le résident au centre. On part du résident. C'est vraiment notre priorité et puis dans la façon dont on aborde le résident, on le nomme, on le considère comme une personne, et nous n'autorisons pas les petits noms. (...)"
[La clinicienne]

3.1 Organisation du travail

La clinicienne travaille avec un horaire de journée, le plus souvent de 8h-17h en semaine. Elle effectue 16 heures de garde ou de piquet en moyenne par mois, ce qui représente un soutien en plus pour les équipes, lorsqu'elle est présente, en dehors des horaires de journée.

3.2 Domaines de responsabilités

La clinicienne est une ressource pour les soignants :

- Elle peut effectuer une évaluation clinique pour un.e résident.e qui présente une situation clinique instable ou une détérioration (ex : une perte d'appétit).
- Elle intervient sur demande d'un.e infirmier.ère, et évalue le/la résident.e en se référant aux protocoles et à son expérience ; suite à son évaluation, l'infirmier.ère peut être amené.e à modifier des traitements ou à demander une surveillance accrue des constantes.
- Elle n'est pas directement responsable des soins délivrés aux résidents.es, mais elle offre un coaching aux équipes, ainsi qu'un soutien lors de matinées de formation.

3.3 Activités cliniques

Le rôle de clinicienne, mis en place aux Tilleuls et à Fort Barreau, est centré sur la pratique basée sur des données probantes (« Evidence Based Practice »), ainsi que, notamment, sur l'évolution de l'état mental ou sur la surveillance cutanée des résidents.es. Elle peut conseiller des modifications de traitements³ et/ou une surveillance particulière à mettre en place.

L'examen physique ne relève pas de son domaine de compétences ; en revanche l'observation du comportement et du / de la résident.e dans sa globalité, en collaboration avec l'équipe soignante, sont les tâches les plus fréquemment effectuées.

Coaching et leadership

La clinicienne est à l'écoute des résidents.es et elle participe aux discussions avec les familles sur l'état de santé des résidents.es. Elle est également responsable de l'organisation de cours et de formations mensuelles pour le personnel sur les thématiques suivantes :

- Prévention des chutes
- Utilisation de l'échelle de la douleur
- Distribution des médicaments

Leadership clinique et professionnel

La clinicienne guide et participe aux gestions de cas, surtout pour les prises en charge difficiles. Elle organise des formations pour transmettre les connaissances et les nouvelles pratiques issues de la recherche en matière de soins gériatriques.

³ En Suisse, la prescription médicamenteuse ou la prescription d'actes médicaux par les infirmiers.ères cliniciens.ennes n'est pas autorisée.

Table 2 Infirmière clinicienne

Ratio résidants.es : infirmière clinicienne	126:1
Objet de l'activité clinique	Coaching des équipes soignantes Formations et soutien lors des matinées cliniques
Plus haut niveau de scolarité disponible	Formation de clinicienne option santé mentale
Formation spécifique ou certificats supplémentaires	Diploma of Advanced Studies (DAS) Soins à la population vieillissante. Certificate of advanced Studies (CAS) Soins palliatifs
Intégration administrative de l'infirmière clinicienne	
Nombre de d'infirmiers.ères experts.es employés.es (total)	1 Clinicienne
Nombre en pourcentage d'emplois	100%
Temps de travail moyen par semaine	40h
Supérieurs	La Direction
Horaires de travail	8h00- 17h00 en semaine 16h de garde ou piquets par mois en moyenne

4 Collaboration interprofessionnelle

Au sein de la fondation et de manière générale, le directeur met l'accent sur la valorisation des compétences et des initiatives de chacun des collaborateurs. Les différentes expériences et les compétences spécifiques sont toutefois capitalisées et centralisées dans la FAC, pour qu'il y ait une coordination et une approche globale sur les deux établissements, ainsi qu'une bonne collaboration avec les résidants.es et leurs familles. Les membres de la FAC se réunissent une fois par semaine pour discuter et décider des solutions à proposer aux équipes, afin qu'en retour, leur accord sur les décisions prises favorise leur acceptation par les équipes. Entre les membres de la FAC, la collaboration et la communication sont plutôt informelles et basées sur un échange régulier ; de même pour les échanges entre la FAC et le personnel soignant et médical.

Certaines caractéristiques des différentes collaborations sont présentées ci-après.

4.1 Équipe de soins

C'est la demande d'un.e professionnel.le à propos d'un.e résident.e qui enclenche en général une collaboration particulière avec une équipe de soins. La confiance et le respect permettent à cette collaboration de se développer. Au besoin, et de manière ponctuelle, le personnel de soins peut solliciter la clinicienne pour réaliser un soin, si une activité ou situation se présentait qui nécessiterait du personnel supplémentaire de manière imprévisible.

4.2 Médecin

Il y a deux médecins répondants pour la fondation, un par EMS ; chacun collabore de façon rapprochée avec les équipes soignantes. Ils sont les médecins traitants de la majorité des résidants.es. Ils viennent en visite fixe deux fois par semaine durant deux heures, ce qui favorise les échanges et la communication entre les soignants et eux. Ils restent joignable pour les équipes qui peuvent les contacter par téléphone. La clinicienne est présente aux réunions d'équipe, et elle a ainsi la possibilité de s'entretenir directement avec eux. Entre la clinicienne et les médecins répondants la collaboration est très

efficace, car ils se connaissent depuis longtemps et savent comment chacun travaille, réfléchit et s'organise. Lorsqu'une situation difficile se présente, les médecins répondants proposent rapidement que l'équipe, la clinicienne et eux-mêmes se rencontrent pour discuter et trouver une solution adéquate. L'infirmière clinicienne intervient également auprès des médecins traitants (26 médecins actuellement pour environ 30% de la totalité des 126 résidents).

" (...) on se connaît depuis très longtemps donc on a aucun mystère l'un pour l'autre. Elle connaît ma manière de travailler, de penser, ma culture médicale, gériatrique, psychiatrique et c'est très agréable. On n'a jamais de différend ou d'opposition (...)"

[Le médecin répondant]

La fonction de la clinicienne au sein de la fondation est conçue comme un relais entre les professions paramédicales et médicales ; elle vise à instaurer des échanges et un travail productif avec les soignants pour que la transmission d'informations soit effectuée de manière pertinente lors des visites médicales.

" (...) Elle [la clinicienne], a eu un apprentissage dû à sa formation de clinicienne qui lui a permis d'acquérir des connaissances et une habileté à recadrer les situations compliquées ou lorsque quelque chose dysfonctionne (...) "

[Le médecin répondant]

4.3 Professions thérapeutiques et autres professions

La collaboration avec les professions thérapeutiques s'effectue essentiellement lors des colloques hebdomadaires ou mensuels, lorsqu'il y a une prise en charge particulière à mettre en place pour un.e résident.e. En dehors des colloques, la FAC assure la coordination d'informations qui peuvent être utiles entre les équipes soignantes et les thérapeutes, pour limiter la perte d'informations et faciliter la transmission des données importantes.

4.4 Administration

Pour assurer une bonne connaissance du nouveau rôle de la clinicienne, ainsi que celle des buts de la FAC et faciliter sa mise en place, l'administration des deux établissements a été informée de la mise en place du modèle lors d'un entretien avec la clinicienne. La bonne entente entre les deux sites de la fondation, et l'intégration de l'administration dans les échanges d'informations qui concernent le fonctionnement de la fondation permettent une bonne coordination entre les deux sites. De plus, le Directeur encourage les équipes administratives à participer à la vie des résidents.es, en les invitant, par exemple, à être présents lors de l'accueil d'un.e nouveau résident.e à la fondation.

4.5 La direction

La Direction est très impliquée dans le déroulement de la FAC, mais plus particulièrement, a été disponible et soutenant lors de l'implémentation du rôle de la clinicienne. La confiance mutuelle assure une très bonne collaboration entre le directeur et la clinicienne, en plus de pouvoir très régulièrement s'entretenir pour parler de difficultés ou d'obstacles de façon informelle (une fois par jour).

4.6 Les résidents.es et les membres de leur famille

La clinicienne est souvent abordée par des familles de façon inopinée, dans la mesure où elle exerce depuis de nombreuses années aux Tilleuls. Elle est donc connue, et elle est un repère important pour certaines familles.

L'animatrice clinicienne collabore quant à elle également de façon plus formelle avec les familles qu'elle voit une fois par mois en réunion pour celles qui le souhaitent. Après une présentation sur un thème choisi par les familles elles-mêmes, une discussion libre s'engage entre les membres des familles autour du thème présenté.

5 Changements depuis la mise en œuvre du modèle

La FAC a débuté le 15 février 2016, avec la clinicienne. Elle a été rejointe, au cours des deux mois suivants par l'ergomotricien, puis par la clinicienne d'animation. En mai 2016, le service était formé. Il a un bureau sur chaque site.

Pour les résidents.es

Par ailleurs, les matinées cliniques mises en place ou encore les appuis aux repas, représentent un soutien supplémentaire, pour aider les résidents.es à maintenir une bonne alimentation (par exemple que les repas soient à bonne température pendant la durée du repas, qu'une aide soit apportée pour s'alimenter, que le résident soit dans une position adéquate pour l'activité), le soutien à l'utilisation des équipements des soins, mais aussi un soutien technique pour le personnel au niveau de l'utilisation du système informatique et des transmissions ciblées (guider les soignants.es dans la compréhension de certaines cibles et des informations à apporter), constituent de vrais apports pour les deux sites de l'établissement.

Pour le personnel

Depuis la mise en œuvre du modèle en 2016, les infirmiers.es sont soutenues dans des situations complexes de soins, ce qui contribue à une meilleure collaboration interprofessionnelle, car ils / elles peuvent profiter d'un regard extérieur et de conseils, solutions et stratégies pour mieux gérer les situations complexes.

Pour la qualité des soins

Enfin, la mise en place de ce modèle permet d'élaborer des projets de soins entre les deux établissements, ainsi qu'une réflexion interdisciplinaire sur l'organisation des soins et sur l'amélioration des soins de façon continue.

6 Vision pour le futur

Si la direction estime délicat de définir l'avenir du service, elle considère néanmoins que son importance fonctionnelle dans l'institution n'est plus à démontrer et que cette importance devrait même inciter la fondation à étoffer encore cette équipe.

Toutefois, le financement à moyen terme des prestations existantes à ce jour reste un enjeu.

Compétences et rôle de la clinicienne | Les Tilleuls

Maladies le plus souvent traitées par l'infirmier expert en psychogériatrie gériatrie	Prises en charges des troubles psycho-gériatriques, démences, maladies psychiatriques.	
Pratique clinique directe	L'observation du comportement et du / de la résident.e dans sa globalité, en collaboration avec l'équipe soignante.	<u>Tests / Bilan : explication de l'accompagnement</u> <u>La clinicienne est disponible pour toutes les équipes pour aider les professionnels de l'établissement</u> La clinicienne est disponible dans les équipes des soins pour aider les soignants.es à l'interprétation des résultats de divers bilans, que les glycémies ; ainsi que pour les éventuelles surveillances à mettre en place. Elle peut aussi intervenir pour faire le relais avec le médecin, si besoin.
Coaching	La clinicienne soutient les équipes de soins à travers la formation. La clinicienne intervient auprès des résident.e.s, pour effectuer une toilette évaluative par exemple et aider le.la résident.e à identifier ses besoins, si une situation difficile se présentait. La clinicienne apporte alors des réponses au personnel soignant et aux autres professionnels pour les aider à réaliser leurs soins au quotidien et/ou à identifier des comportements à adopter avec un.e résident.e en refus de soins, par exemple.	
Leadership clinique et professionnel	La clinicienne collabore avec deux autres professionnels, une animatrice clinicienne et un aide-soignant clinicien au sein d'une équipe ad hoc (intitulée FAC pour Formation et Appui Clinique), pour apporter des conseils adaptés aux équipes de soins et aux autres services, dans le but de mener une réflexion interdisciplinaire sur une prise en charge.	
Consultation	Les professions thérapeutiques, les médecins.	
Collaboration	Présente sur deux sites, elle collabore avec l'ensemble du personnel soignant, les cadres d'unités, les thérapeutes, l'administrations, l'animation, l'intendance et le médecin répondant.	
Recherche	La clinicienne en collaboration avec la direction, pour les projets de recherches, tels que analyses des données cliniques relatives aux chutes pour examiner celles qui n'engendrent pas de traumatismes pour cibler les axes d'amélioration avec les équipes soignantes.	
Prise de décision éthique	-	

Les Martinets, Villars-sur-Glâne

Établissement médical social 11 (P11)

1 Caractéristiques de l'établissement

Les Martinets est un établissement médico-social situé à Villars-sur-Glâne, dans le canton Fribourgeois et a ouvert ses portes en février 1990. C'est un établissement privé subventionné qui fournit des soins généraux de longue durée, des soins pour les personnes atteintes de démences avec une unité spéciale démence fermée de 20 lits, soins gériatriques, soins palliatifs généraux, soins de réhabilitation de courte et longue durée et des soins d'oxygénation de longue durée.

Les Martinets travaille avec deux médecins spécialisés en médecine interne, qui sont responsables pour l'établissement, avec leurs cabinets qui est situé à l'extérieur. Ils sont joignables en soirée et le weekend (en principe à tour de rôles pour répondre aux besoins urgents des équipes de soins) et sur leur téléphone pour les situations d'urgence. Il y a également un médecin psychiatre de liaison qui est joignable pendant les heures ouvrables.

Les Martinets disposent de 80 lits de soins de longue durée, ainsi que de 20 lits supplémentaires dans une unité spéciale démence. Ils ont également 3 lits dédiés aux soins de courte durée.

Résidents.es. La philosophie de la maison est centrée sur la qualité de vie des résidents.es et les Martinets encourage les rencontres et les contacts entre les résidents.es, à travers de nombreuses activités ludiques proposées à tous les résidents.es. La majorité des résidents.es vivent avec des comorbidités et sont pour la plus part âgés et la tendance fait qu'ils emménagent dans l'établissement plus tardivement que dans le passé, bénéficiant de soins à domicile, ou bien ils sont pris en charge par des membres de la famille avant d'intégrer les Martinets. Il y a donc un vrai travail d'adaptation pour ces personnes qui nécessite un accompagnement infirmier, social et psychologique pour qu'ils puissent prendre leurs repères, et vivre cette installation sereinement.

