

Pflegeexpert:innen APN im Praxisalltag: Rollen und Interventionen

Workshop 3 13.05.2022

Kerstin Meißner, MSc
Stefan Sniatecki, MSc

Agenda

- Vorstellen des FNK
- Vorstellen der Advanced Nursing Practice
- Vorstellung Rollen / Interventionen
- Fragen



- Warum sind Sie hier?
- Welche Erwartungen habe ich?
- Wenn ich könnte, würde ich ... in der Patient:innenversorgung verbessern

(s. Anhang)



Das Florence-Nightingale-Krankenhaus

- Modernes Regel- /Schwerpunktkrankenhaus
- 12 Fachkliniken mit mehr als 556 Betten
- Fachkräftequote Pflege (dreijährig ausgebildet) bei 99%
 - Zunehmend primär qualifizierte Bachelor Absolventen im klinischen Einsatz
- Seit 2010 Aufbau Advanced Nursing Practice
- Seit 2012 Aufbau Primary Nursing, teilweise implementiert
- Seit Juli 2015 Akademisches Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



Pflegevision im FNK

- Wirksam
- Nachhaltig und
- Wissenschaftlich fundiert

➔ Organisationsentwicklungsprozess im FNK



Verständnis von ANP im FNK

„Advanced Nursing Practice (ANP) ist ein Konzept für eine **erweiterte, wirksame Pflege und Betreuungspraxis** einer individuellen **Patientengruppe** und deren Bezugspersonen.

Die Rollenentwicklung orientiert sich an den **zentralen Kriterien und Kernkompetenzen** nach Hamric.“

(Ulrich et al 2010: 403)



Verständnis von ANP im FNK

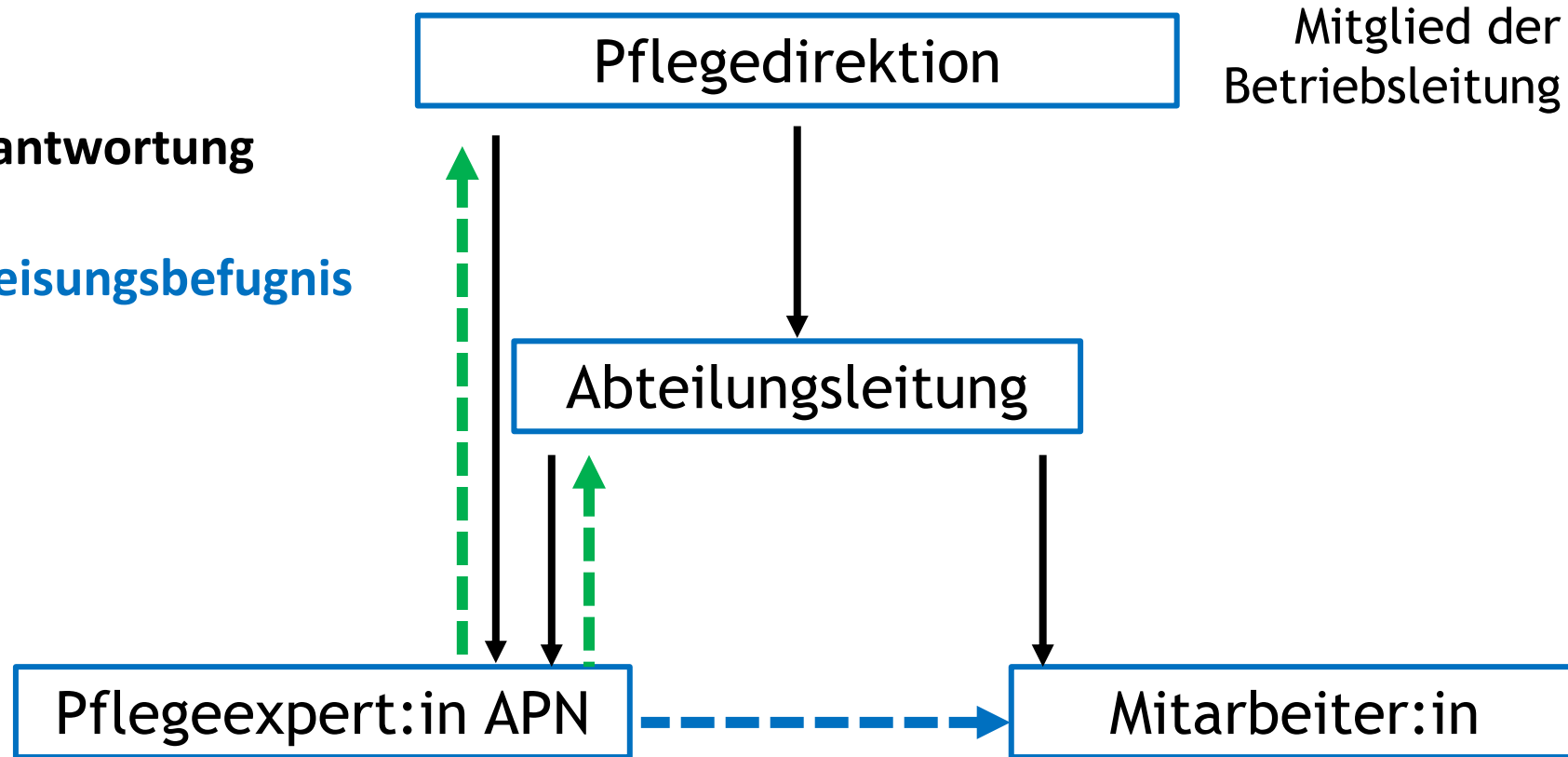
„Erweiterte und spezialisierte pflegerische Interventionsangebote im interdisziplinären Versorgungsprozess zu verankern, welche definierte Versorgungsbedarfe von Einzelnen oder Patientengruppen [...] abdecken.“

