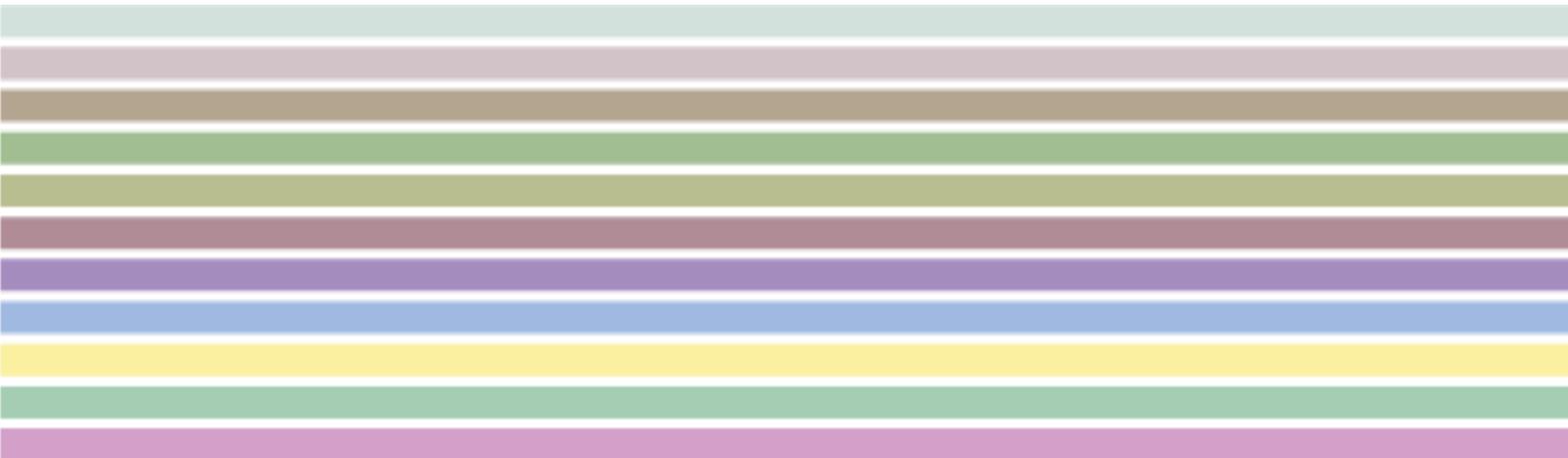

AGENDA FÜR DIE PFLEGEFORSCHUNG IN DER SCHWEIZ

Swiss Research Agenda for Nursing

SRAN

2019–2029

Kurzfassung



Vorwort

Die Aktualisierung der Agenda für die Pflegeforschung in der Schweiz (SRAN) ist ein weiterer Meilenstein in der zwanzigjährigen Geschichte der Pflegewissenschaft in der Schweiz. Sie bietet den sieben Instituten für Pflegewissenschaft, die es mittlerweile in allen Sprachregionen gibt, Orientierung bei der Umsetzung qualitativ hochwertiger Forschungs- und Lehrtätigkeiten im Rahmen der Bachelor-, Master- und Doktorandenprogramme. Diese akademischen Institutionen haben sich in ihren geografischen Regionen und darüber hinaus einen hervorragenden Ruf erworben.

In den vergangenen zwei Jahrzehnten haben die Mitglieder des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft ein starkes Netzwerk für Austausch und Wissenstransfer entwickelt, das die Disziplin schweizweit und international stärkt.

Mit Blick auf die nächsten zehn Jahre der Pflegeforschung in der Schweiz ist es nun an der Zeit, den Strategieplan SRAN 2019–2029 zu veröffentlichen. Ich setze mich für einen akademischen Diskurs ein, der es auch wert ist, geführt zu werden. Ein Diskurs, der Patienten und pflegende Angehörige¹ konsequent als Co-Forschende involviert und der andere Disziplinen sowie politische Entscheidungsträger miteinbezieht, die erkannt haben, dass die Pflegewissenschaft massgeblich zur Gesundheit der Bevölkerung und der Menschen, die uns am Herzen liegen, beiträgt.

Prof. Dr. Iren Bischofberger
Präsidentin VFP

Forschungsagenden gelten international als wichtige Elemente einer guten Forschungsinfrastruktur. Die aktualisierte Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN) bildet einen Rahmen, um die Pflegeforschung auch künftig an den Herausforderungen der schweizerischen Gesundheitsversorgung auszurichten.