« [...] L'histoire de vie est très importante car les personnes âgées viennent vivre de plus en plus tard en institution. La prise en charge doit être optimale dans le respect de l'humanité [...]. »

[La Clinicienne]

Le but des soins infirmiers. La prise en charge du/ de la résident.e se fait de manière globale avec une identification le plus tôt possible d'une situation qui peut s'avérer complexe, le plus souvent liée à une pathologie psychologique ou à une démence. Une évaluation approfondie du/ de la résident.e se fait alors au moment d'une « toilette évaluative » pour comprendre et subvenir aux besoins des résidents.es, tels que les préférences au moment de la toilette, le rythme propre à chaque résident, ainsi que l'état cutané par exemple. Certaines prises en charge restent compliquées à gérer et à prendre en charge quel que soit le nombre d'évaluations faites et le temps passé à rassurer et écouter les résidents.es. C'est pour cela que la formation continue est considérée comme un aspect clé au sein des Martinets, pour que les équipes soignantes et d'accompagnement puissent acquérir de nouvelles connaissances/compétences afin de continuellement améliorer les soins délivrés aux résidents.es dans le respect de leur rythme de vie.

« [...] Certaines pathologies impliquent des problèmes de comportement qui sont difficiles à prendre en charge soit au niveau des soins infirmiers soit au niveau médical [...]. »

[La Clinicienne]

Table 1 Caractéristiques de l'établissement

	Données (Janvier 2018)
Les Martinets	Particularités
Statut juridique de l'établissement	Privé subventionné
Localisation	Urbain
Model médical	Médecin répondant
Nombre de médecin	2 médecins spécialisés en médecine interne 1 Psychiatre
Nombre total de lits	103 lits
Nombre d'employés	165 collaborateurs
Nombre d'apprentis et d'étudiants	5 apprentis
Type d'offre est proposé par votre établissement	Soins généraux de longue durée Soins des personnes atteintes de démences Soins gériopsychiatriques Soins palliatifs généraux Soins de réhabilitation Soins de réhabilitation de longue durée (ex : en cas de tétraplégie) Soins d'oxygénation de longue durée

La qualité des soins. Aux Martinets, 40 % du personnel sont des infirmiers.ères diplômés.es, avec certains infirmiers.ères qui sont formés.es en transfusions de sang, ce qui permet aux résidents.es de bénéficier de leur traitement aux sein de l'établissement et de ne pas être transférés à l'hôpital. La coordination globale des soins fonctionne bien car les médecins collaborent avec le personnel soignant en partageant leur savoirs et en associent les infirmiers.ères aux colloques hebdomadaires. De plus, un pharmacien est très bien intégré dans l'établissement et au niveau des équipes, et l'ensemble du personnel est familier avec le « Carefolio » qui est un outil informatisé utilisé par tous les secteurs tels que la pharmacie, les médecins mais aussi le personnel soignant, l'administration, l'intendance, la cuisine et le service technique. Ce logiciel permet à distance ou en interne de donner son avis sur la thérapeutique, sur les traitements proposés par les médecins et qui peut proposer des changements par rapport à des génériques ou qui rend attentif à des interférences ou à des associations de médicaments. Deux fois par an, le pharmacien, l'infirmière cheffe, les médecins et le directeur se regroupe lors d'un colloque pour analyser la consommation des médicaments, au sein des Martinets. Des objectifs sont alors mis en place si besoins, afin d'améliorer la prescription et la rendre plus performante. Ceci agit directement sur la polymédication et contribue également à limiter les effets indésirables liés aux médicaments et peut réduire les hospitalisations inappropriées.

La collaboration entre les différentes professions avec le.a résident.e qui se trouve au centre, permet de se rapprocher d'une prise en charge optimal, car d'une part la bonne communication permet de pallier aux situations difficile rapidement, mais aussi pour que les différentes connaissances de chaque discipline peuvent être partagées.

"[...] On a très peu d'hospitalisation inutile. Très, très, très peu. On va de plus en plus loin dans la prise en charge soignante. [...]" La Direction

2 Le modèle de soins

Les Martinets ont commencé à travailler avec le modèle de soins en 2013, qui a débuté avec l'embauche d'une infirmière clinicienne avec une formation de niveau master (Master en Sciences Infirmière). En 2013 le modèle de soins n'était pas complètement défini, et l'embauche de la clinicienne était considéré un peu comme un test car c'était la première fois qu'un poste tel que celui-ci était implémenté au sein des Martinets. Il y a effectivement peu d'infirmières cliniciennes formées au niveau de master et qui restent motivées par un poste dans un établissement médico-social, de ce fait les Martinets a saisi l'opportunité d'intégrer un poste de clinicienne même si celui-ci remplace un poste d'infirmier à temps plein, et qu'il fallait justifier ce poste aux yeux des équipes.

2.1 Raison de la mise en place de modèle

Le modèle a été développé car au début il y avait un besoin de compléter la prise en charge des équipes surtout par rapport à la gestion globale des apprentis en soins, des étudiants HES et de tous les autres stagiaires qui gravitent autour des unités, et qui sont de plus en plus nombreux. Il y avait aussi besoin d'une personne ressource et compétente pour encadrer les stagiaires et décharger les infirmières de chaque unité qui avaient de la peine à pouvoir tout assumer. Ensuite le poste de la clinicienne a pu évoluer, pour se concentrer sur les pratiques cliniques pour les améliorer, en se basant sur les indicateurs de qualités. La clinicienne participe aux études réseau et aux journées benchmarking, qui lui permettent d'acquérir de nouvelles connaissances et de les appliquer aux Martinets.

Dans un second temps pour améliorer la prise en charge des résidents atteints de troubles psychogériatriques et de démence, une unité spéciale démence a été créée avec 20 lits, en Juillet 2017. La clinicienne a beaucoup contribué au développement de cet unité, en faisant des recherches, en mettant en place une organisation et en conseillant des formations adaptées, pour que le personnel soignant de cette unité ait les compétences spécifiques pour un fonctionnement et un niveau de qualité de soins optimale et une meilleure prise en charge. Ces formations sont d'ailleurs prises en charge financièrement par le canton, ce qui facilite la possibilité de se rendre à ces formations. Un groupe a été formé par des infirmières qui travaillent dans des unités de démences ou qui font partis de leur création, et ce groupe se réunit quatre fois par an. Le but est d'échanger sur les pratiques, la gestion de la violence et de pouvoir apprendre des uns et des autres, pour améliorer les pratiques et parfois l'organisation dans sa propre unité.

2.2 Procédure de développement

Dans un premier tant l'infirmière clinicienne a été embauché comme infirmière avant d'obtenir un mandat de 100% comme clinicienne. Ceci a permis aux équipes de se familiariser avec elle, et d'intégrer son rôle petit à petit. Le rôle de la clinicienne a été défini par étapes et selon les besoins du personnel (p.ex. un encadrement durant les toilettes évaluatives) et devait bien ce différencier du rôle de l'infirmière cheffe et des ICUS (infirmière cheffe d'unité). La clinicienne a pu elle aussi se familiariser avec toute l'équipe des Martinets et définir ses objectifs. Elle a un rôle hiérarchique bien défini qui la positionne de manière claire dans l'organigramme institutionnelle ce qui apporte de la clarté car elle est hors effectif, et ses supérieurs sont le directeur de l'EMS ainsi que l'infirmière cheffe.

Le profil de poste a été élaboré en collaboration avec la Direction. Parmi les ressources mises en place pour aider à l'implémentation du modèle, un programme d'initiation destiné à tous les collaborateurs, ainsi qu'un soutien apporté par la direction aux équipes ont été prévu et nécessaires. De plus, un bureau et une installation informatique a été mise en place pour la clinicienne ainsi que l'accès à diverses formations telle que les formations continues pour les cliniciennes et à la participation à des congrès externes. Un groupe a été formé pour toutes les cliniciennes du canton, fin 2017, pour échanger sur leur pratique, développer leurs rôles et échanger sur leurs expériences.

" [...] Elle est tombée un peu du ciel pour être très clair. On cherchait une infirmière. Elle a postulé. Elle avait un plan de carrière qui n'était pas encore forcément défini à ce moment-là. Elle était clinicienne, mais elle ne travaillait pas comme clinicienne [...]" La Direction

2.3 Implémentation du modèle de soins

Lors de l'implémentation du modèle et l'intégration d'un nouveau rôle ou une nouvelle fonction au sein de l'établissement, il est important que cette nouvelle fonction se fasse accepter par les équipes de soins et qu'elle soit décrite le mieux possible. Une écoute et un soutien aux équipes par la Direction a été nécessaire aux Martinets pour réussir cette implémentation et accompagner l'ensemble du personnel au travers des changements. La clinicienne a une certaine autonomie dans les prises de décisions concernant par exemple les protocoles et le suivi des apprentis et étudiants en stage. Cela se fait sur un transfert de responsabilités car la clinicienne occupe une fonction tertiaire dans la dotation infirmière, donc son rôle doit convaincre de son utilité et son appartenance à la collectivité soignante et à l'institution. Aux Martinets il a été important de prendre le temps pendant l'implémentation, et d'augmenter petit à petit les responsabilités de la clinicienne, pour que chacun trouve sa place.

Obstacles et facteurs facilitants

Obstacles

- Difficultés des soignants d'accepter un rôle infirmier « intellectuel », plutôt qu'une infirmière en unité.
- Incompréhension envers le rôle de clinicienne.
- La formation Master est peu reconnue et parfois mal comprise, ainsi que le rôle et fonction de la clinicienne.
- Être « hors unité » et hors effectif avec une indépendance dans l'établissement.
- Difficultés dans la collaboration avec certaines équipes soignantes.

Facilitateurs

- La personnalité et la motivation personnelle.
- Le soutien de la Direction et de l'infirmière cheffe tout au long de l'implémentation et post-implémentation, à la fois pour la clinicienne mais aussi pour tous les collaborateurs.
- Avoir positionné le rôle de clinicienne clairement dans l'organigramme de l'établissement.
- Être reconnue et acceptée par les autres infirmières.
- Évolution du poste de clinicienne depuis le début du modèle.

3 Le rôle de l'infirmier spécialiste clinique en gériatrie et gérontologie

Le rôle de la clinicienne au sein des martinets a été mise en place au début pour introduire une personne ressource qui puisse décharger les équipes, et notamment les ICUS, des responsabilités envers les stagiaires et apprentis. Cette fonction permet aussi d'apporter une réflexion et des conduites à tenir basées sur des données probantes pour améliorer la qualité des soins. La clinicienne a également permis de développer une unité consacrée aux résidents atteints de démences et de gérer l'organisation de celle-ci au départ. Ce rôle et cette fonction de clinicienne a pu évoluer au travers de différentes formations d'une part, et d'autre part elle a pu intégrer les indicateurs de qualité au sein de la pratique. Par exemple, en regardant le nombre de chutes, et effectuer un travail sur la récurrence de chute au sein de l'EMS. Ce travail a pu être fait en collaboration avec un.e étudiant.e en master, et le résultat a été de produire un résumé avec les facteurs (ex., organisationnels ou environnemental propre aux Martinets) qui peuvent favoriser le risque de chute chez les résidents. Cet exemple permet d'illustrer comment le rôle de clinicienne peut faire évoluer la pratique.

3.1 Organisation du travail

La clinicienne travaille avec des horaires de journée : de 7h environ à 16h, sans coupures. Elle comptabilise en moyenne 10 h supplémentaires par mois et 21 heures de garde ou de piquets par mois. Les matinées sont souvent structurées avec la participation de la clinicienne le matin au rapport de la veille à l'équipe du matin dans l'unité ou elle souhaite travailler, pour se mettre à jour concernant les nouveaux résidents ou noter les potentiels problèmes. Suite à cela, elle encadre généralement un apprenti ou un.e étudiant.e pendant les soins du matin. Elle est alors en contact avec les résidents.

même si elle ne prodigue par directement les soins. L'après-midi, la clinicienne se concentre sur la réfection de protocoles ou les propositions de formations continues à délivrer à l'infirmière cheffe pour l'année suivante par exemple. Elle peut être amenée à prendre contact avec certains enseignants pour l'organisation de formations continues, et prend le temps de s'entretenir avec les étudiants.es si besoins. Elle est aussi à la disposition des équipes, et peut intervenir si une situation complexe devait se présenter, pour apporter son avis ou son expertise.

[...] La formation continue peut impliquer de prendre contact avec des enseignants ou la croix rouge par exemple ; ou bien participer à un colloque, à une rencontre avec une famille, une rencontre avec le directeur et ou l'infirmière cheffe [...]
[La clinicienne]

La clinicienne travaille sur toutes les unités, et passe à peu près 30% de son temps en contact directe avec les résidents.

[...] L'après-midi est complètement libre, et je suis toujours occupée. Je n'ai pas forcément un programme qui est défini, une ASSC ou une collègue de travail peut me solliciter et me parler d'un étudiant [...]
[La clinicienne]

3.2 Domaines de responsabilités

Le domaine de responsabilités de la clinicienne s'étend sur 6 unités et englobe 103 résidents, avec un contact avec environ 15 résidents par jour.

La clinicienne est notamment responsable de :

- L'encadrement et du suivi des nouveaux infirmiers.ères, stagiaires, apprentis au sein des Martinets.
- Le coaching des équipes pour identifier et pallier aux situations aigues ou dans la reconnaissance des situations qui peuvent se détériorer.
- Évaluer la documentation des résidents.es pour améliorer la transmission des informations à travers les différentes disciplines.
- La clinicienne apporte son expérience clinique et peut être amené à pratiquer une évaluation clinique du résident (Toilette évaluative, évaluation de l'état mental) pour guider les équipes soignantes dans la modification d'un plan de soins par exemple.