(Sniatecki et al. 2017, S.274)



Organigramm im FNK

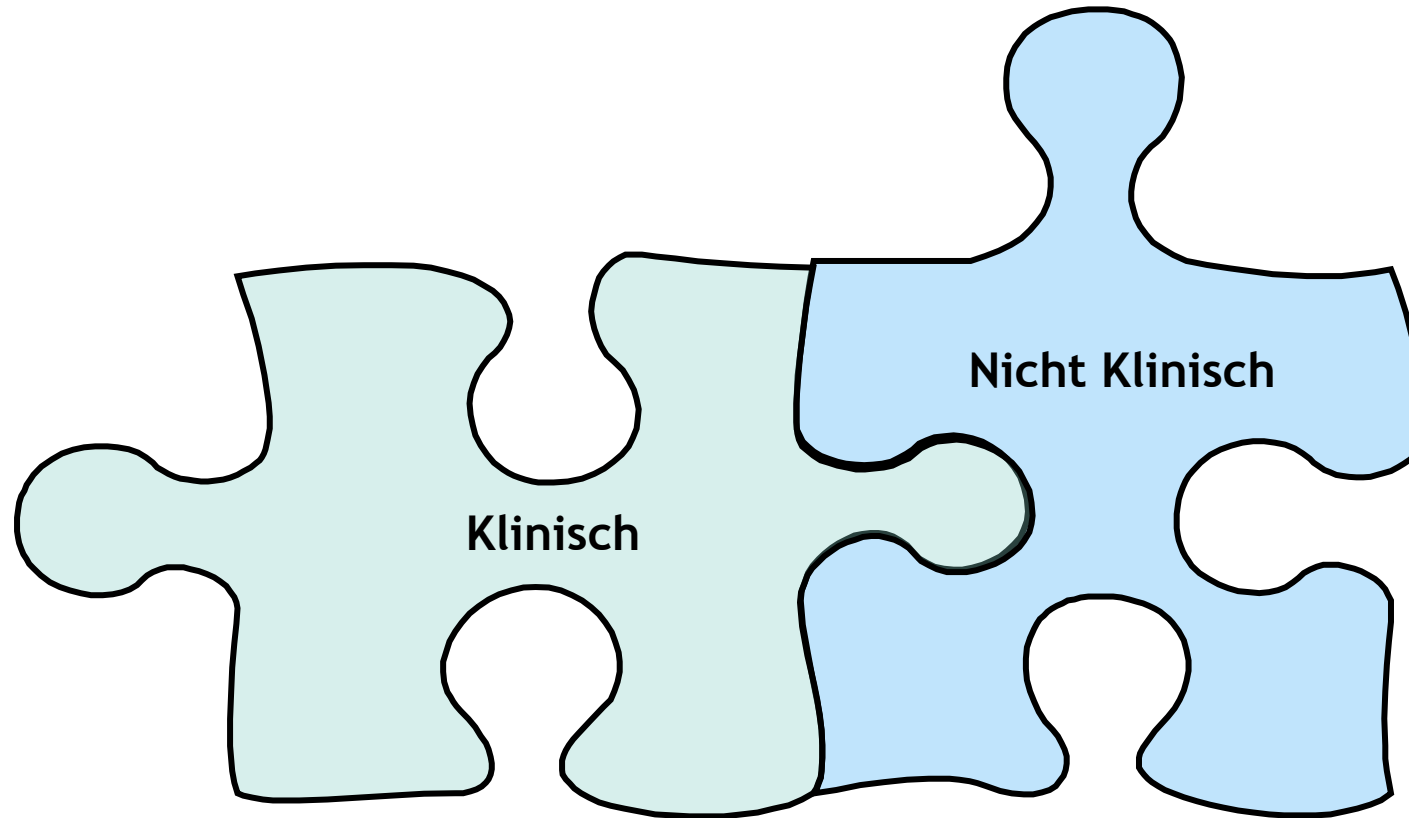
Personalverantwortung
Beratung
Fachliche Weisungsbefugnis



