

Pflegewert: Wert(e) der Pflege?

Abstractband

Mit freundlicher Unterstützung von



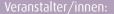




























Kontinenz- und Stomaberatung

Abschluss: Zertifikat/Akademische/r Kontinenz- u. Stomaberater/in

Dauer: 2 Semester/4 Semester

Teilnahmegebühr: EUR 3.200,-/EUR 4.100,-

Start des Lehrgangs 27.03.2017

Donau-Universität Krems

Tel. +43 (0)2732 893-2745

sophie.schwed@donau-uni.ac.at

www.donau-uni.ac.at/pflegewissenschaft





Die Anzahl an Demenz erkrankter Personen steigt stetig an. Die Betreuung dieser Menschen wird zu einer immer größeren Herausforderung. SecurWATCH IP ermöglicht eine zuverlässige Ortung in Echtzeit auch außerhalb von Gebäuden. SCHRACK SECONET AG, A-1120 Wien, Eibesbrunnergasse 18, Tel. +43 1 81157, www.schrack-seconet.com.







Spezielle Herausforderungen brauchen große Lösungen.

Ihre Lösung heißt: Cutimed® Sorbion® Sachet XL

Optimal für folgende Bereiche:

- Sakralbereich
- Unterschenkel
- Oberschenkel
- Achselbereich
- Unterer Teil des Bauches

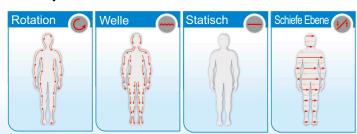
Mehr Sicherheit durch nur einen Verband Schutz vor Mazeration und Hautirritation Versorgung schwieriger Körperstellen





Über eine einfache Menüauswahl können verschiedene Bewegungsprogramme ausgewählt werden. So kann der Patient individuell stimuliert werden. Flügelfedern geben aktive Bewegungen an den Patienten weiter.

Therapieformen



Dekubitusprophylaxe und -therapie

- Geeignet für Hochrisikopatienten
- Hervorragende Druckverteilung ohne temporäre Druckspitzen
- Minimierte Scherkräfte und Reibung



Sunmed Medizintechnische Produkte GmbH Sanitätsfachhandel & Pflegebedarf

Jochen-Rindt-Straße 25, A-1230 Wien Internet: www.sunmed.at - Email: office@sunmed.at 24-Stunden Hotline: +43 1 699 22 99, Fax: +43 1 253 3033 2464

Schmerztherapie

- Sanfte Minimalbewegungen
- Individuell steuerbare Bewegungsformen und –zeiten
- Keine hohen Hubbewegungen (kein Spitzendruck)
- Auch im statischen Betrieb wird der Körper physiologisch unterstützt

Wahrnehmungsförderung

- Durch verschiedene Bewegungsmodi ist eine somatische und vestibuläre Stimulation möglich
- Besonders geeignet bei Krankheitsbildern mit Wahrnehmungsstörungen, wie Apoplexie, Insult, Alzheimer, Demenz etc.
- Ermöglicht das Wahrnehmen von Körperkonturen und –schwerpunkten
- Vermittelt Größenverhältnisse des Körpers
- Beugt der Entstehung von Spastiken vor

Technische Daten

ThevoActiv System, RG 50 inkl. Inkontinenzbezug

200 x 90 cm **Bestellnummer: 65312**

ThevoActiv System, RG 50 inkl. Inkontinenzbezug

200 x 100 cm **Bestellnummer: 65332**

Zubehör und Sondergrößen auf Anfrage!



Krankenhaus- und Ärzte-Bedarf

Handelsgesellschaft m. b. H.



KÄB

Verbandstoffe Sicherheit Hygiene Pflege OP





NOBA Verbandmittel





TYTEX[®]





ΚÄΒ

- + zuverlässiger Partner der
- + Pflege
- + seit über 25 Jahren

KONTAKT

KÄB Krankenhaus- und Ärztebedarf

Handelsgesellschaft m.b.H.

A-5421 Adnet Nr. 293

T +43 - (0)6245 - 84 051

F +43 - (0)6245 - 87 149

E office@kaeb.at



Saal

eröffnung

E	09.30-10.00	Eröffnung (Sabine Oberhauser, A, Alois Stöger, A, Michael Opriesnig, A, Claudia Kastner-Roth, A)
E	10.00-10.30	Kabarett: Gepflegter Humor von und mit Ronny Tekal und Norbert Peter
E	10.30-11.30	Pflege – Werte, Wertung, Wertschöpfung (Sabine Hahn, CH)

podium

E1 16.30-18.00 Pflegewert: Wert(e) der Pflege? (Sabine Hahn, CH, Roland Nagel, A, Josef Probst, A, Karl Schwaiger, A, Erich Fenninger, A)	
---	--

Motto: pflegewert: wert(e) der pflege?

_		
E1	12.30-13.30	Was ist der Pflegewert – Was ist Pflege wert? Das Spannungsfeld zwischen Ökonomie und der Wertehaltung einer Gesellschaft (Gottfried Haber, A)
E1	13.30-14.30	Pflegeethik – Werteorientierung als Voraussetzung und Kraftquelle einer erfolgreichen, pflegerischen Dienstleistung – Zeichen setzen an meinem Platz (Roland Nagel, A)
E1	14.30-15.30	Teilhabe und Engagement hochaltriger Menschen ermöglichen: "Und es geht doch!" (Claudia Gröschel-Gregoritsch, A)
E1	15.30-16.30	Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger (Sabine Schrank, A, Sozialministerium)
E2	12.30-13.30	Multiprofessionelle Zusammenarbeit und Herausforderungen in der gesundheitlichen Betreuung von Flüchtlingen (Michael Kühnel-Rouchouze, A, Nora Maierl, A)
E2	13.30-14.30	"Rooming in" im Caritas-Seniorenwohnhaus St. Anna (Michael Grabner, A)
E2	14.30-15.30	Werte pflegen durch Lebensweltorientierung (Nicole Bachinger-Thaller, A)

komplementäre.pflege

15.30-16.30

F1	11.30-12.30	Die heilende Kraft der Achtsamkeit: Mitgefühl und Selbstfürsorge in helfenden Berufen (Sabine Fabach, A)
F1	12.30-13.30	Die Implementierung von Therapeutic Touch in die Albert Schweitzer Klinik (Anke Stalzer, A, Isabella Lamprecht, A)
F1	13.30-14.30	Aromapflege – die Haut besser natürlich pflegen. Eine ganzheitliche, zukunftsorientierte Betrachtung (Eveline Deutsch-Grasl, A)
F1	14.30-15.30	Berührung und Schmerz – Komplementäre Methoden in der Pflege (Barbara Stöckigt, D)
F1	15.30-16.30	Das Erleben der Therapeutic Touch Interventionen von onkologisch erkrankten Menschen mit dem Phänomen Fatigue. Eine qualitative phänomenologische Studie (Heidi Ploner-Grißmann, A)

Die Entwicklung von Spezialistinnen und Spezialisten der Pflege mit Ausblick auf ANP (Gabriele Kroboth, A)

praxis.wissenschaft

F2	11.30-12.30	Pflegeforschung in Deutschland: Evaluation des Forschungsstands und Perspektive der altersbezogenen Pflegeforschung (Christian Teubner, D)
F2	12.30-13.30	Praxis-Forschung - eine erfolgreiche Methode der Hochschullehre und -leistung (Shoma Berkemeyer, D)
F2	13.30-14.30	Forschungsanwendung durch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der Pflegepraxis – Herausforderung für die Personal- und Organisationsentwicklung (Philipp Gallistl, A)
F2	14.30-15.30	Interprofessionelles Lernen – Von-, mit- und übereinander Lernen (Julia Moitzi, A)
F2	15.30-16.30	Advanced Nursing Practice aus der Perspektive der Lebenswelt (Uta Gaidys, D)

bildung.qualifikation

N1	11.30-12.30	Interprofessionelles Lernen von Pflege und Medizin: erste wissenschaftliche Ergebnisse aus Deutschland (Adina Dreier, D, Sabine Homeyer, D)
N1	13.00-14.00	The Power of Nursing: das Weiterentwicklungspotenzial der Profession Pflege in Österreich im Rahmen der Akademisierung von Lehre und
		Praxis (Melitta Horak A, Karin Klas, A)
N1	14.00-15.00	Reflexives Lernen und dessen Bedeutung in der Pflegeausbildung (Monika Schierlinger-Brandmayr, A)
N1	15.00-16.00	Soziale und personale Kompetenzen – unabdingbar in der Ausbildung in Sozialberufen (Marina Schildberger, A, Gerhard Adelberger, A, Elisabeth Loidolt, A)

gesponserter.beitrag

M1	11.00-12.00	Was können Spinnen, Fliegen und Bienen uns in der Wundversorgung lehren? (Heinz Mayrhofer, A, sorbion mayrhofer gmbh)
M1	12.15-13.15	Wundmanagement: Tradition trifft Moderne – Aromapflege und modernste Kompressionstherapie (Nicole Edelmayer, A, Johann Weichinger, A, sorbion mayrhofer gmbh)
M1	13.30-14.30	Planung und Entwicklung therapieunabhängiger Unterstützungsprogramme bei chronischen Erkrankungen. Entlastung und Kompetenzvermittlung für PatientInnen, Angehörige und medizinische Fachkräfte (Maria Schulze, A, Julia Klech, A, Sonja Töscher, A, Novartis Pharma GmbH)
M1	14.45-15.15	Fachvortrag BD Medical (N.N.)
M1	15.30-16.30	Frei Atmen – Neuer Weg in der Atemtherapie (Petra Schandl-Freimüller, A, Smiths Medical Österreich GmbH)
N2	11.30-12.30	Das Modell Buurtzorg in den Niederlanden – Was können wir lernen? (Monika Weissensteiner, A, Bundesarbeitskammer)
N2	12.45-13.45	Wie multisensorische Stimulation den Alltag von Behinderten beeinflussen und bereichern kann (Beat Grossenbacher, CH, Air Creative Handels GmbH)
N2	14.00-14.30	Fachvortrag BD Medical (N.N.)
N2	14.45-15.45	Evidenzbasierte Behandlungsqualität in der Pflege trotz Zeitdruck und Informationsflut – Hilfsmittel und Lösungsansätze von EBSCO Health (Katharina Bewer, D, Ebsco GmbH)
N2	16.00-16.30	Selbstständigkeit in der Pflege – Aktuelle Steuerfragen und Rechtliches (Dieter Welbich, A, Baldinger & Partner)



eröffnung



Sabine Hahn: Pflege – Werte, Wertung, Wertschöpfung

Werte der Pflege, (Be)Wertung der Pflege und Qualität werden häufig thematisiert und diskutiert. Dies ist nicht erstaunlich, denn viele Menschen benötigen Pflege oder üben eine pflegerische Tätigkeit aus. Pro 1000 Einwohner arbeiten gemäß WHO (2013 in Österreich über 7.8, in Deutschland über 11.5 und in der Schweiz über 16.3 Personen in der Pflege (die WHO Daten für die im Langzeitpflegebereich arbeitenden Pflegenden in Österreich fehlen). In Österreich nutzte im Jahr 2014 ca. ein Viertel der Bevölkerung Pflegeleistungen. Rechnet man betroffene Angehörige mit ein, ist ein wesentlicher Teil der Bevölkerung mit Pflege in irgendeiner Form vertraut, bzw. verfügt über direkte oder indirekte Erfahrungen mit Pflege und Pflegediensten. Es erstaunt folglich nicht, dass das Vertrauen von 95% der Bevölkerung in die Pflege (gleich nach Feuerwehr und Sanitäter) groß ist. Pflege wird wertgeschätzt. Diese Wertschätzung scheint jedoch bezüglich Professionalitätsbestrebungen, Karrieremöglichkeiten und finanzieller Anreize bzw. der Kosten der Pflege permanent hinterfragt zu werden, auch innerhalb der Berufsgruppe. Dies wirft die Frage auf, in wie weit Pflegende die Werte des Berufs (auch die Ethischen) und die dafür benötigten Ressourcen tatsächlich vertreten. Insbesondere die Langzeitpflege und die psychiatrische Pflege scheinen zu wenig Wertschätzung zu erhalten. Dies zeigt sich beispielsweise in der Wahl der Arbeits- und Studienbereiche von Berufseinsteigerinnen. Ein Mangel an qualifiziertem Personal ist in allen Bereichen spürbar. Zudem leidet die Akademisierung der Pflege im deutschsprachigen Raum noch unter dem Misstrauen von Bevölkerung, Politik und Berufsangehörigen. Die Pflege scheint immer noch um ihre Anerkennung kämpfen zu müssen. So geben beispielsweise die Mitglieder des Schweizer Berufsverbandes für Pflege dem Verband die Aufgaben: "Die Pflege als eigenständigen Beruf zu etablieren und die Position der Pflegefachpersonen zu stärken; die so-

Referentin

Prof. Dr. Sabine Hahn, PhD (CH)

Pflegewissenschaftlerin und Dipl. Pflegeexpertin. Sie leitet an der Berner Fachhochschule (CH) die angewandte Forschung und Entwicklung/Dienstleitung Pflege. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Kompetenz- und Qualitätsentwicklung und deren Messung sowie zukünftige Anforderungen an Gesundheitsberufe. Weitere Themen sind psychiatrische und psychosoziale Pflegeforschung sowie Aggressions- und Sicherheitsforschung im Gesundheitswesen. Frau Hahn ist zudem Gastprofessorin der University of Central Lancashire (UK), School of Mental Health Nursing.

zialen und wirtschaftlichen Bedingungen seiner Mitglieder zu wahren und zu fördern; die Gesundheits- und Krankenpflege weiterzuentwickeln und ihre Qualität zu sichern; [...]". In wie weit wertschätzen wir selbst unsere berufliche Tätigkeit und die damit verbundenen Herausforderungen? Die Bewertung und die Qualität der Pflege werden auf dem Hintergrund einerseits der beschränkten Ressourcen und andererseits der Entwicklung der Disziplin der Pflege und deren Professionalisierung immer aktueller. Doch zu welchem Preis? Studien zeigen auf, wie wichtig eine gute Pflegequalität für die Gesundheit der Bevölkerung in allen Altersgruppen ist. Bisher weniger im Fokus der Diskussion steht die Wertschöpfung der Pflege sowie der ökonomische und gesellschaftliche Wert der Pflege. Wird diese Bedeutung vernachlässigt? Diese und andere Fragen werden im Vortrag aufgenommen und zur Diskussion gestellt.

pflegewert: wert(e) der pflege?

Gottfried Haber: Was ist der Pflegewert - Was ist Pflege wert? Das Spannungsfeld zwischen Ökonomie und der Wertehaltung einer Gesellschaft

Gesundheitsleistungen werden in der öffentlichen Diskussion in der Regel verstärkt unter dem Aspekt der Kosten betrachtet. Dabei wird die Nutzendimension oft ausgeklammert. Allerdings ist diese in mehreren Dimensionen erheblich. Abgesehen vom Gesundheitsnutzen der Akutpflege und der Langzeitpflege entstehen auch beachtliche ökonomische Effekte durch die Erstellung einer nachgefragten Dienstleistung. Folgeeffekte durch Vorleistungen und Kaufkrafteffekte durch erzieltes Einkommen fallen dabei ebenso ins Gewicht wie Wertschöpfungsprozesse im Gesundheitssystem. Aber auch die Verkürzung von Fehlzeiten der Patientlnnen am Arbeitsmarkt sowie die Verbesserung und/oder Verlängerung der Partizipation an gesellschaftlichen Prozessen sind von Relevanz. Eine quantitätive Abschätzung der Gesamteffekte bleibt jedoch methodisch herausfordernd.

Referent

Univ.-Prof. MMag. Dr. Gottfried HABER (A)

Geb 3.12.1972, ist Universitätsprofessor an der Donau-Universität Krems und verantwortlich für die Fachbereiche "Management im Gesundheitswesen" sowie "Wirtschafts- und Finanzpolitik". Studium der Volkswirtschaft und der Betriebswirtschaft. Langjährige Tätigkeiten in den Bereichen Wirtschaftspolitik, Volkswirtschaft, Regionalwirtschaft, Kreditwirtschaft, Bankwesen und Finanzmärkte sowie Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen an und in Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen (u.a. Pädagogische Akademie des Bundes, Wirtschaftsuniversität Wien, UNIDO, Regierung der Republik Slowenien, Bundeskanzleramt, Finanzministerium, Wirtschaftsministerium, Innenministerium, EU, Weltbank, Ludwig Boltzmann Institut, OeNB, Wirtschaftskammer). 2004-2013 Präsident von METIS Institut für ökonomische und politische Forschung. Initiator und Präsident des Forum Velden. Mitglied in verschiedenen Aufsichtsräten (Kärntner Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft, HYPO NOE Gruppe Bank, HYPO NOE Landesbank; frühere Mandate in Entwicklungsagentur Kärnten und Kärntner Tourismusholding). 2009-2015 auch Vorsitzender des Wirtschaftspolitischen Beirates des Landes Kärnten. Seit 2014 Mitglied des Entwicklungspolitischen Beirates. Seit 2013 Mitglied des Generalrates der OeNB und Vizepräsident des **Fiskalrates**



Roland Nagel: Pflegeethik – Werteorientierung als Voraussetzung und Kraftquelle einer erfolgreichen, pflegerischen Dienstleistung Zeichen setzen an meinem Platz

Die Berufung professionelle, pflegerische Dienstleistungen zu erbringen, impliziert nicht nur ein pflegefachliches Vorgehen und Können, sondern setzt eine sichtbare Beziehungskompetenz zum Kunden voraus. Es ist daher Auftrag und Erfüllung zugleich, ethische Grundprinzipien sichtbar zu machen und das rechte Maß an Würde in den Mittelpunkt der verantwortungsvollen pflegerischen Arbeit zu stellen. Eine stabile Werteorientierung ist nicht nur ein Halt für die Pflegefachkräfte selbst, sondern auch eine Voraussetzung, um die menschlichen Grenzerfahrungen in der Pflege für sich selbst als Chance zu erfahren. Zeichen setzen an seinem Platz und Haltung unter Beweis zu stellen sind unumgängliche Zutaten einer humanistisch geprägten Pflegekultur.

Werte und Normen bestimmen und regeln unser Dasein. Mannigfaltige pflegeethische Herausforderungen des Berufsalltags, Konfliktsituationen im Team selbst, die zusammengenommen unser individuelles Verständnis von richtig und falsch auf die Probe stellen sind keine Seltenheit. Voraussetzung mit all diesem Konfliktpotential, welches in der ganzheitlichen Dimension des Menschen angesiedelt ist passend umzugehen, ist die Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion, im pflegefachlichen Kontext und darüber hinaus. Es gilt die eigenen Handlungsmaximen zu beleuchten, die persönlichen Bedürfnisse innerhalb des Pflegeteams und das Verhältnis zum Kunden selbst. Eine Option dabei ist die Kultivierung von gedanklichem Rollenwechsel, die Fähigkeit und praktische Umsetzung der Empathie, um einen Versuch zu starten, die Gedankenwelt und die Bedürfnislage meines Gegenübers zu entdecken und somit besser in der Lage zu sein, eine tragfähige Beziehung

Referent

Mag. Roland Nagel, MBA (A)

Ist Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger und studierter Politikwissenschaftler und vervollständigte seine Ausbildung nach dem Pflegemanagementstudium mit dem Abschluss des Master of Business Administration in Sozialmanagement und Leadership. Nachdem Diplom konnte Nagel sowohl Erfahrungen im Krankenhaussektor, wie in der Langzeitpflege sammeln. Nagel war in mehreren Leitungsfunktionen bis zuletzt in der Geriatrie tätig und kann neben Erfahrungen als Vortragender in Bildungseinrichtungen auf viele Jahre im Gesundheitswesen verweisen.

voll Vertrauen und Respekt zu begründen.

Gerade in der Pflegeethik subsumieren sich Diskurse im Kontext mit menschlichen Grenzerfahrungen. Sie fordern unseren eigenen Wertekodex heraus, immer wieder von neuem auch eine gewisse Form an Diskrepanz zwischen dem gegenwärtig Möglichen und dem tatsächlich Wünschenswerten zu akzeptieren. Zum ethischen Handeln bedarf es auch zunehmend den Blick für die Heterogenität der Gesellschaft. Daraus begründet wird die kultursensible Pflege, die nicht nur aus demografischer Sicht an Bedeutung gewinnt. Die eigene Verwurzelung meines individuellen Verhaltenskodex verleiht mir als Pflegefachkraft die Kraft und Stütze, die kontinuierlich notwendig ist, eine nachhaltig erfolgreiche Dienstleistung zu erbringen.



Claudia Gröschel-Gregoritsch: Teilhabe und Engagement hochaltriger Menschen ermöglichen: "Und es geht doch!"

Gesellschaftliche Teilhabe und als sinnvoll erlebte Betätigung gehören zu den wichtigsten Lebenselixieren für Menschen jeden Alters. Das wird auch in einschlägigen Studien und Abhandlungen über die "nachberufliche Lebensphase" und Menschen im so genannten aktiven "Dritten Lebensalter", d.h. so ca. bis 70 oder 75 Jahren, durchaus so gesehen und als wichtiges Anliegen thematisiert.

Wenn es um Menschen jenseits dieser magischen Grenze, insbesondere um Menschen über 80 Jahren bzw. "Hochaltrige" geht, sieht das allerdings ganz anders aus. Der im Rahmen eines EU-Projektes mit dem Titel "Active 80+ Das Wissen und Können hochaltriger Menschen achten und nutzen" aktuell erhobene, wenig erfreuliche Befund für Österreich und andere europäische Länder lässt sich vielmehr so zusammenfassen:

Menschen über 80 sind aus der (virtuellen) Gemeinschaft von Personen, die sich mit bedeutungsvollen Aktivitäten befassen und deren Beitrag als gesellschaftlich nützlich anerkannt wird, weitgehend ausgeschlossen.

Obwohl die Zahl der Hochaltrigen, absolut wie auch anteilig an der Gesamtbevölkerung, seit Jahren rasant steigt, wird ihr Potenzial zu dieser Gesellschaft aktuell und persönlich etwas beizutragen, immer noch viel zu wenig wahr- und ernstgenommen.

Dies ist aus gesellschaftlicher und kultureller Perspektive heraus bedauerlich - und aus menschlicher und menschenrechtlicher Sicht auf Dauer nicht akzeptabel. Denn das liegt keineswegs "in der Natur der Sache" sondern an der Hartnäckigkeit sich selbst reproduzierender Vorurteile. Diese betreffen sowohl die (fehlende?) Bereitschaft und die (geringen?) Kapazitäten dieser

Referentin

Mag. Claudia Gröschel-Gregoritsch, MPH (A)

Studium der Soziologie und Politikwissenschaft an der Universität Hannover, Master of Public Health an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 1997 in Österreich im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung tätig. Stellvertretende Leiterin der Abteilung Gesundheits- und Soziale Dienste im Generalsekretariat des Österreichischen Roten Kreuzes. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte sind u.a. die Würde älterer Menschen, Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen, Gesundheitsförderung und Unterstützung pflegender Angehöriger.

Personengruppe als auch den (als unverhältnismäßig hoch eingeschätzten) Aufwand, den es bräuchte, diese zu realisieren.

Der im Projekt "Active 80+" unternommene Pilotversuch zeigt dagegen: Viele Hochaltrige sind höchst interessiert, bereit und in der Lage, ihre Umgebung mit eigenen Projekten zu bereichern und so zu einer lebendigen Zivilgesellschaft beizutragen. Aufmerksamkeit, behutsame Begleitung und entsprechende Rahmenbedingungen machen sehr viel möglich.

Mein Appell lautet: Nutzen wir die Chance, von der Weisheit, Erfahrung, Begeisterungsfähigkeit und Phantasie Hochaltriger zu profitieren und ermöglichen wir alten Menschen ihr Recht auf Beteiligung zu verwirklichen!





Sabine Schrank: Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger

Die Pflege und Betreuung von älteren Menschen ist heute keine Ausnahmeerscheinung und stellt ein zentrales Thema in der österreichischen Sozialpolitik dar. Nicht nur oflegebedürftige Menschen, sondern auch deren pflegende Angehörige benötigen Unterstützung. Der Vortrag fokussiert auf Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige von Seiten des Bundes: Mit dem Pflegegeld wird ein Teil der pflegebedingten Mehraufwendungen durch eine Geldleistung (7-stufiges Modell, je nach Pflegebedarf EUR 157,30 bis EUR 1.688,90) abgegolten. Bei der Beurteilung des Pflegebedarfs berücksichtigt das Pflegegeld die durch eine Demenz erschwerte Pflegesituation mit einem Erschwerniszuschlag, der den Mehraufwand der pflegeerschwerenden Faktoren mit einem Zeitwert in Höhe von 25h/ Monat berücksichtigen soll. Für ArbeitnehmerInnen mit privatrechtlichen Arbeitsverhältnissen sowie öffentlich Bedienstete besteht die Möglichkeit der Vereinbarung einer Pflegekarenz bzw. einer Pflegeteilzeit (bei Pflege demenziell beeinträchtigter Menschen bereits ab Pflegegeldstufe 1). Während dieser Zeit gibt es einen Motivkündigungsschutz, Rechtsanspruch auf Pflegekarenzgeld sowie eine sozialrechtliche Absicherung (Kranken- und Pensionsversicherung). Nahe Angehörigen eines Menschen, dem zumindest ein Pflegegeld der Stufe 3 (bei nachgewiesener Demenz bereits ab Stufe 1) gebührt, können Zuwendungen zu den Kosten für die Ersatzpflege erhalten, wenn sie seit mind. einem Jahr die überwiegende Pflege erbringen und aufgrund von Krankheit, Urlaub oder sonstigen wichtigen Gründen die Pflege vorübergehend nicht erbringen können. Ersatzpflegemaßnahmen können in einem Ausmaß von bis zu vier Wochen/ Kalenderjahr gefördert werden. Ab Jänner 2017 wird die jährliche Höchstzuwendung zu entstehenden Kosten der Ersatzpflege um EUR 300 erhöht.

Referentin

Mag. Sabine Schrank (A), Sozialministerium

Mitarbeiterin der Sektion IV/B Pflegevorsoge im Sozialministerium. Von 2011 bis 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Ifd. Doktorandin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien im Bereich der gerontologischen Pflegeforschung und Lehrbeauftragte mit Schwerpunkt auf qualitative Forschung.

Förderung der 24-Stunden-Betreuung: Das Sozialministerium hat gemeinsam mit den Ländern ein Fördermodell entwickelt, mit dem Leistungen an pflegebedürftige Personen oder deren Angehörige (Zuschuss ab Pflegestufe 3) aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung gewährt werden können. Die Förderung bei der Beschäftigung von zwei selbstständig tätigen Betreuungskräften beträgt maximal EUR 550/Monat, bei zwei unselbständig tätigen Betreuungskräften maximal EUR 1.100/Monat. Die Betreuung muss gemäß den Bestimmungen des Hausbetreuungsgesetzes erfolgen. Auf Wunsch bietet das Sozialministerium im Rahmen der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege einen kostenlosen Hausbesuch bei pflegenden Angehörigen zur Beratung durch diplomierte Pflegefachkräfte an. Damit sollen bestehende Informationsdefizite durch praxisnahe Beratung behoben und zu einer Verbesserung der Pflege- und Lebensqualität beigetragen werden. Angehörige, die sich aufgrund der Pflegesituation psychisch belastet fühlen, können darüber hinaus ein kostenloses psychologisches Angehörigengespräch in Anspruch nehmen.



Shoma Berkemeyer: Praxis-Forschung - eine erfolgreiche Methode der Hochschullehre und -leistung

Praxis-Forschung ist eine geeignete Arbeitsweise, um einerseits Erkenntnisse aus der Praxis zu gewinnen und andererseits relevante Forschung für die Gesellschaft durchzuführen. Historisch betrachtet hat Forschung aus den systematisierten Beobachtungen der Empirie des Alltags wesentliche Erkenntnisse generiert. Forschungsfragen aus der Gesellschaft zu entwickeln, zu prüfen und die Ergebnisse die Gesellschaft mitzuteilen, eine Art Feedbackschleife mit Wissenszirkulation, könnte eine Möglichkeit für Nachhaltigkeit bieten.

In diesem Kontext ist es eine primäre Aufgabe die wissenschaftlichen Fragen aus der Gesellschaft zu identifizieren und zu bearbeiten. Hier bietet eine Top-down Denkweise Teillösungen. Die Fragestellungen aus einer Bottom-up Sichtweise heraus zu erarbeiten ist auch benötigt.