Table 2 Les experts en soins

	Infirmière clinicienne spécialisée
Ratio résidents.es : Infirmière clinicienne spécialisée	103 : 1
Objet de l'activité clinique	Pas d'activité clinique directe
Plus haut niveau d'études	Master en Sciences Infirmières (MScN)
Formation spécifique ou certificats supplémentaires	Journée de formation continue annuelle (1x par an) en lien avec la psychogériatrie
Nombre de clinicienne (total)	1
Nombre en pourcentage d'emplois	60%
Temps de travail moyen par semaine	20-25h
Salaire	L'Établissement
Supérieurs	La Direction L'infirmière cheffe
Horaires de travail	7h-16h

3.3 Activités cliniques

La majorité de l'activité de la clinicienne n'est pas focalisée sur la pratique directe de soins ou d'actes infirmiers, mais plutôt sur le coaching de l'ensemble du personnel et l'identification des opportunités d'apprentissage et d'amélioration. En effet, les infirmiers sont dotés de compétences cliniques et la clinicienne est disponible pour apporter ses conseils ou guider les soignants dans la réalisation de surveillances propices à certaines situations et à guider la réflexion autour d'une situation complexe.

« [...] donc dans les situations difficiles, là elle doit être performante et dire : « moi, j'ai compris, je propose. » c'est qu'elle va pouvoir proposer quelque chose que l'équipe va suivre ou pas. Il y a régulièrement sur 103 résidents des situations complexes [...] »

[La Direction]

Coaching et leadership

La clinicienne en collaboration avec la Direction et l'infirmière cheffe est très impliquée dans le coaching et le leadership. Elle organise des formations (psychogériatrie, soins palliatifs, fin de vie), parle avec le personnel de soins des démarches qui peuvent être mises en place pour améliorer le quotidien des résidents.es, et ce notamment pour les résidents.es atteints de démence, d'agitation et d'autres problèmes de santé mentale, ou simplement ceux qui présentent un comportement difficile ou qui sont en refus de soins. Pendant ces discussions, la clinicienne a l'opportunité de coacher le personnel de soins afin qu'il améliore sa capacité à identifier des changements dans l'état des résidents.es (capacité d'observation) et opportunité d'apprentissage. Elle mène des discussions informelles avec d'autres experts en soins afin d'échanger avec eux expériences, connaissances et problèmes qu'elle peut ensuite utiliser pour compléter sa fonction de mentor et servir dans différentes unités (p.ex. : une crise bien gérée qui peut être prise comme modèle pour des situations similaires, dans différentes unités).

Elle peut être également amenée à discuter avec les résidents.es de leur état de santé ou l'évolution de leur maladie ou bilan diagnostique et dans ce cas informe le résident sur leur plan de soins.

Leadership clinique et professionnel

La clinicienne participe au développement et à la mise en œuvre et l'évaluation des normes de pratique, consignes d'action et concepts. Elle participe aux programmes d'amélioration de la qualité et s'y implique.

Compétences en recherche

De par sa formation de master, la clinicienne est équipée pour proposer à la Direction et l'infirmière cheffe des recommandations d'adaptations stratégiques basées sur la recherche. Grâce à la formation niveau master, la clinicienne a été formée pour la recherche et pas seulement pour l'utiliser (ex., reconnaître et savoir interpréter les bons articles de recherche). Cela permet de contribuer à la vision de futur de l'établissement et d'être performant tout en réduisant les dépenses et hospitalisations inappropriées. Elle profite également de ses notions en recherche pour transposer des résultats issus des publications, dans la pratique clinique au quotidien. Une des difficultés à noter pour la clinicienne, est de devoir faire des choix, tant au niveau de la reconnaissance salariale qui n'est pas un sujet facile et qui incite souvent à quitter les soins, mais aussi car il est difficile d'associer la recherche à la clinique, en EMS.

Prise de décisions éthiques

La clinicienne ne participe pas directement à la vérification de directives anticipées, ou aux conversations qui peuvent avoir lieu avec les résidents.es et leurs familles, sauf si cela lui est demandé.

4 Collaboration interprofessionnelle

Aux Martinets, la collaboration interprofessionnelle est très importante et a été un moteur pour l'intégration du rôle de clinicienne dans les différentes unités. De plus la clinicienne communique facilement avec les équipes et est présentes aux différents colloques. Le contact avec les équipes est le plus souvent par contact direct, ce qui renforce les échanges et a permis à la clinicienne de très rapidement s'intégrer au début.

« [...] Et avec son expérience de dire il y a une proximité d'action et de collaboration qui fait qu'on se croise toute la journée constamment [...] »

[La Direction]

« [...] Elle communique facilement. C'est à dire qu'elle est intégrée sans être intégrée à des unités. [...] »

[La Direction]

4.1 Équipe de soins

La collaboration avec l'équipe de soins peut débuter soit à la demande d'un.e soignant.e qui est face à une situation problématique avec un.e résident.e, ou bien si la clinicienne identifie un problème de part elle-même, lors d'un colloque ou à travers une discussion.

« [...] c'est soit l'infirmière cheffe ou le directeur qui m'informe d'une situation complexe, suite à cela je me rends dans les équipes, ou bien ce sont les équipes elles-mêmes qui me téléphonent et qui me disent « écoute, il faut vraiment que tu viennes, ça va pas du tout.. [...] »

[La clinicienne]

« [...] Et avec son expérience de dire : « j'entends là depuis deux, trois jours il y a un problème de prise en charge dans telle chambre, chez tel résident. (inc.) qu'il faut aller faire un soins avec un stagiaire pour me rendre compte par moi-même de la difficulté qu'il y a. [...] »

[La Direction]

Lorsqu'une situation problématique est identifiée, la clinicienne propose aux équipes des solutions basées sur ses réflexions et son expérience. Bien que l'ICUS reste la référence et le premier point de contact sur les unités, des décisions prises dans des situations complexes sont le plus souvent prises collégialement, en présence de la clinicienne et de l'ICUS, à la demande des soignants. La clinicienne apporte donc un regard extérieur et propose son aide et des solutions basées sur son expérience et son expertise.

« [...] C'est la maturité et l'expérience qui lui permettra d'aller beaucoup plus loin encore. Il ne faut pas que la clinicienne attende qu'on la sollicite. Il faut encourager les équipes à la solliciter. Mais elle aussi doit de plus en plus par son indépendance action prendre l'initiative et dire : « j'ouvre le débat [...] »

[La Direction]

La clinicienne participe aux colloques ICUS une fois par mois, ce qui lui permet de faire le point sur toutes les unités et de parler de certains cas en collaboration avec les ICUS. Elle peut aussi en collaboration avec les ICUS améliorer certaines structures et proposer des solutions pour que certaines unités fonctionnent mieux. Elle est aussi informée des changements administratifs et tous changements qui ont lieu sur les différentes unités.

4.2 Médecin

Au début de l'implémentation du modèle, la clinicienne se rendait peu aux visites médicales, et cela a changé au fil du temps. Elle participe désormais aux visites médicales le plus souvent possible, une à trois fois par mois, dans l'unité de son choix, en principe là où elle ressent un besoin ou lorsqu'elle a identifié un changement clinique d'un.e résident.e. Lors de la visite elle peut directement s'adresser au médecin s'il y a eu une situation difficile ou s'il y a un changement thérapeutique à mettre en place.

« [...] Nous collaborons très bien avec les médecins car l'entente et l'écoute est mutuelle. Quand un traitement est changé, nous en sommes informés et ils nous demandent systématiquement notre avis [...] »

[La clinicienne]

4.3 Professions thérapeutiques et autres professions

La collaboration avec le personnel d'animation et les kinésithérapeutes, est décrite comme étant très bonne au sein des Martinets, mais sans structure à proprement dite. Cette collaboration débute autour de conversations lors de rencontres ou passages dans les couloirs, de façon spontanée. La clinicienne peut aborder une situation complexe et en parler lors de son passage dans une unité, mais c'est plutôt l'ICUS et le personnel soignant qui vont avoir une collaboration très rapprochée avec les professions thérapeutiques, et au niveau du suivi du résident.

En ce qui concerne l'intendance, la clinicienne a relativement peu de contact direct avec ces collaborateurs car elle ne s'occupe pas de la mise en place des repas ou changement diététique.

4.4 Administration

La clinicienne ne collabore pas directement avec l'administration, sauf si un cas particulier se présente ou si elle doit transmettre une information.

4.5 La direction

La collaboration avec la Direction et l'infirmière cheffe est quasi quotidienne, et les échanges très courants puisque la clinicienne partage ses idées et plans de formation à sa hiérarchie. Dès le départ, la Direction avait une vision claire du modèle et donc ensemble ils ont pu programmer et organiser les étapes à franchir. Comme la direction et l'infirmière cheffe sont très investit, mais laisse à la clinicienne la liberté de prendre des décisions, elle peut facilement leur faire un retour et leur demander un avis et ou finaliser un protocole ensemble. La création de l'unité spéciale démence, est là un exemple de la collaboration qui fonctionne très bien et qui a permis d'ouvrir ces lits supplémentaires. La clinicienne a retravaillé les protocoles à mettre en place et s'est assuré que le personnel été formé en psychogériatrie. Les décisions finales ont été prises avec l'accord de la Direction et des collaborations extérieurs qui avaient déjà mis en place une unité similaire.

4.6 Les résidents.es et les membres de leur famille

La clinicienne ne collabore pas directement avec les membres de la famille des résidents.es sauf en cas de questions spontanées, si elle est présente au moment des visites. La clinicienne est en contact avec près de 15 résidents par jour, et intervient notamment avec les étudiants.es et apprentis. Elle ne délivre pas les soins elle-même directement mais supervise et transmet ses connaissances. Aux yeux des résidents.es, son rôle est de superviser les étudiants.es mais pas celui d'infirmière directe, qui va leur prodiguer des soins. Elle reste néanmoins au service des résidents.es et de leurs familles s'ils souhaitent la rencontrer directement.

« [...] depuis que je travaille en tant que clinicienne, j'ai un petit peu moins de contact avec les proches car mon rôle n'est plus orienté vers les soins directs [...] »

[La clinicienne]

5. Changements depuis la mise en œuvre du modèle

Pour les résidents.es

La mise en place du modèle, a permis d'améliorer la gestion des situations difficiles de part des réflexion thématiques en lien avec la prise en charge des situations problématiques, en partie guidé par la clinicienne. Comme la clinicienne s'occupe principalement de la formation des nouveaux soignants, l'encadrement des apprentis et des étudiants, et de l'organisation derrière, cela dégage du temps aux infirmières « du terrain » à consacrer aux résidents.es.

Pour la qualité des soins

La clinicienne apporte son expertise et une réflexion « hors unité » ce qui contribue à améliorer la qualité des soins car elle apporte une vision différente et propose des solutions adaptées aux résidents.es. Elle s'assure également que les études récentes en lien avec la prise en charge de la personne âgées soient diffusées dans les services de soins pour permettre aux soignants de questionner leur pratique et d'être à jour. Les concepts de soins sont régulièrement remis à jour ou la création de nouveaux concepts de soin ou protocoles de soins est effectuée. En ce qui concerne la formation continue des employés, la clinicienne en collaboration avec la direction et l'infirmière cheffe organise des formations internes et externes, ce qui est considéré comme très important au sein de l'établissement pour garantir la qualité des soins. Avec le nouveau modèle de soins, la vision d'équipe pluridisciplinaire est mise en avant et l'organisation des unités se fait graduellement avec une vision commune. De plus, elle effectue avec le Directeur, un audit qui consiste à auditionner les différentes équipes pour leur demander si les protocoles sont à jours, ce qu'il faut modifier dans les prises en charge et si les conduites à tenir sont bien connus.

Pour le personnel

Le personnel bénéficie d'une personne de référence et d'appui, la clinicienne, qui est externe à l'unité ce qui renforce la circulation d'information. A travers le coaching et la présence de la clinicienne le personnel est valorisé car leurs efforts sont bien notés et reconnus. Depuis la mise en place du modèle, tous les collaborateurs ont un accès plus facile aux différentes formations complémentaires, en partie grâce à un budget formation mieux utilisé, puisque la clinicienne est en mesure de cibler les demandes et besoins. Les désirs de formation permanente sont mieux entendus et mis à disposition des équipes.

6. Vison pour le futur

Depuis l'implémentation du modèle et la restructuration de l'établissement qui a eu lieu, régler les détails organisationnels sont au premier plan. La vision future pour l'établissement serait de construire des appartements protégés, avec un foyer de jour et de nuit. A ce stage les Martinets disposent d'un terrain pour réaliser ce projet mais malgré la demande qui existe, l'établissement ne dispose pas encore de la population qui peuplerait ces appartements.

Compétences et rôle de La Clinicienne I Les Martinets

Maladies le plus souvent traitées par l’infirmier expert en gériatrie	Maladies chroniques (diabète), Maladies aiguës (infections urinaires), soins palliatifs, troubles du comportement.		
Pratique clinique directe	Évaluation d'un changement d'état à la demande du personnel. Évaluation de l'état mental des résidants.es lors de troubles du comportement Surveillance de l'état de la peau des résidants.es lors de toilettes évaluatives en compagnie d'apprentis ou d'étudiants (ce dernier point est aussi un élément de coaching).	<u>Tests/ Evaluations :</u> Laboratoire : Non Examen mental : Soutien aux équipes Examen physique : Oui. Bilan fonctionnelle : Oui Bilan social : Non Directives anticipées : Soutien si besoin	
Coaching	La clinicienne a l’opportunité de coacher le personnel de soins afin qu’il améliore sa capacité à identifier des changements dans l’état des résidants.es (capacité d’observation) et des opportunités d’apprentissages.		
Leadership clinique et professionnel	Elle organise des formations (psychogériatrie, soins palliatifs, fin de vie), parle avec le personnel de soins des démarches qui peuvent être mises en place pour améliorer le quotidien des résidants.		
Consultation	Experts en soins, professions thérapeutiques, médecins.		
Collaboration	La collaboration avec le médecin responsable de l'unité (une fois par semaine) consiste à discuter du plan de traitement des résidants.es, des changements de médicaments et des comportements difficiles des résidants. La clinicienne collabore avec les infirmiers.ères, les aides-soignants.es, le personnel d'activité, les ergothérapeutes, les étudiants.es et apprentis, ainsi qu’avec les résidants.es		
Recherche	Identifier les articles de recherche et transmissions des résultats pertinents à l’ensemble des collaborateurs.		
Prise de décision éthique	Soutien pendant des discussions, parfois.		