Eigene Darstellung, 2018



Tätigkeiten von Pflegeexperten APN



Eigene Darstellung



Strategien

Das Angebot kann sein:

Personenzentriert

NP/ CNS



Pflegeexpert:in APN

Interventionsangebot durch

Gruppenzentriert

ANP-Team



Pflegeexpert:in APN &
befähigte Teammitglieder



Als Pflegeexpert:in APN im FNK



Phänomen Delir

Definition

- Bewusstseinsstörung / Störung der Aufmerksamkeit
- Veränderung der kognitiven Funktion
- Entwicklung des Störungsbildes innerhalb von Stunden oder Tagen
- Feststellung eines Krankheitsfaktors
- Störung ist nicht durch bereits bestehende neurokognitive Störung erklärbar (Falkai & Wittchen, 2018)

Prävalenz / Inzidenz

- 11-25% der über 65-Jährigen, die auf eine Normalstation aufgenommen sind bei Aufnahme delirant
- Ca. 30% der normalstationären Patienten entwickeln im weiteren Verlauf ein Delir (Vasilevskis et al., 2012)
- Vorbestehende kognitive Einschränkung (Menschen mit Alzheimer-Demenz) erhöht Delirwahrscheinlichkeit (Gross et al., 2012).
- Behandlung auf einer Intensivstation korreliert hoher Delirinzidenz (25-87%) (Mehta et al., 2015).



Systematisches Delirmanagement (DM)

(Leitung: Pflegeexperte APN)

Bausteine

- Identifizierung von delirgefährdeten Patienten (Risikopatienten)
- Weitestgehende Vermeidung / Reduktion der identifizierten Risikofaktoren
- Identifizierung der deliranten Patienten anhand eines gestuften Delirscorings / Delirassessments
- Delirverhinderung durch präventive Multikomponentenintervention
- Sensibilisierung und sicherer Umgang des interprofessionellen Teams mit dem Phänomen Delir in den operativen Abteilungen
- Unterstützung / Einbezug der Angehörigen bei der Delirprävention / Delirtherapie

-> Delirpräventive Multikomponentenprogramme können das Auftreten von Delirien bis zu 60% verhindern!

(Hshieh et al., 2015; Siddiqi et al., 2016)



Phänomen Delir

Verlauf

- Hyperaktiv
- Hypoaktiv
- Mischformen
(O'Keefe & Lavan, 1999)

Risikofaktoren

- Multifaktoriell
- Prädisponierende (Faktoren, die das individuelle Risikoprofil bestimmen)
- Präzipitierende Faktoren (kausale Faktoren, denen gezielt entgegengewirkt werden kann)
(Inouye, 1996)

Prädisponierende Faktoren (Beispiele)	Präzipitierende Faktoren (Beispiele)
Alter Gebrechlichkeit	Exsikkose
Kognitive Einschränkung	Schmerzen
Beeinträchtigung Hören und Sehen	Anämie
Vorheriges Delir	Infektionen

(Tomlinson et al., 2017, Verloo et al, 2017)



Fallbeispiel Delir - Herr W., 78 Jahre

Häuslichkeit

- Leichte Alzheimer-Demenz, nicht diagnostiziert
- Stark eingeschränkte Sehleistung
- Seit einigen Tagen Magen- und Darminfektion
- Hausarztbesuch kann nicht mehr durchgeführt werden, da Herr W. kurz vorher über einen Teppich in der Wohnung stolpert und stürzt

Krankenhaus

- Diagnose: Pertrochantäre Femurfraktur, Indikation zur Operation
- Postoperativ Aufenthalt auf der Intensivstation, dann Verlegung auf die Normalstation
- Starke Schmerzen
- Ehefrau fällt auf, dass sich Herr W. teilnahmslos / unruhig verhält, halluziniert und dass sich seine Demenz verschlechtert hat
(Sniatecki, 2021)



Wie kann sich der Krankenhausaufenthalt von Herrn W. gestalten?

