

Tagungsband

**Kongress Advanced Nursing Practice:
„Förderung des Selbstmanagements
durch APN“**

Die Verantwortung für den Inhalt der Texte liegt bei den Autoren.

Kontaktadresse:
FH OÖ Studienbetriebs GmbH
Garnisonstraße 21, 4020 Linz/Austria
www.fh-ooe.at/anp-kongress2014

Layout: Mag. (FH) Nicola Spitzer, FH OÖ, Garnisonstraße 21, A 4020 Linz

Fotos Titelseite:
Fotolia.de, Corbis und Getty Images

Linz 2014

Vorwort

Zur Gesundheit kann und muss jeder selbst beitragen. Dieses Verständnis ist in der österreichischen Bevölkerung im Vergleich zur Bevölkerung anderer Länder mittelmäßig entwickelt. Wie und was gesundheitsfördernd wirkt, ist lern- und lehrbar. Die Übernahme von Selbstverantwortung ist einer der Schlüssel zur eigenen Gesundheit. Der 4. Kongress Advanced Nursing Practice stellt das Thema **Förderung des Selbstmanagements durch Advanced Practice Nurses** in den Mittelpunkt der Veranstaltung. Unterstützung des Selbstmanagements verschiedener Bevölkerungsgruppen, (noch) gesunder oder bereits erkrankter Menschen ist eine hochkomplexe Aufgabe, die Kenntnisse, Empathie und Praxisfertigkeiten aus verschiedenen Wissenschaften vereint: der Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften. Ein herausforderndes Ziel in der Gesundheits- und Krankenversorgung für Professionals ist dabei Nachhaltigkeit zu schaffen.

Nicht zuletzt führt Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit zu einem „gesunden“ Gesundheitssystem, das hilft Unter-, Über- und Fehlversorgung zu regulieren.

Mein aufrichtiger Dank gilt allen Referentinnen und Referenten, die zum professionellen Diskurs und zum Gelingen des Kongresses beitragen!

Ihre

Silvia Neumann-Ponesch



DGKS Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS
Leitung Lehrgänge Gesundheit
FH OÖ Campus Linz

Inhaltsverzeichnis

Margit Bauer	
Bericht einer Betroffenen	5
Martina Roes	
Professionalisierung und Selbstmanagement am Beispiel ANP und DNP	8
Fritz Frauenfelder	
Die praktische Umsetzung von APN – ein Leichtes?	11
Ilona Manske	
Familienorientiertes Case Management: Eine Aufgabe der Advanced Practice Nurse	14
Helmut Freudenthaler	
Gesundheit der Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen: Notwendigkeit der Entwicklung von Gesundheitskompetenz	17
Cora van der Kooij	
Einfach nett sein?	24
Angelika Doberer, Günter Geyer	
Advanced Nursing Practice am Beispiel des Schmerzmanagements bei chronischen SchmerzpatientInnen und Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen	26
Angelika Hajdinyak, Barbara Ribul, Brigitte Uitz	
Breast Care Nurses als kompetente Wegbegleiterinnen im Brustgesundheitszentrum Graz	30
Barbara Semlitsch	
Diabetesschulung- und beratung am LKH-Univ. Klinikum Graz Selbstmanagement und Empowerment von PatientInnen	32
Andrea Smoliner	
Patientenedukation im Rudolfinerhaus – Der Evidence gestützte Weg von der Theorie zur Praxisumsetzung	34
Vlastimil Kozon, Norbert Fortner	
Advanced Nursing Practice am Beispiel des Wundmanagements im AKH Wien ...	36
Elisabeth Rappold	
ANP-Kompetenzfelder: Entwicklungsstand	41
Franz Wagner	
Rolle der Pflege im Gesundheitswesen von morgen – alles ANP?	43
AutorInnenverzeichnis	45

Bericht einer Betroffenen

Margit Bauer

Wien, AUSTRIA

Mein Name ist Margit Bauer, ich darf als Betroffene von meinen Erfahrungen erzählen, Erfahrungen aus meiner persönlichen Marfan Geschichte.

Ein ganz normaler Arbeitstag, als Intensivschwester, 15h kurze Pause, ich hör eine weniger gute Nachricht, wieso spür ich das jetzt körperlich so? Ich greife auf das Brustbein, ein beängstigendes Gefühl, es bessert sich, gehe weiter meiner Arbeit nach. 18h, Bilanzzeit, es alarmiert die Hämofiltration, ich wechsele den Ultrafiltrationsbeutel, hebe den Beutel auf, ein kleiner Ruck hinter dem Brustbein: das ist nicht von der Wirbelsäule?!. Hinaus aus dem Zimmer, damit du nicht alleine bist. Ich gehe Richtung Stützpunkt, Margit was ist? da bei der Brust, sag ich, Filmriss. Epi-Anfall, Ambu-Beutel...

Wir heben sie ins Bett hinauf! Sie tun was mit mir, sie sind bei mir! Sollen wir deine Mutter anrufen? Da muss es schon mehr sein, wenn sie das fragen.

Nächster Tag, das ist ein Tubus im Mund, ich lebe. Ich spüre das Melken der Thoraxdrain's, Herz OP, weiß ich sofort. Vor mir meine jung und plötzlich verstorbenen Verwandten, mein Cousin Hans, Tante Maria, Vater und seine Mutter.

Aortendissektion, ausgedehnt, 100ml im Herzbeutel, Koronararterien betroffen, proximal bis zur Schädelbasis, in die A. Subclavia, distal in die Femoralarterien! Die Aorta hat 2 Lumen, das Wahre versorgt die linke, das Falsche die rechte Niere.

Unendliches Glücksgefühl überhaupt am Leben zu sein. An eine entspannende Aromamassage erinnere ich mich besonders gerne. Ich freu mich über jeden Besuch.

Der Arzt fragt: hast du Marfan? Was ist das? Die Herzklappen kann's betreffen und die Aorta, die Wirbelsäule ist verkrümmt, Hochwuchs, schmale, lange Finger sind typisch, Senk- und Spreizfüße, Kiel- oder Trichterbrust, die Augen kann's schwer betreffen mit Kurzsichtigkeit, Linsenverschiebung, hast du mal geschielt? Nein, das hab ich nicht! Gendefekt des Bindegewebes, Fibrillin1Gen, familiäre Häufung gehört dazu, erfahre ich später.

8 kg weniger in einer Woche, nach 3 Wochen wieder zu Hause, merk jetzt erst wie wenig Kondition ich hab, meine Kollegen versorgen mich mit Essen. Der rechte Arm ist schwach, du musst trainieren, Blitze schießen wie Starkstromkabel durch den Arm, bei den Fingern hinaus – Plexusläsion!

Rehabilitation. Keine Ruckartigen Bewegungen. Vorsichtige Schritte zurück ins Leben. Nachdem mir gesagt wird - wenn dein Brustbein wieder zusammengewachsen ist, kannst du wieder alles machen – keimte nach initialer Skepsis der tiefe Wunsch, mit meinem Erfahrungsschatz als Patientin „meinen“ Intensivpatienten mentale

Unterstützung zu geben. Ich will wieder arbeiten. Doch ins Team auf die Intensiv, wo ich meine Aufgaben und Gefahren genau kenne, darf ich nicht! Man will mich schützen. Ambulanz – wird entschieden, dort macht man viele Handgriffe allein, das macht mir Sorgen. Eine Zeit geht alles gut. Mobilisation einer Patientin, sie sackt zusammen, ihr Gewicht hängt in meiner Schulter, ich stell mein Knie unter ihr Gesäß, den Rollstuhl zieh ich auch noch her und wundere mich, dass ich noch lebe!

Erneut CT – Aorta ist massiv erweitert, man weiß nicht wann, man weiß nicht wo, ohne OP werd' ich zusammensacken – der Ersatz der thorakoabdominellen Aorta – steht bevor. Angst. Wie ferngesteuert erledige ich noch die wichtigsten Dinge.

Operation, Revision, Intensiv 5 Wochen. Orientierungslosigkeit, endlose Einsamkeit, ausgeliefert sein, plötzlich durchbohrender Schmerz im Rücken, jedes einzelne Schlucken zögere ich wegen Schmerz hinaus, einzig - Wegträumen in eine sorglose Welt hilft diese Zeit zu bestehen.

Nierenversagen, sämtliche Organe streiken, meine Muskeln – sie sind weg!

Essen: der 2. Bissen kommt refluxartig retour, ich weiß ich muss und will essen um Kraft zu bekommen, doch es gelingt nicht. Die essentielle Ernährungsinfusion wird verweigert, schadet der Leber, heißt es.

Wie soll ich das schaffen? Frag ich mich.

Mobilisation, Waschen, Ankleiden, Essen, Zähne putzen verlangen mir alles ab. Wenn das Tischerl mit dem Essenstablett vor mir steht und ich gleichzeitig essen will, hüpfen meine Beine so hoch, dass das Tablett wackelt und die Suppe fast zur Gänze verschüttet wird. Wie im schlechten Film!

Normalstation, gehen lernen, auf einen Sessel ohne Seitengriffe hinsetzen - wieder aufstehen – unmöglich. Der Rollator wird mein bester Freund.

Wegen des Nierenversagens muss ich 14 kg Ödeme herumtragen.

Akutgeriatrie: wackelig und mangelernährt komm ich an. Langsam werde ich aufgepöppelt.

Hier hab ich die Möglichkeit auf ½ Std. Training mit der Physiotherapeutin täglich.

Gallenkolik, Cephalosporinallergie, für das Antihistaminikum bin ich dankbar, kann so besser schlafen, und hör das Schnarchen der 4 älteren Damen nicht so laut.

Besuch, meine Freunde aus Amstetten mit meiner Mutter, ich darf mit ihnen an die frische Luft. Nächster Tag, Sonne, ich weine bitterlich weil ich denke, dass ich ohne Besuch alleine nicht hinaus darf.

Rehabilitation, so spät wie möglich, damit ich was hab davon, denke ich.

Innerhalb der 4 Wochen - 5 mal ½ Stunde Physio, 5 mal ½ Stunde Massage, 3 mal ½ Stunde Psychotherapie – die Torte ist nicht größer, ich kann kein größeres Stück herunter schneiden, heißt es.

Zu Hause sieht der Arzt keinen Grund mich erneut krank zu schreiben – das Risiko dass

sich die Aorta neuerlich erweitern könnte - zählt für ihn nicht; er schickt mich zum Psychiater.

Vorzeichen gab es, Quaddeln am ganzen Körper nach dem Schwimmen im kalten Wasser; die Decken wurden schwer beim Überziehen, doch mein Blutdruck war nur 1mal auf 140mmHg Systole erhöht. Schon als Kind brachte mir das Marfan typische Aussehen Namen wie Bohnenstange, Haxengeist oder Storchi im Turnunterricht... Kommentare wie: „soll's halt schwimmen lernen“, oder „das ist keine Vererbung – das ist eine Veranlagung“... Streng dich an! Sitz grad! – wurde ich aufgefordert - oder später – Sie haben ja eine Wirbelsäule wie eine 70jährige!“ sowie „Sie wissen ja gar nicht was sie haben!“ Aussagen wie diese ermutigen nicht, sie helfen nicht weiter.

Der Hausarzt meiner Kindheit kann alle Marfan Symptome aus dem ff abrufen, doch er meinte, er hätte noch nie eines gesehen.

Was sagt uns das? Es sagt uns, dass es darauf ankommt, wachsam zu bleiben und die Zusammenhänge zu sehen. Die Chance sehe ich in der Rückkehr von (Familien-) Anamnese-Gesprächen unterstützt durch Fragebögen, besonders Schulärzte sollten über die lebensgefährliche seltene Krankheit Bescheid wissen – nicht zu vergessen - das Pflegepersonal sollte in der Ausbildung davon hören, denn vor allem diese hochqualifizierte Berufsgruppe hat so oft, den intensiveren Kontakt zum Patienten und kann somit entscheidende Hinweise geben.

Wir brauchen im Gesundheitssystem kompetente Fachkräfte die theoretisches Wissen mit der aktuellen Situation des Patienten verknüpfen.

Wir brauchen Menschlichkeit und Einfühlungsvermögen.

Wir brauchen motivierte, achtsame Mitarbeiter, die Vertrauen aufbauen, die bereit sind Sprachrohr zu sein, damit Angst und Unsicherheit nicht jede kleine Hoffnung zerstören.