La Fondation Saphir, Canton du Vaud

Établissement médical social 12: Mont-Riant, Yverdon-les-Bains (P12)

1 Caractéristiques de La Fondation Saphir

La Fondation Saphir a vu le jour le 1er janvier 2013, anciennement connue sous le nom de Fondation Mont-Riant, qui elle, a été créée en 1989, et est reconnue d'intérêt public à but idéal. La Fondation a un statut privé et subventionné et se situe dans le canton du Vaud. La Fondation se consacre au domaine médico-social et est active dans l'accueil et l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur intégrité physique et psychique au cours de leur processus de vie. La Fondation regroupe cinq EMS et deux établissements psychosociaux médicalisés, en plus de dispositifs d'accueil temporaires, des appartements adaptés et protégés, deux colocations d'Alzheimer, deux lits de court séjour et d'une organisation de soins à domicile psychiatriques. La Fondation comptait 571 collaborateurs et 854 résidents.es et bénéficiaires, en 2019. Le pôle gériatrie accueille en 2019, 168 résidents.es, dont leur état de santé ne leur permet plus de rester vivre à domicile tout en maintenant une qualité de vie adaptée. Le pôle psychiatrie adulte accueille 36 personnes qui vivent avec des troubles psychiques/psychologiques nécessitant un accompagnement et un hébergement en milieu protégé. Le pôle psychiatrie de l'âge avancé accueille 88 résidents.es qui vivent avec des troubles neurocognitifs ou psychiatriques, et des structures telles que des centres d'accueil temporaire (CAT) et les appartements protégés ou supervisés ont accompagné 562 personnes en 2019.

Dans le cadre d'une analyse de contexte visant à développer un nouveau modèle de soins, l'équipe de recherche INTERCARE a visité L'EMS Mont-Riant en 2019, et c'est cet EMS qui est décrit plus en détail dans le paragraphe suivant.

Caractéristiques de l'EMS Mont-Riant, Yverdon-les-Bains

Le nouvel EMS Mont-Riant se situe sur le site de Bellevue, à Yverdon-les-Bains et a ouvert ses portes en février 2017, il fait partie de la Fondation Saphir. L'EMS Mont-Riant accueillait en 2019, 56 résidents.es en long séjour (Table 1). L'EMS Mont-Riant a un médecin répondant pour l'établissement et son cabinet se trouve en dehors de l'EMS.

Caractéristiques des résidents.es. Cet EMS s'adresse aux personnes âgées dont la situation de santé répond aux critères de la mission psychiatrie de l'âge avancé, qui nécessitent un hébergement en long séjour dans un environnement adapté à leurs besoins. L'EMS Mont-Riant accompagne les résidents.es qui vivent avec différentes démences (p.ex. : la maladie d'Alzheimer) et d'autres affections apparentées telles que les troubles de la mémoire, les troubles cognitifs, la désorientation temporo-spatiale, divers symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD). L'âge moyen des résidents.es est de 87 ans avec une durée moyenne de séjour de 3,1 ans (âge et durée de séjour moyens sur l'ensemble des cinq EMS de la Fondation).

Le but des soins infirmiers. L'objectif principal est d'accompagner les résidents.es dans leur nouveau lieu de vie, en leur garantissant une qualité de vie et des soins optimaux avec le soutien et en partenariat avec les proches (p.ex. : les proches peuvent rendre visite à tout moment de la journée, partager les repas). Les résidents.es reçoivent des soins qui sont en lien avec leur personnalité, leurs choix et leurs envies. L'équipe soignante et interprofessionnelle créent un environnement favorable au maintien de l'individualité de chaque résident.e visant la conservation de son indépendance et de son autonomie, en tenant compte de leurs besoins et souhaits. Afin de garantir un accompagnement individuel, le personnel soignant s'appuie sur cinq piliers : L'être humain, l'environnement, la qualité de vie, le prendre soin et l'éthique.

Table 1 : Caractéristiques de l'EMS Mont-Riant

	Particularités (Janvier 2019)
Statut juridique de l'établissement	Privé subventionné
Localisation	Agglomération
Modèle médical	Médecin responsable
Nombre de médecin	2
Nombre de résidents.es	56
Nombre d'employés	102
Nombre d'apprentis et d'étudiants	3
Type d'offre proposé par l'EMS Mont-Riant	Soins généraux de longue durée Soins des personnes qui vivent avec des démences et des troubles du comportement Soins géro-psycho-geriatriques

La qualité des soins. Les missions de La Fondation sont de proposer et dispenser un accompagnement adapté aux attentes et besoins des résidents.es, famille et proches aidants, et de partager le savoir et l'expertise.

La Fondation travaille avec des indicateurs de qualité qui sont à disposition de tous les collaborateurs, accessibles en sélectionnant le site voulu, à partir du réseau informatique interne. Les collaborateurs peuvent donc faire du benchmarking interne, et lors des colloques qui ont lieu dans chaque établissement de la Fondation, les cadres peuvent consulter les résultats, pour noter un changement dans une tendance, comprendre un changement et/ou se servir de ces données pour améliorer les prestations. Les cadres de proximité et les cliniciens.nes travaillent ensemble en se servant des indicateurs de qualité pour mieux comprendre, interpréter et corriger les écarts. L'ensemble de la Fondation travaille en continu pour améliorer le recueil des données, car il a y parfois une réticence à appréhender certaines erreurs (p.ex. : les erreurs médicamenteuses par crainte de sanctions par exemple). Le développement d'une culture d'amélioration continue est un des objectifs prioritaires de la Fondation.

2 Le modèle de soins

Le modèle de soins souhaité sur les différents établissements de la Fondation est basé sur le modèle de la qualité de vie de Curaviva¹ et le modèle des soins centrés sur la personne selon Kitwood (1994)². Il a été élaboré courant 2016 et son implémentation a été réalisée en collaboration avec les infirmiers.ères cliniciens.nes des cinq EMS et la spécialiste clinique. Cette implémentation représente une partie importante de leur activité, avec en parallèle l'introduction des pratiques fondées sur les données probantes. Ce nouveau modèle accompagne également une redéfinition des valeurs de la Fondation qui vise une organisation agile en lien avec la Stratégie 2018-2023 (pour plus amples informations vous pouvez accéder au site de la Fondation : <https://www.fondation-saphir.ch/>).

¹ Le modèle de la qualité de vie proposé par la Fédération Curaviva (Association faitière des EMS en Suisse) a servi de modèle conceptuel. Il présente, la qualité de vie sur la base de quatre domaines centraux et 17 composantes : CURAVIVA. Conception de la qualité de vie pour des personnes âgées ayant besoin de soutien. Berne: Association des Homes et Institutions Sociales en Suisse (CURAVIVA); 2014 15.05.2014

² Cette perspective de *Person Centered Care* a été développée par Tom Kitwood à l'Université de Bradford en Angleterre. Son ouvrage est paru en 1997 : *Dementia reconsidered: The person comes first*, Buckingham, *Open University Press*.

2.1 Raison de la mise en place du modèle

Suite à plusieurs fusions rapprochées, dont la dernière en 2017 regroupant aujourd'hui cinq EMS, le modèle a été mis en place pour que les équipes interprofessionnelles des différentes missions puissent se reconnaître dans une vision commune (fédérer), développant un niveau de compétences et de connaissance similaires (données probantes) afin de lisser les pratiques entre les cinq EMS de la Fondation, et in fine de l'ensemble de la Fondation. La mise en place de moyens, tels que l'accès à des formations qui garantissent le développement des aspects cliniques au sein des EMS était le moteur qui a guidé l'implémentation du modèle de soins.

2.2 Procédure de développement

Compte tenu de la variation des niveaux de compétence et de connaissances entre les EMS, une première formation intitulée « Psychiatrie de l'âge avancé » a été mise en place pour tous les collaborateurs de la Fondation. Pour assurer le bon déroulement et évaluer le degré d'apprentissage de chaque EMS, il était nécessaire qu'un.e infirmier.ère clinicien.ne puisse être disponible sur chaque site. Le but premier des cliniciens.nes était d'identifier les besoins nécessaires sur l'ensemble des sites pour fournir les mêmes prestations de qualité. Le recrutement des futurs.es cliniciens.nes a été fait au sein de chaque EMS en sélectionnant des infirmiers.ères très motivés.es et intéressés.es par ce poste, pour d'une part améliorer leurs connaissances et compétences, et de l'autre exercer un rôle de clinicien.ne à 20%. Les infirmiers.ères recrutées ont, au minimum, un niveau de formation Certificate of Advanced Studies (CAS).

« [...] pour avoir au moins une compétence commune qui puisse aller déjà évaluer ce qui se fait et comment faire vraiment au mieux pour relever le niveau de compétence et tenter vers les prestations d'excellence [...] »

[La Direction]

En plus d'infirmiers.ères cliniciens.nes sur chaque site, une infirmière spécialiste clinique a été formée à l'interne pour assurer la bonne transition suite à la fusion des 5 sites, mais aussi pour soutenir les équipes pendant ladite fusion. De plus, l'infirmière spécialiste clinique soutient les infirmiers.ères cliniciens.nes dans le développement de la réflexion autour d'un thème choisi, l'analyse de situation, et l'amélioration du diagnostic infirmier, des transmissions ciblées et des interventions prescrites. La spécialiste clinique bénéficie de conseils d'établissements canadiens qui appliquent un modèle similaire, et elle s'est appuyée sur la littérature scientifique pour développer un profil de poste pour les infirmiers.ères cliniciens.nes en collaboration avec le médecin responsable et la Direction de la Fondation.

« On avait toutes les pièces, mais on les a vraiment mises ensemble pour faire quelque chose de solide. »

[L'infirmière spécialiste clinique]

2.3 Implémentation du modèle de soins

Obstacles et facteurs facilitants

Face au changement organisationnel et à l'objectif d'harmoniser et d'améliorer la qualité des soins dans les cinq EMS, certains facteurs facilitants, ou à contrario, qui expliquent les difficultés ou les obstacles quant à l'introduction du modèle ont été décrits ci-dessous :

Facilitateurs

L'intégration du rôle de l'infirmière spécialisée

- La bonne connaissance des établissements et des cadres
- L'expertise et l'expérience professionnelle
- Le souhait de la direction de la Fondation d'être proactive dans l'évolution des soins

Les obstacles

Les obstacles suivants ont été, quant à eux, décrits :

- Manque de clarté dans la définition du rôle de l'infirmière spécialiste clinique
- Appréhension des collaborateurs : changement de pratiques
- Non-adhésion des acteurs principaux
- Manque de collaboration/confiance avec certains acteurs principaux : médecins

3 Le rôle de l'infirmière spécialiste clinique

L'infirmière spécialiste clinique a été formée dans le but d'assurer une harmonisation des niveaux de formations et de compétences au sein des équipes soignantes sur tous les EMS de la Fondation. Pour que cela soit possible chaque EMS est doté d'un.e clinicien.ne. La spécialiste clinique organise son temps en fonction des demandes venant de chaque site. Elle se déplace alors pour effectuer des interventions directement dans l'établissement concerné, par exemple des formations sur différents thèmes en développant un concept avec des objectifs bien définis. L'infirmière spécialiste clinique propose des développements dans le dossier de soins, le « SIEMS », pour introduire ou ajouter des modules tels que les directives anticipées. Bien que les cliniciens.nes présents.es dans chaque EMS délivrent aussi des formations aux équipes soignantes, l'infirmière spécialiste clinique se charge des formations sur des thèmes plus complexes mais qui ciblent l'ensemble des équipes. Le défi pour mener à bien ces formations est de trouver un langage commun pour les différents niveaux et diverses fonctions. L'infirmière spécialiste clinique priorise des thèmes qui sont considérés prioritaires, comme le traitement de la douleur et les soins palliatifs.

Pour différencier le rôle de l'infirmière spécialiste clinique, nous décrivons ci-après en quelques phrases le rôle des cliniciens.nes, qui comprend essentiellement un rôle de coaching et de formation. Ils.elles vont détecter des écarts dans les pratiques en regard des données probantes, signaler ces différences aux cadres des différentes unités dans chaque EMS. Les cadres s'assurent que les équipes corrigent les écarts, ils mobilisent les ressources nécessaires (financières et administratives) dans un processus d'amélioration continue. Les cliniciens.nes de chaque site sont comptés dans les effectifs infirmiers de base et sont extraits.es à hauteur de 20% de leur temps de travail pour collaborer avec les équipes sur des thématiques précises ou bien avec l'infirmière spécialiste clinique lorsqu'il y a des sujets à approfondir, avant de former les équipes soignantes et interprofessionnelles.

3.1 Organisation du travail

L'infirmière spécialiste clinique travaille à temps plein sur l'ensemble des EMS de la Fondation, elle n'est pas directement rattachée à un site ou à une unité en particulier. L'infirmière spécialiste clinique est venue rejoindre la Fondation en 2015. Elle n'effectue pas de garde ou d'heures de piquets.

« [...] Je suis sur les sites soit pour la formation, du coaching, pour voir mes cliniciennes, ou pour voir aussi un petit peu ce qui se passe au sein des établissements [...] » *[L'infirmière spécialiste clinique]*

3.2 Domaines de responsabilités

L'infirmière spécialisée clinique n'a pas de résidents.es directement sous sa responsabilité, mais se tient à disposition de toutes les équipes interprofessionnelles des EMS de la Fondation, afin d'intervenir si besoin, pour coacher ou accompagner les équipes lors d'une situation difficile (Table 2). Le plus souvent, elle est contactée pour donner son avis sur une situation qui peut être difficile à accompagner pour les équipes. Selon la situation, elle peut intervenir par téléphone ou bien se déplacer dans l'établissement pour intervenir et soutenir les équipes, en présence. Elle se rend aussi dans les établissements, pour être présente et disponible pour les équipes en dehors des situations complexes et pour rencontrer le personnel soignant/pluridisciplinaire.