Sie hat einen beeindruckenden Werdegang hinter sich. Im Jahr 2007 verabschiedete der VFP unter der Leitung von Prof. Dr. Lorenz Imhof die erste «Agenda für klinische Pflegeforschung in der Schweiz». Sie wurde unter Einbezug der ersten Fachpersonen, die im Ausland oder im vom Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe Aarau und der Universität Maastricht angebotenen Studiengang einen Masterabschluss in Pflege erlangten, erarbeitet.

Die im Jahr 2014 unter dem Präsidium von Prof. Dr. Maria Müller Staub durchgeführte VFP SRAN-Fachtagung zeigte, dass die SRAN nationale und internationale Beachtung findet. Verantwortliche aller Schweizer Pflegeforschungsinstitute, Hochschulen und

¹ Der Begriff «Patienten» beschreibt im vorliegenden Dokument die Personen im Mittelpunkt der Pflegeaktivitäten in verschiedenen Versorgungssektoren (z. B. Langzeitpflegeeinrichtungen, häusliche Pflege und gemeindenaher Pflege, Spitäler) und schliesst beide Geschlechter ein. Der Begriff «pflegende Angehörige» beschreibt jede Person, einschliesslich Familienmitglieder, Partner, Freunde oder Nachbarn, die in einer persönlichen Beziehung zum Patienten steht und ihn pflegt und unterstützt.

Partnerorganisationen sowie internationale Expertinnen und Experten betonten die Wichtigkeit ihrer Weiterentwicklung. Im Jahr 2017 fand unter dem Präsidium a.i. von Dr. Stefan Kunz die zweite SRAN-Konferenz statt, an welcher die Aktualisierung der bestehenden Agenda breit diskutiert und der Grundstein für die vorliegende Version gelegt wurde. Die SRAN 2019-2029 liegt nun vor und zeigt, dass wissenschaftlich fundierte Pflege den Fokus auf den Nutzen für die Patientinnen und Patienten richtet, sei es im Zusammenhang mit Patientensicherheit, innovativen Versorgungsmodellen oder pflegespezifischen Interventionen.

Ich wünsche dem VFP, dass er mit der vorliegenden Broschüre fruchtbare Diskussionen zur Weiterentwicklung der "erwachsen gewordenen" Pflegeforschung anstossen kann.

Dr. Stefan Spycher
Leiter Direktionsbereich Gesundheitspolitik, BAG

Einleitung

Forschungsagenden sind intra- wie interdisziplinär ein unverzichtbarer Bestandteil der Forschungsinfrastruktur. Der Inhalt einer solchen Agenda setzt Schwerpunkte angesichts des breiten Spektrums an Fragen, die durch eine Disziplin beantwortet werden sollen.

Nachwuchsforschenden am Anfang ihrer beruflichen Laufbahn bieten Agenden Orientierung bei der Suche nach ihrem Beitrag zum Fachgebiet. Grundsätzlich ermöglichen Agenden einen guten Überblick über die zentralen Fragen und Ziele einer Disziplin.

Die erste Agenda für die Pflegeforschung in der Schweiz (Swiss Research Agenda for Nursing, SRAN) wurde 2007 unter Federführung des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft VFP entwickelt. SRAN dient den Pflegeforschenden seit mehr als einem Jahrzehnt als Strategieplan für ihre Untersuchungen im Bereich der klinischen Pflegeforschung. Ein Jahrzehnt später ist es nun an der Zeit für eine Aktualisierung, die Wissenslücken ermitteln und schliessen und Orientierungshilfen für die Ausrichtung und Entwicklung der Pflegeforschungsprogramme und -projekte in den nächsten zehn Jahren bieten wird. Wie SRAN 2007–2017 unterstützt auch die aktualisierte SRAN 2019–2029 die Ausrichtung von Pflegeforschenden und Forschungsgruppen über alle Bereiche der Pflegeforschung hinweg. Ferner sollen auch Entscheidungsträger und Förderorganisationen durch sie Orientierung erhalten.

