

Projekt Leila: ein konkreter Schritt Richtung best practice bei Multimorbidität

Maria Müller Staub¹, Renate Monego², Lorenz Imhof¹

¹Forschung & Entwicklung Pflege, Institut für Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), ²Städtische Gesundheitsdienste Zürich

Einleitung

Das Gesundheits- und Umweltsdepartement der Stadt Zürich (GUD) initiierte einen Entwicklungsprozess mit dem Ziel verstärkter Integration des Gesundheitssystems und der Verein „**Gesundheitsnetz 2025**“ wurde 2009 gegründet und startete verschiedene Projekte zur Förderung der integrierten Versorgung. Die Kontinuität in der Betreuung chronisch kranker Menschen über zeitliche, institutionelle und professionelle Grenzen hinweg ist für die Qualität gesundheitlicher Dienstleistungen entscheidend (World Health Organization [WHO], 2002), dies insbesondere im Zuge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens (Müller-Staub, 2012). Das **Projekt "Leben mit Langzeiterkrankung" (Leila)** ist eines dieser Innovationsprojekte. Leila ist ein dreijähriges Pilotprojekt (2010 - 2012), in welchem **pflegerische Leistungen in mehreren Hausarztpraxen angeboten, evaluiert und weiterentwickelt werden**. Ziel von Leila ist die Stärkung integrierter Versorgung; es richtet sich an Menschen aller Altersgruppen und mit verschiedensten chronischen Leiden in Stadtteilen mit geringer Ärztedichte und einem hohen Anteil bildungsferner Menschen und MigrantInnen wie Zürich Nord und Zürich Aussersihl (Bonsack, Monego, & Schmidhauser, 2009). Integrierte Versorgung fokussiert auf die Betreuungskontinuität zwischen verschiedenen Anbietern sowie auf eine umfassende Primärversorgung und Gesundheitsförderung.

Zur Förderung der integrierten Versorgung werden in andern Ländern vermehrt **Advanced Practice Nurses (APNs)** eingesetzt (DiCenso, Bourgeault, et al., 2010). APNs sind Pflegenden mit erweiterter Kompetenz in klinischer Praxis, in Beratung, Patientencoaching, in Führung und in der Anwendung von Forschung. Im Projekt Leila wurden APNs angestellt, um erweiterte, pflegerische Dienstleistungen zu entwickeln. **APN-Dienstleistungen** wurden definiert als: Abklärung des Gesundheitszustands; Erhebung des Beratungsbedarfs; Motivierungs-, Beratungs-, Schulungs- und Befähigungsarbeit mit PatientInnen¹, um deren Umgang mit multiplen chronischen Erkrankungen zu stärken; direkte Hilfe in der Alltagsgestaltung; Mithilfe bei Therapieoptimierung wie Medikation und Koordination verschiedener Therapieangebote sowie Förderung des Selbstmanagements. Die APNs sollen mit den ÄrztInnen, welche PatientInnen an Leila überweisen (Zuweisende), möglichst eng zusammenarbeiten.

Diese **wissenschaftliche Evaluation** ist ein Teil des Projekts Leila und liefert Grundlagen für die Fortführung von Leila nach dessen Pilotphase. Es wurde eine Studie durchgeführt, welche die projektinterne Wirksamkeit mit allen beteiligten Akteuren (PatientInnen, Leila-Beraterinnen=APNs und Zuweisende) untersucht.

Begleitforschung

Es wurden vier Elemente mit ihren entsprechenden Zielen festgelegt:

1. Daten zur Person: Darstellung soziodemographischer Merkmale der PatientInnen, aktueller Gesundheitszustand, soziales Netzwerk, Veränderungsbereitschaft, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Lebensqualität.
2. Daten zur Intervention: Darstellung der Studienintervention (Leila Dienstleistung) wie Beratungsthemen, Aktivitäten der APN Pflegepersonen (Begleitung, Beratung, Schulung), Patientenziele und Massnahmen, Aufwand (Anzahl Interventionen und Beratungsdauer).
3. Daten zum Ergebnis: Darstellung der Erfahrungen in den Beratungssequenzen und der Bedeutung der Unterstützungsangebote für die Teilnehmenden sowie deren Evaluation der Handlungen (Durchführung der Handlungen, Wirksamkeit der Handlungen) und Zufriedenheit mit der Intervention.
4. Projektentwicklungsprozesse
Daten zu Advanced Nursing Practice (ANP): Darstellung der Rollenentwicklung, Fähigkeiten, Belastung oder Zufriedenheit und
Daten zur Kooperation wie Kooperationsprozesse und Kooperationsqualität sowie Erfahrungen der APNs und Zuweisenden bezüglich Zusammenarbeit.