Table 2 : L'infirmière spécialiste clinique

	L'infirmière spécialiste clinique
Ratio résidents.es	L'infirmière spécialiste clinique intervient dans les 5 EMS de la Fondation Saphir
Objet de l'activité clinique	Les formations interdisciplinaires Analyse de dossier Élaboration de protocoles, procédures, concepts Implémentation de ces mêmes protocoles, procédures et concept
Plus haut niveau de scolarité disponible	Master en Sciences Infirmières
Formation spécifique ou certificats supplémentaires :	CAS Praticien formateur DAS en gériatrie gérontologie CEA Gestion d'équipe
Intégration administrative	
Nombre de cliniciens.nes (total) :	5 cliniciens.nes, 1 infirmière spécialiste clinique
Nombre en pourcentage d'emplois :	100% (20% du TA)
Temps de travail moyen par semaine :	45h
Salaire	Selon barème AVDEMS
Supérieurs	La direction
Horaires de travail	Journée

Activités cliniques

L'infirmière spécialiste clinique passe entre 5% à 15% de son temps en activités cliniques indirectes, pour l'élaboration des plans de soins, du planning et de la coordination de soins. Elle apporte un regard sur le dossier clinique, peut être amenée à prescrire des mesures pour la surveillance clinique des résidents.es telles que les glycémies, la surveillance du poids et les constantes. Elle participe également à l'interprétation de tests diagnostiques, comme le dépistage de la malnutrition (Score MNA) et les SCPD. L'infirmière spécialiste clinique soutient les infirmiers.ères dans leurs formation CAS en examen clinique et complète leur formation selon leurs besoins.

« [...] Typiquement de temps en temps je tire des petites sonnettes d'alarme en disant : « attention là vous avez 5 résidents.es qui ont perdu plus de 5 kilos, 5 % de leur poids, faites attention. Je n'ai pas vu de cible, je n'ai pas vu de mesures qui ont été prise [...] »
[L'infirmière spécialiste clinique]

Leadership clinique et coaching des équipes de soins

A travers des formations ou thèmes abordés avec le personnel soignant, l'infirmière spécialiste clinique cible les besoins en matière de connaissances ou de compétences sur lesquelles il faut travailler. Elle aborde principalement les thèmes suivants : l'état confusionnel, les SCPD, les soins centrés sur la personne (éthique et cadre légal), la douleur et les soins palliatifs. Lorsqu'elle est présente sur les unités, l'infirmière spécialiste clinique peut être amenée à parler avec le personnel de soins de la démarche adéquate à adopter si une situation complexe se présente (p.ex., agitation d'un.e résident.e, décompensations psychiatriques) pour les aider à trouver une solution ou mettre en place un plan de soins adapté au.à la résident.e. Elle permet aux équipes d'identifier les opportunités d'apprentissage dont ils souhaitent profiter dans le but de pouvoir améliorer leurs capacités à identifier des changements dans l'état des résidents.es, et pouvoir anticiper une surveillance à mettre en place. L'infirmière spécialiste clinique accorde une partie de son temps pour former

et guider les nouveaux infirmiers.ères et étudiants.es, et soulager les unités de cette responsabilité supplémentaire. Finalement, elle participe à l'évaluation des programmes de formation continue et les adapte en fonction des besoins et des suggestions de l'équipe interprofessionnelle.

Compétences en recherche

L'infirmière spécialiste clinique participe à l'identification de sources de financement pour un projet ou pour les formations dont elle a la responsabilité ainsi que dans la transposition des résultats de recherche dans la pratique clinique. Les adaptations stratégiques sont basées sur la recherche et la diffusion des connaissances en matière de soins par l'intermédiaire de présentations formelles aux collaborateurs.

Éthique

L'infirmière spécialiste clinique s'assure que les directives anticipées des résidents.es sont faites dans les règles de l'art et peut être amenée à discuter des directives mises en place avec les résidents.es, les proches et le personnel de soins.

4 Collaboration interprofessionnelle

4.1 Équipe de soins

L'infirmière spécialiste clinique consacre environ 15 % de son temps en contact direct avec tous les membres de l'équipe interprofessionnelle, pour les besoins de formation ou pour leur apporter du soutien dans des situations complexes, comme détaillé auparavant. Les cliniciens.nes ont un contact quotidien avec les équipes soignantes car ils.elles sont responsables de l'évaluation clinique, du coaching et des soins directs dans leur établissement. L'infirmière spécialiste clinique organise un colloque une fois par mois avec tous.tes les cliniciens.nes pour discuter des propositions et/ou des succès et difficultés de chacun.e et pour leur permettre d'échanger leurs expériences. C'est aussi une occasion pour-ils.elles d'évoquer les besoins spécifiques de leur site.

4.2 Médecin

Une bonne collaboration entre les équipes interprofessionnelles et médicales est importante lors de fusions entre différents établissements et dans l'objectif de la Fondation d'harmoniser les prestations de qualités. Un des médecin responsable siège au comité de direction de la Fondation, ce qui a facilité l'introduction du modèle, et a permis une bonne communication entre les différents services et prestataires.

Une très bonne collaboration avec l'infirmière spécialiste clinique est en place, celle-ci s'est développée au fur et à mesure des années de collaboration. Un exemple : l'infirmière spécialiste clinique a initié l'introduction systématique des directives anticipées et a effectué des recherches sur ce thème. Après avoir pris connaissance du cadre légal et des responsabilités que chacun des différents professionnels doivent assumer, en se basant sur des données probantes, elle a présenté le projet au médecin répondant. Cet exemple de collaboration a permis le développement du protocole des directives anticipées, son approbation par le Collège des médecins et sa mise en place au sein de la Fondation. La discussion autour des directives anticipées, des choix et désirs avec les résidents.es et leurs proches est faite avec le médecin responsable mais l'infirmière spécialiste clinique peut être amenée à ajuster le protocole et à l'évaluer si besoin. Les cliniciens.nes sur les différents EMS sont responsables de la vérification du bon suivi du protocole et d'informer l'infirmière spécialiste clinique si cela n'est pas le cas ou si une discussion avec le médecin responsable est nécessaire.

4.3 Professions thérapeutiques et autres professions

L'infirmière spécialiste clinique collabore avec les animateurs.trices des différents sites, lorsqu'ils.elles ont besoin d'un conseil, l'accès à une formation et lors de discussions autour d'un projet de vie d'un.e résident.e. L'infirmière spécialiste clinique apporte un regard expert, et contribue à favoriser le développement des activités qui sont en place ou soutenir de nouvelles idées (p.ex. : des soirées disco spéciales EMS).

4.4 La direction

L'infirmière spécialiste clinique fait partie de la direction de la Fondation, elle participe à la mise en place ainsi qu'au suivi des projets au sein de la Fondation, et pour les décisions concernant les formations à mettre en place et les besoins institutionnelles. De plus, elle partage son point de vue en tant qu'experte clinique, ce qui permet une bonne répartition des ressources au sein des différents EMS.

4.5 Les résidents.es et les membres de leur famille

L'infirmière spécialiste clinique n'effectue pas de soins directs (à la différence d'autres spécialistes cliniques) elle intervient principalement lors de réseaux, d'entretiens individuels avec les résidents.es et leurs proches si une situation le nécessite ou à la demande d'un proche. Un travail de recherche sur l'ensemble des EMS a été effectué pour analyser et comprendre les doléances ou plaintes déposées par les proches pour définir les axes d'amélioration possibles. Les résultats de cette analyse ont démontré que 70 % des problèmes auraient pu être évités, grâce à une communication améliorée. Ce travail a permis de prendre conscience de son importance et de développer davantage de liens entre les équipes interprofessionnelles et les proches.

« Typiquement, on va attacher beaucoup d'importance à savoir comment les résidents ont traversé des deuils, des souffrances »

[L'infirmière spécialiste clinique]

5 Changements depuis la mise en œuvre du modèle

Pour les résidents.es

Depuis la mise en œuvre du modèle, les mesures de contraintes sont mieux évaluées, ce qui a contribué à une réduction de ces mesures (14.15% en 2016 à 2.8 % en 2017 de contraintes interdites).

Une sous-commission du collège des médecins (le bureau des médecins), a été créée avec trois médecins et l'infirmière spécialiste clinique, pour élaborer des guides de bonnes pratiques, par exemple les directives anticipées, l'évaluation et le traitement de la douleur.

Pour la qualité des soins

Par exemple, le circuit du médicament a été repensé pour en assurer sa sécurité, et améliorer la communication et la collaboration entre les cadres, les médecins et les pharmaciens. L'infirmière spécialiste clinique, en collaboration avec les cliniciens.es et les collaborateurs concernés, a contribué à introduire les pratiques exemplaires sur les différents sites de la Fondation.

“On a vraiment changé. Avant c'était finance, RH et quand il restait 2 minutes on parlait un petit peu de la prestation. C'est vrai que maintenant, il y a vraiment cette vision macro.”

[La Direction]

Pour les collaborateurs

L'introduction du modèle a apporté un soutien et une formation supplémentaire pour les équipes interprofessionnelles, pour les aider pendant les situations complexes, ce qui contribue à la diminution du sentiment d'épuisement dans les équipes. Du fait des changements et d'une harmonisation des pratiques, ce modèle a permis une amélioration des transmissions ciblées, de la communication interprofessionnelle, et de la traçabilité des interventions. En développant les pratiques innovantes et en formant les collaborateurs, les prestations de soins ont été améliorées, tandis que la proposition des mesures correctives et l'élaboration des protocoles ont été bénéfiques pour avancer dans une pratique basée sur des données probantes (dénutrition, douleur, rôle professionnel, contraintes, aspects éthiques et légaux).

6 Vision pour le futur

La vision pour l'année 2019, est de donner à tous.tes les cliniciens.nes la possibilité d'avoir accès à des formations de développement professionnel. Il est important de faire connaître le rôle clinique des cliniciens.nes, dans le but de développer ces rôles pour viser des prestations d'excellences pour les résidants.es.

La Fondation Saphir développe des prestations et infrastructures en lien avec les besoins des résidants.es et des bénéficiaires d'autres services qui sont proposés par la Fondation, avec un regard tourné vers l'avenir et l'innovation.

L'approche continue de la Fondation Saphir est de capitaliser sur des savoirs et des compétences individuelles et collectives, de prendre en considération de la même manière que pour les résidents.es les besoins de tous les collaborateurs. Ceci dans le but de tendre vers un climat de travail porteur de sens, propice à une haute qualité des prestations. Des projets de nouvelles constructions sont en délibération avec l'État.

Compétences et rôle de l'infirmière spécialiste clinique | La Fondation Saphir

Maladies le plus souvent traitées par l’infirmière spécialiste clinique	Maladies chroniques (diabète), Maladies aiguës (infections urinaires), soins palliatifs, troubles du comportement.		
Pratique clinique directe	Évaluation d'un changement d'état à la demande du personnel. Évaluation de l’état mental des résidents.es lors de troubles du comportement Prescription d’actes de surveillance (Glycémies, score de la douleur)	<u>Tests/ Examens :</u> Laboratoire : Non Examen mental : Soutien aux équipes Examen physique : Oui Bilan fonctionnel : Oui Bilan social : Non Directives anticipées : Soutien aux équipes	
Coaching	L’infirmière spécialiste clinique a l’opportunité de coacher le personnel de soins afin qu’il améliore sa capacité à identifier des changements de l’état de santé des résidents.es (capacité d’observation) et des opportunités d’apprentissage. Elle supervise les cliniciens.nes présentes dans chaque établissement et les aide à définir les thèmes de formations pour les collaborateurs		
Leadership clinique et professionnel	La spécialiste clinique organise des formations (p.ex. : état confusionnel du.de la résident.e), échange avec tous les collaborateurs des démarches qui peuvent être mises en place pour améliorer la qualité de vie des résidents.es. A travers des formations ou thèmes abordés avec le personnel soignant, l’infirmière spécialiste clinique cible les besoins en matière de connaissances ou de compétences sur lesquelles il faut travailler (Cf. paragraphe précédents).		
Consultation	Cliniciennes, collaborateurs, résidents.es et leurs proches.		
Collaboration	Collaboration avec le médecin responsable, particulièrement pour l’élaboration des directives anticipées, ainsi que tous les collaborateurs, la direction.		
Recherche	Identifier les articles de recherche et transmissions des résultats pertinents à l’ensemble des collaborateurs. Analyse des indicateurs de qualité et benchmarking.		
Prise de décision éthique	Soutien pendant des discussions.		



Tessin



Casa per anziani Girotondo, Novazzano
Établissement médical social 13 (P13)

1 Caractéristiques de l'établissement

L'EMS Girotondo est un établissement médico-social (EMS) public et fait partie de l'ECAM¹, est en zone rurale, situé à Novazzano au Tessin. Cet EMS fournit des soins généraux de longue durée pour les personnes âgées, y compris les personnes atteintes de troubles cognitifs, nécessitant des soins gériopsychiatriques. Il dispose pour ce faire de 54 lits (Table 1). L'EMS Girotondo applique le modèle du principe du libre choix du médecin (chacun son médecin). Comme dans chaque EMS, il y a un médecin responsable de la Maison (directeur sanitaire).

Résidents.es. Les résidents.es du Girotondo sont pour la plupart des personnes retraitées (moyenne d'âge 87 ans) vivant avec plusieurs maladies chroniques (tels que le diabète, parkinson, AVC, maladie cardio-vasculaires, etc.) et nécessitant des soins infirmiers 24/24. Une partie des résidents.es sont atteints spécifiquement de maladies gériopsychiatriques, telles que la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences, et ils vivent en communauté avec les autres résidents bénéficiant d'approches spécifiques et de thérapies non pharmacologiques, qui contribuent à leur stimulation et à leur apaisement.

