

« Aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege – ABTP »

Definition und Empfehlungen zur aktivierend- und begleitend-therapeutischen Pflege (ABTP)

Februar 2019

Projektleitung: Stéphanie COLOMBEY, Ko-Vorsitzende des Projekts (HRC)
Pascal DUCLOUX, Ko-Vorsitzender des Projekts (HUG).
Autorin: Laura RODRIGUEZ, Projektkoordination (HUG)

Adresse : Verband Plateforme-Reha.ch
c/o Stiftung Plein-Soleil
Chemin de la Cigale 3
1010 Lausanne
info@plateforme-reha.ch

Version vom 1. Februar 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	3
2. Schwerpunkte	4
2.1 Politisches Umfeld und gesetzliche Grundlagen	4
2.2 Spezifikationen der ABTP	7
2.2.1 Das Metaparadigma der Pflege	7
2.2.2 Spezifische theoretische Modelle für die Rehabilitation	7
2.2.3 Ziel der Rehabilitation	7
2.3 Spezifische Ausbildungen im Rehabilitationsbereich	8
2.4 Betriebliche Aspekte	8
3. Ermittlung der Praktiken	9
4. Definition der aktivierend- und begleitend-therapeutischen Pflege (ABTP)	14
Das spezifische Verhalten der Pflegefachkraft im Rehabilitationsbereich	14
Die Pflege verfolgt ein interdisziplinär festgelegtes Ziel	15
Die mobilisierten Kompetenzen sind spezifisch für den Pflegebereich	16
Betriebliche Aspekte und Abläufe	16
ABTP-Interventionen und Pflegediagnose	17
5. Schlussfolgerung	25
6. Anhang	26
Fragebogen	26
7. Literatur	30

1. Einführung

Mit der Überarbeitung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) von 2007 zur Krankenhausfinanzierung wird im Artikel 49 verlangt, dass die Finanzierung der stationären Rehabilitation nach einem nationalen, einheitlichen und leistungsabhängigen Tarifmodell organisiert wird. Zu diesem Zweck wurden die Tarifpartner (SwissDRG AG) und die Kantone aufgefordert an der Entwicklung dieses Modells namens ST Reha zu arbeiten.

Nach ersten Vorbereitungen für die Einführung von ST Reha am 1. Januar 2020 gab SwissDRG diese erste Version aufgrund verschiedener Kritiken seitens Kantone und Krankenkassen auf. Diese kritisierten, dass das Modell nicht direkt an Leistungen gebunden war. Um die Verbindung zwischen der Tarifierung und den angebotenen Leistungen zu verbessern, hat SwissDRG das Inkrafttreten von ST Reha auf 2022 verschoben und richtet nun die Tarifierung mit der Entwicklung von Codes zur Klassifizierung von chirurgischen Eingriffen (CHOP) auf ein fallbasiertes Modell. In diesen Codes werden Mindestleistungen für die Rehabilitationsbereiche festgelegt, die auf den DefReha@-Richtlinien basieren (H+ Die Spitäler der Schweiz, 2018). Ihre Art und Intensität werden ebenfalls in Pflegeminuten pro Woche definiert und gezählt.

Bislang sind Pflegeleistungen von diesen Mindestleistungen ausgeschlossen, da kein Konsens hinsichtlich der Definition der Rehabilitationspflege oder der aktivierend- und begleitend-therapeutischen Pflege (ABTP) besteht. Einige, von Pflegefachkräften erbrachten Leistungen, tragen jedoch zu den in DefReha@ 2.0 beschriebenen Rehabilitationszielen bei und entsprechen der ICF - Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO, 2001).

Die Anwesenheit von Pflegefachkräften rund um die Uhr und sieben Tage die Woche macht diesen Beruf zum einzigen Pflegepartner, der an der ununterbrochenen Patientenrehabilitation beteiligt ist. Ein Paradigmenwechsel ist daher notwendig. Um die Pflege als therapeutische Leistung in der Patientenrehabilitation anzuerkennen und zu berücksichtigen, wird folgendes vorgeschlagen:

- Eine operative Definition der Rehabilitationspflege, basiert auf dem funktionellen Zustand des Patienten, seiner Evaluation und den daraus resultierenden interdisziplinären Zielen (ICF).
- Ein betrieblicher Rahmen, der die Messung der Rehabilitationspflege ermöglicht und mit den verschiedenen vorgeschriebenen Assessmentinstrumenten in diesem Bereich kompatibel ist (MIF, EBI usw.).

Eine Literaturübersicht sowie die Einsicht in Nachschlagewerke der Fachdisziplin Pflege haben es möglich gemacht Aspekte zu entwickeln, die spezifisch mit der auf Rehabilitation ausgerichteten Pflegebetreuung zusammenhängen. Die Aspekte des ABTP-Ansatzes basieren und respektieren den auf der ICF basierenden und in der DefReha@-Definition beschriebenen Prozess.

Die Nomenklatur der NANDA-Pflegediagnosen und der damit verbundenen NIC/NOC-Pflegeinterventionen tragen zum universellen Verständnis der ABTP bei, unabhängig davon welches Instrument zur Messung des Pflegeaufwands verwendet wird. Die vorgeschlagenen Empfehlungen basieren auf den ABTP-Pflegeinterventionen, die sich aus der Definitionsarbeit des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) und des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen/Männer (SBK) im Jahr 2017 ergeben und integrieren die verschiedenen Assessmentinstrumente, die für den Rehabilitationsbereich verlangt werden (FIM, EBI usw.).

In der vorgeschlagenen Definition werden die gesetzlichen Regelungen zur Pflegeberufsausübung und die benötigten Pflegekompetenzen berücksichtigt die in der Schweiz durch das Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) in Kürze in Kraft treten werden.

Zur Durchführung dieses Projekts wurde eine *task force* gebildet die aus fünf Mitgliedern, zwei Ko-Vorsitzenden und einer Koordinatorin besteht und insgesamt 5 Einrichtungen respektive 4 verschiedene Kantone repräsentiert. Ausserdem wurden alle Mitglieder der PLATEFORME-REHA.CH im Rahmen einer Umfrage zu ihrer Situation, ihren Erfahrungen und ihren Bedürfnissen bezüglich der

ABTP befragt. Die hier vorgestellten Arbeiten, Definitionen und Empfehlungen sind das Ergebnis dieser interprofessionellen, interdisziplinären und interkantonalen Überlegungen.

2. Schwerpunkte

Für eine realistische Definition, die dem Rehabilitationsbereich (ICF) und den gesetzlichen Rahmenbedingungen des Berufs entspricht, und auf wissenschaftlichen Grundlagen der rehabilitationsspezifischen Pflege beruht, wurden folgende Arbeitsbereiche definiert:

1. Politisches Umfeld und gesetzliche Grundlagen
2. Spezifikationen der ABTP
3. Spezifische Ausbildungen im Rehabilitationsbereich
4. Betriebliche Aspekte

Die Definition weist Merkmale auf, die sie klar von den allgemeinen und spezifischen Kompetenzen in der Grundversorgung unterscheiden.

Diese Bereiche wurden chronologisch angegangen. Während des Fortschreitens der Arbeiten und der *task force*-Sitzungen konvergierten die Überlegungen und der Austausch zwischen den Mitgliedern auf eine kohärente und einheitliche Weise zu einer ABTP-Definition, die im oben beschriebenen Kontext umschrieben wird.

Damit diese Definition funktionieren kann, müssen auch die Erfahrungen, Praktiken und Bedürfnisse der verschiedenen Bereiche berücksichtigt werden. Zu diesem Zweck wurde bei den Verbandsmitgliedern der PLATEFORME-REHA.CH sowie bei zwei Einrichtungen aus der Deutschschweiz eine Umfrage anhand eines anonymen Fragebogens durchgeführt.

Die klinischen Aspekte standen im Mittelpunkt der Überlegungen und die Definition verfolgt Ziele, deren Hauptbegünstigter der Patient ist. Die Einführung unserer Empfehlungen kann daher in bestimmten Einrichtungen zu Änderungen des Prozessablaufs führen, insbesondere in Bezug auf die Dokumentation. Wir möchten darauf hingewiesen, dass dieser auf demselben Prozessablauf wie der ICF basiert, welcher auch von aktuellen Referenzdokumenten wie DefReha© empfohlen wird.

Obwohl sie Anpassungsbedarf hat, wurde die vorgeschlagene Definition mit Respekt auf die Singularität jeder Einrichtung entwickelt, unabhängig von der Grösse der Institution und der Art der Patienten die sie aufnimmt (z.B. Rehabilitation « andere »).

2.1 Politisches Umfeld und gesetzliche Grundlagen

Die Vorarbeiten wurden durch eine umfangreiche Literaturrecherche zum politischen Umfeld und zur gesetzlichen Grundlage initiiert. Dieser erste Ansatz hat es ermöglicht, die Überlegungen auf Definitionsmöglichkeiten auszurichten, die mit dem politischen Umfeld und dem rechtlichen Rahmen der Berufsausübung übereinstimmen.

Auf politischer Ebene schien es besonders wichtig die nationalen Prioritäten im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens zu kennen, um Rehabilitation und ABTP im aktuellen politischen und gesundheitlichen Umfeld zu positionieren. Es hat sich herausgestellt, dass die ABTP in 3 der 4 Aktionsbereiche, die in der Strategie der öffentlichen Gesundheitspolitik « Gesundheit2020 » (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2013) definiert sind, einbezogen ist:

- Lebensqualität sichern
- Chancengleichheit sowie Eigenverantwortung stärken
- Versorgungsqualität garantieren und erhöhen

Diese Punkte spiegeln den Artikel 117a Absatz 1 der Bundesverfassung wider, der aufgrund einer Volksinitiative geändert wurde, um die Grundversorgung zu stärken: « *Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität. Sie anerkennen und fördern die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung.* »

Die Rehabilitation wird von den Bundesbehörden als Teil der medizinischen Grundversorgung betrachtet: « Die medizinische Grundversorgung bezieht sich auf die aktuellen Bedürfnisse der Bevölkerung an Therapie, Pflege und Begleitung. Es handelt sich um vorbeugende und heilende Pflegeleistungen, aber auch um Rehabilitation und Palliativmedizin » (BAG, 2014). Die ABTP, wie in diesem Dokument definiert, ist Teil der Gesundheitspolitik des Bundes und entsprechen einem von der Bevölkerung geäußerten und in der Bundesverfassung verankerten Bedarf.

