

Modell evidenzbasierter Rehabilitationspflege

Susanne Suter-Riederer, Lorenz Imhof, Claudia Gabriel, Romy Mahrer Imhof



Susanne Suter-Riederer

Susanne Suter-Riederer

Departement Gesundheit
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, MScN
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW
Technikumstrasse 71 Postfach
8401 Winterthur
Tel.: 058 934 65 65
Fax: 058 935 65 65
suri@zhaw.ch

Lorenz Imhof

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW
imhl@zhaw.ch

Claudia Gabriel

Kantonsspital Luzern
claudia.gabriel@luks.ch

Romy Mahrer Imhof

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW
mahr@zhaw.ch

Schlüsselwörter

Rehabilitationspflege
evidenzbasierte Pflege
integrierte Literatursuche

Rehabilitation ist ein junger Fachbereich in der Schweiz. Die gesetzlichen Grundlagen für die Rehabilitationsmedizin wurden 1996 im Krankenversicherungs-gesetz (KVG) gelegt. Rehabilitation befasst sich mit den Folgen von Krankheiten und Unfällen und richtet sich an alle Menschen, die in ihrer Funktion oder Partizipation eingeschränkt sind. Rehabilitation ist der koordinierte Einsatz medizinischer, pflegerischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Maßnahmen zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität und Partizipation in allen Lebensbereichen (AG Leistungserbringer-Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte Rehabilitation (ALVR), 1999). In den letzten Jahren fand ein Übergang von traditionellen Bäderkliniken zu eigentlichen Rehabilitationskliniken statt; es entstanden Kliniken für neurologische, kardiologische, pneumologische und traumatologische Rehabilitation (Knüsel & Bachmann, 2010). Heute entfallen 4232 (10,6%) der Krankenhausbetten in der Schweiz auf Rehabilitationskliniken. Pro 1000 Einwohner wurden im Jahre 2007 6,8 Patientinnen während durchschnittlich 25,3 Tage in Rehabilitationskliniken mit dem Ziel der Wiedereingliederung in das angestammte Umfeld stationär behandelt. Die meisten von ihnen waren über 70-jährige Frauen (BFS – Statistisches Lexikon der Schweiz, 2009).

Einleitung

Veränderungen durch epidemiologische, demografische, ökonomische und gesundheitspolitische Gründe verlangen nach Versorgungskonzepten, die der hohen Lebenserwartung und der Zunahme chronischer Krankheiten entsprechen (Portenier, Bischoff, Schwendimann, Barth, & Spirig, 2010). Zeichen dieser Veränderungen ist die steigende Zahl der Pflegefachpersonen in der Rehabilitationspflege. Rund 5,3% aller Beschäftigten in stationären Institutionen arbeiten heute in Rehabilitationskliniken. Mit neuen Versorgungskonzepten verändern sich auch die Inhalte und Kompetenzen der Pflegefachpersonen (Giger & De Geest, 2008). Eine Gruppe von Fachleuten versteht und definiert sich zunehmend als Teil eines Spezialgebiets.

Unklare Rollen und daraus entstehende Konflikte stellen einen zentralen Faktor für Berufsausstiege in der Rehabilitationspflege dar (Pryor, 2007). In der Schweiz gab es bis heute weder eine einheitliche Definition von Rehabilitationspflege noch eine entsprechende Ausbildung mit einheitlichen Inhalten. Die Schweizerische Interessensgruppe Rehabilitationspflege (IGRP) hat deshalb im Jahr 2009 eine Diskussion zur Definition der Rehabilitationspflege in der Schweiz begonnen und mit Expertenrunden und einer Delphi-Studie Schwerpunkte definiert. Als Grundlage für diesen Prozess wurde eine Literaturreview durchgeführt, die untersuchte, wie Rehabilitationspflege beschrieben und definiert wird. Im Folgenden werden die Resultate dieser Literatursichtung beschrieben.

Methode

Die Literatursuche schloss die Datenbanken Pubmed und CINAHL ein. Gleichzeitig wurden auch Berichte und Artikel von Pflegeorganisationen aus dem Internet (grey literatur) verwendet. Die Suche richtete sich nach den Grundsätzen und Zielen, wie sie für integrierte Literaturreviews formuliert werden, welche klinische Evidenz, politische Standpunkte und Forschungsergebnisse synthetisiert (Hulskers, 2001).

In den Datenbanken wurde mehrheitlich mit MeSH-, MH-Begriffen gesucht: Pubmed: „Rehabilitation Nursing“ (MeSH)/„Nurse’s Role“ (MeSH)/„Models, Nursing“ (MeSH)/„Models, Theoretical“ (MeSH)/„Concept“ (kein MeSH-Begriff). CINAHL: „Rehabilitation Nursing“

Seite 667-678

Eingereicht am: 29.04.2012

Akzeptiert am: 27.09.2012

DOI: 10.3936/1189

Title

Evidence-based Model of Rehabilitation Nursing

Abstract

Rehabilitation is a young specialist division in Switzerland. The legal foundations have been determined in the health insurance law in 1996. Rehabilitation is concerned with the consequences of illness and injuries and is directed towards people restricted in their functional status or participation abilities. Rehabilitation needs a coordinated commitment of medical, nursing, and social, as well as professional, technical and pedagogical interventions. The goals are to improve functional status as well as best possible levels of self-activities and participation in every aspect of life (AG Leistungserbringer-Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte Rehabilitation (ALVR), 1999). Within the last years a shift from traditional hot spring clinics to proper rehabilitation clinics has occurred. The clinics developed to specialized centers for neurological, cardiovascular patients or patients with pulmonary diseases or trauma (Knüsel & Bachmann, 2010). Today 10,6% of all hospital beds (n=4232) are located in rehabilitation clinics. In the year 2007, 6,8 out of 1000 patients were hospitalized for a mean of 25,3 days in a rehabilitation center with the goal to be reintegrated in their inherent environment. The majority of patients were women over the age of 70 years (BFS – Statistisches Lexikon der Schweiz, 2009).

Keywords

rehabilitation nursing
evidence-based nursing
integrative literature review

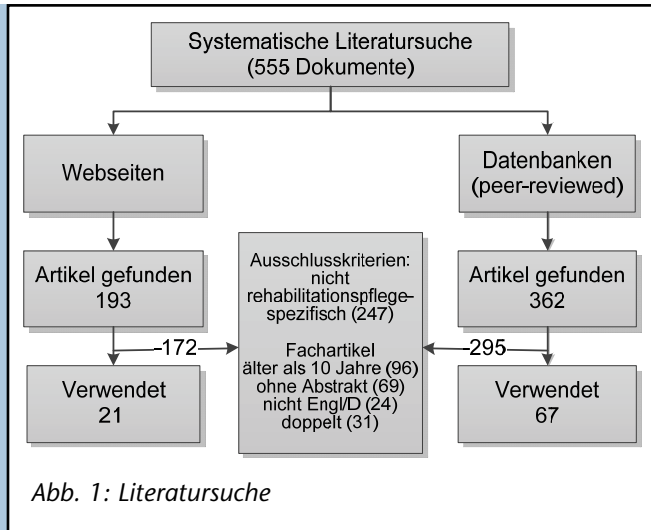


Abb. 1: Literatursuche

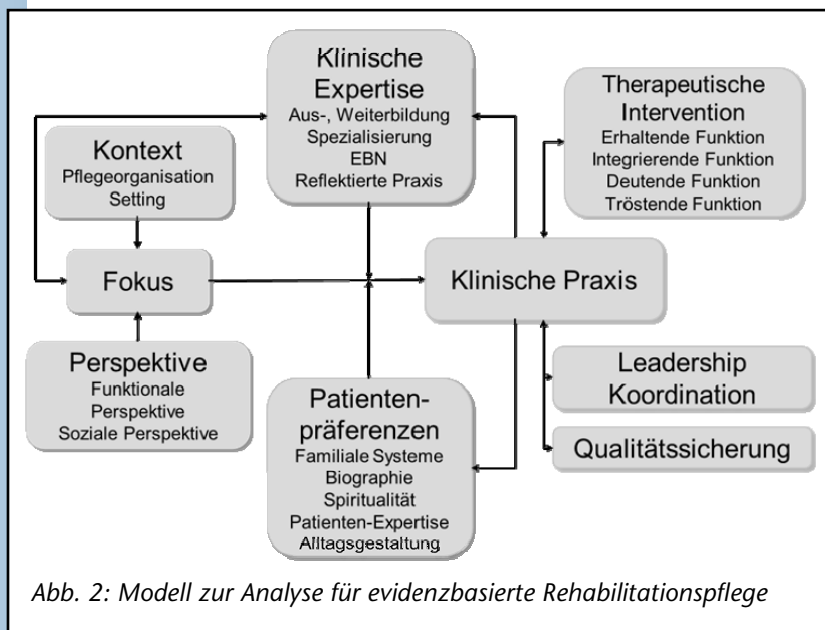


Abb. 2: Modell zur Analyse für evidenzbasierte Rehabilitationspflege

(MH)/„Nursing Role“ (MH). In der webbasierten Suche mit Google wurden die Begriffe „Rehabilitation“ AND „Nursing“ verwendet. Auf allen Websites und in den Referenzlisten der Artikel wurden mit einer Hand-suche wichtige Dokumente ergänzt.