Hier bieten Hochschulen eine geeignete Umgebung diese Praxis-Forschung aktiv zu betreiben. Mit der Nutzung der wissenschaftlichen Methodik kann eine Forschungsfrage aus der Gesellschaft in Hochschulen erarbeitet werden. Selbst die Studierenden in den Hochschulen bringen Lebens- sowie Arbeitserfahrung mit. Von dieser Quelle der Erfahrung kann die Gesellschaft immens profitieren. Diese Bottom-up Sichtweise steht zunehmend im Fokus. Ein Beispiel für die Bottom-up-induktive Forschungsweise stellt die Nutzung von Praxisdaten zum Ausstoß von Treibhausgasen der Fabriken, Bauernhöfe sowie der Nation dar, um eine Einschätzung der Treibhausgase zu ermöglichen (1). In deduktiver Forschung gibt es aus der Basis Entwicklung von Theorien (2). Diese Kompetenz der bevölkerungsbasierten For-

Referentin

Dr. Shoma Berkemeyer (D)

Lehrt Wissenschaftliches Arbeiten und Forschungsmethodik, Grundlagen der Gesundheitswissenschaften sowie Prävention im Kontext Diversity an der Hochschule für Gesundheit im Department of Community Health mit einem Schwerpunkt in E-Learning sowie Lehr-Praxis-Forschungs-Transfer. Sie studierte an der Universität Delhi, Indien, der Universität Reading, England sowie WWU, Bonn. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in Prävention und Risikofaktorenforschung mit Evaluation von Projekte und Programme. Das Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit bietet zwei Bachelorstudiengänge an, ein Masterstudiengang ist in Planung.

schungsansätze bietet die Möglichkeit der Komplementierung einer wissenschaftlichen Fragestellung. Die Hochschulen in Deutschland treiben gerade diesen Forschungsansatz engagiert voran, was die bisherigen Forschungsergebnisse nur komplettieren kann. Gerade diese Praxis-Forschung ist ebenso notwendig wie die klassische Top-down Denkweise. Das bedeutet, dass Praxis-Forschung sachliche, personale sowie zeitliche Ressourcen benötigt.

- . Nisbet E, Weiss R. Top-Down Versus Bottom-Up. Science 2010;328(5983):1241-3.
- Coppedge DF, Bottom-Up Science Acts & Facts:38(11):18.



Michael Grabner: "Rooming in" im Caritas-Seniorenwohnhaus St. Anna

Das Konzept für "Rooming in" im Seniorenwohnhaus soll Angehörigen wie auch Mitarbeiter/innen Sicherheit bezüglich des entsprechenden Leistungsangebotes

Durch "Rooming in" möchten wir es den Angehörigen bzw. nahe stehenden Personen ermöglichen, unsere Bewohner/innen in schwierigen Lebenssituationen besser begleiten zu können. Im Zimmer des Bewohners/der Bewohnerin wird mittels Zusatzbett eine Nächtigungsmöglichkeit geschaffen, die Verpflegung entspricht in vollem Umfang dem Angebot, welches auch unseren Bewohner/ innen zur Verfügung gestellt wird. Weiters stellt das Haus Flachwäsche (Handtücher, Bettwäsche, etc.) sowie Waschmaschinen zur Versorgung der persönlichen Kleidung zur Verfügung.

Vorgesehen ist das "Rooming in" Konzept vor allem für 3 Lebenssituationen: Schwierigkeiten in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug, in psychischen Krisensituationen sowie, vor allem, in der Sterbephase.

Gerade in der Phase des Abschiednehmens war es unserem Team immer schon wichtig, die Nähe und Begleitung durch Angehörige zu ermöglichen. Was jedoch fehlte war eine formelle und verbindliche Vereinbarung bezüglich des möglichen Leistungsangebots. So fragten sich nicht nur die Angehörigen selbst: "Ist es wirklich in Ordnung, wenn ich über Nacht bleibe?" oder "Ist es zu viel verlangt wenn ich nach einem Kaffee oder gar einem kleinen Frühstück frage?

Diese Unsicherheit war auch bei den Mitarbeiter/innen vorhanden: "Darf ich die Angehörigen über Nacht im Haus bleiben lassen? Wo soll ich sie schlafen lassen?" oder "Was darf ich den Angehörigen anbieten? Nur Kaffee? Ein Frühstück, ein Mittagessen?...

Mit der Erarbeitung des Konzepts "Rooming in" stellt unser Seniorenwohnhaus

Referent

Michael Grabner MBA (A)

Caritas Linz

Geboren 1974 in Linz. Nach dem Diplom der allgemeinen Gesundheitsund Krankenpflege mehrere Jahre berufliche Praxis in verschiedenen Bereichen der Anästhesie- und Intensivmedizin, anschließend 14 Jahre tätig im Consulting von Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Parallel dazu Ausbildung im Gesundheits- und Sozialmanagement. Seit 2014 Heimleiter des Seniorenwohnhauses St. Anna der Caritas für Betreuung und Pflege in Linz.

ein konkretes Angebot und schafft somit Klarheit auf Seiten der Angehörigen als auch der Mitarbeiter/innen.

Die mögliche Dauer der Inanspruchnahme ist nicht genau festgelegt und orientiert sich stets individuell. Besonders bei einer schwierigen Eingewöhnung und in psychischen Krisen ist die laufende Evaluierung der positiven Wirksamkeit durch die zuständige Wohnbereichsleitung gefragt und gemeinsam mit Bewohner/in und Angehörigen zu besprechen.

Es wird eine geringe Abgeltung der entstehenden Aufwände (wie Wäscheversorgung, Verpflegung) verrechnet, außer in der Sterbephase - hier sehen wir das Angebot im Sinne unseres Auftrages der ganzheitlichen Pflege und Betreuung, vom Einzug ins Haus bis zum letzten Abschied.



Nicole Bachinger-Thaller: Werte pflegen durch Lebensweltorientierung

Werte leben von der persönlichen Einschätzung. Die subjektive Bewertung von Verhaltensweisen oder Situationen spielt eine große Rolle, auch in Pflege- und Betreuungsbeziehungen. Daher ist es wichtig, Werte von Menschen im Alter zu kennen. Es ist aber auch nötig sich der Verschiedenartigkeit der Werte bewusst zu sein. So heterogen die Gruppe der Menschen im Alter ist, so verschieden können auch ihre Werte sein. Zu den Werten von Menschen im Alter zählen u.a. Sicherheit, Selbstständigkeit, Partizipation und Vertrauen. In der Pflege und Betreuung sind wir nun gefordert diesen Werten gerecht zu werden. Reflektiert man die Begleitung von Menschen im Alter in Pflegeheimen, so erkennt man die Grenzen der Berücksichtigung dieser individuellen Werte. Diese Grenzen sind teils geschuldet durch räumliche Gegebenheiten, aber auch durch Strukturen und Prozesse der Institution Pflegeheim. Dort wo mehrere Menschen zusammenleben, bestimmen verschiedene Regeln und Strukturen den Alltag, dies kann förderlich, aber auch hemmend sein. Je starrer die Institution, desto weniger Raum gibt es für die Berücksichtigung der Bedürfnisse des Einzelnen. Mit dem Konzept der Lebensweltorientierung strebt das Diakoniewerk danach biografische Erfahrungen in der Begleitung zu berücksichtigen, den Erhalt der Selbstständigkeit von Menschen im Alter zu fördern, eine sichere aber fördernde Umgebung zu schaffen und nicht eine, sondern viele Lebenswelten anzubieten. Normalität und Eigenverantwortung mit gerade nur so viel Betreuung und Hilfe wie nötig sind die obersten Ziele dieses Konzeptes. Das Leben im Pflegeheim orientiert sich stark am Leben wie zuhause, dies bedingt vor allem strukturelle Anpassungen hinsichtlich interner Abläufe und Prozesse, aber auch eine Erweiterung der Haltung in der Organisation.

Referentin

Mag. Nicole Bachinger-Thaller (A)

Arbeitete nach ihrem Pflegewissenschaftsstudium im Bereich der mobile Pflege und Betreuung in Wien. Seit dem Wechsel in das Diakoniewerk 2012, ist sie als Mitarbeiterin der Abteilung Kompetenzmanagement Seniorenarbeit für die inhaltliche Entwicklung der Angebote für Menschen im Alter, inhaltliche Unterstützung der Leitungen, Projektmanagement und Qualitätsmanagement zuständig.

Neben der Pflege spielt die psychosoziale Betreuung eine wichtige Rolle. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten werden wieder in den Tagesablauf reintegriert und bieten beispielweise Möglichkeiten zur aktivierenden Beschäftigung als auch zu Teilhabe und Teilgabe. In erster Linie leben und wohnen die Menschen im Alter in den Häusern des Diakoniewerks, die benötigte Pflege wird bedürfnis- und ressourcenorientiert als auch qualitätsvoll erbracht, agiert allerdings im Hintergrund. Die individuellen Abläufe der BewohnerInnen bestimmen die Tagesstruktur und die Prozesse im Haus. Bei der Lebensweltorientierung geht es nicht darum, mehr zu arbeiten, sondern anders zu arbeiten.



Gabriele Kroboth: Die Entwicklung von Spezialistinnen und Spezialisten der Pflege mit Ausblick auf ANP

Die Anforderungen an Pflegepersonen sind in den letzten Jahren sehr vielfältig geworden. Die einzelne Pflegeperson ist nicht mehr in der Lage, alle aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu kennen. Die Volkshilfe Steiermark hat daher 2004 begonnen, Spezialistinnen und Spezialisten zu Pflegethemen die in der Langzeitpflege besonders brisant sind, zu etablieren. Zurzeit gibt es Dekubitus- und Wundbeauftragte, Kontinenzbeauftragte, Demenzbeauftragte und Beauftragte für ethische Fragen in der letzten Lebensphase. Die Spezialistinnen und Spezialisten haben zu ihren Themen ein Durchgriffsrecht innerhalb ihrer Organisationseinheit. Sie begleiten die Betroffenen und ihre Angehörigen, beraten die Bezugs-DGKS/P fallbezogen, führen qualitätssichernde Maßnahmen wie Eigenchecks durch, leiten daraus Verbesserungsmaßnahmen ab und setzten diese um. Sie schulen die Teams regional und sind verpflichtet, selbst immer am aktuellen Stand des Wissens zu sein. Die Volkshilfe Steiermark sieht in der Etablierung der Spezialistinnen und Spezialisten die Vorstufe zum Einsatz von ANP.

Referentin

Gabriele Kroboth (A)

Volkshilfe Steiermark

DGKS, ET, WDM, Präsidentin des ECET (European Council of Enterostomal Therapy), österr. Delegierte zum WCET, Mitglied des Expertenteams des Expertenstandards "Kontinenzförderung in der Pflege", Umsetzung von Projekten wie der Einführung von Expertenstandards in die Praxis, Referentin nationaler und internationaler Kongresse.

komplementäre.pflege



Sabine Fabach: Die heilende Kraft der Achtsamkeit: Mitgefühl und Selbstfürsorge in helfenden Berufen

Gesundheitsförderung und Burn-out Prävention von Menschen in Pflegeberufen gewinnt immer mehr an Bedeutung. Der tägliche Umgang mit Angst und Schmerz unter schwierigen Arbeitsbedingungen gepaart mit hoher Verantwortung ist sehr belastend.

So kann es leicht passieren, dass wir unsere Freude und Engagement verlieren. Wir grenzen uns immer mehr ab, werden ungeduldig und zynisch, alles ist anstrengend. Wir vergessen unsere Motivation, weshalb wir uns für diesen Beruf entschieden haben.

Mit Achtsamkeitsmethoden wie Meditation oder Bodyscan lernen wir, uns auch in stressigen Situationen zu entspannen und uns selbst und anderen freundlicher zu begegnen.

Das wiederum ist die Basis um mehr Selbstfürsorge zu entwickeln: tiefe Freundlichkeit und Wärme für uns selbst, gerade auch in Momenten, in denen wir uns über uns ärgern oder uns schämen. Diese Fähigkeit erhöht unser Selbstvertrauen und unser Kohärenzgefühl. Wir verdauen so die schwierigen Situationen des Alltags schneller oder erkennen deutlicher, wann es Zeit ist zu handeln. Somit agieren wir nicht aus einem Impuls heraus und machen die Situation für alle noch schwieriger. Und wir erleben viele Situationen als nicht mehr so belastend.

Vielmehr werden wir offener für heilsames Mitgefühl für andere, das uns nicht schwächt und auslaugt, sondern uns mit anderen verbindet und uns stärkt. Nicht Abgrenzung, sondern Mitgefühl ist die beste Burn-Out Prophylaxe.

Referentin

Maga. Sabine Fabach

Psychotherapeutin (PP), Psychologin, Supervisorin, Expertin für Burn-Out und Stressmanagement, Psycho-Traumatherapeutin, EMDR-Practitioner, Focusing-Begleiterin. Seit 19 Jahren in freier Praxis als Psychotherapeutin mit frauenspezifischem Schwerpunkt tätig. Autorin des Buches "Burnout bei Frauen, wenn Frauen über ihre Grenzen gehen".

Meditationsunterweiserin und Trainerin für kontemplative Psychologie und achtsame Kommunikation (Karuna Training).

Letztendlich geht es uns doch darum, dass wir glücklich leben wollen. Und wissenschaftliche Studien zeigen bereits, dass Achtsamkeit, Mitgefühl und Selbstfürsorge uns dem näher bringt und somit einen wichtigen Beitrag zu unserer eigenen Gesundheitsförderung und Ressourcenaktivierung leisten kann.





Anke Stalzer und Isabella Lamprecht: Die Implementierung von Therapeutic Touch in die Albert Schweitzer Klinik

Internationalen und nationalen Studien zufolge suchen immer mehr Menschen alternative oder ergänzende Verfahren zur konventionellen Medizin. Auch in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit werden integrative Versorgungsangebote sowie patientInnen- und bedarfsorientiert aufeinander abgestimmte Leistungsangebote gefordert. Um diesem bestehenden Bedarf nach einer integrativen Gesundheitsversorgung nachzukommen bietet sich die komplementäre Behandlungsmethode und ganzheitliche Pflegeintervention "Therapeutic Touch (TT)" als evidenzbasierte Methode an das komplementäre Methodenrepertoire des multiprofessionellen Teams der GGZ zu erweitern.

Diese klinische Methode besteht in der erlernten Fähigkeit in dynamischen interaktiven Phasen des TT-Prozesses im elektromagnetischen Feld des Menschen durch gezielte Berührung mit Intention und Anwendung TT-spezifischer Techniken Qi/Vitalenergie zu modulieren und zu dirigieren. Einen konzeptuellen Rahmen für die Pflege bildet das Pflegemodell von Martha Rogers. Die Wirkungen der 1992 in die Nursing Interventions Classification aufgenommen und 2013 das letzte Mal überarbeiteten Intervention reichen von tiefer Entspannung, Verbesserung des Wohlbefindens, Reduktion von Schmerzen, Unruhe und Angst bis hin zu verbesserter Wund- und Knochenheilung.

In Österreich ist TT Teil des offenen Curriculums der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Im Rahmen einer Weiterbildung können die in der Grundausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten erweitert und vertieft werden. In der GuKG-Novelle 2016 wird die Anwendung komplementärer Pflegemethoden in §14 (2) explizit unter den pflegerischen Kernkompetenzen gelistet.

2015 wurde mit der Implementierung der klinischen Methode Therapeutic Touch nach dem 8-Stufenmodell von John P. Kotter in der Albert-Schweitzer-Klinik der Stadt Graz begonnen. Dem multiprofessionellen Team steht mit TT eine weitere komplementäre und evidenzbasierte Methode zur ganzheitlichen Begleitung von PatientInnen, Angehörigen und KollegInnen mit dem Ziel einer integrativen Gesundheitsversorgung zur Verfügung.

Referentinnen

Anke Stalzer, BSc (A)

Ist seit 2015 als Pflegeexpertin in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz mit dem Fokus der Theorie-Praxis-Vernetzung tätig. Nach Abschluss des Bachelorstudiums Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz sammelte sie Praxiserfahrung als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester in der Pflege von Menschen im Wachkoma. Im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten für das Masterstudium Höheres Pflegemanagement und das ExpertInnenprogramm Komplementäre Gesundheitspflege an der Donau Universität Krems beschäftigt sie sich mit den Auswirkungen von Therapeutic Touch Interventionen auf von chronischen Schmerzen betroffene Erwachsene in Österreich.

Isabella Lamprecht AE (A)

Isabella Lamprecht ist seit 1994 DGKS, mit Schwerpunkt Intensivpflege. Sie arbeitet bei den Barmherzigen Brüdern Graz auf der interdisziplinären Intensivstation. 2006 Prüfung zum Therapeutic Touch Dipl. Practitioner und Qualified TT-Teacher. 2012 absolvierte sie den Universitätslehrgang komplementäre Gesundheitspflege an der Donau Universität Krems. Zurzeit besucht sie berufsbegleitend den Masterlehrgang komplementäre und psychosoziale Gesundheitswissenschaften. Ihre Masterthesis beschäftigt sich mit der Untersuchung zur Wirksamkeit von Therapeutic Touch mithilfe eines botanischen Modells.



Evelyn Deutsch-Grasl: "Aromapflege - die Haut besser natürlich pflegen" Eine ganzheitliche, zukunftsorientierte Betrachtung

1. Allgemeiner Überblick über die Haut

Die Haut ist mit ca. 2 m2 Oberfläche unser größtes Organ. Sie schützt vor mechanischen, chemischen und thermischen Einflüssen, vermittelt Schmerz-, Temperatur- sowie Druckreize und dient als Wärmeregulator (vgl. Kukshausen, S. 23). Die Haut erfüllt außerdem sehr wesentliche, für den gesamten Organismus wichtige immunologische Aktivitäten. Nur eine intakte, gesunde Haut kann ihre lebenswichtigen Funktionen erfüllen.

2. Einführung in die Hautphysiologie

Eine Erklärung der Hautschichten und deren Funktion, vermittelt Ihnen die Aufgaben dieses lebenswichtigen und größten Organs. Ein Aufzeigen möglicher störender Einflüsse, zeigt die Wichtigkeit der intakten Barrierefunktion der Haut auf. Spannende Untersuchungen machen Sie darauf aufmerksam, wie sehr die psychische Verfassung eines Menschen auf die Regeneration der Haut Einfluss nehmen kann. Es bewahrheitet sich immer wieder, dass die Haut "Spiegelbild der Seele" und Vermittlerin zwischen Umwelt und unserem Innenleben ist (vgl. Braunschweig, S. 49).

3. Die Haut, ein sehr empfindsames Organ

Wenn die Barrierefunktion der Haut aus der Balance gerät, können unterschiedlichste Hautprobleme wie z.B. massive Hautrockenheit, Juckreiz, Spannungsgefühl bis hin zu Pflegeproblemen wie Intertrigo auftreten. Eine natürliche Hautpflege wie wir sie im Rahmen der Aromapflege durchführen, zeichnet sich besonders durch die Verwendung (Hauptbestandteil) der fetten Pflanzenöle bzw. der Pflanzenfette aus. Diese beinhalten unterschiedlichste Fettsäuren, wovon einige in ähnlicher Form in der gesunden Haut vorkommen und unter anderem für eine intakte Hautbarriere sorgen. Das ebenso vorkommende Glycerin gilt als einer der bekanntesten, natürlichen Feuchthaltefaktoren (Feuchtigkeitsbinder) der Haut.

Da die Haut Tag täglich lebenswichtige Aufgaben zu erfüllen hat verdient sie eine Pflege mit "Mehrwert". Eine Pflege welche sie in ihren regulationsphysiologischen Funktionen unterstützt. Eine ganzheitliche, natürliche Hautpflege, wie sie im Rahmen der aromapflegerischen Praxis gängig ist. Beispiele und Tipps dazu runden dieses Thema ab.

Referentin

Evelyn Deutsch-Grasl (A)

ist gelernte Drogistin, diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, akademische Expertin für komplementäre Gesundheitspflege, geprüfte Aromatologin und ausgebildete Heilkräuterfachfrau. Sie ist Gründerin und Leiterin der "Schule für Aromapflege & Heilpflanzenkunde" in Wien und Tirol, ist Autorin des "Aromapflege Handbuch" und stellvertretende Vorsitzende der ÖGwA. Seit 2008 ist Ihre Aromapflege-Produktserie "Evelyn Deutsch" auf dem Markt, die es Pflegeeinrichtungen ermöglicht die Aromapflege einfach, sicher und kosteneffizient einsetzen zu können.

4. Auswertungen und Facharbeiten,

welche die interne Evidenz wiederspiegeln

Erhebungen und Arbeiten aus unterschiedlichen Fachbereichen stellen den Beweis dafür, dass sich die Aromapflege bewährt. Zum Beispiel wird Ihnen ein kurzer Einblick in die Masterarbeit von Doris Kamleitner, BScN, MA "Wenn das Anfassen zum Berühren wird – Die Bedeutung der Aromapflege", den Aspekt der Berührung in diesem Zusammenhang aufzeigen (vgl. Kamleitner, S. 21).

Literatur:

- Braunschweig, R. (2015): Biologische Hautpflege: Unsere faszinierende Schutzhülle Haut ein wahrer Mikrokosmos. Unveröffentlichte Seminarunterlagen.
- Kamleitner, D. (2016): Wenn das Anfassen zum Berühren wird Die Bedeutung der Aromapflege. In: Hand in Hand mit der Natur Das Magazin für Aromapflege und Aromatherapie,
 6/2016, S. 21-23.
- Kukshausen, O (2015): Duftpräferenz von Hochbetagten und ihre Wirkung auf die epidermale Barriere. Dissertation. Universität Osnabrück.





Barbara Stöckigt: Berührung und Schmerz – Komplementäre Methoden in der Pflege

Körperliche Berührung ist ein grundlegender Teil der medizinischen Behandlung und Pflege. Durch die zunehmende Technisierung und Rationalisierung der Medizin und Pflege hat sich die körperliche Berührungserfahrung jedoch verändert. Patienten klagen heutzutage daher zunehmend über Entfremdung. Im komplementär- und integrativmedizinischen Bereich wird körperliche Berührung z.B. zur Schmerz-, Stress- und Angstreduktion genutzt. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass körperliche Berührung eine einfache Methode in der Pflege sein kann, um Schmerzzustände zu lindern, das Wohlbefinden der Patienten, die Zufriedenheit der Pflegekräfte und die Beziehung beider zueinander positiv zu beeinflussen.

Referentin

Dr. med. Barbara Stöckigt (D)

Ärztin mit mehrjähriger ärztlicher Tätigkeit in der Psychiatrie. Derzeit arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Forschungsbereich Komplementärmedizin, an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Ihre Forschungsinteressen liegen in den Bereichen Komplementärmedizin, Medizinanthropologie, transkulturelle Psychiatrie und Bewusstseinsforschung.



Heidi Ploner-Grißmann:

Therapeutic Touch ist ein evidenzbasiertes, holistisches und komplementäres Konzept. Im Rahmen der Studie konnten pflegerelevante Erkenntnisse mit Bezug zum individuellen Erleben der komplementärpflegerischen Therapeutic Touch Interventionen von onkologisch erkrankten Menschen mit dem multidimensionalen Phänomen Fatigue im Home Care Setting gewonnen werden, welche durch versorgungsspezifische Aspekte für eine bedürfnisorientierte Pflege ergänzt werden.

Referentin

Heidi Ploner-Grißmann BScN, MScN, MAS, AE (A)

Seit über 30 Jahren DGKS, Bachelor- und Masterstudium Pflegewissenschaft, Masterstudiengang Palliative Care, Akademische Expertin für Komplementäre Gesundheitspflege, Doktorandin für Health Sciences. Seit 1998 im Sozialsprengel Nußdorf-Debant und in freiberuflicher Praxis tätig. Hat als Qualified Therapeutic Touch Teacher 2009 das Integrative Therapeutic Touch Institut gegründet. Lehrt als Pflegepädagogin an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Lienz und als Univ.-Lektorin an drei Universitäten.

praxis.wissenschaft



Christian Teubner: Pflegeforschung in Deutschland: Evaluation des Forschungsstands und Perspektive der altersbezogenen Pflegeforschung

Die Pflegeforschung in Deutschland ist ein im internationalen Vergleich junges Forschungsgebiet, welches sich noch immer in einem Aufholprozess befindet. Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat eine Datenbank zur altersbezogenen Pflegeforschung in Deutschland eingerichtet, in der abgeschlossene und laufende Forschungsprojekte seit dem Projektabschlussjahr 2005 systematisch erfasst werden. Neben den Forschungsfeldern, den beteiligten Institutionen und projektverantwortlichen Forschern werden auch die aus der Forschung resultierenden Publikationen (vom einfachen Projektbericht bis hin zur Publikation in Zeitschriften mit Peer Review-Verfahren) und die fördernden Einrichtungen erfasst. Auf diese Datengrundlage stützt sich die Evaluation.

Die Untersuchung stellt die Dynamik der Forschungsaktivität, die inhaltliche Schwerpunktsetzung, die geographische Verteilung und die Verflechtungsbeziehungen innerhalb der Forschungslandschaft dar. Dabei wird auch jeweils abgebildet, wie sich die genannten Aspekte seit 2005 entwickelt haben. Ergänzt wird die Analyse durch eine Befragung der Forschungsexperten zu den aktuellen und künftigen Forschungsschwerpunkten innerhalb der altersbezogenen Pflegeforschung sowie durch eine Auswertung der

Referent

Dr. Christian Teubner (D)

Volkswirt. Arbeitet seit 2014 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) in Berlin. Zuvor war er rd. 15 Jahre als Berater im Bereich der akutstationären Versorgung im deutschsprachigen Raum tätig. Neben den Themen Pflegeforschung in Deutschland und Translation/Implementierung, liegt sein Interesse auf ökonomischen Fragestellungen aus der Pflege und der akutstationären Versorgung.

allgemeinen Pflegeforschung anhand der aus den gängigen Literaturdatenbanken (CINAHL, PubMed und Cochrane) recherchierbaren Fachliteratur. Die ermittelten Forschungsschwerpunkte werden u.a. den strategischen Zielsetzungen (bspw. aus der Agenda Pflegeforschung für Deutschland von 2012) gegenübergestellt und diskutiert.



Shoma Berkemeyer: Praxis-Forschung - eine erfolgreiche Methode der Hochschullehre und -leistung

Praxis-Forschung ist eine geeignete Arbeitsweise, um einerseits Erkenntnisse aus der Praxis zu gewinnen und andererseits relevante Forschung für die Gesellschaft durchzuführen. Historisch betrachtet hat Forschung aus den systematisierten Beobachtungen der Empirie des Alltags wesentliche Erkenntnisse generiert. Forschungsfragen aus der Gesellschaft zu entwickeln, zu prüfen und die Ergebnisse die Gesellschaft mitzuteilen, eine Art Feedbackschleife mit Wissenszirkulation, könnte eine Möglichkeit für Nachhaltigkeit bieten.

In diesem Kontext ist es eine primäre Aufgabe die wissenschaftlichen Fragen aus der Gesellschaft zu identifizieren und zu bearbeiten. Hier bietet eine Top-down Denkweise Teillösungen. Die Fragestellungen aus einer Bottom-up Sichtweise heraus zu erarbeiten ist auch benötigt.

Hier bieten Hochschulen eine geeignete Umgebung diese Praxis-Forschung aktiv zu betreiben. Mit der Nutzung der wissenschaftlichen Methodik kann eine Forschungsfrage aus der Gesellschaft in Hochschulen erarbeitet werden. Selbst die Studierenden in den Hochschulen bringen Lebens- sowie Arbeitserfahrung mit. Von dieser Quelle der Erfahrung kann die Gesellschaft immens profitieren. Diese Bottom-up Sichtweise steht zunehmend im Fokus. Ein Beispiel für die Bottom-up-induktive Forschungsweise stellt die Nutzung von Praxisdaten zum Ausstoß von Treibhausgasen der Fabriken, Bauernhöfe sowie der Nation dar, um eine Einschätzung der Treibhausgase zu ermöglichen (1). In deduktiver Forschung gibt es aus der Basis Entwicklung von Theorien (2). Diese Kompetenz der bevölkerungsbasierten Forschungsansätze bietet die Möglichkeit der Komplementierung einer wissen-

Referentin

Dr. Shoma Berkemeyer (D)

Lehrt Wissenschaftliches Arbeiten und Forschungsmethodik, Grundlagen der Gesundheitswissenschaften sowie Prävention im Kontext Diversity an der Hochschule für Gesundheit im Department of Community Health mit einem Schwerpunkt in E-Learning sowie Lehr-Praxis-Forschungs-Transfer. Sie studierte an der Universität Delhi, Indien, der Universität Reading, England sowie WWU, Bonn. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in Prävention und Risikofaktorenforschung mit Evaluation von Projekte und Programme. Das Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit bietet zwei Bachelorstudiengänge an, ein Masterstudiengang ist in Planung.

schaftlichen Fragestellung. Die Hochschulen in Deutschland treiben gerade diesen Forschungsansatz engagiert voran, was die bisherigen Forschungsergebnisse nur komplettieren kann. Gerade diese Praxis-Forschung ist ebenso notwendig wie die klassische Top-down Denkweise. Das bedeutet, dass Praxis-Forschung sachliche, personale sowie zeitliche Ressourcen benötigt.

