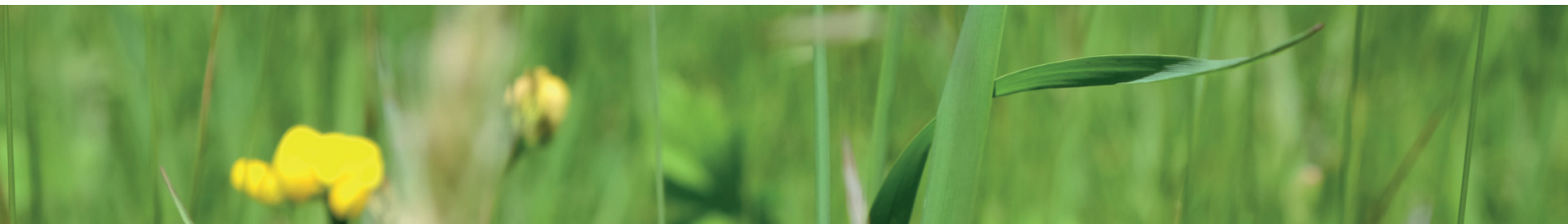


Perspektiven- und Entwicklungskonzept 2025 für die Krankenpflegevereine in Vorarlberg

Juli 2016



connexia



Impressum

Landesverband Hauskrankenpflege
Vorarlberg, Dornbirn
www.hauskrankenpflege-vlbg.at

connexia – Gesellschaft für
Gesundheit und Pflege, Bregenz
www.connexia.at

Foto: connexia

Inhalt

Vorwort	4
---------	---

1 Normatives Konzept der Krankenpflegevereine

Vision	8
Mission	9
Grundsätze	10

2 Strategisches Konzept der Hauskrankenpflege

2.1 Strategische Entwicklungsziele	12
2.2 Strategien	13
2.2.1 Allgemeine Strategien	13
2.2.2 Funktionäre und Personal	14
2.2.3 Leistungsbezogene Strategien	15
2.2.4 Finanzierung	16
2.3 Dienstleistungen	18
2.3.1 Zugänge zu den Leistungen der Hauskrankenpflege	19
2.4 Zentrale Aufgaben im Rahmen der Hauskrankenpflege	20
2.4.1 Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg	20
2.4.2 connexia Fachbereich „Mobile Betreuung und Pflege“	21
Anhang	25

Vorwort

„Weiterhin am Menschen orientiert“. – Diesen Leitsatz haben wir als Motto ausgewählt, um über die Zukunft der Krankenpflegevereine nachzudenken. Hier haben wir vor allem an jene Menschen gedacht, für die das Leben beschwerlicher geworden ist und die zur Bewältigung ihres Alltags auf Betreuung und Pflege angewiesen sind. Es ist der Wunsch der meisten Menschen, möglichst lange in der vertrauten Umgebung zu leben.

Die Organisationen des Betreuungs- und Pflegenetzes bieten Unterstützung, um dies weitgehend zu ermöglichen. Die Krankenpflegevereine sind in diesem Netzwerk ein wichtiger Partner. Die Anforderungen an die Krankenpflegevereine unterliegen einem steten Wandel. Das zeigt uns die demografische Entwicklung, die eine steigende Zahl an alten Menschen erwarten lässt. Die familiären Strukturen verändern sich und wir müssen mit einer weiteren Zunahme der Single-Haushalte rechnen. Die Aufgaben in der mobilen Betreuung und Pflege werden umfangreicher und anspruchsvoller und die Herausforderungen in Bezug auf die Finanzierung nehmen zu. – All diese Umstände stellen die Funktionäre und die hauptamtlich Mitarbeitenden der Krankenpflegevereine vor große Herausforderungen.

Im Herbst 2014 haben wir uns in der Vorstandsklausur des Landesverbandes mit der Frage beschäftigt: „Wo sollen die Krankenpflegevereine in zehn Jahren stehen?“ Es hat uns dann nicht überrascht, dass zuletzt mehr Fragen als Antworten im Raum standen.

Die Themen waren vielfältig und reichten von der Stellung der Hauskrankenpflege im Betreuungs- und Pflegenetz über die Entwicklung der Gesellschaftsstrukturen, die Personalsituation in der Pflege, die Finanzierung bis hin zu Ehrenamt und Qualitätsstandards.

Die Initialzündung für die Erarbeitung eines Perspektiven- und Entwicklungskonzeptes für die Krankenpflegevereine erfolgte im Dezember 2014 durch den Vorstand, als Martin Hebenstreit einen Realisierungsvorschlag anhand einer Projektskizze vorstellte.

Ein einstimmiger Grundsatzbeschluss gab grünes Licht für die Vorphase und besiegelte die Zusammenarbeit mit der connexia, die für die Prozess- und Methodenkompetenz verantwortlich war und die Fachkompetenz in der Pflege einbrachte. Die Freigabe der einzelnen Projektphasen erfolgte dann jeweils durch den Vorstand des Landesverbandes.