Insgesamt wurden 555 Dokumente gesichtet. Eingeschlossen wurden Artikel, die sich in Abstrakt, Titel oder in den Schlagworten mit Rehabilitation und Rehabilitationspflege beschäftigten, nicht älter als 10 Jahre waren, eine Zusammenfassung enthielten und in englischer und deutscher Sprache verfasst waren. Für die Analyse konnten letztlich 82 Artikel berücksichtigt werden. Sechs Artikel waren nicht erhältlich.

Die 82 Artikel wurden in einer Tabelle nach Land, Rehabilitationsbereich, bearbeitetes Thema, Stichproben-größe und Art des Dokuments kategorisiert. Original Studien wurden zusätzlich nach Evidenzlevel (1=höchste Evidenz, 5=tiefste Evidenz) für quantitative Studien von Madjar et al. (2001) und für qualitative Studien von Kearney (2001) kategorisiert.

Die vorliegende Literatur wurde nach den Elementen evidenz-basierter Pflege synthetisiert. Spezifisch pflegerische Perspek-tiven (Fokus) der Rehabilitationspflege und beeinflussende Faktoren (Kontext) von Rehabilitationspflege wurden analysiert. Aussagen zu den pflegerischen Handlungen und der Bedeutung von Patientenpräferenzen wurden zusammengetragen. Zudem wurde die notwendige Expertise von Pflegefachpersonen im Sinne von fachlicher Ausrichtung und notwendigem Wissen und Ausbildung dokumentiert.

Verbände, Pflegewissenschaftler, und Pflegefachkräfte bemühten sich in den letzten 10 Jahre, die Rolle der Pflege innerhalb der Rehabilitation zu klären und zu definieren (Mike Nolan & Nolan, 1998). Während diese Diskussion vor allem im englischsprachigen Raum rege geführt wurde (65 Artikel), gab es im deutschsprachigen Raum deutlich weniger Beiträge dazu (Tabelle 1). Insgesamt sprachen 23 Artikel allgemein von Rehabilitation und unterschieden keine Fachgebiete. Aus der neurologischen Rehabilitation wurden 20 Artikel mehrheitlich zum Thema zerebro-vasculärer Insult (CVI) gefunden. Mit der Rehabilitation von älteren Menschen befassten sich zehn Artikel. Aus dem Bereich der kardiologischen Rehabilitation stammten sechs Artikel. Die Mehrheit der Artikel geben Expertenmeinungen (37) wieder, gefolgt von qualitativen (17) und quantitativen (14) Studien, sowie Literaturreviews (10) und Positionspapieren von Organisationen (4). In den Artikeln, die Studienresultate präsentierten, variierten die Größe der Stichproben zwischen acht und 2825 Teilnehmenden. Abgesehen von zwei Untersuchungen mit mehr als 2100 Teilnehmenden, gibt es sechs Untersuchungen mit 120-573 und 28 Untersuchungen mit Teilnehmerzahlen von acht bis 97. Die Mehrheit der Artikel (49) wies die tiefste Evidenzstufe auf, nur fünf Arbeiten erreichten den höchsten Evidenzlevel.

Resultate

Die 82 Artikel wurden in einer Tabelle nach Land, Rehabilitationsbereich, bearbeitetes Thema, Stichproben-größe und Art des Dokuments kategorisiert. Original Studien wurden zusätzlich nach Evidenzlevel (1=höchste Evidenz, 5=tiefste Evidenz) für quantitative Studien von Madjar et al. (2001) und für qualitative Studien von Kearney (2001) kategorisiert.

	Autor	Land	Bereich	Thema	Design	n	Evidenz
1	Alverzo, J. (2004).	US	Neurologie Schädel Hirn Trauma (SHT)	Klinische Expertise Strategien zum Management	Expertenmeinung	--	5
2	Association of Rehabilitation Nurses ARN. (2007).	US	Allgemein	Klinische Praxis Rollenverständnis im Rehteam	Positionspapier ARN	--	5
3	Atwal, A., Tattersall, K., Caldwell, K., & Craik, C. (2006).	UK	Akutupflege	Klinische Praxis Rollenverständnis von Health Professionals	Qualitativ Action Research	24	3
4	Australasian Rehabilitation Nurses' Association (ARNA). (2002).	AU	Allgemein	Klinische Praxis	Positionspapier ARNA	--	5
5	Bailey, M., Amato, S., & Mouhlas, C. (2009).	US	Akut SHT	Arbeitsorganisation Patientenüberwachung durch Assistenten	Praxisentwicklungsprojekt Evaluationsforschung	--	4
6	Barreca, S., & Wilkins, S. (2008).	CA	Neurologie: Cerebro Vaskulärer Insult (CVI)	Perspektive Wahrnehmung der Pflegenden	Qualitativ Phänomenologisch	8	1
7	Beck, L. A. (2003).	US	Onkologie	Setting Symptommanagement	Expertenmeinung	--	5
8	Becker, C., & Wenisch, F. (2003).	DE, SECN	Gerontologie/Geriatrie Ambulanter Bereich	Klinische Expertise Mobilitätsverbesserung/ Sturzprävention	Praxisentwicklungsprojekt	--	5
9	Booth, J., Kumlien, S., Zang, Y., Gustafsson, B., & Tolson, D. (2009).	UK	Neurologie CVI	Klinische Expertise Urininkontinenz nach Schlaganfall	Qualitativ Thematische Analyse	30	1
10	Brillhart, B., Heard, L., & Kruse, B. (2001).	US	Gerontologie/Geriatrie Häusliche Pflege	Klinische Praxis Rollenverständnis	Quantitativ Deskriptiv	83	4
11	Burton, C. R. (2000).	UK	Neurologie CVI	Klinische Praxis Rollenverständnis	Qualitativ Thematische Analyse	13	1
12	Chen, H. Y., Boore, J. R., & Mullan, F. D. (2005).	TW	Neurologie Rückenmarksverletzung	Klinische Expertise Self-Concept	Quantitativ Deskriptiv	67	4
13	Chilvers, R. (2002).	UK	Akutupflege	Fokus oder Perspektive Assessment in der Rehabilitation	Expertenmeinung	--	5
14	Clay, M., & Wade, S. (2003).	UK	Gerontologie/Geriatrie	Perspektive Definition zu Rehabilitation	Expertenmeinung	--	5
15	Conway, J., McMillan, M. A., & Solman, A. (2006).	AU	Kardiologie	Fokus/Klinische Expertise Konzeptualisierung der Arbeit	Qualitativ Case Study	40	3
16	Dangel, B., & Korporal, J. (2003).	DE	Allgemein	Sozialpolitische Einbettung & Patientenpräferenz/Aktivierende Pflege	Expertenmeinung Quantitativ Deskriptiv	>2140	4
17	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED). (2008)	DE	Allgemein	Arbeitsorganisation 8 Thesen zu Strukturen, Fokus und Expertise	Positionspapier	--	5
18	Duncan, K., & Pozehl, B. (2003).	US	Kardiologie	Patientenpräferenz Adhärenz für körperliche Übungen	Quantitativ Randomized Controlled Trial (RCT)	16	2
19	Edwards, A. (2002).	US	Allgemein	Rehabilitationspflege Alle Kategorien	Modellentwicklung	--	5
20	Fridlund, B. (2002).	SE	Kardiologie	Klinische Praxis Rollenverständnis zu Herz- rehabprogramm	Expertenmeinung	--	5
21	Friedemann-Sanchez, G., Griffin, J. M., Rettmann, N. A., Rittman, M., & Partin, M. R. (2008).	US	Pflegende Angehörige Polytraumapatienten	Patientenpräferenz Informationsvermittlung	Literaturreview	19	5
22	Fries, J. M. (2005).	US	Rückenmarksverletzung	Klinische Expertise Dekubitusprophylaxe	Expertenmeinung	--	5
23	Golding, J., & Mitchell, T. (2002).	UK	Allgemein	Arbeitsorganisation Übergaberapport bei Pat. Verletzungen	Quantitativ Evaluationsforschung	50	4
24	Halcomb, E., & Davidson, P. (2005).	AU	Traumapatienten	Klinische Expertise Illness Trajectory Modell	Expertenmeinung	--	5
25	Harwood, R. H., Kempson, R., Burke, N. J., & Marrant, J. D. (2002). Specialist	UK	Gerontologie/Geriatrie	Arbeitsorganisation Assessmentschema	Quantitativ Deskriptiv	2825	4
26	Hawkey, B., & Williams, J. (2001).	UK	Allgemein	Klinische Praxis Rollenverständnis	Expertenmeinung	--	5
27	Hilkenbach, R. M. (2000).	DE	Allgemein	Klinische Expertise Deprivation und Hospitalismus	Expertenmeinung	--	5