Forschungsmethoden

Es wurde ein deskriptives Mixed Methods Design gewählt, um Daten mittels *quantitativer und qualitativer* Erhebungsinstrumente zu analysieren. Anhand acht valider Instrumente/Fragebögen wurden *quantitative*

¹ Die Form PatientInnen schliesst beide Geschlechter ein und wird hier durchwegs eingesetzt.

Daten analysiert. Um die Zufriedenheit, den Nutzen der Leila Dienstleistung und Kooperationsprozesse zu untersuchen, wurden 38 *qualitative Interviews* mittels Methoden der „Grounded Theory“ mit PatientInnen, APNs und Zuweisenden durchgeführt (Creswell, 2003).

Resultate zur Person (PatientInnen)

Forschungsteilnehmende und Anzahl Datensätze/Interviews: Von insgesamt N=158 an Leila zugewiesenen PatientInnen wurden N=101 in die Begleitforschung eingeschlossen. Davon wurden durch die APNs bei n=86 Daten zur Leila Dienstleistung erhoben und für die Analyse an die Abteilung Forschung und Entwicklung ZHAW weitergeleitet.

Alter, Geschlecht, Zivilstand, Bezugspersonen, finanzielle Situation: Das durchschnittliche Alter lag bei 72 Jahren, der Frauenanteil war 50%. Beziehungsstatus: Partnerschaft/verheiratet 47%, geschieden/getrennt 26%, verwitwet 14% und ledig/alleinstehend 13%. Als weitere Bezugspersonen wurden Personen/Organisationen wie HausärztInnen, Kinder, soziale Dienste und FreundIn bezeichnet, die meistgenannten waren FreundIn und HausärztInnen. Die Rente war die häufigste Einkommensquelle (67%), Lohnbezüger (10%), Sozialamt/Invalidenrente (14%); ihre finanzielle Situation schätzen 55% mit „ziemlich einfach“ bis „sehr einfach“ ein, „ab und zu schwierig“ bis „sehr schwierig“ 37%, Rest jew. keine Angaben.

Aktueller Gesundheitszustand: Hauptdiagnosen, Medikation, Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) und genutzte Unterstützungsangebote: Die PatientInnen wiesen insgesamt 95 Hauptdiagnosen auf, die häufigsten ICD-10 waren Hypertonie (44%), Diabetes Mellitus Typ II mit Adipositas (15%) und Depression (13%). Durchschnittlich wurden 6 Medikamente eingenommen (SD 3.6, Median 6.25, Range 15). Von 79% waren CIRS-Scores vorhanden, die durchschnittliche Punktzahl betrug 12.66% der PatientInnen nutzte in den vergangenen 3 Monaten verschiedene Unterstützungsangebote/Therapien; 51% ein bis zwei gleichzeitig, 15% drei bis vier Therapien.

Die **Veränderungsbereitschaft** wurde auf einer 6-stufigen Skala zwischen Sorglosigkeit und Stabilität eingeschätzt. Der höchste Prozentsatz (58%) war in einer der ersten zwei Phasen (Sorglosigkeit/Bewusstwerdung). Bei 50% der 86 PatientInnen konnte die **Selbstwirksamkeitsüberzeugung** erhoben werden, der Durchschnitt lag bei 28 Punkten, was den Normwerten für diese Population entspricht (Jerusalem & Schwarzer, 2008). Die **Lebensqualität**, erhoben mittels SF-8, ergab beim physischen Subscore einen Mittelwert von 56.6, beim psychischen Subscore einen Mittelwert von 54.8 (= mittlere Lebensqualität).

Resultate zur Intervention: Leila Dienstleistungen

Beratungsthemen und Ort der Beratung

Bei über 50% wurden folgende Themen bearbeitet: Medikamente, Sich gesund bewegen, Zukunft, Gefühle und Umgang mit Symptomen. Die PatientInnen besprachen durchschnittlich 5 Themen und bei 64% erfolgte mindestens eine Beratung im häuslichen Umfeld, der Rest in der Leila Praxis oder auswärts.