Auf juristischer Ebene gibt es derzeit keine Bundesverordnung für Gesundheitsberufe; jeder Kanton regelt die Ausübung der Pflegefachkräfte selbst. Dennoch verlangt die Bundesverfassung im Artikel 117a, Absatz 2a, dass der Bund über « *die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe* » ein Gesetz verfasst.

Mit dieser neuen Rechtsvorschrift entstand der Gesetzentwurf für das Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) welches aktuell in Planung ist. Die endgültigen spezifischen Kompetenzen für FH-Lehrgänge in Gesundheitsberufen wurden bereits von der Rektorenkonferenz der Schweizer Fachhochschulen (KFH) festgelegt (Ledergerber, Mondoux & Sottas, 2009). Der GesBG wird keine Gesetzgebung für spezifische Ausbildung erlassen.

Die FH-Ausbildung basiert auf allgemeinen und berufsspezifischen Kompetenzen. Sie ist in verschiedene Rollen unterteilt:

- Rolle des Experten/in in der Pflege
- Rolle des Kommunikators
- Rolle des Teamworkers
- Rolle des Managers
- Rolle des Health Advocates
- Rolle des Lernenden und des Lehrenden
- Rolle des Professionsangehörigen

Ebene	Instrumente	Vollzug	Zielebenen
Verfassung	Art. 95 u.a.m. Gesundheitsschutz EU-Recht / EU-Richtlinien	Hoheit, Schutz Zielvorgaben Rechte + Pflichten	
Regulierung + Steuerung	Gesetze (Bund, Kantone) Verordnungen Abschlusskompetenzen (Rahmen)Lehrpläne HF Lernzielkataloge pro Studiengang	Aufsicht Bund: Subventionen, Register Abgrenzung Privilegien Aufsicht Kantone Berufsausübungs- bewilligungen Sanktionen Bedarf der Arbeitswelt	
Ausbildung	Gesundheitspersonal ausbilden Diplom (eidg. Prüfung)	Akkreditierung Freiheitsgrade in der Ausgestaltung und Organisation	

Abb.: Steuerungsebene und Zielhierarchie. Darstellung: Beat Sottas (2008)

Für HF-Pflegefachkräfte ist der Rahmen für den Studienplan bereits auf Bundesebene vom Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) geregelt. « *Kompetenzen bezeichnen die Fähigkeit zur Anwendung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Know-how in gewohnten oder neuen Arbeitssituationen. Sie setzen sich zusammen aus Wissen, Fachkompetenz und Verhalten. Sie werden definiert durch die Zielorientiertheit, die Selbstständigkeit, das Ergreifen von Initiative, die Verantwortung, das Beziehungsumfeld, die verwendeten Mittel und das Anforderungsprofil der dipl. Pflegefachfrau HF/ des dipl. Pflegefachmanns HF.*

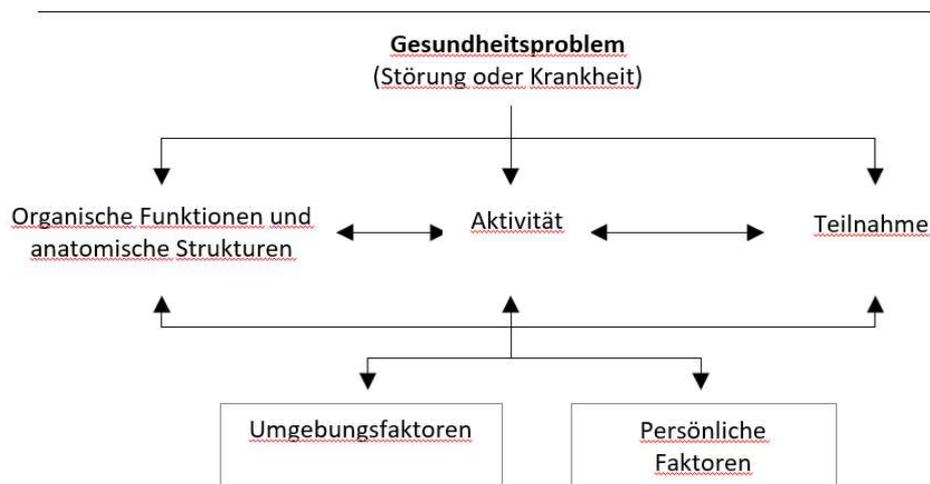
Die Kompetenz umfasst folgende Komponenten:

- *kognitive Kompetenz: Anwendung von Theorien/Konzepten sowie implizites Wissen (tacit knowledge), welches durch Erfahrung gewonnen wird*
- *funktionelle Kompetenz: Fertigkeiten und Know-how, welche zur Ausübung einer konkreten Tätigkeit erforderlich sind*
- *personale Kompetenz: Verhalten in und Umgang mit Arbeitssituationen*
- *ethische Kompetenz: persönliche und soziale Werte*

OdASanté : Rahmenlehrplan für die Lehrgänge Pflege HF (20.10.2016).

Obwohl derzeit eine Debatte über einen möglichen Kompetenzunterschied zwischen FH- und HF-Pflegefachkräften geführt wird, möchten wir an dieser Stelle festhalten, dass DefReha© bezüglich den allgemeinen und spezifischen Kompetenzen des Pflegebereichs beide Bildungsgänge umfasst.

Mit anderen Worten, eine Pflegefachkraft, die in einer Rehabilitationsabteilung beginnt, muss lernen die Ressourcen des Patienten zu identifizieren und diese gemäss dem untenstehenden funktionellen Gesundheitsmodell für ein mit ICF kompatibles Rehabilitationsziel zu mobilisieren.



In der Krankenpflege gibt es bislang keine klare Definition der spezifischen Verantwortung für die erbrachten Pflegeleistungen.

Gemäss Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 29. September 1995 werden alle Pflegemassnahmen « auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden » ausgeführt. Die Autonomie der Krankenpflege ist bis heute nicht rechtlich registriert.

Eine erste parlamentarische Initiative zur rechtlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflegefachkräfte wurde 2011 von Rudolf Joder (Schweizer Parlament) eingereicht. Nachdem dies Initiative abgelehnt wurde, gelang es einer zweiten Volksinitiative « Für eine starke Pflege » (SBK-ASI, 2016), die ebenfalls für die Autonomie der Rolle plädierte, die notwendigen Unterschriften zu sammeln. Die Initiative wurde schliesslich vom Bundesrat abgelehnt und ohne Gegenvorschlag an das Parlament zurückgeschickt. In Anbetracht der derzeitigen Situation hinsichtlich der Autonomie der Pflegefunktion und gemäss Artikel 7 der KLV sollte das für einen Patienten definierte ABTP-Programm dem medizinischen Rehabilitationsprojekt entsprechen.

Die « generalistische » Pflege wird pauschal vergütet. Die durch ABTP mobilisierten beruflichen Kompetenzen gehen jedoch über die in der Grundversorgung mobilisierten allgemeinen Kompetenzen hinaus. In Anbetracht des Mangels an Rechtsvorschriften betreffend der Kompetenzen spezialisierter Pflegefachkräfte, ist die Definition der ABTP-Interventionen und der dazu erforderlichen Kompetenzen unerlässlich.

2.2 Spezifikationen der ABTP

2.2.1 Das Metaparadigma der Pflege

Um herauszufinden, welche Leistungen die ABTP aufweisen muss, und über welche Kompetenzen Pflegefachkräfte verfügen müssen, um diese auszuführen, war eine Nachforschung in der wissenschaftlichen Literatur und den Referenzdokumenten über die Grundlagen und die Konzepte der Fachdisziplin Pflege erforderlich. Für die Empfehlung einer respektvollen Definition der Pflege und den zu definierenden Leistungen, war ein theoretischer wissenschaftlicher Rahmen, der auf den Grundlagen und Konzepten der Pflege beruhte, wesentlich. Daher wurde die ABTP nach dem Metaparadigma der Pflege angegangen, um die Begriffe Gesundheit, Person, Pflege und Umwelt in der Definition zu berücksichtigen.

2.2.2 Spezifische theoretische Modelle für die Rehabilitation

Die Lektüre von Forschungsartikeln betreffend Pflegeleistung in der Rehabilitation hat den theoretischen Rahmen aufgezeigt in dem die Rehabilitationsbetreuung durch die Pflegefachkraft festgelegt wird.

Gemäss der wissenschaftlichen Literatur (Boykin & Schoenhofer, 2001, Pepin u.a., 2017, St-Germain, Blais & Cara, 2008) definiert das von Watson im Jahr 1979 entwickelte *caring* eine Betreuung die die Rehabilitationspflege unterstützt.

Diese Denkschule, die sich aus dem Paradigma der Transformation ergibt, unterscheidet sich von anderen Paradigmen. Die Pflegefachkraft hat eine fürsorgliche Berufung, mit dem Ziel während der Pflege « beim Patienten » zu sein, was sich von den Paradigmen der Kategorisierung oder der Integration unterscheidet, welche jeweils auf « tun für » oder « handeln mit » abzielen.

Die ICF ist die zweite theoretische Unterstützung auf der die Definition basiert. Von der WHO entwickelt und ein weltweit genutztes Assessmentinstrument, dient sie auch als theoretische Grundlage für DefReha©. Angesichts dieses von allen Partnern auf internationaler sowie auf nationaler Ebene validierte Assessmentinstrument war es logisch, dass der Prozess des « Rehabilitationsmanagements » (Rauch, Cieza & Stucki, 2008) auf der klinischen Anwendung der ICF beruhte, bzw. der grundlegenden Basis des Prozesses dem die ABTP entsprungen ist.

2.2.3 Ziel der Pflege

Die Mitglieder der *task force* sind sich einig, dass der Hauptunterschied zwischen der ABTP und der Grundversorgung im therapeutischen Ziel liegt, welches die ABTP verfolgt. Während die Grundversorgung ein Defizit ausgleicht, verfolgt die ABTP das Ziel die Teilnahme des Patienten an Alltagsaktivitäten durch den Erwerb oder die Wiederherstellung funktioneller Unabhängigkeit zu entwickeln. Diese Ansicht ist mit der Sichtweise der internationalen und nationalen Rehabilitation absolut vereinbar, da die Aufgaben der Rehabilitation, wie in der ICF beschrieben und in DefReha© zitiert, respektiert werden.