Tab. 1: Übersicht Artikel der Literatursuche

28	Hiltunen, E. F., Winder, P. A., Rait, M. A., Buselli, E. F., Carroll, D. L., & Rankin, S. H. (2005).	US	Kardiologie Ältere Menschen >65	Klinische Expertise ANP Intervention zu Selbstwirksamkeit	Quantitativ Deskriptiv	110	3
29	Holland, N., Wiesel, P., Cavallo, P., Edwards, C., Halper, J., Kalb, R., et al. (2001).	US	Neurologie Multiple Sklerose (MS)	Klinische Expertise Adhärenz bei Krankheitsmodifizierender Therapie	Expertenmeinung	--	5
30	Holland, N., Wiesel, P., Cavallo, P., Edwards, C., Halper, J., Kalb, R., et al. (2001).	US	Neurologie MS	Klinische Expertise Adhärenz mit Transtheoretischem Modell	Expertenmeinung	--	5
31	Janzen, S. K., & Mugler, A. S. (2008).	US	Neurologie Polytraumapatienten	Klinische Praxis Leadership und Kollaboration	Expertenmeinung	--	5
32	Jerram, S. (2008).	UK	Allgemein	Fokus und Klinische Expertise Frühstückverabreichung	Expertenmeinung	--	5
33	Jinks, A. M., & Hope, P. (2000).	UK	Akutupflege und Rehabilitation	Klinische Expertise Skillsvergleich von Akut und Rehabilitation	Quantitativ Deskriptiv	10	4
34	Kirkevold, M. (1997).	NO	Neurologie CVI	Klinische Praxis	Expertenmeinung	--	5
35	Kirkevold, M. (1999).	NO	Neurologie CVI	Klinische Praxis	Expertenmeinung	--	5
36	Kneafsey, R. (2007).	UK	Ältere Menschen	Klinische Expertise Mobilitätsförderung	Literaturreview	49	5
37	Krau, S. D., Ward, K. S., & Parsons, L. C. (2001).	US	Kardiologie	Klinische Expertise Rehabilitationsprogramm- beschreibung	Expertenmeinung	--	5
38	Kvigne, K., Kirkevold, M., & Gjengedal, E. (2005).	NO	Neurologie CVI – Frauen	Klinische Praxis	Qualitativ Phänomenologisch	14	1
39	Larsen, P. D. (2008).	US	Allgemein	Perspektive	Expertenmeinung	--	5
40	Lawrie, B., & Jillings, C. (2004).	CA	Neurologie SHT	Klinische Expertise Unangemessenes sexuelles Verhalten	Expertenmeinung	--	5
41	Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J., & Berry, J. (2002).	UK	Allgemein	Klinische Praxis Rollenverständnis im multi-disz. Team	Qualitativ Ethnografisch	232	1
42	Low, G. (2003).	UK	Allgemein	Klinische Praxis Rollenverständnis	Literaturreview	-	5
43	Lutz, B. J., & Bowers, B. J. (2003).	US	Allgemein	Perspektive	Expertenmeinung	-	5
44	Manteuffel, L. (2009).	DE	Allgemein	Arbeitsorganisation Rehassistenten	Expertenmeinung	-	5
45	Mauk, K. L. (2006).	US	Neurologie CVI	Klinische Expertise Interventionen anhand Mauk Modell	Expertenmeinung	-	5
46	Mitchell, E., & Moore, K. (2004).	UK	Neurologie CVI	Klinische Expertise Krankheitsbild und Rollen- verständnis	Expertenmeinung Lernprogramm interaktiv	-	5
47	Monsivais, D. (2005).	US	Chronische Schmerzen	Klinische Expertise Selbst-Organisation	Konzeptanalyse	--	5
48	Mumma, C. M. (2001).	US	Allgemein	Perspektive Definition zu Rehabilitation	Expertenmeinung	--	5
49	Nathenson, P., Schafer, L., & Anderson, J. (2007).	US	Allgemein	Arbeitsorganisation Rollenverantwortung und Arbeitszufriedenheit	Quantitativ/Pre Post Test Deskriptiv	--	4
50	Nelson, A., Powell-Cope, G., Palacios, P., Luther, S. L., Black, T., Hillman, T., et al. (2007).	US	Allgemein	Arbeitsorganisation Zusammen- hang von Personalbesetzung und Patientenoutcome	Quantitativ	54	4
51	Nir, Z., Zolotogorsky, Z., & Sugarman, H. (2004).	IL	Allgemein	Klinische Expertise Strukturierte Intervention (Orem) versus Routine	Quantitativ RCT	155	2
52	Nolan, M., & Nolan, J. (1998).	UK	Allgemein	Rollenverständnis	Expertenmeinung	--	5
53	Nolan, M., & Nolan, J. (1999).	UK	Allgemein Chronische Krankheit und Behinderung	Rehabspezifische Ausbildungs- inhalte	Curriculumsanalyse	82	5
54	Nolan, J., Nolan, M., & Booth, A. (2001).	UK	Allgemein	Klinische Praxis Patientenedukation	Literaturreview	573	5