Aktivitäten der APNs

Die Hälfte der Beratungszeit wurde für Schulung und Beratung verwendet, der Anteil des professionellen Assessments betrug 26%, derjenige der Evaluation vereinbarter Massnahmen (Follow-up) 17%. Das Ziel der APN-Interventionen war, die Hilfe zur Selbsthilfe zu stärken und total wurden **274 gesundheitsbezogene Patientenhandlungen** dokumentiert. Die durchschnittliche Anzahl pro PatientIn betrug 5. Insgesamt führten die APNs **272 Pflegeinterventionen** durch (m= 5/PatientIn).

Resultate zum Ergebnis der Leila Dienstleistung

Evaluation der Handlungen der PatientInnen

Durchführung: 28% der PatientInnen führten ihre geplanten Handlungen „nie“ bis „manchmal“ durch. Hingegen wurden 72% der Handlungen „oft wie geplant“ bis „immer wie geplant“ durchgeführt. **Wirksamkeit:** 67% der Handlungen hatten „etwas“ bis „sehr geholfen“ und 33% hatten „absolut nicht“ bis „eher nicht geholfen“.

Zufriedenheit mit der Intervention

Die Patientenzufriedenheit wurde mittels ANP-IQ-ZHAW (Imhof, Zigan, & Mahrer-Imhof, 2011) erhoben, der sich in drei Subindizes zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt. Die PatientInnen bewerteten die Beratungsqualität als gut bis ausgezeichnet, im Mittel (m) mit einem Qualitätsindex von 84 Punkten (von max. 100 P.) Die **Strukturqualität** (Aufbau, Länge und Häufigkeit) wurde als gut bis ausgezeichnet

net bewertet (m=93 P). Die **Prozessqualität** (Selbstbestimmung, eigene Zielsetzung, Beratungsatmosphäre) war gut bis ausgezeichnet und betrug (m= 91 P.).

Ergebnisqualität: Hier wurde evaluiert, ob Änderungen im Gesundheitsverhalten stattgefunden hatten und inwiefern sich diese im Alltag der PatientInnen auswirkten. Die Beurteilung der Ergebnisqualität war befriedigend bis gut (m= 71 Punkte).

Die vergleichenden **Subanalysen** (Alter und Geschlecht) zeigten, dass jüngere PatientInnen (bis 75 Jahre) die drei Qualitätsindizes signifikant höher bewerteten als die über 75-jährigen. Im geschlechterspezifischen Vergleich beurteilten die Männer die Ergebnisqualität und die allgemeine Beratungsqualität höher als die Frauen. Zugleich hatten jüngere Männer weniger Bezugspersonen angegeben. Zu den Ergebnisvariablen „Durchführung der Patientenhandlungen wie geplant“ und „Wirksamkeit der Handlungen“ wurde getestet, ob Zusammenhänge mit den Handlungen bezüglich deren Einteilung nach Bereichen und Kategorien vorkommen (Client Goal Categorization). Es bestand ein Zusammenhang zwischen **Durchführung** der Handlungen und einigen **Bereichen und Kategorien** der Handlungen: Handlungen, bei denen **Wissen vergrößert** wurde und solche, welche die **Organisation von Hilfe** beinhalteten, wurden **signifikant öfter durchgeführt** als andere Handlungen (wie z.B. Hilfsmittel anwenden oder Umgang mit Emotionen stärken). Die Ergebnisse der Interviews bestätigten die quantitativen Resultate und sind anschliessend präsentiert.

Ergebnisse der Interviews

Die Interviews wurden anhand von Leitfäden durchgeführt, aufgenommen und transkribiert. Die Analyse der Interviews erfolgte in Anlehnung an Methoden der Grounded Theory (Charmaz, 2006; Clarke, 2005). Als Ergebnisse wurden drei zentrale, patientenbezogene Kategorien aus den Interviews abgeleitet:

- Umsorgt werden und umsorgen
- Den Alltag gestalten
- Alle Ressourcen nutzen

Zudem ergaben sich drei weitere Kategorien, die den Kontext der zentralen Kategorien darstellen:

- Zugewiesen werden und zuweisen, Zusammenarbeiten, Entwickeln der APN-Rolle

Zugewiesen werden und zuweisen

Zum *Zugewiesen werden* äusserten einige PatientInnen, aktiv den Wunsch nach Unterstützung durch Leila gesucht zu haben. Die hohe Belastung durch das medizinische Regime war für sie ausschlaggebend, um Leila anzunehmen. Unter *Zuweisen* werden Gründe dafür dargestellt, weshalb PatientInnen an Leila überwiesen wurden. Gemäss Resultaten waren komplexe Patientensituationen ein Hauptgrund und bezeichneten Situationen als komplex, in denen PatientInnen an mehreren Erkrankungen litten, chronisch krank waren, zugleich das Therapiemanagement nicht funktionierte und kognitive/soziale/kulturelle Aspekte erschwerend dazu kamen. Ebenso wurden fehlende Therapietreue (Compliance) und eine nicht zufriedenstellende Medikamentenadhärenz genannt.

Umsorgt werden und umsorgen

Diese Hauptkategorie bildet ab, was PatientInnen unter dem Begriff „Umsorgt werden“ verstehen. Sie setzt sich zusammen aus den Unterkategorien „Menschlichkeit erfahren“, „Im Dialog anleiten“ und „Mich als Person respektieren“.

Den Alltag gestalten

Aus allen drei Interviewquellen (PatientInnen, APNs und Zuweisende) geht hervor, dass die APNs mit den PatientInnen Themen der Alltagsgestaltung und therapeutische Pläne bearbeiteten. Die Kategorie setzt sich zusammen aus den Subkategorien „Therapeutische Regimes einhalten“, „Emotionen haben und zeigen“, „Handlungen ausprobieren“ und „Das Leben veränderte sich“.

Alle Ressourcen nutzen

Die Kategorie „Alle Ressourcen nutzen“ beschreibt Aussagen der PatientInnen bezüglich ihrer Nutzung von Ressourcen und Unterstützungsangeboten. Sie fasst die Subkategorien „Einschätzen“, „Informiert werden“ und „Aktivitäten planen und durchführen“ zusammen.

Zusammenarbeiten

Diese Kategorie beschreibt die Zusammenarbeit zwischen APNs und Zuweisenden sowie mit andern Diensten. Die APNs berichteten, dass die Zusammenarbeit mit den Zuweisenden unterschiedlich war. Die Kommunikation mit den Zuweisenden funktionierte in der Regel gut und der Austausch über die PatientInnen war gewährleistet. Wenn die Zusammenarbeit weniger gut war, litt der gegenseitige Informationsaus-

tausch, sodass die APNs teilweise empfanden, ihre Arbeit erhalte wenig Beachtung oder dass PatientInnen, die von Leila profitiert hätten, nicht zugewiesen wurden.

Das unterschiedliche Verständnis der APNs und der Zuweisenden bezüglich APN-Kompetenzen hatte Einflüsse auf die Zusammenarbeit. Die APNs betonten, dass sie eine eigenständige Rolle anstrebten, ihre Zuweisenden aber andere Vorstellungen hätten. Die APNs sahen sich in erheblicher Abhängigkeit von den Zuweisenden und erlebten dies als limitierend. Die Aufträge der Zuweisenden wurden oft bloss als „Informationen einholen“ empfunden im Sinne von: „Geh mal schauen, was da ist“, während die APN sich selbst mit einem eigenen pflegerischen Beitrag bei den PatientInnen einbringen wollten. Die APNs gaben an, in ihren Kompetenzen teilweise beschnitten worden zu sein.

