

# Advanced Practice Nurse in der Langzeitpflege

## Ein Projekt in den Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich

Corinne Steinbrüchel & Andrea Christen

In den 23 städtischen Gesundheitszentren mit dem Angebot „Wohnen im Alter“ lebten bis anhin vorwiegend selbständige Menschen. Die Komplexität in der Betreuung nimmt aber stetig zu. Trotzdem haben sich die Pflgeteams bezüglich Skill-/Grademix kaum verändert. In einem Projekt wird erprobt, wie Pflegeexpertinnen APN die Teams unterstützen können. Ziel ist es, dass Bewohnende mit gesundheitlichen Risiken erkannt und kompetent betreut werden. Dieses Projekt wird im folgenden Beitrag auf der Grundlage eines Fallbeispiels vorgestellt.

### Herr Caflisch ist gestürzt

Herr Caflisch ist vor drei Jahren ins Gesundheitszentrum für das Alter in seinem Quartier eingetreten. Zuvor wohnte er mit seiner Frau in einer gemütlichen Dreizimmerwohnung. Er hatte seine Frau zusammen mit der Spitex und der Unterstützung seiner beiden Töchter zuhause gepflegt, bis sie an einem Krebsleiden verstarb. Nach ihrem Tod wollte er nicht alleine in der Wohnung bleiben und zog ins Gesundheitszentrum in der Nähe, wo er bereits ein paar Bewohner und Bewohnerinnen kannte. Er ist 94 Jahre alt und brauchte bis jetzt keine pflegerische Unterstützung. Er ist aber froh, dass er sich nicht mehr um den Haushalt kümmern muss und alle Mahlzeiten in Gemeinschaft im Restaurant seines Gesundheitszentrums einnehmen kann. Eines Morgens erscheint Herr Caflisch nicht zum Frühstück. Die Servicemitarbeiterin meldet sich bei Irene – sie ist diplomierte Pflegefachfrau und hat heute die Tagesverantwortung. Irene findet Herrn Caflisch in seinem Zimmer am Boden liegend.

**E**s ist nun also am Pflgeteam, die Situation des Bewohners einzuschätzen. War es ein Stolpersturz? Hat er sich verletzt? Ist es etwas Ernsthafteres? Welche medizinische Vorgeschichte hat Herr Caflisch? Welche Medikamente nimmt er ein? Muss Irene einen Arzt rufen oder kann sie noch zuwarten?

Bei der Übergabe (Rapport) schildert Irene den Vorfall. Eine Kollegin erzählt, dass Herr Caflisch gestern gesagt hat, er fühle sich nicht so wohl. Er hatte auch keine Lust auf das Abendessen. Und seit ein paar Tagen schlafe er schlecht, weil er nachts immer wieder ein Herzrasen verspüre.

Wäre ein Arzt oder eine Ärztin vor Ort gewesen, hätte Irene sie informiert und hinzugezogen. Aber in den Zentren mit „Wohnen im Alter“ ist – wie in vielen Altersheimen – kein hauseigener Arzt bzw. Ärztin vor Ort. Die Bewohnenden werden nach ihrem Eintritt weiterhin von ihren eigenen Hausärzt\_innen betreut. Dies hat zur Folge, dass ein Zentrum mit ca. zehn bis 40 verschiedenen Hausärzt\_innen zusammenarbeitet. Viele dieser Ärzt\_innen machen keine Hausbesuche mehr oder sind in Notfallsituationen nicht erreichbar.

Herr Caflisch ist kein Einzelfall. Solche Szenarien kommen in den 23 Gesundheitszentren der Stadt Zürich mit dem Angebot „Wohnen im Alter“ immer häufiger vor. In diesen Zentren leben vorwiegend selbständige Bewohnende oder Bewohnende mit niedriger Pflegestufe. Tritt ein zunehmender Pflegebedarf auf, bleiben sie in der Regel im Gesundheitszentrum ihrer Wahl. Die Geschichte von Herrn Caflisch zeigt denn auch beispielhaft einige



Wenn Hausärzt\_innen nicht vor Ort sind, dann können Advanced Practice Nurses (APN) Veränderungen des Gesundheitszustandes klinisch beurteilen, systematisch festhalten und weiterleiten.

typische Herausforderungen für die Pflegemitarbeitenden bei dieser Wohnform. Viele Bewohnerinnen und Bewohner sind hochaltrig, bei gleichzeitig grosser Selbstständigkeit. Dies bedeutet, dass sie ihre chronischen Krankheiten, welche das Alter häufig mit sich bringt, mehr oder weniger stabil managen können. Die Multimorbidität und die Einnahme mehrerer verschiedener Medikamente birgt jedoch bekanntermassen Risiken. Diese einzuschätzen ist anspruchsvoll, insbesondere dann, wenn der Bewohner oder die Bewohnerin keine Pflegeleistungen benötigt.