Am 9. April 2015 haben wir in Koblach mit einer gelungenen Auftaktveranstaltung den breit angelegten Entwicklungsprozess gestartet. An die hundert Obleute und Mitarbeitende der Krankenpflegevereine kamen, um gemeinsam mit uns die künftige Rolle der Krankenpflegevereine und deren Aufgaben und Dienstleistungen zu definieren.

Bis zum Sommer 2015 wurden Menschen aus unterschiedlichen Bereichen eingeladen, ihre Sicht der Dinge einzubringen. In neun Fokusgruppen haben an die fünfzig Menschen wertvolle Anregungen, Wünsche und Entwicklungsvorschläge eingebracht.

Zwischenzeitlich trat auch die Steuerungsgruppe zu mehreren Workshops zusammen und erarbeitete aus diesem Input den Entwurf für das Normative Konzept. Unsere Vision, Mission und die Grundsätze für die Krankenpflegevereine dienten als Leitlinie für das Strategische Konzept der Hauskrankenpflege. Im Oktober 2015, sozusagen zur Halbzeit, informierten wir im Rahmen einer Zwischenpräsentation wiederum alle Obleute und Pflegeleitungen über den aktuellen Projektstand. Dabei wurde von der Möglichkeit, Anmerkungen und Ergänzungen einzubringen, rege Gebrauch gemacht.

Zur Erarbeitung der strategischen Ziele wurden Funktionäre und Pflegefachkräfte, aber auch Verantwortliche aus den Gemeinden und aus der Abteilung IVa des Amtes der Vorarlberger Landesregierung, aus der Sozialplanung und dem Care Management, eingeladen.

Das Ergebnis aus zwei halbtägigen Strategie-Workshops, sechs Arbeitsgruppensitzungen und Meetings der Steuerungsgruppe konnten wir am 12. April 2016 in Koblach einer breiten Öffentlichkeit präsentieren. Neben den Verantwortlichen aus den Krankenpflegevereinen und allen, die im Projekt mitgearbeitet haben, waren auch die zuständigen Vertreter der Politik geladen; stellvertretend sei hier unsere Landesrätin Katharina Wiesflecker genannt.

Die Möglichkeit einer umfassenden Diskussion wurde rege wahrgenommen. Kommentare, Ergänzungen, Klarstellungen und auch Streichungen wurden in die Endfassung eingearbeitet.

Die Erarbeitung des Perspektiven- und Entwicklungskonzept 2025 für die Krankenpflegevereine fand nach einem mehr als einjährigen Meinungsbildungsprozess mit der Beschlussfassung in der Generalversammlung im Mai 2016 einen vorläufigen Abschluss. Das Normative Konzept und die formulierten Strategien werden uns in den nächsten Jahren Orientierung bei den Maßnahmenplanungen bieten.

Es war eine große Zahl an engagierten und kompetenten Menschen, welche an diesem Entwicklungsprozess mitgearbeitet haben; insgesamt waren es weit über hundert. Bei ihnen allen bedanken wir uns recht herzlich und wir freuen uns auf die weitere gemeinsame Arbeit.

Herbert Schwendinger
Obmann, Landesverband Hauskrankenpflege

Martin Hebenstreit
Geschäftsführer, connexia

1 Normatives Konzept der Krankenpflegevereine

Vision

Als solidarische Gemeinschaft treten wir für ein sorgendes Miteinander im Gemeinwesen und für einen gesunden Lebensraum ein.

Darin führen Menschen, die Betreuung und Pflege benötigen, ein selbstbestimmtes und weitgehend selbständiges Leben.

An- und Zugehörige gestalten die Betreuungs- und Pflegesituation eigenverantwortlich.

Mission

Wir sind im sozialen Nahraum ein zentraler Ansprechpartner in Fragen der Betreuung und Pflege.

Wir unterstützen durch Information, Beratung und Schulung ein selbstbestimmtes und gesundes Leben.

Wir bieten eine ganzheitliche mobile Betreuung und Pflege und tragen am Ende des Lebens zu einem würdevollen Sterben zu Hause bei.

Wir erbringen in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten die medizinische Pflege im häuslichen Bereich.

Wir beraten, schulen und begleiten pflegende An- und Zugehörige.

Wir kooperieren mit allen Sozial- und Gesundheitsdienstleistern, um eine effektive (wirksame) und effiziente (wirtschaftliche) Betreuung und Pflege zu gewährleisten.

Wir bringen unsere Erfahrung, unser Wissen und unsere Kompetenz für die Entwicklung eines gesunden Lebensraumes ein.

Grundsätze

Wir bieten eine leicht zugängliche Beratung, Betreuung und Pflege.

Wir leisten eine qualifizierte und ganzheitliche Beratung, Betreuung und Pflege, die durch Einfühlungsvermögen und Achtung vor der Würde des Menschen getragen ist.

Wir arbeiten ressourcenorientiert und erhalten und fördern somit vorhandene Fähigkeiten.

Wir geben Hilfe zur Selbsthilfe und achten die Selbstbestimmung.