Tab. 1: Übersicht Artikel der Literatursuche

55	O'Connor, S. E. (2000).	UK	Neurologie CVI	Klinische Praxis Rollenverständnis	Mixed Method Inhaltsanalyse	90	4
56	Pellatt, G. C. (2003).	UK	Neurologie Rückenmarksverletzte	Klinische Praxis/Patientenpräferenz Rollenverständnis von Pflegenden und Betroffenen	Qualitative Inhaltsanalyse	28	4
57	Phillips, L. J. (2005).	US	Allgemein Chronisch Kranke	Klinische Expertise/Modell Health Promotion and QOL (Stuifbergen)	Expertenmeinung Modellbeschreibung	--	5
58	Phillips, L., Harrison, T., & Houck, P. (2005).	US	Kardiologie	Klinische Expertise Rückkehr zur Arbeit nach Herzinfarkt	Literaturreview	--	5
59	Pieper, B. (2005).	US	Vulnerable Population	Klinische Expertise Wundmanagement	Expertenmeinung	--	5
60	Pierce, L. L. (2007).	US	Allgemein	Klinische Praxis Einbezug von EBN	Expertenmeinung	--	5
61	Portillo, M. C., Corchon, S., Lopez-Dicastillo, O., & Cowley, S. (2009).	ES	Neurologie	Arbeitsorganisation Pflegegeleitetes Rehabprogramm	Action Research	97	3
62	Pryor, J. (2001).	AU	Allgemein	Klinische Praxis Rollenverständnis	Qualitativ	34	4
63	Pryor, J. (2002).	AU	Allgemein	Klinische Praxis Konzeptualisierung von rehabilitativem Denken	Qualitativ Thematische Analyse	34	4
64	Pryor, J. (2002). Gleiche Studie wie 63	AU	Allgemein	Klinische Praxis Konzeptualisierung von rehabilitativem Denken	Qualitativ Thematische Analyse	34	4
65	Pryor, J. (2005).	AU	Allgemein	Klinische Praxis Rollenverständnis	Literaturreview	--	5
66	Pryor, J., Stewart, G., & Bonner, A. (2005).	AU	Nephrologie	Klinische Praxis Rollenverständnis Nephrologie und Rehabilitation	Expertenmeinung	-	5
67	Pryor, J. (2007).	AU	Allgemein	Klinische Praxis Beitrag der Pflege	Qualitativ Grounded Theory	53	2
68	Pryor, J. (2008).	AU	Allgemein	Arbeitsorganisation Arbeitsteilung und Anerkennung	Qualitativ Grounded Theory	53	2
69	Pryor, J. (2009).	AU	Allgemein	Klinische Expertise Patientencoaching	Qualitativ Grounded Theory	53	3
70	Resnick, B., Galik, E., Gruber-Baldini, A. L., & Zimmerman, S. (2009).	US	Gerontologie Betreutes Wohnen	Patientenoutcome/Pflegeassistenz Pflegetervention mit sozial- ökologischem Ansatz	Quantitativ Pre-Posttest – Pilotstudie	26	4
71	Rieg, L. S., Mason, C. H., & Preston, K. (2006).	US	Allgemein	Klinische Expertise Spirituelle Pflege	Expertenmeinung	--	5
72	Routasalo, P., Wagner, L., Bayer, N., & Virtanen, H. (2003).	DK	Geriatrische Rehabilitation	Rollenverständnis	Quantitativ Deskriptiv	135	4
73	Routasalo, P., Arve, S., & Lauri, S. (2004).	FI	Geriatrische Rehabilitation	Patientenpräferenz Klinische Expertise	Literaturreview Modellentwicklung	120	5
74	Routasalo, P., Wagner, L., & Virtanen, H. (2004).	DK, FI,NO	Geriatrische Rehabilitation	Rollenverständnis	Quantitativ Deskriptiv	388	4
75	Royal College of Nursing. (2007).	UK	Allgemein	Rollenverständnis	Anleitung	--	5
76	Schaefer, K. M. (2004).	US	Fibromyalgie Patienten	Klinische Expertise	Expertenmeinung	--	5
77	Seneviratne, C., & Reimer, M. (2004).	CA	Neurologie CVI	Klinische Praxis Neurodevelopment Behandlung (Bobath)	Literaturreview	--	5
78	Stanmore, E., Ormrod, S., & Waterman, H. (2006).	UK	Allgemein	Rollenverständnis von Patienten und Healthprofessionals zu Reha- bilitationsassistentinnen	Qualitativ Ethnografie	55	4
79	Stiller, B. (2006).	DE	Neurologie Wachkoma	Klinische Expertise Pflegetprozess	Expertenmeinung	--	5
80	Symington, D. C. (1994).	CA	Allgemein	Gesellschaftspolitische Einflüsse Entwicklung der Rehabilitation	Positionspapier	--	5
81	Thorn, S. (2000).	UK	Neurologie	Rolle, Probleme, Interventionen, Praxis, Patientenpräferenz, Arbeitsorganisation	Literaturreview	43	5
82	Wright, J. (2006).	AU	Ältere Menschen	Klinische Expertise: Assessmenttool Patientenbezogene Kontinenz- pflege	Expertenmeinung EBN Implementierung mit PARISH	--	5

Tab. 1: Übersicht Artikel der Literatursuche

Rehabilitation und Rehabilitationspflege

Die eingeschlossenen Arbeiten diskutierten (1) in vielen Artikeln den Fokus, respektive das Ziel und den Zweck der Rehabilitation. Dabei kamen immer wieder die Bedingungen für rehabilitative Pflege, wie notwendige Organisationsformen der Pflege zur Sprache. Viel Platz nahm (2) die Ausrichtung der rehabilitativen Maßnahmen in der klinischen Praxis und deren Auswirkungen auf Patient und dessen familialen Systems ein. Aufgezeigt wurde (3) die Notwendigkeit zum Einbezug der Patientenpräferenz und (4) die Annahmen zur klinischen Expertise von Pflegefachpersonen und der Kontext für Rehabilitationspflege. Es wurde betont, dass alle Themen nur schwer getrennt werden können und eng miteinander in Verbindung stehen.

Fokus von Rehabilitation

In der bearbeiteten Literatur wurden zwei verschiedene Perspektiven, einerseits die funktionale und andererseits die soziale, zum Ziel und Zweck der Rehabilitationspflege beschrieben (Barreca & Wilkins, 2008; Chilvers, 2002; Clay & Wade, 2003; Larsen, 2008; Lutz & Bowers, 2003; Mumma, 2001; Symington, 1994). Die beiden Betrachtungsweisen unterscheiden sich im Verständnis und in der Definition von Behinderung, der Interpretation der Konsequenzen und in der Prioritätensetzung in der Praxis.

Die funktionale Perspektive in der Rehabilitation richtet ihr Augenmerk vorwiegend auf das Wiederlangen der Fähigkeiten, Aufgaben des täglichen Lebens so auszuführen, dass das ganze Alltagssystem funktioniert (Lutz & Bowers, 2003; Portillo, Corchón, López-Dicastillo, & Cowley, 2009; Pryor, 2001). Behinderung wird in dieser Perspektive als Einschränkung betrachtet und bezeichnet eine Lücke zwischen der Funktionsfähigkeit einer Person und den Anforderungen im sozialen, physischen und umgebungsorientierten Kontext. In dieser eher defizit-orientierten Sichtweise soll die Selbstbestimmung der Betroffenen maximiert, Funktionen wiederhergestellt und der Lebensstil von Menschen durch die Rehabilitation angepasst und optimiert werden. Die Aufrechterhaltung bestehender individueller Fähigkeiten, Gesundheitsförderung, Prävention, Wiederherstellung von Funktionen und eine Minimierung der Behinderung stehen im Zentrum. Wenn Pflegendende eine vorwiegend funktionale Perspektive einnehmen, richten sie ihren Fokus auf das Funktionieren des Systems, auf größtmögliche Selbständigkeit von Individuen. Behinderung wird als Einschränkung angesehen, die es zu verhindern gilt.

Die soziale Perspektive in der Rehabilitation stellt eine Weiterentwicklung der funktionalen Perspektive in den letzten 10 Jahren dar (Pryor, 2005). Funktionsorientierte Modelle wie die Internationale Klassifikation der Schädigungen, Behinderungen, Beeinträchtigungen (International Classification of Impairment, Disease and Handicap – ICIDH) wurden weiter entwickelt und neue Inhalte integriert. Dazu gehören Aspekte wie individuelle Umgebungs- und Risikofaktoren, Lebensqualität oder der Gesundheitsstatus (Lutz & Bowers, 2003). Mit der sozialen Perspektive verschob sich die Verantwortung für die Behinderung vom Individuum zur Gesellschaft. In dieser Sichtweise wird Behinderung als Produkt einer sozialen und physischen Umgebung definiert. Diese Sichtweise findet man in der Weiterentwicklung der ICIDH zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) wieder. Der verstärkte Fokus auf psychosoziale Aspekte, kombiniert mit entsprechender Edukation der Betroffenen, führte zu positiven Rehabilitationseffekten. Bei neurologischen Patientinnen und ihren familialen Netzwerken wurden mit diesem pflegerischen Fokus realistischere Erwartungen und positivere Einstellungen zum sozialen Leben entwickelt (Portillo, et al., 2009). Die Teilnehmenden waren zufriedener und verfügten über vielfältigere Möglichkeiten ihre soziale Realität zu verändern und sich an neue Situationen anzupassen. Mit der sozialen Perspektive wird der Fokus verstärkt auf das Umfeld, die Umgebung und den Umgang mit Behinderung gerichtet. Individuelle Selbständigkeit ist nicht erste Priorität.