Bis jetzt waren die Mitarbeitenden der Pflege in erster Linie für die Betreuung, wie z.B. Unterstützung bei der Körperpflege oder dem Medikamentenmanagement, und die Umsetzung ärztlicher Verordnungen zuständig. Es gab wenig Berührungspunkte zur Akutmedizin. Nun haben sich die Herausforderungen aber gewandelt, während sich Skill- und Grademix kaum verändert haben. Um diesen neuen Bedingungen begegnen zu können, haben die Gesundheitszentren für das Alter ein Projekt mit Advanced Practice Nurses (APN) Geriatrie lanciert. Im Laufe des Projektes haben sich die folgenden drei Problemfelder herauskristallisiert.

## Problemfelder

- **Chronisch Kranke:** In der Schweiz leidet ein Viertel der ganzen Bevölkerung an mindestens *einer* chronischen Krankheit. Mit steigendem Alter nehmen auch die Mehrfacherkrankungen zu. Bei den 50-Jährigen sind 10 % davon betroffen, bei den 80-Jährigen bereits über 30 % (BAG, 2022). Demzufolge leiden auch die Bewohnenden der Gesundheitszentren immer häufiger an mehreren Krankheiten gleichzeitig, insbesondere treten vermehrt kognitive Beeinträchtigungen und psychische (Begleit-)erkrankungen auf. Suchterkrankungen und herausforderndes Verhalten bei Demenz (BPSD) sind keine Seltenheit.
- **Akutsituationen und Notfälle:** Die Krankheitssymptome bei betagten Menschen sind oft atypisch und der Krankheitsverlauf ist vielfach schwer vorhersehbar (Hafner & Meier, 2000). Beispielsweise zeigen sich die Symptome bei einem Harnwegsinfekt selten so wie bei einem jungen Menschen. Oft sind es nur die Übelkeit und Appetitlosigkeit, eventuell auch ein delirantes Verhalten, das einen Hinweis auf einen Harnwegsinfekt geben. Auch eine plötzliche Verschlechterung einer sonst stabilen chronischen Krankheit, wie z.B. bei COPD oder bei Herzinsuffizienz müssen erkannt werden, um die richtigen Massnahmen rechtzeitig einleiten zu können.
- **Bewohnende ohne Pflegeauftrag:** Bei Bewohnenden, welche bis zu diesem Zeitpunkt keine pflegerische Unterstützung beanspruchten, einen Unterstützungsbedarf zu erkennen, ist eine grosse Herausforderung. Diese Menschen gehen selbst zum Hausarzt oder zur Hausärztin, während das Pflegeteam oft nicht über aktuelle Diagnosen und Medikamente bzw. deren Anpassung informiert ist. Viele Bewohnende legen auch Wert auf

diese Unabhängigkeit, indem sie selbst mit dem Arzt oder der Ärztin ihre Anliegen und Therapien besprechen. Gleichzeitig wännen sie sich aber in einer medizinisch-pflegerischen Sicherheit, die medizinische Versorgung soll bei Bedarf gewährleistet sein. Auch die Familie geht davon aus, dass ihre Angehörigen im Bedarfsfall betreut sind.

## Projekt mit Pflegeexpertinnen APN

Um den Anforderungen an die Teams der Betreuung und Pflege gerecht zu werden, wurde Ende letzten Jahres ein Projekt mit zwei Pflegeexpertinnen APN initiiert. APNs sind Pflegefachpersonen mit Master- oder Doktoratsabschluss in Pflegewissenschaft, welche sich auf einen bestimmten Bereich spezialisieren und dort ihre Expertise erlangen. Ihre Kernkompetenz ist die direkte klinische Praxis, nah an den Patient\_innen bzw. Bewohner\_innen. Des Weiteren verfügen die APN über Kompetenzen im klinischen Assessment, in personenzentrierter Tätigkeit, klarer Kommunikation, Leadership, fortgeschrittener interprofessioneller Zusammenarbeit, evidenzbasierter und/oder ethischer Entscheidungsfindung (International Council of Nurses [ICN], 2020).