Wir respektieren die Eigenverantwortung der Betroffenen und deren An- und Zugehörige.

Wir unterliegen im Rahmen unserer Tätigkeiten der Verschwiegenheitspflicht.

Wir fördern und schützen die psychische und physische Gesundheit unserer Mitarbeitenden.

Wir sind tief in den Vorarlberger Gemeinden verankert.

Wir bekennen uns zur Vereinsstruktur mit freiwilliger Mitgliedschaft und ehrenamtlicher Vereinsführung.

Wir bieten dank unserer Finanzierungsstruktur (Eigenfinanzierung und öffentliche Förderungen) eine kostengünstige Betreuung und Pflege und achten auf eine transparente, kostendeckende Gesamtfinanzierung.

Wir arbeiten nach den landesweit einheitlichen Qualitätsstandards.

2 Strategisches Konzept der Hauskrankenpflege

2.1 Strategische Entwicklungsziele

- > Wir tragen zur Entwicklung einer „sich sorgenden Gesellschaft“ („Caring Community“) bei und begreifen das Alter als eine gesamtgesellschaftliche soziale Verantwortung.
- > Die Gesundheit der Menschen im Gemeinwesen zu fördern und zu erhalten ist eine unserer wesentlichen Aufgaben.
- > Die Hauskrankenpflege entwickelt sich auf Grundlage des Konzeptes „Family Health Nurse“* – lt. Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – hin zur „Familiengesundheitspflege“.
- > Die gerontopsychiatrische Pflege steht als spezifisches Angebot landesweit zur Verfügung.
- > Die palliative Pflege (Palliative Care) ist in der nötigen Qualität und Quantität als Grundleistung in der Hauskrankenpflege integriert.
- > Zur effektiven und effizienten Leistungserbringung der Hauskrankenpflege werden regional Kooperationen mit anderen Krankenpflegevereinen eingegangen, wobei die Eigenständigkeit der Vereine erhalten bleibt (Nähe zu den Mitgliedern, „Solidarität durch Identität“).
- > Unter dem Motto „Miteinander Sorge tragen, gemeinsam verantwortlich sein“ werden bedarfsorientiert Kooperationen mit Partnern im Betreuungs- und Pflegenetz eingegangen.

*: Laut Konzept „Family Health Nurse“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO); siehe Anhang

2.2. Strategien

2.2.1 Allgemeine Strategien

- > Die Vereinsstruktur wird beibehalten und entsprechend der sich ändernden Anforderungen weiterentwickelt (laufend). – Die Ausgliederung der Dienstleistung in eine andere Rechtsform mit dem Krankenpflegeverein als Träger wird von (größeren) Vereinen geprüft.
- > Die Krankenpflegevereine in Vorarlberg erbringen die Leistungen der Hauskrankenpflege unter einer einheitlichen Bezeichnung (ab 2020).
- > Den Mitgliedern der Krankenpflegevereine stehen Angebote zur ehrenamtlichen Mitarbeit im Gemeinwesen (im Sozial- und Gesundheitsbereich) zur Verfügung (ab 2018).
- > Die interne Kommunikationsstruktur ist verbindlich festgelegt (ab 2017).
- > Die für die fachgerechte Erbringung der Leistungen notwendige Infrastruktur steht den Mitarbeitenden zur Verfügung (laufend).
- > Im Rahmen der Entwicklung der Zentren für Primary Health Care (PHC-Zentren) thematisieren die Krankenpflegevereine den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich und stehen als eigenständige Kooperationspartner zur Verfügung (noch offen).
- > Die laufende Evaluierung (mind. alle zwei Jahre) anhand der Qualitätsstandards als eine wesentliche Grundlage für die Qualitätssicherung in der Hauskrankenpflege wird verbindlich von allen Krankenpflegevereinen umgesetzt (ab 2017).

2.2.2 Funktionäre und Personal

- > Die Aufbauorganisation regelt die Verantwortung und die Zuständigkeit der Funktionäre und die der leitenden Mitarbeitenden (ab 2018).
- > Ehrenamtliche Funktionäre erhalten für getätigte Sachaufwände eine entsprechende Aufwandsentschädigung (ab 2017).
- > Die Aufgaben der Funktionäre lt. Aufbauorganisation sind zwischen den Vorstandsmitgliedern aufgeteilt und in entsprechenden Beschreibungen festgehalten (ab 2018).
- > Mitarbeitende stehen hinter der Idee der lokalen bzw. regionalen Krankenpflegevereine (Subsidiarität; Nähe; Beteiligung; Solidarität; kleine, autonom organisierte Teams; ...) und entwickeln die Stärken dieser Idee aktiv mit (laufend).
- > Für die Pflegeleitung ist eine Qualifizierung für die Führungs- und Leitungsaufgaben verbindlich (ab 2020).
- > In den Krankenpflegevereinen besteht ein weiterbildungsfreundliches Klima, Fachkarrieren werden ermöglicht und sind im Stellenplan abgebildet (ab 2018).
- > Bei größeren Krankenpflegevereinen und entsprechenden Rahmenbedingungen stehen für die Hauskrankenpflege Mitarbeitende mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus zur Verfügung, wobei der Anteil des diplomierten Pflegepersonals – bezogen auf die Vollzeit-äquivalente (VZÄ) – mindestens zwei Drittel des Pflegepersonals beträgt (laufend).
- > Im Sinne der Ganzheitlichkeit in der Betreuung stehen zur Unterstützung angestellte Mitarbeitende mit Heimhilfe Ausbildung zur Verfügung (ab 2017).