Literatur

- 1. Nisbet E, Weiss R. Top-Down Versus Bottom-Up. Science 2010;328(5983):1241-3.
- Coppedge DF. Bottom-Up Science Acts & Facts;38(11):18.



Philipp Gallistl: Forschungsanwendung durch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der Pflegepraxis - Herausforderung für die Personal- und Organisationsentwicklung

Hintergrund

Die Anwendung von Forschungsergebnissen in der pflegerischen Praxis soll die Basis des Handelns von Pflegepersonen bilden. Forschungsergebnisse zeigen, dass die Verwendung von fundiertem Wissen die Qualität der Versorgung von Patient/-innen verbessert (Grol 2013, Kajermo et al 2008). Für DGKS/P in Österreich besteht die gesetzliche Verpflichtung (GuKG 97, §4(1)) auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu arbeiten und die Patientlnnen haben das Anrecht auf eine Versorgung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft (Gesundheitsqualitätsgesetz §3 (1)).

Methoden

Zur Bearbeitung des Themas wurde im Jahr 2015/16 eine multizentrische (n=6) deskriptive Querschnittsstudie durchgeführt.

Ergebnisse

758 Teilnehmer/-innen beendeten die Befragung. Die Ergebnisse zeigten, dass Pflegepersonen in Österreich positiv gegenüber Forschungsanwendung eingestellt sind, wobei akademisch gebildete Pflegekräfte eine deutlich positivere Einstellung haben. Die Implementierung von Forschungsergebnissen in die Pflegepraxis ist weiterhin sehr gering, denn nur 13,1 % (n=110) wenden häufig bis durchgehend aktuelles Wissen an.

Als hinderlichster Faktor zur Anwendung von Forschungsergebnissen wurde fehlende Zeit (75,6 %), als förderlichster die Unterstützung durch die Führungsebene (62,8 %) empfunden.

Diskussion und Ausblick

Studien aus dem deutschsprachigen Raum (Breimaier et al, 2011, Köpke et

Referent

Philipp Gallistl, BSc (A)

Hat von 2011-2014 "Gesundheits- und Krankenpflege" an der FH Campus Wien studiert und arbeitet seitdem im Kaiser Franz Josefspital in der internistischen Notfallambulanz/Erstversorgung. Berufsbegleitend studiert er "Advanced Nursing Practice" an der FH Campus Wien und Pflegewissenschaft an der Universität Wien

al) zeigen, dass hierorts deutlich seltener Forschungsergebnisse in die Pflegepraxis implementiert werden als im internationalen Vergleich (Parahoo, 1998, Veeramah 2004).

Literatur

Breimaier, H. E., Halfens, R. J. G., & Lohrmann, C. (2011). Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. Journal of clinical nursing, 20(11-12), 1744–1756.

Grol, R., & Wensing, M. (2013). Characteristics of successful innovations. In D. Davis, M. Wensing, M. Eccles, & R. Grol (Eds.), Improving patient care. The implementation of change in health care (pp. 77–90). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell/BMJ Books.

Kajermo, K. N. (2008). Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. Journal of nursing management, 16(3), 305–314.

Köpke, S., Koch, F., Behncke, A., & Balzer, K. (2013). Einstellungen Pflegender in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. Pflege, 26(3), 163–175.



Julia Moitzi: Interprofessionelles Lernen – Von-, mit- und übereinander Lernen

Die wachsende Komplexität der Gesundheitsversorgung, die mitunter durch die soziodemografische Entwicklung, das sich stets verändernde Krankheitsspektrum, die Auswirkungen der Technisierung und die Entwicklung der Wissenschaft sowie der Professionalisierung beeinflusst wird, erhöht die Nachfrage nach einer interprofessionellen Zusammenarbeit. Dahinter steht die Einsicht, dass die Perspektive der einzelnen Professionen nicht ausreicht, um eine umfassende patientInnenzentrierte Behandlung gewährleisten zu können. Aktuelle Diskussionen legen in diesem Kontext zunehmend die Forderung einer Anpassung im Bereich der Ausbildung für Gesundheitsberufe nahe.

Betrachtet man die derzeitige Grundausbildung der Gesundheitsprofessionen, so wird deutlich, dass diese vorwiegend monoprofessionell ausgerichtet sind und kaum unterschiedliche Handlungsstile und Perspektiven, unterschiedliche Zugangswege zu gemeinsamen Fragestellungen oder unterschiedliche Qualitäten abgleichen. Um die professionelle Integrität mit den Erwartungshaltungen in Einklang zu bringen, gewinnt eine in der Ausbildung integrierte interprofessionelle Kompetenzentwicklung zunehmend an Bedeutung. Ein interprofessionelles Lernen stellt dabei in einigen europäischen Ländern bereits einen Grundbaustein dar.

Obwohl die WHO und weitere Organisationen ein Lernen dieser Art fordern, ist festzustellen, dass diese Möglichkeit für die Entwicklung einer interprofessionellen Zusammenarbeit im deutschsprachigen Raum und insbesondere in Österreich bislang wenig Bedeutung findet und nur ansatzweise umgesetzt wird.

Referentin

Julia Moitzi, MSc (A)

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Studium der Gesundheits- und Pflegepädagogik an der Donau Universität Krems, seit 2010 in diversen Einrichtungen im Bereich Akutpflege Chirurgie tätig, derzeitige Tätigkeit an der Univ. Klinik für Chirurgie in der klinischen Abteilung für Allgemeinchirurgie und Transplantation am AKH Wien.

In diesem Vortrag geht es darum, einen ersten Überblick über diese Thematik zu schaffen. Hierzu werden die Ergebnisse und die Schlussfolgerungen auf Basis einer qualitativen Forschungsarbeit vorgestellt. Neben der theoretischen Auseinandersetzung hat sich die Arbeit zum Ziel gesetzt, konkrete Wahrnehmungen zur aktuellen interprofessionellen Zusammenarbeit sowie Meinungen zu einem interprofessionellen Lernen aus der Perspektive von Pflegepersonen zu erkunden.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Stellenwert der Interprofessionalität für die befragten Personen zwar hoch ist, Anspruch und Wirklichkeit jedoch weit auseinander liegen. Ein interprofessionelles Lernen erscheint aufgrund der aktuellen Missstände der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Praxis kaum vorstellbar zu sein.





Uta Gaidys: Advanced Nursing Practice aus der Perspektive der Lebenswelt

Der Beitrag diskutiert die Erfordernisse einer spezialisierten, vertieften und erweiterten pflegerischen Praxis (ANP) auf der Grundlage des gesundheitlichen Versorgungsbedarf kritisch, zunehmend chronisch und multimorbid erkrankter und älterer Menschen. Es wird argumentiert, dass gerade in Bereichen, in denen diese Klienten existentiell bedrohlich erkrankt sind und einem komplexem Versorgungsgeschehen ausgesetzt sind, nicht nur die unmittelbare Intervention, sondern immer auch die Alltags- und Lebenswelt der betroffenen Menschen in den Fokus genommen werden muss, um pflegerische Versorgung gelingend zu gestalten. ANP wird damit aus einer originär pflegerischen Perspektive begründet. Die Unterstützung bei den alltäglichen Handlungen beeinflussen und bilden oftmals in ihrer Gesamtheit den Lebensalltag und damit sogar die lebensweltliche Existenz unserer Klienten. Bei Menschen mit einer hohen oflegerischen Versorgungsabhängigkeit wird die alltägliche Lebenswelt von den Handlungen der sie versorgenden Pflegenden geformt. Diese Handlungen beziehen sich nicht in erster Linie auf die technische Beherrschung der Pflegeabhängigkeit, wenn auch diese eine hohe Expertise verlangen, sondern eben auf das Verstehen der Konstruktion der individuellen Lebenswelt. In dem Vortrag werden Faktoren für die Konstruktion der Lebenswelt analysiert und auf die Pflege bezogen. Daraus wird geschlussfolgert, warum dazu eine spezialisierte, erweiterte und vertiefte Pflegepraxis benötigt wird. Pflegende, die als Advanced Nurse Practictioner arbeiten, müssen das Wissen haben, welche Bedeutungen, welche pragmatischen Motive, welcher Handlungsraum einer alltäglichen Lebenspraxis, welche räumliche und zeitliche Strukturierung und welche Gliederung der sozialen Welt in dem Gebiet ihrer Spezialisierung von ihren Klienten realisiert werden. Dazu bedarf es hohes Erfahrungswissen, aber eben auch forschungsbasiertes Wissen in diesem Gebiet. Zur Durchsetzung dieser erweiterten Lebensweltperspektive der Pflege benötigen Pflegende die Fähigkeit zur autonomen Entscheidung und die Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme. Dazu müssen Pflegende Entscheidungs- und Handlungsspielräumen wahrnehmen können und verstehen, dass sich die Lebenswelt des Patienten durch pflegerische Tätigkeit verändern kann. Dieser Prozeß ist also weniger abhängig von strukturellen Voraussetzungen. Im Gegenteil, die utopische Idee ist, dass mit dieser Fähiakeit auch strukturelle Rahmenbedingungen als veränderbar erlebt und weiterentwickelt werden. In diesem Sinn ist die Entwicklung einer erweiterten Pflegepraxis nicht in erster Linie abhängig von einer Aufgaben- oder Kompetenzbeschreibung, sondern von der Beschreibung von Verantwortung für die Lebenswelt unserer Klienten.

Referentin

Prof. Dr. phil. Uta Gaidys (D)

Arbeitete als Krankenschwester überwiegend in der Intensivpflege. Studium der Pflegepädagogik und -wissenschaft an der Humboldt-Universität zu Berlin, Promotion an der Glasgow Caledonian University zum Thema Verantwortung. Seit 2008 ist sie Professorin für Pflegewissenschaft für den Bereich Ethik an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg. Entwickelte und leitet den Masterstudiengang Pflege.



bildung.qualifikation





Adina Dreier und Sabine Homeyer: Interprofessionelles Lernen von Pflege und Medizin: erste wissenschaftliche Ergebnisse aus Deutschland

Hintergrund

Die bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung erfordert eine gute Kooperation von Pflege und Medizin, die bereits in der Ausbildung erlernt und trainiert werden muss. [1,2,3,4,5] Daher wurden in der Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg vier interprofessionelle Lehrveranstaltungen für fünf Pflege- und fünf Medizinstudierende entwickelt, erprobt und evaluiert. [6]

Fragestellung

Die Studie beschäftigt sich mit den Fragestellungen: Welche Motivation haben die Studierenden hinsichtlich der Projektteilnahme?, Was können Studierende voneinander lernen?, Welche Gründe gibt es, interprofessionelles Lernen (IPL) in die Regelcurricula beider Ausbildungen zu verankern? Ziel ist es, Motive, Lerneffekte und Chancen hinsichtlich des IPLs aus Sicht der Pflege- und Medizinstudierenden zu identifizieren.

Methodik

Die Befragung erfolgte in zwei Gruppendiskussionen als qualitative Leitfadeninterviews (je eine für die Pflege- und Medizinstudierenden). Diese wurden audiotechnisch erfasst, transkribiert und mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz unter Anwendung der Software MAXQDA ausgewertet. [7]

Ergebnisse

Die Studierenden geben als häufigstes Motiv (n=6) für die Projektteilnahme eigene Praxiserfahrungen an, die durch Hierarchie und eine schlechte Kommunikation beider Berufsgruppen gekennzeichnet war. Daraus resultiert der Wunsch, zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin beizutragen. Weitere Motive sind: (1) die Chance, an neuen Lernformen und -settings zu partizipieren und (2) die Möglichkeit des Patientenkontaktes zu einem frühen Zeitpunkt im Studium.

Beide Studierendengruppen sind der Ansicht, dass sie etwas voneinander lernen können, z.B. Empathie, Beziehungsarbeit, Beobachtungsfähigkeit und medizinisches Fachwissen. Mit der nachhaltigen Implementierung von IPL in die Regelcurricula beider Ausbildungen gehen die Studierenden davon aus, dass mit dem IPL das (a) gegenseitige Verständnis, die (b) Kommunikation sowie die (c) patientenorientierte Zusammenarbeit verbessert werden kann.

Diskussion

Die Bildungsclusterstudie identifizierte Motive von Studierenden für das IPL und spezifiziert erstmals mögliche positive Lerneffekte. Den Nutzen des IPLs für den Versorgungsalltag gilt es in weiteren Studien wissenschaftlich zu untersuchen und nachzuweisen.

Schlüsselwörter

Qualitative Evaluation, Interprofessionelles Lernen, Pflege, Medizin

Literatur

- Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung.
 Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- [2] Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B (2015). Positionspapier GMA-Ausschuss "Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen". GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 32(2): Doc22.
- [3] Dreier A, Rogalski H, Oppermann R, Hoffmann W (2012). Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz. ZEFQ Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 106(9): 656-662.
- [4] Headrick LA, Wilcock PW, Batalden PB (1998). Interprofessional working and continuing medical education. BMJ. 316:771-774. http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2006-23/zma000253.shtml
- [5] Ebert, L. Hoffmann, K., Levett-Jones, T., Gilligan, C (2014). "They have no idea of what we do or what we know": Australian graduates' perceptions of working in a health care team. Nurse Education Practice 14(5), 544-50. doi: 10.1016/j.nepr.2014.06.005.

Referentinnen

Dr. Adina Dreier, M.Sc. (D)

Ist Pflegewissenschaftlerin und seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald. Sie leitet den Forschungsbereich "Zukünftige Arbeitsteilung im Gesundheitswesen und Qualifikation" und ist Arbeitsgruppenleiterin "Dementia Care Management and Qualification" am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald. Ihre Forschungsschwerpunkte sind: die (1) künftige Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, die (2) Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Qualifikationen in der Pflege, (3) innovative Versorgungskonzepte, (4) Demenz und die (5) Professionalisierung der Pflege.

Sabine Homeyer, M.Sc. (D)

Ist Gesundheitswissenschaftlerin und als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Community Medicine in der Abteilung für Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald, Deutschland, tätig. Dort arbeitet sie im Forschungsbereich "Künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen/Qualifikation". Ihre Forschungsschwerpunkte sind (1) interprofessionelles Lernen, (2) künftige Arbeitsteilung im Gesundheitswesen sowie (3) Qualifikation in der Pflege.

Autorinnen und Autoren

Sabine Homeyer, M.Sc.

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health

Universitätsmedizin Greifswald

Angelika Beyer, M.Sc.

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health

Universitätsmedizin Greifswald

Stefanie Kirschner, M.Sc.

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health

Universitätsmedizin Greifswald

Prof. Dr. Roman F. Oppermann, LL.M., M.A.

Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Brodaerstr. 2, 17033 Neubrandenburg, Deutschland

Dr. Dipl. Pflegewirtin (FH), Adina Dreier, M.Sc.

Hoffmann W (2015). Gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege in Mecklenburg-Vorpommern: Voraussetzung für eine verbesserte Zusammenarbeit und eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevolkerung im demographischen Wandel. Strategiepapier zur Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg. Greifswald: Institut für Community Medicine; Wolgast: Hoffmann-Druck; 110 p. ISBN: 978-3-00-050580-5.

[7] Kuckartz U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Auflage. Weinheim, Basel: Verlag Beltz Juventa.

[6] Dreier A, Oppermann RF, Kirschner S, Homeyer S, Beyer A, Schapper H, Scheer D,





Melitta Horak und Karin Klas: The Power of Nursing: das Weiterentwicklungspotential der Profession Pflege in Österreich im Rahmen der Akademisierung von Lehre und Praxis

Pflegepersonen müssen immer mehr und komplexere Entscheidungen letztverantwortlich, evidenzbasiert und vernetzend treffen. Durch das Übernehmen von mehr Verantwortung wird andererseits aber autonomeres Handeln ermöglicht. Beide Aspekte sind wichtige Kriterien im Professionalisierungsprozess, indem sich der Gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege derzeit und zukünftig vermehrt, befindet. Diese, teilweise neuen, Herausforderungen erfordern aber auch einen adaptierten Umgang mit Wissen. Pflegepersonen benötigen deshalb künftig eine reflektierte Auseinandersetzung mit Erfahrungswissen, aber auch mit der steigenden Anzahl an Studienergebnissen und Publikationen. Dies ist die Grundlage sowohl für professionelles und forschungsbasiertes Handeln in der Praxis, aber auch im Rahmen der Familien- und Patientenedukation, um Patientinnen/Patienten und deren Familienmitglieder bestmöglich und reflektiert informieren, anleiten und beraten zu können. Durch die Akademisierung wird ein Professionalisierungsprozess in Gang gesetzt, der den Beruf auch längerfristig attraktiver macht und eine multiprofessionelle Zusammenarbeit mit allen Gesundheitsberufen auf gleicher Augenhöhe ermöglicht.

Wissenschaftlich fundierte Begründungen für das Pflegehandeln können auf aktuellstem Stand gehalten werden und längerfristig auch die Arbeitsbedingungen in der Berufspraxis verändern. Ein negativer Einfluss auf den Gesundungsprozess durch fehlende zeitliche Ressourcen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege für die Pflege, Betreuung und Begleitung von Patientinnen/Patienten und deren Familien, kann durch fundierte und wissenschaftlich begründete Argumente aufgezeigt und damit rein ökonomischen Interessen entgegengewirkt werden. Hochschulische Lehre in der Grundausbildung muss folglich neue und aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse beinhalten und Lehrende müssen sich aktiv an Forschung beteiligen.

Referentinnen

DGKS Horak Melitta, BSc

Professorin Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege und Advanced Nursing Practice

IMC FH Krems

Advanced Practice Nurse, Pflegepädagogin

DGKS Mag^a. Klas Karin

Studiengangsleitung Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege

IMC FH Krems

Pflegewissenschaftlerin, Pflegepädagogin, Fachpflegeperson für Intensivpflege/Kinderintensivpflege/Nierenersatztherapie

Auch notwendige Kompetenzen für neue Handlungsfelder (z.B. Familiengesundheitspflege, Schulgesundheitspflege) müssen vermittelt werden. Diese können anhand von Forschungsprojekten bekannt gemacht und in weiterer Folge in der Praxis implementiert werden, um zu einer Steigerung der Professionalität im internationalen Vergleich, in Bezug auf die Arbeitsfelder der Berufsgruppe, beizutragen.





Monika Schierlinger-Brandmayr: Reflexives Lernen und dessen Bedeutung in der Pflegeausbildung

Theoretische und Praktische Ausbildung sind die zwei tragenden Säulen des dualen Ausbildungssystems in Österreich. Schulwissen und Praxiswissen können aber häufig nicht miteinander in Beziehung gesetzt werden. Einerseits ist die Vermittlung der Theorie zu praxisfern und kann nicht in den beruflichen Zusammenhang übertragen werden. Andererseits fehlt dem in der Praxis erlernten Können die erforderliche Reflexion und es kann in anderen Kontexten nicht handlungsrelevant werden. Um Handlungskompetenz zu erweitern, wäre Reflexion in jeder Phase der Ausbildung erforderlich.

Die Bedeutung der Reflexion für und in Lernprozessen steht im Zentrum dieser Evaluationsstudie. Das Ziel der Studie ist eine Optimierung der Unterrichtsgestaltung. Studentinnen und Studenten im 2. Semester des 1. Ausbildungsjahres verfassten im Rahmen der Theoretischen Ausbildung Lerntagebücher. Diese wurden qualitativ ausgewertet, um das Erleben hinsichtlich des Theorie-Praxis-Transfers zu erheben. Das individuelle Vorwissen der Auszubildenden konnte so aktiviert werden. Dieses wurde in Zusammenhang mit theoretischem Input aus den Unterrichtseinheiten reflektiert und mit zukünftigen Handlungen in der Praxis in Beziehung gesetzt. Diese gezielte erkenntnisorientierte Reflexion im Rahmen der theoretischen Ausbildung begünstigt den Lerngewinn. Bereits gemachte Erfahrungen können für zukünftige Handlungen genutzt werden, die Entwicklung von Handlungskompetenz wird gefördert.

Um die Unterrichtsgestaltung hinsichtlich des Theorie-Praxis-Transfers verbessern zu können, wurde der Wirkung von weiteren reflexiven Lehr- und Lernmethoden sowie Unterrichtskonzepten Aufmerksamkeit geschenkt und deren Anwendbarkeit auf die Ausbildung überprüft. Als besonders trans-

Referentin

Monika Schierlinger-Brandmayr MSc

Geboren 1964; bis 1986 als Drogistin tätig, Pflegediplom 1989 in Wels. Berufliche Erfahrungen im Akut- sowie im Operationsbereich und in der Langzeitpflege. Seit 2011 Lehrerin am Ausbildungszentrum für Gesundheits- & Pflegeberufe am Klinikum Wels-Grieskirchen. Weitere Qualifikationen: Validationsanwenderin nach N. Feil, Sonderausbildung in der Pflege im Operationsbereich, MSc-Lehrgang Gesundheits- und Pflegepädagogik an der Donau-Universität Krems

ferwirksam können neben der "Lerntagebucharbeit" Methoden genannt werden, die auch am sogenannten "3. Lernort" zum Einsatz kommen. Exemplarisch sind hier "Problembasiertes Lernen (PBL), "Das Modell der Kognitiven Berufslehre (CAS)" und "Modeling mit Metalog" zu nennen. Diese Methoden sind am Lernort Schule und großteils auch in der praktischen Ausbildung transferwirksam einsetzbar.

Das Ziel jeder Berufsausbildung ist die Anwendung der Inhalte im Praxisumfeld. Der vorherrschenden Unvereinbarkeit von Theorie und praktischer Umsetzung wird mit reflexiven Methoden entgegengewirkt. Um professionelle Handlungen im Pflegeberuf setzen zu können, muss eine Situation in ihrer Gesamtheit verstanden und die Bedeutung für den betreuten Menschen erfasst werden, was Reflexionsfähigkeit und hermeneutisches Fallverstehen erfordert.



Marina Schildberger, Gerhard Adelberger, Elisabeth Loidolt: Soziale und personale Kompetenzen unabdingbar in der Ausbildung in Sozialberufen







In der Schule für Sozialberufe in St. Pölten (SOB) werden Fachsozialbetreuer mit dem Schwerpunkt Altenarbeit, Behindertenarbeit oder Familienarbeit zweijährig auf Fachniveau oder dreijährig auf Diplomniveau ausgebildet (inklusive Pflegeassistenzausbildung). Allen Ausbildungsschwerpunkten gemeinsam ist die Förderung/Weiterentwicklung personaler und sozialer Kompetenzen. Darum war es der Schule ein großes Anliegen diese Weiterentwicklung der personalen und sozialen Kompetenzen messbar/greifbar zu machen, worauf StudentInnen der Donau-Universität Krems wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema durchführten.

Die zentrale Aufgabe von SOBs ist die Vermittlung jener Kompetenzen, die für die adäquate Begleitung, Unterstützung und Pflege von Menschen, sowohl bei Krankheiten als auch bei Behinderungen, als unverzichtbar gelten. Laut aktuell diskutierten multidimensionalen Verständnisses von Handlungskompetenz, liegen die Aufgaben der Pflegepädagogik sowohl in den Bereichen der Qualifizierung durch Schulung, Training und Vermittlung, als auch in der Realisierung von personaler Haltung (vgl. Sahmel 2009, S. 171). Als Ergebnis diese Untersuchung konnten aus Sicht der interviewten Pädagoglnnen verschiedene Wege für eine erfolgreiche Vermittlung und Weiterentwicklung der Kompetenzen aufgezeigt werden. Dazu gehören in erste Linie die gezielte Förderung durch verschiedene, multidimensionale Unterrichtmethoden und die aktive Beobachtung und Wahrnehmung von Schülerinnen und Schüler.

Des Weiteren erfolgte eine Darstellung der Veränderung der sozialen und personalen Kompetenzen der SchülerInnen im Verlauf ihrer Ausbildung. Diese bestätigte, dass die sozialen und personalen Kompetenzen im Verlauf ihrer Ausbildung größtenteils steigen. Es stellte sich heraus, dass die BewerberInnen für diesen Gesundheitszweig bereits bei ihrer Anmeldung über ein hohes Niveau der oben angeführten Kompetenzen verfügen. Ebenso wurde ersichtlich, dass durch oa. Unterrichtsmethoden die ProbandInnen am Ende ihrer Ausbildung selbstkritischer und -reflektierter waren.

Referentinnen & Referent

Marina Schildberger (A)

DGuKP AKH Wien, 11 Jahren in verschiedenen Bereichen und Stationen tätig - wertvolle, unterschiedliche fachliche Erfahrungen gesammelt; freiberuflich Mobile-Hauskrankenpflege und Betreuung von Demenz-Patienten; Zurzeit Studium Gesundheits- und Pflegepädagogik (DUK) und Masterarbeit.

Gerhard Adelberger, MSc (A)

Geb. 1967; PDGuKP LK Mauer; Akad. Health and Social Service Manager; MSc in Management in Einrichtungen des Gesundheitswesens (DUK); Coaching Assistent NLP, Hypnose, Time-Line-Therapie; lfd. MSc-Lehrgang Gesundheits- und Pflegepädagogik (DUK); Unterrichtstätigkeiten GuKPS Mauer.

Elisabeth Loidolt, MSc (A)

Geb. 1971; DGuKP Rudolfinerhaus, KH Krems, Wohnhaus für geistig und mehrfach behinderte Menschen; CSIR-Praktikerin; MSc - Pflegepädagogik (DUK); Krankenpflegeschulen Krems, Horn und St. Pölten; Leitung der Pflegeassistenzausbildung am BIGS der Caritas der Diözese St. Pölten.



gesponserter.beitrag



Heinz Mayrhofer: Was können Spinnen, Fliegen und Bienen uns in der Wundversorgung lehren (Fachvortrag sorbion mayrhofer gmbh)

Die Geschichte der chronischen Wundversorgung hat uns gelehrt, dass wir vieles von der Natur lernen können. Fünf Dinge, welche in der Geschichte der Medizin im Bereich der Wundversorgung immer wieder kehren sind: Larven, Bienen, Spinnen, ätherische Öle und Baumharze und das über Jahrtausende. Hat Volksmedizin eine Evidenz - JA, hätten diese Verfahren nicht funktioniert oder es Nebenwirkungen gegeben, dann hätten die Menschheit diese Verfahren wieder verworfen. Jedoch kann man nicht einfach zum Imker ums Eck gehen und sich den Honig auf sein venöses Ulkus geben. Um diese Naturschätze in der westlichen Welt bzw. Mitteleuropa für die Medizin anzuwenden bedarf es Richtlinien und Standards. Es werden bestimmte klinische Anforderungen an Medizinprodukte gestellt. Es gibt noch immer auf dieser Welt Länder, wo diese Standards nicht gelten und man tatsächlich Fliegenlarven, die nicht steril gezüchtet wurden, auf die Wunde legt und man etwaige Verunreinigungen in Kauf nimmt. Fliegenlarven sind seit vielen Jahrhunderten bekannt dafür, dass sie Wunden säubern. Dem Leibarzt von Napoleon ist aufgefallen, dass verwundete Soldaten, welche unabsichtlichen Fliegenlarvenbefall in der Wunde hatten, eine wesentlich höhere Überlebenschance hatten und geringere Infektionszeichen aufwiesen, als jene ohne. Ein weiteres unterschätztes Mitglied der Tierwelt ist die Spinne. Das Netz der Spinne besteht aus organischem Material und müsste somit nach einiger Zeit von Schimmel befallen werden, jedoch geschieht dies nicht, da die einzelnen Fäden mit einem Fettsäurester überzogen sind. In der Natur zeigt sich diese Eigenschaft indem einzelne Regentropfen auf den hydrophoben Fäden des Netzes verbleiben. Was uns dies in der Medizin bringt? Dieses Prinzip der hydrophoben Wechselwirkung bindet und reduziert Bakterien aus der Wunde ohne jegliche Chemie, womit bei jedem Verbandswechsel Pilze oder Bakterien entfernt werden. Man erhält eine innovative Lösung aus der Natur, die für eine antibakterielle Wundtherapie umsetzbar ist, ohne jegliche Nebenwirkungen. Auch Honig hat eine antibakterielle und sehr stark wundreinigende Wirkung und eignet sich hervorragend für die Wundheilung. Bienen sammeln fleißig über den Sommer hinweg Honig und bewahren diesen im Bienenstock auf um den Winter zu überstehen. Organische Stoffe verschimmeln ohne Konservierung, jedoch nicht Honig, da er auf Grund seines hohen Zuckergehaltes den Bakterien über deren Zellwände Flüssigkeit entzieht und somit diese bekämpft. Auch

Referent

DGKP ZWM Heinz Mayrhofer (A)

Heinz Mayrhofer absolvierte die Ausbildung zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger. Er absolvierte die Sonderausbildung zur Intensivpflege sowie den zertifizierten Wundmanager. Nach Jahren im Krankenhaus wechselte er in die Wirtschaft. Für ihn steht das bewusste Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten steht's im Vordergrund. Daher gründete er 2002 die sorbion mayrhofer gmbH. Seine Unternehmensphilosophie "Menschlichkeit und Fairness" spiegelt sich vor allem bei seinen Fortbildungen wieder. Bei seinen Vorträgen ist er mit großer Leidenschaft zu gegen.

die Biene an sich ist ein kleines Wunder der Natur, denn sie produziert das Enzym Glucoseoxidase, das sie dem Nektar über ihre subpharingiale Drüse beimengt. In der Wunde erfolgt die Umwandlung von Glucoseoxidase in Glyconsäure und Wasserstoffperoxid. Die Glyconsäure "säuert" die Wunde an somit kann sie ihre antibakterielle Wirkung entfalten. In weiterer Folge werden die Matrix Metalloproteasen inhibiert und kann bei stagnierenden Wunden zu einer Auflösung führen. Das entstandene Wasserstoffperoxid ist nicht zelltoxisch, da es in einer sehr geringen Anzahl vorhanden ist (0,001 %). Vorsicht sei geboten, denn Honig ist nicht gleich Honig, in der Medizin wird dieser noch sterilisiert und medizinisch filtriert um Clostridiensporen und Ähnliches herauszufiltern. Manuka Honig aus Neuseeland bzw. Australien ist von Natur aus reich an dem Zuckerenzym Methylglyoxal (MGO ist um das 100fache höher als bei herkömmlichen Honigsorten), welches in der Honigwabe durch Dehydratation des im Nektar der Blüten des Manukastrauchs entsteht. Der MGO ist für die antibakterielle Wirkung des Honigs verantwortlich und gegen eine Vielzahl von Keimen, unter anderem gegen den Staphylococcus aureus (MRSA), wirksam. Zusammenfassend kann gesagt werden, die Natur bietet seit Jahrtausenden von Jahren optimale Lösungsansätze an, wovon wir noch jede Menge von ihr lernen können. Die Menschen haben seit vielen Jahren die verschiedensten Erfahrungen gesammelt, welche durch die moderne Wissenschaft komplettiert wird.