Auf den ersten Blick sieht man es nicht, ich wurde in der letzten Sekunde durch unglaublich präzises Zusammenspiel wieder ins Leben zurückgeholt...

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie schränkt mich ein, mehr als mir lieb ist, sie stellt mich immer wieder vor kraftraubende Entscheidungen...

Nichts ist wie es war und doch gibt es eine innere Kraft, die mich weitermachen lässt, Menschen zu informieren. Besonders Früherkennung und Prophylaxe können für Betroffene Angst und Leid ersparen und so eine positive Veränderung bringen.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Professionalisierung und Selbstmanagement am Beispiel ANP und DNP

Martina Roes

*Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE),
Stockumer Strasse 12, 58543 Witten, GERMANY*

Mantzoukas und Watkinson (2007) identifizieren sieben „generic features“ von Advanced Nursing Practice (ANP). Hierbei geht es nicht um eine Spezialisierung der Fachrichtung, sondern vielmehr um die Charakterisierung des Handelns von ANP's. Sie definieren dies wie folgt: the use of knowledge in practice; critical thinking and analytical skills; clinical judgement and decisionmaking skills; professional leadership and clinical inquiry; coaching and mentoring skills; research skills; changing practice (Mantzoukas und Watkinson, 2007, S. 32). Allerdings, auch in den USA gibt es nicht ‚die APN‘, sondern es bestehen je nach Bundesstaat diverse Unterschiede. So sind in einigen Bundesstaaten ein Vertrag zwischen der APN und einem Hausarzt notwendig, der ihnen erlaubt ‚Diagnosen zu erstellen‘ und/oder ‚Rezepte auszustellen‘. In einigen wenigen Bundesstaaten können APNs unabhängig davon tätig sein.

Gleichzeitig gibt es Initiativen den Begriff ANP neu zu fassen: NONPF und AACN definieren ‚weitfortgeschrittene Praxiskompetenzen‘ wie folgt: kritisch-reflexives Denken, diagnostische Fähigkeiten, Fertigkeit Entscheidungen und Bewertungen in/von direkten Pflegesituationen treffen zu können um Versorgungsprozesse zu gestalten, zu realisieren und zu evaluieren mit dem Ziel, dass gesundheitsbezogene Outcome der von ihnen betreuten Personengruppen zu stabilisieren bzw. verbessern. Die Bezeichnung APRN (advanced practice registered nurse) ist die favorisierte Version der NONPF und AACN, um das Kompetenz- und legitimierte Verantwortungslevel von in der direkten Pflege tätigen ‚advanced nursing practitioner's zu umfassen.

Sie unterscheiden vier APRN Rollen:

1. clinical nurse specialist (CNS) die am häufigsten vertretene Rolle und vor allem in Kliniken vorzufinden.
2. clinical registered nurse – anesthesia (CNA).
3. clinical nurse – midwifery (CNM); hierbei handelt es sich um eine ungewöhnliche Kombination, d.h. einer Pflegeausbildung auf Bachelorniveau folgt eine Ausbildung zur Hebamme auf Masterlevel.
4. nurse practitioner (NP) sind registrierte Pflegefachkräfte mit einem Bachelor- und Masterabschluss.

Damit noch nicht genug: der Qualifikationstrend geht – zumindest in den USA – hin zu einer weiteren Vertiefung der Praxisexpertise auf Promotionslevel. Mit einem Abschluss des dritten Qualifikationslevels erhalten APRNs den Abschluss DNP (doctorate

in nursing practice). Die School of Nursing an der Columbia University in New York City definiert dieses Profil für anspruchsvolle Aufgaben in der direkten Pflegepraxis wie folgt:

- Eine evidenzbasierte Praxis wird etabliert.
- Forschungsergebnisse werden systematisch und strukturiert mit der Praxis verbunden.
- Erkenntnisse von Relevanz für eine Implementierung identifizierend.
- Leadership demonstrierend.

Und wie sieht es in der Bundesrepublik Deutschland derzeit aus?

Der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) empfahl 2007 ein ‚mehr‘ an pflegerischer Verantwortung modellhaft zu erproben. »Die Übertragung internationaler, teilweise sehr weitreichender Modelle wie Advanced Nursing Practice (z.B. Nurse Practitioners) ist zu prüfen« (SVR, 2007). Nach Vorstellung des SVR Gesundheit sollte »in Zukunft die Pflege eigenständig erstens die Einschätzung des pflegerischen Bedarfs, zweitens die Verantwortung für die Durchführung der Pflege tragen und drittens die Überprüfung der Resultate der pflegerischen Versorgung übernehmen“ (SVR 2007, S.23).

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) initiierte vor etlichen Jahren eine Diskussion zu ANP. ANP wird hier als Überbegriff einer erweiterten und vertieften Pflege verwendet, verbunden mit der Intention diese in der Pflegepraxis auch strukturell zu verankern. Sachs (2007, S. 113) kam in einer 3-Länder Recherche hinsichtlich Verantwortungsgrad einer ANP zu der Schlussfolgerung, „dass die stärksten Prediktoren zur Etablierung erweiterter pflegerischer Rollen in Verbindung mit Kostendruck, Erfordernissen zur Versorgungsintegration, Ärztemangel und Macht im gesundheitspolitischen Akteursfeld stehen. Alle vier Faktoren sind mehr oder weniger durch die Pflege beeinflussbar und in Deutschland relevant (...) und könnte für die Pflege eine besondere Professionalisierungsmöglichkeit im Sinne von ‚step into the breach‘ bieten“.

Die Erfahrung in anderen Ländern hat gezeigt: erst eine strukturelle Verankerung von APRN's kann die Pflegepraxis verändern. Eine Veränderung mit positivem Outcome für Patienten zu bewirken (u.a. Kutney-Lee et al. 2013) und in der Einrichtung umzusetzen, erfordert sowohl Erfahrungs- und Expertenwissen (u.a. Bohrer 2013) als auch Kompetenzen im Change Management (Jansen und Zwygart-Stauffacher 2010).

D.h., im internationalen Vergleich hinkt Deutschland bezüglich der Etablierung eines ANP – Modells deutlich hinterher, wenngleich derzeit ein Trend zu erkennen ist: Die Anzahl der grundständig berufsqualifizierenden Studienangebote (Stöcker und Reinhart 2012) für Pflegende, welche danach im direkten Umfeld des Patienten tätig werden, steigt. So existierten im Jahr 2012 bundesweit circa 30 Studiengänge die mit einem Bachelor- Abschluss enden. Allerdings entspricht dies bei weitem noch nicht der vom Wissenschaftsrat (WR) empfohlenen Akademisierungsquote im Pflegebereich von „10 bis 20 Prozent“ (WR 2012). Kritisch angemerkt werden kann auch, dass die Etablierung von Masterprogrammen die nicht für das Management oder Lehramt qualifizieren nur schleppend vorankommt.

D.h., trotz der bereits erreichten Erfolge sind nach wie vor viel Energie und Ressourceneinsatz gefordert, um die APRN als gleichgestellte Leistungserbringer/in zu etablieren (Spross and Heanley 2000).

Die praktische Umsetzung von APN – ein Leichtes?

Fritz Frauenfelder

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Direktion Pflege, Therapien und Soziale Arbeit, Forschung und Entwicklung, Lenggstrasse 31, Postfach 1931, 8032 Zürich, SWITZERLAND

1 EINLEITUNG

Die Implementierung einer Advance Practice Nurse (APN) in die herkömmliche Versorgung von Patientinnen und Patienten umfasst neben der fachlichen Neuausrichtung eine Vielzahl an Schnittstellen, die geklärt und unter Umständen neu organisiert werden müssen. Im Rahmen der Erarbeitung einer Stellenbeschreibung hinsichtlich der zukünftigen APN Rolle für Patientinnen und Patienten mit einer Erstpsychose, werden Fragen im Rahmen der fachlichen und strukturellen Neuausrichtung der Pflege und ihrem institutionellen Umfeld erläutert und zu klären versucht.

2 THERAPIE UND PFLEGE VON MENSCHEN MIT EINER ERSTPSYCHOSE

Bei einer Psychose handelt es sich um einen akuten gestörten Realitätsverlust, bezogen auf die eigene Person und die Aussenwelt. Eine Psychose manifestiert sich durch Wahnvorstellungen und Halluzinationen sowie Ich-Störungen und schwere Erregungszustände im Zusammenhang mit unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen z.B. Schizophrenie, Delirium, affektiven Störungen, organischen Veränderungen¹. Die schnelle Erkennung der erstmalig auftretenden Psychose und deren zeitnahe Behandlung sind von grösster Bedeutung, da sie in einem positiven Zusammenhang mit der Symptomatik und Dysfunktionalität stehen². Im Weiteren wirkt sich eine spezialisierte therapeutische Vorgehensweise entscheidend auf den weiteren Behandlungs- und Krankheitsverlauf bei der betroffenen Person mit einer Erstpsychose aus³. In diesem Zusammenhang nimmt die professionelle Pflege mit ihrer pflegerischen Perspektive eine entscheidende Stelle innerhalb des interprofessionellen Kontexts ein. Sie fokus-

¹ Sauter, D., Abderhalten, C., Needham, I. & Wolff, S. (2011) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. (3 ed.). Bern: Huber.

² Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1785-1804.

³ Craig, T. K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M., et al. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*, 329(7474), 1067

siert sich in ihrer Arbeit auf die Themenbereiche der Reaktionen von Patientinnen und Patienten auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse⁴ und leitet diesbezüglich pflegerische Interventionen ab.

3 ANP FÜR PATIENTINNEN ODER PATIENTEN MIT EINER ERSTPSYCHOSE

3.1 Stellenprofil

Die Funktion der APN für Patientinnen und Patienten mit einer Erstpsychose ist vorgesehen als ein integrativer Bestandteil eines stationären Spezialangebotes der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP) der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich. Weiter ist geplant, dass sich ihre Handlungsspielräume mit entsprechenden Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern in die angegliederten teilstationären und ambulanten Angebote erstrecken wird. Die Rolle der APN orientiert sich an der Rollendefinition einer Clinical Nurse Specialist (CNS) und zeichnet sich aus durch die Fokussierung auf die oben genannte pflegerische Perspektive. In diesem Sinne arbeitet sie als pflegerische Fallverantwortliche mit Patientinnen und Patienten mit einer Erstpsychose sowie deren sozialen Umfeld (z.B. Angehörige) zusammen. Sie ist Teil des interprofessionellen Teams im Zusammenhang mit den Fallpatienten. In Zusammenarbeit mit Hauptverantwortlichen anderer Disziplinen gewährleistet sie die ständige Weiterentwicklung der Behandlung und Pflege im Sinne von Best Practice für die genannte Patientengruppe.

3.2 Schnittstellen

Im Zusammenhang mit der Rolle und den Funktionen der APN für Patientinnen und Patienten mit einer Erstpsychose ergeben sich Schnittstellen innerhalb der Pflege wie auch im interprofessionellen Kontext. Die Neugestaltung der pflegerischen Versorgung mit der pflegerischen Fallführung durch die ANP bedingt Veränderungen im Kommunikations- und Koordinationsverhalten innerhalb der Pflege wie auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Einführung des APN Modell bringt inhaltliche und strukturelle Veränderungen mit sich, sowohl für die Pflegeteams und die pflegerischen Bezugspersonen als auch für die pflegerischen Führungspersonen. Im Weiteren werden den pflegerischen Bezugspersonen und den Pflegeteams fachliche Strukturen und Ressourcen für die Gestaltung ihrer Arbeit zur Verfügung gestellt, die im herkömmlichen Pflegesystem nicht oder kaum in diesem Ausmass vorhanden waren.

Im interdisziplinären Kontext bedeutet eine erfolgreiche Implementation einer APN Rolle, einen fachlich starken, eigenverantwortlich arbeitenden Partner. Dabei steht vor allem der pflegerelevante Beitrag zum nachhaltigen Behandlungserfolg im Fokus der

4 NANDA International (2012) Nursing diagnoses – definitions and classification 2012 – 2014 (eds. Herdman, T.H.), Wiley-Blackwell, Oxford

Zusammenarbeit. Es ist entscheidend, dass die APN ihre fachliche Rolle in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Erstpsychose einnimmt und ihr Wissen und ihre Erkenntnisse aus diesen Prozessen in den interprofessionellen Kontext aktiv einbringen kann.