2.2.3 Leistungsbezogene Strategien

- > Ein Konzept für die Umsetzung der „Familiengesundheitspflege“ in Vorarlberg steht bis Ende 2018 zur Verfügung. In den Jahren 2019 bis 2021 wird das Konzept der „Familiengesundheitspflege“ in zwei Regionen umgesetzt.
- > Das Projekt „Ambulante gerontopsychiatrische Pflege“ wird ausgerollt und steht bis 2022 in allen Vorarlberger Gemeinden bzw. Regionen zur Verfügung.
- > Die Leistungen im Rahmen von Palliative Care sind beschrieben, die dafür nötigen Ressourcen stehen zur Verfügung. Spezifische Qualifizierungsmaßnahmen und eine landesweit einheitliche Regelung bzgl. der Rufbereitschaft sind erarbeitet (bis 2019).

2.2.4 Finanzierung

- > Die Hauskrankenpflege in Vorarlberg ist durch Förderungen (Vorarlberger Sozialfonds), ggf. direkte Förderungen seitens der Gemeinden, durch Beiträge der Sozialversicherungen, Pflegebeiträge der Patienten und durch Eigenmittel (Mitgliedsbeiträge, Spenden, ...) finanziert.
- > Die Erlöse von Pflegebeiträgen und die Eigenmittel decken landesweit 35 Prozent des Gesamtaufwandes (ab 2018).

Grundsätze

- > Der niederschwellige Zugang zu den Leistungen der Hauskrankenpflege und der Solidargedanke bleiben erhalten.
- > Die Finanzierungsstruktur und die Förderbedingungen bieten eine langfristige Finanzierungssicherheit und eine kostendeckende Finanzierung ohne individuelle Sonderlösungen.
- > Die Gemeinden finanzieren die Hauskrankenpflege über den Vorarlberger Sozialfonds mit. – Darüber hinaus steht es jeder Gemeinde frei, die Hauskrankenpflege mit einer direkten Förderung zu unterstützen.
- > Für spezielle Leistungen (z.B. Schülerbegleitung) stehen entsprechende Finanzierungsmodelle zur Verfügung.
- > Krankenpflegevereine, die die Hauskrankenpflege über einen gemeinsamen Pflegepool anbieten, verrechnen einen einheitlichen Pflegebeitrag.

Pflegebeitrag

- > Im Rahmen des Pflegebeitrags findet eine transparente Leistungs- und Kostendarstellung statt (ab 2018).
- > Die Höhe des Pflegebeitrags je Leistungsstunde beträgt max. 25 Prozent des Vollkostensatzes und wird für alle patientenbezogenen Leistungen verrechnet (ab 2018).
- > Für folgende Leistungen der Hauskrankenpflege wird kein Pflegebeitrag verrechnet: medizinische Hauskrankenpflege; Erstgespräche und Bedarfsklärung (Assessment); Anleitung und Schulung (Education) und Angebote der Gesundheitsförderung (ab 2018).

2.3 Dienstleistungen

Die Dienstleistungen der Hauskrankenpflege stehen bei Bedarf täglich (Montag bis Sonntag) von 7 bis 19 Uhr zur Verfügung.

> *Modellprojekt in zwei Regionen (ab 2018)*

Die medizinische Pflege ist ein wesentlicher Schwerpunkt der Hauskrankenpflege.

> *Strukturierte, enge Zusammenarbeit mit Ärzten*

Bei Krankenhausentlassungen führen die Krankenpflegevereine ein standardisiertes Aufnahmemanagement durch.

> *Konzeptentwicklung: Aufnahmemanagement (bis Ende 2018)*

Die Schulung und Befähigung von Patienten und An- und Zugehörigen sichert die Selbständigkeit und die häusliche Betreuung und Pflege.

> *Mikroschulungen – anleiten und befähigen*

> *Patient in die Pflegeplanung mit einbeziehen*

Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung sind wichtige Handlungsfelder der Hauskrankenpflege.

> *Weiterentwicklung im Rahmen des Schwerpunktes*

„Unabhängig leben im Alter“ (bis Ende 2017)

Mit Organisationen der Integrations-, der Wohnungslosen- und der Flüchtlingshilfe sind Kooperationsverträge abgeschlossen.

> *Landesweit einheitliches Vorgehen: Leistungen und*

Finanzierung (bis Ende 2016)

Ein Konzept für die Qualitätssicherung der Pflege im Rahmen der 24 Stunden Betreuung auf Grundlage von Kooperationsvereinbarungen mit den einzelnen Vermittlungsagenturen ist erstellt (bis 2017).