Die aktualisierte Agenda sieht insgesamt vier allgemeine Prioritäten in der klinischen Pflegeforschung vor, die jeweils durch spezifische Forschungsbereiche erarbeitet wurden. Diese Prioritäten fokussieren nicht auf bestimmte Populationen oder Gesundheitszustände. Ziel war es, Forschungsprioritäten zu definieren, die weit genug gefasst sind, damit verschiedene Forschende und/oder Entscheidungsträger sie auf ihre Populationen und Versorgungssektoren übertragen können. Zusätzlich zu den empfohlenen Forschungsprioritäten beinhaltet die überarbeitete SRAN für die Pflegeforschung relevante Querschnittsthemen wie zum Beispiel methodische Ansätze oder Diversität.

Die SRAN 2019–2029 ist als vollständige Fassung in Englisch und als Kurzfassung in Englisch, Deutsch, Französisch und Italienisch verfügbar.

A) Neue Versorgungsmodelle

Neue Versorgungsmodelle skizzieren Best Practices für die Pflege über die Behandlungspfade und Versorgungskontinua hinweg unter Berücksichtigung evidenzbasierter Prinzipien. Sie müssen hinsichtlich ihrer Wirkung auf die gesundheits- und patientenbezogenen sowie wirtschaftlichen Outcomes evaluiert werden.

A1. Zusammenarbeit im Rahmen neuer Versorgungsmodelle

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wirkt sich positiv auf die Outcomes in Bezug auf Patienten, pflegende Angehörige und den Gesundheitszustand aus. Sie muss ausgeweitet und im Rahmen neuer Versorgungsmodelle evaluiert werden.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Konzeptionelle Unterscheidung zwischen Teamarbeit, kollaborativen Praktiken und interprofessioneller Zusammenarbeit sowie Beiträge Pflegeforschender zur Evaluation der Strukturen, Prozesse und Outcomes verschiedener Kollaborationsmodelle, insbesondere, wenn diese neue Versorgungsansätze betreffen
- Teamarbeit oder kollaborative Praktiken und ihre Auswirkungen auf die Patientenversorgung, einschliesslich familiärer Unterstützung und Patientenoutcomes
- Machtverhältnisse zwischen Gesundheitsfachpersonen und deren Auswirkungen auf Patientenoutcomes und -erfahrungen

A2. Pflegebeiträge einschliesslich erweiterter Pflegepraxis und Outcomes

Neue Versorgungsmodelle unter Einbindung von Advanced Practice Nurse (APN)-Rollen verbessern nachweislich die Outcomes zur Patientengesundheit. Neue Pflegerollen müssen unter Berücksichtigung dieser Outcomes evaluiert werden.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Neue Versorgungsmodelle, einschliesslich der Rollen, Aufgaben und Zuständigkeiten (Tätigkeitsbereiche) von Pflegenden unterschiedlicher Bildungsstufen und von anderen Mitgliedern des Gesundheitspersonals
- Wirksamkeit neuer Pflegerollen (insbesondere der APN) im Hinblick auf patienten- und gesundheitsbezogene sowie sozioökonomische Outcomes
- Interprofessionelle Rückmeldungen und Antworten der Politik und der Anwender zu APN, insbesondere zu Erfahrungen von Patienten und pflegenden Angehörigen

A3. Selbstmanagement-Förderung durch und für Patienten und pflegende Angehörige

Selbstmanagement-Förderung durch Pflegefachpersonen und andere (z.B. Patienten, sonstige Fachkräfte) wirkt sich nachweislich positiv auf die Gesundheitsoutcomes von Patienten und pflegenden Angehörigen aus und muss im Rahmen neuer Versorgungsmodelle bewertet werden.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Bedürfnisse, Beiträge und Gesundheitsoutcomes chronisch kranker Patienten und ihrer pflegenden Angehörigen während des sich stetig wandelnden Behandlungs- und Pflegeverlaufs.
- Selbstmanagement-Förderung für Patienten und pflegende Angehörige im Rahmen unterschiedlicher Versorgungsmodelle, einschliesslich der Zuteilung von Gemeinschaftsressourcen und der Digitalisierung im Gesundheitswesen, gefolgt von einer Auswertung ihrer Outcomes in Bezug auf die Wirksamkeit und Implementierung
- Evaluation der Patientenzentriertheit und Patientenerfahrungen bei individuell angepassten Versorgungsansätzen; Ziel ist die Entwicklung von Interventionen, die Populationsdiversität und kulturelle Perspektiven berücksichtigen

A4. Entwicklung einer Methodik für neue Versorgungsmodelle

Neue Versorgungsmodelle werden wie komplexe Gesundheitsinterventionen behandelt. Eine weitere Präzisierung des theoretischen Rahmens sowie der Methodiken für die Evaluation sind erforderlich.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Theoretische Rahmenbedingungen und Methodologien, die eine Evaluation komplexer Interventionen zulassen
- Versorgungsmodelle, die eine nachhaltige Implementierung autonomer Pflegerollen beinhalten
- Spezifische theoretische Rahmenbedingungen, die Vorgaben zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Pflegerollen in Versorgungsmodellen machen.