Wo an welchen (Schnitt-)Stellen ist präoperativ an DM zu denken?

Wie würden Sie als APN Anamnese und Risikofaktoren in Ihrem Delirmanagement präoperativ berücksichtigen?

Häuslichkeit

- Leichte Alzheimer-Demenz, nicht diagnostiziert
- Stark eingeschränkte Sehleistung
- Seit einigen Tagen Magen- und Darminfektion
- Hausarztbesuch kann nicht mehr durchgeführt werden, da Herr W. kurz vorher über einen Teppich in der
- Wohnung stolpert und stürzt

Krankenhaus

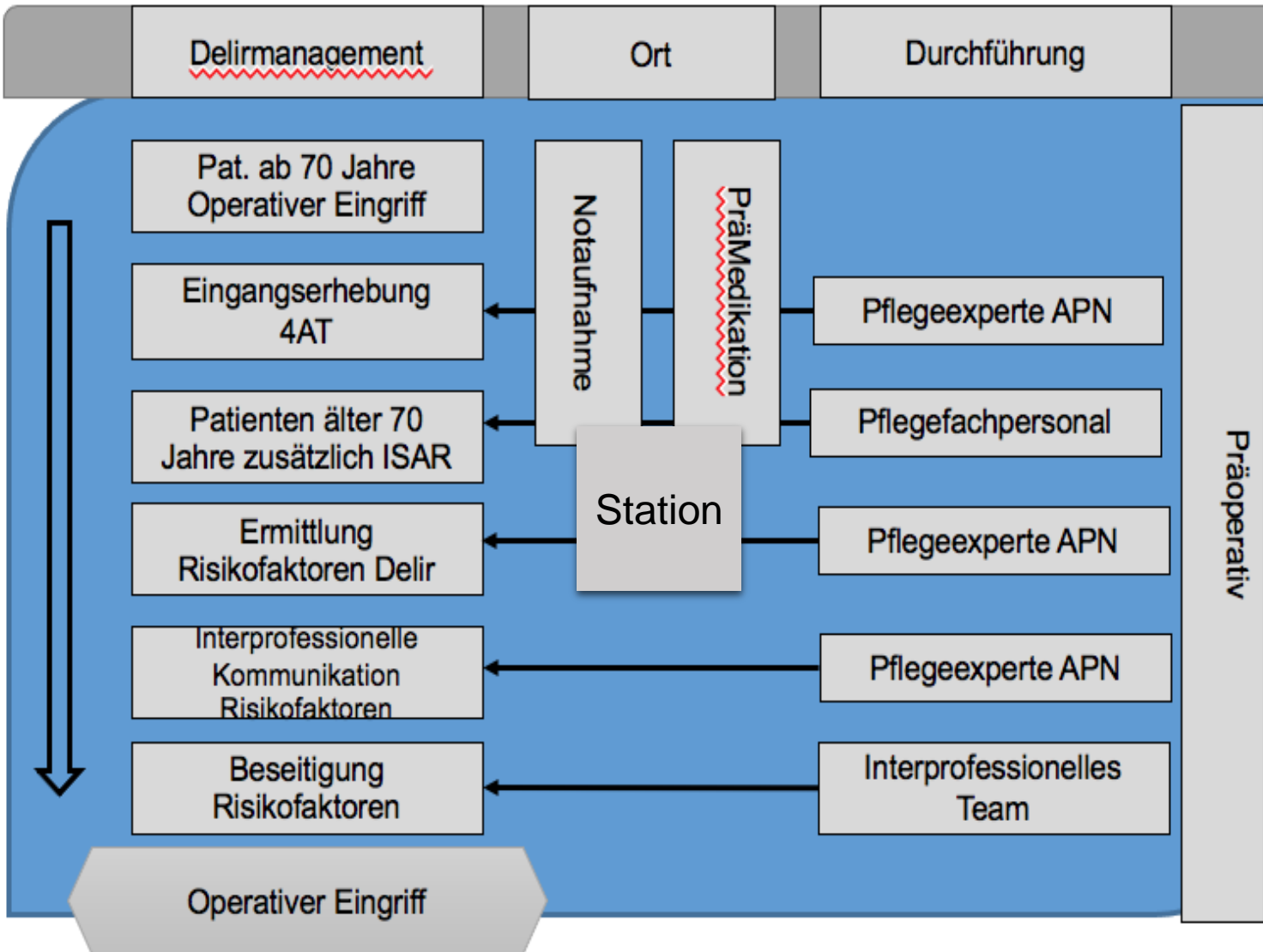
- Pertrochantäre Femurfraktur
- Postoperativ Aufenthalt auf der Intensivstation, dann Verlegung auf die Normalstation
- Starke Schmerzen
- Teilnahmsloses / unruhiges Verhalten, Halluzinationen
- Verschlechterung der Demenz