> *Kooperationsvereinbarung mit Agenturen (ab 2018)*

2.3.1 Zugänge zu den Leistungen der Hauskrankenpflege

- > Eine Bedarfsabklärung (Assessment) zur Erhebung der individuellen Bedarfslage bildet die Basis für die Pflegeplanung und stellt die nötige Transparenz für die Leistungserbringung (quantitativ und qualitativ) sicher (ab 2018).
- > Die medizinische Pflege erfolgt auf Anweisung des behandelnden Arztes (laufend).
- > Ein internes Controlling (Assessment, Pflegeplanung, Fallbesprechungen) und ein externes Controlling (Evaluierung der Pflegeplanung mit externer Unterstützung, Überprüfung der Leistungsdaten) sind wesentliche Instrumente der Qualitätssicherung (ab 2018).

2.4 Zentrale Aufgaben im Rahmen der Hauskrankenpflege

2.4.1 Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg

- > Wahrnehmung, Förderung und Durchsetzung gemeinsamer Interessen der Mitglieder.
- > Beratung der Krankenpflegevereine und deren Funktionäre in Fragen, die sich aus ihrer Tätigkeit ergeben, sowie Durchführung von Fachveranstaltungen und Ausbildungskursen für Vereinsfunktionäre.
- > Service- und Unterstützungsleistungen für die Mitglieder.
- > Verhandlungen mit den Fördergebern Land, Gemeinden (vertreten durch den Gemeindeverband) und Sozialversicherungen, um ausreichende finanzielle Mittel sowie ideelle Unterstützung für die Mitglieder zu erreichen.
- > Information der Öffentlichkeit über die Arbeit und Leistung der Vorarlberger Hauskrankenpflege.
- > Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Betreuung und Pflege tätigen Personen und Institutionen zum Wohle der Patienten und zur Wahrung der Interessen der Mitglieder.
- > Förderung von Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Krankenpflegevereinen in der Gebühren- und Tarifgestaltung sowie Weiterentwicklung von Organisationshilfen.
- > Hilfe bei der Bildung von Pflegepools zwischen den einzelnen Krankenpflegevereinen.
- > Bekenntnis zum Vorarlberger Betreuungspool als wichtigem Partner bei der 24 Stunden Betreuung und Vorsitz im Beirat.

2.4.2 connexia | Fachbereich „Mobile Betreuung und Pflege“

Grundsätzlich

- > Anlauf- und Servicestelle für die Mitarbeitenden in den Krankenpflegevereinen im Bereich der Betreuung und Pflege und Dienstleister für die Krankenpflegevereine.
- > Landesweit Beauftragter für die Qualitätsentwicklung und -sicherung im Rahmen der Hauskrankenpflege.

Leistungsbereiche

Informations- und Vernetzungsarbeit

- > Interessierten stehen laufend aktuelle Informationen zu relevanten Themenbereichen zur Verfügung.
- > Anlaufstelle für Betreuungs- und Pflegefachkräfte.
- > Zielgruppenspezifische Informationswege sind erarbeitet und umgesetzt.
- > Regelmäßiger interinstitutioneller und interdisziplinärer Informations- und Erfahrungsaustausch findet statt.

Beratung und Begleitung

- > Durch die kompetente Beratung bei fachlichen und organisatorischen Belangen sind die Kompetenzen erweitert und Entscheidungsprozesse unterstützt.
- > Die kontinuierliche fachliche und/oder organisatorische Begleitung sichert das frühzeitige Erkennen von Problemlagen und die Erreichung der formulierten Ziele.
- > Durch die Aufbereitung und Recherche von Daten stehen relevante Informationen zur Verfügung und Entwicklungen sind aufgezeigt.

Bildungsmanagement

- > Durchführung von Aus-, Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen
- > Organisation von Vorträgen, Workshops, Fachtagungen und Symposien
- > Schulungen im Rahmen von Projekten

Personal-, Organisations- und Qualitätsentwicklung

- > (Weiter-)Entwicklung von fachlichen Standards, Prozessen und Strukturen

Konzeptentwicklung

- > Konzeptentwicklung und Evaluierung von Konzepten

Projektmanagement

- > Entwicklung, Durchführung, Leitung bzw. Begleitung von Projekten

Datenerfassung, -verarbeitung und -auswertung

- > Die erfassten Daten dienen dazu Entwicklungen aufzuzeigen, als Unterstützungsinstrument für die Planung und Steuerung sowie als Grundlage für die Finanzierung und Abrechnung.
- > Den datenliefernden Systempartnern und den Auftraggebern stehen die benötigten Daten, Kontrolllisten und Auswertungen zeitgerecht zur Verfügung.

Berichtswesen

- > Von laufenden und abgeschlossenen Projekten liegen informative und aussagekräftige Leistungs- und Projektberichte vor.
- > Für bestimmte Leistungsbereiche sind jährliche Leistungsberichte erstellt.