B) Pflegerische Interventionen

Pflegerische Interventionen zielen auf Personen aller Altersgruppen, Familiensituationen sowie Populationen in sämtlichen Gesundheitszuständen ab und begünstigen proaktive gesellschaftliche Veränderungen. Damit Pflegefachpersonen sachlich fundierte klinische Entscheidungen treffen können, sind Forschungsarbeiten zur Entwicklung und Implementierung patientenzentrierter Pflege, Behandlungen und Technologien sowie Interventionen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden erforderlich.

B1. Outcomes und Erfahrungen aus Patientensicht

Die Sichtweisen der Patienten sind unverzichtbar für die Bewertung pflegerischer Interventionen. Eine Auswertung von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-Reported Experience Measures (PREMs) ist daher wichtig. Die weitere Implementierung dieser Messgrößen und die Evaluation entsprechender Interventionen sind erforderlich.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Patientenerfahrungen bezüglich wechselnder Krankheiten, Behandlungen und Pflegeinterventionen
- Entwicklung von PROMs und PREMs für spezifische Patientenpopulationen und pflegende Angehörige mit zielgerichteten, massgeschneiderten und an Bewertungsergebnissen ausgerichteten Interventionen
- PROMs und PREMs in Registrierungssystemen und klinischen Routineberichten für eine Generierung und Analyse grosser Datenmengen

B2. Personenzentrierte Pflege

Die personenzentrierte Pflege verbessert die Qualität der Gesundheitsversorgung, zielt auf die Bedürfnisse von Familien und Patienten ab und fördert die Selbstpflege. Forschungsanstrengungen sind erforderlich, um die patientenzentrierte Pflege in spezifischen und sich wandelnden Bereichen (z. B. marginalisierte Populationen, Langzeitpflege und Populationen, die mit personalisierten Arzneimitteln behandelt werden) zu verbessern.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Strategien für eine bessere Kommunikation mit vulnerablen Populationen, die sich in keiner gemeinsamen Sprache mit den Gesundheitsdienstleistern verständigen können
- Beratungsprogramme zur Verbesserung von Informationen, Entscheidungsfindung und Aufklärung in Fällen von Equipoise oder in ethisch komplexen Situationen (z. B. personalisierte Medizinansätze und deren Folgen)
- Strategien und Interventionen zur Verbesserung der Interaktion zwischen Patienten und Gesundheitsfachpersonen in Situationen eingeschränkter sprachlicher Kommunikation (z. B. Trauma, Demenz, Delirium, psychische Erkrankung, kognitive Beeinträchtigung)

B3. Leidensdruck und Belastungen mindern

Eine Erkrankung, aber auch Pflegeinterventionen sowie Diagnose- und Behandlungsmethoden können für die Patienten und ihre Familien beträchtliches Leid und Belastungen mit sich bringen. Interventionen zur Entlastung müssen über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg kontinuierlich weiterentwickelt werden. Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Durch Pflegekräfte angebotene oder angeleitete Unterstützung bei Selbstmanagement oder Krankheitsbewältigung zur Minderung der Belastung durch Erkrankung und Behandlung für Patienten und pflegende Angehörige bei länger dauernden Gesundheitsbelastungen.
- Minderung der mit der Pflege einhergehenden Belastung (z. B. bei der psychischen und psychogeriatrischen Pflege) und Entwicklung effektiver Unterstützungsstrategien
- Ansätze für die Palliativpflege und Verfügbarkeit über alle Regionen und Versorgungssektoren des Gesundheitswesens hinweg
- Schulung und Unterstützung von Pflegefachpersonen, Pflegeteams und sonstigen Gesundheitsfachpersonen bei der Bewältigung komplexer Pflegesituationen (z. B. Demenzpflege, Multimorbidität)