Notwendige Organisation von Rehabilitation und Rehabilitationspflege

Im Zusammenhang mit dem Fokus der Rehabilitation und der Rehabilitationspflege wurde diskutiert, ob es dazu auf Rehabilitation spezialisierte Kliniken braucht, oder ob Rehabilitation als Teil des gesamten Angebots der Pflege immer da erscheint, wo sie angeboten wird (Australasian Rehabilitation Nurses' Association (ARNA), 2002). Eine Tätigkeitsanalyse auf einer chirurgischen Station und einer Rehabilitationsstation zeigte keine Unterschiede in den Tätigkeiten der Pflegefachpersonen (Jinks & Hope, 2000). Auch die Annahme, dass Pflegefachleute in der Rehabilitation häufiger am Patientenbett arbeiten, also mehr Zeit im direkten Patientenkontakt stehen, konnte nicht bestätigt werden (Atwal, Tattersall, Caldwell,

& Craik, 2006; Long, Kneafsey, Ryan, & Berry, 2002). Verschiedene Publikationen beschreiben eine Definition der Rehabilitationspflege deshalb nicht als Struktur der Organisation, sondern als Haltung und Tätigkeit von Pflegefachpersonen (Beck, 2003; Chilvers, 2002; Clay & Wade, 2003; Larsen, 2008; Mumma, 2001; Pryor, 2001, 2002; Pryor & Smith, 2002; Routasalo, Wagner, Bayer, & Virtanen, 2003; Routasalo, Wagner, & Virtanen, 2004). In Übereinstimmung mit der Mehrheit der Autoren kam Pryor (2001) zum Schluss, dass Rehabilitationspflege in jedem Fachbereich, bei allen Altersgruppen und im gesamten Kontinuum der Pflege vorkommt. Rehabilitationspflege findet überall statt, wo Pflege angeboten wird (Pryor, Stewart, & Bonner, 2005).

Rehabilitative Maßnahmen als klinische therapeutische Praxis

In 16 Artikeln wurden Kompetenzen und Handlungsfelder beschrieben, die sich mit der klinischen Praxis von Rehabilitation beschäftigten. Die klinische Praxis wurde als „therapeutische Praxis“ entweder allgemein formuliert (Australasian Rehabilitation Nurses' Association (ARNA), 2002; Edwards, 2002; Hawkey & Williams, 2001; Long, et al., 2002; Low, 2003; O'Connor, 2000; Pellatt, 2003), auf ein Krankheitsbild bezogen (Burton, 2000; Fridlund, 2002; Janzen & Mugler, 2008; Kvigne, Kirkevold, & Gjengedal, 2005), oder für einen spezifischen Leistungserbringer erfasst (Atwal, et al., 2006).

Die Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens, die Unterstützung von Copingstrategien und der Aktivitäten des täglichen Lebens, wurden als wichtige Aspekte der Rehabilitationspflege benannt (Burton, 2000). Basisbedürfnisse der Patientinnen zu befriedigen (doing, providing, educating), persönliche Genesung zu unterstützen (helping, teaching, working with, risk taking) und sich um Belange der multidisziplinären Versorgung zu kümmern (liaising, organizing, mediating), wurden als zentrale Elemente pflegerischer Tätigkeiten definiert. Die therapeutischen Interventionen in der Rehabilitationspflege beinhalten nach Kirkevold (1997, 1999) eine erhaltende Funktion (conserving function), eine integrierende (integrative function), eine deutende (interpretive function) und eine tröstende Funktion (consoling function). Die erhaltende Funktion beinhaltet das Aufrechterhalten des Status quo durch die Vermeidung von Komplikationen und Verletzungen. Verschlechterungen des Zustandes zu vermeiden und zur Normalisierung beizutragen, schaffen erst die Voraussetzung, dass die Patienten an weiteren Rehabilitations-Maßnahmen teilnehmen können. Die integrierende Funktion beinhaltet laut Kirkevold die notwendige Übersetzungsarbeit von Pflegefachpersonen von Übungen der Therapiestunden in den Alltag der Patienten. Ziel der integrierenden Funktion ist die Partizipation in realen Alltagssituationen zu fördern und die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (self-efficacy) zu erhöhen, damit die Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und die soziale Integration gefördert werden. Mit der deutenden Funktion unterstützen Pflegefachpersonen Patienten und ihre familialen Netzwerke im Umgang mit der Krankheit, damit ein neues Selbstverständnis und neue Perspektiven entwickelt werden können. Die tröstende Funktion bezieht sich auf die emotionale Unterstützung der Patienten und umfasst neben dem Aufbau vertrauensvoller Beziehungen, das Fördern von Hoffnung, sowie die Unterstützung in Trauerprozessen.

Pryor et al. (2002) stellten basierend auf Interviews mit Fachleuten sieben Handlungsfelder rehabilitativer Pflege dar. Die Handlungsfelder sind 1) eine rehabilitative Haltung gegenüber Patienten, 2) die Patientenpflege an sich, 3) Lehren und Lernen, 4) kontinuierliches Assessment, 5) Koordination, 6) therapeutische Interventionen und 7) Qualitätssicherung. In einer Folgestudie formulierten Pryor et al. (2005) mit professioneller Praxis, reflexiver Praxis, Empowerment, Problemlösung, Teamwork und Leadership sechs Standardkompetenzen für die Rehabilitationspflege. Diese Handlungsfelder decken sich weitgehend mit den Themen im Positionspapier des Royal College of Nursing RCN, welches fünf Jahre später publiziert wurde und zu einem viel zitierten Referenzdokument in der Rehabilitationspflege wurde (Royal College of Nursing, 2007).

Notwendiger Einbezug von Patientenpräferenzen

Der Einbezug der Patienten und ihrer Präferenzen wird als zentrales Element in der Rehabilitation angesehen. Betont wurde, dass besonders in der Rehabilitation nur dem Patienten individuell angepasste Maßnahmen erfolgreich durchgeführt werden können (Duncan & Pozehl, 2003).

Patienten mit chronischen Schmerzen waren für eine effektive Selbstorganisation in hohem Maße darauf angewiesen jemanden zu finden, der ihre Ressourcen erkannte, und sie in der Planung und Ausführung von Aktivitäten individuell unterstützte (Monsivais, 2005). Bei einer Umfrage in Deutschland befürworteten über 80% pflegebedürftige Menschen (n=574)

einen aktiven Einbezug in Pflegehandlungen. Trotzdem zeigte sich, dass der Einbezug von Patienten mit Zunahme der Pflegebedürftigkeit sank (Dangel & Korporal, 2003).

Bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) konnte aufgezeigt werden, dass eine optimale Therapietreue eine individuelle Begleitung, Patientenedukation und Nachsorge voraussetzte (Holland et al., 2001a, 2001b). Individuell angepasste Pflegehandlungen trugen zur Akzeptanz des eigenen Leidens bei, beeinflussten das Gesundheitsverhalten und die Lebensqualität positiv (L. J. Phillips, 2005). Gleichzeitig wurde festgestellt, dass zu wenig Evidenz vorhanden ist, wie der Einbezug der Patienten zu erfolgen hat um Selbstmanagement wirksam zu unterstützen. So ist nicht bekannt, welche Informationen Patienten benötigen oder wie und wann die Informationen abgegeben werden sollen (Friedemann-Sanchez, Griffin, Rettmann, Rittman, & Partin, 2008).

Neben dem Einbezug des Patienten wurde auch der Einbezug der familialen Netzwerke in die Rehabilitationspflege als entscheidend beschrieben (Janzen & Mugler, 2008; Lawrie & Jillings, 2004; Pryor, 2009). Da das familiäre Netzwerk für die Förderung der Selbstpflegefähigkeiten im Alltag als zentral angesehen wird, wurden auch in den diversen Positionspapieren deren Einbezug empfohlen (Australasian Rehabilitation Nurses' Association (ARNA), 2002; Dangel & Korporal, 2003). Obwohl theoretisch gefordert, konnten in dieser Literaturübersicht nur zwei Untersuchungen gefunden werden, die Familien explizit in die Rehabilitationsmaßnahmen mit einbezogen (Portillo, et al., 2009; Thorn, 2000).

Hauptelement Klinische Expertise von Pflegefachpersonen

Mit der notwendigen klinischen Expertise von Pflegefachpersonen in der Rehabilitationspflege befassten sich total 37 Artikel. Es wurde (1) die Bedeutung von theoretischen Modellen für die Rehabilitationspflege beschrieben, (2) notwendiges spezifisches Fachwissen benannt, (3) nach spezifischen Arbeitsinhalten von Pflegefachpersonen gesucht und (4) Anforderungen an Ausbildung von Pflegefachpersonen formuliert.