Die Definition eines Ziels ist daher von zentraler Bedeutung und bildet den Ausgangspunkt des Rehabilitationsprozesses. Ein Pflegeleistungsansatz umfasst eine erste Evaluationsphase des Patienten betreffend Rehabilitation und erlaubt die Ressourcen und Bedürfnisse zu identifizieren. Nach diesem ersten Schritt wird das Ziel mit dem Patienten in Bezug auf das interdisziplinär definierte medizinisch-therapeutische Rehabilitationsprojekt festgelegt. Diese Etappen definieren die geeignete ABTP-Intervention. Die Interventions- und Neubewertungsphasen ermöglichen es der Pflegefachkraft bei therapeutischen Erfolgen den Prozess fortzusetzen oder ihn gegebenenfalls zu ändern.

Dieser Behandlungsansatz ist rehabilitationspezifisch und Teil des oben erläuterten theoretischen Rahmens. Erinnern wir uns an das Konzept der Pflegebetreuung (*caring*), welches für die aktive Patiententeilnahme an der Pflege notwendig ist und als Partnerakteur der ABTP betrachtet werden muss.

Das Finanzierungsmodell auf das die Rehabilitation zusteuert, stärkt die Verbindungen zwischen Pflegeleistungen und Finanzierung. Um dieser Richtung treu zu bleiben, muss die ABTP in erster Linie in einem Prozess definiert werden der ein ICF-kompatibles Pflegeziel anstrebt. Das Ausbildungsniveau der Pflegefachkraft ist kein ausreichendes Argument, um ein Ziel zu setzen und einen therapeutischen Charakter zu verleihen.

2.3 Spezifische Ausbildungen im Rehabilitationsbereich

Entsprechend dem Willen des Bundes schlagen die Tarifpartner ein Pflegemodell vor, das auf CHOP-Codes basiert und die Verbindung zu den Pflegeleistungen verstärkt. Die Leistungserbringer werden nicht nach ihrer Funktion, sondern nach ihrer Kompetenz definiert. Eine Pflegefachkraft kann daher als Therapeutin betrachtet werden, solange sie die erforderlichen Kompetenzen für ABTP ausweist. Wie oben erwähnt, wird die ABTP durch ihren therapeutischen Ansatz von der Grundversorgung unterschieden. Sie mobilisiert Kompetenzen, welche über die von der generalistischen Ausbildung mobilisierten Kompetenzen hinausgehen und wirft somit die Frage der Ausbildung auf. Der Erwerb von Kompetenzen und einer spezifischen Pflege sind daher notwendig, zumal es Bereiche gibt, die mit anderen Fachdisziplinen gemeinsam betreut werden und in denen diese Kompetenzen ergänzende Pflegeleistung ermöglichen.

Angesichts der Ausrichtung der CHOP auf die Leistungart und nicht auf den Leistungserbringer, empfiehlt die *task force*, dass die Pflegefachkräfte in spezifischen Bereichen der ABTP ausgebildet werden welche auch die ICF und die verschiedenen Assessmentinstrumente integriert. Tatsächlich scheint die Ausbildung nach Pflegebereich gegenüber dem Tarifprojekt das kohärenteste und derzeit für alle Einrichtungen das operativ am besten geeignete System zu sein, unabhängig von deren Grösse und der Art der zugelassenen Patienten. So gibt es derzeit an akademischen Instituten Ausbildungsmöglichkeiten für die Rehabilitation von Schluckstörungen, therapeutische Aufklärung, Suchtberatung, psycho-onkologische Beratung, Gesundheit alternder Bevölkerungen und auch kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation.

Diese Sichtweise stellt einen klinischen Mehrwert für den Patienten dar, der in seinem medizinischen und therapeutischen Rehabilitationsprojekt von einer hochspezialisierten und spezifischen Betreuung profitieren wird. Der Erwerb von spezifischen Kompetenzen im Rehabilitationsbereich wirkt sich positiv auf die Qualität der Pflege aus.

Die von uns vorgeschlagenen Empfehlungen setzen voraus, dass das Verhalten und die nötigen Kompetenzen in einer internen oder externen Weiterbildung von Fachleuten mit anerkannter Qualifikation im Bereich der Rehabilitationspflege unterrichtet werden. Die klinische Überwachung sollte von einer Pflegefachkraft mit spezifischer Ausbildung durchgeführt werden.

Um das Weiterbildungsprogramm zu erweitern und zu diversifizieren, engagiert sich PLATEFORME-REHA.CH aktiv bei der Entwicklung von spezifischen Angeboten für die Rehabilitation und setzt sich für deren Anerkennung auf Bundesebene ein.

2.4 Betriebliche Aspekte

Die Lektüre bestehender Nomenklaturen betreffend Aktivitätserhebungen hat sehr unterschiedliche Merkmale aufgezeigt, was es erschwerte, eine für alle anwendbare operative Erhebungsstrategie vorzuschlagen. Die erste Feststellung bezieht sich auf die unterschiedlichen Formulierungen der Interventionen welche je nach Assessmentinstrument nur sehr wenige Interventionen beinhalten die

den Begriff der Patientenbeteiligung oder -begleitung beim Lernprozess eindeutig erklären und es dem Patienten ermöglichen Unabhängigkeit zu erlangen.

Schon vor der Definition einer Evaluationsstrategie hat sich daher eine generische Liste mit ABTP-Interventionen, welche mit allen Assessmentinstrumenten kompatibel ist, sowie Empfehlungen für deren Formulierung als unerlässlich erwiesen.

Die *task force* hat sich auf eine Liste von Pflegediagnosen und deren ABTP-Interventionen geeinigt, die auf der Nomenklatur NANDA (NANDA, 2016) und NIC/NOC (Bulechek, Butcher & McCloskey Dochtermann, 2010; Pascal & Frécon Valentin, 2016) basiert. Die Wahl einer generischen Nomenklatur, welche vom Pflegebereich auf internationaler Ebene validiert ist, wird es jedem IT-Entwickler ermöglichen, die vorgeschlagenen Interventionen anzupassen und ABTP-kompatibel zu machen. Sie werden somit in der Lage sein, ein vollständiges und den Empfehlungen entsprechendes Assessmentinstrument zur Aktivitätserhebung zu erarbeiten.

Der in der Definition der ABTP dargestellte Interventionskatalog basiert auf der von VFP und SBK (VFP & SBK, 2017) vorgeschlagenen Liste. In Bezug auf die Nomenklatur ist es wichtig, dass die Formulierungen der Interventionen das Konzept der aktiven Patientenbeteiligung zum Ausdruck bringen. Im Rahmen der Definition der ABTP wird ein nicht erschöpfender Katalog mit ABTP-Leistungen vorgeschlagen.

Die vorgeschlagene Definition zeigt auf operative und klinische Weise die Verbindungen zwischen der ABTP und den für die Rehabilitation spezifischen Zielen und Aufgaben. Die Erwähnung der verschiedenen klinischen Assessmentinstrumente und deren Zusammenhang der in der wissenschaftlichen Literatur (ANQ, 2018, Kohler u. a., 2013) bestätigt wurde, ermöglicht es unabhängig von den klinischen Evaluationsmethoden oder den Aktivitätserhebungen der Einrichtung eine Methode zur Evaluation und Messung der ABTP vorzuschlagen.

Die Einhaltung des in diesem Dokument definierten Prozesses und die Dokumentation des ABTP-Ansatzes für jede Prozess-Etappe werden daher empfohlen und erlauben die therapeutischen Leistungen zu begründen. Um den interdisziplinären Ansatz und die Kohärenz mit dem medizinischen und therapeutischen Rehabilitationsprojekt zu rechtfertigen, muss die Evaluation der Ergebnisse in den interdisziplinären Bericht aufgenommen werden.

3. Ermittlung der Praktiken

Zur Ermittlung der Praktiken wurden die Mitglieder der PLATEFORME-REHA.CH sowie zwei Deutschschweizer Einrichtungen konsultiert.

Ein Fragebogen der über die Online-Umfragesoftware « Sphinx » an die Pflegedienstleitungen gesendet wurde, ermöglichte es, die aktuelle Situation, die Erfahrungen und die Bedürfnisse in der Praxis zu kennen. Die Umfrage umfasste geschlossene Einzel- und Multiple-Choice-Fragen sowie offene Fragen mit Freitextantwort. Die Datenerhebung wurde anonym durchgeführt, damit jeder Teilnehmer sich frei ausdrücken konnte. Die Fragen sind im Kapitel 6, im Anhang dieses Dokuments zu finden.

Von den 17 kontaktierten Einrichtungen haben wir 21 Antworten erhalten. Die Sichtweise der Mitglieder ist in der nachfolgenden Zusammenfassung der Antworten dargestellt.

Institutionen und Kontext der Teilnehmer

- 71,4% der befragten Personen arbeiten in einer öffentlichen Einrichtung, 19% in einer privaten Einrichtung und 9,5% in einer Einrichtung mit Stiftungsstatus oder einer anderen Struktur. Die Teilnehmer sind in Einrichtungen unterschiedlicher Grösse zwischen 10 und mehr als 150 Betten verteilt, rund die Hälfte der Kliniken weist zwischen 50 und 100 Rehabilitationsbetten auf.

- Geriatrische Rehabilitation (57,1%), muskuloskelettale Rehabilitation (57,1%) und neurologische Rehabilitation (42,9%) scheinen bei den befragten Personen die häufigsten Bereiche zu sein, gefolgt von Rehabilitation für Innere Medizin/Onkologie (33,3%), kardiovaskulärer Rehabilitation (19%) und pulmonaler Rehabilitation (9,5%). Pädiatrische Einrichtungen wurden nicht befragt.