Prädisponierende Faktoren (Beispiele)	Präzipitierende Faktoren (Beispiele)
Alter Gebrechlichkeit	Exsikkose
Kognitive Einschränkung	Schmerzen
Beeinträchtigung Hören und Sehen	Anämie
Vorheriges Delir	Infektionen



Delirmanagement Operative Abteilungen

Effekte für Herrn W.



Identifikation
Kognitive
Einschränkung

Identifikation
Gebrechlichkeit

Beseitigung Exsikkose
Erkennung
Notwendigkeit
Sehhilfe

Präoperative
Flüssigkeitsgabe
Sehhilfe in allen
Abteilungen
vorhanden



Empfehlungen



Als Pflegeexpert:in APN im FNK



Angst und Schmerz

- Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (GG Art. 2, Abs. 2 Satz 1).
 - Anspruch auf Krankenhausbehandlung, mit Linderung von Krankenhausbeschwerden (SGB V §39 Abs. 1, SGB V § 27 Abs. 1).
 - Unterlassung von schmerzlindernden Maßnahmen kann eine Straftat im Sinne des § 223 13 StGB (Körperverletzung durch Unterlassung) oder im Sinne des § 323c StGB (Unterlassene Hilfeleistung).
 - Postoperative Schmerzen können Komplikationen nach der Operation begünstigen (Schadewaldt (2011), Boker (2002), Berth (2007)).
 - Ein Prädiktor für erhöhte postoperative Schmerzen sowie einen verlängerten Krankenhausaufenthalt sind präoperative Ängste (Schadewaldt (2011), Gräwe (2010)).
- Aus diesem Grund wird neben einer präoperativen Schmerz- und Angsterfassung, die Ausweitung von Edukations- und Informationsangeboten insbesondere in Bezug auf Schmerzen empfohlen (Schadewaldt (2011), Gräwe (2010), DIVS (2021)).



Akutschmerzdienst FNK 2021

	AC	TC	KC	PC	UC / OR	GYN	EB	PK	IM	Gesamt
Patient:innen	189	225	28	1	25	185	1391	1	4	2044
Fälle	193	229	28	1	25	188	1394	1	4	2062
Therapien	206	239	28	1	1124	193	1411	1	5	2111
Visiten gesamt	2296	1818	331	5	624	1405	6443	3	66	12559
Visiten APN / Pain Nurse	1040	787	157	3	97	588	1946	3	38	4659



Schnittstellen

- **Wo setzen Sie an?**
- (Prästationär)
- Aufnahme/Prämedikations Ambulanz
- Station / Kreissaal
- Holding area
- OP
- Aufwachraum /IMC/Intensivstation
- Station
- (Poststationär/ ambulant)



Prädisponierende Faktoren Chronifizierung Schmerz

- Präoperativ
 - Präoperative Schmerzen
 - Wiederholte Operationen
 - Junge Patienten
 - Frauen
 - **Katastrophisieren, Hypervigilanz, Angst vor Schmerzen, Vermeidungsverhalten**
- Intraoperativ
 - Operationstechnik (Nervenverletzungen)
 - Intraoperative Analgesie
 - Verabreichte Anästhetika und Analgetika
- Postoperativ
 - Starke postoperative Schmerzen
 - Bestrahlung des Operationsgebietes
 - Neurotoxische Schmerztherapie
 - Psychologische Suszeptibilität

Weyland, 2013



Interventionen

- Bedarfs- & bedürfnisorientierte Information, Schulung und Beratung der Patient:innen und deren Bezugspersonen zu Krankheits- und Symptommanagement, Adhärenz und Selbstmanagement des Alltags
- Nichtmedikamentöse Symptomlastminderung:
 - TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation) z.B. postpartal, nach Laparoskopien/ langer OP-Zeit
 - Akupressur
 - Aromaöl
 - (Ohrakupunktur > Delegierbar)
- Innerbetriebliche Fortbildung Akutschmerz, Nichtmedikamentöse Schmerztherapie
- Konsildienst
- Pflegedokumentationsvisite