Die Verbindung der Praxis zu theoretischen Modellen wurde als wichtig für die Orientierung und Fokussierung in der Rehabilitationspflege, wie auch für zielgerichtete pflegerische Interventionen erachtet (Alverzo, 2004; Brillhart, Heard, & Kruse, 2001; Chen, Boore, & Mullan, 2005; Halcomb & Davidson, 2005; Mauk & Mauk, 2006; Nathenson, Schafer, & Anderson, 2007; Nir, Zolotogorsky, & Sugarman, 2004; L. J. Phillips, 2005; Routasalo, Arve, & Lauri, 2004; Seneviratne & Reimer, 2004). Sie wirkten sich positiv auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und auf die Förderung der Patienten aus (Nathenson, et al., 2007). Bestehende Modelle, wie das „Illness Trajectory Framework“ von Corbin & Strauss wurden als wichtig für die Pflege erachtet und diskutiert (Halcomb & Davidson, 2005). Mauk (2006) entwickelte ein Modell der Krankheitsverarbeitung bei Menschen nach CVI und beschrieb dazugehörige pflegerische Interventionen. Routasalo (2004) entwickelte ein entsprechendes Modell für ältere Menschen. Allen für die Pflege entwickelten Modellen war gemeinsam, dass sie die Sichtweise der Patienten und ihrer familialen Netzwerke als Entscheidungs- und Handlungsgrundlage hervorhoben.

Zweitens wurde die Wichtigkeit spezifischen Fachwissens hervorgehoben. Neben einer qualitativen Studie wurden mehrheitlich Expertenmeinungen (n=10) und Literaturreviews (n=3) zu diesem Thema gefunden. Fachwissen zu spezifischen Erkrankungen wie CVI (Mauk & Mauk, 2006; Mitchell & Moore, 2004), Fibromyalgie (Schaefer, 2004), Herzinfarkt (L. Phillips, Harrison, & Houck, 2005), oder gesundheitlichen Problemen wie Inkontinenz (Booth, Kumlien, Zang, Gustafsson, & Tolson, 2009; Wright, 2006), Mobilitätsstörungen (Becker & Wenisch, 2003; Kneafsey, 2007), Essensveränderungen (Jerram, 2008), Schmerz (Monsivais, 2005), Sexualitätsbeeinträchtigungen (Lawrie & Jillings, 2004), Deprivation (Hilkenbach, 2000), sowie Wundmanagement (Fries, 2005; Pieper, 2005) wurden näher untersucht.

Drittens, eine Reihe von Artikeln fokussierte sich auf die Pflegefachperson und ihre Arbeit. Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (2008) benannte in ihrem Thesenpapier das Bezugspflegesystem und den Pflegeprozess als wichtige Voraussetzungen einer erfolgreichen klinischen Praxis. Zudem soll der Pflegeprozess in all seinen Schritten „state of the art“ gestaltet werden (Stiller, 2006). Betont wurde, dass dabei die Haltung und die Tätigkeiten von der klinischen Expertise der Pflegefachpersonen und dem Einbezug des Patienten abhängig sind (Australasian Rehabilitation Nurses' Association (ARNA), 2002). Kontext, Perspektive und Fokus der Pflegefachpersonen sind eng verbunden, beeinflussen sich gegenseitig und bestimmen direkt die klinische Praxis (Bailey, Amato, & Mouhla, 2009; Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED), 2008; Golding & Mitchell, 2002; Harwood, Kempson, Burke, & Marrant, 2002; Manteuffel, 2009; Nathenson, et al., 2007; Nelson et al., 2007; Portillo, et al., 2009; Pryor, 2008; Resnick, Galik, Gruber-Baldini, & Zimmerman, 2009; Stanmore, Ormrod, & Waterman, 2006). Besonders die hohen Anforderungen durch die vielfältigen Rollen der Pflegefachpersonen und das Patientencoaching zur Förderung der Selbstpflege und Unabhängigkeit von Menschen in der Rehabilitation werden

betont (Hiltunen et al., 2005). Zusätzlich erhöhen der wachsende Anspruch auf evidenzbasiertes Handeln (Pierce, 2007), die Integration spiritueller Pflege (Rieg, Mason, & Preston, 2006) und pflegerische Spezialisierung, zum Beispiel in der kardiologischen Rehabilitation die Anforderungen (Conway, McMillan, & Solman, 2006; Krau, Ward, & Parsons, 2001).

Viertens, in wenigen Artikeln wurden die Bildungsvoraussetzungen einer Rehabilitationspflegefachperson beschrieben. Dabei wurde eine Diskrepanz zwischen den steigenden Anforderungen in der Praxis und der vorbereitenden Ausbildung festgestellt. Nolan & Nolan beschrieben (1999), dass in den Curricula von Aus- und Weiterbildungen dem rehabilitationsspezifisches Wissen zu chronischen Krankheiten, Behinderung und Rehabilitation zu wenig Beachtung geschenkt wurde (M. Nolan & Nolan, 1999). Dies betraf auch das Wissen und Können zu Patientenedukation, so dass die Anforderungen in der Praxis unzureichend abgedeckt werden (J. Nolan, Nolan, & Booth, 2001). Meist wird neben klinischer Erfahrung keine rehabilitationsspezifische Qualifikation verlangt (Association of Rehabilitation Nurses ARN, 2007). Anders in den USA, wo etwa Zertifikatslehrgänge angeboten werden, die auf dem für die Pflege üblichen Universitätsabschlüssen aufbauen und alle fünf Jahre erneuert werden müssen. Hochschulausbildung und Zertifikatslehrgang werden ergänzt durch praktische Erfahrung in der Rehabilitationspflege und eine gewisse Anzahl von jährlichen Weiterbildungen, die für das Zertifikat nachgewiesen werden müssen (Larsen, 2008).

Diskussion

Die vorliegende Arbeit erfasst die verschiedenen Foki von Rehabilitation und beschreibt die Rehabilitative Pflege. Die Literaturübersicht wollte die ganze Breite der Diskussion darstellen und hat nebst begutachteten (peer-reviewed) Artikeln auch graue Literatur von Websites und Zeitschriften verwendet. Die Informationen aus den 82 verwendeten Artikeln basierten mehrheitlich auf Expertenmeinungen und einzelnen deskriptiven Studien.

Die Entwicklung der Perspektiven für Rehabilitation von der funktionalen zu einer sozial integrativen Sichtweise beeinflusst das Verständnis von rehabilitativer Pflege. Die Literatur zur Rehabilitationspflege zeigt, dass die Diskussion um die Rolle der Pflege in der Rehabilitation zunehmend an Bedeutung gewinnt. Es zeigt sich, dass rehabilitative therapeutische Interventionen als Teil jeglicher pflegerischen Praxis zu verstehen sind. Die therapeutischen Interventionen sind nicht ausschließlich körperbezogen zur Wiederherstellung der Funktion, sondern umfassender zu verstehen und beinhalten Interventionen zum Erhalt von emotionalem Wohlbefinden, zur Unterstützung von Copingstrategien und von Aktivitäten des täglichen Lebens (Burton, 2000). Die differenzierteste Darstellung der therapeutischen Interventionen formulierte Kirkevold (1997, 1999). Die vier Elemente der Rehabilitationspflege werden als die erhaltende Funktion (conserving function), die integrierende (integrative function), die deutende (interpretive function) und die tröstende Funktion (consoling function) definiert.

Obwohl mit den vorliegenden Arbeiten Definitionen und Beschreibungen der rehabilitativen Pflege gut erfasst werden konnten, fehlt der Nachweis zur Wirksamkeit der Pflege noch weitgehend. Nur gerade in drei Studien aus dem Bereich der kardiologischen Rehabilitation wurde ein experimentelles Design angewandt. Diese Tatsache mag darin begründet sein, dass anerkannte Kriterien, um die Wirksamkeit von Rehabilitationspflege zu messen, zurzeit noch fehlen. Der große Anteil von 15 qualitativen Studien deutet darauf hin, dass die theoretischen Grundlagen für neue Forschungsfragen zur Rehabilitationspflege diskutiert und passende Konzepte entwickelt werden. Wie für andere Bereiche der Pflege gilt es, auch für die Rehabilitationspflege forschungsgestützte Evidenz zu schaffen, wie das in der Swiss Research Agenda for Nursing – SRAN formuliert wurde (Imhof et al., 2008). Neben der Forschung zur Wirksamkeit von Interventionen sind Studien zu den Arbeitsbedingungen, zur Veränderung des Gesundheitssystems, zur Qualitätssicherung, zum Einbezug familiärer Systeme, zur Integration individueller Lebensumstände in den Pflegeprozess sowie zu pflege-ethischen Fragestellungen durchzuführen. Das Feld der Rehabilitationspflege ist sehr heterogen und nur ein kleiner Teil von Patientengruppen mit spezifischen Diagnosen wurde wiederholt in Studien eingeschlossen. Schlussfolgerungen aus den vorhandenen Studien für andere Bereiche sind nur eingeschränkt möglich.