3.3 Herausforderungen

Im Rahmen der inhaltlichen und strukturellen Implementierung der APN Rolle in den klinischen Alltag zeichnen sich auf unterschiedlichen Ebenen verschiedene Herausforderungen ab. Die daraus resultierenden Fragestellungen stehen in einem engen Bezug zueinander, und sind somit zentral für eine effektive und effiziente Umsetzung des Konzepts APN.

Auf der einen Seite steht die konkrete Einbindung der APN in die klinischen Behandlungspfade. In diesem Zusammenhang sind die Tätigkeits- und Handlungsfelder mit den entsprechenden Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen sowie die Schnittstellen zu anderen Disziplinen und Behandlungsschritten zu klären. Unweigerlich stellt sich dabei die Frage nach dem Entscheidungsspielraum der APN, insbesondere der Positionierung auf dem Kontinuum von konsiliarischer versus weisungsberechtigter Ausgestaltung der Funktion. Dies hat wiederum zur Folge, dass die fachliche und administrative Führungsstruktur geklärt und umgesetzt werden muss. Zur Diskussion stehen dabei die traditionellen, versus neuen Führungsstrukturen, wobei rechtliche, kulturelle und strategische Aspekte berücksichtigt werden müssen.

Die fachliche Akzeptanz der APN bedeutet eine weitere Herausforderung im Rahmen der Implementierung der Funktion und Rolle. Sowohl in der Pflege wie auch im interprofessionellen Kontext braucht es Massnahmen, um den Nutzen für die Patientinnen und Patienten, die Zusammenarbeit und die ökonomischen Interessen des Betriebes sichtbar zu machen. In diesem Zusammenhang braucht es Überlegungen zur Erfassung und Evaluation der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der einzelnen pflegerischen Interventionen sowie der generellen Rolle der APN.

Familienorientiertes Case Management: Eine Aufgabe der Advanced Practice Nurse

Ilona Manske

Malteser Care-Ring GmbH, Ferstelgasse 6/9, 1090 Wien, AUSTRIA

1 EINLEITUNG

Die Malteser Care-Ring GmbH ist ein Hilfswerk des Souveränen Malteser-Ritter-Ordens, das 2010 mit der Zentrale in Wien gegründet wurde. Durch Case und Care Management wird eine bedarfsdeckende, professionelle Pflege und Betreuung für Menschen mit unterschiedlichem Pflegebedarf im eigenen Zuhause angeboten.

Eine spezielle Form ist das familienorientierte Case Management, das Malteser Care-Ring GmbH seit 2011 anbietet. Dabei wird nicht nur dem erkrankten Kind durch professionelle Betreuung und Pflege geholfen, sondern das ganze Familiensystem unterstützt, den Alltag zu bewältigen. Wichtig dabei ist das Vernetzen aller involvierten Personen und Stellen.

2 CASE MANAGEMENT

Laut Österreichischer Gesellschaft für Case und Care Management handelt es sich beim Case Management um einen Handlungsansatz, der „sich vor allem dadurch auszeichnet, dass möglichst entlang eines gesamten Krankheits- oder Betreuungsverlaufes eines Patienten oder Klienten („over time“) und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und –sektoren sowie Professionen („across services“) ein maßgeschneidertes Versorgungspaket („package of care“) erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll.“¹ Der Regelkreis erfolgt in den Schritten Intake, Assessment, Planung, Implementation, Monitoring und Evaluation.

Die wesentlichen Aufgaben und Ziele im Case Management sind:

- Ganzheitliche Sichtweise auf die Bedarfslagen des Klienten/der Familie
- Gemeinsame Zielerreichung mit den Klienten und Familien
- Bedürfnis- und bedarfsorientierte Versorgung
- Entlastung der Angehörigen von Pflegebedürftigen
- Gewährleistung der Kontinuität, sowohl zeitlich als auch personell

¹ Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management [ÖGCC] (2014): Grundlagenpapier S. 1 f. (<http://www.oegcc.at/>)

- Qualitätssicherung mittels regelmäßiger Pflegevisiten und einer laufenden elektronischen Dokumentation
- Umsetzung des Case Management Regelkreises
- Unnötige Wiederaufnahmen in stationäre Einrichtungen vermeiden
- Lebensqualität bestmöglich erhalten
- Regelmäßiger Kontakt zur Familie, Hausarzt, sowie dem gesamten Betreuungsteam
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Vernetzung von Dienstleistungen
- Koordination aller benötigten Dienstleistungen

3 FAMILIENORIENTIERTES CASE MANAGEMENT

Aktuelle Daten vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger aus der Bundespflegegeld-Datenbank berichten von insgesamt 11 280 Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die Pflegegeld beziehen. Davon befinden sich ca. 330 Kinder in Wohn- bzw. Pflegeheimen, wobei selbst zahlende Familien hierbei nicht eingerechnet wurden und tatsächlich eine höhere Anzahl geschätzt wird (Stand 31.12.2013). Angelehnt an diese Zahlen wird ersichtlich, dass der Großteil der pflegebedürftigen Minderjährigen primär zu Hause durch Familienangehörige betreut wird und in diesem Bereich Handlungsbedarf gegeben ist.

Malteser Care-Ring hat das familienorientierte Case Management im Sommer 2011 in Wien begonnen. Seit Sommer 2013 läuft dieses Projekt auch in Niederösterreich. Insgesamt werden derzeit um die 50 Familien mit schwer erkrankten Kindern, teilweise mit einer lebensverkürzenden Diagnose, zu Hause betreut. Mehr Informationen zu den einzelnen Betreuungssettings sowie über die spezifische Arbeit eines Case Managers werden im Vortrag anhand eines Fallbeispiels näher erläutert.

Das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem bietet zahlreiche Unterstützungsleistungen an, jedoch werden diese der Komplexität der Fälle nicht immer gerecht. Die Konsequenzen für die Familien sind häufig fundamentale Krisen, die bis zum Auseinanderbrechen des Systems führen können. Der Ansatz des familienorientierten Case und Care Managements ist ein ganzheitlicher, der dem Entstehen dieser Krisen frühzeitig entgegenwirken will. Es werden die Probleme des Familiensystems analysiert und darauf aufbauend alle nötigen entlastenden Maßnahmen gesetzt und koordiniert, mit dem Ziel die Normalität und Stabilität bestmöglich zu erhalten und soziale Isolation zu verhindern. Dadurch sichert Case und Care Management nicht nur die pflegerische Versorgung für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, sondern verhindert auch präventiv physische und psychische Erschöpfungszustände der Angehörigen.²

Familienorientiertes Case Management kann in jedem Fall einen wichtigen Beitrag zur integrierten Versorgung im häuslichen Umfeld der Familie leisten. Dabei wirkt sich

² Malteser Care-Ring (2012): Familienorientiertes Case und Care Management für Kinder mit Pflegebedarf, In: Pfliegenetz Ausgabe 05, 2012, Seite 10 f.

eine möglichst früh einsetzende Begleitung der Familien, idealerweise noch vor der stationären Entlassung, günstig auf die weitere Entwicklung des Kindes als auch auf die Familie als sich neu konstituierendes System aus.³

³ Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (2014): Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2014. http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/Onlineversion_Ligabericht_2014_web_%283%29.pdf (04.02.2014)

Gesundheit der Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen: Notwendigkeit der Entwicklung von Gesundheitskompetenz

Helmut Freudenthaler

Betriebsrat der AKh Linz GmbH, Krankenhausstraße 9, 4021 Linz, AUSTRIA

1 EINLEITUNG

Studien an Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen bzw. –studentInnen zeigten, dass deren gesundheitsrelevante Lebensweisen und deren Gesundheitszustand im Vergleich zur Gesamtbevölkerung signifikant weniger beachtet bzw. praktiziert wurden. Dabei sind Auszubildende in Gesundheitsberufen schon während der Ausbildung hohen Belastungen ausgesetzt. Ziel meiner Studie war es daher, Daten zum Gesundheitsempfinden und -verhalten der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege in Oberösterreich zu erheben.

Die Ergebnisse der repräsentativen, quantitativ-deskriptiven Untersuchung „Zur Gesundheit der Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen in Oberösterreich“ bestätigen was zuvor schon in anderen Arbeiten gezeigt wurde.

Dabei ist Gesundheitsförderung einerseits mittlerweile ein anerkanntes Tätigkeitsfeld der Pflegeberufe und beschäftigt sich in den deutschsprachigen Ländern mit den Themen Familiengesundheitspflege, Pflegeprävention, klientenorientierte Information, Schulung und Beratung, Public Health Nursing und unterschiedliche gesundheitsförderliche Unterstützungsstrategien für Patienten und pflegende Angehörige beim Selbstmanagement chronischer Erkrankungen. Andererseits setzt professionelle Gesundheitsförderung Gesundheitskompetenzen beim Pflegepersonal voraus.

„Was aber ist Gesundheitskompetenz? Was muss man wissen und können, um sowohl die eigene Gesundheit als auch die Gesundheit von Patienten und Angehörigen zu pflegen und zu fördern? Und nicht zuletzt schließt sich die zentrale Frage an, wie diese Kompetenz erlernt bzw. vermittelt werden kann“¹.

2 PROBLEM- UND ZIELDARSTELLUNG

Die Ergebnisse der aktuellsten Studien zur Gesundheit von PflegeschülerInnen in Österreich und Deutschland lassen vermuten, dass ähnlich wie ihre deutschen Ausbildungskolleginnen an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen vor allem lernen,

¹ Brieskorn-Zinke M. (2011): Achtsamkeitspraxis und die Entwicklung von Professioneller Gesundheitskompetenz in der Pflege In: Pflege 2011; 24 (4): 251–257.

berufsspezifische Risiken (wie z.B. Infektionsgefahr, Verletzungsgefahr etc.) zu vermeiden. Sie lernen aber kein umfassendes Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden. Die entsprechenden Aktivitäten zur Förderung eines solchen Verständnisses werden, den Daten zufolge, ebenfalls nicht vermittelt^{2,3,4}.

Ziel dieses Beitrages ist es anhand ausgewählter zentraler Ergebnisse der in Oberösterreich durchgeführten Querschnittstudie zur „Gesundheit der Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen“ zu versuchen die Notwendigkeit der Entwicklung von Gesundheitskompetenz aufzuzeigen. Der daraus resultierende dringende Handlungsbedarf in Bezug auf die Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen selbst, aber auch die Auswirkungen auf die von den PflegeschülerInnen betreuten Personengruppen sollen im Sinne der nachhaltigen Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit dargestellt werden.

3 ZENTRALE ERGEBNISSE

Die Ergebnisse der repräsentativen, quantitativ-deskriptiven Untersuchung „Zur Gesundheit der Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen in Oberösterreich“ zeigen, dass auch die oberösterreichischen Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen im Vergleich zur altersäquivalenten Bevölkerung und den österreichischen SchülerInnen ihre Gesundheit schlechter einschätzen, verstärkt psychische und physische Beschwerden aufweisen und in ihrem Gesundheitsverhalten teilweise schlechter abschneiden².

Die ebenfalls befragten PflegestudentInnen (Grundausbildung mit Bachelorstudium in Pflegewissenschaft) schnitten hingegen teilweise deutlich besser ab.

4 DISKUSSION

Die deutlich höheren physischen und psychischen Beschwerden bei den PflegeschülerInnen im Vergleich zu den österreichischen SchülerInnen lassen sich durch die in Gesundheitsberufen schon während der Ausbildung hohen Belastungen, wie z.B. Zeitdruck, seelisch belastende und aufreibende Arbeit, Hebetätigkeiten, technische und organisatorische Belastungen, Burnout, Nachtarbeit, ständigen Wechsel der Ar-

² Freudenthaler H.; Müller G. (2013): Zur Gesundheit der Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen in Oberösterreich. Eine quantitativ-deskriptive Querschnittstudie. In: Pflegewissenschaft 7-8/13, 401 – 415.

³ Schwanke A.; Bomball J.; Schmitt S.; Stöver M.; Görres S. (2011): Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeschulen. Ergebnisse einer Studie zur Bundesweiten Vollerhebung in Pflegeschulen. In: Pflegewissenschaft 04/11, 205 – 212.