Effekte

Suggestionen beeinflussen	Parameter
Angst, Stress	RR, HF, Arrhythmien, Sedierungsbedarf
Schmerz	RR, HF, Analgetikabedarf
Autonome Funktionen	Peristaltik, Blasenentleerung, Würgen
Verbesserte Toleranz	Tubus, Künstliche Beatmung, Regionalanästhesie
Nebenwirkungen	PONV, Schwellungen, Entzündungsreaktionen
Blutung	Intra- und postop
Heilung	Wundheilung, Mobilisation, Krankenhausverweildauer
Allgemeinbefinden	Kooperativität, Zufriedenheit

Hansen, 2010



Alternative Wortwahl: Schmerz

- Welcher Teil Ihres Körpers benötigt jetzt unsere besondere Aufmerksamkeit?
- Sagen Sie, wenn wir Sie unterstützen sollen.
- Können wir etwas Gutes für Sie tun?
- Wenn Sie einen Druck unter Ihrem Verband verspüren, dann zeigt Ihnen das an, dass die Heilung bereits begonnen hat.
- Wenn Sie mehr spüren als Sie wollen, sagen Sie uns Bescheid.

Hansen, 2014

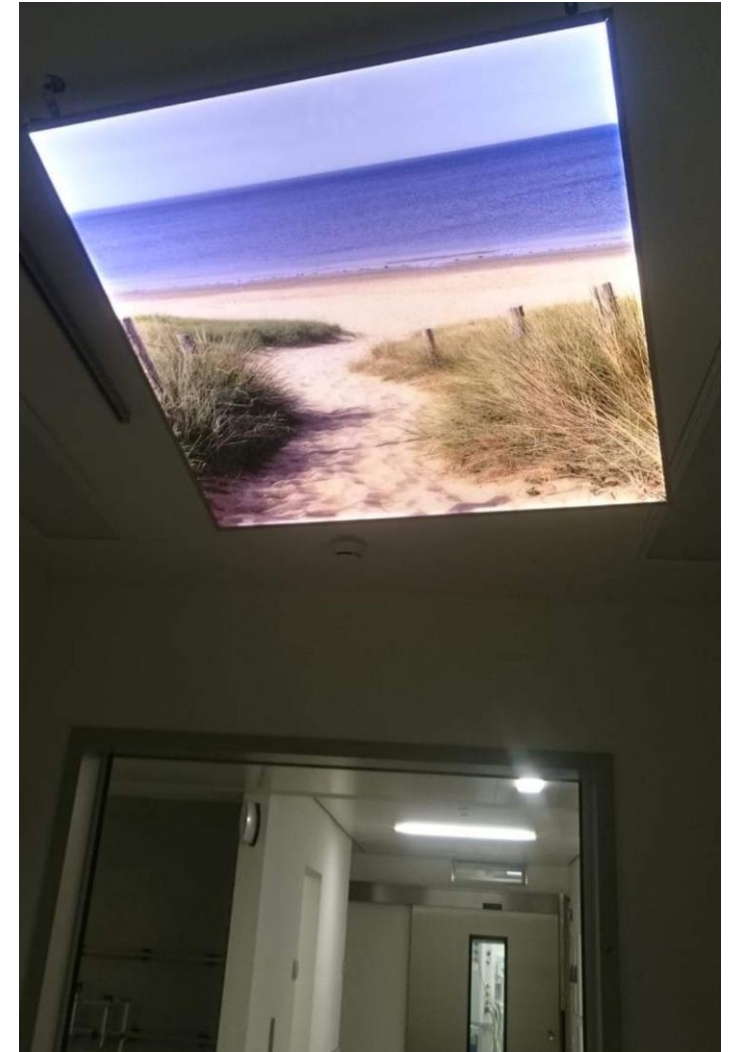


Foto: Meißner



Q&A





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

<https://www.florence-nightingale-krankenhaus.de/de/leistungsspektrum/pflege/team/pflege-experten-apn.html>