Pflege, Prozess und Dokumentation

- Die Erfassungssysteme der Pflege unterscheiden sich je nach Einrichtung (LEP, PRN, Opale Web, Phönix usw.). Einige Kliniken erwähnen auch ein eigenes System, welches mit einer Aufzeichnung der Leistungen verknüpft ist, oder verfügen über kein Erfassungssystem für die Pflege haben.
- Zur Frage « Hat Ihre Einrichtung die Empfehlungen von PLATEFORME-REHA.CH in Bezug auf das Projekt « Patientenpfade » umgesetzt? » haben 47,6% der befragten Personen mit « Ja » geantwortet, 28,6% mit « teilweise », 9,5% konnten diese Frage nicht beantworten und 14,3% antworteten negativ.
- In Bezug auf definierte Rehabilitationsziele scheinen die Pflegeleistungen in 61,9% der Einrichtungen nicht explizit als zusammenhängende Interventionen dokumentiert zu sein. Die Einrichtungen welche diese Interventionen dokumentieren, betonen die Pflegeleistungen in Bezug auf die Aktivitäten im Alltag. Einige Teilnehmer stellen auch die Verbindung zum FIM her. So sind Ernährung inklusive Schlucktraining, Kontinenz und Toilettenbenutzung, Waschhygiene und sich Kleiden, Aktivität und Bewegung oder Medikamenten- und Gefahrenmanagement ein Auszug von vielen erwähnten Pflegeleistungen welche mit einem Rehabilitationsziel verbunden sein können. Die Begriffe von Lernen und Rehabilitation werden angesprochen und eng miteinander verbunden. Der Hinweis auf Pflegediagnosen gemäss der NANDA-Taxonomie wird ebenfalls gemacht. Klinische Skalen und die Evaluation anderer Fachkräfte zeichnen sich als unentbehrliche Mittel zur Zielmessung aus. In Bezug auf die Dokumentation sind die Praktiken ebenfalls heterogen: Zusammenfassende Dokumente, spezifische Dokumente für das interdisziplinäre Kolloquium, auf den ICF-Bereichen basierende Dokumente, gezielte Übertragungen in die Patientenakte oder Notizen betreffend den festgelegten Zielen im Hinblick auf die Evaluation durch den FIM, andere Notizen. Die Praktiken sind zahlreich.
- Die vertretenen Einrichtungen sind fast einstimmig der Ansicht, dass diese Pflegeleistungen zur Rehabilitation des Patienten beitragen. Die meisten führen die therapeutische Förderung durch die Pflegefachkraft auf und auch die Interventionen, welche durch Teilnahme des Patienten zu dessen zunehmender Selbstversorgung beitragen. Die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit wird als unerlässliches Element und wichtigstes Ziel der Rehabilitationspflege bezeichnet. Es geht als wichtig hervor, dass die Anwesenheit einer Pflegefachkraft 7 Tage die Woche und rund um die Uhr die Kontinuität der therapeutischen Behandlung fördert und so ein schnelleres Erreichen der für die Disziplin und/oder interdisziplinär festgelegten Ziele ermöglicht. Durch einen an die Kapazitäten und Ressourcen des Patienten angepassten Ansatz fördert die Pflegefachkraft die funktionelle Unabhängigkeit bei Alltagsaktivitäten entsprechend der Realität und der Umgebung des Patienten. Pflegeinterventionen werden als ergänzend zu anderen therapeutischen Leistungen beschrieben. Die Förderung der Unabhängigkeit und der Respekt für die Autonomie und Würde der Person werden ebenfalls als Faktoren genannt, die die Rehabilitation fördern und als Grundlage für die Beziehungsgestaltung zwischen der Pflegefachkraft und dem Patienten stehen.

- Die aufgezeichneten Antworten zeigen auf, dass Therapien zeitlich begrenzt geplant und durchgeführt werden, während therapeutische Pflege kontinuierlich angeboten wird und damit den Rehabilitationsprozess fortsetzt. Im Gegensatz zu anderen Anbietern welche ihre Interventionen auf die während einer einmaligen therapeutischen Behandlung beobachteten Fähigkeiten stützen, basieren die Evaluation und Anpassungen therapeutischer Pflegeinterventionen auf der über 24 Stunden beobachteten Leistungsfähigkeit.

Diese Sichtweise wird grösstenteils von den Institutionen geteilt und in diesem Auszug aus der Antwort eines Teilnehmers zusammengefasst: « Die Pflegefachkraft hat einen ganzheitlicheren Ansatz der Rehabilitationssituation in Bezug auf Lebenssituation, Umfeld, Bezugspersonen, Lebensrhythmus des Patienten und « genauere » Kenntnisse über dessen psycho-soziale Emotionen ».

Nach Angaben der befragten Mitglieder integrieren die Pflegefachkräfte die Empfehlungen jeder einzelnen Disziplin des interdisziplinären Teams in die therapeutische Betreuung. Sie beziehen den Patienten in die Aktivitäten der therapeutischen Anweisungen ein und erzielen so eine Verbesserung der ADL anstatt sich auf die Wiederherstellung einer strukturellen Funktion oder den Erwerb von Fähigkeiten einer bestimmten Aufgabe zu limitieren.

Mehrere Mitglieder weisen darauf hin, dass einige Pflegeziele und -bereiche in der Regel in der Kompetenz von Pflegefachkräften liegen, wie etwa die Kontinenz oder die Beurteilung des Pflegeaufwands helfender Angehöriger. Für fachspezifische Bereiche kann die Lücke zwischen Pflegeleistungen und therapeutischen Leistungen auch durch eine Spezialisierung auf dem Gebiet verringert werden (z. B. Bobath, Schlucktraining, ...). In diesem Sinne vermerkte ein Teilnehmer, dass eine Pflegefachkraft, die spezialisiert ist auf Rehabilitation, ihre Fähigkeiten zum Wohle des Patienten sowie auch zur Ausbildung und/oder klinischen Betreuung von Teams einsetzen kann. Die koordinierende Rolle der Pflegefachkraft sowie die Weitergabe von Informationen innerhalb des interdisziplinären Teams ermöglicht es letztendlich die Teilsicht, die andere Leistungserbringer vom Patienten haben, zu erweitern und sie global zu gestalten.
- Die Frage « Sind Sie der Meinung, dass die Rehabilitationspflege als aktiv-begleitend und therapeutische Pflege (ABTP) die Qualität der Pflege beeinflusst? », bejahten alle Teilnehmer und erwähnten folgenden Punkte als positiv für die Qualität der Pflege:

 - Die Ziele zur Verbesserung der ADL (Essen am Tisch, Toilettengang, Aufstehen vom Bett, Mobilisierung zwischen den Therapien) tragen zum Erwerb der funktionellen Unabhängigkeit bei und verkürzen die Aufenthaltsdauer.
 - Die ABTP verleiht der Pflegefachkraft die Rolle der Ansprechperson und Garanten für die Kohärenz des interdisziplinären therapeutischen Projekts mit dem Patienten. Die Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams auf Basis einer gemeinsamen Ausdrucksweise und die Kohärenz von Praktiken, Zielen und Pflegeversorgung als Ganzes geben dem Patienten Sicherheit und ermöglichen ihm, sich auf die Rehabilitation zu konzentrieren.
 - Die Fortführung des 24-Stunden-Rehabilitationsprozesses durch Pflegefachkräfte trägt in erheblichem Masse dazu bei, funktionelle Unabhängigkeit in der Realität zu erlangen.
 - Die Pflegenden ermutigen den Patienten, die während des Aufenthalts bereits vorhandenen oder erworbenen Ressourcen zu mobilisieren, um die gesetzten Ziele zu erreichen. Dies stellt eine individuelle qualitative Unterstützung dar, da sie an seine Entwicklung oder seinen klinischen Zustand angepasst sind.
 - Die ABTP betrachtet den Patienten als Partner in der Pflege. Er wird kontinuierlich aktiviert was ihm ermöglicht Unabhängigkeit für ADL zu erlangen. Ein Gewinn der nicht erreicht werden könnte, wenn der Patient nur von zeitlich begrenzten Therapien profitieren würde.
 - Der biopsychosoziale und spirituelle Zugang zum Patienten spielt eine entscheidende Rolle bei der Realisierung von ABTP und trägt zur Qualität der Pflege bei.

Kompetenzen

- 71,4% der Kliniken verfügen über eine interne Rehabilitationsausbildung für Pflegefachkräfte. 66,7% der Fachkräfte, die diese Ausbildungen anbieten, verfügen über Qualifikationen-Akkreditation-Spezialisierung (spezialisierte Gesundheits- und Krankenpflege, CAS/DAS, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Ernährungsberater, Neuropsychologen, Ärzte, Psychiater, Pflegeteamleiter, externe Ausbilder usw.).

Die angebotenen Weiterbildungen betreffen Techniken, die spezifisch für einen Pflegebereich oder für einen Rehabilitationsbereich sind. Die Konzepte Selbstständigkeit, Gebrechlichkeit und Abhängigkeit werden ebenfalls im Weiterbildungsangebot erwähnt, ebenso wie der Rehabilitationsprozess, klinische Assessmentinstrumente zur Patientenevaluation (FIM, ICF) und Methoden zur Zielformulierung. Die Einrichtungen erwähnen, dass sie für den interdisziplinären Austausch Zeit zur Verfügung stellen, um über klinische Vignetten und komplexe Fälle zu sprechen mit dem Ziel die Kapazitäten zu verbessern.
- Mehr als die Hälfte der Einrichtungen schult ihre Mitarbeiter extern. Die am häufigsten genannten Weiterbildungen sind Therapeutische Ausbildung (CAS/DAS) und Gesundheit im Alter (DAS). Kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation (CAS), Bobath und das Rehabilitationsexperten-Zertifikat werden jeweils dreimal zitiert.