B4. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Das Fortschreiten chronischer Erkrankungen und deren negative Folgen können durch die Verminderung beeinflussbarer Risikofaktoren eingeschränkt werden. Pflegeinterventionen zur Verbesserung der Gesundheit auf individueller Ebene und auf Ebene der Gesamtbevölkerung müssen entwickelt oder ausgeweitet werden. Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Zugang zu evidenzbasierten Interventionen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden auf der Populationsebene
- Effektive Gesundheitsförderungsprogramme für marginalisierte und schwer zugängliche Populationen
- Zielgerichtete Pflegeinterventionen zur Verbesserung der Gesundheit von Gemeinschaften und Populationen, namentlich die Verbesserung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten in allen Altersgruppen sowie in marginalisierten Gruppen

C) Arbeits- und Pflegeumgebung

Gesunde und förderliche Versorgungsumgebungen sind sowohl für Fachpersonen im Gesundheitswesen wie auch für pflegende Angehörige wichtig und wirken sich auf die Patienten- und Gesundheitsoutcomes aus. Faktoren, die zu qualitativ hochwertigen Versorgungsumgebungen beitragen, müssen besser verstanden und Managementinterventionen müssen evaluiert werden.

C1. Pflege-Leadership und Managementstile

Pflege-Leadership ist auf allen organisatorischen Ebenen mit den Outcomes von Patienten, Pflegefachpersonen und pflegenden Angehörigen verbunden. Studien sind erforderlich, in denen Interventionen zur Verbesserung der Fähigkeiten und Kompetenzen von Führungspersonen der Pflege unter Bezugnahme auf die definierten Outcomes von Patienten, Pflegefachpersonen und pflegenden Angehörigen entwickelt und getestet werden.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Nachhaltige Führungsqualitäten der Pflege: Einbeziehen klinischer, akademischer und administrativer Aufgaben und Rollen, einschliesslich neuer Technologien zur Planung, Verwaltung und Zuteilung personeller Ressourcen auf unterer, mittlerer und oberster Führungsebene
- Führungskompetenz für die mittlere Führungsebene in Bezug auf führungsorientierte Karrieremöglichkeiten, Wissen und Fähigkeiten
- Führungsstile (transformationale Führung, transaktionale Führung, Führen nach dem Ausnahmeprinzip) und Gesundheitsmanagementansätze (Lean Management, Instrumente zur Qualitätsverbesserung) und deren Einfluss auf verschiedene Outcomes
- Übertragung und Übernahme zentraler Bestandteile anerkannter internationaler Zertifizierungs-/Akkreditierungsprogramme für den Gesundheitsbereich (Magnet-/Beacon-Auszeichnung) im Schweizer Kontext

C2. Skill / Grade Mix und Pflegeressourcenplanung

Pflegepersonalausstattung sowie Skill/Grade-Mix-Level tragen zur sicheren Patientenversorgung und zu nachhaltigen Arbeits- und Pflegeumgebungen bei. Empirische Forschung sowie konzeptionelle Entwicklungen sind erforderlich, um Führungskräften wichtige Zahlen und Algorithmen zur Verfügung zu stellen.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Skill/Grade-Mix-Standards und Kriterien für Aktivitäten im Gesundheitsbereich, die durch Pflegeteams mit unterschiedlichen Erfahrungen und Bildungshintergründen durchgeführt werden

- Methoden zur Bestimmung der Pflegepersonalausstattung mit Bezug auf die Pflegequalität (z. B. Patientenerfahrungen), Patientensicherheit (z. B. Infektionsraten), Patientencharakteristika und Pflegeansprüche (z. B. Veränderung der Akuität) sowie finanzielle Nachhaltigkeit
- Messgrößen für die optimale Anzahl unterschiedlicher Ausbildungsstufen in einem Team pro Einheit der erforderlichen Patientenpflege, zum Beispiel Pflegepersonal ohne Abschluss und diplomiertes Pflegepersonal sowie Auszubildende und Pflegeteamassistenz

C3. Professionelle Zusammenarbeit und Teamarbeit auf Systemebene

Professionelle und interprofessionelle Zusammenarbeit und Teamarbeit sind entscheidend für Pflegequalität und Gesundheitsoutcomes. Daten und Interventionen auf Systemebene sind erforderlich.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Strategien und Interventionen zur Verbesserung der professionellen und interprofessionellen Zusammenarbeit und Teamarbeit
- Kontextuelle Komplexität interprofessioneller Zusammenarbeit und Teamarbeit und zugrunde liegende Mechanismen
- Übertragbarkeit der Interventionsergebnisse über Institutionen sowie über kulturelle und sprachliche Regionen hinweg
- Forschungsinstrumente zur Beurteilung und Bewertung von interprofessioneller Teamarbeit, Zusammenarbeit und Lernprozessen