Literatur

- Bickel, H., Grading, R., Kochs, E., Förstel, H. (2008). High Risk of Cognitive and Functional Decline after Postoperative Delirium. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(1), 26-31.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2018). American Psychiatric Association. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 ®: Deutsche Ausgabe, 2. Korrigierte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Gross, A. L., Jones, R. N., Habtemariam, D. A., Fong, T. G., Tommet, D., Quach, L., ... Inouye, S. K. (2012). Delirium and Long-term Cognitive Trajectory Among Persons With Dementia. *Archives of Internal Medicine*, 172(17), 1324.
- Inouye, S. K. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *The Journal of the American Medical Association*, 275(11), 852-857.
- Kratz, T., & Diefenbacher, A. (2016). Kognitive Akut- und Langzeitfolgen intensivmedizinischer Behandlung. *Der Nervenarzt*, 87(3), 246-252.
- Mehta, S., Cook, D., Devlin, J. W., Skrobik, Y., Meade, M., Fergusson, D., ... Burry, L. (2015). Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Delirium in Mechanically Ventilated Adults*. *Critical Care Medicine*, 43(3), 557-566.
- O'Keeffe, S. T., Lavan, J. N. (1999). Clinical significance of delirium subtypes in older people. *Age Ageing*, 28(2), 115-119.
- Sniatecki, S. (2021). Delir: Zwischen Realität und Illusion. *Angehörige pflegen*, 2(6), 24-26.
- Tomlinson, E. J., Phillips, N. M., Mohebbi, M., Hutchinson, A. M. (2017). Risk factors for incident delirium in an acute general medical setting: a retrospective case-control study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 658-667.
- Vasilevskis, E. E., Han, J. H., Hughes, C. G., Ely, E. W. (2012). Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 26(3), 277-287.
- Verloo, H., Schmid, R., Rohrbach, E., Hasemann, W. (2017). Risikofaktoren, Risikofaktoren-Management, Prävention. In: Savaskan, E., Hasemann, W. (Hrsg.) (2017). Leitlinie Delir. Bern: Hogrefe.
- Witlox, J., Eurelings, L. S. M., de Jonghe, J. F. M., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P., van Gool, W. A. (2010). Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia. *The Journal of the American Medical Association*, 304(4), 443.
- Zoremba, N., & Coburn, M. (2019). Acute confusional states in hospital. *Deutsches Ärzteblatt Online*, 116(7), 101-106.



Literatur

Berth, H.; Petrowski, K.; Balck, F. (2007): The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version. In: Gemeinsame Zeitschrift psychosozialer Fachgesellschaften in der Medizin, 4, S. 1-8.

Boker, A.; Brownell, L.; Donen, N. (2002): The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. In: Canadian Journal of Anesthesia, 49 (8), S. 792-798.

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) (2021): S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“.
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-025l_S3_Behandlung-akuter-perioperativer-posttraumatischer-Schmerzen_2022-03.pdf
(letzter Zugriff am 11.05.2022)

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Osnabrück:
Giger, M.; De Geest, S. (2008): Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt. In: Schweiz. Ärztezeitung 89 (43), S. 1839-1843.

Gräwe, J.S.; Mirow, L.; Bouchard, R.; Lindig, M.; Hüppe, M. (2010): Einfluss präoperativer Patienteninformationen auf postoperative Schmerzen unter Berücksichtigung individueller Stressverarbeitung. In: Schmerz 24 (6), S. 575-586.

Hamric, A. B.; Spross, J. A. & Hanson C. M. (2008): Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach (4th Ed.). USA: SAUNDERS.

E. Hansen · C. Bejenke Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie. Verbesserte Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operationen Anaesthesist 2010 · 59:199-209
DOI 10.1007/s00101-010-1679-9 © Springer-Verlag 2010

Hansen, E., Seemann, M., Zech, N. Noceboeffekte und Negativsuggestionen in der Anästhesie(2014) Anaesthesist 2014 · 63:816-824 DOI 10.1007/s00101-014-2386-8 Online publiziert:
19. Oktober 2014 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Schadewaldt, V.; Nielsen, G. (2011): Die Vorhersage postoperativer Schmerzen - ein Nutzen für das präoperative Schmerzmanagement? In: Pflege, 24 (2), S. 125-136.

Quips (2013): Erhebung Benchmark- Ergebnisse FNK Düsseldorf.

Ullmann-Bremi, A.; Schlüer, A.-B.; Finkbeiner, G. & Huber, Y. (2011): „Wie ein ANP-Team laufen lernt“- Herausforderungen und Chancen von ANP-Teams am Universitätskinderspital Zürich. In: Pflege 24(1), S. 21-28.

Weyland, W. (2013): Workshop Schmerztherapie in der Thoraxchirurgie - Müssen wir etwas verbessern. FNK Düsseldorf



Ideen / Erwartungen

Implementierung

Ich bin hier um zu erfahren, wie andere Einrichtungen Pflegeexpert:innen **implementieren** und so **Impulse** für meine Arbeit zu bekommen.