Nicole Edelmayer und Johann Weichinger: Wundmanagement: Tradition trifft Moderne -Aromapflege und modernste Kompressionstherapie (Fachvortrag sorbion mayrhofer gmbh)

Die Geschichte der chronischen Wundversorgung hat uns gelehrt, dass wir vieles von der Natur lernen können. Fünf Dinge, welche in der Geschichte der Medizin im Bereich der Wundversorgung immer wieder kehren sind: Larven, Bienen, Spinnen, ätherische Öle und Baumharze und das über Jahrtausende. Hat Volksmedizin eine Evidenz – JA, hätten diese Verfahren nicht funktioniert oder hätte es Nebenwirkungen gegeben, dann hätte die Menschheit diese Verfahren wieder verworfen.

Ein unterschätztes Mitglied der Tierwelt ist die Spinne. Das Netz der Spinne besteht aus organischem Material und müsste somit nach einiger Zeit von Schimmel befallen werden, jedoch geschieht dies nicht, da die einzelnen Fäden mit einem Fettsäurester überzogen sind. In der Natur zeigt sich diese Eigenschaft indem einzelne Regentropfen auf den hydrophoben Fäden des Netzes verbleiben. Was uns dies in der Medizin bringt? Dieses Prinzip der hydrophoben Wechselwirkung bindet und reduziert Bakterien aus der Wunde ohne jegliche Chemie, womit bei jedem Verbandswechsel Pilze oder Bakterien entfernt werden. Man erhält eine innovative Lösung aus der Natur, die für eine antibakterielle Wundtherapie umsetzbar ist, ohne jegliche Nebenwirkungen.

In unseren Meeren lebt unter anderem die Braunalge. Ende des 19. Jahrhunderts entdeckte man in dieser Algenart die Alginsäure, die in Kombination mit Kalzium einerseits die Hämostase und andererseits die Wundheilung begünstigt. Das Kalziumalginat ist ein feines Netz aus unlöslichen mikrokristallinen Fasern, das sobald es in Kontakt mit Blut gerät eine Art Gel bildet und Kalziumionen an die Wunde abgibt. Dies bewirkt, dass ein feuchtes Wundheilungsmileu geschaffen und die Regeneration des beschädigten Gewebes beschleunigt wird. Durch eine neue Art der Kompressionsbinde, wobei die Binde mit einer Kalziumalginatpaste imprägniert ist, kann die Wundheilung positiv beeinflusst werden. Weiters übt sie einen sehr geringen Ruhedruck auf den Patienten aus, wodurch der Druck auf Arterien minimiert wird. Hingegen ist der Arbeitsdruck sehr hoch und infolge dessen wird die Mikrozirkulation und vor allem der venöse Rückstrom stark unterstützt. Durch diesen erhöhten Arbeitsdruck wird der Abtransport von nährstoffarmen Flüssigkeiten aus dem Interstitium reguliert, wodurch die Ernährung der Zellen begünstigt wird. So kann die Wundheilung positiv beeinflusst werden.

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass wir diese verschiedenen Erfahrungen, die die Menschen seit vielen Jahren gesammelt haben, nutzbringend in der modernen Wundversorgung einsetzten sollten, um die Wundheilung zu ermöglichen und die Lebensqualität der Patienten zu steigern.

Referentin & Referent

DGKS Pharm. Ref. Nicole Edelmayer (A)

Nicole Edelmayer entschied sich im Anschluss an ihre Schulzeit für die Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester. Nach dem Diplom ist sie auf der Intensivstation gelandet wo sie im AKH Wien den Kurs für Anästhesie, Intensiv und Dialyse absolviert hat. Um sich für ihre Zukunft weiterzuentwickeln entschied sich Frau Edelmayer Medizinprodukteberaterin und Pharmareferentin zu werden. 2011 hat sie bei sorbion austria nebenberuflich als Apothekenbetreuerin angefangen und entschied sich 2012 für eine Vollzeitanstellung im Außendienst sowie als Trainings- und Educationmanagerin. Ihr Herz gehört der chronischen Wunde und ihrem Hund. Um Ausgleich zum Job zu finden versucht sie viel Zeit mit ihm zu verbringen.

DGKP WM Johann Weichinger (A)

Johann Weichinger absolvierte neben einer landwirtschaftlichen Ausbildung, die Lehre zum Bürokaufmann. Nach einigen Jahren in der Privatwirtschaft und seinem Präsenzdienst bei der niederösterreichischen Militärmusik trieb es ihn in Richtung Gesundheitswesen. Er entschied sich für die Ausbildung zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger und erweiterte sein Wissen zum Wundmanager. Seit 2011 ist er im Außendienst sowie als Training- und Educationmanager bei der sorbion mayrhofer gmbH tätig. Seine soziale Ader erstreckt sich auch im Privatleben, da ihm seine Familie besonders wichtig ist. Seiner Leidenschaft zur Musik ist er treu geblieben, wobei er durch seine Frau und Kinder tatkräftig unterstützt wird. Sein derzeitiges Steckenpferd ist die Aromapflege, der er sich gerade im Zuge einer Weiterbildung widmet.







Maria Schulze und Sonja Töscher: Planung und Entwicklung therapieunabhängiger Unterstützungsprogramme bei chronischen Erkrankungen. Entlastung und Kompetenzvermittlung für PatientInnen, Angehörige und medizinische Fachkräfte (Fachvortrag Novartis Pharma GmbH)

Unterstützungsprogramme bei chronischen Erkrankungen können dazu beitragen, dass durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung, PatientInnen vor Folgeerkrankungen bewahrt werden. In diesem Vortrag wird aufgezeigt, welche Methodik erfolgreiche Präventionsprogramme vorweisen sollten, um ihr Ziel, PatientInnen, deren Angehörige und medizinische Fachkräfte umfassend und nachhaltig zu betreuen, auch zu erreichen und dabei zu unterstützen. Die Aktivitäten zielen besonders auf eine Steigerung der Lebensqualität ab. Ein fundierter Wissensstand in allen Zielgruppen soll zudem die sozialen Normen rund um die Erkrankungen positiv beeinflussen. Anhand diverser Beispiele aus der Praxis wird veranschaulicht, wie solche Strategien erfolgreich Anwendung finden.

Novartis Pharma GmbH arbeitet im Rahmen der eigens dafür etablierten Abteilung "Patient.Partner" an Programmen, um Unterstützung genau in diesem Prozess zu bieten. Dazu wird mit den verschiedensten PatientInnen- und Selbsthilfeorganisationen als auch medizinischen Fachkräften und einschlägigen Institutionen österreichweit zusammengearbeitet. Die Kooperation mit PatientInnen- und Selbsthilfegruppen ermöglicht es, mehr über den Alltag erkrankter Menschen und deren Umfeld zu erfahren und hier bedarfsorientiert Unterstützung anzubieten. Diese Informationen müssen bei der Planung und Entwicklung solcher bedarfsorientierter Unterstützungsprogramme rund um spezifische Erkrankungen möglichst früh berücksichtigt werden, um einerseits die Akzeptanz, andererseits auch die Kooperationsbereitschaft von Anbeginn zu gewährleisten. Nur dann können Programme solcher Tragweite auch erfolgreich implementiert werden.

Für die Umsetzung eines solchen Unterstützungsprogramms steht eine Bedarfserhebung mit den Stakeholdern an erster Stelle und diese Ergebnisse sollen jedenfalls in der ausführlichen Planung und Entwicklung Berücksichtigung finden. Aufgrund eines gut durchplanten und vorliegenden Gesamtkonzepts sind als vorbereitende Schritte zu allererst Maßnahmen zur Betreuung von chronisch Erkrankten (flächendeckendes Angebot, vermehrte Information, Einrichtung einer Infoline für Information und Beratung) einschließlich Ausbildung von ExpertInnen (Schulungsangebote sowie Integration in Ausbildungs-Curricula der Gesundheitsberufe) zu setzen, damit alle, die Unterstützung suchen, diese auch antreffen.

Referentinnen

Dr. Maria H. Schulze (A)

Seit 1994 DGKP, Studien: Medizinsoziologie, Gesundheitsmanagement, Gender Studies. Arbeitsschwerpunkte: Strategieplanung und Konzepterstellung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Seit 2012 MS-Service Management Firma Novartis Pharma.

Sonja Töscher, DGKP (A)

1998 im AKH Wien diplomiert, Seit 2012 Implementierung von Projekten in ganz Österreich für Fibrose, COPD und Asthma PatientInnen. Seit 2015 bei Novartis als Patient Relations Manager im Bereich Respiratory zuständig.

Doris Zawichowski: Frei Atmen - Neuer Weg in der Atemtherapie (Fachvortrag Smith Medical Österreich GmbH)

Referentin

Doris Zawichowski



Monika Weissensteiner: Das Modell Buurtzorg in den Niederlanden Was können wir lernen? (Fachvortrag Bundesarbeiterkammer)

Bei Buurtzorg handelt es sich um ein innovatives Modell der mobilen Betreuung und Pflege in den Niederlanden. 2007 wurde mit einem Team als Anbieter von qualifizierten Pflegeleistungen begonnen, mittlerweile gibt es rund 10.000 MitarbeiterInnen in 900 Teams mit beinahe 80.000 KlientInnen. Sowohl Befragungen der Pflegekräfte betreffend ihre Arbeitszufriedenheit als auch regelmäßige Befragungen der KlientInnen erreichen beste Werte. Was macht dieses Modell so erfolgreich? Warum interessieren sich mittlerweile auch andere Länder für die Arbeitsweise?

Jos de Blok, Gründer und Geschäftsführer von Buurtzorg, präsentierte bei einer Veranstaltung der Arbeiterkammer Wien im Jänner 2016 seine Organisation und die dahinterliegenden Vorstellungen. Expertinnen aus Gewerkschaft und Arbeiterkammer Wien haben im Juni Buurtzorg besucht und mit MitarbeiterInnen diskutiert.

Selbstverständlich ist in jedem Land die Rechtslage betreffend die Organisation der Langzeit-pflege bzw der Pflegevorsorge insgesamt divers, es gibt verschiedene Zuständigkeiten und unterschiedliche Berufsbilder. Trotzdem können Grundsätze und Ideen aus erfolgreichen Modellen anderer Länder überdacht und mit etwas Mut und Unterstützung aller Beteiligten eine Weiterentwicklung angestoßen werden. In den NL war Ausgangspunkt für die Neuorganisation die Unzufriedenheit von Pflegekräften mit der traditionellen Organisationsform, dh starke Aufgabenteilung, bürokratischer Aufwand und fehlende Kommunikation - auch in Österreich nicht ganz unbekannt. Qualifizierten Pflegekräfte wissen selbst am besten, welche Klientin und welcher Klient was benötigt. Selbstorganisation der Teams mit maximal 12 MitarbeiterInnen ist ein zentraler Punkt des Modells. IT-Lösungen, die als Unterstützung und nicht als Kontrolle empfunden werden, bilden ein wesentliches Element der täglichen Arbeit. Ein wichtiger Punkt ist die gute Qualifikation der meisten Pflegekräfte (70% haben einen Diplom- oder Bachelorabschluss). In Österreich interessant wären, neben dem Berufsbild der Diplomierten Krankenpflegerin sicher auch Diplom- und

Referentin

Mag. Monika Weißensteiner (A)

Juristin, seit 1988 in der Arbeiterkammer Wien, Abteilung Sozialversicherung (Pensions-, Kranken- und Unfallversicherungsrecht, Pflegevorsorge)

Mitarbeit in Arbeitsgruppen zur Neuordnung des österreichischen Pflegesystems ab 1991, Vertretung der Bundesarbeitskammer im Arbeitskreis für Pflegevorsorge

Verfassung zahlreicher Artikel ua auf dem Gebiet der Pflege

OGH: Erste Entscheidung zum Anspruch auf Pflegegeld DRdA 1995

Aktuelle Judikatur zum Pflegegeld DRdA 1997

Mitarbeit AK INFOS, Pflege und Betreuung älterer Menschen in Österreich, Hrsg. AK Wien 2014

Skriptum Pflegevorsorge, VÖGB Skriptenreihe SR 14

Investitionen in bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur – "überschätzte" Kosten, unterschätzte Potenziale! (A. Buxbaum/M.Weißensteiner), WISO Nr 4/14

FachsozialbetreuerInnen mit dem Schwerpunkt Altenarbeit, die derzeit oft nicht ihrer Qualifikation entsprechend eingesetzt werden. Erklärtes Ziel ist auch, pflegebedürftigen Menschen ein weitgehend selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Um eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, schaffen PflegerInnen formelle und informelle Netzwerke unter Einbeziehung von Angehörigen, NachbarInnen, ÄrztInnen etc zur Unterstützung. Einen hohen Wert hat dabei die Prävention, da insbesondere die Stärkung der Autonomie der KlientInnen im Vordergrund steht.





Beat Grossenbacher: Wie die multisensorische Stimulation den Alltag von Behinderten beeinflussen und bereichern kann (Fachvortrag Air Creative Handels GmbH)

Die meisten Patienten mit einer Demenzerkrankung, sei es eine Alzheimer-Krankheit oder sonstige Formen der erworbenen Geistesschwäche, leben in dem Umstand das Gelernte, welches sie sich während ihrem ganzen Leben angeeignet haben, wieder zu verlieren. Dieser Zustand führt dazu, dass sie die Kontrolle der bewussten Wahrnehmung allmählich ganz verlieren. Kurz gesagt - "Der Verstand schwindet, die Emotionen aber bleiben".

Diese Erkenntnis führt dazu, dass bei mittelschwerer bis schwerer Demenz ein Wohnangebot geschaffen werden muss, das ihren emotionalen Bedürfnissen gerecht wird. Der Lebensraum muss so gestaltet werden, dass sich Menschen mit einer Demenz geschützt und einer Gemeinschaft zugehörig fühlen. Er soll ihre noch erhaltene emotionale Lebensqualität mit Erlebnisund multisensorischen Sinnesoasen fördern.

Der Grundgedanke

Bei Demenzerkrankungen verliert das Gehirn zuerst das lebenslang gelernte Wissen. Die emotionale Ebene (Limbisches System) ist jedoch immer noch voll funktionsfähig. Im limbischen System werden die Sinneseindrücke nur noch auf zwei Ebenen verarbeitet - entweder sind diese der "Bedrohung" oder der "Freude" zugeordnet. Die Erfahrungen wie das Gelernte, können durch den Gedächtnisverlust nicht mehr zu Hilfe gezogen werden. Das heisst, eine empfundene Bedrohungssituation wirkt sich ebenso direkt auf das Verhalten der Betroffenen aus, wie eine gezielte Freude die übermittelt wird. Ein kleiner aber wichtiger Unterschied dabei ist, dass im Gehirn die Bedrohungssituationen immer als wichtiger eingestuft werden, als die freudigen Ereignisse. Demzufolge sollte die erste Überlegung den Bedrohungen gewidmet werden. So können schlechte Gerüche, Licht und Schatten emotional ebenso als Bedrohung wirken, wie aggressive oder laute Stimmen und Geräusche.

Referent

Beat Grossenbacher (CH)

Seit über 25 Jahren erforscht er das Verhalten des Menschen in Bezug auf das Zusammenspiel von Farben, Formen, Licht, Akustik und Duft.

Er ist Gründer des CDA (Centre d'Ambiance™), der Grundlage zur multisensorischen Ansprache des Menschen im Lebensumfeld, wie auch der Farbmethodenanalyse© (FMA) zur Ermittlung der Farb-DNA (multisensorische Bespielung in der Kongruenz der Sinne).

Bekannt als Entwickler von Gesamtkonzepten für eine "menschenfreundliche" Raumgestaltung in der Pflege.

Die Lösung

Das CDA (centre d'ambiance) hat in jahrelanger Forschung ein Konzept entwickelt, dass dem Pflegepersonal die Möglichkeit gibt, sein Wohn- und Betreuungskonzept so umzusetzen, dass es den Betroffenen mit Gedächtnisverlust gerecht wird. Alle Faktoren wie Licht, Geruch, Duft, Klang, Farbe usw. werden mit in das Konzept integriert. Ein ganzheitliches Wohn- und Betreuungskonzept kann entstehen. Es gibt das emotionale Empfinden von Sicherheit und Orientierung. Es fördert und erhält die Autonomie und regt die emotionale Kommunikation an. Gleichzeitig wird das Gefühl von "ich bin zuhause" vermittelt.



Katharina Bewer: Evidenzbasierte Behandlungsqualität in der Pflege trotz Zeitdruck und Informationsflut – Hilfsmittel und Lösungsansätze von EBSCO Health (Fachvortrag Ebsco GmbH)

Wie können wir Pflegekräfte und Fachleute aus dem Gesundheitswesen am besten dabei unterstützen, eine evidenzbasierte Behandlungsqualität in den Arbeitsalltag zu integrieren? Wie finden Pflegekräfte möglichst schnell und einfach die für sie wirklich relevanten Informationen? Gut informierte und weitergebildete Fachkräfte leisten einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung im Klinikalltag.

Dieser EBSCO Health Vortrag richtet sich nicht nur an Fachkräfte aus dem Pflegebereich, sondern an alle, die das Ziel haben, eine möglichst effiziente und umfassende Versorgung mit Fachinformationen aus dem Gesundheitswesen zu gewährleisten. Budgetknappheit, Zeitmangel und eine immense Flut an Informationen machen die Auswahl der passenden Ressourcen zu einer Herausforderung.

Der Ruf nach Qualitätssicherung und der Wandel zu einer Akademisierung der Pflege brauchen realitätsnahe und umsetzbare Lösungen. EBSCO Health bietet vielfältige und passende Hilfsmittel zur Fort- und Weiterbildung, die den speziellen Nutzerbedürfnissen in der Pflege und im Gesundheitswesen gerecht werden. Schneller und einfacher Zugriff auf evidenzbasierte, relevante Informationen führt zu mehr Effizienz und Sicherheit im Arbeitsalltag.

Referentin

Katharina Bewer (D)





Dieter Welbich: Selbstständigkeit in der Pflege - Aktuelle Steuerfragen und Rechtliches (Fachvortrag Baldinger & Partner)

Inhalt des Beitrags:

- Erwirkung des Gewerbescheins
- Mitgliedschaft bei der Wirtschaftskammer
- Registrierung bei der SVA und GSVG-Beitragszahlungen
- Empfehlenswerte Versicherungen
- Steuerliche Registrierung
- Einkommensteuerliche Behandlung, Pauschalierung, Erstellung der Steuererklärungen, ESt-Zahlungen
- Umsatzsteuerliche Behandlung
- · Unterbrechung und Beendigung der Tätigkeit
- Abzugsfähigkeit der Zahlungen an Pflegekräfte für Pflegebedürftige

Referent

Mag. Dieter Welbich (A)

Geboren in Wien 1969. Abschluss des Studiums der Handelswissenschaften an der Wirtschaftsuniversität Wien als Jahrgangsbester (Würdigungspreis Wissenschaftsminister) und Beginn als Berufsanwärter bei Mag. Baldinger 1994. Steuerberater seit 1998. Partner von Baldinger & Partner Unternehmens- und Steuerberatungsgesellschaft mbH und Captura Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mbH, beide Wien, seit 2001. Unternehmensberater seit 2005. Lehrbeauftragter an der Medizinischen Universität Wien seit 2006. Wirtschaftsprüfer seit 2009.

Fr., 25. November 2016

podium

E1	14.30-16.00	Zukunft der Pflege (Meinhild Hausreither, A *, Paul Resetarics, A *, Ursula Frohner, A, Margit Schäfer, A, Andreas Kocks, D)
----	-------------	---

aktuelle.pflegepolitische fragen

E1	09.00-10.00	News aus dem BMG (Meinhild Hausreither, A, Paul Resetarics, A)
E1	10.00-11.00	Was ist mit der Pflege los? (Ernest Pichlbauer, A)
E1	11.00-12.00	News vom ÖGKV (Ursula Frohner, A)
E1	12.00-13.00	ELGA läuft und was das für die Pflege bedeutet (Susanne Herbek, A)
E1	13.00-14.00	Gesponserter Beitrag: Der oberösterreichische Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand (Heidemarie
		Staflinger, A, Bundesarbeitskammer)

pflege.wissenschaft

E2	09.00-09.30	Pflegewissenschaftlich basierte Forschung – Fluch oder Segen für die Gesellschaft? (Jürgen Osterbrink, A, PMU Salzburg)
E2	09.30-10.00	Alles App? Kann durch den Einsatz einer App eine verbesserte Schmerzbehandlung in der extramuralen Versorgung garantiert werden? (Andre Ewers, A, PMU Salzburg)
E2	10.00-10.30	InTherAKT: Wie gelingt eine bewohnerspezifische Medikation in der stationären Langzeitversorgung durch interprofessionelle Kooperation und Kommunikation? (Nadja Nestler, D, PMU Salzburg)
E2	10.30-11.00	Die Anwendung von Mangelernährungsscreenings in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen (Doris Eglseer, A, Med Uni Graz)
E2	11.00-11.30	Doppelinkontinenz: ein häufiges Leiden? (Manuela Mandl, A, Med Uni Graz)
E2	11.30-12.00	Die Quadratur des Kreises? Lebensqualität im Pflegeheim messen (Gudrun Bauer, A, Christiane Hildebrandt, A, Martin Wallner, A, Universität Wien)
E2	12.00-12.30	Preisverleihung Posterpräsentation (Martin Nagl-Cupal, A)
E2	12.30-13.00	Einflussfaktoren auf die Entstehung von Bettlägerigkeit in der Langzeitpflege – zwei Perspektiven (Sabine Schrank, A, Laura Kinsperger, A, Universität Wien)
E2	13.00-13.30	Entwicklung und Pilotierung eines Unterstützungsangebots für Familien mit pflegenden Kindern und Jugendlichen in Österreich (Martin Nagl-Cupal, A, Julia Hauprich, A, Universität Wien)
E2	13.30-14.00	Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Tiroler Wohn- und Pflegeheimen (Karoline Schermann, A, Umit, Hall in Tirol)
E2	14.00-14.30	Aktionsforschung - Möglichkeiten und Grenzen der Partizipation am Beispiel des Projektes "PComCare - Einsatz des Process Communication Model© beim Auftreten von herausfordernden Verhaltensweisen im Rahmen der Betreuung von Menschen mit Demenz" (Hanna Mayer, A, Eva Zojer, A, Universität Wien)

pflege.management

F1	09.00-10.00	Pflege-Thermometer 2016 (Ruth Rottländer, D)
F1	10.00-11.00	"Sehenden Auges …" Herausforderungen und Lösungsansätze für eine wünschenswerte Zukunft der Pflege (Margit Schäfer, A)
F1	11.00-12.00	Gesponserter Beitrag: Neue Trends im postoperativen Schmerzmanagement (Wolfgang Jaksch, A, Andre Ewers, A, Grünenthal GmbH)
F1	12.00-13.00	Wirkungsorientiertes Controlling – Qualität €rnsthaft messen (Daniela Neubert, A, Maria Laura Bono, A)
F1	13.30-14.30	Gesponserter Beitrag: Energie verleiht Flügel. Vom Energydrink zum Selfempowerment. Von Energieräubern zu Energiebringern (Gabriele Hochwarter, A, move to meet)

praxis.special

F2	09.00-10.00	Wie wertvoll ist Pflege im Langzeitbereich? Lebens- und Pflegequalität aus der Sicht von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen der Schweiz (Madeleine Bernet, CH)
F2	10.00-11.00	Palliative Kinder dort pflegen, wo ihr Zuhause ist (Gabriele Hintermayer, A)
F2	11.00-12.00	Pflegeanleitung – Hilfe zur Selbsthilfe für pflegende Angehörige (Maria Gruber, A, Christoph Hufnagl, A)
F2	12.30-13.30	Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im System Krankenhaus – Eine Herausforderung für alle Beteiligten? (Renate Baier, A)
F2	13.30-14.30	Palliative Betreuung: Vermittlung von Sicherheit und Kompetenz für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Peter Kreuter, A)

praxis.demenz

N2	09.00-10.00	"Der Mann in meinem Zimmer" – Wie verstehe und begleite ich Menschen mit Demenz" (Ilona Bürk, D)
N2	10.00-11.00	Menschen mit Demenz im Pflegeheim – Verbesserung der Lebensqualität durch Schulung und Fallbesprechungen mit dem Schwerpunkt Kontinenzförderung (Myrta Kohler, CH)
N2	11.00-12.00	Sich gemeinsam auf den Weg machen! Angehörige und Pflegende gestalten den Alltag für Bewohnerinnen und Bewohner (Sabine Kalkhoff, D, Christina Kuhn, D)
N2	12.30-13.30	Inklusion und Teilhabe von demenzerkrankten Menschen (Erich Fenninger, A)
N2	13.30-14.30	Allein zu Hause? Wenn Menschen mit Demenz alleine leben und pflegende Angehörige allein gelassen werden (Raphael Schönborn, A, Birgit Meinhard-Schiebel, A)

praxis.technik

N2	09.00-10.00	Chancen und Risiken von technischer Assistenz (in der Pflege) (Wolfgang Zagler, A)
N2	10.00-11.00	Technische Assistenz im Sanitärbereich (Paul Panek, A)
N2	11.00-12.00	Erfahrungen mit Assistiver Robotik in der Unterstützung älterer Menschen (Peter Mayer, A)
N2	12.30-13.30	Gesundheitsprävention und Risikomanagement mittels IKT im Wohnumfeld (Mario Drobics, A)
N2	13.30-14.30	Pflegeinformatik als Schlüssel zu einer berufsgruppenübergreifenden und patientenzentrierten Dokumentation (Robert Mischak, A)

pflege.plus

M2	09.00-10.00	Pflege für Pflegende: Empathie in der Care-Arbeit (Andreas Kocks, D, Karoline Kaschull, D)
M2	10.00-11.00	Auf dem Weg zum Erfolg Die Implementierung von Reanimationsfortbildungen am St. Anna Kinderspital zur Umsetzung einer Vorgabe des Austrian Resuscitation Council (ARC) (Ingrid Wöll-Reichert, A)
M2	11.00-12.00	Wie viel Pflegeplanung braucht die professionelle Pflege? Pflegeplanung und Dokumentation im Licht der Praxis (Andrea Goldemund, A)
M2	12.30-13.30	Primary Nursing – ein Konzept für die Hauskrankenpflege (Daniela Ellmaier, A)
M2	13.30-14.30	Diversität – Gelebte Vielfalt an der AWZ. Umsetzung von Diversität im Aus- und Weiterbildungszentrum Soziales Wien GmbH (Haris Cukur, A, Manu-
		ela Oberegger, A)



aktuelle.pflegepolitische fragen





Meinhild Hausreither, Paul Resetarics: News aus dem BMG

Referentin & Referent

Dr. Meinhild Hausreither (A)

Studium der Rechtswissenschaften in Wien; Abteilungsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit seit 1991; Schwerpunkte der beruflichen Tätigkeit sind allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten, rechtliche Angelegenheiten der Gesundheitsberufe (Legistik und Vollziehung) samt Ausbildung und Umsetzung ausbildungsrelevanter internationaler Entwicklungen; zahlreiche einschlägige Publikationen; Vortragstätigkeit; Lehraufträge an österreichischen Universitäten, Fachhochschulen und anderen Ausbildungseinrichtungen; Mitglied in nationalen und internationalen Expert/inn/engremien zu Pflege und Gesundheit.