Anhang

Mitglieder der Steuerungsgruppe	26
Glossar	27
Zusammenfassung: Konzept „Family Health Nurse“ der WHO (Familiengesundheitspflege)	34
Links	35

Mitglieder der Steuerungsgruppe

(in alphabetischer Reihenfolge)

Kurt Blum, MSc
DGKP, Pflegeleitung, Krankenpflegeverein Bregenz

Sabine Frick-Längle
DGKS, Gesundheits- und Krankenpflegeverein Vorderland

Werner Gopp, MBA
Obmann, Krankenpflegeverein Feldkirch-Nofels

Mag. Martin Hebenstreit
Geschäftsführer, connexia

Dietmar Illmer
DGKP, Fachbereichsleiter „Mobile Betreuung und Pflege“, connexia

Herbert Schwendinger
Obmann, Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg

Dkfm. Herwig Thurnher
Obmann, Krankenpflegeverein Rankweil

Gaby Wirth
Geschäftsführerin, Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg

Übersicht

Ambulante gerontopsychiatrische Pflege	28
An- und Zugehörige	28
Assessment	28
Betreuung	28
Care Management	29
Caring Community	29
Case Management	30
Familiengesundheitspflege / „Family Health Nurse“	30
Medizinische Hauskrankenpflege	31
Palliative Care	31
Patientenedukation	31
Patientenorientierung	31
Pflege	32
Ressourcenorientierung	32
Sozialraumorientierung	33
Vision	33
Zentren für Primary Health Care	33

Ambulante gerontopsychiatrische Pflege

Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im hohen Alter zählen Depressionen und verschiedene Arten von Demenz (z.B. Alzheimer-Demenz). Oft treten auch Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, akute Verwirrheitszustände aufgrund organischer Erkrankungen oder Belastungsreaktionen auf. Um diesen Menschen möglichst lange ein weitgehend selbstbestimmtes Leben im gewohnten Umfeld zu ermöglichen und die Angehörigen bestmöglich zu unterstützen, bieten einige Krankenpflegevereine in Vorarlberg im Rahmen von Modellprojekten eine „Ambulante gerontopsychiatrische Pflege“ als spezielle Fachpflege an. – Weitere Informationen unter: www.connexia.at

An- und Zugehörige

Neben den Angehörigen (den Verwandten) spielen Freunde, Nachbarn und generell Menschen im Umfeld, die sich der Familie zugehörig fühlen, eine wichtige Rolle in der Begleitung und der Betreuung von Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf. Dieser Tatsache soll mit dem Begriffspaar entsprochen werden.

Assessment

Assessment (aus dem Englischen: die Bemessung, die Beurteilung, die Bewertung, Einschätzung oder Abschätzung). – Assessmentinstrumente dienen der strukturierten und systematischen Erfassung des Ist-Zustandes. – Pflegeassessment bezeichnet jegliche Form der beratenden (deliberativen) und zielgerichteten (intentionalen) Einschätzung pflegerischer Phänomene und Konzepte. Hierzu zählt auch die Nutzung strukturierter Einschätzungs-, Beobachtungs- und Abklärungsinstrumente (Fragebögen, Skalen, Tests, Interview-Leitfäden). Diese werden als Pflegeassessmentinstrumente oder Pflegeassessmentverfahren bezeichnet.

Betreuung

Der Begriff „Betreuung“ (im Sinne von jemanden unterstützen, sich um jemanden kümmern) ist grundsätzlich nicht einheitlich definiert. Generell umfasst der Begriff „Betreuung“ soziale Dienstleistungen wie Unterstützung, Beaufsichtigung, Beschäftigung mit und Sorge um Menschen im Sinne von sozialen Hilfen, weiters hauswirtschaftlichen Hilfen und Hilfen zur Selbsthilfe. – Betreuung beinhaltet (in der Regel) keine medizinische Versorgung oder pflegerischen Maßnahmen.

In einer Verordnung zum Bundespflegegeldgesetz werden unter „Hilfe“ folgende Tätigkeiten benannt: „Hilfsverrichtungen sind die Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial und die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn.“

(aus: 37. Verordnung: Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz vom 29. Jänner 1999; § 2, Abs. 2)

Betreuung im Sinne des Hausbetreuungsgesetzes „umfasst (1) Tätigkeiten für die zu betreuende Person, die in der Hilfestellung insbesondere bei der Haushaltsführung und der Lebensführung bestehen, soweit diese Tätigkeiten nicht dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) unterliegen, sowie (2) sonstige auf Grund der Betreuungsbedürftigkeit notwendige Anwesenheiten.“

(aus: 33. Bundesgesetz, mit dem Bestimmungen über die Betreuung von Personen in privaten Haushalten erlassen werden (Hausbetreuungsgesetz) und mit dem die Gewerbeordnung 1994 geändert wird (29.06.2007); § 1, Abs. 3)

Care Management

Care Management meint die System- und Versorgungssteuerung, die fallübergreifend und einrichtungsübergreifend bedarfsgerechte Hilfen im Sozial- und Gesundheitswesen koordiniert, organisiert und die strukturellen Voraussetzungen dafür im Gemeinwesen bzw. in der Region aufzeigt.