⁴ Brieskorn-Zinke M. (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart, Kohlhammer.

beitsabläufe, Unfall- und Verletzungsgefahren, erklären^{5,6,7,8,9,10}. Die Kombination der physischen und psychischen Beschwerden zeigt gerade vor dem Hintergrund der Studie von Biffel et al. die Dimension der Folgen von (Arbeits-)belastungen auf. Biffel et al. führten eine Studie durch, die sich mit den Kosten der psychischen und physischen Krankmacher in der Arbeit beschäftigte und dafür nationale wie internationale Datenquellen erhoben und zusammengeführt hat. Die Ergebnisse zeigten, dass Beschäftigte ohne Belastungsfaktoren im Schnitt nur 0,8 Tage ausfielen, während auf Personen mit einem psychischen (aber keinem körperlichen) Belastungsfaktor 3,3 arbeitsbedingte Ausfalltage und auf Personen mit einer körperlichen Belastung durchschnittlich 2,6 Ausfalltage entfallen. Jene Arbeitskräfte, die sich am Arbeitsplatz sowohl einem körperlichen als auch einem psychischen Belastungsfaktor ausgesetzt sahen, hatten dagegen pro Kopf im Schnitt 5,9 Krankenstandstage. Die Kostenanalysen der Studie legen weiters nahe, dass zwar in die Akutversorgung von psychisch belasteten und kranken Personen verstärkt zu investieren ist, dass allerdings angesichts der hohen Kosten des „Krank in die Arbeit gehen“ (Präsentismus) der Prävention von Stress besonderes Augenmerk zu schenken ist¹¹.

Insgesamt ergibt sich in Kombination mit dem Bewegungsverhalten sehr viel Freizeit, in der sich die oberösterreichischen Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen in einem äußerst geringen Umfang bewegen. Hier wäre im Sinne der Normabweichung ohne Krankheitswert¹² zu prüfen, ob die generell hohe körperliche Aktivität, die dem Pflegeberuf innewohnt, für die geringe körperliche Aktivität in der Freizeit verantwortlich ist¹³.

Fast die Hälfte der oberösterreichischen Befragten gab an zu rauchen und weist somit ein stabiles Risikoverhalten auf. Fast ein Drittel der RaucherInnen raucht täglich (31,3%), wobei sich die Geschlechter im Hinblick auf ihr Rauchverhalten deutlich voneinander unterscheiden. Von den 17-jährigen österreichischen Schülern rauchen

⁵ Jenull B., Brunner E., Ofner M., Mayr M. (2008): Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegekräften. In: *Pflege* 21, 16 – 24.

⁶ Biffel G.; Leoni T.; Mayrhuber C. (2009): Arbeitsplatzbelastungen, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität. Studie, WIFO (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung), Wien.

⁷ Kranewitter H.; Stelzer-Orthofer C.; Gerich, J.; Sonnleitner N. (2008): Berufsverläufe und Tragfähigkeit in der Altenfachbetreuung, Studie, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Linz.

⁸ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (Hg.) (2007): Österreichischer Pflegebericht, Wien.

⁹ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (Hg.) (2006): Österreichischer Pflegebericht, Wien.

¹⁰ Böhm R. (2006): Arbeitsklimaindex Gesundheitsberufe. Kammer für Arbeiter und Angestellte für Salzburg, Salzburg.

¹¹ Biffel G.; Faustmann A.; Gabriel D.; Leoni T.; Mayrhuber C.; Rückert E. (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Studie, DUK (Donau-Universität Krems), WIFO (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung), Krems/Wien.

¹² Franke A. (2010): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern, Verlag Hans Huber.

¹³ Neumann P.; Klewer J. (2010): Das Gesundheitsverhalten von Auszubildenden im sozialpflegerischen Bereich. Eine Untersuchung an Berufsbildenden Schulen in Sachsen. In: *Pflegewissenschaft* 12/10, 672 – 677.

35,3% täglich¹⁴, wohingegen in Oberösterreich die Pflegeschüler um elf Prozent häufiger täglich rauchen (46,3%). Dieses Ergebnis zeichnet vor dem Hintergrund, dass sich Rauchen weltweit als der bedeutendste Risikofaktor für die jugendliche Gesundheit darstellt, ein negatives Bild.

Das teilweise deutlich bessere Abschneiden der befragten PflegestudentInnen (Grundausbildung mit Bachelorstudium in Pflegewissenschaft) bestätigt, was zuvor schon in anderen Arbeiten gezeigt wurde: Personen mit geringerer Bildung weisen einen schlechteren Gesundheitszustand und erhöhte gesundheitliche Risikofaktoren auf. Die multivariate Analyse einer Studie der Bertelsmann Stiftung beleuchtet diese Ergebnisse jedoch differenzierter. Auch nach Kontrolle weiterer Einflussfaktoren hat in dieser Arbeit unzureichende Bildung einen statistisch signifikanten Einfluss auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bewegungsmangel und Rauchen. Gerade für die beiden Indikatoren des Gesundheitsverhaltens „Bewegungsmangel“ und „Rauchen“ ist dieser direkte Zusammenhang mit dem Merkmal „unzureichende Bildung“ auch im multivariaten Modell sehr deutlich¹⁵.

5 IMPLIKATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Da die oberösterreichischen Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen im Vergleich zur altersäquivalenten Bevölkerung, aber auch im Vergleich zu den österreichischen SchülerInnen ihre Gesundheit schlechter einschätzen, verstärkt psychische und physische Beschwerden aufweisen und in ihrem Gesundheitsverhalten deutlich schlechter abschneiden, ist anzunehmen, dass sie ähnlich wie ihre deutschen Ausbildungskolleginnen an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen vor allem lernen, berufsspezifische Risiken (wie z.B. Infektionsgefahr, Verletzungsgefahr etc.) zu vermeiden². Sie lernen aber kein umfassendes Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden. Die entsprechenden Aktivitäten zur Förderung eines solchen Verständnisses von Gesundheit und Wohlbefinden werden, den Daten zufolge, ebenfalls nicht vermittelt^{3,4}.

Dabei zeigt gerade die Studie von Stark et al.¹⁶, dass PflegeschülerInnen bzw. -studentInnen ihre Selbstpflegeaktivitäten dann steigern, wenn ihnen während der Pflegeausbildung Zeit für die Entwicklung ihrer gesundheitsbezogenen Strategien gegeben wird. „Damit wissensbasierte Gesundheitskompetenz auf fruchtbaren Boden fällt, sollte die erfahrungsbezogene Gesundheitsbildung am Anfang stehen. Die achtsam erfahrende Selbstbetroffenheit im Gesundheits- und Krankheitserleben ermöglicht einen wachen und kritischen Zugang zum Gesundheitswissen unserer Zeit“¹.

¹⁴ Ramelow D.; Griebler R.; Felix Hofmann F.; Unterweger K.; Ursula Mager U.; Rosemarie Felder-Puig R.; Dür W. (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010, Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III, Wien.

¹⁵ Mielck A.; Längen M.; Siegel M.; Korber K. (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. <http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-E1BCB598-B47FE6BE/bst/Gesundheitsstudie%20Bildung.pdf> (10.1.2014).

¹⁶ Stark M. A.; Manning-Walsh J.; Vliem S. (2005): Caring for self while learning to care for others: a challenge for nursing students. In: The Journal of Nursing Education 44 (6), 266-270.

Dem oben genannten Erkenntnisstand folgend, bietet sich das Modell einer salutogenetischen Gesundheitsförderung für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung an. Durch die Anwendung einer salutogenetisch orientierten Gesundheitsförderung besteht Chance, dass Arbeit selbst unter hohen Anforderungen und Belastungen für die Aus- und Weiterzubildenden gesundheitsförderlich ist, wenn sie von ihnen als verständlich, beeinflussbar und sinnhaft erlebt wird und die notwendigen Rahmenbedingungen zur Verfügung gestellt werden^{17,18}.

Dieses methodisch-didaktische Konzept eignet sich wegen seiner partizipativen Gesundheitsbildung, der Organisation von Lernprozessen im Zusammenhang mit Gesundheit, der Motivationsstärkung und Entfaltung individueller gesundheitlicher Potenziale über selbstreflektive Übungsaufgaben, besonders gut für die Ausbildung eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit und Wohlbefinden. Dadurch kann eine individuelle Veränderung des Gesundheitsbewusstseins und des Gesundheits- und Risikoverhaltens durch zwischenmenschliche Kommunikations- und Interaktionsprozesse erfolgreich in Gang gesetzt werden. Diese Veränderungen können für die Gesundheit der Auszubildenden, aber in weiterer Folge auch für die Gesundheit der durch die Auszubildenden betreuten Personengruppe förderlich sein¹⁹. Eine erfolgreiche Umsetzung des salutogenetisch orientierten Modells muss allerdings weit über den Unterricht hinausgehen. Die Anwendung des Modells erfordert im Sinne des Mehrebenen-Modells bzw. der Ottawa-Charta auch über die individuelle, personenbezogene Ebene (Verhaltensebene) hinauszugehen. Sie verpflichtet dazu, auch die gruppenspezifische und institutionelle Ebene (Verhältnisebene) miteinzubeziehen^{20,4}. Deswegen genügt es nicht, nur die Gesundheits- und Krankenpflegesschulen und die dortigen Verhältnisse miteinzubeziehen (Unterrichte, Schulgebäude, Pausengestaltung etc.). Die Umsetzung muss sich im weitesten Sinne auf alle lebensrelevanten Umwelten beziehen (Schule, Praktikumsort, Freizeit, Familie sowie auf die sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen). Von den gesundheitsrelevanten Settings scheint dem Praktikumsort im Hinblick auf die betriebliche Gesundheitsförderung viel Potenzial innezuwohnen. Aufgrund der hohen und steigenden Arbeitsbelastungen scheint es gerade in diesem Lebens- bzw. Arbeitsumfeld der PflegeschülerInnen wichtig zu sein, die Verhältnisse so zu verändern, dass sie der Gesundheit der Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen soweit als möglich förderlich sind. Gerade dort droht die Umsetzung des Modells zu scheitern, denn wie eine aktuelle Studie, die sich mit der Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten befasst hat, zeigt, profitierten Pflegenden als eigentliche Zielgruppe von getroffenen Maßnahmen womöglich gar nicht. Die Gefahr besteht darin, dass Pflegenden aufgrund der emotional belastenden Schnittstellenabstimmung mit den Ärzten, die sie nicht beeinflussen können, zusätzlich ärzt-

¹⁷ Bauer J. (2013): Arbeit. Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht. München, Karl Blessing Verlag.

¹⁸ Spicker I.; Schopf A. (2007): betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für pflege- und sozialdienste. Wien New York, Springer.

¹⁹ Kickbusch I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung.

²⁰ Höhmann U., Schilder M., Metzenrath A., Roloff M. (2010): Gesundheitsförderungsprojekte. Was wird gefördert – wer profitiert. In: Die Schwester Der Pfleger, 49 (11), 1060-1065.

liche Aufgaben übernehmen und dies mit einer Selbstverpflichtung zu kompensieren versuchen. Dadurch steigt die Arbeitsdichte für die Pflegepersonen insgesamt²¹. Für die im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplompflegepersonen beschriebenen Aufgaben²² steht in weiterer Folge immer weniger Zeit zur Verfügung. Dieser Umstand führt letztlich dazu, dass diese Tätigkeiten größtenteils an die in Ausbildung stehenden Pflegepersonen delegiert werden. Auf der anderen Seite scheiterten die Versuche der Pflegepersonen eigene Aufgaben wiederum an andere Berufsgruppen, wie Servicepersonal oder dem Reinigungsdienst weiterzudelegieren vor allem daran, dass die Klinikleitung die Aufgabenverschiebung aus Kostengründen verwehrt¹⁹. Deshalb ist bei der Umsetzung des Modells der salutogenetisch orientierten Gesundheitsförderung im Rahmen der interdisziplinär angelegten betrieblichen Gesundheitsförderung auch darauf zu achten, dass den im Zusammentreffen von statusniedrigeren und statushohen MitarbeiterInnen aufgestellten Fällen durch systematische Mechanismen entgegengewirkt wird²⁰.