Mag. Paul Resetarics, MSc (A)

Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, Sonderausbildung für Lehraufgaben an der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen Wien. Danach ein Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Master in Science (Pflegepädagogik) an der Universität Graz. 1987-1999 in unterschiedlichen Bereichen der Pflegepraxis tätig. 1999-2007 Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege. Seit 2008 Chief Nursing Officer (CNO), Bundesministerium für Gesundheit. Lfd. Lehrbeauftragter, Fachbuchautor.



Ernest Pichlbauer Was ist mit der Pflege los?

Pflege ist nicht Teil einer gesamthaften Gesundheitsstrategie. Wesentlich dafür ist aber nicht ausschließlich die Fragmentierung des Gesundheitswesens, und dessen Zerfall in Machtblöcke, die einer solchen Strategie entgegenstehen, es sind auch die Pflegekräfte selbst, die sich zu wenig als Teil einer solchen denken können.

Dort, wo Pflege (v.a im Sinne der Tertiär-Prävention) integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung ist, spielt sie eine größere Rolle, erhält mehr Mittel aus dem Gesamtbudget, und trägt maßgeblich dazu bei, dass die 65+Bevölkerung länger gesund ist, sich gesünder fühlt und in den Aktivitäten des täglichen Lebens weniger eingeschränkt ist.

Referent

Dr. Ernest Pichlbauer (A)

Geb. 1969, arbeitete, bevor er sich der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitsversorgungsforschung zuwandte, als Universitätsassistent an der Pathologie des Wiener AKH. Während seiner Zeit am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) war er unter anderem maßgeblich an den Arbeiten zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beteiligt und verfasste für die deutsche Bundesregierung mehrere HTA-Berichte. 2007 veröffentlichte er gemeinsam mit Ingrid Korosec die gesundheitspolitische Diskussionsgrundlage "Gesunde Zukunft – Österreichs Gesundheitsversorgung NEU". Seit 2008 ist er unabhängiger Experte, Blogger (www.rezeptblog.at) und Publizist, u.a. gesundheitspolitische Kolumnen in der Wiener Zeitung ("Rezeptblock").





Ursula Frohner: News vom ÖGKV

Referentin

Ursula Frohner (A)

ÖGKV-Präsidentin, geb. 1958 in Wien, Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege von 1973 – 1977 an der Krankenpflegeschule des Wilhelminenspitals in Wien.

Praktische Tätigkeit bei der Pflege von Patientinnen und Patienten in den Fachgebieten: Chirurgie / Unfallchirurgie, Chronische Erkrankungen, Kardiologische Erkrankungen, Pflege im Operationsbereich.

Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Ophthalmologische Pflege im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV), Mitglied des Ludwig Boltzmann Institut für Retinologie bis 2007, Ab 1999 aktive Mitgestaltung der Berufspolitik im ÖGKV, 2004-2007 Landesvorsitzende ÖGKV Landesverband Wien. Seit 2007 Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV) und Vorsitzende der Österreichischen Pflegekonferenz (ÖPK).



Susanne Herbek: ELGA läuft... und was das für die Pflege bedeutet

Die elektronische Gesundheitsakte ELGA hat erfolgreich den Betrieb aufgenommen und wird schrittweise in den Krankenhäusern und danach im niedergelassenen Bereich und in Pflegeeinrichtungen ausgerollt. Mit der e-Medikation gibt es mehr Information über die verordneten und aus den Apotheken abgeholten Medikamente. Wie Pflegepersonen in ihrer täglichen Arbeit von ELGA und e-Medikation profitieren können und was sich für Patientinnen und Patienten ändert, wird anhand konkreter Beispiele diskutiert.

Referentin

Dr. Susanne Herbek (A)

ELGA GmbH

Seit 1.1.2010 Geschäftsführerin der ELGA GmbH. In ihrer früheren Tätigkeit als Direktorin der Teilunternehmung 1 des Wiener Krankenanstaltenverbundes war sie für die strategische Kapazitäts-, Struktur- und Leistungsplanung sowie das operative Management der Krankenanstalten der Stadt Wien verantwortlich.



Heidemarie Staflinger: Gesponserter Beitrag: Der oberösterreichische Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand (Bundesarbeiterkammer)

Die stationäre Langzeitpflege in Österreich steht vor großen Herausforderungen. Die Bewohnerstruktur hat sich in den letzten Jahren massiv verändert. Die Verweildauer im Heim sinkt, Multimorbidität, steigende Demenz und eine steigende Palliativversorgung führen dazu, dass sich auch die Aufgaben in der Pflege und Betreuung verändern. Zugleich sind die Qualitätsansprüche verbunden mit diversen Dokumentationvorgaben, Kontrollen, etc. gestiegen. Obwohl sich die Anforderungen gerade in den letzten Jahrzehnten massiv verändert haben, gab es kaum Veränderungen in der Personalausstattung der Alten- und Pflegeheime. Derzeit gibt es aufgrund der Kompetenzverteilung neun unterschiedliche Bundesregelungen. Die Berechnungsgrundlagen sind teils unklar. Sie alle eint, dass sie großteils im Laufe der 1990er-Jahre entstanden sind. Wie passen nun die heutigen Anforderungen mit den gesetzlichen Grundlagen zusammen? Wie erleben Akteure/-innen im Feld die derzeitigen Anforderungen und welche Handlungsfelder sehen sie für eine zeitgemäße Personalausstattung. Ausgehend von einer aktuellen Studie der Arbeiterkammer Oberösterreich zum Mindestpflegepersonalschlüssel in den oö. Alten- und Pflegeheimen werden Handlungsfelder für die stationäre Langzeitpflege in Österreich identifiziert. Betrachtet wird zudem die Frage, wie zeitgemäß eine Forderung nach Mindestpflegepersonalschlüsseln ist und welche Schritte es dazu braucht.

Referentin

MMaq.a Heidemarie Staflinger (A)

Bundesarbeitskammer

Arbeiterkammer Oberösterreich, Abteilung Arbeitsbedin-gungen, Schwerpunkt Arbeitsbedingungen im Gesundheits- und Sozialen Dienstleistungsbereich. Studium der Wirtschaftswissenschaften und -pädagogik mit den Schwer-punkten Organisation, Personal, Arbeits- und Organisationspsychologie, Kommunikati-onstrainerin im Gesundheitsbereich, E.DE.-Heimleiterin, E-Qalin-Trainerin, langjährige EU-Projekterfahrung im Bereich der stationären Langzeitpflege, Projektleiterin im EU-geförderten INTERREG-Projekt PFLEGE: Ein Arbeitsmarkt der ZUKUNFT

pflege.wissenschaft



Jürgen Osterbrink: Pflegewissenschaftlich basierte Forschung – Fluch oder Segen für die Gesellschaft?

Zur Gewährleistung einer evidenzbasierten Pflegepraxis wird ein tieferes Verständnis für die Interaktion der Pflegenden mit den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie den Einflüssen der pflegerischen Umgebungsfaktoren benötigt. Pflegewissenschaftlich basierte Versorgungsforschung greift daher Probleme aus dem Versorgungsalltag auf und hat direkte Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Versorgung von Menschen in Altenhilfeeinrichtungen, Hospizen und Krankenhäusern und dient der Implementierung neuer Erkenntnisse in Theorie und Praxis. Die im Vortrag präsentierten Versorgungsforschungsprojekte belegen dies.

- 1. Das "Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster", ein Projekt, welches weltweit erstmals die komplexen Zusammenhänge in der Versorgung von Schmerzpatienten innerhalb eines kommunalen Gesundheitssystems analysierte, mit dem Ziel zukünftig über Institutions- und Sektorengrenzen hinweg eine umfassende und vernetzte Schmerzbetreuung für Patienten zu ermöglichen bzw. zu erleichtern.
- 2. "InTherAKT" zielt auf eine Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Altenhilfeeinrichtungen ab. Gemeinsam mit Hausärzten, Apothekern sowie Pflegenden aus Altenhilfeeinrichtungen werden Strategien zur Optimierung der Arzneimitteltherapiesicherheit und Lebensqualität der Bewohner erarbeitet. Durch eine verbesserte Kommunikation der beteiligten Berufsgruppen soll nachhaltig die Arbeitszufriedenheit spürbar positiv beeinflusst werden.
- 3. Im Forschungsprojekt "Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz in Salzburg PAiS" wird besonderer Fokus auf die Belastungssituation von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz im ländlichen Raum

Referent

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink (A)

Er absolvierte die Ausbildung zum Krankenpfleger, die Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege, das Masterstudium an der Universität Glasgow und den PhD an der Universität Leuven. Seit 2007 ist Jürgen Osterbrink Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis an der PMU Salzburg. Im Jänner 2016 wurde sein Institut zum WHO CC for Nursing Research and Education ernannt. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Themenbereich der Versorgungsforschung.

im Bundesland Salzburg gelegt. Dabei ist neben der Belastungssituation auch von Interesse, welche Hilfs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige Demenzerkrankter vorhanden sind und von diesen auch in Anspruch genommen werden. Somit wird eine evidenzbasierte Verbesserung der gesundheitsbezogenen Versorgung der Menschen unterstützt und angemessene Lösungen für eine sektorenübergreifende Versorgung gewährleistet.



Andre Ewers: Alles App? Kann durch den Einsatz einer App eine verbesserte Schmerzbehandlung in der extramuralen Versorgung garantiert werden?

Problemdarstellung und Relevanz

Die Nutzung einer unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten entwickelten App als digitale Kommunikationsmöglichkeit zum Schmerzmanagement im häuslichen Setting ist in der Bundesrepublik Deutschland derzeit noch nicht etabliert. Die Dokumentation der Daten durch die Patienten selbst und der Transfer der Daten an ein Webportal zur Einsicht des behandelnden Hausarztes kann helfen, die derzeit bestehende Kommunikationslücke zum Schmerzmanagement zwischen den Hausarztbesuchen der Patienten sinnvoll zu schließen.

Forschungsfragen

Im Fokus der Studie stehen design-technische Fragestellungen zum Layout und zur Navigation der painApp sowie nutzerrelevante Fragestellungen zum Schmerzmanagement wie z.B. zum Ruhe- und Belastungsschmerz, zur Einnahme der Schmerzmedikation und zur Zufriedenheit der Schmerzsituation der Patienten.

Methodik

Anhand einer formativen Evaluation mit insgesamt vier Evaluationszeitpunkten und einer Abschlussbefragung erfolgt in einem Erhebungszeitraum von zwölf Monaten die nutzerzentrierte Entwicklung und praxisbasierte Testung des Anwendungsprogramms painApp unter direkter Beteiligung der Patienten mit einem Alter von ≥ 65 Jahren. Ebenso wurde in dem genannten Zeitraum ein Webportal zur Darstellung der vom Patienten über die painApp dokumentierten Daten unter Beteiligung der Hausärzte entwickelt und getestet.

Ergebnisse

Es konnte gezeigt werden, dass die Patienten in der Lage sind eine zum Schmerzmanagement vorgegebene Dokumentation dauerhaft durchzuführen. Ebenso konnte gezeigt werden, dass die technischen Voraussetzungen gegeben sind, die Daten aus der painApp in ein Webportal zu transferieren und den Hausärzten zur Verfügung zu stellen.

Referent

Ass.-Prof. Dr. Andre Ewers (A)

PMU Salzburg

Andre Ewers ist Krankenpfleger, Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege und promovierter Pflegewissenschaftler. Derzeit ist er als Geschäftsführender Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und – praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität sowie als Leitung Fachentwicklung Pflege am Universitätsklinikum Salzburg tätig. Er lehrt in verschiedenen wissenschaftlichen und fachbezogenen Studiengängen die Fächer Pflegewissenschaft, quantitative Forschungsmethodik und Research Utilization.

Schlussfolgerungen

Die Entwicklung der painApp als Prototyp konnte im vorgegebenen Projektzeitraum realisiert werden. Die painApp ist in der Lage die digitale Kommunikation mit dem Hausarzt ohne technische Probleme herzustellen und die vom Patienten über die App dokumentierten Daten dem Hausarzt zeitnah zur Verfügung zu stellen. Der Prototyp kann nunmehr flächendeckend im häuslichen Setting verwendet werden.



Nadja Nestler: InTherAKT: Wie gelingt eine bewohnerspezifische Medikation in der stationären Langzeitversorgung durch interprofessionelle Kooperation und Kommunikation

Aufgrund von Stoffwechselveränderungen im Alter, dem Vorhandensein mehrerer Erkrankungen und daher oft gleichzeitiger Einnahme mehrerer Medikamente, sind Betagte und Hochbetagte besonders häufig von unerwünschten Arzneimittelereignissen betroffen. Insbesondere gilt dies für Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen, da diese neben physischen Einschränkungen auch oftmals kognitive Leistungseinschränkungen zeigen und somit nicht selber in der Lage sind eine Medikamentenbeobachtung durchzuführen. Das Versorgungsforschungsprojekt InTherAKT untersucht die Kooperation und Kommunikation der am Medikationsprozess beteiligten ÄrztInnen, Pflegende und ApothekerInnen und hat das Ziel diese Prozesse zu optimieren, um so eine verbesserte Arzneimitteltherapie für die Bewohner zu erreichen. Hierzu wurden berufsgruppenübergreifende Schulungen durchgeführt und eine Online Kommunikationsplattform entwickelt, die den Prozess unterstützt. Zu drei Zeitpunkten werden die Angemessenheit der Arzneimitteltherapie geprüft, wie auch bewohnerbezogene Erhebungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, der Delirneigung, der Agitiertheit, des Sturzrisikos, der Funktionalität sowie bestehender Schmerzen durchgeführt. Zudem werden zu Beginn und Abschluss des Projektes berufsgruppenspezifische Gruppeninterviews mit Pflegenden, HausärztInnen und ApothekerInnen durchgeführt, um das Erleben der Kooperation und Kommunikation zur Arzneimitteltherapie zu erfassen. Die Gruppendiskussionen der teilnehmenden Berufsgruppen zeigen Probleme in der Kooperation und Kommunikation, die zumindest teilweise als systembedingt beurteilt werden können. Das Erleben dieser Probleme ist je nach Berufsgruppe unterschiedlich und führt zu differierenden Strategien zur Lösung der Probleme. Im Vortrag wird insbesondere die Intervention der Untersuchung dargestellt, um Ansatzpunkte für eine Optimierung der Arzneimitteltherapie aufzuzeigen.

Referentin

Nadja Nestler Dipl. Pflegewissenschaftlerin (FH) (A)

PMU Salzburg

Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Pflegewissenschaft und praxis der Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg im Projekt InTherAKT: Initiative zur (Arzneimittel)Therapiesicherheit in der Altenpflege durch Kooperation und Teamwork

Gesundheits- und Krankenpflegerin, Mitglied des ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft, Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Erarbeitung der Nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten bzw. chronischen Schmerzen

nadja.nestler@pmu.ac.at



Doris Eglseer: Die Anwendung von Mangelernährungs-Screenings in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen

Hintergrund: Die Erfassung des Ernährungszustandes bei Aufnahme in ein Krankenhaus oder Pflegeheim ist Voraussetzung, um mangelernährte Patientinnen und Patienten zu erkennen. Internationale wie auch nationale Leitlinien empfehlen dafür validierte Screening-Tools (z.B. MUST, MNA, NRS). Das Fehlen eines solchen Mangelernährungs-Screenings ist häufig der Grund dafür, dass keine adäquaten Interventionen eingeleitet werden. Ziel dieser Studie ist es, die Anwendung von Leitlinien zum Thema Mangelernährung in österreichischen Einrichtungen zu erfassen. Zusätzlich soll aufgezeigt werden inwieweit der Ernährungszustand der Patientinnen und Patienten erfasst wird und ob das Vorliegen einer Leitlinie darauf Einfluss hat.

Methoden: Im Rahmen der "Pflegequalitätserhebung" 2015 wurden durch eine Querschnitterhebung Daten von 67 österreichischen Einrichtungen mit insgesamt 5952 Teilnehmerinnen und Teilnehmern erfasst; darunter 56 Allgemeine Krankenhäuser, 2 Geriatrische Krankenhäuser und 9 Pflegeheime. Die Datenauswertung erfolgte mittels SPSS 22 durch deskriptive Statistik, Kontingenttabellen und den Chi-Quadrat-Test.

Ergebnisse: 48% der Einrichtungen gaben an, eine Leitlinie zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung zu haben. Am häufigsten wurde der Ernährungszustand der Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch den klinischen Blick und das Gewicht erfasst. Ein validiertes Screening-Tool wurde bei einem Viertel aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer angewendet, wobei dies bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern am häufigsten der Fall war (81,9%). In Allgemeinen Krankenhäusern wurde bei 21,2% der Patientinnen und Patienten ein Screening durchgeführt. Jene Einrichtungen, die eine Leitlinie hatten, verwendeten signifikant häufiger ein validiertes Screening-Tools als jene Häuser ohne Leitlinie (p < 0,001).

Schlussfolgerungen: Obwohl etwa die Hälfte der teilgenommenen Einrichtungen Leitlinien zur Prävention und Behandlung mangelernährter Patientinnen und Patienten verwenden, zeigt sich, dass bei etwa drei Viertel aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Ernährungszustand nicht mit Hilfe von validierten Screening-Tools erfasst wurde. Mit der Anwendung von Leitlinien erhöht sich der Anteil gescreenter Patientinnen und Patienten. Die flächendeckende Einführung validierter Screening-Tools ist zu empfehlen, da ein Screening die Grundlage für weiterführende Interventionen darstellt.

Hintergrund: Die WHO beschreibt Stürze und daraus folgende Verletzungen bei älteren Personen als bedeutsames Forschungsthema im Bereich PatientInnensicherheit (WHO 2008). Internationale Studien weisen auf eine Sturzhäufigkeit, bei über 65 jährigen Personen, von 30% hin (NICE 2013). Ziel war es die Häufigkeit sowie ausgewählte Charakteristiken (wie Pflegeabhängigkeit, Sturzort, Sturzzeitpunkt) und Sturzpräventionsmaßnahmen in österreichischen Allgemeinen Krankenhäusern, Geriatrischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu erheben.

Referentin

Doris Eglseer (A)

MedUni Graz

Universitätsassistentin und Doktorandin am Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz. Diätologin mit mehrjähriger Tätigkeit im klinischen Bereich sowie in der Freiberuflichkeit (diverse Beratungen, Vorträge, Workshops für Patientlnnen, Pflegepersonal und Ärztlnnen). Forschungsinteressen: Mangelernährung, (Klinische) Ernährung, Geriatrie.

Methode: Die Daten wurden im Rahmen der österreichischen Pflegequalitätserhebung, einer jährlich durchgeführten multizentrischen Querschnittstudie, erhoben. Mittels eines standardisierten und getesteten Fragebogens wurden demographische Daten und Sturzindikatoren von 6808 Patientlnnen/BewohnerInnen erhoben, analysiert und verglichen.

Ergebnisse: In den Pflegeheimen betrug die interne Sturzhäufigkeit 98,2% und war signifikant höher als in den Geriatrischen Krankenhäusern (27,5%) und den Allgemeinen Krankenhäusern (20,9%). Die meisten Patientlnnen/BewohnerInnen stürzten im Krankenzimmer. Am häufigsten stürzten die Patientlnnen/BewohnerInnen zwischen 22.01 Uhr und 07.00 Uhr morgens. Insbesondere bei sturzpräventiven Maßnahmen konnten signifikante Unterschiede zwischen Allgemeinen- und Geriatrischen Krankenhäusern (z.B. bei der Auswertung des Schuhwerks/der Hilfsmittel) festgestellt werden. Die Untersuchung des Visus war in allen Einrichtungsarten eine selten durchgeführte sturzpräventive Maßnahme.

Diskussion: Die hohe Sturzhäufigkeit der PflegeheimbewohnerInnen könnte durch die signifikant höhere Pflegeabhängigkeit dieser Gruppe, im Vergleich zu PatientInnen der Allgemeinen und Geriatrischen Krankenhäuser, erklärt werden. Sturzpräventive Maßnahmen (wie Auswertung der Schuhwerks/der Hilfsmittel) sollten häufiger in Allgemeinen Krankenhäusern durchgeführt werden, da PatientInnen dadurch die Möglichkeit geboten wird Risikofaktoren für Stürze auszuschalten. Da die Einschränkung der Sehfähigkeit eine häufige Ursache von Stürzen ist, sollte deren Überprüfung eine sturzpräventive Maßnahme in allen Einrichtungen darstellen.



Manuela Hödl: Doppelinkontinenz: ein häufiges Leiden?

Hintergrund: In der internationalen Literatur wird beschrieben, dass in etwa jede/r dritte PatientIn/BewohnerIn an Doppelinkontinenz (DI) leidet. Ziel dieser Studie war es die Häufigkeit, ausgewählte Charakteristika der DI (wie Entstehungszeitpunkt, Auftreten, Intensität) sowie pflegerische Maßnahmen bezüglich DI in österreichischen allgemeinen Krankenhäusern, geriatrischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu untersuchen.

Methode: Im Rahmen der Pflegequalitätserhebung 2015, einer jährlich durchgeführten multizentrischen Querschnittstudie, wurden demographische Daten sowie Indikatoren bezüglich DI von 5952 PatientInnen/BewohnerInnen analysiert und verglichen.

Ergebnisse: Der Großteil der TeilnehmerInnen war weiblich und PflegeheimbewohnerInnen waren durchschnittlich älter und pflegabhängiger als PatientInnen der allgemeinen und geriatrischen Krankenhäuser. BewohnerInnen der Pflegeheime waren statistisch signifikant häufiger DI (38,7%) als PatientInnen der allgemeinen (3,5%) und geriatrischen Krankenhäuser (25,9%). Statistisch signifikante Ergebnisse konnten hinsichtlich DIEntstehungszeitpunkt, -Häufigkeit und -Intensität identifiziert werden. Die Einrichtungen unterschieden sich ebenso signifikant bezüglich pflegerischer Maßnahmen zu DI. Die Anpassung der Umgebung/der Kleidung wird eher selten in den allgemeinen und geriatrischen Krankenhäusern genutzt (17,2 - 47,3%) wohingegen die Pflegeheime häufig (Bett-) Einlagen (74,9%) nutzen.

Diskussion: Diese Daten zeigen deutlich auf, dass DI ein häufiges und schwerwiegendes Leiden in österreichischen Gesundheitseinrichtungen darstellt. Insbesondere die Anpassung der Umgebung oder der Kleidung sollten in allgemeinen und geriatrischen Krankenhäusern häufiger als Maßnahme eingesetzt werden. Wohingegen in den Pflegeheimen versucht werden sollte, die Nutzung von (Bett-) Einlagen zu reduzieren.

Referentin

Manuela Hödl, MSc, BSc

MedUni Graz

Bachelor und Masterabschluss in Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz, Universitätsassistentin am Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz, Doktorandin im Doktoratsstudium Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz und Universität Maastricht in Kooperation mit der FH Bern

Forschungsschwerpunkt: Inkontinenz in österreichischen Gesundheitseinrichtungen.

Autorinnen

Manuela Hödl, MSc, BSc;

Univ. Prof.in Dr.in Christa Lohrmann, DGKS, Dipl. Pflegepäd.in, FEANS



Gudrun Bauer, Christiane Hildebrandt und Martin Wallner: Die Quadratur des Kreises? Lebensqualität im Pflegeheim messen







Lebensqualität gilt als wichtiges Outcome-Kriterium in der Pflege und Betreuung älterer Menschen. Ausprägungen und die Bedeutungen der Dimensionen im subjektiven Erleben von Lebensqualität sind dabei mindestens so mannigfaltig wie Instrumente zur Messung der Lebensqualität.

Am Beispiel eines Entwicklungs- und Forschungsprojektes zur Umsetzung eines innovativen und wissenschaftlich basierten Rahmenkonzepts für Pflege und Betreuung in Niederösterreichischen Landespflegeheimen werden im Vortrag die Möglichkeiten und Grenzen der Messung von Lebensqualität besonders bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen aufgezeigt und kritisch diskutiert.

Referentinnen & Referent

MMag. Dr. Gudrun Bauer (A)

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien

Wissenschaftliche Mitarbeiterin (post doc) im Projekt "Innovation Landespflegeheime Niederösterreich"

Christiane Hildebrandt BA MA (A)

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien.

Ausbildung zur staatlich examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie Bachelor- (Universität Bremen/D) und Masterstudium Pflegewissenschaft (Universität Wien). Ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien. Ihre wissenschaftliche Ausrichtung fokussiert die Versorgungsforschung von älteren Menschen (mit kognitiven Beeinträchtigungen) sowie die onkologische Pflegeforschung. Methodischer Schwerpunkt: Qualitative Forschung.

Martin Wallner BSc MA (A)

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien.

Ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien und bei pflegenetz für die Bereiche Bildung und Web zuständig. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen die Versorgung alter(nder) Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sowie Onkologische Pflegeforschung mit Fokus Symptommanagement.







Sabine Schrank und Laura Adlbrecht: Einflussfaktoren auf die Entstehung von Bettlägerigkeit im Langzeitpflegebereich – zwei Perspektiven

In der institutionellen Langzeitpflege werden 50-99 % der Bewohner und Bewohnerinnen im Laufe ihres Aufenthalts zusehends immobiler, allerdings steigt die Mobilität auch bei rund 10 %. Zwei qualitative Case Studies untersuchten bewohnerspezifische, institutionelle und professionelle Einflussfaktoren auf die Entstehung von Bettlägerigkeit und die Wiedererlangung der Mobilität. Die Entstehung von Bettlägerigkeit ist ein multifaktorielles Phänomen, welches zu einem großen Teil institutionell beeinflusst wird und dessen Entwicklung keinesfalls zwangsläufig ist. Das zeigt sich auch am Potential zur Wiedererlangung der Mobilität, welche stark an die Steigerung der Selbstständigkeit gekoppelt ist.

Referentinnen

Mag. Sabine Schrank (A)

Mitarbeiterin der Sektion IV/B Pflegevorsoge im Sozialministerium. Von 2011 bis 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Ifd. Doktorandin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien im Bereich der gerontologischen Pflegeforschung und Lehrbeauftragte mit Schwerpunkt auf qualitative Forschung.

Laura Adlbrecht BscN, MSc (A)

Universität Wien

Absolventin der Ausbildung zur Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester (Barmherzige Brüder Wien) und des Bachelor- (UMIT) und Masterstudiums Pflegewissenschaft (Universität Wien). Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien im Bereich gerontologische Pflegeforschung. Darüber hinaus arbeitet sie in der Abteilung Pflegequalitätsentwicklung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien.





Martin Nagl-Cupal und Julia Hauprich: Entwicklung und Pilotierung eines Unterstützungsangebots für Familien mit pflegenden Kindern und Jugendlichen in Österreich

Hintergrund und Zielsetzung

Kinder und Jugendliche, die in die Pflege und Versorgung eines chronisch erkrankten Familienmitgliedes involviert sind, sind keine Seltenheit. In Österreich sind etwa 3,5 aller minderjährigen Personen davon betroffen. Vereinzelt bestehen bereits Unterstützungsbestrebungen, welche sich jedoch überwiegend auf diese sog. "Young Carer" konzentrieren (Nagl-Cupal, Daniel, & Hauprich, 2014). Internationale Erfahrungen verweisen dabei zunehmend auf familienorientierte Interventionen - welche Young Carers nicht isoliert - sondern eingebunden in das familiäre System, betrachten. An diesen Bedarf knüpft das Forschungsprojekt NoSecrecy des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien, erstmals in Österreich an.