(aus: Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management ÖGCC)

Caring Community

Eine „Caring Community“ ist eine sorgende, fürsorgende Gemeinschaft in einem Stadtteil (Quartier) bzw. einer Gemeinde, in der jeder Mensch Verantwortung übernimmt und übernehmen kann. Menschen sind in ihrer Unterschiedlichkeit gleichwertig. Voraussetzung dafür ist eine Ethik der Achtsamkeit. – Eine „Sorgende Gemeinschaft“ ist das gelingende Zusammenspiel von Bürgerinnen und Bürgern, Staat, Organisationen der Zivilgesellschaft und professionellen Dienstleistern in der Bewältigung der mit dem demografischen Wandel verbundenen Aufgaben (Definition des deutschen Bundesfamilienministeriums).

Case Management

Case Management ist ein Handlungsansatz, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass möglichst entlang eines gesamten Betreuungsverlaufes eines Patienten oder Klienten und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen ein maßgeschneidertes Versorgungspaket erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert wird.

(aus: Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management, 2007)

Im Case Management werden unterschiedliche Funktionen sichergestellt, die miteinander in Beziehung stehen und teilweise widersprüchliche Anforderungen in sich tragen: (1) Die Funktion der sozialen Unterstützung („Social Support“), (2) die Funktion der „anwaltlichen“ Vertretung der Interessen der Adressatinnen und Adressaten der Hilfe („Advocacy“), (3) die Funktion der Vermittlung unterschiedlicher Dienste auch im Sinne einer Makler-Funktion („Broker“) sowie (4) die Funktion der Erschließung des Erforderlichen („Gatekeeping“), die auch Effektivität und Effizienz der Dienste berücksichtigt.

(aus: Interdisziplinäres Glossar „Geriatric und Gerontologie in Österreich“, Hg. BM für Gesundheit, Wien 2009, Seite 19)

Familiengesundheitspflege / „Family Health Nurse“

Im Rahmen der Familiengesundheitspflege werden die Pflegefachkräfte „dem einzelnen Menschen und ganzen Familien helfen, mit Krankheit und chronischer Behinderung fertig zu werden und in Stresssituationen zurechtzukommen (...). Diese Pflegefachkräfte können sinnvolle Ratschläge zu Fragen der Lebensweise und verhaltensbedingten Risikofaktoren erteilen und den Familien in gesundheitlichen Anliegen zur Seite stehen. Sie können die gesundheitlichen Probleme schon im Frühstadium erkennen und damit gewährleisten, dass sie auch frühzeitig behandelt werden. Mit ihrem gesundheitswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Ausbildungshintergrund und ihrer Kenntnis anderer für Sozialfragen zuständiger Stellen können sie die Auswirkungen sozioökonomischer Faktoren auf die Gesundheit einer Familie erkennen und die Familie an die richtige zuständige Stelle überweisen. Durch häusliche Pflege können sie eine frühe Entlassung aus dem Krankenhaus erleichtern, sie können als Verbindungsglied zwischen Familie und Hausarzt dienen und an die Stelle des Arztes treten, wenn eindeutig eher pflegerische Sachkenntnis gefordert ist.“

(aus: Positionspapier zur Umsetzung der Familiengesundheitspflege in Österreich, Österreichisches Rotes Kreuz, 2007)

Medizinische Hauskrankenpflege

Die medizinische Hauskrankenpflege ist eine krankenhauseretzende Maßnahme. Im § 151 des ASVG ist gesetzlich definiert und geregelt, dass die Sozialversicherungsträger zur Finanzierung dieser medizinisch-pflegerischen Maßnahmen verpflichtet sind. Sie umfasst ausschließlich Pflegeleistungen, die von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen erbracht werden, wie z.B. Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung oder Verbandswechsel.

(aus: Interdisziplinäres Glossar „Geriatric und Gerontologie in Österreich“, Hg. BM für Gesundheit, Wien 2009, S. 32)

Palliative Care

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Krankheit einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden mittels frühzeitigem Erkennen, erstklassigem Einschätzen und Behandeln von Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Patientenedukation

Patientenedukation (lat. educare: aufwachsen lassen; auf-, erziehen) ist die Schulung von Patienten in Hinblick auf ihre Erkrankung mittels Information, Beratung und Anleitung. Sie ist Teil des Konzeptes zur Gesundheitsförderung in der Pflege. Sie wird bevorzugt in Patientengruppen mit chronischen Krankheiten wie Asthma, Diabetes mellitus, Herzkrankheiten oder Rückenleiden durchgeführt. Dabei sollen die Patienten und möglichst auch ihre Angehörigen durch Wissensvermittlung, Motivation, praktische Übungen und Stärkung ihrer Selbstmanagement-Kompetenz zu gesundheitsförderndem Verhalten angeregt werden.