Le but des soins infirmiers. Les orientations de l'équipe de soins ont pour but de transmettre et diffuser des savoirs, savoir-faire et savoir-être ainsi que de développer une expertise face à des situations problématiques avec les résidents.es, comme par exemple les situations de crises liées à certaines décompensations psychiatriques ou associées à des maladies chroniques. Le but des soins infirmiers est aussi orienté au soutien et à l'intégration de la famille/système d'appartenance. Enfin, les équipes de soins sont encouragées à s'intéresser aux résultats de recherche et à la formation continue pour assurer la mise à jour des connaissances et le développement des soins infirmiers.

Table 1 Caractéristiques de l'établissement

	Données (Mai 2019)
Statut juridique de l'établissement	Public (Fondation de communes)
Localisation	Rurale
Modèle médical	Libre choix du médecin
Nombre de médecin	22
Nombre total de lits	54 (52 + 2 lits pour séjour temporaire)
Nombre d'employés	60
Nombre d'apprentis et d'étudiants	17 (personnes en formation de différentes professions)
Type d'offre proposé par votre établissement	Soins généraux de longue durée Soins des personnes atteintes de démences Soins gériopsychiatriques

La qualité des soins. Pour renforcer la communication entre les différentes disciplines, des colloques/réunions interdisciplinaires ont lieu toutes les deux semaines avec la présence de l'animatrice, de certains soignants.es (Cadres, directeur, spécialistes cliniques, physiothérapeute, etc.). Il est également prévu. Le but principal est de renforcer la communication entre les professionnels, mais également de revoir certaines situations problématiques et d'apporter une réflexion sur ce qui pourrait être amélioré pour la suite et organiser la gestion des projets de la Maison. L'EMS Girotondo travaille avec des indicateurs de qualité issus de l'outil de mesure RAI-Nursing Home. Ces indicateurs de qualité servent à contrôler et à évaluer la qualité des soins délivrés aux résidents.es, ainsi qu'à sensibiliser les soignants.es aux domaines évalués. Les soignants.es.es reçoivent un feedback lors de réunions d'équipes, organisées par la Direction,

¹ ECAM: Ente Case Anziani Mendrisiotto et de l'ADICASI Associazione dei Direttori Case Anziani Svizzera Italiana

en plus que le *benchmarking* cantonal et suisse, proposé par le groupe Q-Sys, concernant la malnutrition, les chutes, les mesures de contraintes, le nombre et type de médicaments utilisés, la douleur, par exemple.

Au niveau cantonal (département de la santé/personnes âgées et médecin cantonal) activent, environs chaque deux ans, des projets visant à améliorer la qualité de la prise en soins de la personne dans les EMS. Les derniers thèmes développés ont été : les mesures de contraintes, la douleur, la polymédication. Actuellement, au niveau cantonal, l'accent est mis sur le grand projet de la promotion des soins palliatifs.

2 Le modèle de soins

L'EMS Girotondo travaille avec un modèle de soins géré par un infirmier chef au bénéfice un diplôme en Gestion des Services Sanitaires, une formation en Soins Palliatifs (A2 et CAS) et une formation en Gériatrie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies (DAS). Il collabore étroitement avec deux infirmières spécialistes cliniques en Gériatrie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies (DAS), avec les chefs d'unités, la direction, les médecins et le médecin répondant, et bien entendu, avec les équipes soignantes.

Les infirmières spécialistes cliniques en Gériatrie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (= Les infirmières spécialistes cliniques SC) passent la plupart de leur temps en soins directs avec les résidents.es, ce qui leur permet d'exercer leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être, et constituer ainsi des points de repères cliniques pour les équipes soignantes en matière de gestion des soins complexes, de soins liés à la vie quotidienne gériatrique, ou encore à la relation avec les familles, le tout se basé sur le modèle de référence de la promotion bientraitance. Les compétences et les activités le plus souvent exercées par les infirmières sont liées aux décisions éthiques, à la gestion de cas (« clinical leadership »), à la participation active aux projets cliniques de changement et à la formation/enseignement.

2.1 Raison de la mise en place de modèle

Grace à la sensibilité et à la perspicacité de la première directrice de l'EMS (infirmière de formation de base), la Maison, dès son ouverture en 1998, a bénéficié d'une philosophie des soins innovante qui a pu être vraiment appliquée. Cet *imprinting*, centré sur une organisation autour d'un plus grand respect du rythme et de l'autodétermination du/de la résident.e, a été un facteur déterminant qui a permis de jeter les bases de la mise en place du modèle. Le processus à évoluer dans les années à venir, pour se consolider au fur et à mesure de l'évolution des besoins des résidents.es, des projets de changement élaborés et développé dans l'EMS, par l'action des spécialistes cliniques (SC) et des différentes formations activées. La première infirmière avec spécialisation clinique en Gériatrie et Gériatrie – DAS, s'est formée en 2015. Les projets les plus importants ont été, la formation à la « Validation »² et à la « Stimulation Basale », la participation à la recherche cantonale sur la « *Prevenzione dei maltrattamenti e la promozione della bientraitance* »³, et le développement des soins palliatifs dans notre EMS.

² Formation Validation: La Validation développée par Naomi Feil est une méthode de communication avec les personnes âgées mal orientées et désorientées. Elle ouvre à comprendre et voir combien tout comportement a du sens jusqu'au bout de l'existence, ce qui se vérifie sous toutes les latitudes, et dans toutes les cultures, comme étant propre à notre humanité.

³ La Divisione dell'Azione Sociale e delle Famiglie del Canton Ticino, ha promosso e finanziato un'innovativa ricerca-azione volta a promuovere l'approccio della *bientraitance* nelle strutture residenziali per anziani e ad acquisire, al contempo, elementi che stanno alla radice dei fenomeni di maltrattamento identificandone i relativi fattori di rischio e protezione e sensibilizzando i collaboratori alle tematiche considerate. La ricerca si è tramutata, a partire da settembre 2016, in un progetto cantonale *bientraitance* aperto a tutte le CpA ticinesi che desiderano aderirvi nel corso dei prossimi anni.

2.2 Procédure de développement

Comme il a été dit précédemment, le modèle s'est développé de façon graduelle et sur plusieurs années et il continue à évoluer.

Les passages importantes ont été :

- La formation et l'introduction de la première infirmière spécialiste clinique (SC) en Gériatrie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS
- Le développement d'une stratégie formative interne et continue en collaboration avec la SUPSI-CCA4
- La formation de la deuxième infirmière spécialiste clinique en Gériatrie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS
- La participation à la recherche « Prevenzione dei maltrattamenti e la promozione della bientraitance » et le développement et soutien du projet au niveau de toute l'institution (cette partie a constitué le travail de diplôme DAS de la deuxième SC et ce traduit maintenant en un projet institutionnel d'amélioration continue).
- La formation du troisième infirmier spécialiste clinique en Gériatrie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS qui a le rôle d'infirmier chef.
- La promotion, à l'intérieur de l'EMS, du projet Soins Palliatifs.
- La graduelle et continue réorganisation des espaces, des rôles et des temps de travail de chacun.

2.3 Implémentation du modèle de soins

Parallèlement aux parcours formatifs des différents professionnels (DAS en Gériatrie et Gériatrie - spécialistes cliniques, formation en soins palliatifs et autres), deux autres longues formations ont appuyé ce processus ;

- la « Validation » proposée à tout le personnel soignant (niveau sensibilisation), 8 personnes se sont spécialisés (*operatori metodo validation*) et une personne est formée au plus haut niveau (enseignante validation).
- La « Bientraitance ». Les premières réflexions ont démarrées en 2012 (cours en collaboration avec SUPSI-CCA adressés aux collaborateurs de la Maison).
- Il en est suivi la participation du EMS à la recherche cantonale qui a ensuite débouchée sur une sensibilisation interne et un rapport de recherche.
- Par la suite, la deuxième SC en formation, à travers son mémoire de fin d'étude, a continué le développement de différentes autres étapes de la réflexion. Cet intéressant parcours a amené la direction de l'EMS Girotondo à lui déléguer la responsabilité de continuer, en collaborations avec cadres et collègues, le parcours sur ce thème.

Obstacles et facteurs facilitants

Facilitateurs

La volonté de la direction, traduite en projet institutionnel, à sûrement valoriser le processus, ainsi que ;

- Les connaissances spécifiques des spécialistes cliniques en Gériatrie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (SC), ainsi que l'expérience dans le domaine de la gériatrie.
- Le soutien de la direction qui permet aux experts de bien faire accepter leurs rôles, ainsi que la nouvelle organisation qui en découle, avec un cadre et un appui hiérarchique constant.
- Une préparation en amont du nouveau rôle, avec un cahier de charges clair
- La bonne collaboration avec les équipes de soins, les physiothérapeutes ainsi que l'équipe d'animation
- L'ambition personnelle ainsi que la motivation à se spécialiser et accroître ses compétences et ses connaissances.
- La motivation des équipes de soutenir ce parcours (avantages pour les équipes d'avoir le soutien du SC)

⁴ SUPSI: Scuola Universitaria della Svizzera Italiana, CCA: Centro competenze anziani.

Les Obstacles

Le modèle s'est développé de façon graduelle et sur plusieurs années et il continue à évaluer, de ce fait il n'y a pas eu d'obstacles majeurs.

3 Le rôle de l'infirmier spécialiste clinique en gériologie et gériatrie

Le rôle des deux infirmières spécialistes cliniques en Gériologie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (SC), est transversale sur toute la Maison et il se résume ainsi:

- expertise dans le domaine de la géronto-gériatrie ;
- soutien des équipes de soins face aux situations problématiques (interventions directe ou comme support aux collègues), lors de nouvelles procédures, lors de fin de vie ou encore dans les cas délicat avec les familles ;
- encadrement des nouveaux collègues ;
- accompagnement dans les soins aux résidents.es, afin d'assurer un suivi, garantir la cohérence entre déclaré et pratiqué et promouvoir la qualité de vie ;
- promouvoir le modèle de la bientraitance.

Pour le infirmier spécialiste clinique en Gériologie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (SC) qui est aussi infirmier chef le rôle se résume, pour ce qui en est du domaine clinique :

- diriger et soutenir les projets cliniques
- garantir un accès équitable aux ressources
- activation anticipée des Soins Palliatifs de seconde ligne (médecin externes, soutiens aux familles, etc.)

3.1 Organisation du travail

Les infirmières spécialistes cliniques en Gériologie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (SC), travaillent en journée sur des horaires : généralement 08.00-16.30/17.00. Il ne font pas des horaires du soir ni la nuit (table 2).

3.2 Domaines de responsabilités

Les infirmières spécialistes cliniques en Gériologie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (SC), ont un rôle clinique direct auprès des résidents.es ; elles assurent toutes les responsabilités et activités d'un infirmier, en plus le rôle comprend :

- Le coaching direct c'est à dire l'intervention auprès des équipes pour des avis spécifique dans domaine gériatrique, à propos de comportement difficile à maîtriser, etc.
- Les activités cliniques directes ou en supervision
- Le développement de projet lors d'innovation et/ou changement
- Promotion de la bientraitance
- Formations internes (introduction nouveaux procédures, nouveaux protocoles, nouveaux directives cantonales liés à la qualité)

Le rôle de infirmier spécialistes cliniques en Gériologie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (SC) et infirmier chef

- Direction de projets cliniques (actuellement Soins Palliatifs)
- Le coaching pour accompagner les groupes de collaborateurs
- Gestion dans la forme et les contenus des *Family Conference* (spécialement support aux familles)

Voir tout ce qui est dit pour les SC mais son action spécifique vise à permettre que tout cela puisse se concrétiser.

3.3 Activités cliniques

Coaching et leadership

Le rôle des infirmières spécialistes cliniques en Gériologie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (SC) est centré sur des activités cliniques quotidiennes, c'est à dire des soins complexes prodigués aux résidents-es, ou encore l'interprétation de situations difficiles (aux niveau physique, psychique, sociale, existentielle) afin de planifier des accompagnements multidisciplinaires spécifiques. Cette activité requière la capacité de stimuler la participation active de toute l'équipe pour joindre à la décision commune des soins à prodiguer aux résidents-es.

Elles sont aussi un point de repère pour ce qui en est de l'aspect relationnel, soit avec les résidents-es comme avec leur familles.

Leadership clinique et professionnel

Points de repères cliniques pour les soignants-es pour, par exemple ; les décisions lors de soins aux plais de pression, la propositions du choix de certains médicaments dans les manifestations atypiques des symptômes au encore l'activation de certains test/examens, ainsi que la supervision pour la planifications d certains plans de soins.

Prise de décisions éthiques

Les infirmières spécialistes cliniques en Gériologie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (SC) ainsi que l'infirmier chef (avec formation clinique), font émerger les raisonnement éthiques auprès de l'équipe interdisciplinaire. Ceci en prévision de choix thérapeutiques (durant le séjour et/ou en fin de vie), lors de d'option d'hospitalisation, etc. Cet aspect a été très fortement poussé à la Maison Girotondo.

Ces spécialistes sont aussi très attentifs au respect du principe de l'autodétermination de la personne résidente et une grande attention est donnée à la rédaction et au respect des directives anticipées.

Table 2 infirmières spécialistes cliniques en Gériatrie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (SC)et infirmier chef avec formation clinique.

	infirmières spécialistes cliniques en Gériatrie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (SC)	infirmier spécialiste clinique en Gériatrie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (SC) et infirmier chef
Ratio résidents.es : infirmières spécialistes cliniques en Gériatrie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS (SC)	54:2	54:1
Objet de l'activité clinique	Le coaching clinique et réflexion sur les soins à la personne âgée Réflexion éthique Promotion de projets	Le coaching clinique et réflexion sur les soins à la personne âgée Réflexion éthique Promotion de projets
Plus haut niveau de scolarité disponible	Diplôme of Advanced Studies (DAS)	Diplôme of Advanced Studies (DAS)
Formation spécifique ou certificats supplémentaires	Soins palliatifs (A2 e CAS) Validation	Gestion des Services Sanitaires, Soins Palliatifs (A2 et CAS) Validation
Intégration administrative		
Nombre de d'infirmier-ères experts-es employés (total)	2	1
Nombre en pourcentage d'emplois	100% + 80% =180%	100 %
Temps de travail moyen par semaine	40-32	40
Supérieurs	Infirmier chef La Direction	La Direction
Horaires de travail	08.00-16.30/17.00	08.00-16.30/17.00

4 Collaboration interprofessionnelle

Les infirmières spécialistes cliniques collaborent activement avec les équipes de soin, avec les physiothérapeutes, les animatrices, les services généraux ainsi qu'avec la direction et les médecins de l'EMS. La collaboration se développe aussi également avec les collègues d'autres institutions et/ou du territoire.