Methoden

Von März 2015 bis März 2017 erfolgt(e) die Entwicklung und Pilotierung eines Unterstützungsangebots für Familien mit pflegenden Kindern und Jugendlichen. Das Utrechter Model zur Entwicklung, Testung und Einführung von evidenzbasierten Pflegeinterventionen (van Meijel, Gamel, van Swieten-Duijfjes, & Grypdonck, 2004) bildet den konzeptuellen und methodischen Bezugsrahmen:

Problem- und Bedürfnis- analyse	Erfassung bestehender Unterstüt- zungsbedürfnisse der Zielgruppe
Analyse der bestehenden Praxis	Einschätzung möglicher Unterstüt- zungsleistungen durch ExpertInnen
Interventions-entwicklung	Verknüpfung der vorherigen Ergebnisse zu einer Intervention Abgleich der Intervention in Diskussion mit ExpertInnen
Pilotphase und Testung der Intervention	Pilotphase bis März 2017 Geplante qualitative Evaluation ab Januar 2017

Ergebnisse

In der Problem- und Bedürfnisanalyse zeigte sich ein deutlicher Bedarf an familienorientierter Unterstützung. Familien wünschen sich eine Unterstützung, die deren familialen Eigenlogik entgegen kommt. Dieses Bedürfnis nimmt die aus dem UK entspringende Family Group Conference (FGC) auf. In Abstimmung mit den erfassten Bedürfnissen und des gegenwärtigen Handlungsrahmen erfolgte eine Adaption der FGC hin zur Familienkonferenz – Pflege (FKP). Dabei handelt es sich um ein Verfahren, welches Familien unter dem Einbezug ihres Netzwerkes befähigen soll, selbstständig Problemlösestrategien zu entwickeln und umzusetzen. Gegenwärtig wird die FKP in Kooperation mit dem Österreichischen Roten Kreuz pilothaft in die Praxis umgesetzt.

Referent & Referentin

Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal (A)

Universität Wien

Universitätsassistent, stellvertretender Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien. Forscht und lehrt zum Thema familienorientierter Pflege mit den Schwerpunkten pflegende Kinder und Jugendliche sowie Familien mit kranken Kindern.

Diplom Pflegepädagogin Julia Hauprich, MA (A)

Universität Wien

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien. Schwerpunkt: Familienorientierte Pflege im Kontext pflegender Kinder und Jugendlicher und Cochlea-implantierter Kinder.

Literatur

Nagl-Cupal, M., Daniel, M., & Hauprich, J. (2014). Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Konzeptentwicklung und Planung von familienorientierten Unterstützungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

van Meijel, B., Gamel, C., van Swieten-Duijfjes, B., & Grypdonck, M. H. F. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. Journal of Advanced Nursing, 48(1), 84-92.



Karoline Schermann: Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Tiroler Wohn- und Pflegeheimen

Einleitung:

Lebensqualität wird im Zusammenhang mit Demenz durch verschiedene Kategorien des persönlichen Lebens definiert. Diese Kategorien sind unter anderem die sozialen, gesundheitlichen und umweltbezogenen Lebensumstände sowie emotionale und spirituelle Bedürfnisse. Wesentlich ist jedoch, dass verminderte kognitive Fähigkeiten nicht mit einer niedrigen Lebensqualität gleichgesetzt werden können, da keine Norm für die Lebensqualität festgesetzt werden kann.

Pflegeabhängigkeit liegt vor, wenn Menschen nicht mehr die Möglichkeit haben ihre Grundbedürfnisse selbständig zu stillen. Dies kann sowohl ein vorübergehender Zustand sein, als auch zu einem Dauerzustand werden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Pflegeabhängigkeit nicht nur die Aktivitäten des täglichen Lebens betrifft sondern auch Phänomene wie Trauer oder Schmerz umfasst, auf die bei der Versorgung von Seiten der Pflegepersonen eingegangen werden muss.

Methodik:

Der Studie liegt ein quantitatives, deskriptives Querschnittsdesign zugrunde. In die Studie wurden Bewohner/innen mit einer ärztlich diagnostizierten Demenzerkrankung bzw. einem MMSE-Wert ≤24 einbezogen. Die Datenerhebung erfolgte durch eine Fremdeinschätzung der Bezugspflegepersonen mit dem "Quality of Life in Dementia questionnaire" (QUALIDEM) und der "Pflegeabhängigkeitsskala" (PAS).

Ergebnisse:

Insgesamt konnten die Daten von 70 Bewohner/innen (54 Frauen, 16 Männer) im Alter von 57 bis 96 Jahre (Mw 83,56; SD +/- 8,14) ausgewertet werden. Ausgehend von den drei Bereichen der Pflegeabhängigkeit können geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Lebensqualität aufgezeigt werden. Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen in den QUALIDEM-Kategorien positiver Affekt, soziale Beziehungen und etwas zu tun haben sowie ruheloses, angespanntes Verhalten und negativer Affekt vor.

Diskussion:

Die Lebensqualität der Männer, die in einem Pflegeheim leben, wird durch die geringeren Möglichkeiten an Alltagsaktivitäten teilzunehmen negativ beeinflusst. Die angebotenen Alltagsaktivitäten sind in Langzeitpflegeeinrichtungen stark auf die Interessen der weiblichen Heimbewohnerinnen zugeschnitten. Männliche Bedürfnisse in Bezug auf die Freizeitgestaltung werden weniger berücksichtigt. Daher ist es notwendig, dass Angebote für Männer z.B. spezielle Kreativwerkstätten, Schachturniere oder Kartenspiele sowie Sportangebote implementiert werden.

Referentin

Karoline Schermann MScN (A)

Ist seit Oktober 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT – private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik. Seit 2004 ist Karoline Schermann diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester. Das Masterstudium Pflegewissenschaft absolvierte sie mit dem Schwerpunkt Pflegepädagogik.

Autorinnen

Karoline Schermann, MScN

UMIT – private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1 6060 Hall in Tirol

Dr. Daniela Deufert

UMIT – private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1 6060 Hall in Tirol



Hanna Mayer und Eva Zojer

Aktionsforschung - Möglichkeiten und Grenzen der Partizipation am Beispiel des Projektes "PComCare - Einsatz des Process Communication Model® beim Auftreten von herausfordernden Verhaltensweisen im Rahmen der Betreuung von Menschen mit Demenz"





Aktionsforschung oder an den Grundprinzipien der Aktionsforschung angelehnte Projekte erfreuen sich in der Pflege zunehmender Beliebtheit. Partizipation ist eines der wesentlichsten Grundprinzipien dieses Forschungsansatzes. Was jedoch genau Partizipation in der Theorie sowie in der konkreten Forschungspraxis bedeutet, wie diese gelebt werden kann und in den einzelnen Projekten verwirklicht wird, bleibt oft im Dunkeln. Neben der oft fehlenden kritischen Reflexion über Partizipation in der Forschungspraxis fehlt über weite Strecken der Diskurs über die Konsequenzen in ethischer Hinsicht.

Ziel des Beitrages ist anhand einer aktuellen Studie aufbauend auf einem theoretischen Diskurs forschungspraktische- und ethische Probleme bei der Umsetzung des Prinzips der Partizipation im Rahmen von Aktionsforschungsprojekten zu diskutieren.

Das "Process Communication Model"© (PCM) ist eine gezielte Kommunikationsmaßnahme, baut auf einer personzentrierten Sichtweise auf und zeigte in einer ersten vorangegangen Pilotstudie positiven Einfluss auf die Beziehungsgestaltung in der Langzeitpflege.

Ziel der Studie ist es, die mögliche Anwendbarkeit des PCM im Umgang mit Menschen, die von einer leichten bis mittelschweren Demenz betroffen sind und herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, zu ermitteln.

Das **Forschungsdesign** basiert auf Prinzipien der Aktionsforschung (Veränderung des praktischen Handelns, Partizipation und zirkuläres Vorgehen) und beinhaltet wechselnde Phasen des Handelns in der Praxis (Praxisphasen) und der gemeinsamen Reflexion und Verarbeitung aus den Handlungserfahrungen (Workshops & Reflexionen). Fünf bereits auf PCM geschulte Pflegepersonen stellen die PraxispartnerInnen im Aktionsforschungsprozess und setzen PCM in die Praxis um. Die Studie befindet sich momentan in der Auswertungsphase. Hinsichtlich der Umsetzung von Aktionsforschung zeigen sich deutliche Hinweise, dass gerade die Anforderung der Partizipation eine ist, die sowohl die ParktikerInnen als auch die Forscherin immer wieder an ihre Grenzen bringt.

Referentinnen

Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer (A)

Universität Wien

Professorin für Pflegewissenschaft, Vorständin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Wien, internationale Lehr- und Gutachtertätigkeit, Fachbuchautorin

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:

Entwicklung und Etablierung der Pflegewissenschaft in

Österreich; Curricularentwicklung im tertiären Bereich; Forschungsmethodologie (im Speziellen qualitative Forschung) und Forschungsethik, Onkologische Pflege, Alternsbezogene Pflege.

Mag. Eva Zojer (A)

Universität Wien

Pflegewissenschafterin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:

Kommunikations-und Interaktionsgestaltung in der Langzeitpflege (Schwerpunkt Demenz), Partizipative Forschungsmethoden, Vernetzung von Wissenschaft und Praxis

Schlussfolgerungen: An dem Projekt PComCare kann beispielhaft aufgezeigt werden, dass eine klare Beschreibung dessen was man unter Partizipation konkret versteht, in welchem Grad, welcher Phase des Forschungsprozesses partizipiert wird von Beginn an zu beschreiben und zu kommunizieren ebenso unerlässlich ist, wie die Offenheit für die Veränderung dieser Vorstellung im Laufe des Forschungsprozessen (in beiden Richtungen: mehr der weniger an Partizipation).



pflege.management



Ruth Rottländer: Pflege-Thermometer 2016

Mehr ambulante Dienste, mehr pflegebedürftige Menschen, komplexer werdende Pflegeleistungen – die ambulante Pflege in Deutschland erfährt eine steigende gesellschaftliche Bedeutung. Das Pflege- Thermometer 2016 belegt anhand der repräsentativen Befragungsergebnisse von 1.653 Leitungskräften und der begleitenden Auswertung der Kennzahlen aus der amtlichen Statistik eindrücklich einen wachsenden Markt, der allerdings Hindernissen unterworfen ist.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die ambulanten Dienste sehr erfolgreich arbeiten und die erhöhten Anforderungen in der Versorgungsanforderung bewältigen konnten. Hervorzuheben ist, dass nach eigenen Angaben in der Studie nur rund 4,4 % der ambulanten Dienste substanziell in ihrer finanziellen Existenz bedroht sind.

Allerdings können aufgrund vielfältiger Probleme ambulante Dienste ihr Potenzial nicht voll entfalten. Bedenklich ist insbesondere, dass aktuell bereits Personal fehlt. Die Personalzuwächse im Beobachtungszeitraum von rund 184.000 auf 320.000 beschäftigte Personen stoßen vor dem Hintergrund der parallel verlaufenden Bedarfsentwicklungen in anderen Sektoren der pflegerischen Versorgung an Grenzen. Erkennbare, aktuell nicht mehr zu schließende Lücken im Personalbereich sind die Folge. Unterschiedliche Modellvarianten der Berechnung zeigen eine aktuelle Unterdeckung bzw. eine Anzahl an offenen und nicht zu besetzenden Stellen für die dreijährig qualifizierten Pflegefachkräfte im Volumen von mindestens 21.230 bis maximal 37.200 Stellen auf (jeweils Vollzeitäquivalente). Weiterhin stellen nicht kostendeckende Leistungsbereiche ein gravierendes finanzielles Risiko

Referentin

Ruth Rottländer, M.Sc (D)

Gesundheits- und Krankenpflegerin, Diplom-Berufspädagogin (FH), M.Sc. Pflegewissenschaft. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. begleitet sie seit 2004 Projekte in den Bereichen Pflegebildungsforschung sowie Pflegearbeit und -beruf.

dar. Unterfinanzierte Leistungen sind insbesondere erhöhte Betreuungszeiten in Krisen oder in der Phase des Sterbens (Sterbebegleitung), eine Versorgung von Klient*innen mit einem Anfahrtsweg von mehr als 25 km sowie die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Aufgrund des wirtschaftlichen Arbeitens unter schwierigen Voraussetzungen können wichtige Investitionen zur Existenzsicherung nur unzureichend erfolgen. Die ambulanten Dienste sind in großer Anzahl so mit der Ent- bzw. Abwicklung des Tagesgeschäfts beschäftigt, dass bspw. eine Mitarbeit an zukunftssichernden Konzepten sowie an quartiersbezogenen und gemeinwesenorientierten Ansätzen vielfach nicht sichergestellt werden kann.



Margit Schäfer: "Sehenden Auges …" Herausforderungen und Lösungsansätze für eine wünschenswerte Zukunft der Pflege

Viele Herausforderungen der Gegenwart sind Versäumnisse der Vergangenheit, die durch mutige Reformen in eine lebenswerte Zukunft führen könnten. Bereits seit Jahren zeichnet sich allerdings ab, dass diese nötigen Reformen im Gesundheits- und Pflegebereich nicht mit dem entsprechenden Tempo und der angemessenen Dringlichkeit durchgeführt werden. Fehlendes Pflegepersonal, v.a. im Altenpflegebereich, und der permanente Zeitdruck sind nur zwei Faktoren, die schon seit Jahren dringend innovative und nachhaltige Maßnahmen verlangen würden, aber bisher lassen die mutigen Umsetzungsschritte noch auf sich warten. Im Spannungsfeld der "Ökonomisierung des Sozialen" liegen wirtschaftliche Interessen und eine am Menschen orientierte Pflege, die diese Bezeichnung auch wirklich verdient, im Widerstreit miteinander und erzeugen nahezu einen Stillstand in der Bewältigung der gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen.

In diesem Vortrag geht es neben einer Gegenwartsanalyse und sich bereits abzeichnenden zukünftigen Herausforderungen vor allem um die Frage nach einer wünschenswerten Zukunft der Pflege und was in der Gegenwart getan werden müsste, damit es eine solche Zukunft gibt. Dahinter steht die Annahme der Zukunftsforschung, dass wir nicht EINE Zukunft haben, sondern Zukünfte und damit Alternativen. Ein Gradmesser für eine solche wünschenswerte Zukunft kann die simple Frage sagen "Wie hätte ich es denn gerne, wenn ich alt, krank bin?" Die eigene zukünftige Betroffenheit in die Gegenwart zu holen, um sich auf die kommenden Jahre vorzubereiten, verlangt vor allem Mut und einen klaren Weitblick, nicht ein Verharren in vorauseilender Resignation.

Referentin

Mag. Dr. Margit Schäfer (A)

Lehrerin in Pflegeausbildungen und –fortbildungen im In- und Ausland, Lektorin und Projektleiterin an mehreren Fachhochschulen in Österreich, selbständig als Unternehmensberaterin im Gesundheitsbereich und Coach.

Wem stünde ein solcher Weitblick mehr an als den Pflegerinnen und Pflegern selbst, die unmittelbar mit den Folgen einer zögerlichen Reformpolitik konfrontiert sind und diese durch großes Engagement zu kompensieren versuchen? Aus welcher Berufsgruppe, wenn nicht aus der Pflege, sollen Handlungsempfehlungen und Maßnahmenkataloge kommen? Allerdings müssen diese dann auch mit dem nötigen Nachdruck vertreten werden. Wie dies geschehen kann, ist auch Inhalt dieses Vortrags.





Andre Ewers, Wolfgang Jaksch: Gesponserter Beitrag: Neue Trends im postoperativen Schmerzmanagement (Fachvortrag Grünenthal GmbH)

Who cares? Warum die Patienteneinbindung im postoperativen Schmerzmanagement so wichtig ist.

Jeder chirurgische Eingriff ist mit akuten Schmerzen verbunden und verursacht je nach Ort, Umfang, Schnittführung und anatomischen Gegebenheiten unterschiedlich intensive Schmerzen. Die stärksten postoperativen Schmerzen werden innerhalb der ersten 48 bis 72 Stunden nach der Operation beschrieben. In diesem Zeitraum klagen etwa 40-80% der Patienten über moderate bis starke Schmerzen. Obwohl die Weltgesundheitsorganisation bereits in den 1990er Jahren den Schmerz als eine Gesundheitspriorität deklarierte kann auch heute noch von einer Unterversorgung im Bereich der postoperativen Schmerztherapie ausgegangen werden. Permanenter Schmerz nach chirurgischen Eingriffen erschwert die Erholung, führt zu vermehrten Komplikationen und Langzeitschmerzen sowie einem längeren Krankenhausaufenthalt. Die Umsetzung eines suffizienten postoperativen Schmerzmanagements stellt somit auch heute noch eine Herausforderung im klinischen Alltag dar, obwohl zur Prävention bzw. Therapie postoperativer Schmerzen in einem hinreichenden Maße nationale wie internationale Leitlinie zur Verfügung stehen. Die Durchführung einer effektiven postoperativen Schmerztherapie scheitert auf allgemeinen Pflegestationen überwiegend an organisatorischen Problemen, die jedoch eher selten in der Fachliteratur diskutiert werden. Ein entscheidender Faktor für ein effektives postoperatives Schmerzmanagement ist jedoch nicht nur die Beherrschung organisatorischer Belange im postoperativen Schmerzmanagement wie beispielsweise die konsequente und dokumentierte Verordnung einer medikamentöser Basis- und Bedarfsmedikation, sondern auch die Einbeziehung des Patienten in den Behandlungsalgorithmus. Der Vortrag fokussiert insbesonders auf die Bedeutung der Mitwirkung des Patienten im postoperativen Schmerzmanagement und macht deutlich wie diese Mitwirkung in der klinischen Praxis angeregt und umgesetzt werden kann.

Patient im Focus. Update patientengesteuerte Analgesie (PCA)

Mehr als 1 Million Patienten werden pro Jahr in Österreich operiert. Deshalb muss die effektive Therapie postoperativer Schmerzen ein vordringliches Tiel sein!

Dabei geht es nicht nur um die ethische Verpflichtung postoperative Schmerzen suffizient zu therapieren, unbehandelter Schmerz hat massiv negative Auswirkungen auf die Rehabilitation nach chirurgischen Eingriffen. Dabei ist speziell die Entwicklung chronischer Schmerzen nach Operationen von zunehmendem Interesse.

Die multimodale postoperative Schmerztherapie sollte aus einer konsequenten Basistherapie mit Nichtopioidanalgetika, wenn möglich dem Einsatz von regionalanästhesiologischen Verfahren und der Gabe von Opioiden bestehen

Opioide sind die potentesten Schmerzmittel, die uns zur Verfügung stehen. Der Einsatz ist allerdings auch mit Nebenwirkungen verbunden, die besonders ältere Patienten betreffen. Über den sicheren Einsatz und die ideale Verabreichungsform von Opioiden bestehen immer noch Unsicherheiten. Grund dafür ist die steile Opioid-Antwortkurve. Wegen der Sicherheit der Resorption ist nur die wiederholte Gabe kleiner Dosen intravenös als sicher zu bezeichnen. Dafür hat sich die Anwendung patientenkontrollierter Pumpen im postoperativen Setting bewährt.

Referenten

Ass.-Prof. Dr. Andre Ewers (A)

PMU Salzburg

Andre Ewers ist Krankenpfleger, Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege und promovierter Pflegewissenschaftler. Derzeit ist er als Geschäftsführender Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und – praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität sowie als Leitung Fachentwicklung Pflege am Universitätsklinikum Salzburg tätig. Er lehrt in verschiedenen wissenschaftlichen und fachbezogenen Studiengängen die Fächer Pflegewissenschaft, quantitative Forschungsmethodik und Research Utilization.

Wolfgang Jaksch (A)

Medizinstudium an der Universität Wien 1979 - 1987.

Turnus im Wilhelminenspital der Stadt Wien, praktischer Arzt seit 1.10.1993.

Anschließend Ausbildung zum Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Facharzt seit 1.2.1998, Oberarzt seit 1.6.2003.

Ab 1996 Aufbau eines Schmerzkonsiliardienstes und einer Schmerzambulanz im Wilhelminenspital.

Im Jahr 2006 initiierte ich das Projekt "Das schmerzarme Krankenhaus" im Wilhelminenspital.

Seit Juni 2015 Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Aber auch bei dieser intravenösen Anwendungsart gibt es Gefahren und mögliche Komplikationen. Speziell die Verabreichung zusammen mit Infusionen birgt das Risiko von Überdosierungen.

Eine neue Entwicklung stellen die Verfahren der nichtinvasiven PCA dar. Dabei stellt neben der transdermalen Applikation von Fentanyl die sublinguale Gabe von Sufentanil eine echte Innovation dar. Mithilfe eines vorprogrammierten Geräts werden diese Tabletten von den Patienten selbst, nach Bedarf, sublingual appliziert. Studien zeigten für dieses neue System signifikante Vorteile hinsichtlich Linderung der postoperativen Schmerzen aber auch hinsichtlich der Einfachheit der Anwendung und der Patientenzufriedenheit verglichen mit einer intravenösen PCA mit Morphin. Große Vorteile dieser Methoden sind der Verzicht auf intravenöse Zugänge, die uneingeschränkte Mobilität der Patienten sowie die geringere Gefahr von Fehlprogrammierungen. Nicht unerwähnt bleiben soll die Tatsache, dass die Arbeitsbelastung speziell für das Pflegepersonal, verglichen mit einer i.v. PCA erheblich reduziert wird.





Daniela Neubert und Maria Laura Bono: Wirkungsorientiertes Controlling – Qualität €rnsthaft messen

Pflegequalität, damit einhergehend die Lebensqualität der zu versorgenden Menschen, und wirtschaftlicher Erfolg bedingen einander. Schlecht bewirtschaftete Organisationen haben nicht die finanzielle Kraft ausreichende Qualität zu bieten – vice versa kostet unprofessionelle Pflege und mitunter ein sorgloser Umgang mit Lebensqualität wirtschaftlichen Erfolg. Patienten nehmen Leistungen dort in Anspruch, wo diese professionell und mit Qualität geleistet werden. Wie allerdings kann Qualität in sozialen Dienstleistungsorganisationen gesichert und welcher Mehrwert kann daraus für die Organisation und ihre MitarbeiterInnen gewonnen werden?

Um nicht nur Zahlen für das wirtschaftliche Berichtswesen zu generieren, sondern jene zu gewinnen, welche die Qualität der sozialen Dienstleistung messen, ist die Implementation von Kennzahlensystemen unabdingbar. Damit diese allerdings nicht ausschließlich als Pflichtauflagen und Zeiträuber, oder sogar als Kontrolle wahrgenommen werden, gilt es einen Qualitätsentwicklungsprozess einzuleiten, der für das Personal sinnstiftend und als nützlich für die Arbeitswirklichkeit erkannt wird. Weder ist die Organisation eine Maschine, noch sind die darin wirkenden Menschen ausschließlich rational handelnde Akteure. Wirksame Steuerung im Dienste der nachhaltigen Qualitätsentwicklung und Optimierung der Organisation setzt einen Dialog mit den zentralen Akteuren der Organisation voraus – allen voran mit den MitarbeiterInnen. "Effizienz und Effektivität sind zwar Schlüssel für ein erfolgreiches Unternehmen. Sie müssen aber von Menschen realisiert werden, die von Haus aus keine Roboter sind. Menschen haben das Bedürfnis, als Person anerkannt zu werden, nicht nur als Leistungsträger", sagte bereits 2005 der deutsche Theologe und Unternehmensberater Ulrich Hemel sehr treffend. Die Erfahrung aus zahlreichen Veränderungsprozessen zeigt, dass in der Implementierung von Steuerungssystemen neben der kognitiven Ebene, die sich in der konzeptuellen Neugestaltung von Strategien, Strukturen und Prozessen äußert, letztlich die emotionale Ebene entscheidend ist. Verhalten, Gefühle, Überzeugungen und mentale Modelle müssen ebenfalls bearbeitet werden.

Im Vortrag werden praxisnah die Zusammenhänge zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität erörtert und relevante Kennzahlen für den Arbeitsalltag im Sinne eines wirkungsorientierten Controllings dargestellt. Eingegangen wird auf die Herausforderung und die Kunst, erforderliche Veränderungsprozesse umzusetzen und auf Stolpersteine bzw. auch Erfolgsfaktoren, welche den Weg dahin begleiten. Ziel bleibt immer: Entwicklung zulassen, neugierig sein, bereit sein voneinander zu lernen und Kenntnis zu nehmen, dass nicht auf all die Fragen dieser Welt alleine eine Antwort gefunden werden muss.

Referentinnen

Mag.a Daniela Neubert, DGKS (A)

Ausbildung als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester mit 8-jähriger Berufsausübung, anschließend Studium der Erziehungs- und Bildungswissenschaften an der Universität Graz und Studium Sozialmanagement in Linz. Mehrjährige Erfahrungen in Führungsposition im sozialen Dienstleistungssektor, Professur an der Fachhochschule Kärnten mit dem Lehr- und Forschungsschwerpunkt Alter/ Altern. Parallel freiberuflich im Coaching und in der (Unternehmens-)Beratung tätig. Forschungsschwerpunkte und Publikationen u.a. im Themenschwerpunkt Controlling - wirkungsorientierte Steuerung in NPO's und NGO's.

Dr. Maria-Laura Bono, MSc. (A)

Selbständige Unternehmensberaterin der Integrated Consulting Group GmbH mit Schwerpunkt wirkungsorientierte Steuerung, Innovation und Veränderungsmanagement in NPOs, NGOs und Social Entrepreneurs sowie an der Schnittstelle Verwaltung und Träger. Langjährige Erfahrung in Führungspositionen von NPOs, Dozentin an der Fachhochschule Graz sowie Autorin ausgesuchter Fachbücher über Controlling und Performance Management im Nonprofit-Sektor.

Kontakt: marialaura.bono@integratedconsulting.at



Gabriele Hochwarter: Gesponserter Beitrag: Energie verleiht Flügel. Vom Energydrink zum Selfempowerment. Von Energieräubern zu Energiebringern (move to meet)

Sind Sie oft müde, abgespannt, fühlen sich schlapp und gestresst? Sie merken, dass Sie schlecht schlafen, das Kreuz weh tut, der Körper und das Gedächtnis nicht mehr so richtig mitmachen? Morgens ohne Wecker frisch aus dem Bett springen, vor Kraft und Lebensfreude strotzen, gelassen mit PatientInnen, KollegInnen, Familie und Problemen umgehen, kreative Ideen entwickeln, Zeit für Familie und Freunde finden, dem Hobby nachgehen – alles nur Träume? Erfahren Sie in diesem motivierenden und inspirierenden Impulsvortrag, welche Möglichkeiten es gibt, all diese Wünsche Wirklichkeit werden zu lassen.

Referentin

Mag. Gabriele Hochwarter (A)

move to meet

Bringt Menschen mental, emotional und körperlich in Bewegung, damit aus ihren Energieräubern Energiebringer werden und sie so reichlich Power für Beruf und Alltag zur Verfügung haben. Sie berücksichtigt alle Aspekte des ganzheitlichen movements: Gedanken, Gefühle, Körper, Geist, Seele, soziale Faktoren, Umwelt und Lifestyle als sich gegenseitig beeinflussende Qualitäten. Ihre revolutionären Lösungen beruhen auf epigenetischen Erkenntnissen und bringen nachhaltigen Erfolg.

praxis.spezial



Madeleine Bernet: Wie wertvoll ist Pflege im Langzeitbereich? Lebensund Pflegequalität aus der Sicht von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen der Schweiz

Hintergrund

Bis heute wird die Pflegequalität in Pflegeheimen meist aus der Sicht von Gesundheitsfachpersonen mit objektiven Ergebniskriterien wie bspw. Sturzund Dekubitusraten erfasst. Um ein umfassenderes Bild der Pflegequalität zu erhalten, ist es wichtig, die subjektive Einschätzung der Betroffenen einzubeziehen. Im Bestreben die Bewohnerperspektive einzubringen wird zunehmend die Lebensqualität in den Diskurs über die Qualität in der Langzeitpflege eingebracht. Die Lebensqualität (LQ) wird dabei als Indikator von Pflegequalität verstanden. Die Studie RESPONS (Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland) hatte zum Ziel, Pflege- und Lebensqualität aus der Sicht von Bewohnenden in Schweizer Pflegeheimen zu untersuchen.