(Quelle: pflegewiki.de)

Patientenorientierung

Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, als Koproduzentinnen und Koproduzenten an diesem Prozess der Verbesserung der Lebensqualität teilzunehmen.

(aus: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen [Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG], § 2)

Pflege

Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.

(aus: International Council of Nurses ICN, Deutsche Übersetzung konsentiert von DBfK, ÖGKV und SBK)

Berufsbild des „Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege“ nach GuKG: Der Gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.

Er umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerkranker und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.

(aus: GuKG, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 6. Auflage idF der Novelle 2009; § 11, Abs. 1 und 2, Seite 80f)

Ressourcenorientierung

Der Begriff der Ressourcenorientierung beschreibt den Prozess, bei welchem dem Patienten seine persönlichen und sozialen Möglichkeiten und seine Stärken deutlich und dieselben aktiviert und genutzt werden. Dieser Ansatz geht davon aus, dass der schnellste Weg ein Problem zu lösen darin besteht, sich von Beginn weg auf die Ressourcen und die Lösung statt auf das Problem zu konzentrieren. Ressourcen können sowohl materielle Dinge sein, als auch in Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnissen der Patienten bestehen.

Sozialraumorientierung

Kennzeichen der Sozialraumorientierung sind der „konsequente Bezug auf die Interessen und den Willen der Menschen, der geografische Bezug, die Ressourcenorientierung, die Suche nach Selbsthilfekräften und ein über den Einzelfall hinausreichender Feldblick“.

(aus: Programmatische Leitlinien der Kinder- und Jugendhilfe, Vorarlberg, S. 25)

Vision

Eine Vision ist eine in der Zukunft angesiedelte Vorstellung, die einen idealen Soll-Zustand beschreibt. Für eine Organisation stellt die Vision eine Leitidee dar und versteht sich zugleich als ein langfristiges Zukunftsbild, zu dessen Verwirklichung die Organisation künftig einen wesentlichen Beitrag leistet.

Zentren für Primary Health Care

Primärversorgung (Primary Health Care): Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.
(§ 3 Z 7 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz)

Langfristige Zielsetzung: „Die vernetzte, räumlich und zeitlich einfach zugängliche Form der Primärversorgung wird in Zukunft für die gesamte Bevölkerung gleichermaßen und gleichwertig verfügbar gemacht. Durch Koordinierung und Kooperation werden Effizienz und Erfolg der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung gefördert. Durch ein optimiertes Klienten- und Patientenmanagement werden den Patientinnen und Patienten unzumutbare Wartezeiten sowie durch klar definierte multiprofessionelle Leistungsspektren unnötige Wege und Mehrfachuntersuchungen erspart. Damit wird eine patientenorientierte Ausrichtung des Gesundheitssystems gefördert und unterstützt.“

(aus: Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2014)

Zusammenfassung: Konzept „Family Health Nurse“ der WHO (Familiengesundheitspflege)

Das Konzept umfasst folgende Aufgaben

- > unterstützt die Familie bei der Bewältigung ihrer Pflege- und Betreuungsaufgaben
- > ermöglicht, dass Familien auch zukünftig, trotz soziostruktureller und demografischer Veränderungen, Pflege- und Betreuungsaufgaben erfüllen
- > verhindert, dass pflegende Angehörige durch Überlastung und Überforderung gesundheitliche Schäden erleiden
- > fördert die Gesundheit aller Familienmitglieder
- > verbindet die Familie mit anderen Akteuren im Gesundheits- und Pflegewesen
- > gewährleistet durch Care und Case Management eine individuelle Gestaltung von passgenauen Pflegearrangements
- > führt zur Integration von zivilgesellschaftlichem Engagement in die individuelle Betreuungssituation – dieses Engagement stellt eine zentrale Ressource für eine nachhaltige Gestaltung des Gemeinwesens dar
- > hilft Familien in schwierigen Lebenssituationen bzw. Familien in Übergängen, Belastungen und Krisen zu bewältigen
- > reagiert auf den Bedarf von benachteiligten Bevölkerungsgruppen auf regionaler und Gemeindeebene
- > gewährleistet durch die Umsetzung von neuen pflegerischen Interventionen bei der Arbeit mit Familien, dass das familiäre Betreuungssystem stabilisiert und gesund erhalten wird

(aus: Positionspapier zur Umsetzung der Familiengesundheitspflege in Österreich, Österreichisches Rotes Kreuz, 2007)

- > Weitere Informationen zum Konzept „Family Health Nurse“ bzw. Familiengesundheitspflege finden Sie unter:
www.connexia.at/kompetenzzentrum-pflege

Links

Hauskrankenpflege Vorarlberg, Landesverband
www.hauskrankenpflege-vlb.org.at

connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH
www.connexia.at

Hier finden Sie die „Qualitätsstandards für die
Hauskrankenpflege in Vorarlberg“:
www.hauskrankenpflege-vlb.org.at/aktuelles
www.connexia.at/kompetenzzentrum-pflege/downloads