L'infirmier spécialiste clinique en Gériatrie et Gériatrie – DAS et infirmier chef, par son rôle, collabore étroitement avec tous les groupes de travail de l'EMS et beaucoup avec le territoire.

4.1 Équipe de soins

Les infirmières spécialistes cliniques, collaborent activement avec les équipes de soin et s'activent à fin de les soutenir dans leur travail au quotidien, pour pallier aux difficultés qu'ils rencontrent lors d'une situation problématique ou encore lors d'une innovation/projet. Elles apportent aux équipes leurs réflexions et suggestions à partir de résultats de recherches et de données probantes pour leur permettre de progresser.

4.2 Médecin

Les infirmières spécialistes cliniques, ont des contacts réguliers avec les médecins avec qui elles se confrontent comme partenaires efficaces. Il y a une très bonne collaboration, puisqu'ils arrivent à travailler ensemble en échangeant leurs avis et se complètent de par leurs expertises.

Le médecin responsable de l'EMS trouve auprès des infirmières spécialistes cliniques un important soutien.

4.3 Professions thérapeutiques et autres professions

Les infirmières spécialistes cliniques collaborent avec les professions thérapeutiques d'une façon rapprochée. Les thérapeutes sont aussi invités à participer aux colloques interdisciplinaires afin de discuter de la prise en charge des résidents.es et de déterminer ou de revoir un plan de soins en vue d'améliorer la qualité de vie pour le/la résident.e.

La collaboration avec les thérapeutes se développe aussi lors de la promotion de projet ou la SC assume une place importante (bientraitance).

4.4 Administration

Contact réguliers spécialement pour ce qui concerne l'identification des groupes *Rug's* (RAI-Nursing Home).

4.5 La Direction

La Direction a toujours joué un rôle important dans ce parcours, à travers la décision d'octroyer la formation de spécialistes cliniques (niveau DAS) à 3 collaborateurs, dans le soutien aux projets formatifs adressés à tous les soignants.es/collaborateurs de l'EMS (« La validation » et « la bientraitance ») et le soutien des différents projets visant à améliorer la qualité des soins et de vie de la personne résidente.

Les infirmières spécialistes cliniques collaborent avec la direction, principalement lors de l'introduction d'innovations et/ou pour le suivi des projets, ou encore lors des colloques interdisciplinaires.

L'infirmier spécialiste clinique en Gériatrie et Gériatrie et infirmier chef, vu sa position hiérarchique, collabore constamment et à différents niveaux avec le directeur.

4.6 Les résidents.es et les membres de leur famille

Les infirmières spécialistes cliniques, ainsi que l'infirmier chef sont en contact direct et au quotidien avec les résidents.es de tout l'EMS.

Ces contacts peuvent varier d'une discussion au moment des repas à un soin spécifique direct ou à la suite d'une sollicitation par les proches des résidents.es, car au fil du temps il s'est créé une relation de confiance avec eux et leurs familles. Elles interviennent aussi, de façon planifiée, pour élaborer et répondre aux questions plus complexes ou si le personnel de soins désire un soutien.

5 Changements depuis la mise en œuvre du modèle

Pour les résidents.es

Les résidents.es semblent être de plus en plus à l'aise dans l'EMS Girotondo. Ceci, par rapport à leur prise de place, prise de parole et détermination dans l'expression des souhaits, désirs, projets personnels et par l'explicitation des refus !

Cette situation, liée à de différentes causes, semble être aussi la conséquence des interventions et du travail, parfois aussi dans l'ombre, des infirmières spécialistes cliniques. Il faut penser aux nombreuses des stimulus aux réflexions d'ordre éthique, à la promotion du modèle de la bientraitance, etc.

Pour la qualité des soins

Le changement le plus important nous pouvons le voir au niveau de la prise de conscience des résidents.es et des familles par rapport à leurs droits et au support qu'ils peuvent avoir de la part du personnels de l'EMS.

Grace aux différents projets, à l'apport de tous mais aussi au soutien des infirmières spécialistes cliniques, la qualité des soins c'est améliorée dans la recherche, toujours plus fine et approfondie, de stratégies alternatives et personnalisées avec une amélioration de la qualité de vie des résidents.es.

Un grand travail a été fournis, par les SC en collaboration avec les équipes, pour actualiser les procédures et protocoles, ce qui a aussi amené à un changement du processus des soins (du modèle basé sur les besoins à celui fondé sur les diagnostics infirmier).

Enfin, la promotion de la sensibilité liée aux principes de la bientraitance a permis à tous de progresser, chacun dans son rôle, vers un horizon commun.

Pour le personnel

Une meilleur transmission des connaissances entre les différents professionnelles issue aussi par le partage de données probantes.

L'appui constant du personnel par la Direction et avec le soutien des spécialistes cliniques a permis de renforcer l'esprit d'équipe au sein de l'EMS.

6 Vison pour le futur

La vision de l'EMS est de travailler ensemble, afin que le « home » s'approche le plus possible, dans la pratique quotidienne, des valeurs de la bientraitance

Les infirmières spécialistes cliniques vont continuer à travailler, en cohérence avec les valeurs institutionnelles, pour renforcer toujours plus les synergies entre eux e avec les différents groupes de travail dans le but de donner, à la personne résident.e, la place la plus importante.

Les marges d'amélioration sont:

- Soutenir encore plus le rôle de la deuxième infirmière spécialiste clinique en Gériatologie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS, en terme de pourcentage de travail à dédier au rôle propre.
- Soutenir et renforcer les stratégies d'adoption du projet soins palliatifs à l'EMS Girotondo
- Développer les réflexions cliniques et le synergies dans le cadre du nouveau ACAM (Ente Case Anziani Mendrisiotto).

Compétences et rôle des infirmières spécialistes cliniques en Gériatrie et Gériatrie - Diplôme of Advanced Studies – DAS I Casa PER anziani Girotondo

Maladies le plus souvent traitées par l'infirmier expert en psychogériatrie gériatrie	Maladies psycho gériatriques (Démences, Alzheimer) Situations de fin de vie
Pratique clinique directe	Supervision à l'évaluation d'un changement d'état Support générale après accidents- aggravations, traitement des plaies Supervision à l'élaboration de processus de soins personnalisés Tests/ Evaluations : Laboratoire : Prise de sang, test urinaire Examen mental: MMSE (SC en supervision) Examen physique : ECG, Prise de tension surveillance, titration d'O2. Bilan fonctionnelle : Oui Bilan social : Oui Directives anticipées : Oui
Coaching	Aide et/ou supervision dans l'interprétation de situations difficiles (aux niveau physique, psychique, sociale, existentielle) afin de planifier des accompagnements multidisciplinaires spécifiques. Stimuler la participation active de toute l'équipe pour joindre à la décision commune des soins. Support lors de relations difficiles
Leadership clinique et professionnel	Soutien et supervision lors de décisions thérapeutiques (propositions du choix de certains médicaments dans les manifestations atypiques des symptômes au encore l'activation de certains test/examens, ou le conseil dans les traitement des plaies ,...) Aide et supervision pour la planifications de certains plans de soins.
Consultation	Equipe de soins palliatifs, gériatre
Collaboration	Avec l'équipe de soins interdisciplinaire, avec les médecins de l'EMS (évolution des conditions de santé / discussions), avec les résidents.es et leurs familles (évolutions des situations, soutiens, élaborations de projets de soins et de vie). Contacts et collaborations avec les collègues d'autres institutions.
Recherche	Participation à la recherche <i>«Prevenzione dei maltrattamenti e promozione della bientraitance »</i> et à d'autres recherches activées par le Canton ou la SUPSI
Prise de décision éthique	Faire émerger les raisonnement éthiques auprès de l'équipe interdisciplinaire. Ceci en prévision de choix thérapeutiques (durant le séjour et/ou en fin de vie), lors de d'option d'hospitalisation, etc. Cet aspect a été très fortement poussé à la Maison Girotondo. Promotion du respect du principe de l'autodétermination de la personne résidente et une grande attention est donnée à la rédaction et au respect des directives anticipées. Clarifier, vérifier et discuter des directives anticipées avec les résidents-es, les familles, le personnel infirmier et les omnipraticiens.

Casa Per Anziani Greina, Bellinzona

Établissement médical social 14 (P14)

1 Caractéristiques de l'établissement

L'EMS Greina est une institution de soins médicaux pour les personnes âgées. Le bâtiment se compose d'une aile ancienne construite en 1966 et d'une nouvelle aile réalisée en 2005, reliées entre elles. Il compte 4 étages et un sous-sol. Au rez-de-chaussée se trouvent les espaces communs (salon et salle à manger), l'administration et les lieux destinés aux activités socioculturelles. Les chambres et les services de soins se trouvent aux étages 1, 2 et 3. Au troisième étage, une aile est par ailleurs réservée au service protégé pour les résidents.es ayant des problèmes de démence (voir tableau 1)

Résidents.es La composition des résidents.es est assez hétérogène, avec des degrés de dépendance RAI allant de 2 à 12. Une nette majorité est féminine. Les résidents.es peuvent bénéficier de multiples activités et thérapies au sein même de l'EMS, telles que la « Doll therapy »¹, la « Pet therapy »², l'aromathérapie ou bien la musicothérapie. Des physiothérapeutes, ainsi que des ergothérapeutes sont disponibles au sein de l'EMS également. Les résidents.es peuvent choisir des activités qui leurs conviennent suivant leurs envies. Le personnel accompagne les résidents.es en leur proposant de participer à différentes activités suivant leur état. Pour assurer le bien-être des résidents.es, l'EMS a adopté les éléments du modèle GENTLECARE³ détaillés ci-dessous :

1. L'espace prothétique : la conception et la configuration des espaces, l'ameublement, la lumière et les couleurs sont un élément clé des soins à la personne et peuvent être modifiés ou réorganisés selon l'état des résidents.es.
2. La personne prothétique : également appelée "agent thérapeutique", est la personne qui aide la personne atteinte de démence dans le cadre d'un programme et qui soutient les membres de la famille, les soignants et les bénévoles.
3. Programmes prothétiques: il s'agit d'activités simples, courtes et personnalisées conçues autour de la personne âgée atteinte de démence comme aides pour améliorer sa qualité de vie. Une prothèse est définie comme un dispositif ou une structure artificielle, externe ou implantée, qui remplace ou complète une partie manquante ou déficiente.

Le but des soins infirmiers. Les soins infirmiers sont centrés sur le maintien de l'indépendance des résidents.es grâce à des soins individualisés. La philosophie de soins qui guide le personnel soignant à l'EMS Greina est basée sur des soins humains qui, respectent l'homme et sa dignité.

Les théories sur lesquelles s'appuient l'ensemble du personnel à l'EMS Greina sont :

- **la théorie des besoins fondamentaux de l'homme de VIRGINIA HENDERSON** qui traite des 14 besoins humains fondamentaux, tels que le besoin de respirer et le besoin de se nourrir.
- **La théorie de CARL ROGERS centrée sur le client.** C'est une théorie basée sur l'importance de l'aide à l'individu en fournissant des indications méthodologiques, tout en soulignant le rôle pédagogique que le thérapeute assume envers le client. La relation d'aide est, selon CARL ROGERS, caractérisée par une relation entre deux interlocuteurs, dont l'un souhaite aider l'autre qui se trouve dans une situation difficile. Les piliers de cette théorie sont l'empathie et la considération positive.

¹ « Doll therapy » ou thérapie par la poupée: Il s'agit d'une thérapie non médicamenteuse qui permet, au même titre que la musique, le jardinage ou la peinture, par exemple, de soigner et apaiser les résidents.es atteints.e.s de maladies neurodégénératives.

² « Pet therapy », zoothérapie ou thérapie assistée par l'animal: Il s'agit d'une thérapie non médicamenteuse qui permet aux personnes âgées d'interagir avec des animaux et de maintenir une activité physique.

³ Référence pour le modèle GENTLECARE : https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-88-470-2149-5_13

Table 1 Caractéristiques de l'établissement

	Particularités (Mai 2019)
Statut juridique de l'établissement	Société Coopérative
Localisation	Bellinzona, urbain
Model médical	Les résidents.es. choisissent leur médecin traitant.
Nombre de médecins	12
Nombre total de lits	59 (32 lits en chambre double)
Nombre d'employés	100
Nombre d'apprentis et d'étudiants	9 apprentis dans les soins, 15 apprentis dans tout l'établissement.
Type de soins proposé par votre établissement	Soins de longue durée Soins pour les personnes atteintes de démences Soins gériatriques Soins palliatifs généraux

La qualité des soins. Toutes les interventions qui visent à améliorer la qualité des soins sont appliquées selon les critères de qualité définis et contrôlés par le bureau du Médecin Cantonal (UMC) . En outre, tous les services sont codés selon le système RAI, ce qui permet de planifier la prise en charge individualisée et de contrôler les critères de qualité spécifiques à la prise en charge gériatrique au niveau national. L'EMS Greina ne pratique pas de « benchmarking » interne à proprement parler, cependant les différentes unités travaillent ensemble de façon rapprochée en étudiant les indicateurs de qualité et leurs résultats. Les équipes travaillent certains objectifs, comme par exemples la polymédication, en prêtant attention aux nombre de substances actives que les résidents.es reçoivent et en mettant en place une surveillance pour atteindre l'objectif voulu. L' infirmière cheffe est responsable de la sélection des indicateurs de qualité que l'EMS souhaiterait améliorer et pour la mise en place des actions pour ce faire.