Die zur Analyse verwendete Struktur erachten wir als Modell, das sich als Grundlage für eine Definition der Rehabilitationspflege eignet. Es erlaubt unterschiedliche Perspektiven und Umgebungsbedingungen zu benennen, die Rolle der Pflegefachpersonen und der Patienten darzustellen, und den spezifischen Beitrag der Pflege in der Rehabilitation für interdisziplinäre Teams aufzuzeigen. Eine Übersicht erlaubt, dass diese für das Management, die direkte Pflege, aber auch in Aus- und Weiterbildung genutzt werden kann. Da Rehabilitationspflege nicht nur in spezialisierten Kliniken stattfindet, sondern überall angeboten werden kann, wird ein evidenzbasiertes Modell die Diskussion auch in Akut- oder Langzeitinstitutionen anregen können.

Pflegewissenschaft Community

Sie finden weitere Informationen zu
diesem Artikel unter

www.pflege-wissenschaft.info/artikel/1095

Literatur

- AG Leistungserbringer-Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte Rehabilitation (ALVR). (1999). ALVR-Grundlagen der Rehabilitation (pp. 4).
- Alverzo, J. (2004). The use of aesthetic knowledge in the management of brain injury patients. [Review]. *Rehabilitation Nursing*, 29(3), 85-89.
- Association of Rehabilitation Nurses ARN. (2007, March). Position Statement on Role of the Nurse in the Rehabilitation Team, from <http://www.rehabnurse.org/pubs/role/index.html#roles>
- Atwal, A., Tattersall, K., Caldwell, K., & Craik, C. (2006). Multidisciplinary perceptions of the role of nurses and healthcare assistants in rehabilitation of older adults in acute health care. *J Clin Nurs*, 15(11), 1418-1425. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01451.x
- Australasian Rehabilitation Nurses' Association (ARNA). (2002, November 8). Position Statement Rehabilitation Nursing – Scope of Practice. 2nd Ed., from <http://www.arna.com.au/position.html>
- Bailey, M., Amato, S., & Mouhla, C. (2009). A creative alternative for providing constant observation on an acute-brain-injury unit. [Evaluation Studies]. *Rehabilitation Nursing*, 34(1), 11-16.
- Barreca, S., & Wilkins, S. (2008). Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit. *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 36-44.
- Beck, L. A. (2003). Cancer rehabilitation: does it make a difference? *Rehabilitation Nursing*, 28(2), 42-47.
- Becker, C., & Wenisch, F. (2003). Theorie-Praxis-Transfer: Dieses Modellprojekt verbindet Pflegewissenschaft und Pflegealltag. Mobilitätsverbesserung und Sturzprävention. [Theory-practice transfer: this model project combines nursing science with every-day nursing. Improving mobility and problem prevention]. *Pflege Aktuell*, 57(9), 448-450, 453-445.
- BFS – Statistisches Lexikon der Schweiz. (2009). Spitalbehandlungen 1) nach alter und Geschlecht. Bern: Bundesamt für Statistik. Medizinische Statistik der Krankenhäuser.
- Booth, J., Kumlien, S., Zang, Y., Gustafsson, B., & Tolson, D. (2009). Rehabilitation nurses practices in relation to urinary incontinence following stroke: a cross-cultural comparison. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 1049-1058.
- Brillhart, B., Heard, L., & Kruse, B. (2001). Rehabilitation nursing in home care. *Rehabilitation Nursing*, 26(5), 177.
- Burton, C. R. (2000). A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *J Adv Nurs*, 32(1), 174-181. doi: jan1411 [pii]
- Chen, H. Y., Boore, J. R., & Mullan, F. D. (2005). Nursing models and self-concept in patients with spinal cord injury – a comparison between UK and Taiwan. [Comparative Study]. *International Journal of Nursing Studies*, 42(3), 255-272.
- Chilvers, R. (2002). Acute nurses' perceptions of assessment and rehabilitation. *Professional Nurse*, 18(2), 82-84.
- Clay, M., & Wade, S. (2003). Continuing professional development. Rehabilitation and older people. *Nursing Older People*, 15(7), 25-30.
- Conway, J., McMillan, M. A., & Solman, A. (2006). Enhancing cardiac rehabilitation nursing through aligning practice to theory: implications for nursing education. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(5), 233-238.
- Dangel, B., & Korporal, J. (2003). [Nursing in the framework of long-term care insurance as a basic principle of a specific nursing approach of rehabilitation?]. *Z Gerontol Geriatr*, 36(1), 50-62. doi: 10.1007/s00391-003-0088-y
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED). (2008). Positionspapier „Pflege in der Rehabilitation“. Berlin.
- Duncan, K., & Pozehl, B. (2003). Effects of an exercise adherence intervention on outcomes in patients with heart failure. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Rehabilitation Nursing*, 28(4), 117-122.
- Edwards, A. (2002). A rehabilitation framework for patient-focused care. *Nursing Standard*, 16(50), 38-44.
- Fridlund, B. (2002). The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes. [Review]. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(1), 15-18.
- Friedemann-Sanchez, G., Griffin, J. M., Rettmann, N. A., Rittman, M., & Partin, M. R. (2008). Communicating information to families of polytrauma patients: a narrative literature review. [Review]. *Rehabilitation Nursing*, 33(5), 206-213.
- Fries, J. M. (2005). Critical rehabilitation of the patient with spinal cord injury. [Review]. *Critical Care Nursing Quarterly*, 28(2), 179-187.
- Giger, M., & De Geest, S. (2008). Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89(43), 1839-1843.
- Golding, J., & Mitchell, T. (2002). Promoting effective rehabilitation via nurse-initiated patient transfer. *Professional Nurse*, 17(8), 496-499.
- Halcomb, E., & Davidson, P. (2005). Using the illness trajectory framework to describe recovery from traumatic injury. *Contemporary Nurse*, 19(1-2), 232-241.
- Harwood, R. H., Kempson, R., Burke, N. J., & Marrant, J. D. (2002). Specialist nurses to evaluate elderly inpatients referred to a department of geriatric medicine. [Evaluation Studies]. *Age & Ageing*, 31(5), 401-404.
- Hawkey, B., & Williams, J. (2001). Rehabilitation: the nurse's role. 5(2), 81-88.
- Hilkenbach, R. M. (2000). [The aims of rehabilitation in nursing. 2: Experiencing body and soul as a unit]. *Pflege Zeitschrift*, 53(3), 169-173.
- Hiltunen, E. F., Winder, P. A., Rait, M. A., Buselli, E. F., Carroll, D. L., & Rankin, S. H. (2005). Implementation of efficacy enhancement nursing interventions with cardiac elders. *Rehabilitation Nursing*, 30(6), 221-229.
- Holland, N., Wiesel, P., Cavallo, P., Edwards, C., Halper, J., Kalb, R., . . . Smith-Williamson, L. (2001a). Adherence to disease-modifying therapy in multiple sclerosis: Part I. *Rehabilitation Nursing*, 26(5), 172-176.