Konkret die Implementierung von APNs im Unternehmen; Definierte Rollen, Tätigkeiten und Tätigkeitsprofile; Evaluation ist von Interesse;

Tipps für die Implementierung und praktische Umsetzung da wir noch keine ANP in der Klinik haben

Austausch und Informationen mit anderen APN's. **Wir implementieren aktuell das Konzept der APN neu in der Klinik und ich bin gespannt viel Input zu erhalten.** Ich bin Fachkrankenschwester für die Pflege in der Onkologie und befinde mich aktuell im Bachelorstudium zur APN.

Einsatzmöglichkeiten (Patienten mit versch. Erkrankungen, Setting, Pflegesprechstunden, ...) und Rollen (Generalist vs. Spezialist) sind schon bekannt bzw. werden umgesetzt? **Wie lief die Implementierung der neuen Rollen?**

Hallo erstmal :) Ich bin APN und arbeite jetzt aber als Pflegewissenschaftlerin im Klinikum. Ich erhoffe mir vom heutigen Tag **Inspiration und vom Workshop Ideen für die Implementierung ANP in der Praxis. Ich wünsche mir eine Patientenzentrierte Versorgung, die interprofessionel ausgerichtet ist**



Ideen / Erwartungen

Ich bin im ANP Studium und möchte das Konzept des ANP bei und in der Klinik **implementieren**. Freue mich über den Austausch und die Informationen. Wie fängt man an? **Reicht ein Masterabschluss für die Implementierung von ANP oder braucht es eine Promotion?**

Bei uns im Krankenhaus sind noch keine APNs implementiert. Daher interessiert es mich, wie das bei Ihnen im Krankenhaus aussieht/abläuft, welche Aufgaben/Einsatzgebiete Sie als APN haben

Ich arbeite bereits als APN im Zentralen Wundmanagement und würde mir wünschen, dass ich nicht nur Empfehlungen aussprechen kann, sondern tatsächlich für anderen Fachbereiche (Gefäßchirurgie, etc.) **Konsile auslösen kann, um die Diagnosenstellung und Versorgungsqualität der Pat. zu verbessern**

Ich schreibe gerade meine Bachelorarbeit in Pflegewissenschaft darüber, dass und warum Pflegende auch nach der FCTC Zigaretten rauchen. Ich würde gerne mehr Hilfen impele



Ideen / Erwartungen

Wichtig wäre mir, die Patientenedukation systematisch zu verbessern. Pflegeexpert:innen könnten hier eine wichtige Rolle übernehmen (Konzeption, Implementierung und Evaluation)

Verbessern würde ich gerne die Patientenanleitung und -Information, da ich zunehmend feststelle, dass diese aufgrund vieler neuer Kräfte "hinten runter fällt" – Outcome

Rolle

Ich habe gerade eine APN Stelle im Bereich Onkologie begonnen und befinde mich ganz am Anfang der **Rollenentwicklung** und freue mich mehr über Erfahrungen bei Spezialisierung und Implementierung der neuen Rolle und etablierte Aufgabenprofile zu erfahren

Ich würde gerne das Ansehen der Pflegenden (speziell ANPs) in der **Praxis aufwerten** - besonders in Zusammenarbeit mit den Ärzten. Im Moment hat die Pflege bei den ärztlichen Kollegen ja keinen großen Stellenwert, wenn es darum geht, sich konstruktiv an der Behandlung der Patienten zu beteiligen (ausgenommen die Grundpflege und ärztl. Anordnungen ausführen)

Implementierung von APN's in unterschiedlichen Settings, Erfahrungen, Diskurs über die Rollen – **Abgrenzung zu Pflege Expert*innen**



Ideen / Erwartungen

Forschung

Um mehr über die **Verknüpfung von Pflegeforschung (Theorie) und beruflicher Praxis von Leuten zu erfahren, die damit täglich arbeiten**

Eine wichtige Frage habe ich: wie kommt es zur Auswahl eines **Themenschwerpunkts** für die ANPs

Ich bin APN auf einer Onkologie/Palliativstation, aktuell mache ich eine Weiterbildung im Bereich Palliative Care. **Leider bin ich im Klinikum die einzige akademisch ausgebildete Pflegekraft... zur Weiterentwicklung benötige ich personelle Unterstützung, leider lässt sich mit dem Management darüber nur schwer reden** - Ideen nehme ich gerne an