2 Le modèle de soins

Le modèle de soins en place à l'EMS Greina, s'est construit petit à petit avec notamment deux infirmières déjà employées par l'EMS. Elles ont suivi pour l'une un Diplôme d'études avancées (DAS) de « spécialiste clinique» (2016), qui s'intitule aujourd'hui « Gériatrie et gériatrie » , et pour l'autre un Master d'études avancées (MAS) en « Clinique générale » (2015) avant de devenir les infirmières spécialistes cliniques de l'établissement. Depuis, d'autres infirmières se sont également formées et contribuent donc aussi au développement du modèle de soins. Les deux expertes cliniques se différencient par leurs formations qui sont diverses, mais aussi par leur rôles. La clinicienne dotée d'un DAS est plus focalisée sur la pratique clinique et celle qui est dotée d'un MAS est plus centrée sur la gestion, l'organisation générale de l'EMS et, assure aussi le suivi des collaborateurs.trices en formation.

2.1 Raison de la mise en place du modèle

Le modèle de soin en place est orienté vers l'amélioration de l'environnement et la satisfaction des besoins des résidents.es au quotidien, en les aidant à les accomplir avec le plus d'indépendance possible. Il vise également à maintenir un état cognitif stable le plus longtemps possible et à améliorer l'état de confusion aiguë. L'objectif principal est de soutenir la collaboration interprofessionnelle pour assurer une prise en charge globale du /de la résident.e, tout en valorisant l'autonomie et l'autodétermination.

2.2 Procédure de développement

Le modèle n'a pas à proprement parler suivi de de procédure de développement. Les deux spécialistes cliniques, une fois leurs formations respectives terminées, ont pu mettre en œuvre leurs connaissances et le savoir-faire acquis pendant leurs formations : le soutien clinique aux équipes dans les situations difficiles, ainsi que l'harmonisation des pratiques grâce à des mises à jour professionnelles continues, et au suivi du personnel pendant les formations.

2.3 Implementation du modèle de soins

Fixer des objectifs de soins partagés se référant au modèle (de soins) de référence.

Obstacles et facteurs facilitants

Facilitateurs

- Environnement familial et soutien exprimé par les résidents.es et leur entourage
- Les connaissances spécifiques et à jour qu'apportent les expertes cliniques
- La volonté de partager les notions apprises lors de la formation de clinicienne ainsi que la volonté de transmettre les bonnes pratiques à travers des formations internes intéressantes et motivantes pour le personnel.

Obstacles

- Non connaissance du modèle par le personnel et les étudiants.es nouvellement recrutés.es
- Temps à investir dans l'enseignement et contrôle pendant l'application pratique
- L'appréhension du changement par le personnel
- Une attitude parfois contre-productive à propos de certaines nouvelles procédures mises en place.

L'infirmière clinicienne au bénéfice du DAS exerce aussi en tant qu'infirmière au sein de son unité. Cette organisation représente un défi dans la répartition de son travail et ne lui permet pas de remplir toutes les fonctions attendues d'une infirmière spécialiste clinique.

3 Le rôle des infirmières spécialistes cliniques

Les infirmières spécialistes cliniques ont pour mission d'harmoniser le niveau de formation de tous les collaborateurs.trices, de soutenir celles et ceux prenant part à certaines formations, ainsi que d'améliorer la prise en charge clinique des résidents.es. L'infirmière spécialiste clinique ayant le DAS est plus axée sur le développement clinique et la mise en place de projets tel que la « Doll therapy » ou l'aromathérapie. Les deux spécialistes cliniques travaillent ensemble pour améliorer la participation à des projets internes visant à améliorer la qualité des soins.

3.1 Organisation du travail

Journée type (table 2)

Table 2 Les infirmières spécialistes cliniques en gérontologie et gériatrie

	Infirmière spécialiste clinique – DAS Gérontologie et gériatrie	Infirmière spécialiste clinique - MAS Clinique générale
Ratio résidents.es	59 :2	59 :1
Objet de l'activité clinique	Pratique clinique directe au lit du / de la résident.e	Pas d'activité clinique directe
Plus haut niveau de scolarité disponible	DAS	MAS
Formation spécifique ou certificats supplémentaires	A2 Aromathérapie GentleCare	Gestion des Services Sanitaires, Soins Palliatifs (A2 et CAS) Validation
Intégration administrative		
Nombre de d'infirmiers.ères experts.es employés (total)	2	1
Nombre en pourcentage d'emplois	160 %	100%
Temps de travail moyen par semaine	40h	40h
Supérieurs	Responsable des soins	La direction
Horaires de travail	Selon les besoins, horaires de jour	8h00-12h00/13h00-17h00 En semaine

3.2 Domaines de responsabilités

L'infirmière spécialiste clinique au bénéfice du DAS pratique plus souvent des activités cliniques directes, telles que les soins des résidents.es, l'aide à la toilette, la distribution de médicaments et des bilans approfondis en cas de chute ou de détérioration de l'état général, nécessitant peut-être une hospitalisation. L'infirmière spécialiste clinique au bénéfice du MA identifie les besoins de formation du personnel ; elle organise de petites séances récapitulatives dans les unités sur des thèmes déjà traités, dans le but de rappeler certaines pratique et de faire le point sur les acquis.

Activités cliniques

Activités clinique directes

L'infirmière spécialiste clinique (DAS) pratique des gestes cliniques directs, mais elle est aussi très impliquée dans la mise en œuvre de l'approche palliative de la prise en charge des résident.e.s. La majorité de son temps est passé au près des résident.e.s, le plus souvent pour une raison liée à une situation de stress ou un comportement difficile. Elle pratique régulièrement (en moyenne une fois par jour) une évaluation de l'état cutané des résidents.es à risques, ainsi que la prescription de glycémies, de pesées ou de pression artérielle.

Coaching et leadership

L'infirmière spécialiste clinique (DAS) a mis en place certaines pratiques et ou protocoles comme la gestion des risques cliniques (préparation des thérapies avec le système robotisé⁴ mis en place à partir du 1er novembre 2017) ou la mise en place du dossier informatisé pour améliorer la circulation de l'information interne, entre les différents services, ainsi que vers l'extérieur, pour optimiser les flux de travail en évitant la compilation répétée de divers formulaires. De plus, elle est très impliquée dans le coaching du personnel pendant des activités gériatriques complexes (les situations de douleurs ou de fin de vie par exemple), ou dans le soutien à l'innovation et au changement dans les unités.

Leadership clinique et professionnel

La spécialiste clinique dotée d'un MAS met en place des projets sur l'ensemble de l'établissement, tels que l'hygiène buccale, par exemple. En plus de l'organisation de ces formations et du contrôle du contenu, elle stimule l'ensemble du personnel à participer aux formations proposées. Elle est en partie responsable de l'évaluation des services et des prestations proposés aux résidents.es, tels que la musicothérapie, ainsi que pour identifier les services qui sont le mieux adaptés aux résidents.es. Elle participe activement, en tant que membre, dans des associations professionnelles, pour partager et connaître les prestations qui peuvent être pertinentes pour l'EMS.

Prise de décisions éthiques

Les spécialistes cliniques sont peu impliquées dans la prise de décisions éthique. Elles peuvent parfois (moins de trois fois par an) être sollicitées pour discuter de certains problèmes avec les médecins ou être amenées à clarifier certaines prises en charge qui peuvent être difficiles avec le personnel, afin de les soutenir (p.ex. : situation clinique particulière, demande particulière de la famille).

4 Collaboration interprofessionnelle

4.1 Équipe de soins

La collaboration entre les équipes de soins se fait au quotidien, tout comme l'entraide entre les différentes unités qui s'effectue facilement et au gré des besoins de chaque équipe. Un membre du personnel d'une unité peut aisément rejoindre une autre unité, le temps d'un soins, ou pour apporter une expertise sur une situation donnée. La collaboration entre les différents membres du personnel est encouragée au sein de l'établissement pour apporter aux résidents.es les soins dont ils / elles ont besoin.

Entre les équipes de nuit et celles de jour, les transmissions se font à la fin du service de jour et au début du service de nuit, de vive voix, pour que les informations soient communiquées dans leur intégralité.

4.2 Médecin

Les médecins visitent indépendamment les résidents.es sous leur responsabilité, et participent aux conférences familiales (détails ci-dessous, dans la rubrique les résidents.es et leur famille) avec les autres membres du personnel.

⁴ Aide robotique d'assistance

4.3 Professions thérapeutiques et autres professions

Des réunions mensuelles ont lieu entre les professions thérapeutiques et les infirmières spécialistes cliniques ou selon les besoins de l'établissement. L'infirmière spécialiste dotée du DAS collabore de façon rapprochée avec les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, au quotidien, dans la mesure où elle initie, en partie, les prises en charge à mettre en place en fonction de l'état des résidents.es, et qu'elle effectue le lien entre le personnel soignant et les professions thérapeutiques.

4.4 Administration

L'infirmière spécialiste dotée du DAS collabore régulièrement avec l'administration, car elle est chargée de mettre à jour les informations disponibles pour informer le personnel, les résidents.es et les familles de tous les changements au sein de l'EMS.

4.5 La direction

L'équipe de la direction qui est constituée du directeur de l'établissement, de l'infirmière cheffe et des chefs d'unités se réunit régulièrement, lors de réunions mensuelles ou selon les besoins de l'établissement. Lors des séances, le planning stratégique est abordé ainsi que les besoins en matière de formation du personnel, le remplacement d'équipement et éventuellement les résidents.es nécessitant des soins adaptés ou soins complexes, pour que des décisions soient prises de manière collégiale.

4.6 Les résidents.es et les membres de leur famille

En 2018, l'établissement a mis en place "les conférences familiales" pour la bonne intégration des nouveaux résidents.es et de leur familles et la mise en place d'un plan de soins adapté aux résidents.es. Une première conférence familiale est organisée avec le/la résident.e, les membres de la famille, le directeur, le médecin, les infirmières spécialistes cliniques, un membre de l'équipe thérapeutique (le physiothérapeute si le /la résident.e a besoin de physiothérapie). Cette première réunion permet d'établir les besoins spécifiques du / de la résident.e et ses attentes, ainsi que celles de la famille. L'équipe peut aussi alors informer sur certains soins et donner des explications sur le fonctionnement de l'établissement, les formations en cours, les services proposés (diverses activités, la « Doll » thérapie, l'aromathérapie et ses bienfaits). Une seconde conférence est ensuite planifiée, environ trois semaines après la première, pour clarifier certaines questions ou apporter des réponses à des problématiques mises en avant lors de la première conférence. Suite à celles-ci, d'autres conférences familiales peuvent être organisées à la demande du / de la résident.e, de sa famille ou bien du personnel, si l'état de santé du /de la résident.e change.

5 Changements depuis la mise en œuvre du modèle

Pour les résidents.es.

Depuis la fin des diverses formations des infirmières spécialistes cliniques, les résidents.es disposent de plus de choix thérapeutiques, tels que l'aromathérapie et l'utilisation d'huiles essentielles pour l'amélioration du sommeil par exemple. Les résidents.es sont aussi partenaires dans leur plan de soins et ils /elles sont impliqués.e.s dans toutes les décisions concernant les soins prodigués, ainsi que dans les décisions prises concernant leur traitement. Pour les résidents.es qui souffrent de diverses formes de démences, les familles sont également très impliquées dans les prises de décisions.

Pour la qualité des soins

Il y a une meilleure compréhension et une utilisation accrue des indicateurs de qualité qui servent de point de départ pour les idées de formations ou pour les projets internes, mis en place par les infirmières spécialistes cliniques. De plus, le personnel soignant a à disposition une documentation actualisée (protocoles, prise en charges, conduites à tenir).

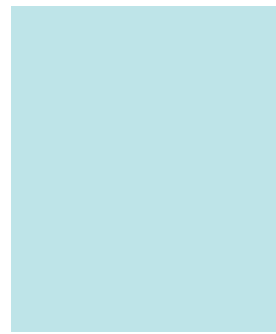
Pour le personnel

L'ensemble du personnel bénéficie d'un soutien qualitatif, d'un accès à la formation et d'un langage commun qui aide à harmoniser la qualité des soins au travers des différentes unités. Les informations reçues et les directives suivies sont basées sur des données probantes et actualisées.

6 Vision pour le futur

Maintien du niveau atteint avec une mise à jour continue en lien avec de nouveaux développements, par exemple dans l'implémentation du nouveau système RAI avec une formation pour tous les collaborateurs .

Maladies le plus souvent traitées par l'infirmière spécialiste clinique-DAS	Pas plus que d'autres : démence, psychiatrie, troubles cognitifs et comportementaux, tumeurs, pathologies physiques (liées aux accidents vasculaires cérébraux, au vieillissement, etc.)	
Pratique clinique directe	Il n'y a pas de différences entre la pratique clinique de l'infirmière spécialiste clinique et les autres infirmiers.ères de l'établissement.	<u>Tests / Bilan:</u> Laboratoire: Oui (Prises de sang, test urinaire (labsticks)) Examen mental : Oui (MMS) Examen physique : Bilan cutanée Bilan fonctionnel : Oui Bilan sociale : En collaboration si besoin Directives anticipées : Non
Coaching (personnel infirmier)	Elle apporte son soutien et la supervision de certains actes au près du personnel dans des situations complexes.	
Leadership clinique et professionnel	Participation aux tâches et responsabilités comme les autres infirmiers.ères. Responsables de service et de soins	
Consultation	Les professions thérapeutiques, les médecins, les résidents.es et les familles.	
Collaboration	Elle collabore avec l'ensemble du personnel soignant, les cadres d'unités, les thérapeutes, l'intendance et parfois avec les médecins.	
Recherche	Pas d'activités de recherche	
Prise de décision éthique	Ne participe pas directement aux prises de décisions éthiques, mais peut être sollicitée pour soutenir l'équipe soignante et les aider à identifier des opportunités d'apprentissage, en collaboration avec d'autres membre du personnel.	



**Educating
Talents**
since 1460.

Universität Basel
Pflegewissenschaft - Nursing Science
Department Public Health
Bernoullistrasse 28
4056 Basel, Switzerland
nursing.unibas.ch