Nicht zuletzt ist hier im Sinne der Ottawa-Charta²² und der Erklärung von München²³, die Politik gefordert, eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik und gesundheitsförderliche Lebenswelten (bzw. Arbeitswelten) zu schaffen^{12,19}. Bereits im Jahr 2000 wurden die einschlägigen Behörden von den Gesundheitsministern der Mitgliedstaaten der europäischen Region der WHO eindringlich gebeten, der geforderten Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens nachzukommen. Denn den Pflegenden und Hebammen fällt „...im Rahmen der gesellschaftlichen Bemühungen um eine Bewältigung der Public-Health-Herausforderungen bei der Sicherstellung von hochwertigen, zugänglichen, chancengleichen, effizienten und gegenüber den Rechten und sich wandelnden Bedürfnissen der Menschen aufgeschlossenen Gesundheitsdiensten, die die Kontinuität der Versorgung sichern, eine Schlüsselrolle [...]“ zu, „...die zudem immer wichtiger wird.“²³

Die Politiker auf Bundes- und Landesebene sind dazu aufgerufen, Maßnahmen zur Stärkung von Pflege- und Hebammenwesen zu beschleunigen, indem sie sich unter anderem mit den Hindernissen der Nachwuchspolitik, geschlechtsspezifischen und das berufliche Prestige von Pflegenden und Hebammen betreffenden Problemen beschäftigen. Weiters sollen sie die Rolle von Pflegenden und Hebammen in Public Health, Gesundheitsförderung und gemeindenaher Entwicklungsarbeit ausweiten²³.

Durch eine so umgesetzte Gestaltung der individuellen Bedingungen für Gesundheit und der dafür notwendigen Verhältnisse könnte gleichzeitig qualifiziertes Pflegepersonal so lange wie möglich nicht nur im Beruf, sondern auch im Unternehmen, und

²¹ BGBl. I Nr. 108/1997 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 57/2008, Artikel 1, § 14.

²² WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (10.01.2014).

²³ Danzon M.; Fischer A. (2009): Erklärung von München – Pflegenden und Hebammen – ein Plus für Gesundheit. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_4?language=german (22.05.2010).

die notwendigen Recruiting- bzw. Anlaufkosten für Neu- bzw. Nachbesetzungen damit möglichst niedrig gehalten werden²⁴.

6 AUSBLICK FÜR DIE PRAXIS UND FORSCHUNG

Generell wären ein regelmäßiges, wissenschaftlich fundiertes Monitoring der Gesundheit und des -verhaltens der Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen und die Untersuchung der Determinanten und Einflussfaktoren für Gesundheit in den für diese Population relevanten Settings wie Familie, Schule, Praktikumsort, Freizeit sowie der sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen von Gesundheit wünschenswert. Dadurch könnten mit wissenschaftlicher Unterstützung effektive und effiziente Programme zur Förderung der Gesundheit dieser Population entwickelt werden. Die Anwendung interdisziplinär ausgerichteter Modelle (wie z.B. des Modells der salutogenetisch orientierten Gesundheitsförderung) und die Entwicklung von Konzepten zur Erforschung der Gesundheitsförderung für diese Personengruppe im Rahmen eines Netzwerks (wie z.B. dem der gesundheitsfördernden Schulen oder Krankenhäuser) wären zukünftig anzustreben.

Auch die WHO ist der Meinung, dass eine strenge nationale und internationale Überwachung essenziell für den Kampf gegen globale Epidemien wie z. B. die der Tabakepidemie ist. Die gewonnenen Daten sind für die Sicherung des Erfolges der getroffenen Interventionen notwendig. Nur durch die exakte Überwachung können die durch Risikoverhalten verursachten Probleme verstanden und effektive Interventionen bewältigt und verbessert werden²⁵.

Bei der vorliegenden Studie wurde zu wenig auf die wechselnden Verhältnisse zwischen den berufspraktischen und theoretischen Ausbildungsabschnitten geachtet. Daher empfiehlt sich für zukünftige Befragungen die wechselnden Verhältnisse während der Ausbildung u.a. auch in Bezug auf die unterschiedlichen bzw. wechselnden Wohnverhältnisse (z.B. WohnheimschülerInnen) in die Erhebung zur Gesundheit miteinzu beziehen. Es müsste auch untersucht werden, wie sich die wechselnden Verhältnisse der Ausbildung auf die Dauer der körperlichen Aktivität auswirken bzw. ob sich bei Berufen mit hohen körperlichen Anforderungen, wie dies im Pflegeberuf der Fall ist, die körperliche Aktivität in der Freizeit verändert².

²⁴ Them K.H. (2006): Berufsverbleib, Berufsausstieg bzw. Berufswiedereinstieg diplomierter Pflegepersonen in Österreich. Dissertation vorgelegt an der UMIT- Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol.

²⁵ WHO (2008): WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package, Geneva, World Health Organization.

Einfach nett sein?¹

Cora van der Kooij

Akademie für Mäeutik, Zandhofsestraat 32, 3572 GH Utrecht, NETHERLANDS

Der Titel meiner Doktorarbeit heißt ‚Einfach nett sein?‘ Weshalb gibt es dieses Fragezeichen? So schwierig kann es doch nicht sein, andere Menschen so zu behandeln wie man selber behandelt werden möchte. Selbstverständlich bin ich nett, wenn ich pflege. Aber nicht selten, wenn ich Menschen betreue die verunsichert sind, ängstlich, traurig oder erbost, muss ich einiges verstehen und können. Sofort muss ich in meinem Innern eine Haltung suchen die mich mit den Gefühle dieses Menschen verbindet. Ich will dass er sich beruhigt und mir vertraut. Und ich persönlich erfahre das immer wieder als eine nicht so einfache Herausforderung. Wenn es mir gelingt, mein Gegenüber zu erreichen, in dem Moment jedenfalls, bin ich echt zufrieden. Ich sammle diese Erfahrungen, nicht nur die von mir selbst, sondern auch die von vielen, vielen andere Pflegenden und Betreuern.

So weit so gut. Das ist der Basis des mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells. Aber in den letzten Jahren habe ich auch als Patientin Erfahrungen gesammelt. Ich habe selbst die Angst gefühlt, die totale Verwirrung, die Panik. Ich habe nicht wortwörtlich aber doch schon heftig um mich herum geschlagen. Als Patientin war ich alles außer nett. Und die Menschen die mit mir zu tun hatten, fühlten sich von mir angefahren, angeschuldigt, zurückgewiesen. Nicht desto trotz haben sie mich ertragen, betreut, geheilt. Sie kamen nicht weiter mit einfach nett zu sein, denn gerade ihre sogenannte Nettheit hat mich am meisten erschüttert. Ich wollte dass sie sich mit meinem Erleben dieser Situation auseinander setzten. Dass sie mich Ernst nahmen. Und das haben sie dann tatsächlich getan.

Eine Zeit danach, ich war noch immer in Behandlung, hatte sich die auch hier gewünschte Vertrautheit entwickelt. Ärzte und Pflegekräften lernten mich kennen als eine, die gerne alles selbst regelt und akzeptierten das ohne weiteres. Sie waren froh, dass es mir gut ging. Dann, eines Tages, gratulierte einer der leitenden Pflegekräfte, mit der ich ein gutes Verhältnis hatte, mich mit meiner veränderten Haltung. Er sagte, ich sei jetzt entspannt und freundlich, während ich anfangs angespannt, abwehrend und unfreundlich war. Er bezeichnete das als eine schöne Leistung. Das war nett gemeint, aber ich fühlte mich sofort wieder angegriffen. Ich protestierte: ‚Ja, aber ich bin auch nett. Ich habe mich nicht verändert, bin nur wieder mich selbst geworden‘. Er hat das nicht verstanden, und weil er so nett war, habe ich das akzeptiert.

Auch in der Altersbetreuung sind Menschen anfangs, nach ihrem Einzug, nicht immer nett. Sie brauchen Zeit, sich ein zu gewöhnen. Sie brauchen Betreuer, die sie erst mal

¹ © Newsletter IMOZ-Akademie für Mäeutik Deutschland, Herbst 2012

kennenlernen wollen. Sie verarbeiten ihre veränderten Umstände, den Verlust von Autonomie, von Kontinuität. Das ist nicht einfach. Sie brauchen dann kein Stigma: der oder die ist ein schwieriger Mensch. Sie brauchen Verständnis für ihre Erschütterung. Und genau das gleiche trifft auf den Angehörigen zu.

So verbinden sich meine beruflichen und meine persönlichen Erfahrungen. Auch das ist ein Aspekt der Mäeutik.

12. Juli 2012, Cora van der Kooij.

Advanced Nursing Practice am Beispiel des Schmerzmanagements bei chronischen SchmerzpatientInnen und Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

^aAngelika Doberer, ^bGünter Geyer

^a Wiener Krankenanstaltenverbund, Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Margaretenstraße 119/13, 1050 Wien, AUSTRIA

^b Krankenhaus Hietzing, 2. Medizinische Abteilung – Zentrum für Diagnostik und Therapie rheumatischer Erkrankungen, Wolkersbergengasse 1, 1130 Wien, AUSTRIA

1 EINLEITUNG

Chronischer Schmerz ist ein weit verbreitetes Problem in der Gesellschaft, das zu enormer Belastung der PatientInnen und des Gesundheitssystems führt. Der Leidensdruck der Betroffenen ist enorm und beeinträchtigt deren gesamte Lebenssituation. In Österreich leiden rund 1,7 Millionen an chronischem Schmerz. Bei über 440.000 der Betroffenen ist dieser Schmerz als schwerer Dauerschmerz zu bezeichnen.

Die direkten volkswirtschaftlichen Kosten durch chronischen Schmerz sind enorm: sie werden in Österreich auf 1,4 bis 1,8 Milliarden Euro geschätzt. Hinzu kommen noch indirekte Kosten aufgrund von Fehlzeiten durch Arbeitsunfähigkeit und Frühpension¹.

Im Management von chronischen SchmerzpatientInnen kann man nur Erfolg haben, wenn man einen multiprofessionellen Zugang wählt. Pflegekräfte haben dabei, neben ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen eine wichtige Schnittstellenfunktion inne. Notwendig ist eine entsprechende Qualifizierung von Pflegekräften, die Wissens- und Handlungsgrundlagen für ein erfolgreiches Management vermittelt. Im Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ wurden hierzu erstmals Kompetenzen beschrieben und dargelegt, welche Voraussetzungen für eine fundierte Betreuung notwendig sind. Es zeigt sich, dass es bereits eine vielfältige mit Zertifizierungen arbeitende Weiterbildungslandschaft zu dieser Thematik gibt. Eine

¹ Krahulec, E., Schmidt, L.J., Habacher, Kratzer, H. (2012): Chronischer Schmerz. Überblick über die ambulante Schmerzversorgung in Österreich. Schmerz, Volume 26, Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Quelle: <http://www.springermedizin.at/artikel/26425-unterschaetzt-und-unterbehandelt> abgerufen am 2.02. 2014

Spezialisierung der Pflege in diesem Bereich kann zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen².

2 IMPLEMENTIERUNG EINES SYSTEMATISCHEN UND INTER-PROFESSIONELLEN SCHMERZMANAGEMENTS AN EINER INTERNISTISCHEN STATION

Bei alten Menschen kommt chronischer Schmerz besonders häufig vor. Am häufigsten sind in dieser Betroffenenengruppe Schmerzen aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates. Studien zeigen, dass 60-80% der 60-89jährigen an chronischen Schmerzen leiden³. Bei diesen meist multimorbiden Menschen stellt eine wirksame Schmerzbehandlung oft eine große Herausforderung dar.

Problemdarstellung an der Abteilung

- Zwei Drittel der PatientInnen an unserer Abteilung sind über 65 Jahre alt
- Bei mehr als 50% dieser PatientInnen sind Schmerzen ein vorrangiges Problem
- Die Rolle der Pflege im Schmerzmanagement ist nicht klar definiert
- Es besteht ein hoher Anteil an Menschen mit Demenz, die große Probleme in der Schmerzeinschätzung haben

2.1 Menschen mit kommunikativen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen

In der Pflege von demenzerkrankten Menschen kommt es bei der Schmerzerfassung häufig zu Schwierigkeiten, da Schmerz zu wenig erkannt wird. So haben Studien gezeigt, dass demenzerkrankte Menschen sowohl Nichtopioide als auch Opioide signifikant seltener erhalten als ältere Personen ohne kognitiver Beeinträchtigung⁴.

Obwohl die Selbsteinschätzung von Schmerzen immer Vorrang hat, kann man davon ausgehen, dass ab einem MMSE-Wert von etwa 15 durch die damit verbundenen Einschränkungen in kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten eine Fremdeinschätzung notwendig wird. Ein zuverlässiges Schmerzassessment bei Personen mit Demenz benötigt nicht nur Erfahrung der Pflegepersonen und Wissen bzgl. der Verhaltensweisen des Patienten/der Patientin, sondern auch den Einsatz standardisierter Schmerzerfassungsinstrumente.