C4. Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Angehörigenbetreuung

Pflegende Angehörige sind ein unverzichtbarer Teil des Gesundheitssystems mit bedeutenden Auswirkungen auf die Patientensicherheit/Outcomes. Organisatorische Strukturen, die eine Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Angehörigenbetreuung ermöglichen, müssen evaluiert werden.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Nachhaltige Arbeitsgestaltung für berufstätige pflegende Angehörige durch Strategien für proaktive Führung und einen förderlichen Arbeitsplatz
- Sensibilisierung innerhalb des Gesundheitssystems für Pflegefachpersonen in einer Doppelrolle und Implikation für die Kommunikation und Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen auf geographische Distanz
- Pflegekoordination und Patientensicherheit zur Schaffung reibungsloser Pflegeabläufe, die es berufstätigen Pflegenden ermöglichen, ihren Verpflichtungen am Arbeitsplatz nachzukommen, ohne durch unnötige Pflegeaufgaben unterbrochen zu werden
- Veränderung der Denkweise «belastete berufstätige pflegende Angehörige» hin zu einem zeitgemässeren Verständnis als kompetente und resiliente berufstätige Angehörige

D) Pflegequalität und Patientensicherheit

Die Pflegequalität, einschliesslich der Patientensicherheit, ist ein Schlüsselaspekt zur Beschreibung, Bewertung und Verbesserung der Gesundheitsleistung von der Ebene der klinisch tätigen Pflegefachperson bis hin zur Systemebene. Für die Pflegequalität müssen «pflegesensitive Outcomes» (Nursing Sensitive Outcomes, NSOs), das heisst Outcomes, die vom Pflegeprozess und -strukturen abhängig sind, weiterentwickelt werden. Für die Patientensicherheit ist es unerlässlich, klinische Prozesse zu überwachen und Interventionspakete auszuwerten, die menschliche und systemische Faktoren berücksichtigen.

D1. Pflegequalitätssichernde Instrumente und Massnahmen

Unterschiedliche Versorgungssektoren im Gesundheitswesen erfordern fundierte Qualitätserhebungsinstrumente zur Messung von Prozessen, Strukturen und Outcomes. Der Einsatz qualitätssichernder Instrumente muss untersucht werden zur Profilbildung und zur Umsetzung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Qualitäts-Erhebungsinstrumente für Prozesse, Strukturen und Outcomes unter sämtlichen Gegebenheiten
- Hinderliche und förderliche Faktoren für Qualitätssichernde Massnahmen auf verschiedenen Organisationsebenen im Gesundheitswesen
- Interventionen zur Förderung des organisationalen Lernens
- Qualitätsmassnahmen zu standardisierten und nicht-standardisierten Routinedaten in elektronischen Patientenakten unter sämtlichen Gegebenheiten

D2. Kommunikation und Sicherheitskultur

Sicherheitsklima und -kultur stützen sich auf Kernfaktoren wie u. a. individuelle und kollektive Leistungen, Haltung und Kommunikation der Mitarbeitenden. Diese Faktoren müssen besser verstanden werden, um Systeminterventionen zu entwickeln.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Sichere, pflegeorientierte Teamarbeit über Hierarchiegrenzen hinweg und Verbesserung der Sicherheitskultur des Teams, einschliesslich positiver Abweichungen unter den Pflegefachpersonen, um sichere Pflegepraktiken zu entwickeln
- Zuverlässige Interventionen zur Überwindung unzureichender Sicherheitskulturen und schuldorientierter Prozesse sowie Unterstützung für sekundäre Opfer bei Leistungserbringern
- Einbezug menschlicher Faktoren bei Gestaltungs- und Pflegeabläufen
- Speak-up-Kultur und interprofessionelle Kommunikation in Situationen, die entscheidend sind für die Patientensicherheit, sowie Offenlegung von Fehlern.