- Holland, N., Wiesel, P., Cavallo, P., Edwards, C., Halper, J., Kalb, R., . . . Smith-Williamson, L. (2001b). Adherence to disease-modifying therapy in multiple sclerosis: Part II. *Rehabilitation Nursing*, 26(6), 163-173.
- Hulskers, H. (2001). Die Qualität der pflegerischen Beziehung: Ein Anforderungsprofil. *Pflege*, 14, 39-45.
- Imhof, L., Abderhalden, C., Cignacco, E., Eicher, M., Mahrer-Imhof, R., Schubert, M., & Shaha, M. (2008). Swiss Research Agenda für Nursing (SRAN) Die Entwicklung einer Agenda für die klinische Pflegeforschung in der Schweiz. *Pflege*, 21, 252-261.
- Janzen, S. K., & Mugler, A. S. (2008). Nursing leadership collaboration for rehabilitation of polytrauma patients. *Rehabilitation Nursing*, 33(6), 242-246.
- Jerram, S. (2008). Ask the experts. Is there a role for nurses in rehabilitation? Analysing breakfast activities changed practice. *Nursing Older People*, 20(9), 24-24.
- Jinks, A. M., & Hope, P. (2000). What do nurses do? An observational survey of the activities of nurses on acute surgical and rehabilitation wards. *Journal of Nursing Management*, 8(5), 273-279.
- Kearney, M. H. (2001). Levels and applications of qualitative research evidence. *Research in Nursing & Health*, 24(2), 145-153.
- Kirkevold, M. (1997). The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. *ANS Adv Nurs Sci*, 19(4), 55-64.
- Kirkevold, M. (1999). Die Rolle der Pflege in der Rehabilitation akuter Hirnschlagpatienten. *Pflege*, 12(1), 21-27.
- Kneafsey, R. (2007). A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence. *J Clin Nurs*, 16(11C), 325-340. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02000.x
- Knüsel, O., & Bachmann, S. (2010). Rehabilitation. In G. Kocher & W. Oggier (Eds.), *Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012* (pp. 347-356). Bern: Huber.
- Krau, S. D., Ward, K. S., & Parsons, L. C. (2001). Living the healthy heart path. *Rehabilitation after a cardiac event. Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(3), 389-397.
- Kvigne, K., Kirkevold, M., & Gjengedal, E. (2005). The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), 897-905.
- Larsen, P. D. (2008). Rehabilitation nursing: is it a fit for you? *Imprint*, 55(1), 52-54.
- Lawrie, B., & Jillings, C. (2004). Assessing and addressing inappropriate sexual behavior in brain-injured clients. *Rehabilitation Nursing*, 29(1), 9-13.
- Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J., & Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *J Adv Nurs*, 37(1), 70-78. doi: 2059 [pii]
- Low, G. (2003). Developing the nurse's role in rehabilitation. [Meta-Analysis]. *Nursing Standard*, 17(45), 33-38.
- Lutz, B. J., & Bowers, B. J. (2003). Understanding how disability is defined and conceptualized in the literature. [Review] [38 refs]. *Rehabilitation Nursing*, 28(3), 74-78.
- Madjar, I., & Walton, J. A. (2001). What is Problematic About Evidence? In J. M. Morse, J. M. Swanson & A. J. Kuzel (Eds.), *The Nature of Qualitative Evidence* (pp. 28-45). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Manteuffel, L. (2009). [Topics from rehabilitation nursing – a new job division in the clinic: nurses as „rehabilitation assistants“]. [News]. *Pflege Zeitschrift*, 62(8), 457.
- Mauk, K. L., & Mauk, K. L. (2006). Nursing interventions within the Mauk Model of Poststroke Recovery. [Case Reports]. *Rehabilitation Nursing*, 31(6), 257-263; discussion 264.
- Mitchell, E., & Moore, K. (2004). Stroke: holistic care and management. [Review]. *Nursing Standard*, 18(33), 43-52; quiz 54.
- Monsivais, D. (2005). Self-organization in chronic pain: a concept analysis. [Review]. *Rehabilitation Nursing*, 30(4), 147-151.
- Mumma, C. M. (2001). Rehabilitation and rehabilitation nursing. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(3), 335-340.
- Nathenson, P., Schafer, L., & Anderson, J. (2007). Relationship of RN role responsibilities to job satisfaction. *Rehabilitation Nursing*, 32(1), 9-14.
- Nelson, A., Powell-Cope, G., Palacios, P., Luther, S. L., Black, T., Hillman, T., . . . Gross, J. C. (2007). Nurse staffing and patient outcomes in inpatient rehabilitation settings. *Rehabilitation Nursing*, 32(5), 179-202.
- Nir, Z., Zolotogorsky, Z., & Sugarman, H. (2004). Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83(7), 522-529.
- Nolan, J., Nolan, M., & Booth, A. (2001). Developing the nurse's role in patient education: rehabilitation as a case example. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 163-173.
- Nolan, M., & Nolan, J. (1998). Nursing and rehabilitation: towards new horizons. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(04), 319-329. doi: doi:10.1017/S0959259898008454
- Nolan, M., & Nolan, J. (1999). Rehabilitation, chronic illness and disability: the missing elements in nurse education. *J Adv Nurs*, 29(4), 958-966.
- O'Connor, S. E. (2000). Nursing interventions in stroke rehabilitation: a study of nurses' views of their pattern of care in stroke units. *Rehabilitation Nursing*, 25(6), 224.
- Pellatt, G. C. (2003). Specialist nursing. Perceptions of the nursing role in spinal cord injury rehabilitation. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(5), 292-299.
- Phillips, L., Harrison, T., & Houck, P. (2005). Return to work and the person with heart failure. *Heart & Lung*, 34(2), 79-88.
- Phillips, L. J. (2005). Analysis of the explanatory model of health promotion and QOL in chronic disabling conditions. *Rehabilitation Nursing*, 30(1), 18-24.
- Pieper, B. (2005). Wound management in vulnerable populations. *Rehabilitation Nursing*, 30(3), 100-105.
- Pierce, L. L. (2007). Evidence-based practice in rehabilitation nursing. [Review]. *Rehabilitation Nursing*, 32(5), 203-209.
- Portenier, L., Bischoff, A., Schwendimann, R., Barth, A.-R., & Spirig, R. (2010). Pflege. In G. Kocher & W. Oggier (Eds.), *Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012* (pp. 261-273). Bern: Huber.
- Portillo, M. C., Corchón, S., López-Dicastillo, O., & Cowley, S. (2009). Evaluation of a nurse-led social rehabilitation programme for neurological patients and carers: an action research study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 204-219.

- Pryor, J. (2001). Rehabilitation nursing in Australia: a valid and valued specialty. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 11(2/3), 125-132.
- Pryor, J. (2002). Rehabilitative nursing: a core nursing function across all settings. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia*, 9(2), 11-15.
- Pryor, J. (2005). Nursing's role in rehabilitation: a review of the research literature. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association (JARNA)*, 8(3), 8-13.
- Pryor, J. (2007). Role ambiguity in rehabilitation settings: a professional concern for nursing. *Collegian*, 14(4), 26-32.
- Pryor, J. (2008). A nursing perspective on the relationship between nursing and allied health in inpatient rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 30(4), 314-322.
- Pryor, J. (2009). Coaching patients to self-care: a primary responsibility of nursing. *International Journal of Older People Nursing*, 4(2), 79-88.
- Pryor, J., & Smith, C. (2002). A framework for the role of Registered Nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Advanced Nursing*, 39(3), 249-257.
- Pryor, J., Stewart, G., & Bonner, A. (2005). Seeking evidence of rehabilitation in nephrology nursing. [Comparative Study]. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia*, 12(3), 20-26.
- Resnick, B., Galik, E., Gruber-Baldini, A. L., & Zimmerman, S. (2009). Implementing a restorative care philosophy of care in assisted living: pilot testing of Res-Care-AL. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(2), 123-133.
- Rieg, L. S., Mason, C. H., & Preston, K. (2006). Spiritual care: practical guidelines for rehabilitation nurses. [Review]. *Rehabilitation Nursing*, 31(6), 249-256.
- Routasalo, P., Arve, S., & Lauri, S. (2004). Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. *International Journal of Nursing Practice*, 10(5), 207-215.
- Routasalo, P., Wagner, L., Bayer, N., & Virtanen, H. (2003). Perceptions of geriatric rehabilitation nursing in Denmark. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies* 23(4), 4-10.
- Routasalo, P., Wagner, L., & Virtanen, H. (2004). Registered Nurses' perceptions of geriatric rehabilitation nursing in three Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 220-228.
- Royal College of Nursing. (2007). *Role of the rehabilitation nurse*. London, UK: RCN.
- Schaefer, K. M. (2004). Caring for the patient with fibromyalgia: the rehabilitation nurse's role. *Rehabilitation Nursing*, 29(2), 49-55.
- Seneviratne, C., & Reimer, M. (2004). Neurodevelopmental treatment stroke rehabilitation: a critique and extension for neuroscience nursing practice. [Review]. *AXON*, 26(2), 13-20.
- Stanmore, E., Ormrod, S., & Waterman, H. (2006). New roles in rehabilitation – the implications for nurses and other professionals. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(6), 656-664.
- Stiller, B. (2006). Successful nursing care of a patient in vegetative state: perceiving the qualities of individual nursing care. [Case Reports]. *Pflege Zeitschrift*, 59(3), 166-169.
- Symington, D. C. (1994). Megatrends in rehabilitation: a Canadian perspective. *Int J Rehabil Res*, 17(1), 1-14.
- Thorn, S. (2000). Neurological rehabilitation nursing: a review of the research. *J Adv Nurs*, 31(5), 1029-1038. doi: jan1393 [pii]
- Wright, J. (2006). Developing a tool to assess person-centred continence care. [Validation Studies]. *Nursing Older People*, 18(6), 23-28.