Im hier beschriebenen Projekt arbeitet jede der beiden APNs in drei bis vier Gesundheitszentren. Wichtigste Voraussetzung ist, dass die APNs vor Ort sind und zusammen mit den Versorgungsteams eine kompetente, dem Bedarf und den aktuellen Erkenntnissen entsprechende Pflege anbieten können.

### Die Ziele des Projektes sind:

- komplexe und/oder instabile Versorgungssituationen von Bewohnenden erkennen
- eine kompetente, sichere und ganzheitliche Versorgung sicherstellen
- rasche Symptomerkennung, -interpretation und -behandlung
- Miteinbezug von Beobachtungen auch von nicht medizinisch ausgebildeten Mitarbeitenden
- zielgerichtete interprofessionelle Zusammenarbeit mit Hausarzt\_innen, Konsiliarapotheken

Das Projektteam setzt sich zusammen aus den Leitungen Pflege und Betreuung von vier involvierten Zentren, einem Mitglied der Geschäftsleitung, dem ärztlichen Leiter für die Gesundheitszentren mit Schwerpunkt „Wohnen im Alter“ und den beiden APNs. In regelmässigen Projektsitzungen werden die bereits erreichten Fortschritte festgehalten, neue Etappenziele gesetzt und diese an der nächsten Sitzung evaluiert. Bei Projektabschluss Ende 2023, wird anhand der Gesamtevaluation entschieden, ob der Einsatz von APNs auf weitere Zentren ausgeweitet wird.

## Handlungsfelder

Im Verlauf des Projektes haben sich vor allem die folgenden Handlungsfelder gezeigt:

- Bewohnende mit erhöhtem gesundheitlichen Risiko identifizieren
- Dokumentation unterstützen
- Interprofessionelle Zusammenarbeit fördern
- Rollenverständnis entwickeln

### Bewohnende mit erhöhten gesundheitlichen Risiko identifizieren

Die Identifikation von gesundheitlichen Risiken gestaltet sich oft schwierig. Sie verlangt gezielte Beobachtungen, die auch von Mitarbeitenden aus anderen Berufsgruppen wie beispielsweise der Hotellerie, des Reinigungsdienstes, der Administration oder auch Assistenzmitarbeitenden gemacht werden können. Diese müssen interpretiert und in einen weiteren Zusammenhang, wie z. B. die Krankengeschichte, gesetzt werden. Dies kann beispielsweise ein zunehmender Gewichtsverlust, aber auch eine chronische Wunde sein, ein Bewohner mit ungenügender Schmerzmedikation oder eine Bewohnerin mit exazerbierender COPD. Auch Bewohnenden, die von einem Spitalaufenthalt zurückkehren, ist besonderes Augenmerk gewidmet. Sie haben ein erhöhtes Risiko, dass die im Spital begonnene Therapie und Betreuung nicht situationsgerecht weitergeführt wird und allenfalls Absprachen mit dem Hausarzt\_ärztin nötig sind. Fachthemen werden beispielsweise anhand von Fallbesprechungen aufgenommen und Wissen direkt mit praktischem Bezug vermittelt. In komplexen Situationen übernimmt die APN die Einsätze oft selbst und unterstützt bei Angehörigengesprächen. Sie nimmt Kontakt mit der Hausärztin/dem Hausarzt oder weiteren Versorgern auf. Allenfalls involviert sie auch ein spezialisiertes Palliativ Care Team oder meldet ein geriatrisches Konsilium an. Das Ziel ist, dass die Mitarbeitenden gestärkt und befähigt werden, fachliche Zusammenhänge zu erkennen und angemessene Handlungsoptionen daraus abzuleiten.

### Dokumentation unterstützen

Bei Situationen, die über Monate hinweg stabil bleiben, wird in der Regel nicht ausführlich dokumentiert. Wird die Situation jedoch komplexer, werden Medikamente angepasst, haben Bewohnende Veränderungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, so müssen diese dokumentiert werden, um einen Verlauf nachvollziehen zu können. Auch im Kontakt mit andern Diensten, wie zum Beispiel dem Arzt/der Ärztin, muss anhand der Dokumentation der Verlauf nachvollziehbar sein. Dies setzt ein Umdenken im Pflorgeteam voraus, es muss erkannt werden, welche Informationen wichtig sind für den weiteren Verlauf.

## Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Pflegemitarbeitenden nehmen eine Schlüsselrolle in der Koordination aller an der Versorgung der Bewohnenden beteiligten Gruppen ein, sowohl gegenüber externen als auch internen Berufsgruppen. Den Informationsfluss mit vielen verschiedenen Hausärztinnen und Hausärzten, involvierten Spezialist\_innen, der Konsiliarapotheke und allenfalls Therapeut\_innen zu gewährleisten, ist anspruchsvoll. Auch zentrumsintern gilt es, Informationen mit den Mitarbeitenden der nicht pflegerischen Dienste wie Service, Reinigungsdienst und Administration adressaten- und situationsgerecht abzuholen und auszutauschen.

### Rollenverständnis entwickeln

Der einstigen „Krankenschwester“, die in erster Linie im Auftrag des Arztes gehandelt hat, fällt eine neue Rolle zu. Obschon die Pflegefachperson vom Gesetz her immer noch in einem Hilfsberuf tätig ist, hat sich ihr Berufsbild zu einer eigenständigen Rolle gewandelt. Die Pflegefachperson trägt Mitverantwortung für die Bewohnenden, sie muss die Patient\_innen einschätzen und daraus medizinische, pflegerische und soziale Massnahmen ableiten können. Es darf von ihr erwartet werden, klinisch verknüpfen zu können. Sie muss die bereits vorhandenen Informationen über eine/einen Bewohner\_in mit dem aktuellen Befinden und Symptomen in Beziehung setzen und Handlungsmassnahmen daraus ableiten können. Stehen die Symptome im Zusammenhang mit der bereits bekannten Vorgeschichte oder ist etwas Neues aufgetreten? Reicht es, wenn ich ein Reservemedikament abgebe? Hilft eine andere Lagerung? Muss der Hausarzt oder die Hausärztin informiert werden? Eilt es, braucht es einen Notfallarzt\_ärztin?

In dieser für viele auch neuen Rolle sollen sie durch das Projekt befähigt werden.

## Fazit

Das Projekt trägt den Anforderungen in den eher medizinfernen Betrieben des Wohnens im Alters der Gesundheitszentren Rechnung. In der Stadt sind viele Hausärztinnen und Hausärzte kaum mehr bereit, Hausbesuche durchzuführen. APNs können den klinischen Zustand beurteilen, systematisch festhalten und weiterleiten. So können Symptome frühzeitig behandelt und unnötige Hospitalisationen verhindert werden. Gleichzeitig ist das Projekt eine Chance, die fachliche Weiterentwicklung der Pflegemitarbeitenden in den Gesundheitszentren anhand des konkreten Alltagsgeschehens zu unterstützen. Es hat sich in den vergangenen Monaten gezeigt, dass sich neben der fachlichen Entwicklung auch ein neues Rollenverständnis bildet.

Die Mitarbeitenden werden in verschiedenen Fachbereichen gefördert und darin begleitet, vermehrt Verantwortung für die Bewohnenden zu tragen. Sie werden zu einem wichtigen Player im interprofessionellen Team, was auch die Attraktivität im Pflegeberuf steigert. So konnten in einer ersten Zwischenevaluation bei den Mitarbeitenden vorwiegend positive Rückmeldungen festgestellt werden.

Das Feld der stationären Langzeitpflege bietet für eine klinische Pflegeexpertin APN die Möglichkeit ihre zusätzlichen Kompetenzen voll auszuschöpfen.

## Literatur

- BAG, B. f. (2022). *Zahlen und Fakten zu nichtübertragbaren Krankheiten*. Schweiz. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-nichtuebertragbare-krankheiten.html>
- Hafner, M. & Meier, A. (2000). *Geriatrische Krankheitslehre*. Hans Huber.
- International Council of Nurses (ICN). (2020). *Guidelines of Advanced Practice Nursing*. International Council of Nurses.



**Corinne Steinbrüchel**, RN, MScN,  
Pflegeexpertin APN-CH bei den Gesundheitszentren für das Alter Stadt Zürich

corinne.steinbruechel@zuerich.ch



**Andrea Christen**, RN, MScN,  
Fachstelle Betreuung + Pflege & Pflegeexpertin APN bei den Gesundheitszentren für das Alter Stadt Zürich

andrea.christen@zuerich.ch