D3. Sichere Systeme – Messung, Methodik und Monitoring

Die Verbesserung der Patientensicherheit erfordert komplexe Interventionen auf Systemebene, bei denen menschliche, technische und systemische Faktoren berücksichtigt werden müssen. Die Auswertung der Auswirkungen von Pflegeaktivitäten auf die Qualität der Gesundheitsversorgung erfordert ein durchgängiges Monitoring.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Theorien, Modelle und Kontexte zu Interventionen zur Umsetzung von Praktiken für die Patientensicherheit
- Aussagekräftige Indikatoren für Patientensicherheit und Pflegequalität in Abhängigkeit von der pflegerischen Betreuung, basierend auf freiwilliger Meldung und auf Nachweismethoden für unerwünschte Ereignisse in der elektronischen Patientenakte (z. B. nosokomiale Infektionen, Medikationsfehler), und Kompatibilität elektronischer Patientenakten zwischen Berufsgruppen (z. B. im Hinblick auf Medikationsprozesse)
- Identifizierung und Behebung latenter organisatorischer Fehler (z. B. Verfügbarkeit einwandfrei funktionierender Materials, Organisation von Arbeitsabläufen)
- Auswirkungen von Patientensicherheitspraktiken auf Outcomes, einschliesslich möglicher unerwarteter Folgen und Kosten

D4. Sichere klinische Praktiken, Verfahren und Technologien

Sichere Pflege ist abhängig von zuverlässigen und evidenzbasierten Abläufen und Best Practices. Ihre Implementierung muss in realen Kontexten, einschliesslich pflegerischer Betreuung, untersucht werden.

Beispiele für spezifische zu untersuchende Unterbereiche:

- Gesundheitsinformationstechnologie/Informationssysteme und Auswirkungen auf den Einbezug von Patienten / pflegenden Angehörigen auf die Patientensicherheit
- An der Patientensicherheit orientierte Gestaltungsprinzipien (z. B. Lärminderung, Standardisierung, Minimierung von Ermüdung, sofortiger Zugang zu Informationen)
- Patientensicherheit in vernachlässigten Bereichen (z. B. ambulante Pflege, Langzeitpflege und Psychiatrie), einschliesslich Kosten und Nutzen von Aktivitäten für eine sichere Pflege
- Medikationssicherheit an Schnittstellen elektronischer Patientenakten

Querschnittsthemen

E) Organisation der Forschung
<p>In systematische Pflegeforschungsprogramme eingebettete Einzelstudien fördern und unterstützen die professionelle, interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Über den gesamten Forschungszyklus hinweg müssen ethische Grundsätze angewendet und die Patientenbeteiligung systematisch geplant und ermöglicht werden.</p>
F) Forschungsmethodik, Methoden und Techniken
<p>Es werden Methodiken benötigt, welche die Umsetzung von komplexen Interventionen und Evidenz in die tägliche Pflegepraxis fördern. Eine sinnvolle Nutzung grosser Routinedatensätze muss erleichtert werden, wobei die Datensicherheit zu berücksichtigen ist. Die intelligente Nutzung digitaler und technologischer Neuerungen im Gesundheitswesen muss verbessert werden, wobei Theorien und Praxis der Fachleute als Grundlage dienen sollten.</p>
G) Forschung zur Gesundheitspolitik und Richtlinien zur weiterführenden Pflegeausbildung
<p>Die Pflegeforschung leitet und begleitet die Gesundheitspolitik und Entscheidungsfindung gleichzeitig. Sie konsultiert pflegebezogene Regelungen, dient gleichzeitig als Informationsgrundlage und hilft bei der Implementierung nationaler Strategien in Bezug auf dringende Fragen der Gesundheitsversorgung. Zur Auswertung dieser Bestrebungen ist pflegebezogene Politikforschung erforderlich.</p>
H) Perspektiven im Bereich der öffentlichen Gesundheit, diverse und schutzbedürftige Populationen in der Forschung
<p>Die Pflegeforschung dient sowohl der individuellen als auch der öffentlichen Gesundheit. Insbesondere müssen Perspektiven der öffentlichen Gesundheit über Populationen und Fachbereiche hinweg weiter in die Forschung integriert werden. Ebenso müssen Pflegeforschende über alle Forschungsbereiche hinweg Disparitäten in der Gesundheitsversorgung erfassen, die durch Diversität und Schutzbedürftigkeit beeinflusst werden.</p>

Mitwirkende und Danksagung

Mitwirkende

Prof. Dr. Maria Müller-Staub initiierte als ehemalige Präsidentin des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft VFP die Überarbeitung der SRAN. Unter der Leitung von Nicole Zigan, MNS, und Prof. Dr. Dunja Nicca beteiligten sich die folgenden Personen, in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt, an den Expertengruppen, an der Überarbeitung und am Verfassen der SRAN 2019–2029. Vielen Dank an alle.