Erwähnt werden auch die FIM-Ausbildungen bei Espace Compétences, Psychogeriatric (CAS), Onkologie (CAS), klinisches Assessment (DAS), Palliativmedizin (DAS) sowie die Weiterbildung, Zerbrechlichkeit und Abhängigkeit. Die Fachhochschulen, Espace Compétences, Universitäten, das CHUV und das Rehabilitationszentrum Waadt sind die in den Fragebögen genannten Ausbildungseinrichtungen.
- 81% der befragten Einrichtungen gaben an, über eine fachkundige oder auf Rehabilitationspflege spezialisierte Pflegefachkraft zu verfügen, die bei der klinischen Überwachung helfen könnte. Die beschriebenen Pflegefachkraftprofile sind verschieden und können einen oder mehrere Titel kombiniert beinhalten:

 - CAS/DAS/DU/Master
 - Rehabilitationsexperten-Zertifikat
 - Allgemeine Pflegefachkraft mit oder ohne Fachrichtung
 - Weiterbildung für Assessmentinstrumente (FIM, ICF)
- Die Mehrheit der Teilnehmer (57,1%) gab an, dass das Ausbildungsangebot im Rehabilitationsbereich in der Schweiz nicht den Bedürfnissen entspricht. Sie haben folgende Erwartungen:

 - Entwicklung von kurzen, an den Pflegealltag angepassten Weiterbildungskursen, die sich von langen Ausbildungen wie dem CAS und der damit verbundenen erheblichen Investition in Kosten und Zeit unterscheiden.
 - Entwicklung von thematischen, französisch- und deutschsprachigen Weiterbildungstagen
 - Einführung von CAS und DAS in der Rehabilitationspflege mit fachspezifischen Spezialisierungsmöglichkeiten
 - Entwicklung einer Weiterbildung, die klinische Aspekte und spezifische Pflegeinterventionen für neurologische Rehabilitation hervorhebt
 - Einführung eines Weiterbildungsangebots auf verschiedenen Ebenen in der Westschweiz mit Übergangsmöglichkeiten
 - Wiedereröffnung des CAS Neurorehabilitation
 - Entwicklung der Ausbildung von Pflegefachkräften in der Rehabilitation

klinisch-wirtschaftliche Aspekte

- Die Mehrheit der Teilnehmer schätzt, dass die heute erbrachten Leistungen unter die von den CHOP-Codes ab dem 1. Januar 2019 geforderten Minuten liegen. Einige Kliniken konnten diese Frage aufgrund mangelnder Kenntnis von CHOP-Codes oder fehlender Datenerfassung bzw. -auswertung über erbrachte Serviceprotokolle nicht beantworten.
Ein Teilnehmer der Umfrage gab an, dass er die Anforderungen für die neurologischen und die komplexen muskuloskelettalen Bereiche (Polytraumata, Amputationen) erfüllen könne, jedoch nicht die fixierten Schwellenwerte für die einfachen muskuloskelettalen Bereiche, für die Innere Medizin sowie für die Geriatrie.
- Teilnehmer, die sich unter den geforderten Mindestleistungen bewegen, halten die Minutenschwelle für die geriatrische Rehabilitation für zu hoch und fügen hinzu, dass ihre Ressourcen es ihnen nicht ermöglichen, diese zu erreichen.
Mehrere Teilnehmer stellten die Relevanz der Intensität der vorgeschriebenen Minuten für eine Bevölkerung mit spezifischen Bedürfnissen in Bezug auf Ermüdbarkeit, Konzentration und damit verbundenen Pathologien in Frage. Der Schwellenwert wird als erreichbar bezeichnet, sofern die ABTP als Mindestleistung erfasst wird. Andernfalls sollte der Schwellenwert für einige Bereiche gesenkt werden.
- Alle Teilnehmer der Umfrage waren sich einig, dass Einrichtungen in der Lage sein sollten die Rehabilitationspflege in die Pflegeminuten einzubeziehen und als ABTP zählen zu können. Sie greifen mehrere, bereits entwickelte Ansätze auf und fügen folgende Punkte hinzu:
 - ABTP beinhaltet therapeutische Interventionen, welche unter die spezifische Rolle der Rehabilitationsfachkraft fallen und gleichberechtigt mit anderen Interventionen anerkannt werden müssen.
 - Die Anerkennung und Entwicklung von ABTP wird es ermöglichen, die Betreuung in der Rehabilitation zu verbessern und damit die Rückkehr nach Hause zu fördern und die Aufenthaltsdauer und die Kosten der Pflege zu verkürzen.
 - Die Valorisierung und Anerkennung der Kompetenzen der Pflegefachkraft und die positive Auswirkung auf die Rehabilitation des Patienten werden es ermöglichen die Mittelzuweisungen zu überdenken und die zunehmende Pflegekomplexität zu bewältigen.
 - Die Entwicklung der ABTP wird den Bedarf an Pflegefachkräften mit spezifischen Fachkenntnissen in der Rehabilitation verdeutlichen.
 - Die Glaubwürdigkeit und Formalisierung der Pflege im Rehabilitationsprozess wird die Pflegeaktivitäten sichtbar machen und gleichzeitig die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Patientenbeteiligung stärken.
 - Der Anerkennungsprozess der ABTP wird zu einer besseren Anerkennung der Qualität der erbrachten Pflegeleistungen und zur Rechtfertigung der Kosten für die Rehabilitationsbetreuung führen.

4. Definition der aktivierend- und begleitend-therapeutischen Pflege (ABTP)

Die aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege (ABTP) oder Rehabilitationspflege umfasst alle Massnahmen, die es dem Patienten ermöglichen seine Ressourcen zu mobilisieren, um ein Höchstmass an funktioneller Unabhängigkeit zu erreichen oder aufrechtzuerhalten und dadurch seine Teilnahme an den Alltagsaktivitäten zu fördern.

Die ABTP unterscheidet sich von der generalistischen Pflege durch einen komplexen therapeutischen Pflegeprozess oder -ansatz auf drei grundlegende Arten:

1. Das von der Pflegefachkraft eingenommene Mobilisierungsverhalten ist spezifisch für den Rehabilitationsbereich.
2. Die Pflege verfolgt ein interdisziplinär definiertes Ziel mit dem Patienten oder dem Therapeuten. Das Ziel und die Interventionen werden kontinuierlich bewertet, gemessen und angepasst.
3. Die mobilisierten Kompetenzen sind spezifisch für den Rehabilitationsbereich.

Das spezifische Verhalten der Pflegefachkraft im Rehabilitationsbereich

Das spezifische Pflegeverhalten im Rehabilitationsbereich impliziert, dass die betreute Person Rehabilitationspotenzial hat und als handlungsfähig eingestuft wird (Boykin & Schoenhofer, 2001).

Die Ressourcen und die Gesundheitserfahrung des Patienten in seiner Umgebung müssen der Pflegefachkraft, die einen ABTP-Ansatz initiiert, bekannt sein. Ausserdem müssen eine Datenerhebung und eine Analyse der Faktoren, welche die Durchführung einer Aktivität erleichtern oder behindern erfolgen (Pepin, Ducharme & Kérouac, 2017). Die Pflegefachkraft wird personalisierte und auf den Gesundheitszustand des Patienten angepasste ABTP-Interventionen vorschlagen, welche seinen Glauben, seine Werte und seinen Lebensstil respektieren, und verfolgt damit mit dem Patienten die interdisziplinär festgelegten Ziele.

Dieser Ansatz beginnt mit der Etablierung einer besonderen Form der Beziehungsgestaltung, die es ermöglichen wird, die für die ABTP benötigte Beziehung zwischen dem Patienten und der Pflegefachkraft herzustellen. Während der Behandlung beobachtet und lädt die Pflegefachkraft den Patienten ein, aktiv teilzunehmen. Die ABTP wird hier durch die Fürsorge und die humanistische Begleitung des Patienten gekennzeichnet, die das Ziel « zusammen sein » verfolgt (Pepin u. a., 2017. St Germain Blais & Cara, 2008).

Die Pflegefachkraft kennt die Patientenumgebung, definiert Interventionen die Hindernisse und/oder Erleichterungen, denen der Patient in seinem Alltag ausgesetzt ist/sein wird, berücksichtigen und nutzt die Kompetenzen des interdisziplinären Teams. Angehörige werden im Pflegeprozess als Teil der Patientenumgebung und als Pflegepartner betrachtet.

Die Pflege ist daher mit einer Intentionalität (Watson, 1979/2008; Willis, Grace & Roy, 2008) und dem Bewusstsein vorgesehen, die den Patienten bei den Alltagsaktivitäten unterstützen indem sie die förderlichen Voraussetzungen mit der optimalen Nutzung des Patientenpotenzials und der Mobilisierung seiner Ressourcen erstellt (Pepin u. a., 2017). Die Pflegefachkraft begleitet den Patienten und respektiert seinen Rhythmus (Pepin u. a., 2017) indem sie ihm Zeit gibt, sich an der Pflege und dem Fortschritt zu beteiligen. Sie stellt auch sicher, dass sich der Patient in den besten physischen, psychologischen und psychosozialen Bedingungen befindet, um am ABTP-Prozess teilnehmen zu können. **Betreuung, Anleitung, Beratung, therapeutischer Unterricht, Implementierung und Schulung im Umgang mit Hilfsinstrumenten** sind allesamt Vorteile, die ebenfalls Bestandteil der ABTP-Zusammensetzung sind. Die Pflegefachkraft ist ein Lehrpartner und das Wesentliche ist nicht das Leiten, sondern die Unterstützung der Person in ihrem Transformationsprozess (Pepin u. a., 2017) und dem Erwerb funktioneller Unabhängigkeit und Autonomie.

Die Pflege verfolgt ein interdisziplinär festgelegtes Ziel

Die ABTP ist Teil des therapeutischen Projekts und hat das Ziel, die Behinderung des Patienten zu begrenzen und ein Wiederauftreten zu verhindern (Remsburg & Carson, 2006). In der Rehabilitation muss der Patient ebenso engagiert sein wie die Pflegefachkraft und muss durch die ABTP-Interventionen, welche auf der Grundlage dessen erstellt wurden was der Patient über seine Erfahrungen und seine gesundheitliche Situation kommuniziert hat (Watson, 1997), Fortschritte machen. Die transformative Betreuung des Patienten wird auf dessen Potenzial aufgebaut und stärkt dessen Handlungsfähigkeit indem gemeinsam ein gesundheitsförderndes Umfeld geschaffen wird (Girard & Cara, 2011). Da der Ansatz systemisch ist, bindet er auch die Angehörigen ein (Duhamel, 2015, Lefebvre & Levert, 2009).

In diesem Zusammenhang und wie bereits erwähnt, müssen Rehabilitationsziele definiert werden bevor ein ABTP-Programm in Betracht gezogen wird. Sie müssen darauf abzielen, funktionelle Unabhängigkeit in den verschiedenen Alltagsaktivitäten zu erlangen und müssen auf die Bedürfnisse, die Wünsche und die Ressourcen des Patienten sowie auf die Hindernisse und die Erleichterungen in seiner Umgebung Rücksicht nehmen. Der Patient wird in dieser Pflege als aktiver Partner betrachtet, und muss an der Etablierung seines therapeutischen Projekts sowie an der Definition aller Ziele teilnehmen können. Dies ermöglicht eine bedeutende Teilnahme des Patienten am ABTP-Programm.

Die ABTP ist Teil eines Rehabilitationsprozesses¹, der sich durch eine spezifische und komplexe Evaluation der Funktionsweise des Patienten auszeichnet, wobei das Rehabilitationspotenzial und die zu implementierenden Mittel identifiziert werden. Regelmässige Evaluationen erlauben den Zyklus anzupassen und fortzusetzen. Ausserdem bewertet die Pflegefachkraft die Ziele neu und passt die implementierte ABTP unter Verwendung kritischer Analysen und klinischer Beurteilungen (Pepin, 2017) an, was der ABTP eine hochindividuelle Dimension der Pflege verleiht, welche auf interdisziplinär reflektierender Praxis basiert und nach den oben beschriebenen Merkmalen gestaltet ist.