Methode

RESPONS wurde als multizentrische Querschnittstudie konzipiert. Eingeschlossen wurden Bewohnende mit bis zu mässigen kognitiven Einschränkungen. Für die Datenerhebung wurden drei Erhebungsinstrumente eingesetzt: Der Resident-Quality-of-Life-Fragebogen, die Pflegeabhängigkeitsskala und die Cognitive Performance Scale. Die LQ der Betroffenen wurde in Interviews ermittelt. Die Daten zu den Charakteristika der Bewohnenden und die LQ wurden deskriptiv ausgewertet. Zur Ermittlung von Gruppenunterschieden wurden bivariate Analysen durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 1'035 Bewohnende aus 51 Pflegeheimen der deutschund französischsprachigen Schweiz teil. Die Ergebnisse zur LQ wurden nach den sechs Dimensionen Komfort, Alltagsgestaltung, Privatsphäre, Autonomie, Würde und Personenzentriertheit beschrieben und verglichen. Auf einer Skala zwischen 1 und 3 wurden die Dimensionen Privatsphäre und Würde am besten bewertet (2.9), gefolgt von Autonomie (2.6), Komfort und Alltagsgestaltung (2.5). Die Dimension Personenzentriertheit wurde am schlechtesten bewertet (2.2). Innerhalb der Dimension Komfort war das Erleben von Schmerzen ein zentrales Thema, rund 60% der Befragten berichteten über körperliche Schmerzen. Die LQ wurde von Bewohnenden mit einer höheren Pflegeabhängigkeit, kognitiven Beeinträchtigungen und einem niedrigeren selbsteingeschätzten Gesundheitszustand tiefer bewertet (p> 0,001).

Referentin

Madeleine Bernet MScN (CH)

Ist diplomierte Pflegefachfrau MScN mit mehrjähriger Berufserfahrung im Bereich Akutpflege Chirurgie. Sie arbeitet seit 2014 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit (Schweiz). Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Lebensqualität, psychosoziale Gesundheit und Patientenedukation.

Autorinnen und Autor

Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Angewandte Forschung & Entwicklung Pflege

Madeleine Bernet, MScN, Kathrin Sommerhalder, M.A., Eliane Gugler, MScN, Niklaus Bernet, MScN, Antoinette Conca, MScN, Sabine Hahn,

Schlussfolgerungen

Insgesamt wird die LQ in Schweizer Pflegeheimen von Bewohnenden gut bewertet. Es zeigt sich, dass der Schutz der Würde und die Wahrung der Privatsphäre gewährleistet sind. Zur Qualitätsverbesserung sollte der Fokus auf eine personenzentrierte Betreuung unter Berücksichtigung einer autonomen Alltagsgestaltung gerichtet werden.



Gabriele Hintermayer: Palliative Kinder dort pflegen, wo ihr Zuhause ist

Kinder und Jugendliche welche mit einer lebensbegrenzenden oder lebensverkürzenden Erkrankung auf die Welt kommen oder später daran erkranken, benötigen über Jahre und manchmal Jahrzehnte ein spezielles Netz an Begleitung und Unterstützung. Was bedeutet dies für die Pflege, Betreuung und Begleitung des Kindes/Jugendlichen und deren Familiensysteme? Kinder – vom Säugling bis zum Jugendlichen – gehen mit Trauer, Verlust anders um, unabhängig davon, ob sie selbst oder als Geschwisterkind bzw. Freund betroffen sind. Sie sind abhängig von ihrem persönlichen Umfeld und nützen die vorhandenen Ressourcen.

Was soll man Kindern in solchen Situationen sagen? Was verschweigen? Kann die Palliativbegleitung von der normalen (Haus)krankenpflege getrennt angeboten werden? Welche Kompetenzen sind notwendiq?

Das umfangreiche Wissen, die speziellen Kompetenzen und die unterschiedlichen Familienformen sind spezielle Anforderungen der Begleitung und stellt die Kinderhauskrankenpflege nicht nur Zuhause, sondern auch in Kindergärten, Schulen, Horten und Heimen vor große Herausforderungen.

Referentin

Gabriele Hintermayer, MSc (A)

Gehobener Dienst zur Gesundheits- und Krankenpflege (Diplomierte Kinderkrankenschwester). Weiterbildung Palliative Care Pflege und Pädiatrie (Universität); Diplomlehrgang für Sozialmanagement; Masterstudium Pflegemanagement; Aufbau der HKP für Kinder/Jugendliche in Wien, Mitgründung von MOKI, Geschäftsführende Vorsitzende MOKI-Wien.

g.hintermayer@wien.moki.at





Maria Gruber und Christoph Hufnagl: Pflegeanleitung - Hilfe zur Selbsthilfe für pflegende Angehörige

Das Rote Kreuz Salzburg bietet österreichweit einen einzigartigen Service an: Seine Fachkräfte kommen zu Pflegebedürftigen nach Hause und erleichtern ihren Angehörigen mit hilfreichen Tipps und Tricks die tägliche Pflege Die Kosten dieses Angebots teilt sich das Rote Kreuz mit den teilnehmenden Wohngemeinden im Bundesland Salzburg – bereits zwei Drittel aller Gemeinden machen dabei mit.

Warum eine Pflegeanleitung?

Im Bundesland Salzburg beziehen derzeit rund 25.000 Menschen Pflegegeld. Etwa 80 Prozent davon leben zu Hause und werden großteils von Familienmitgliedern und Freunden gepflegt und betreut. Ein interessanter Punkt: Die überwiegende Zahl der pflegenden Angehörigen ist selbst bereits 50 Jahr alt – teils sogar bedeutend älter. Und: 2/3 davon sind Frauen. Das Problem: Die Aufgabe, sich um einen pflegebedürftigen Menschen in der Familie zu kümmern, trifft die Angehörigen zum Teil sehr unvorbereitet. Dazu kommt, dass die meisten nur wenig über Pflege und Betreuung wissen – wie zum Beispiel das richtige Bewegen des Kranken, ohne sich dabei selbst stark zu belasten.

Was ist eine Pflegeanleitung?

Diplomierte Pflegekräfte des Roten Kreuzes kommen zu den Pflegebedürftigen nach Hause und vermitteln den Pflegenden die Grundkenntnisse der Pflege und Betreuung. Sie zeigen wichtige Handgriffe, üben diese mit ihnen und geben hilfreiche Tipps, die den Pflegealltag erleichtern. Außerdem sprechen die Pflegekräfte wichtige Themen an und führen so oft zu einer Aussprache oder geben Angehörigen wieder Mut und Sicherheit. Nach rund zwei Wochen erkundigt sich die Pflegekraft, ob es noch offene Fragen oder einen weiteren Bedarf gibt. Unsere Erfahrung zeigt: Meist reichen zwei Einheiten aus um die wichtigsten Fragen zu beantworten.

Referentin & Referent

DGKP Maria Gruber, MSc (A)

Arbeitet im Roten Kreuz Salzburg als Qualitäts- und Projektmanagerin für den Bereich Pflege und Betreuung. Zusätzlich unterrichtet Sie in der

Ausbildungsakademie des Roten Kreuzes Salzburg

DGKP Christoph Hufnagl (A)

Ist Bezirksleiter der Mobilen Krankenpflege des Roten Kreuzes für die Stadt Salzburg und den Flachgau. Der zertifizierte Wundmanager führt jährlich rund 30 Pflegeanleitungen durch.

Wer und wo kann eine Pflegeanleitung in Anspruch nehmen?

Durch die Kooperation mit 92 Salzburger Gemeinden entstand ein einfacher, regionaler und vor allem kostenloser Zugang für pflegende Angehörige im gesamten Bundesland. Die Kosten für eine Pflegeanleitung (45 Minuten) teilen sich die teilnehmenden Gemeinden und das Rote Kreuz Salzburg. Den "Pflegeanleitungs-Scheck" für zwei Einheiten gibt es am Gemeindeamt. Nach Anruf bei der kostenlosen Rot-Kreuz-Hotline in Salzburg nimmt innerhalb von einer Woche eine diplomierte Pflegekraft telefonisch Kontakt auf und vereinbart einen Termin. Die Anleitung und Beratung erfolgt danach individuell vor Ort.



Renate Baier: Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im System Krankenhaus -eine Herausforderung für alle Beteiligten?

Menschen mit:

geistiger Behinderung oder intellektueller Beeinträchtigung oder besonderen Bedürfnissen oder kognitiver Beeinträchtigung oder Lernschwierigkeiten.

Welcher "Begrifflichkeit" und Grundhaltung im Sinne eines menschenrechtlichen Zuganges bedarf es, wenn es um Menschen geht, die in ihren intellektuell-kognitiven Kompetenzen und ihren sozialadaptiven Fertigkeiten nicht den gesellschaftlichen Anforderungen entsprechen?

Die wissenschaftliche Auswertung einer 2012 durchgeführten Fragebogenerhebung in 9 Landeskliniken in NÖ zum Thema: "Menschen mit geistiger und/oder Mehrfachbehinderung im System Krankenhaus" zeigt die Sicht von Pflegepersonen hinsichtlich persönlicher und berufliche Erfahrungen, systembezogener Herausforderungen und möglicher Ressourcen bezogen auf den Umgang und die pflegerische Versorgung des oben genannten Personenkreises im System Krankenhaus.

Theoriegeleitetes Wissen, praktische Erfahrungen aus der Behindertenarbeit und wichtige Aspekte im Umgang mit Menschen mit Behinderung auch in der Ausnahmesituation "Krankenhaus" sollen Sie als Pflegeperson darin unterstützen, Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gut durch die Zeit im Krankenhaus zu begleiten.

Was braucht es, um Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eine medizinische Versorgung von "gleicher" Qualität im Sinne eines menschenrechtlichen Zuganges zu ermöglichen?

- · Was brauchen professionelle Pflegepersonen?
- Was brauchen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung?
- Was braucht das soziale Umfeld?

Mit den oben genannten Themen und diesen Fragestellungen möchte ich mich im Vortrag beschäftigen.

Referentin

Renate Baier BA (A)

Dipl. Sozialbetreuerin/Schwerpunkt Behindertenbegleitung und Sozialarbeiterin

Seit 1997 in der Caritas der Diözese St.Pölten im Bereich für Menschen mit Behinderungen tätig.13 Jahre in der Begleitung und Betreuung von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf (Menschen mit intellektueller – schwer und Mehrfachbehinderung) im Arbeitsalltag.

Seit 2011 Projektleitung der "Kompetenzstelle" Kognitive Behinderung bzw. des Projektes Teilhabe: Workshops und Vorträge in höheren Schulen, Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Landeskliniken, Beratungsangebote für ProfessionistInnen verschiedener Berufsgruppen und das soziale Umfeld von Menschen mit Behinderungen.

Schulung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung hinsichtlich Selbstbestimmung und Selbstvertretung.

Seit 2015 Lehrauftrag an der FH-St.Pölten im Bachelorstudiengang Soziale Arbeit.



Peter Kreuter: Palliative Betreuung: Vermittlung von Sicherheit und Kompetenz für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Projektvorstellung - Palliative Versorgung, Betreuung und Pflege im Kuratorium der Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Seit September 2015 stellt sich das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser dieser Herausforderung mit dem Ziel, eine organisationsweite, professionelle und finanzierbare Palliative Versorgung, Betreuung und Pflege bis Ende 2017 zu implementieren und darüber hinaus eine palliative Grundhaltung bei allen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu etablieren. Im Rahmen der Vorstellung werden sowohl das Projekt als auch die ersten Erfahrungen in der Umsetzung präsentiert.

Referent

Peter Kreuter (A)

KWP

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger; Weiterbildung nach § 64 GuKG; Projektleiter Palliative Versorgung, Betreuung und Pflege im Kuratorium der Wiener Pensionisten-Wohnhäuser.

praxis.demenz



Ilona Bürk: "Der Mann in meinem Zimmer" -Wie verstehe und begleite ich Menschen mit Demenz

Die Medizinisierung der Demenz hatte in Deutschland zur Folge, dass sich ihre Erforschung bis vor wenigen Jahren fast ausschließlich auf Untersuchungen im Bereich der Neuropathologie beschränkte. Multiprofessionelle Ansätze in Diagnostik und Therapie finden aufgrund der Tatsache, dass die Medizin immer noch als Leitwissenschaft der Demenz gesehen wird, wenig Berücksichtigung. Für Pflegepersonen ist vielmehr von Bedeutung, im pflegerischen Alltag die Lebenswelt Demenzkranker Menschen zu verstehen, was sie bewegt, wie auf ihre individuellen Bedürfnisse eingegangen werden kann. Insofern kommt dem Personenzentrierten Verständnismodell von Tom Kitwood mit den fünf Ursachenkomplexen Persönlichkeit, Biographie, körperliche Gesundheit, Neurologische Beeinträchtigung Sozialpsychologie eine besondere Bedeutung zu. Die Methode des Validierens von Naomi Feil nimmt einen herausragenden Stellenwert in der Begleitung und Betreuung von demenzkranken Menschen ein, da sie darauf ausgerichtet ist, orientierungslosen, alten Menschen, die zum Teil in der Vergangenheit leben, so zu akzeptieren wie sie sind. Wer validiert, geht mit in die Gefühlswelt der zeitlich und örtlich desorientierten Menschen – "er geht in den Schuhen

Insofern sollen die Angehörigen/- und Pflegepersonen eine Haltung einnehmen, die dem dementen Menschen in seiner Persönlichkeit durch Einbindung, Empathie, Akzeptanz, Echtheit echte menschliche Wärme gewährt. Einem Menschen mit Demenz Trost zu spenden bedeutet, ihm in seiner Hilflosigkeit nahe zu sein, ihm Stärke, Verlässlichkeit Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Es weht sogar ein Hauch von Umkehr darin, wenn Naomi Feil davon spricht, Validation bedeute auch, "die Weisheit der Verwirrten anzuerkennen". Dabei gehe es allerdings nicht darum, Gefühle zu erforschen, die alte Menschen nicht ausdrücken können oder wollen, sondern "mit ihren Augen zu sehen, mit ihren Ohren zu hören, ihre Körperrhythmen zu unterstützen und ihre Botschaften und Signale wahrzunehmen."

Referentin

Ilona Bürk (D)

Seit ca. 35 Jahren Krankenschwester in unterschiedlichen Fachgebieten tätig, in den letzten 20 Jahren als Pflegedienstleitung (u.a. Universitätsklinikum rechts der Isar in München), Projektleitung etc. Als Pflegedienstleitung war ich in den letzten zwei Jahren in der Seniorenpflege tätig.

Seit ca. zwanzig Jahren war ich auf nationalen/- und internationalen Pflegekongressen (Krebskongressen) in Hamburg, Dresden, Berlin, Magdeburg, Wiesbaden, Luxemburg, München als Referentin eingeladen.



Myrta Kohler: Menschen mit Demenz im Pflegeheim - Verbesserung der Lebensqualität durch Schulung und Fallbesprechungen mit dem Schwerpunkt Kontinenzförderung

Einleitung: Von den Pflegeheim-Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Demenzerkrankung sind bis zu 90% von Inkontinenz betroffen Dies beeinträchtigt die Lebensqualität negativ. Pflegende haben lückenhaftes Wissen über Inkontinenz sowie Kontinenzförderung.

Studienziel: Das Ziel der Studie war, die Auswirkungen von Schulung der Pflegepersonen und nachfolgende Fallbesprechungen auf die Inkontinenz bei Menschen mit Demenz zu untersuchen.

Methode: Es wurde eine quantitative Studie mittels Stepped-Wedge-Trial-Design durchgeführt. Die Intervention bestand aus einer Schulung sowie nachfolgenden Fallbesprechungen zu den Themengebieten Inkontinenz und Demenz. Die Studie wurde in 7 Pflegeheimen in der Schweiz durchgeführt, diese wurden in 4 Cluster eingeteilt. Bei den Bewohnerinnen und Bewohner wurden die Inkontinenz mittels Pad-Test und Stuhlprotokoll und die Lebensqualität mittels Fragebogen (Fremdeinschätzung) erhoben. Bei den Pflegenden wurde die Belastung als auch das Wissen bezüglich Inkontinenz mittels Fragebogen gemessen. Neben der Nullmessung fanden Messungen nach 2 und 6 Monaten sowie eine Abschlussmessung statt, die Studie dauerte insgesamt 13 Monate.

Resultate: In die Studie wurden 140 Bewohnerinnen und Bewohner sowie 235 Pflegepersonen eingeschlossen. Die Urininkontinenz hat während den ersten sechs Monaten des Studienverlaufs tendenziell abgenommen, bei Studienende zeigte sich eine geringfügige Zunahme die statistisch nicht signifikant war. Die Stuhlinkontinenz konnte reduziert werden, insbesondere bei den teilweise inkontinenten Personen war die Intervention erfolgreich. Die Lebensqualität hat sich in 7 von 9 Kategorien verbessert. Die Belastung der Pflegepersonen hat in 6 von 8 Kategorien signifikant abgenommen, ihr Wissen war bei Studienende im Vergleich zu Studienstart höher.

Referentin

Myrta Kohler (CH)

Ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule St.Gallen. Sie arbeitet am Institut für Angewandte Pflegewissenschaft und der dazugehörenden Fachstelle Demenz in den Schwerpunkten Demenz, Kontinenzförderung und Rehabilitation. Zudem ist sie ist diplomierte Pflegefachfrau und leitet seit dem Abschluss ihres Masterstudiums die Pflegeentwicklung in den Kliniken Valens (Rehabilitation). Sie ist Doktorandin an der Universität Wien im Dissertationsgebiet Pflegewissenschaft.

Schlussfolgerung: Es scheint, dass Schulung und Fallbesprechungen für Pflegepersonen zu Inkontinenz und Demenz im Pflegeheim die Lebensqualität und die Kontinenz der Bewohnerinnen und Bewohner verbessern. Zudem reduzieren sie die Belastung der Pflegenden und verbessern ihr Wissen bezüglich Inkontinenz. Diese Studie liefert Hinweise darauf, dass Pflegende das in Schulungen erworbene Wissen mittels themenbezogenen Fallbesprechungen in der Praxis umsetzen können.





Sabine Kalkhoff und Christina Kuhn: Sich gemeinsam auf den Weg machen! Für Angehörige und Pflegende eine gemeinsame Basis schaffen

Spannungen zwischen Angehörigen und Pflegenden können das Arbeitsklima in stationären Pflegeeinrichtungen sehr belasten. Eine der ersten und größten Sorge von Angehörigen ist es, die richtige Entscheidung getroffen und die beste Einrichtung ausgewählt zu haben – daraus resultiert oft ein hohes Kontrollbedürfnis – sehr zum Missbehagen von Pflegemitarbeiter/innen.

Mit dem Ziel, eine wertschätzende und partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Angehörigen zu befördern, wurde ein Begleitungsprozess initiiert, dessen Kern ein moderierter Kommunikationsprozess zwischen Angehörigen und Pflegemitarbeitenden war. Mit einer Form der Dialogmethode wurden die unterschiedlichen "Befindlichkeiten" erkundet. Dabei zeigten waren für Angehörige sehr alltägliche Aspekte vertrauenbildend:

Transparenz und dichter Informationsfluss, Zuverlässigkeit (Berücksichtigung individueller Bewohnergewohnheiten), Erreichbarkeit (Ansprechpartner in einer Schicht, Umgang mit Emails, Telefonanrufe etc.), Beteiligung (Unsicherheiten, was erwartet, erwünscht, unerwünscht oder sogar konfrontierend sein kann)

Dieses Spektrum diente den Pflegenden der Reflexion und der Identifizierung organisatorischer Schwachstellen. Gleichzeitig nahmen die Pflegenden aber auch die Nöte und Sorgen hinter den "Kontrollfragen" Angehöriger wahr. Daran anschließend setzten sie sich mit ihren eigenen Unsicherheiten auseinander und konnten Fragen stellen wie:

- Was tun, wenn Angehörige auf Maßnahmen bestehen, die nicht den Bedürfnissen von Bewohnern entsprechen?
- Wie kann ich Angehörigen Unangenehmes mitteilen, ohne sie vor den Kopf zu stoßen?
- Wo sind die Grenzen, wenn sich Angehörige am Alltag beteiligen? Diese Fragen ermöglichten es Angehörigen wiederum, die "Nöte und Sorgen" von Pflegemitarbeitenden erstmals kennenzulernen, in einen Zusammenhang mit ihren eigenen Unsicherheiten zu stellen und tiefer-

Referentinnen

Frau Dipl. Pflegewirtin (FH) Sabine Kalkhoff MA (D)

Haus St. Johannis

Diplom Pflegewirtin (FH) M.A. Personalentwicklung; Aktuelle Tätigkeit: Einrichtungsleitung Haus St.Johannis, Hamburg. Frühere Tätigkeit: Leitung Pflegeentwicklung/Weiterbildung Berner REHA Zentrum. Ausbildung Krankenschwester, Studium Pflege, Masterstudium an der TU Kaiserslautern, Personalentwicklung.

Christina Kuhn MA (D)

Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Demenz Support Stuttgart gGmbH. Berufsausbildung: exam. Krankenschwester; Studium: Empirische Kulturwissenschaft und Pädagogik; Weiterbildung: Facilitating Change.

gehend ihre eigenen Bedürfnisse zu erkunden. Dieser Begleitungsprozess beinhaltete jeweils zwei getrennte Treffen der Gruppen und ein gemeinsamer Austausch. Dabei wurden erarbeitete Maßnahmen sowie eine exemplarische Erprobung eines "Bedürfnisleitfadens" reflektiert. Für Angehörige zeigte sich dabei, dass sie die Bewertung von Interaktionen zwischen Bewohner/-innen und Pflegenden hinterfragen sollen und können. Das Verhalten von Pflegenden wird aus den verschiedenen Rollen mitgesteuert, die Bewohner/-innen ihnen zuweisen. Alle Beteiligten haben sich in diesem konzentrierten Projekt auf einen gemeinsamen Weg gemacht, der mit unterschiedlichen Sichtweisen und Rollenreflexionen begann und sich von anfänglichen Konfrontationen über ein schöpferisches Chaos zu einem partnerschaftlichen Miteinander wandelte.



Günter Geyer: Delir versus Demenz - erkennen und differenzieren

Referent

Günter Geyer





Raphael Schönborn, Birgit Meinhard-Schiebel: Allein zu Hause? Wenn Menschen mit Demenz alleine leben und pflegende Angehörige allein gelassen werden

Wenn Menschen von Demenz betroffen sind, verschwinden sie und ihre pflegenden Angehörigen oft aus dem "normalen" Alltagsleben. Diejenigen, die allein leben, bleiben häufig sich selbst überlassen.

Darf eine Gesellschaft auf sie alle vergessen? Wer ist für sie da?

Neben der großen Zahl von pflegenden Angehörigen und Zugehörigen sind immer mehr betreuungsbedürftige Menschen gerade mit einer beginnenden demenziellen Erkrankung auf sich alleine gestellt. Ihnen allen fehlt sehr oft eine individuelle, kompetente Betreuung und Begleitung, die ihnen so lange wie möglich ein integriertes Leben und Erleben in der Gesellschaft ermöglicht. Welche neuen Ansätze braucht es, um ihnen Lebensqualität zu sichern?

Referent & Referentin

Raphael Schönborn (A)

Ist diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, hat einen Bachelor in Erziehungs- und Bildungswissenschaften und einen Master in Sozialwirtschaft und Soziale Arbeit. Er ist Inhaber von "Schönborn Pflege Betreuung Beratung" und verfügt über langjährige Praxis in der psychosozialen Intervention bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und in der Beratung und Begleitung von An- und Zugehörigen. Er leitet den Gesprächskreis "Meine Frau hat Demenz" und die Weiterbildung "Pflege bei Demenz" in Wien. Fotocredit: Melanie Eugenie Ziegler

Birgit Meinhard-Schiebel (A)

Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger Sozialmanagerin Präsidentin der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger www.ig-pflege.at.

praxis.technik



Wolfgang Zagler: Chancen und Risiken von Technischer Assistenz (in der Pflege)

Technische Assistenz-Systeme zur Unterstützung älterer selbständig lebender Menschen in ihren eigenen Wohnungen und auch als Hilfe im Bereich der Pflegedienstleistung bringen große Chancen aber auch einige Risiken für die Gestaltung der Zukunft. Das Kürzel AAL steht für "Ambient Assisted Living" bzw. für "Active Assisted Living". Darunter werden Konzepte, Produkte und Dienstleistungen subsummiert, die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden, mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten, vor allem im Alter, zu erhöhen. AAL umfasst daher einzelne Produkte im Sinn von Geräten, komplexen Systemen, wie z.B. Smart-Homes und Dienstleistungen, die AAL Technologie verwenden. Zur Erreichung der Wirkung und der Ziele wird vorrangig moderne IKT (Informations- und Kommunikationstechnik) eingesetzt. Die Vernetzung (bzw. Vernetzbarkeit) von Komponenten ist ein weiteres Kriterium.

AAL ist bereits Gegenstand zahlreicher nationaler und internationaler Forschungsprojekte. Auch das Marktpotential von AAL ist unbestritten. Durch den demographischen Wandel entsteht aus wirtschaftlicher Sicht eine wachsende, lukrative Zielgruppe – von der aktiven 50plus-Generation bis zu hochbetagten Menschen. Damit sich AAL-Lösungen erfolgreich entwickeln können, braucht es ein Zusammenspiel der späteren Anwender und Anwenderinnen, der Experten und Expertinnen aus der Pflege, sowie der Partner aus Wissenschaft, Industrie und Technologie und der Daseinsvorsorger und Dienstleister.

Im AAL Bereich ist die kontinuierliche Einbeziehung der späteren Nutzergruppen sowie von Experten und Expertinnen aus verschiedenen Disziplinen sehr wichtig. Da es sich um einen sensiblen Forschungs- und Entwicklungsbereich handelt, sind ethische und datenschutzrechtliche Aspekte von besonderer Bedeutung.

Referent

Univ.Prof. Dr. Wolfgang Zagler (A)

TIJ Wien

Jahrgang 1951; befasste sich schon während seines Studiums der Elektrotechnik an der TU Wien mit der Frage, ob und wie Menschen mit einer Behinderung durch zeitgemäße technische Entwicklungen im Alltag unterstützt werden können. Mit einem multidisziplinären Team ist es seither gelungen, zahlreiche nationale und europaweite Projekte zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Personen wie auch blinder, sehbehinderter und in ihrer Mobilität eingeschränkter Menschen durchzuführen. Dabei stehen neben den rein technischen Aufgaben vermehrt auch Fragen der Ethik, der Akzeptanz und der Usability im Vordergrund.

Die Teilbereiche von AAL gliedern sich vorrangig in folgende sieben Teilbereiche:

- Gesundheit, Pflege/Betreuung und Medizin
- Aktivitäten des täglichen Lebens
- Kommunikation und soziale Teilhabe
- Erhöhung der Sicherheit
- Spielen und Lernen
- Mobilität
- Komfort und Lifestyle

Im Vortrag wird ein Überblick über die Chancen und Risiken gegeben und anhand konkreter Beispiele aus der Forschungspraxis in nichttechnischer Art und Weise erläutert.



Paul Panek: Technische Assistenz im Sanitärbereich

zutreffenden Toiletten oft nicht passend. Im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsprojekten wurden neuartige Toilettenprototypen für Menschen mit Behinderung bzw. alte Menschen entwickelt. Ziel war es, neue Möglichkeiten zur Erhöhung von Autonomie und Lebensqualität zu entwickeln und zu erproben. Ältere und behinderte Menschen waren unmittelbar in die Erhebung der Anwenderanforderungen sowie in das Testen der verschiedenen Prototypen involviert und hatten auch ein entscheidendes Wort bei der Festlegung der weiteren Forschung und Entwicklung mitzureden. Die in mehreren iterativen Zyklen entwickelten und erprobten Prototypen der Toilette enthalten verschiedene neue Funktionen, zum Beispiel Höhenverstellbarkeit und Neigbarkeit, erweiterte Griffstangen und ein verbreiteter Toilettensitz etc. Eine der neuartigen Toiletten wurde in einem MS Tageszentrum in Wien erfolgreich im Alltagseinsatz erprobt. Aus Sicht der Anwender und Anwenderinnen sind folgende Vorteile zu nennen:

Für Personen mit funktionalen Beeinträchtigungen sind die heutzutage an-

Durch das Höher-Fahren und Nach-Vorne-Neigen der Toilette wird das Aufstehen für viele Personen wesentlich einfacher.

Während des Sitzens erlaubt die individuell durchführbare Höhenverstellbarkeit einen besseren Bodenkontakt der Füße. Dadurch kann der Körper stabiler gehalten werden, was wiederum die potenzielle Sturzgefahr beim Aufstehen von der Toilette wesentlich verringert.