- ❖ Dr. Alexandra Bernhart-Just († 2018), Bethesda Spital Basel
- ❖ Prof. Dr. Monica Bianchi, Fachhochschule Südschweiz (SUPSI), Manno
- ❖ Prof. Dr. Iren Bischofberger, Careum Hochschule Gesundheit, Teil der Kalaidos Fachhochschule Schweiz, Zürich
- ❖ Katja Bohner, Spital Affoltern am Albis
- ❖ Prof. Dr. Manuela Eicher, Universitätsinstitut für Hochschulbildung und Forschung im Gesundheitswesen, Lausanne
- ❖ Prof. Dr. Katharina Fierz, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur
- ❖ Dr. Fritz Frauenfelder, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
- ❖ Prof. Dr. Lorenz Imhof, Nursing Science & Care GmbH, Winterthur
- ❖ Agnes Kocher, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
- ❖ Prof. Dr. Andrea Koppitz, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur
- ❖ Dr. Stefan Kunz, Fachhochschule Südschweiz (SUPSI), Manno
- ❖ Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof, Nursing Science & Care GmbH, Winterthur
- ❖ Prof. Dr. Maria Müller Staub, Pflege PBS, Wil & Hanze University, Groningen NL
- ❖ Prof. Dr. Dunja Nicca, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
- ❖ Prof. Dr. Annie Oulevey Bachmann, La Source – Hochschule für Gesundheit, Fachhochschule Westschweiz HES-SO
- ❖ Prof. Dr. Maria Schubert, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur
- ❖ PD Dr. René Schwendimann, Universitätsspital Basel
- ❖ Prof. Dr. Michael Simon, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel & DPMTT, Inselspital Bern
- ❖ Dr. Veronika Waldboth, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur
- ❖ Dave Zanon, XUND Bildungszentrum Gesundheit Luzern
- ❖ Nicole Zigan, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur
- ❖ Dr. Karin Zimmermann, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
- ❖ Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit

Darüber hinaus gilt unser Dank Dr. Dalit Jäckel, Geschäftsleiterin VFP, und Yoshija Walter, Assistent der Geschäftsleitung VFP, für ihre hoch geschätzte administrative Unterstützung. Des Weiteren danken wir den Akademischen Fachgesellschaften des VFP sowie allen Personen, die an der Umfrage und/oder der SRAN Konferenz teilgenommen haben, für ihren wichtigen Beitrag, ohne den eine Überarbeitung der SRAN nicht möglich gewesen wäre.

Förderer

Wir möchten uns zudem bei den folgenden Förderern bedanken, die die Entwicklung der SRAN 2019–2029 finanziell unterstützt haben:

- Bundesamt für Gesundheit – BAG
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachpersonen SBK – ASI
- Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit
- Hochschule für Angewandte Wissenschaften FHS St. Gallen, Fachbereich Gesundheit
- Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
- Universitätsinstitut für Lehre und Forschung in Versorgungswissenschaften-IUFRS, Universität Lausanne
- Careum Hochschule Gesundheit, Teil der Kalaidos Fachhochschule Schweiz, Zürich
- Fachhochschule Westschweiz HES-SO
- Fachhochschule Südschweiz (SUPSI)
- Institut für Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

Impressum

©Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP, 2019

Haus der Akademien, Laupenstrasse 7 / Postfach, CH-3001 Bern

www.vfp-apsi.ch, info@vfp-apsi.ch

SRAN lange Fassung: www.vfp-apsi.ch

Projektleiterinnen: Prof. Dr. Dunja Nicca und Nicole Zigan

Übersetzung: Supertext AG

Redaktionelle Bearbeitung: Chris Shultis, Shultis English Language Services; Steve McCrosky, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur; Mark von der Insel

Layout: Yoshija Walter

Vorgeschlagene Zitierung: Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP. (2019). Agenda für die Pflegeforschung in der Schweiz 2019–2029 (SRAN) - Kurzfassung. Bern: VFP.