Auszug von: Salazar, M. zitiert von Moncharmont, J. 2017

Letztendlich muss die ABTP zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität führen, indem sie die Selbstständigkeit und die persönliche Pflege der Person verbessert und so ein Höchstmass an Unabhängigkeit in einer bestimmten Umgebung erreicht. Durch die Wiederherstellung einer Verbindung mit sich selbst erhöht sich das Selbstbewusstsein der Person (Boykin & Schoenhofer, 2001; St-Germain & Allaire, 2013).

¹ In Übereinstimmung mit dem Prozess, der in den Empfehlungen des Projektberichts « Patientenpfade » von PLATEFORME-REHA.CH beschrieben ist (2018)

Die mobilisierten Kompetenzen sind spezifisch für den Rehabilitationsbereich

Die Umsetzung eines solchen Programms beinhaltet « Kenntnisse von Pflegeverhalten und Kompetenz, die Hand in Hand gehen und nicht getrennt werden sollten » (Fingeld-Connett, 2007). Diese Kenntnisse sollten durch Weiterbildung oder durch eine spezialisierte Pflegefachkraft erworben werden, die klinische Unterstützung und Betreuung anbietet. Daher ist es unerlässlich Pflegedienstleitern eine spezialisierte klinische Unterstützung zu bieten und die Prozesse in den Rehabilitationsbereichen zu revidieren.

Minimales Merkmal:

Die Einrichtungen müssen nachweisen können, dass sie das erwartete Pflegeverhalten in der Rehabilitation und die für die Ausübung von ABTP erforderlichen Fähigkeiten vermittelt haben.

Empfehlung:

Um die Mindestanforderung zu erfüllen, muss die Ausbildung von medizinischem Fachpersonal mit anerkannten Qualifikationen im Bereich der Rehabilitationspflege erfolgen.

Dieses Angebot kann intern oder extern zur Einrichtung sein.

PLATEFORME-REHA.CH entwickelt und bietet derzeit Weiterbildungen an, die diese Kompetenzen vermitteln.

Betriebliche Aspekte und Abläufe

1. Die Ziele werden interdisziplinär mit dem Patienten festgelegt.
2. Die ABTP wird im interdisziplinären, therapeutischen Projekt des Patienten als Interventionen im Rahmen der verfolgten Rehabilitationsziele erwähnt.
3. Während den ersten drei Tagen:
 - a. bewertet die Pflegefachkraft die Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten mit Hilfe von spezifischen und standardisierten Assessmentinstrumenten
 - b. definiert die Pflegefachkraft mit dem Patienten Rehabilitationsziele in ihrem Kompetenzbereich und validiert sie interdisziplinär
 - c. plant die Pflegefachkraft die ABTP-Interventionen zur Verfolgung der festgelegten Ziele
4. Während des Aufenthalts:
 - d. führt die Pflegefachkraft geplante ABTP-Interventionen durch
 - e. dokumentiert die Pflegefachkraft ihre ABTP-Interventionen in der Pflegeakte
 - f. bewertet die Pflegefachkraft die ABTP-Interventionen mindestens alle 7 Tage neu und passt sie je nach den erzielten Ergebnissen so lange an bis das Ziel erreicht ist
5. Die Auswertung und die Messergebnisse müssen in das zusammenfassende, interdisziplinäre Dokument aufgenommen werden.

Die Formulierung der ABTP-Interventionen müssen folgenden Kriterien entsprechen:

- Die Intervention impliziert, dass der Patient partizipativ ist oder dass er von der Beratung, Anleitung und Begleitung profitiert.
- Die Pflege verfolgt das Ziel, den Patienten in seiner Unabhängigkeit zu unterstützen.

ABTP-Interventionen und Pflegediagnose

Zusätzlich wird diese Definition durch eine nicht erschöpfende Liste mit ABTP-Interventionen und den verschiedenen klinischen Skalen zur Messung/Evaluation vervollständigt. Diese Liste umfasst

- die vom Schweizerischen Verein für Pflegewissenschaft (VFP) und dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) vorgeschlagenen Interventionen.
- die Verbindungen mit den FIM- und EBI Skalen, sowie die ICF-Bereiche

Die nachfolgende Tabelle zeigt Pflegediagnosen (NANDA, 2016) und damit verbundene Pflegemassnahmen (Bulechek, Butcher & McCloskey Dochtermann, 2010, Pascal & Frécon Valentin, 2016).

Pflegediagnosen und Interventionen die in der Tabelle aufgeführt sind, sind in allen klinischen Bereichen zu finden. Sie erhalten im Umfeld der Rehabilitation jedoch eine therapeutische Dimension und unterscheiden sich von der generalistischen Pflege durch die mobilisierende Verhaltensförderung, die Fachkompetenz in der Rehabilitation und das im Rehabilitationsprogramm definierte Ziel.

Zum Beispiel erfordert die Diagnose « Sturzgefahr » spezielle Pflegeinterventionen in diesem Rehabilitationskontext, insbesondere durch Instruktion und Interventionen, durch die die Patientenressourcen mobilisiert werden und er die Anwendung aller Hilfsmittel erlernen kann (Gehstöcke, orthopädisches Stützsystem, andere).

Die Spalten FIM, EBI und ICF geben für jede Pflegediagnose Items an, die von der ABTP betroffen sein können; entweder als Eigenschaft oder als Förderungs- oder Risikofaktor.

Diese Klassifikation beteiligt sich an der Umsetzung des operativen Rahmens um Fragen zur Erfassung und Messung von Interventionen zu initiieren.

FIM, EBI und ICF sind daher klinische Assessmentinstrumente zur Beurteilung der Auswirkungen des Rehabilitationsprogramms auf den Patienten. Sie sind demzufolge als Indikatoren zu betrachten.

ABTP		FIM®	EBI	ICF
Pflegediagnosen	Interventionen / Massnahmen			
Selbstversorgung <ul style="list-style-type: none"> Selbstversorgungsdefizit Activities of Daily Living (ADL): Essen und Trinken, Körperpflege, sich Kleiden, Toilettenbenutzung 	Förderung der Selbstversorgung <ul style="list-style-type: none"> Selbstpflegeförderung (z.B. Hautschutz, Hygiene, Wundprävention, Toilettentraining) Selbstversorgungsunterstützung: ADL 	1	1	d550 + d560
		2	2	d520
		3	4	d510
		4	3	d540
		5	3	d540
		6	8	d530
		7	10	b620
		8	9	b525
		10	8	d410
		11	4	d410
		14	11	d310
		17	14	d175
		18	15	b144
		Gesundheitsmanagement <ul style="list-style-type: none"> Unwirksames Management von Therapieprogrammen Bereitschaft für ein verbessertes Management der eigenen Gesundheit Frailty Syndrom im Alter 	Verhalten / Gesundheitsmanagement <ul style="list-style-type: none"> Unterstützung beim Therapiemanagement Unterstützung des Gesundheitsverhaltens / der Verhaltensmodifikation Präventionsförderung Beratung und Informationsvermittlung zu Therapie- und Symptommanagement Edukation Krankheitsprozess Selbstwirksamkeitsverbesserung Medikamentenmanagement (Information, Instruktion, Überwachung) 	1
2	2			d520
3	4			d510
4	3			d540
5	3			d540
6	8			d530
7	10			b620
8	9			b525
9	5			d410
10	8			d410
11	4			d410
12	6			d4500 + d465
13	7			d4551
14	11			d310
15	12			d330
16	13			d710
17	14			d175
18	15			b144

ABTP		FIM®	EBI	ICF
Pflegediagnosen	Interventionen / Massnahmen			
Aktivität / Bewegung	Aktivität / Bewegung	1	1	d550 + d560
		2	2	d520
		3	4	d510
• Aktivitätsintoleranz	• Aktivitäts- und Bewegungsmanagement	4	3	d540
		5	3	d540
• Eingeschränkte Mobilität / beeinträchtigte Gehfähigkeit	• Bewegungsförderung, Selbstversorgungsunterstützung: Gehfähigkeit, Transfer	6	8	d530
		7	10	b620
		8	9	b525
• Gefahr eines Immobilitätssyndroms	• Bewegungstherapie: Fortbewegungsfähigkeit/Gelenkbeweglichkeit/ Gleichgewicht	9	5	d410
		10	8	d410
		11	4	d410
• Müdigkeit	• Körperbewegungs- und Haltungsförderung	12	6	d4500 + d465
		13	7	d4551
• Beschäftigungsdefizit	• Immobilitätspflege	14	11	d310
		17	14	d175
	• Energiemanagement	18	15	b144
	• Beschäftigungs- / Freizeit- (Rekreation)therapie			
Risikomanagement	Risikobewältigung	4	3	d540
		5	3	d540
• Sturzgefahr	• Sturzprävention	6	8	d530
		9	5	d410
• Infektionsgefahr	• Infektionsprävention und -kontrolle	10	8	d410
		11	4	d410
• Verletzungsgefahr	• Umgebungsmanagement: Häusliche Vorbereitung und Sicherheit	12	6	d4500 + d465
		13	7	d4551
• Vergiftungsgefahr	• Sicherheitsförderung	14	11	d310
		17	14	d175
	• Entlassungs- und Verlegungsplanung	18	15	b144
	• Case Management			

ABTP		FIM®	EBI	ICF
Pflegediagnosen	Interventionen / Massnahmen			
Respiratorische Funktion <ul style="list-style-type: none"> • Unwirksamer Atemvorgang • Unwirksame Atemwegclearance • Erschwertes Weaning • Aspirationsgefahr • Erstickungsgefahr 	Respiratorische Funktion <ul style="list-style-type: none"> • Atemunterstützung • Atemwegsmanagement, Beatmungsmanagement: Pneumonieprävention • Beatmungsentwöhnung • Aspirationsprävention • Atmungsüberwachung • Raucherentwöhnungsunterstützung 	1 14 15 17	1 11 12 14	d550 + d560 d310 d330 d175
Gewebeintegrität <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitusgefahr • Durchblutungsstörungen 	Gewebeintegrität <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitusprävention, Dekubitus-, Haut- und Wundpflege • Durchblutungsstörungsprävention, Erhaltung der Gewebepfusion 	1 2 3 6 7 8 9 10 11 12 13 17	1 2 4 8 10 9 5 8 4 6 7 14	d550 + d560 d520 d510 d530 b620 b525 d410 d410 d410 d4500 + d465 d4551 d175
Befinden <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen 	Befinden <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzmanagement • Therapeutische Berührung • Umgebungsmanagement: Wohlbehagen 	15 17	12 14	d330 d175