Entwickeln der APN-Rolle

Zu Beginn war die APN-Rolle nicht spezifisch definiert und gemäss Resultaten fanden durch projektbezogene/äussere Einflussfaktoren immer wieder Anpassungen statt. Die Projektleitung hatte zu Beginn entschieden, die APN-Rolle nach und nach weiterzuentwickeln. Obwohl diese im Rahmen der Gesundheitsversorgung skizziert sowie der APN-Einsatz bei Projektbeginn als wichtiger Teil der Versorgung propagiert worden war, wurde die APN-Rolle in den Interviews von allen Beteiligten immer noch als unklar bezeichnet. Die Zuweisenden berichteten, dass sie die Leila Dienstleistung als Verbesserung/Erweiterung der ärztlichen Dienste betrachteten. Die Leila Dienstleistung bot mehr Möglichkeiten, weil die APNs die PatientInnen zu Hause besuchen und mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung hatten als ÄrztInnen. Unbestritten war, dass dazu speziell ausgebildete Pflegefachpersonen (Master) benötigt werden, welche Wissen und Erfahrung mitbringen. Die APNs berieten PatientInnen zum Umgang mit ihrer Krankheit und übernahmen die Koordination medizinischer Massnahmen verschiedener Anbieter. Vor allem diese Koordinationsfunktion wurde stark geschätzt und mit erfolgreichen Interventionen in Verbindung gebracht. Auch im Bereich sozialer Belange übernahmen die APNs koordinierende Verantwortung.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- Die Resultate zu Gesundheitszustand, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Veränderungsbereitschaft und Lebensqualität zeigen, dass die untersuchten PatientInnen gute Voraussetzungen mitbrachten. Die Patientenpotentiale und –motivationen ergaben, dass Modelle integrierter Versorgung inklusive APN-Interventionen sinnvolle Möglichkeiten darstellen können.
- Aufgrund der Studienergebnisse wie Verbesserung therapeutischer Regimes, erhöhte Selbstkontrollen, verbesserte Alltagsgestaltung und hohe Patientenzufriedenheit (Qualitätsindizes und das Ergebnis „Umsorgt werden“) wird empfohlen, die Leila Dienstleistung weiterzuentwickeln.
- Die Zuweisenden schätzten die Leila Dienstleistung als Erweiterung ein: Durch umfassende Informationen, Koordinationsaufgaben und Therapieempfehlungen trugen die APNs zur Versorgungsqualität bei.
- Ein unkomplizierter Informationsfluss und einfache Zuweisungsformen waren unterstützend, hingegen fanden weniger Überweisungen statt als in der Voranalyse berechnet. Laut Interviewergebnissen kann angenommen werden, dass nicht alle PatientInnen, die von der Dienstleistung profitiert hätten, zugewiesen wurden.
- Die Ergebnisse zeigen Klärungsbedarf bezüglich des APN-Rollenverständnisses. Um dieses zu fördern und das APN-Potential besser zum Einsatz zu bringen, können Informationsangebote für interdisziplinäre Dienste und ÄrztInnen über APN- Ausbildung, Kompetenzen und Aufgaben gemacht werden.
- Die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und APNs sollte ausgehandelt und verbessert werden. Dabei sind zu thematisieren:
 - Der Auftrag ÄrztIn – APN / APN – ÄrztIn
 - Der Auftrag PatientIn – APN / APN – PatientIn
 - Der Auftrag APN – andere Versorger (Spitex, Sozialdienste, Kompass etc.).
- Gemeinsame Fallbesprechungen (Case rounds Zuweisende-APNs) fördern die Zusammenarbeit und das gegenseitige Rollenverständnis und werden daher empfohlen.
- Eine Vernetzung von Leila mit der Spitex würde den Vorteil bieten, dass die APN-Rolle in die pflegerische Versorgung integriert und damit das Angebot für weitere Zuweisende geöffnet werden könnte.

Literatur

- Bonsack, S., Monego, R., & Schmidhauser, M. (2009). *Leben mit Langzeiterkrankung (Leila): Begleitung, Beratung und Schulung als Teil der hausärztlichen Versorgung. Ein Projekt im Gesundheitsnetz 2025. (Version Oktober 2009)*. Zurich: Stadt Zürich, Städtische Gesundheitsdienste.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (2nd ed.). London: Sage.
- DiCenso, A., Bourgeault, I., Abelson, J., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Carter, N., et al. (2010). Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary healthcare in Canada - thinking outside the box. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 23 Spec No 2010, 239-259.
- Imhof, L., Zigan, N., & Mahrer-Imhof, R. (in Press). ANP-IQ-ZHAW: Instrument zur Evaluation ambulanter Beratung im Pflegebereich.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (2008). Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) Retrieved February 14, 2008, from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/germscal.htm>
- Müller-Staub, M. (2012). Pflege und DRG. In M. Poser (Ed.), *Lehrbuch Stationsleitung: Pflegemanagement für die mittlere Führungsebene im Krankenhaus* (pp. 513-539). Bern: Huber.
- World Health Organization [WHO] (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action* (Global report noncommunicable disease and mental health). Geneva: WHO.