Es existieren bereits einige Skalen zur Schmerzerfassung bei dementen Personen, allerdings findet man kaum Hinweise, wie häufig diese angewendet werden. Nach eingehender Sichtung der Literatur haben wir uns für die Implementierung der Beobach-

² DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2004): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Sonderdruck aus der Schriftenreihe der Fachhochschule Osnabrück.

³ Gagliese, L., Melzak, R. (1997): Chronic Pain in elderly people, Pain, Volume 70, Issue 1

⁴ Lagger, V., Mahrer-Imhof, R., Imhof, L. (2008): Schmerzmanagement bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen: ein Forschungsanwendungsprojekt, Pflege, 21: 149 – 156.

tungsskala „Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)“ entschieden.

Eine fortlaufende Durchführung der BESD-Skala und angeeignetes Wissen der Pflegepersonen über Schmerzen bei dementen Personen ermöglichen eine adäquate Schmerzerfassung und Schmerzbehandlung dieser PatientInnengruppe.

2.2 Erstellung und Umsetzung eines systematischen interprofessionellen Schmerzmanagements an einer internistischen Station

Folgende Themen wurden in der Konzepterstellung erarbeitet und umgesetzt

Interne Schulungen zu den Themen

- Schmerzassessment (NRS, VRS, BESD)
- Fortlaufende Schmerzmessung- und dokumentation
- Wirkungen und Nebenwirkungen von Schmerzmedikamenten (gemeinsam mit der Apotheke)
- Prävention u. Behandlung von schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen
- Nichtmedikamentöse Verfahren der Schmerzbehandlung (Aromapflege, Bewegungsförderung/Lagerungen, Ablenkung (Imagination), Wärme- und Kryotherapie)
- Pflegeplanung/Dokumentation

Erstellung eines Algorithmus zur interprofessionellen Schmerzbehandlung

- Gemeinsam mit den ÄrztInnen wurde ein Algorithmus „Schmerzmanagement“ erstellt

Begleitung der Umsetzung in die Praxis

- Jourfix-Veranstaltungen während der Implementierung in die Praxis.

Jährliche Evaluation der praktischen Umsetzung

- Das Schmerzmanagement wird jährlich evaluiert.

Ziel

Systematische Schmerzeinschätzung und Einleitung einer frühzeitigen Schmerztherapie

2.3 Förderung des Selbstmanagements

Durch die ständige Nähe der Pflegekräfte zum Patienten/zur Patientin gelten Pflegekräfte als erste Ansprechpartner bei Fragen, wenn Erklärungen und Informationen nicht verstanden werden. Die Pflege kann schmerzbelasteten Menschen mit Beratung und Anleitung zu den notwendigen Kompetenzen und Strategien in der Schmerzbewältigung verhelfen. Die Selbstmanagementfähigkeiten der Betroffenen können durch diese Maßnahmen und die gemeinsame Suche nach Problemlösungen verstärkt werden.

3 ERGEBNISSE

Die Konzepterstellung dauerte zwei Monate. Die Schulung der AnsprechpartnerInnen für Schmerz an den Stationen war nach 4 Monaten abgeschlossen. Drei Jahre nach der Implementierung eines systematischen Schmerzmanagements zeigt sich im Team eine deutliche Sensibilisierung – auch gegenüber kommunikativ und/oder kognitiv beeinträchtigten Menschen – sowie ein systematischer Zugang zu diesem Thema. Schmerzreduktionen von bis zu 70% konnten während des Krankenhausaufenthalts erreicht werden.

Breast Care Nurses als kompetente Wegbegleiterinnen im Brustgesundheitszentrum Graz

Angelika Hajdinyak^a, Barbara Ribul^b, Brigitte Uitz^a,

^aLKH Univ. Klinikum Graz, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Auenbruggerplatz 14, 8036 Graz, AUSTRIA

^bLKH Univ. Klinikum Graz, Klinik für Chirurgie, Auenbruggerplatz 29, 8036 Graz, AUSTRIA

1 EINLEITUNG

Schließen Sie die Augen und stellen Sie sich vor Sie stehen unter der Dusche und tasten in Ihrer Brust einen Knoten. Im Zuge der Routine Mammographie erhalten Sie einen abklärungsbedürftigen Befund. Im Brustgesundheitszentrum wird der schlimme Verdacht nun Gewissheit: Brustkrebs. Und jetzt sind Sie eine von 5.000 Frauen in Österreich, die jährlich an Brustkrebs erkranken. Anders formuliert eine von 8.

In dieser Situation ist es für viele Frauen sehr wichtig eine Ansprechperson vor Ort zu haben, die ihr mit ihrer pflegerischen Fachexpertise unterstützend zur Seite steht- die Breast Care Nurse. Anhand des folgenden Vortrages möchten wir Ihnen das Berufsbild und die damit verbundenen Tätigkeiten der Breast Care Nurse näherbringen.

2 BERUFSBILD UND AUSBILDUNG DER BREAST CARE NURSE

2.1 Definition Breast Care Nurse

Breast Care Nurse (BCN) bedeutet Pflegeexpertin für Brustgesundheit. BCN sind Pflegepersonen, die speziell für die Betreuung, Beratung und Begleitung von BrustkrebspatientInnen ausgebildet sind. Sie informieren, beraten und schulen die Betroffenen.

2.2 BCN im Brustgesundheitszentrum

Im Rahmen der Zertifizierung zum Brustgesundheitszentrum am LKH Univ. Klinikum Graz im Jänner 2011 erfolgte die Ausbildung von Pflegepersonen zu Breast Care Nurses.

Das LKH Univ. Klinikum Graz wurde im Jänner 2011 durch eine externe Kommission überprüft und ist seitdem ein zertifiziertes Brustgesundheitszentrum.

Die Rezertifizierung erfolgt im April 2014.

2.3 Ausbildung

Im Zuge der Zertifizierung des LKH Univ. Klinikum Graz haben drei Pflegepersonen die Ausbildung zur Breast Care Nurse (BCN) im AZW in Innsbruck besucht. Diese umfasst 160 Stunden theoretischen Unterricht, 120 Stunden e-learning und 40 Stunden Praxis in einem zertifizierten Brustzentrum.

3 TÄTIGKEITSBEREICH DER BCN AM LKH UNIV. KLINIKUM GRAZ

Derzeit gibt es drei Breast Care Nurses am Brustzentrum des LKH Univ. Klinikum Graz.

Eine BCN ist auf der Univ. Klinik für Chirurgie -zwei an der Univ. Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätig. Für diese Tätigkeit erfolgt eine teilweise Freistellung an beiden Kliniken. Die Leistungen der BCN umfassen Anwesenheit bei Erstdiagnosestellung, Besuche während des stationären Aufenthaltes, Körperbildarbeit, Schnittstelle zu anderen Berufsgruppen des Brustgesundheitszentrums sowie Anwesenheit in der Nachsorge-Ambulanz. Auch eine telefonische Kontaktaufnahme für offene Fragen ist möglich.

3.1 Statistik 2013

Ambulante Betreuungen: 752 Frauen

Stationäre Besuche: 448 Frauen

4 FALLBEISPIEL

4.1 Begleitung einer Patientin durch die BCN

Die erste Kontaktaufnahme der BCN erfolgt im Zuge der ambulanten Erstvorstellung der Patientin (mit auffälligem Mammographie-Befund). Die BCN ist bei der Diagnoseübermittlung anwesend und steht anschließend als kontinuierliche Begleitperson und Unterstützerin der Patientin in den verschiedenen Phasen der Behandlung (Biopsie, OP-Planung, Chemotherapie, Strahlentherapie, Antihormontherapie, Körperbildveränderung,...) bis hin zur Nachsorge zur Verfügung.

Die Aufgabe der BCN ist es die Patientin in den verschiedenen Phasen der Therapie mit ihrer pflegerischen Kompetenz zur Seite zu stehen (Chemotherapie- Nebenwirkungsmanagement: Haarausfall, Operation, Mastektomie: Körperbild, Lymphödemprophylaxe, Anbieten von Bewältigungsstrategien, Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Team).

Diabetesschulung- und beratung am LKH-Univ. Klinikum Graz

Selbstmanagement und Empowerment von PatientInnen

Barbara Semlitsch

*LKH-Uniklinikum, UKIM, Abteilung für Endokrinologie & Stoffwechsel,
Auenbruggerplatz 15, 8036 Graz, AUSTRIA*

1 EINLEITUNG

Traditionelle Therapieansätze gehen im Allgemeinen davon aus, dass Experten und Fachleute weitestgehend die Ziele der Behandlung beim Diabetiker festlegen. So war auch der Kommunikationsstil betruerzentriert und die Bedürfnisse des Patienten im Zusammenhang mit der Erkrankung kamen meist gar nicht zur Sprache.

Moderne Ansätze in der Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern erwarten vom Behandlungsteam mittels geeigneter Kommunikation und Empowerment, dem Patienten grundlegendes Verständnis des Stoffwechselgeschehens sowie ein umfangreiches handlungsrelevantes Wissen über die Therapie zu vermitteln und darauf gerichtete Fertigkeiten einzuüben (Selbstmanagement)¹.

Seit 1989 gibt es im LKH-Univ. Klinikum Graz, an der Universitätsklinik für Innere Medizin eine Diabetesambulanz mit dem Angebot strukturierter Schulungen für Menschen mit Diabetes mellitus. Unterrichtsinhalte sind Grundlagen der Erkrankung, Insulinwirkung, Stoffwechselfelbstkontrollen, eigenständige Insulindosisanpassung, Vermeidung von Hypoglykämie als Akutkomplikation sowie Fußpflege und Spät komplikationen.

Die Schulungskurse werden in Kleingruppen anhand eines einheitlichen Curriculums von einer DGKS/P mit der Weiterbildung Diabetesberatung gemeinsam mit Medizinerinnen und Medizinern sowie Diätologinnen/Diätologen als interdisziplinäres Betreuungsteam durchgeführt. Sie ermöglichen Menschen mit Diabetes durch Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten eine aktive Rolle in der Gestaltung ihres täglichen Lebens und unterstützen sie dabei Entscheidung über ihren individuellen Lebensstil und in diesem Fall der Diabetestherapie selbst zu treffen².

Bei der Evaluation des strukturierten Schulungsprogrammes für intensivierete Insulintherapie an 200 Diabetikern drei Jahre nach dem Schulungskurs konnte die Effizienz

¹ B. Semlitsch, Ch. Fazekas, Th. Pieber (2003) Diabetesbehandlung heute: Empowerment, Selbstmanagement und die Art zu kommunizieren Diabetes und Stoffwechsel 12/2003

² B. Anderson, M. Funnell (2005) The Art of Empowerment, 2nd Edition

der Intervention Schulung auf Stoffwechselkontrolle, Hypoglykämiefrequenz und notwendige stationäre Aufenthalte im Krankenhaus gezeigt werden. Es kam prospektiv durch die Schulung und Betreuung zu einer Abnahme von Stoffwechsellertgleisungen und den damit verbundenen Spitalsaufenthalten (Tabelle 1)³.

	Basisuntersuchung	Nachuntersuchung
HbA1c (%)	8,7 +/- 2,0	7,5 +/- 1,2
Schwere Hypoglykämie (Episoden/Patient/Jahr)	0,46 +/- 1,37	0,13 +/- 0,40
Blutzuckermessungen/Tag	2,4 +/- 1,6	3,5 +/- 1,3
Insulininjektionen/Tag	2,7 +/- 1,0	4,3 +/- 0,9
Krankenhausaufenthalte (Tage/Patient/Jahr)	4,5 +/- 11,1	1,4 +/- 6,7

Tabelle 1: Stoffwechselkontrolle, Frequenz schwerer Hypoglykämien, Therapieform und Krankenhausaufenthalte bei 201 Typ - 1-Diabetikern vor Teilnahme am ambulanten Schulungsprogramm und bei der Nachuntersuchung nach drei Jahren

2 SCHLUSSFOLGERUNG

Die Integration von Selbstmanagement und Empowerment in Behandlungs- und Schulungsprogramme bewirkt einerseits eine langfristige Verbesserung der Stoffwechsellage sowie eine Erhöhung der Betreuungsqualität und führt daher zu mehr Zufriedenheit des Patienten und des Betreuungsteams.

³ T.R. Pieber, A. Holler, G.A. Brunner, S. Schattenberg, W.J. Schnedl, B. Semlitsch, H. Zapotoczky und G.J. Krejs (1995) Diabetesbetreuung in Österreich 5 Jahre nach der St. Vincent-Erklärung Wiener klinische Wochenschrift 107/15: 451 – 456

Patientenedukation im Rudolfinerhaus – Der Evidence gestützte Weg von der Theorie zur Praxisumsetzung

Andrea Smoliner

*Rudolfinerhaus Privatklinik GmbH, Stabstelle Pflegeentwicklung, Billrothstraße 78,
1190 Wien, AUSTRIA*

1 EINLEITUNG

Information und das Miteinbeziehen der PatientInnen in Entscheidungen, die ihre Gesundheitspflege betreffen, sind zentrale Patientenrechte, die gesetzlich verankert sind. Der „informierte Patient“ gewinnt somit immer mehr an Bedeutung, wobei die Begriffe Selbstbestimmtheit, Selbstverantwortung sowie steigende Gesundheitskompetenz eine zentrale Stellung einnehmen. Im Jänner 2012 wurde im Rudolfinerhaus das Projekt zur Umsetzung der Patienten- und Angehörigenedukation im stationären Bereich gestartet, um diesen gesetzlichen und gesellschaftlichen Ansprüchen zu entsprechen.

2 THEORETISCHER RAHMEN

Den theoretischen Rahmen für die Implementierung der Patienten- und Angehörigenedukation im Rudolfinerhaus stellt das Konzept Evidence-based Nursing (EBN) dar. Im Rudolfinerhaus wird Evidence-based Nursing entsprechend der Definition von Rycroft-Malone et al. (2004) als eine Denk- und Arbeitsrichtung verstanden, die problem- und handlungsorientiert von der konkreten Praxissituation ausgeht und ihre Entscheidungsfindung auf folgende vier Wissensquellen stützt: Forschung, klinische Expertise, Patientenpräferenzen und lokale Daten. Das bedeutet, dass auch bei den einzelnen Maßnahmen zur Implementierung des Konzepts Patienten- und Angehörigenedukation nach den EBN-Schritten vorgegangen und dabei das Wissen aus allen vier Quellen (soweit vorhanden) herangezogen wird.

3 PROJEKTBSCHREIBUNG

Als erster Schritt zu dieser Projektarbeit wurde 2010/2011 im Rahmen einer Dissertation mittels Fragebogen, Beobachtung und Fokusgruppeninterview die aktuelle Situation im Rudolfinerhaus zum Thema Patienten- und Angehörigenedukation erhoben. Im Jahr 2012 wurde eine Projektgruppe gegründet, die aus sechs Personen bestand (vier Pflegeberaterinnen und zwei Pflegende aus der Praxis). Als erste Maßnahme fand eine Literatuarbeit zum Thema Patienten- und Angehörigenedukation statt. Die Bearbeitung der Literatur diente einerseits den Projektmitgliedern zum Einlesen in die Thematik und andererseits als Grundlage für die Erarbeitung der Konzeptbeschreibung

„Patienten- und Angehörigenedukation im Rudolfinerhaus“. Um das Grundlagenwissen zu vertiefen, erfolgte eine Schulung der Mitglieder der Projektgruppe zu Inhalten und Methoden der Patienten- und Angehörigenedukation durch eine Referentin aus Deutschland. Auf Basis dieses Wissens wurden erste Patienteninformationsbroschüren erarbeitet, relevante Broschüren von externen Organisationen bewertet und ausgewählt, Informationsinseln auf allen Stationen eingerichtet und Schulungsboxen zusammengestellt. Weiters wurden die Inhalte der innerbetrieblichen Fortbildung für alle Pflegenden erarbeitet. Anfang 2013 startete dann die Praxisumsetzung mit Fortbildungen für alle Pflegenden, um theoretische Inhalte zu Patienten- und Angehörigenedukation zu vermitteln und die ersten Maßnahmen zur Praxisumsetzung zu besprechen. Eine wichtige Maßnahme bei der Praxisumsetzung stellt die Begleitung der Pflegenden durch die Pflegeberaterinnen dar. Im Rahmen von Begleittagen in der Praxis oder im Rahmen der Pflegevisite werden die in die Praxis umgesetzten Informations-, Schulungs- und Beratungssituationen gemeinsam mit den PraktikerInnen reflektiert.

Langfristig ist der Aufbau eines Patienteninformationszentrums (PIZ) geplant. Ein PIZ ist eine Beratungsstelle, die sowohl von stationären PatientInnen als auch von externen Personen genützt werden kann. In einem Raum stehen den informationsuchenden Personen Literatur zu Gesundheit und Umgang mit Erkrankung, Informations- und Schulungsmaterial und auch die Möglichkeit das Internet zu nützen zur Verfügung. Das PIZ wird von Pflegenden geführt, die neben der Unterstützung der Nutzung der verschiedenen Medien auch Beratungsgespräche und Schulungen zu pflegerischen Themen durchführen, z.B. zur Vorbeugung von Stürzen, zur Vorbeugung von Hautschäden oder zu Pflegehilfsmitteln (Monn et al, 2012, S.69).

4 RESÜMEE UND AUSBLICK

Die Notwendigkeit einer pflegebezogenen Patienten- und Angehörigenedukation zeigt sich aufgrund der demografischen Entwicklung sowie der Zunahme chronischer Erkrankungen. Auch die immer kürzer werdende Aufenthaltsdauer im Krankenhaus erfordert, dass PatientInnen lernen, mit ihren Gesundheitsproblemen zu Hause angemessen umgehen zu können. „Insgesamt ist wichtig, dass beruflich Pflegende Edukationsaufgaben als normale Tätigkeit begreifen, dass diese Aktivitäten aus der Implementierungsphase in Evaluation/Forschung übergehen können und vor allem, dass Akteure wie Betroffene, Kostenträger und andere Berufsgruppen eine pflegebezogene Information, Schulung und Beratung als nützliche Unternehmung wahrnehmen“ (Zegelin 2006, S.21).

REFERENZEN

- [1] Monn, A., Gerstetter, J. (2012): Das Patienten-Informationszentrum im Marienhospital Stuttgart. PA-DUA, 7, 69-72.
- [2] Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G. Kitson, A., McCormack, B. (2004): What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47, 81-90.
- [3] Zegelin, A. (2006): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 1, 16-21.

Advanced Nursing Practice am Beispiel des Wundmanagements im AKH Wien

Vlastimil Kozon^a, Norbert Fortner^b

^aAllgemeines Krankenhaus – Medizinischer Universitätscampus, Direktion des Pflegedienstes - POE, Bereich klinische Pflegewissenschaft, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, AUSTRIA

^bAllgemeines Krankenhaus – Medizinischer Universitätscampus, Universitätsklinik für Chirurgie, Klin. Abteilung für Gefäßchirurgie, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, AUSTRIA

1 EINLEITUNG

Seit 2005 wird im AKH Wien Wundmanagement interdisziplinär ausgebaut. Die ersten Bemühungen eine Vernetzung im Wundmanagementbereich im AKH Wien zu etablieren, begannen mit der Bildung eines multidisziplinären Wundmanagementforums. Diese Vernetzung wurde aufgrund der Bedürfnisse aus der Pflegepraxis initiiert, durch die Direktion des Pflegedienstes gestartet und bis heute fachlich begleitet. Zu einem wichtigen Impuls für die systematische Entwicklung des Wundmanagements wurde die Fertigstellung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (DNQP, 2009)¹ und die folgende nachhaltige Implementierung dieses Expertenstandards in Jahren 2010-2013. In der Versorgungsstruktur der PatientInnen mit chronischen Wunden spielen die speziell ausgebildeten und in der klinischen Praxis tätigen Pflegefachpersonen – BereichswundmanagerInnen (BWM) mit Kompetenzen einer ANP eine Schlüsselrolle.

2 AUSGANSSITUATION

Vor dem Jahr 2006 herrschten intransparente Wundbehandlungsstrukturen, obsolete und nicht evidenzbasierte Wundbehandlungen, keine klare interprofessionelle Verfahrensregelung zwischen Pflege und Medizin und keine einheitliche Wunddokumentation. Die WundmanagerInnen wurden kaum fort- und weitergebildet und hausweit nicht effektiv vernetzt.

2.1 Wundmanagement - Organisationsstruktur im AKH Wien

Damit die PatientInnen mit chronischen Wunden eine entsprechende fachspezifische Pflege und phasengerechte Wundversorgung erhalten, wurden in den letzten 5 Jahren

¹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)(2009): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Fachhochschule Osnabrück.

folgende Strukturen innerhalb des Pflegedienstes im AKH Wien – Medizinischer Universitätscampus entwickelt²:

1. Im Bereich des Pflegefachpersonals wurden folgende Funktionsstellen geschaffen:
 - Die/Der WundmanagementbeauftragteR (WMB) ist ein/E MitarbeiterIn des Pflegeteams, die/der an der Stationsebene direkt mit den PatientInnen im Kontakt ist;
 - Die/Der BereichswundmanagerIn (BWM) ist ein/E ausgebildete/R WundmanagerIn, die/der einerseits direkt mit PatientInnen in Kontakt ist und andererseits die fachliche Expertise sowie die Vernetzung innerhalb eines klinischen Bereiches steuert.
 - WundmanagementkoordinatorIn (WMK) ist ein/E ExpertIn in der Direktion des Pflegedienstes und steuert die Vernetzung der BereichswundmanagerInnen.
2. Schriftlich festgehaltene interprofessionelle Verfahrensregelung (Pflege und Medizin) und die Entwicklung einer interprofessionellen Wunddokumentation.
3. Fortbildungskonzept für Basisseminar „Wundmanagement“.

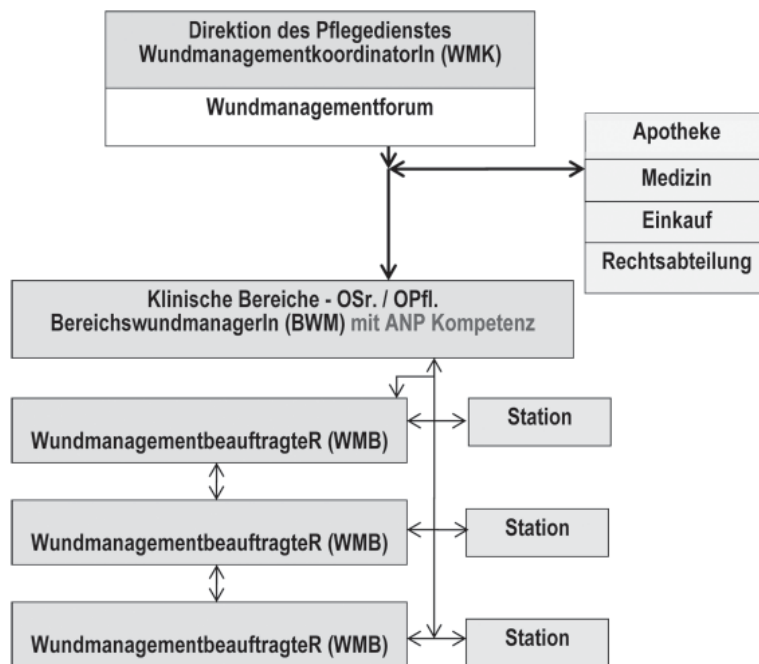


Abbildung: Organigramm des systematischen Wundmanagements im AKH Wien

² Kozon V., Schneeweiss S. (2014): Organisationsstruktur – Wundmanagement im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus. Direktion des Pflegedienstes – POE, Wien.

Die/Der BereichswundmanagerIn bzw. WundmanagementbeauftragteR ist

- zur Einschätzung der wund- und therapiebedingten Einschränkungen sowie der Selbstmanagementkompetenzen von PatientInnen und Angehörigen befähigt,
- für Wundbeurteilung, wundspezifisches Assessment und Wunddokumentation verantwortlich und
 - im Delegationsverfahren ist sie/er für Koordination und/oder Durchführung der phasengerechten Wundversorgung und Edukation der PatientInnen und deren Angehörigen zuständig.

Anforderungen an BereichswundmanagerInnen

Eine AngehörigeR des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit folgenden Hauptvoraussetzungen:

- WundmanagerIn mit absolvierter Weiterbildung im Wundmanagement gemäß § 64 GuKG
- mindestens fünfjährige Berufserfahrung (Kompetenzstufe 5 „Pflegeexpertin“ nach Benner) in der direkten Pflege, davon möglichst 2 Jahre in der Funktion einer/eines Wundmanagementbeauftragten
- ein Masterabschluss ist erwünscht.

Tätigkeiten der BereichswundmanagerInnen

Die Tätigkeiten der Bereichswundmanagerin/des Bereichswundmanagers werden gemeinsam mit der Bereichsleitung und der Stationsleitung definiert, z.B.:

- Organisation und Moderation der bereichsinternen Wundmanagementbeauftragtentreffen ggf. mit Unterstützung der Bereichsleitung – regelmäßige Berichterstattung über die Themen des Wundmanagementforums.
- Erstellung und Weiterleitung des Protokolls an die jeweiligen Stationen, die Bereichsleitung und die/den WundmanagementkoordinatorIn.
- Beratung der Wundmanagementbeauftragten in den klinischen Bereichen
 - Unterstützung bei komplexen Fällen durch Fachexpertise
 - Unterstützung bei der Übernahme der Wundmanagementbeauftragten-Tätigkeit
 - Mithilfe bei der Verwendung der Wunddokumentation.
- Erstellung von Informationsmaterial für die Wundmanagementbeauftragten-Tätigkeit. Planung, Organisation und ggf. Durchführung von bereichsspezifischen Fortbildungen für Wundmanagementbeauftragte und MitarbeiterInnen in Absprache mit der Bereichsleitung.
- Aktive Mitarbeit in Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung des systematischen Wundmanagements im AKH Wien.

Nachhaltige Implementierung des Expertenstandards

Für die Implementierung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (DNQP, 2009) wurden durch die Direktion des Pflegedienstes folgende Schritte durchgeführt:

1. Prävalenzmessung der PatientInnen mit chronischen Wunden und daraus folgend Auswahl der Stationen;
2. Fortbildungsbedarfserhebung für Personal und Durchführung der Fortbildungen;
3. Gestaltung einer interprofessionellen Verfahrensregelung (Pflege und Medizin) und Entwicklung einer interprofessionellen Wunddokumentation;
4. abschließende patientInnen- und pflegepersonalbezogene Auditdatenerhebung und Überreichung eines Zertifikats.

Jeder auditierten Station, die einen Mittelwert von mehr als 76% erreicht, wird ein Zertifikat für systematisches Wundmanagement für maximal 3 Jahre überreicht. Der Expertenstandard mit einem Zertifikat ist nur auf jenen Stationen zu implementieren, wo regelmäßig PatientInnen mit chronischen Wunden betreut werden (etwa 4-5 PatientInnen täglich) und sowohl eine/R WundmanagementbeauftragteR als auch ein/e BereichswundmanagerIn in dem klinischen Bereich tätig ist. Für die Implementierung ist ein Zeitraum von einem Jahr einzuplanen. Wichtig ist am Ende des Projektes die Auditierung der Implementierung durchzuführen und die erreichten Ergebnisse mit den Ergebnissen im deutschsprachigen Raum – z.B. mit den 13 Referenzkrankenhäusern (DNQP, 2009, 167) zu vergleichen. Ein Fortbildungsbudget in Form zeitlicher und finanzieller Ressourcen ist vorzusehen. Der Einsatz ausgebildeter und erfahrener WundmanagerInnen in der Projektorganisation ist für die Koordination mit anderen Berufsgruppen unabdingbar.

3 SCHLUSSWORT

Die Entwicklungen in der Organisationsstruktur des AKH Wien – Medizinischer Universitäts-campus haben mit sich gebracht, dass wesentliche Vorgänge möglichst weitgehend vereinheitlicht wurden. In der Versorgungsstruktur der PatientInnen mit chronischen Wunden sind in klar definierten Bereichen die speziell ausgebildeten und in der klinischen Praxis tätigen BereichswundmanagerInnen (BWM) mit ANP Kompetenzen im Einsatz. Damit die Funktion möglichst vollständig und auch mit der Kompetenz „Forschung“, ausgeübt wird, wird die PflegeexpertIn von der/dem WundmanagementkoordinatorIn (WMK) mit entsprechender akademischer Bildung von der Direktion des Pflegedienstes unterstützt. Die WundmanagementkoordinatorIn steuert die Vernetzung der BereichswundmanagerInnen und koordiniert auch die Fortbildungen (Wundmanagement-Basisseminar) der Wundmanagementbeauftragten auf den klinischen Stationen.

PatientInnen mit chronischen Wunden werden von WundmanagerInnen betreut. Auf

etlichen Stationen gibt es eineN weitergebildeteN WundmanagerIn.³ Die interdisziplinäre Zusammenarbeit vor allem mit den ÄrztInnen ist vielfach sehr gut, sodass die Empfehlungen der Wundmanagerin/des Wundmanagers angenommen werden. Die spezielle medizinische Diagnostik und die Verordnung der Lokaltherapeutika erfolgt durch die ÄrztInnen. Die Maßnahmenplanung erfolgt im Idealfall im Konsens mit den WundmanagerInnen.

³ Kozon V. et al. (2013): Nachhaltige Implementierung des Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden im AKH Wien. Projektbericht, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus Direktion des Pflegedienstes – POE, Wien.

ANP-Kompetenzfelder: Entwicklungsstand

Elisabeth Rappold

GÖG/ÖBIG, Stubenring 6, 1010 Wien, AUSTRIA

1 EINLEITUNG

Advanced Practice Nursing, Advanced Nursing Practice und Advanced Practice Nurse sind Begriffe, die im Pflegebereich in Österreich zunehmend diskutiert werden. Erste Absolventen und Absolventinnen einiger österreichischer Studiengänge zu Advanced Practice Nursing (APN) suchen bereits entsprechende Aufgaben, adäquate Stellen wurden allerdings noch nicht bzw. kaum geschaffen. Gleichzeitig kursieren verschiedene Interpretationen und Vorstellungen zu den Aufgaben und Rollen von APN.

In diesem Vortrag werden die zentralen Eckpunkte einer vertieften und erweiterten pflegerischen Praxis und Hauptaufgaben von Pflegepersonen, die diese Rollen einnehmen skizziert. Grundlage dafür sind derzeit in Österreich diskutierte Papiere (1,2,3,4,5,6,7), die zu einer Anpassung internationaler Konzepte für den nationalen Bedarf bearbeitet werden.

2 GRUNDLEGENDES ZU VERTIEFTEN UND ERWEITERTEN PFLEGE-ROLLEN

Voraussetzung für die Klärung von APN-Rollen ist die Diskussion von erweiterten und vertieften Aufgaben für die Gesundheits- und Krankenpflege. Diese können in unterschiedlichem Ausmaß und in verschiedene Richtungen wahrgenommen werden. Aufgaben wie Lehre und Management sind ebenfalls vertiefte und erweiterte Aufgaben, unterscheiden sich jedoch deutlich von jenen der APN. Zur Schärfung des Profils der APN gilt es dies herauszuarbeiten.

3 APN-AUFGABENFELDER UND KOMPETENZEN

Neben der Klärung der drei zentralen Aufgabenfelder (Spezialisierung, Erweiterung und Fortschritt) liegen derzeit bereits konkrete Überlegungen zur Beschreibung der sieben Kompetenzen von APN's vor. Diese sind:

- eine spezialisierte klinische Pflegepraxis mit dementsprechendem Expertenwissen.
- fachspezifische Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Klienten und Klientinnen und unterstützen Kollegen und Kolleginnen im Rahmen von Konsultationen in komplexen pflegerischen Situationen
- fachliches Leadership (und in diesem Kontext andere befähigen und führen).

- im interdisziplinären Team kooperieren und eine führende Rolle einnehmen.
- zur ethischen Entscheidungsfindung beizutragen.

Basierend auf den mehreren österreichischen Arbeitsgruppen die sich mit diesem Thema beschäftigen, werden diese bekannt gegeben und zur Diskussion gestellt.

REFERENZEN

Deutsches Netzwerk für APN & ANP 2011. Positionspapier Deutschland „Die kopernikanische Wende“ -. Witten: Deutsches Netzwerk APN & ANP.

IG Swiss ANP: Positionspapier - Advanced Nursing Practice in der Schweiz; 2012

Neumann-Ponesch Silvia et al. (Hg.): Advanced Nursing Practice in Österreich - Positionspapier, 2013, Facultas.wuv

ÖGKV-LV Stmk (Hg.): Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich, 2011

Rappold E., Rottenhofer I. et al.: Gesundheits- und Krankenpflege I. Evaluierung der Ausbildungsbereiche (Band I), 2012

Rappold E., Rottenhofer I. et al.: Gesundheits- und Krankenpflege I. Evaluierung der Ausbildungsbereiche (Band II), 2012

DBfK, ÖGKV und SBK: Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz; Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK, 2013 [http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/Positionspapier-ANP-DBfK-OEGKV-SBK-01-2013-final.pdf]

Rolle der Pflege im Gesundheitswesen von morgen – alles ANP?

Franz Wagner

*Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), Alt-Moabit 91, 10559 Berlin,
GERMANY*

Die Gesundheitssysteme weltweit befinden sich im Umbruch. Demographische Entwicklungen, epidemiologische Veränderungen und nicht zuletzt die weltweite Finanzkrise üben Veränderungsdruck aus. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der zukünftigen Rolle und der Binnenstrukturierung der Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Gesellschaft wird immer Pflege benötigen. Angesichts der steigenden quantitativen Anforderungen und der epidemiologisch bedingten Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung in vielen Ländern der entwickelten Welt ist allerdings auch klar, dass wir in den jetzt bestehenden Rollenzuschreibungen und Aufgabenverteilungen dies nicht bewältigen werden können.

Zusätzlich vermehrt und erneuert sich in Pflege und Medizin das verfügbare Wissen in immer kürzeren Zyklen. Wir erkennen zudem immer mehr die Interdependenzen von sozialen Faktoren und Gesundheit, wodurch Prävention von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit eine neue Gewichtung und auch erweiterte Ansatzmöglichkeiten erfährt.

Unterschiedliche Qualifikationsniveaus in der Pflege gibt es schon lange. Sie wurden mit der Zeit stärker durch Bildungswege formalisiert. Allerdings wurden diese unterschiedlichen Qualifikationsniveaus lange Zeit in der Praxis nicht immer streng unterschieden. Eine neuere Entwicklung, die mit der zunehmenden Akademisierung der Ausbildung, der Zunahme des Wissens und damit der Spezialisierung und nicht zuletzt als Trend aus dem angelsächsischen Raum zu uns stößt, ist die erweiterte Pflegepraxis – ANP. Wir befinden uns noch im Anfangsstadium dieser Entwicklung und berufsrechtliche und leistungsrechtliche Grundlagen sind erst im Ansatz oder gar nicht vorhanden. Der Diskurs was ANP überhaupt ist, wie wir die unterschiedlichen Rollen benennen, die sich darunter verbergen, im deutschen Sprachraum und welchen Platz haben diese Rollen im interdisziplinären Team der Gesundheitsversorgung aber auch im Profil pflegerischer Berufsqualifikationen, wird uns noch geraume Zeit beschäftigen.

Manchmal gewinnt man bei der Diskussion der demographischen Szenarien den Eindruck, als würde in nicht zu ferner Zukunft fast ausschließlich eine sehr kleine Anzahl hochqualifizierter Pflegefachpersonen eine große Anzahl von deutlich weniger qualifizierten Assistent/innen anleiten und überwachen. Für mich ist das eine Schreckensvorstellung – sie ist aber auch völlig unrealistisch. Denn die Vielfalt pflegerischer Versorgungsbedarfe verlangt auch eine Vielfalt von Leistungsangeboten. Deshalb ist

die Frage aus dem Referatstitel eindeutig mit „nein“ zu beantworten. Wir müssen nur dafür sorgen, dass von der promovierten Pflegefachperson bis zur Pflegeassistentin das dem Bedarf entsprechend erforderliche Kompetenzniveau eingesetzt wird.

AutorInnenverzeichnis

Bauer Margit	5
Doberer Angelika	26
Fortner Norbert	36
Frauenfelder Fritz	11
Freudenthaler Helmut	17
Geyer Günter	26
Hajdinyak Angelika	30
Kozon Vlastimil	36
Manske Ilona	14
Rappold Elisabeth	41
Ribul Barbara	30
Roes Martina	8
Semlitsch Barbara	32
Smoliner Andrea	34
Uitz Brigitte	30
van der Kooij Cora	24
Wagner Franz	43