ABTP		FIM®	EBI	ICF
Pflegediagnosen	Interventionen / Massnahmen			
Schlaf/Ruhe <ul style="list-style-type: none"> Schlafstörung 	Schlaf/Ruhe <ul style="list-style-type: none"> Schlaffförderung, Angstminderung, Copingverbesserung 	14 15 16 17 18	11 12 13 14 15	d310 d330 d710 d175 b144
Ernährung <ul style="list-style-type: none"> Mangel- / Überernährung Schluckstörung 	Ernährung <ul style="list-style-type: none"> Ernährungsmanagement Selbstversorgungsunterstützung Essen und Trinken Pflegerische Ernährungsberatung Schlucktraining 	1 17 18	1 14 15	d550 + d560 d175 b144
Flüssigkeit <ul style="list-style-type: none"> Flüssigkeitsdefizit / -überschuss Gefahr eines Elektrolytungleichgewichts 	Flüssigkeit / Elektrolyte <ul style="list-style-type: none"> Flüssigkeitshaushaltsüberwachung und -management Elektrolytüberwachung und -management 	1	1	d550 + d560

ABTP		FIM®	EBI	ICF
Pflegediagnosen	Interventionen / Massnahmen			
Ausscheidung	Ausscheidung	1	1	d550 + d560
<ul style="list-style-type: none"> • Urininkontinenzen (Drang-, funktionelle, Reflex-, Stress-, Überlauf- und totale Inkontinenz) • Obstipation / Obstipationsgefahr • Diarrhoe • Stuhlinkontinenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Urinausscheidungsmanagement, Blasenentleerungsanregung • Edukation: Ausscheidungstraining • Toilettentraining • Inkontinenzpflege und Kontinenzförderung • Obstipationsmanagement / Koteinklemmungsprävention • Darmtraining, Defäkationsmanagement • Diarrhoemanagement, Stuhlinkontinenzmanagement 	6 7 8 10 14 15 17 18	8 10 9 8 11 12 14 15	d530 b620 b525 d410 d310 d330 d175 b144
Coping/Bewältigungsstrategien	Coping/Bewältigungsstrategien	14	11	d310
<ul style="list-style-type: none"> • Coping, defensives/ unwirksames/ gefährdendes familiäres • Coping, Bereitschaft für ein verbessertes/verbessertes individuelles (und familiäres) • Selbst- oder Fremdverletzungsgefahr 	<ul style="list-style-type: none"> • Copingverbesserung, Bewältigungsförderung • Resilienzförderung • Familienbeteiligungsförderung, Unterstützung pflegender Bezugspersonen • Aggressionskontrolle, Impulskontrolltraining, Umgebungsmanagement: Sicherheit 	15 16 17 18	12 13 14 15	d330 d710 d175 b144

ABTP		FIM®	EBI	ICF
Pflegediagnosen	Interventionen / Massnahmen			
Emotionen	Emotionen	14	11	d310
• Angst	• Angstminderung	15	12	d330
• Hoffnungslosigkeit / erschwertes Trauern	• Hoffungsvermittlung / Stimmungsmanagement / Trauerarbeitserleichterung	16	13	d710
• Machtlosigkeit	• Emotionale Unterstützung	17	14	d175
	• Selbstwirksamkeitsunterstützung, Entscheidungsunterstützung, Familienbeteiligungsförderung	18	15	b144
Neurokognition	Neurokognition	1	1	d550 + d560
• Beeinträchtigte Gedächtnisleistung	• Gedächtnistraining, Lernbereitschaftsförderung	2	2	d520
• Orientierungsstörung	• Orientierungsförderung	3	4	d510
• Relokationsstresssyndrom	• Realitätsorientierung, kognitive Restrukturierung	4	3	d540
• Akute Verwirrtheit, Gefahr einer akuten Verwirrtheit	• Relokationsstressreduktion	5	3	d540
• Chronische Verwirrtheit	• Delirmanagement	6	8	d530
• Rollenüberlastung pflegender Angehöriger	• Demenzpflege	9	5	d410
• Neglect	• Validationstherapie	10	8	d410
• Ruheloses Umhergehen	• Risikoabschätzung, Aggressionskontrolle, Beruhigung	11	4	d410
	• Unterstützung pflegender Bezugspersonen	12	6	d4500 + d465
	• Familienbeteiligungsförderung (Familiengespräche, Information und Instruktion pflegender Angehöriger), Unterstützungssystemförderung	13	7	d4551
	• Neglectmanagement	14	11	d310
	• Umgebungsmanagement: Sicherheit	15	12	d330
	• Demenzpflege: Ruheloses Umhergehen	16	13	d710
		17	14	d175
		18	15	b144

ABTP		FIM®	EBI	ICF
Pflegediagnosen	Interventionen / Massnahmen			
Kommunikation	Kommunikation	14	11	d310
• Eingeschränkte Kommunikation	• Kommunikationsverbesserung, Aktives Zuhören, Angstminderung	15	12	d330
• Bereitschaft für eine verbesserte Kommunikation	• Entscheidungsfindungsunterstützung, Gedächtnistraining, Validationstherapie	16	13	d710
	• Kommunikations- und Sozialisationsverbesserung	17	14	d175
		18	15	b144
Wahrnehmen/Erkennen	Verhalten	1	1	d550 + d560
• Wahrnehmungsstörungen	• Edukation: Krankheitsprozesse	2	2	d520
	• Edukation: Selbstversorgungsdefizite	3	4	d510
	• Edukation Risikodiagnosen (Sturzgefahr, Infektionsgefahr, kardiales Risikomanagement)	4	3	d540
	• Verbesserung des Gesundheitswissens	5	3	d540
	• Eigenverantwortungsförderung	6	8	d530
	• Selbstwirksamkeitsverbesserung	7	10	b620
Wissen		8	9	b525
• Wissensdefizit		9	5	d410
• Bereitschaft für vermehrtes Wissen		10	8	d410
		11	4	d410
		12	6	d4500 + d465
		13	7	d4551
		14	11	d310
		15	12	d330
		16	13	d710
		17	14	d175
		18	15	b144

5. Schlussfolgerung

Die Definition der ABTP und den hier vorgeschlagenen Empfehlungen basieren auf den von den zuständigen nationalen Instanzen validierten Referenzdokumenten und berücksichtigen die gesetzlichen Regelungen zur Pflegeberufsausübung.

Sie verfügen über einen wissenschaftlich-theoretischen Rahmen, der auf den Grundlagen und Konzepten der Fachdisziplin Pflege basiert und für die Empfehlung einer pflegewissenschaftlichen Definition unerlässlich ist.

Es ist notwendig, dass die Definition in der Lage ist auf die unterschiedlichen Kontexte, Situationen und Praktiken einzugehen welche von der Pflegedienstleitung der kontaktierten Einrichtungen beschrieben wurden. In diesem Sinne haben die Begriffe Zielsetzung, Betreuung und Kompetenz es möglich gemacht eine genaue Definition vorzuschlagen, die die ABTP deutlich von den generalistischen Kompetenzen unterscheidet. Dieser Reflektionsprozess hat allerdings auch ermöglicht die neuen Bedürfnisse fachlicher Weiterbildung hervorzuheben welche für die Entwicklung spezialisierter Pflegekompetenzen im Rehabilitationsbereich erforderlich sind.

In Bezug auf die betrieblichen Aspekte wurde das Konzept des Pflegeleistungsvolumens angesprochen, konnte jedoch im Rahmen dieses Projekts nicht weiterentwickelt werden. Die Entwicklung einer Nomenklatur auf der Grundlage von ICF-, LEP- und PRN-Normen würde ermöglichen, sich auf die Begriffe der Leistungsintensität und den Ausdruck von direkten und indirekten Minuten zu einigen. Dies macht eine Fortsetzung der Überlegungen über dieses Projekt hinaus erforderlich. Die in diesem Dokument beschriebenen betrieblichen Aspekte bieten einen Rahmen für weitere Überlegungen und einer Entwicklung von Strategien für die Datenerhebung der Pflegeleistungen in der Rehabilitation. Die Überlegungen werden sich auch auf die Verknüpfung dieser Pflegeleistungen mit anderen Therapien innerhalb des erforderlichen normativen Rahmens (PRN, LEP usw.) konzentrieren, der mit der ICF und den klinischen Indikatoren in Bezug auf das zukünftige Tarifmodell/ANQ kompatibel ist.

6. Anhang

Fragebogen

Klinik und Kontext in dem Sie arbeiten

Der Ort an dem Sie arbeiten ist wie folgt organisiert:

- Eine in eine grössere Institution eingebaute Rehabilitationsklinik mit Leistungen davor und danach (Bsp.: Spital, Klinik mit mehreren Abteilungen, ...)
- Eine unabhängige Rehabilitationseinrichtung mit Leistungen davor und danach (Bsp.: Rehabilitationsklinik ...)

Ihre Klinik ist eine Einrichtung:

- öffentliche
- private
- sonstiges; bitte angeben: _____

Grösse Ihrer Klinik:

- Anzahl Betten in der Rehabilitation: _____

Bitte wählen Sie die vorhandenen Rehabilitationsarten in Ihrer Klinik aus (mehrere Möglichkeiten)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Neurologische Reha | <input type="radio"/> Muskuloskelettale Reha |
| <input type="radio"/> Psychosomatische Reha | <input type="radio"/> Reha für Innere Medizin & Onkologie |
| <input type="radio"/> Pulmonale Reha | <input type="radio"/> Pädiatrische Reha |
| <input type="radio"/> Kardiovaskuläre Reha | <input type="radio"/> Geriatrische Reha |

Pflege, Prozess und Dokumentation

Wie hoch ist das Gesamtvolumen der Pflegeminuten, die die Patienten pro Tag erhalten?

- Neurologische Reha : _____
- Psychosomatische Reha : _____
- Pulmonale Reha : _____
- Kardiovaskuläre Reha : _____
- Muskuloskelettale Reha : _____
- Reha Innere Medizin & Onkologie : _____
- Pädiatrische Reha : _____
- Geriatrische Reha : _____
- Ich verfüge nicht über diese Information

Welches Assessmentinstrument wird in Ihrer Einrichtung für die Pflege benutzt?

- LEP
- PRN
- Opale Web
- sonstiges; bitte angeben: _____

Hat Ihre Einrichtung die Empfehlungen von PLATEFORME-REHA.CH in Bezug auf das Projekt «Patientenpfade» umgesetzt? (Prozess der interdisziplinären Versorgung des Patienten in der Rehabilitation beschrieben und dokumentiert)

- ja
- nein
- ich weiss es nicht
- teilweise; bitte angeben: _____

Wie werden die Rehabilitationsziele jedes Patienten in Ihrer Einrichtung definiert? (mehrere Möglichkeiten)

- Jede Fachperson definiert für jeden Patienten die Rehabilitationsziele für seinen Fachbereich.
- Die Rehabilitationsziele werden für jeden Patienten interdisziplinär definiert.
- sonstiges; bitte angeben: _____

Wie werden sie gemessen?

- klinische Skalen
- sonstiges; bitte angeben: _____

Werden im Rahmen der Verfolgung eines definierten Rehabilitationsziels die Pflegeleistungen als Interventionen dokumentiert, die diese Ziele verfolgen?

- Nein, nicht explizit
- Ja
⇒ Falls ja, welche Pflegeleistungen? _____

Betrachten Sie die Pflege als Teil der Rehabilitation des Patienten

- Nein
- eher nein
- eher ja
- Ja

Falls ja, wie? welche? _____

Wie werden Sie dokumentiert? (mehrere Auswahlmöglichkeiten)

- zusammenfassendes Dokument
- spezifisches Dokument bei der interdisziplinären Besprechung
- sonstiges; bitte angeben: _____

Welchen Unterschied machen Sie zwischen Rehabilitationspflege und Leistungen von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberater usw. (Laufen, Toilettenbenutzung, sich Kleiden, Transfer...) _____

Sehen Sie die Rehabilitationspflege als aktivierend- und begleitend-therapeutische und Pflege (ABTP), die die Qualität der Pflege beeinflusst?

- Nein
- eher nein
- eher ja
- Ja

Falls ja und falls nein, weshalb? _____

Kompetenzen

Haben Sie interne Weiterbildungen für Rehabilitation, die speziell den Pflegefachkräften gewidmet sind?

- Nein
- Ja
 - ⇒ Falls ja, welche Weiterbildungen? _____
 - ⇒ Von welchen Fachleuten geleitet? _____
 - ⇒ Haben Ausbilder eine Qualifikation/Akkreditierung (Fachrichtung)?
 - Nein
 - ja
 - ⇒ falls ja, welche? _____

Bilden Sie Mitarbeiter extern weiter?

- Nein
- Ja
 - ⇒ Falls ja, für welche Ausbildungen? (mehrere Auswahlmöglichkeiten)
 - Rehabilitationsexperten-Zertifikat, Espace Compétences
 - CAS Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen
 - CAS Neuro-Rehabilitation
 - CAS Psycho-Onkologie
 - CAS Kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation
 - CAS/DAS Therapeutische Erziehung des Patienten
 - DAS Gesundheit im Alter
 - Schlucktraining bei Erwachsenen
 - Eidg. Diplom: Berater/in im psycho-sozialen Bereich
 - Bobath
 - sonstiges; bitte angeben: _____
 - ⇒ Bei welchen Bildungszentren? _____

Verfügen Sie über eine fachkundige oder auf Rehabilitationspflege spezialisierte Pflegefachkraft, die bei der klinischen Überwachung helfen könnte?

- nein
- ja
 - ⇒ Falls ja welche, mit welchem Level?

Denken Sie, dass das Angebot an Rehabilitationsausbildungen in der Schweiz Ihren Bedürfnissen entspricht?

- Ja
- Nein
 - ⇒ Falls nein, was erwarten Sie betreffend Ausbildungsmöglichkeiten in der Rehabilitation in der Schweiz? _____

klinisch-wirtschaftliche Aspekte

Kennen Sie die CHOP-Codes für die Rehabilitation, die ab dem 1. Januar 2019 in Kraft treten?

- Nein
- Ja
 - ⇒ Falls ja, wie sieht Ihre Abteilung sich in Bezug auf die erforderlichen Pflegeminuten bei den Mindestleistungen ohne die Leistungen der Rehabilitationspflege?
 - Unter den erforderlichen Minuten
 - ⇒ Falls unter den erforderlichen Minuten, weshalb? _____
 - Über den erforderlichen Minuten
 - sonstiges; bitte angeben: _____

Sollte es Ihrer Meinung nach möglich sein, die Rehabilitationspflege in die Pflegeminuten einzubeziehen und als aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege zu zählen?

- Nein
 - ⇒ Falls nein, weshalb? _____
- Ja
 - ⇒ Falls ja, weshalb? _____

7. Literatur

- Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31)
Link <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html>
- Art. 49 im Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 21. Dezember 2007 (KVG; SR 832.10).
Link <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2008/2049.pdf>
- Art. 117a in der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. Mai 2014 (BV; SR 101). Link <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>
- Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VFP-APSI) & Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI). (2017).
Definition der aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege (ABTP).
Zugriff https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/pflegethemen/chop-abtp/2017_12_05_CHOP_ABTP_definition_et_document_de_reference_01.pdf
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI). (2016).
Volksinitiative « Für eine starke Pflege. »
Link <http://www.pour-des-soins-infirmiers-forts.ch/#initiative>
- Boykin, A. & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as Caring : A Model for Transforming Practice*.
Sudbury, MA : Jones and Bertlett Publishers, et National League for Nursing (texte original et épilogue).
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & McCloskey Dochtermann, J. (2010). *Classification des interventions de soins infirmiers : CISI-NIC*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Duhamel, F. (dir.) (2015). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers* (3^e éd.).
Montréal, Québec : Chenelière Education.
- Finfgeld-Connett, d. (2007). Meta-Synthesis of Caring in Nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 196-204.
- Girard, F. & Cara, C. (2011). *Modèle humaniste des soins infirmiers – Udem*. Montréal, Québec :
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- H+ Die Spitäler der Schweiz. (2017). *DefReha®. Stationäre Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen. DefReha® Konsultationsversion 2.0*. Bern. H+ Die Spitäler der Schweiz.
- Kohler, F., Connolly, C., Sakaria, A., Stendara, K., Buhagiar, B. & Mojaddidi (2013). Can the ICF be used as a rehabilitation outcome measure ? A study looking at the inter- and intra-rater reliability of ICF categories derived from an ADL assessment tool. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(9), 881-887. DOI : 10.2340/16501977-1194
- Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Projekt « Endgültige spezifische Kompetenzen für FH-Lehrgänge in Gesundheitsberufen »*. Finaler Bericht.
Link https://www.curaviva.ch/files/3BWCYB8/competences_finales.pdf
- Lefebvure, H. & Levert, M. J. (2009). Pour une intervention centrée sur les besoins perçus de la personne et de ses proches. *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux*. Paris: Inst. nationale de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) 2-3.
- Das Schweizer Parlament. Parlamentarische Initiative. BAG. *Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege*. Link <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20110418>
- NANDA International. (2016). *Diagnostics infirmiers: définitions et classification 2015-2017*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

- Rektorenkonferenz der Schweizer Fachhochschulen (KFH). Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe, Abschlussbericht Cécile Ledergerber, Jacques Mondoux, Beat Sottas (25. Juni 2009).
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2014). *Informationsblatt. Medizinische Grundversorgung*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2013). *Gesundheitspolitik: die Prioritäten des Bundesrats*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2018). *Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP). Systematisches Verzeichnis – Version 2019*. Neuenburg: BFS.
- OdASanté ist die Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit & Verband Bildungszentren Gesundheit Schweiz (BGS). (2016). *Rahmenlehrplan für die Lehrgänge « Pflege » HF*. Bern: OdASanté & BGS.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2001). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO.
- Pascal, A. & Frécon Valentin, E. (2016). *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats : classifications infirmières et plans de soins* (6^e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Pepin, J., Ducharme, F. & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4^e éd.). Montréal: Chenelière Education.
- Rauch, A., Cieza, A. & Sutcki, G. (2008). How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 44(3), 329-42.
- Rensburg, R. & Carson, B. (2006). « Rehabilitation », in I. Lubkin et P. Larsen (ss la dir. de), *Chronic Illness: Impact and Interventions*, Sudbury (MA), Jones & Baretlett Learning, 2006, p. 577-610.
- St-Germain, D., R. Blais & Cara, C. (2008). La contribution de l'approche de Caring des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation: une étude novatrice. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 57-69.
- St-Germain & Allaire, A.-S. (2013). L'infirmière en réadaptation physique... vous connaissez? Le rôle et la spécificité de la mission de cette infirmière. *Perspective infirmière*, 10(3), 40-4.
- Swiss National Association for Quality Development in Clinics and Hospitals (ANQ). (2018). *Development and validation of an algorithm to convert FIM® and EBI to an ADL score*. Accès https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ_Reha_Final-report_ADL_Algorithm.pdf
- Watson, J. (1997). The Theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nurse Science Quarterly*, 10(1), 49-52.
- Watson, J. (1979/2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (éd. Rév.). Boulder, CO: University Press of Colorado.
- Willis, D. G., Grace, P. J. & Roy, C. (2008). A Central Unifying focus for the Discipline: Facilitating Humanization, Meaning, Choice, Quality of Life, Healing in Living and Dying. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E28-E40.

Task force ABTP – PLATEFORME REHA.CH

Projektleitung

Stéphanie COLOMBEY, Infirmière-chef, Hôpital Riviera Chablais

Pascal DUCLOUX, Infirmier chargé d'études économiques, Hôpitaux Universitaires de Genève

Koordination

Laura RODRIGUEZ, Infirmière coordinatrice en réhabilitation, Hôpitaux Universitaires de Genève

Mitglieder der *task force*

Pierre COLIN, Physiothérapeute chef de service, Hôpital Neuchâtelois

Nathalie LEGOLL, Responsable du service médico-thérapeutique, Clinique La Lignière

Dr. Kristof MAJOR, Médecin responsable adjoint, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Julien MONCHARMONT, Responsable du service médico-thérapeutique, Institution de Lavigny

Manuel SALAZAR, Directeur du département hospitalier, Institution de Lavigny

Kontakt

PLATEFORME-REHA.CH
c/o Fondation Plein-Soleil
Chemin de la Cigale 3
1010 Lausanne
+41 78 672 24 90
info@plateforme-reha.ch