Das Auslösen des Schwesternrufes und der Wasserspülung ist mittels Handsteuerung der Toilette möglich. Dies vergrößert die Autonomie und Selbständigkeit der Anwender und Anwenderinnen signifikant. Menschen,

Referent

Dipl.-Ing. Paul Panek (A)

Paul Panek absolvierte an der TU Wien das Studium der Nachrichtentechnik. Seit 1993 ist er Mitarbeiter der Technischen Universität Wien wo er sich unter der Leitung von Prof Wolfgang Zagler mit der Entwicklung und Erprobung innovativer technischer Hilfsmittel zur Erhöhung der Selbständigkeit und Autonomie älterer Personen und Menschen mit Behinderung beschäftigt. 2006 - 2014 war er auch am Aufbau eines sogenannten "Living Labs" zur partizipativen Entwicklung unterstützender Technologien für und mit Senioren und Seniorinnen in der Stadt Schwechat bei Wien beteiligt.

die bis jetzt ganz auf die Unterstützung anderer beim Toilettengang angewiesen waren, entdeckten mit diesem Prototypen eine erhöhte Selbstständigkeit. Die assistive Toilette setzt an den Ressourcen der Benutzer und Benutzerinnen an und ermöglicht, die Selbständigkeit trotz einer fortschreitenden Erkrankung wie MS länger aufrecht zu erhalten. Die intensive Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis hat sich sehr positiv auf den Erfolg des Prototyps ausgewirkt, der die Selbstständigkeit und damit die Lebensqualität chronisch kranker Menschen steigert.



Peter Mayer: Erfahrungen mit Assistiver Robotik in der Unterstützung älterer Menschen

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der technologischen Fortschritte in den Bereichen Künstliche Intelligenz, Spracherkennung, Computervision, Robotik etc. erscheinen Assistenzroboter zur Unterstützung der Lebensführung älterer Menschen als ein hochinteressanter wenn auch visionärer Beitrag, um die Pflege und Assistenz der Zukunft mit zu gestalten. In diesem Vortrag werden Erfahrungen aus mehreren einschlägigen Forschungsprojekten der letzten Jahre dargestellt und im Hinblick auf die konkrete Anwendbarkeit im Alltag diskutiert.

Die vordringlich geäußerten Bedürfnisse und Wünsche älterer alleine lebender Menschen liegen oft im Bereich der physischen Unterstützung bei der Haushaltsführung (waschen, Fenster putzen, ...) alles Funktionen, die in den meisten Projekten (noch) nicht ausreichend gut realisiert werden konnten. Unter Berücksichtigung der noch eingeschränkten Reife vieler Funktionalitäten (vor allem zur physischen Unterstützung älterer Menschen) scheint derzeit vor allem jener Anwendungsfall für vollautonome Roboter zu Hause realistisch, in dem der Roboter als Hilfe beim Überbrücken der Zeit bis zum nächsten Besuch einer Betreuungsperson eingesetzt wird. Dazu wären Erinnerungsfunktion, Notfall-Erkennung, Kommunikationsfunktionen und bei Personen mit (leichter) Verwirrtheit auch Anleitungsfunktionen und Funktionen zur Motivation von Nutzen. Gewisse Tätigkeiten wie einkaufen mit Lieferung ins Haus können teilweise bereits durch Internetservices (also ohne Robotik) abgedeckt werden. Schon aus sozialen Überlegungen soll Technik jedoch menschliche Kontakte und Betreuung nie vollständig ersetzen.

Bei Assistiven Robotern in Pflegeeinrichtungen wurden Lösungen entwickelt, die z.B. die Klienten regelmäßig an das Trinken erinnern und z.B. gleich ein Glas Wasser reichen (z.B. Care-o-Bot), jedoch sind diese noch mit

Referent

Peter Mayer (A)

Peter Mayer studierte Elektrotechnik an der TU Wien. Seit 1985 arbeitet er auf dem Gebiet der Rehabilitationstechnik bzw. Assistiver Technik an der Technischen Universität Wien in zahlreichen national und EU-geförderten Forschungsprojekten. Er entwickelte zuerst Geräte zur Orientierung und Umgebungssteuerung, elektronische Hilfsmittel und Alarmsysteme für behinderte und alte Menschen. In den letzten Jahren verschob sich sein Arbeitsschwerpunkt zunehmend zu AAL Projekten und insbesondere Assistiver Robotik sowie Sensorik und Benutzerschnittstellen für alte Menschen sowie Personen mit Demenz. Der Schwerpunkt seiner Projekte liegt auf interdisziplinärer, angewandter Forschung mit starker Nutzereinbindung in Form von Living Lab/Real Life Erprobung.

sehr hohen Kosten und einem sehr eingegrenzten (allerdings relevanten) Anwendungsfall verbunden. Weiters gibt es den Bereich der Telepräsenz Roboter (giraff), die auf einem relativ kostengünstigen jedoch fernbedienten Roboter mit Kommunikationsterminal basieren und Möglichkeiten für Telecare bieten. Die autonome (zuverlässige und sichere) Navigation von Robotern in realen Wohnungen ist aktuell immer noch eine nur teilweise gelöste Herausforderung.

In diesem Vortrag wird in nicht technischer Sprache ein Überblick gegeben, um die Möglichkeiten aber auch Probleme assistiver Robotik für alleine lebende Personen darzustellen.



Mario Drobics: Gesundheitsprävention und Risikomanagement mittels IKT im Wohnumfeld

Eine wichtige Grundlage für ein selbständiges langes Leben im eigenen Wohnumfeld und für eine Reduzierung der Pflegebedürftigkeitsquote im Alter ist eine rechtzeitige und konsequente Gesundheits-prävention. Neue Technologien sind geeignet, bestehende Präventionsstrategien optimal zu ergänzen. Durch an die individuellen Bedürfnisse angepasste Lösungen kann sowohl die Motivation (und damit Adhärenz) der NutzerInnen, als auch die Qualität der Umsetzung nachhaltig verbessert werden. Gleichzeitig ermöglichen solche Systeme eine enge Einbindung in bestehende Vorsorgestrategien und unterstützen somit die persönliche professionelle Betreuung. Konkret können IKT (Informations- und Kommunikationstechnologie) basierte Systeme auf unterschiedliche Weise eingebunden werden. Erstens auf der Ebene der konkreten Intervention durch Unterstützung von Übungen, zweitens auf der Ebene der Verhaltensanalyse und -änderung durch Risikoerkennung, Information und Erinnerung und drittens auf Ebene der Vernetzung von unterschiedlichen Stakeholdern im Präventionsprozess.

Zur Unterstützung konkreter Interventionen bieten neue Sensoren die entweder am Körper getragen oder (bspw. als Kamera) im Raum verfügbar sind, die Möglichkeit die Ausführung von Übungen zu begleiten und gegebenenfalls Hinweise zur Verbesserung hinsichtlich Haltung, Intensität, etc. zu geben. Beispiele dafür sind etwa Programme zur Kräftigung oder Stabilisierung des Bewegungsapparats.

Um individuelle Risiken zu erfassen und langfristige Verhaltensänderungen zu unterstützen können mittels Sensorik oder Befragung Verhaltensweisen erfasst und mit einem Zielwert verglichen werden. Durch Auswertung dieser Daten können individuelle Risikoparameter identifiziert werden. Über un-

Referent

Dr. Mario Drobics (A)

Ist Thematic Coordinator am Digital Safety & Security Department des AIT Austrian Institute of Technology. Er ist promovierter Mathematiker und seit 2007 am AIT tätig. Der Fokus seiner Forschungstätigkeit liegt dabei auf dem Einsatz von IKT zur Unterstützung älterer Menschen in den Bereichen Lebensstilmanagement und Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus Vorstandsmitglied der AAL-Austria und als Arbeitsgruppenleiter in der OVE-GIT tätig.

terschiedliche Strategien (Information über das eigene Verhalten, bzw. über den Fortschritt in der Zielerreichung, Erinnerungen, etc.) können Personen darauf aufbauen in der Erreichung ihrer individuellen Gesundheitsziele unterstützt werden.

Darüber hinaus bieten IKT unterstützte Ansätze die Möglichkeit, den Informationsaustausch der einzelnen am Präventionsprozess beteiligter Personen, als auch die Kommunikation zwischen diesen vielfältig zu unterstützen. So ist in der Sturzprävention beispielsweise eine Kombination aus spezieller Schulung, individuellem und gemeinsamen Training, sowie eine Veränderung von Alltagsgewohnheiten am zielführendsten. IKT Systeme können mithelfen, diese Elemente aufeinander harmonisch abzustimmen und die betroffene Person optimal zu unterstützen.



Robert Mischak: Pflegeinformatik als Schlüssel zu einer berufsgruppenübergreifenden und patientenzentrierten Dokumentation

Derzeit verwenden in Österreich ca. 67% aller Spitäler elektronische Pflege-Dokumentationssysteme in Deutschland ist es rund ein Drittel. Es ist zu erwarten, dass diese Anteile in den nächsten Jahren stark steigen werden. Stark steigend ist aber auch die Komplexität und der damit verbundene Aufwand, den die Pflegedokumentation – auch die elektronische – verursacht. Erschwerend kommt hinzu, dass oftmals andere Berufsgruppen: wie z.B. Ärzte, Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden, Apotheker oder Sozialarbeiter berufsgruppenspezifische Dokumentationssysteme bedienen. Gründe dafür sind z.B. mangelnde Abstimmung der Berufsgruppen untereinander, zu geringe Standardisierung der Dokumentationsgrundlagen und damit zur geringe Interoperabilität. Auch ökonomische Anreize spielen eine Rolle: so wird z.B. die Leistungsdokumentation aufgebläht, wenn sie die Grundlage für Personalbedarfsrechnungen darstellt.

Trotz einer Fülle erfasster Daten wird ein erstaunlich geringer Anteil der Daten als Wissen verarbeitet und den Aktiven wieder zurückgespielt. Qualitätsmanagement, Forschung und Lehre könnten von einem etablierten Wissensmanagement stark profitieren.

Die Pflegeinformatik bietet Lösungen an, Pflegeprozesse mit Hilfe von IKT zu verbessern. Lösungsstrategien sind z.B. automatisierte oder teilautomatisierte Datenerfassung, Implementierung von work flows auf Basis von evidenzgestützten klinischen Pfaden, Messung von Biosignalen mittels wearables, Entscheidungsunterstützungssysteme usw.

Da Angehörige der Pflegeberufe die meiste Zeit am Patienten verbringen und dadurch den besten Überblick über die Patienten und deren stationären Aufenthalten erhalten, könnten sie als Case-Manager agieren und idealerweise als Promotoren einer berufsgruppenübergreifenden und patientenzentrierten Dokumentation fungieren.

Referent

DI Dr. Robert Mischak MPH (A)

Ausbildung zum Wirtschaftsingenieur, Dissertation über das Österreichische LKF-System. Master of Public Health (Basel, Bern Zürich), Masterarbeit zum Benchmarking von Spitälern. Diplom zum NPO-Controller (ÖCI/WU-Wien).

Wissenschaftlicher Assistent am Ludwig-Boltzmann-Institut für Epidemiologie und Gesundheitsforschung, Graz, Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH, zuletzt Stabstellen-Leiter für Controlling, Merkur Versicherungs AG, Leiter Controlling und Betriebliche Organisation. Fachhochschule JOANNEUM Institutsleiter für eHealth, Studiengangleiter für den Bachelorstudiengang Gesundheitsinformatik/eHealth sowie den Masterstudiengang eHealth an der FH JOANNEUM.

Fachgebiete sind Gesundheitsökonomie, Controlling und Management im Gesundheitswesen, Business Intelligence. Vize-Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Pflegeinformatik (OeGPI).

Autoren und Autorin

Robert Mischak FH IOANNEUM Steiermark - Institutsleiter für eHealth Renate Ranegger LEP Beratung Schweiz – Forschung und Entwicklung Werner Hackl UMIT Hall in Tirol - Assistenzprofessor am Institut für Biomedizinische Informatik



pflege.plus





Andreas Kocks und Karoline Kaschull: Pflege für Pflegende: Empathie in der Care-Arbeit

Pflegekräfte sind im Alltag enormen psychischen Belastungen ausgesetzt. Tagein, tagaus versorgen sie alte oder kranke Menschen nicht nur medizinisch und pflegerisch. Sie haben immer auch ein Ohr für Sorgen, Hoffnungen oder Kummer und nehmen das Leid der Patienten und Angehörigen war. Dies hat Auswirkungen auf das Empathieverhalten gegenüber anderen wie zu sich selbst. Mit dem Ziel emotionale Belastungen zu vermeiden, Burnoutraten oder den Wunsch den Beruf zu verlassen zu reduzieren werden in einem durch das BMBF geförderten Verbundforschungsprojekt empathisches Verhalten mit Training und Coaching trainiert. Erste Ergebnisse aus der laufenden Untersuchung empCARE werden präsentiert.

Referent & Referentin

Andreas Kocks (D)

Krankenpfleger und Pflegewissenschaftler (BScN, MScN in Promotion) am Universitätsklinikum Bonn Deutschland, Sprecher des Netzwerkes Pflegeforschung an Universitätskliniken des VPU, Standortprojektleiter im BMBF-Forschungsprojekt empCARE.

Karoline Kaschull (D)

Diplompsychologin, Leiterin der Personalentwicklung am Universitätsklinikum Bonn, Leitung Kriseninterventionsteam, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt empCARE.



Ingrid Wöll-Reichert:
Auf dem Weg zum Erfolg...
Die Implementierung von Reanimationsfortbildungen am
St. Anna Kinderspital zur Umsetzung einer Vorgabe
des Austrian Resuscitation Council (ARC)

Jede Pflegeperson kann in die Lage kommen, lebensrettende Sofortmaßnahmen (Basic Life Support – BLS) durchführen zu müssen. Sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch extramural besteht eine Hilfeleistungspflicht. In BLS ungeübte Pflegepersonen können dabei rasch an ihre Leistungsgrenzen stoßen, daher ist es von Bedeutung diesbezügliche Handlungsabläufe zu trainieren, um in diesen Stresssituationen richtig reagieren zu können. Der Austrian Resuscitation Council (ARC) empfiehlt, einmal jährlich das gesamte Krankenanstaltspersonal in BLS zu trainieren (www.arc.or.at).

Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurde am St. Anna Kinderspital von der Vortragenden ein Konzept zur Durchführung strukturierter und kontinuierlicher Reanimationsfortbildungen entwickelt, das seit 2011 umgesetzt wird. Die Schulung erfolgt innerhalb der Dienstzeit, muss von den Pflegepersonen mindestens einmal jährlich absolviert werden und wird als Fortbildungsstunden laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) §63 angerechnet. Die Fortbildungen werden sehr gut angenommen, eine Evaluierung findet seit Jänner 2015 statt. An Rückmeldungen erfolgte bislang, dass die wiederholten Schulungen große Sicherheit bieten und somit zu einer hohen Zufriedenheit unter den Pflegepersonen führen. Auch bei den in der Kinderkrankenpflege sehr seltenen tatsächlichen Reanimationssituationen wird der Benefit durch das regelmäßige Üben ersichtlich. Somit hat sich die Umsetzung der Vorgaben des ARC als eindeutig qualitätsverbessernde Maßnahme erwiesen.

Referentin

Mag. Ingrid Wöll-Reichert (A)

St. Anna Kinderspital

DKKS seit 1989, seit 1995 im St. Anna Kinderspital; seit 1998 Unterrichtsund Fortbildungstätigkeit für Pflegepersonen und ÄrztInnen an verschiedenen Krankenhäusern Wiens; Mag. phil. für Pflegewissenschaft seit 05 / 2009; Praxisanleitung für Anästhesie seit 01 / 2010; Abschluss des EPLS – Provider – Kurses des ERC 05 / 2011 und 02 / 2016, gültig für 5 Jahre; Abschluss Sonderausbildung Intensivpflege 06 / 2014

Folgende Inhalte werden vorgetragen: die Konzeptionierung und Entstehung der BLS-Fortbildungen, deren Organisation und Inhalte, die bisherigen Erfahrungen damit sowie ein Ausblick auf die weiterführende Fortbildung ALS (Advanced Life Support).



Andrea Goldemund: Wie viel Pflegeplanung braucht die professionelle Pflege? Pflegeplanung und Dokumentation im Licht der Praxis

Wie viel Pflegeplanung braucht die professionelle Pflege? – Weniger ist mehr!

Seit 1979 hat sich in der Gesundheits- und Krankenpflege viel verändert. Vom Übergabebuch, Spritzenliste und Fieberkurve zur professionellen Pflegeplanung war es ein weiter Weg. Spätestens seit der Überarbeitung des GukG 1997 ist der Pflegeprozess ein fixer Bestandteil der Gesundheits- und Krankenpflege. Mittlerweile wird keine Pflegekraft die Sinnhaftigkeit von Planung und Evaluation in Frage stellen. Die Einhaltung der Vorgaben und Empfehlungen zur Umsetzung des Pflegeprozess führten im Laufe der Jahre zu einem überbordenden Dokumentationsaufwand. Auch Standards und Richtlinien verlieren sich immer mehr in Details, wesentliche Aussagen gehen in der Fülle an Information unter. Zum hohen Zeitaufwand kommt auch die Beobachtung, dass die Pflegenden sich nicht mehr trauen, ihre Entscheidungen hinsichtlich Pflegemaßnahmen zu vertreten, da sie fürchten etwas unterlassen oder übersehen zu haben. Deshalb lieber möglichst viel schreiben und planen, dann ist sicher etwas Richtiges dabei. Auf Pflegeplanung gänzlich zu verzichten, ist keine Option, da die Planung und Dokumentation der Leistungen zur professionellen Pflege gehört. Das richtige Maß zu finden, ist die Herausforderung. Eine einfach umsetzbare Möglichkeit der Reduktion des Planungsaufwandes hat die NÖ-Arbeitsgruppe "Schlanke Pflegeplanung und -dokumentation" der ARGE-NÖ Pflegeheime erarbeitet. Auch die neue Empfehlung für die Dokumentation des GÖG wird in diese Richtung gehen. Grundpflegeleistungen ausführlich zu beschreiben füllt nur Papier, ist für die professionelle Umsetzung der Leistung jedoch nicht erforderlich. Wichtig ist die Auflistung der durchzuführenden Maß-

Referentin

Andrea Goldemund, MSc (A)

1979 Diplom der Allgemeinen Krankenpflege am AKH Wien, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, seit 2012 Haus- und Pflegedienstleitung im Pflegewohnhaus St. Leopold der Caritas Erzdiözese Wien in Klosterneuburg, Leitung der Arbeitsgruppe "Schlanke Pflegeplanung und -dokumentation" der ARGE-NÖ Pflegeheime in Zusammenarbeit mit der NÖ-Pflegeaufsicht Abteilung GS4

nahmen in einem ausreichenden Detailierungsgrad, um einen Überblick des Leistungsumfanges zu bieten. Ressourcen und Einschränkungen sind in der pflegerischen Informationssammlung abzurufen. Da es derzeit keine validen Assessmentinstrumente gibt, ist auch der generelle Einsatz zu überdenken. Im Einzelfall können sie durchaus eine Unterstützung bieten. Auch die neuen Berufsgruppen Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz werden aufgrund ihrer Ausbildung über das erforderliche Fachwissen verfügen, um mit einer kurzen aber aussagekräftigen Planung eine fachlich richtige Pflege auszuführen. Durch die Reduktion des Planungsaufwandes bei den grundpflegerischen Leistungen kann die Aufmerksamkeit auf die Risikodiagnosen und Förderdiagnosen gelenkt werden. Hier ist weiterhin eine exakte Diagnosestellung mit Zielen und Maßnahmenplanung erforderlich, um den Erfolg zu gewährleisten.





Daniela Ellmaier: Primary Nursing – ein Konzept für die Hauskrankenpflege

Die Bezugspflege ist ein wichtiger Bestandteil der Erbringung von Mobiler Pflege und Betreuung. In der Steiermark ist sie in den Verträgen des Landes mit den Trägerorganisationen fix verankert. Das Konzept "Primary Nursing" diente als Grundlage und wurde entsprechend an die Anforderungen der häuslichen Pflege und Betreuung angepasst.

Die DGKS/P ist für eine bestimmte Anzahl von KundInnen zuständig. Die Zuteilung erfolgt einerseits nach ökonomischen Grundlagen, wie z.B. Wohnort der KundIn/DGKP und nach Kompetenzen der DGKP, wie z.B. Demenzbeauftragte. Als Bezugs-DGKP steuert sie/er den Pflegeprozess der KundInnen, für die sie/er verantwortlich ist. Sie/er leitet in dieser Funktion alle MitarbeiterInnen des Betreuungsteams (PflegehelferInnen/HeimhelferInnen) an. Die PflegehelferInnen/HeimhelferInnen wenden sich mit aktuellen Rückmeldungen zum Gesundheitszustand der betreuten Kundln direkt an die Bezugs-DGKP. Diese führt Fallbesprechungen mit dem jeweiligen Betreuungsteams durch. Jede KundIn wird mindestens halbjährlich besprochen. Die Bezugs-DGKP evaluiert den Pflegeprozess der jeweiligen KundIn innerhalb der festgelegten Zeitgrenzen, passt die Pflegeplanung an, sie/er koordiniert Pflegevisiten, berät, schult und informiert die Betroffenen und deren Angehörige. Falls erforderlich holt sie fachlichen Rat bei einer Spezialistin(Beauftragte) im DGKP-Team zu Dekubitus, Demenz, Wundversorgung oder Kontinenz ein. Die EinsatzleiterIn moderiert Besprechungskreise mit den Bezugs-DGKP und hat ein Reportingsystem entwickelt.

Laut Manthey (2011) nimmt auch die Führungsebene im Konzept Primary Nursing eine neue Rolle ein, die klar definiert ist. Die Leitung steuert viel mehr Prozesse als er/sie selbst durchführt. Wesentlich für den Erfolg der Bezugspflege ist der Einfluss der EinsatzleiterIn auf Personalentscheidungen. Sie/er legt fest, welche Bezugs-DGKP zu welchem Zeitpunkt welche Kundln übernimmt. Sie unterstützt die Bezugs-DGKP bei der Entscheidungsfindung und fordert ein, wann und wie eine Spezialistin (Beauftragte) bei zu ziehen ist

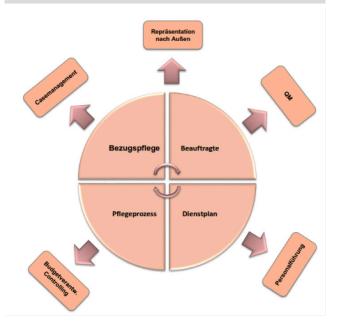
Die Steuerungselemente (siehe Abb.), die innerhalb der Mobilen Pflegeund Betreuungsdienste der Volkshilfe entwickelt wurden, unterstützen die EinsatzleiterInnen bei ihren vielfältigen Aufgaben.

Referentin

Daniela Ellmaier (A)

zertifizierte Pflegemanagerin d. m. Führungsebene, DGKS

Einsatzleiterin Mobile Pflege- und Betreuungsdienste im Sozialzentrums Mürzzuschlag, der Volkshilfe Steiermark, seit 2012. Als Referentin zum Thema Dienstplanung, Dienstplanungsprogramme, sowie zur Bezugspflege, dessen Implementierung und Steuerung seit 2012 innerhalb der Volkshilfe aber auch für externe Seminare.



Die Bezugs-DGKP wiederum übernimmt eindeutig die Verantwortung für die Fallsteuerung und trifft gemeinsam mit den Betroffenen und deren Angehörige Entscheidungen innerhalb des Pflegeprozesses. Ziel ist immer, die eigenständige selbstbestimmte Lebensführung in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen.





Haris Cukur, Manuela Oberegger: Diversität – Gelebte Vielfalt an der AWZ. Umsetzung von Diversität im Aus- und Weiterbildungszentrum Soziales Wien GmbH

Nicht nur im täglichen Miteinander, sondern auch in der Pflege und Betreuung wird eine Öffnung in Richtung unterschiedlicher Dimensionen von Diversität weiterhin und im steigenden Ausmaß von Bedeutung sein. Neben den nötigen Sprachkenntnissen und tiefem kulturellem Verständnis, wird auch die Fähigkeit spezifische Bedarfslagen (die sich z.B. aus Migration ergeben) zu erkennen, genau wie die Bereitschaft, formalistische Stereotypie neu zu überdenken und die Entschlossenheit, dem transkulturellen Pflegealltag einer heterogenen Gesellschaft viel offener entgegenzutreten, zunehmend gefragt.

Eine Datenerhebung zu den Auszubildenden der Wiener Schule für Sozialberufe und der Ausbildungseinrichtung für Pflege- und Heimhilfe (beides Bereiche der AWZ Soziales Wien GmbH), zeigte, dass der Anteil der Lernenden, die nicht in Österreich geboren wurden, bei 45 % liegt. Das ist aus unserer Sicht ein Schatz, der gehoben werden muss.

Unsere Auszubildenden werden begleitet, die Vielfalt der Dimensionen von Diversität zu erkennen.

Die Konzeptualisierung der ganzheitlichen Pflege und Betreuung impliziert, dass das Erkennen und Verstehen von Wünschen und Bedürfnissen der zu Betreuenden immer im Zusammenhang mit Alter, Geschlecht, Herkunft, Religion oder möglichen Beeinträchtigungen zu sehen ist.

Durch Heranziehen der kulturrelevanten Themen sowie durch die transkulturelle Schwerpunktlegung und Einbindung einzelner kontextbezogener diversity-spezifischer Lerninhalte in den Basisunterricht, entwickeln die Auszubildenden ein grundlegendes kulturspezifisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit und lernen, wie man kulturkongruent pflegt. Viele dieser Dimensionen werden laufend als fächerübergreifende Themen im Rahmen des Unterrichts vermittelt. Die Frage, die sich stellt, ist aber: "Wie können die Schüler_innen in der Pflegehilfe auch jenseits des theoretischen Unterrichts die Vielfalt erleben bzw. ihre Handlungskompetenzen erweitern?"

Referent & Referentin

Haris Cukur, MSC (A)

Gesundheitspädagoge, Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege an der AWZ Soziales Wien GmbH, Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger

Manuela Oberegger (A)

Dipl. Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin, Genderberaterin und Diversitätsbeauftragte an der AWZ Soziales Wien GmbH

Wir möchten ein Projekt, das an der AWZ Soziales Wien GmbH für knapp 60 Lernende in lebendiger und mit allen Sinnen erfahrbarer Weise durchgeführt wurde, vorstellen. Bereichs- und klassenübergreifend wurden mehrere Projektgruppen gebildet, die sich sehr intensiv mit unterschiedlichen Diversitätsdimensionen wie Gender, Religion, Behinderung, kulturelle Besonderheiten oder s.g. "Randgruppen" befassten. In diesem Schulprojekt ist es den Teilnehmenden sehr gut gelungen in die Kulturwelten anderer Menschen zu schlüpfen, ihre mehrdimensionale Wesensarten wahrzunehmen und diese in Relation zur eigenen Welt zu stellen, zu prüfen und die eigene Haltung ein weiteres Mal kritisch zu hinterfragen.



Impressum

Herausgeberin, Medieninhaberin und Verlegerin: Medical Update, Marketing & Media GmbH, Baumeistergasse 32/5/1, 1160 Wien, T: +43.1.897 21 10, F:+43.1.897 23 88, www.medical-update.net. Anzeigenrepräsentanz: Medical Update, Marketing & Media GmbH. Anzeigenverwaltung und -koordination; Claudia Kastner-Roth, Claudia.kastner-roth@medical-update.net. Art Director: Philipp M. Sandpeck, office@philippsandpeck.at. Bankverbindung: Erste Bank, BLZ 20111, Kontonummer: 283 264 100 00, Verlags- und Erscheinungsort: Wien. Redaktionelle Leitung: Martina Bartholner, martina. bartholner@medical-update.net & Nina Lassy, nina.lassy@medical-update.net. Anschrift: Medical Update, Marketing & Media GmbH, Baumeistergasse 32/5/1, 1160 Wien.

Die Beiträge sind die persönliche und wissenschaftliche Meinung der Verfasser/innen und müssen nicht mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen. Sie fallen in den persönlichen Verantwortungsbereich der Verfasserinnen und Verfasser.

Genderformulierung, Zitierweise, Aufbau der Abstracts sowie Schreibweise gemäß der neuen deutschen Rechtschreibung (des jeweiligen Landes) obliegt den jeweiligen Autorinnen und Autoren. Gekennzeichnete Beiträge (AD) sowie Supplements sind entgeltliche Einschaltungen gemäß § 26 des Mediengesetzes. Die darin enthaltenen Angaben und Aussagen liegen in der Verantwortlichkeit der jeweiligen Auftraggeber/innen. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur mit Quellenangabe und schriftlicher Genehmigung.

gleich vormerken:



