



8. Fachtagung Klinische Sozialarbeit

«Sozialtherapie, Beratung, Case Management –
Praxeologie der Klinischen Sozialarbeit»

Freitag, 15. Juni 2018

Workshop Nr. 6 9.45–11.00 Raum: OVR A024

Psychosoziale Probleme hochaltriger Menschen zu Hause erfassen – Zusammenspiel von klinischer Sozialarbeit und Pflege

Dr. phil. Elke Steudter & Christine Rex, MScN

Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Zürich



- Metatrends im Gesundheits- und Sozialwesen
- Pflegeprofession
- Hochaltrigkeit und Häuslichkeit aus Sicht der Pflege(-wissenschaft)
- Dimensionen der häuslichen Versorgung von hochaltrigen Menschen
- Case Management - Pflegefokus
- Kasuistik – Folgen & Konsequenzen
- Diskussion
- Empfehlungen

Tauschen Sie sich **fünf** Minuten mit Ihrer Sitznachbarin/Ihrem Sitznachbarn über folgende Fragen aus:

- Wie stellt sich für Sie die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialarbeit bei hochaltrigen Menschen in der häuslichen Versorgung in Bezug auf das Case Management aktuell dar?
- Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit auf einer Skala von 0 bis 10?



Metatrends im Gesundheits- und Sozialwesen (Eling, 2016)



Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz

1



Chronisch krank & hochaltrig



PatientInnenbeteiligung,
«Machtfaktor Patient»

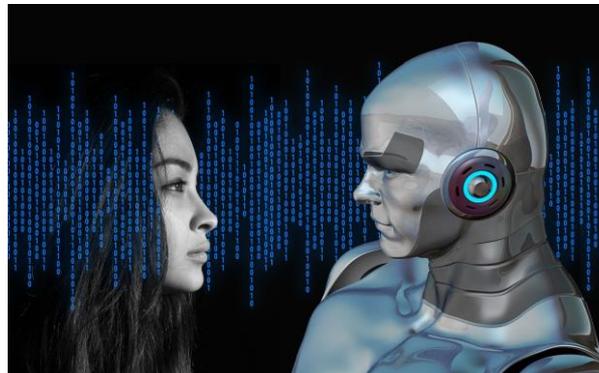
2

3



Personalmangel HP

4



Digitalisierung, Arbeitswelt 4.0



International Council of Nurses
Consejo Internacional de Enfermeras
Conseil International des Infirmières

- Pflegefachpersonen versorgen und betreuen eigenverantwortlich Menschen aller Altersgruppen (Individuen & Gruppen) in Bezug auf Gesundheit und Krankheit in allen Settings (stationär, zuhause) und Lebenssituationen (akut oder chronisch erkrankt, sterbend, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund).
- Dies geschieht in Zusammenarbeit mit den Betroffenen und deren Angehörigen monoprofessionell oder in Kooperation mit anderen Professionen.
- Pflegeabschlüsse auf verschiedenen Stufen in der Schweiz möglich (2-jährige Attestausbildung bis zum Doktorat) (OdA Santè, 2018)
- Tätigkeiten in der Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegebildung, Wissenschaft & Forschung, Gesundheitswesen (ICN, 2018)



Als geriatrische KlientInnen werden Menschen betrachtet, die

- eine geriatritypische Multimorbidität aufweisen (z. B. Immobilität, Schwindel, geriatrische I`s) und
- 70 Jahre und älter sind.

oder

- 80 Jahre und älter sind
- eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, z. B. wegen
 - Komplikationen (z.B. Sturz) und Folgeerkrankungen
 - der Gefahr der Chronifizierung
 - erhöhtem Risiko des Autonomieverlustes mit nachfolgendem Selbstpflegedefizit (DGGG, 2007)



- In der deutschsprachigen Fachliteratur gelten Menschen ab dem 80-Lebensjahr als hochaltrig
- In englischen Publikationen gelten Menschen ab 85 Jahren als hochaltrig («the oldest old») (Petzold et al., 2011, p. 128)
- 2030 werden 7,8% der Schweizer Bevölkerung über 80 Jahre sein, 2050 sind es geschätzt über 12% (Höpflinger, 2014)
- Hochaltrigkeit geht mit körperlichen, kognitiven und sozialen Veränderungen einher
- 23% der über 80-jährigen Männer und 44% der über 80-jährigen Frauen in der Schweiz sind zuhause auf informelle Unterstützung und/oder Spitex-Unterstützung angewiesen (BfS, 2014)



Zentrale Konzepte/Pflegediagnosen bei hochaltrigen Menschen sind:

- Mangelernährung
- Frailty
- Sturz
- Multimorbidität (chronische Krankheiten)
- Demenz
- soziale Isolation/Vereinsamungsgefahr
- Immobilität
- Inkontinenz
- Insomnie
- Schmerzen
- psychische Veränderungen
- Rollenüberlastung der Angehörigen (Doenges et al., 2015)



- Als häusliche Pflege wird im Allgemeinen die Pflege und Versorgung von Versicherten bezeichnet, die als pflegebedürftig gelten. Gepflegt wird in der häuslichen Umgebung. Die Leistungen setzen sich aus Abklärung und Beratung, Grund- und Behandlungspflege (vgl. KLV, 1995) sowie der Hauswirtschaft zusammen
- 2012 wurden «Koordinationsleistungen» zum KLV, Art. 7 hinzugefügt (Rex, Giaquinta & Bischofberger, 2013)
- Grundsatz «ambulant vor stationär» (BAG, 2018)

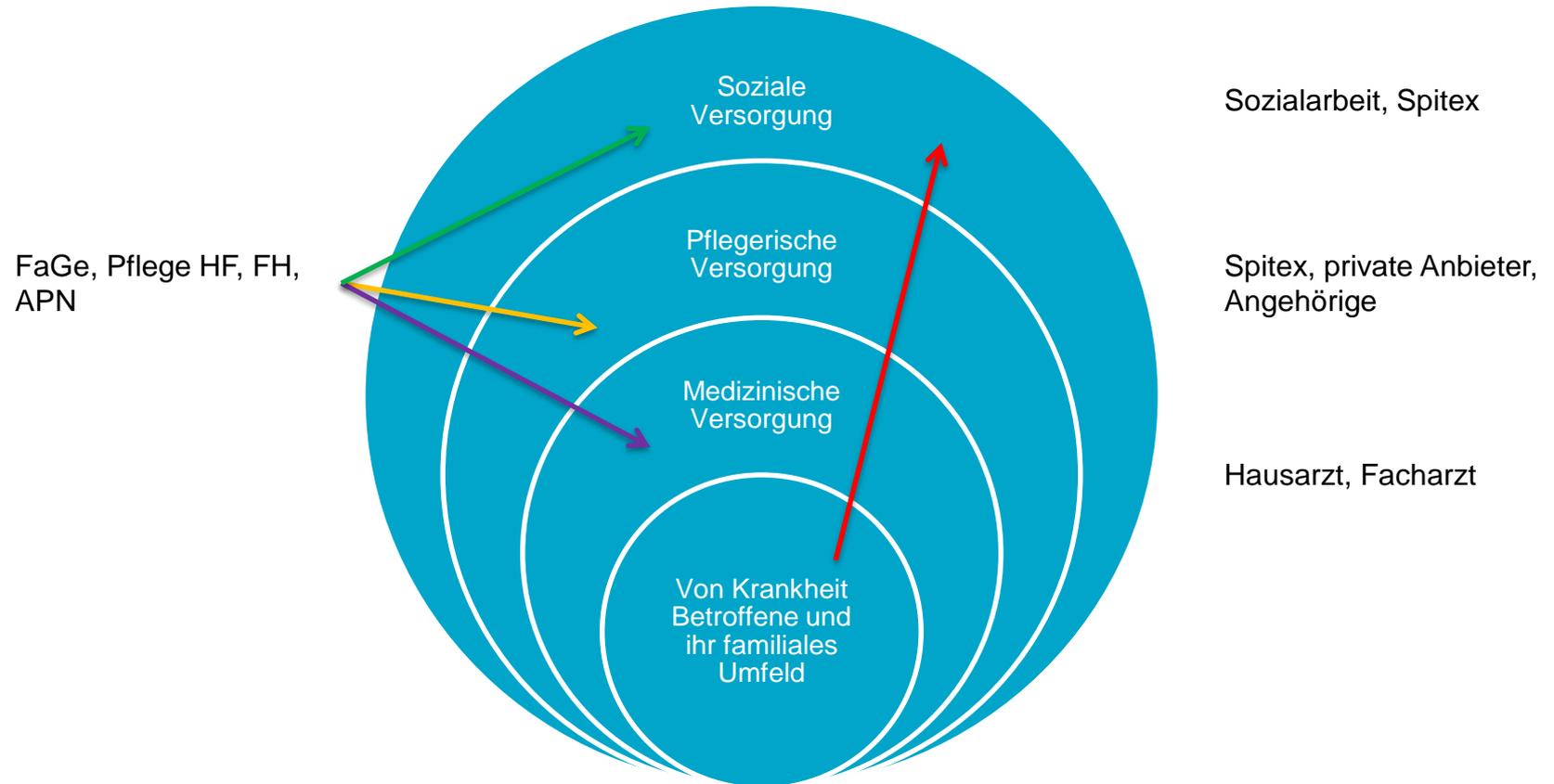
Ziele der häuslichen Pflege

- Fähigkeit zum Selbstmanagement fördern
- Gesundheit erhalten und fördern
- Unterstützung in den ATL und den IATL subsidiär
- Gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen
- Kosten zu senken (medizinische und stationär-pflegerische)

Dimensionen der häuslichen Versorgung



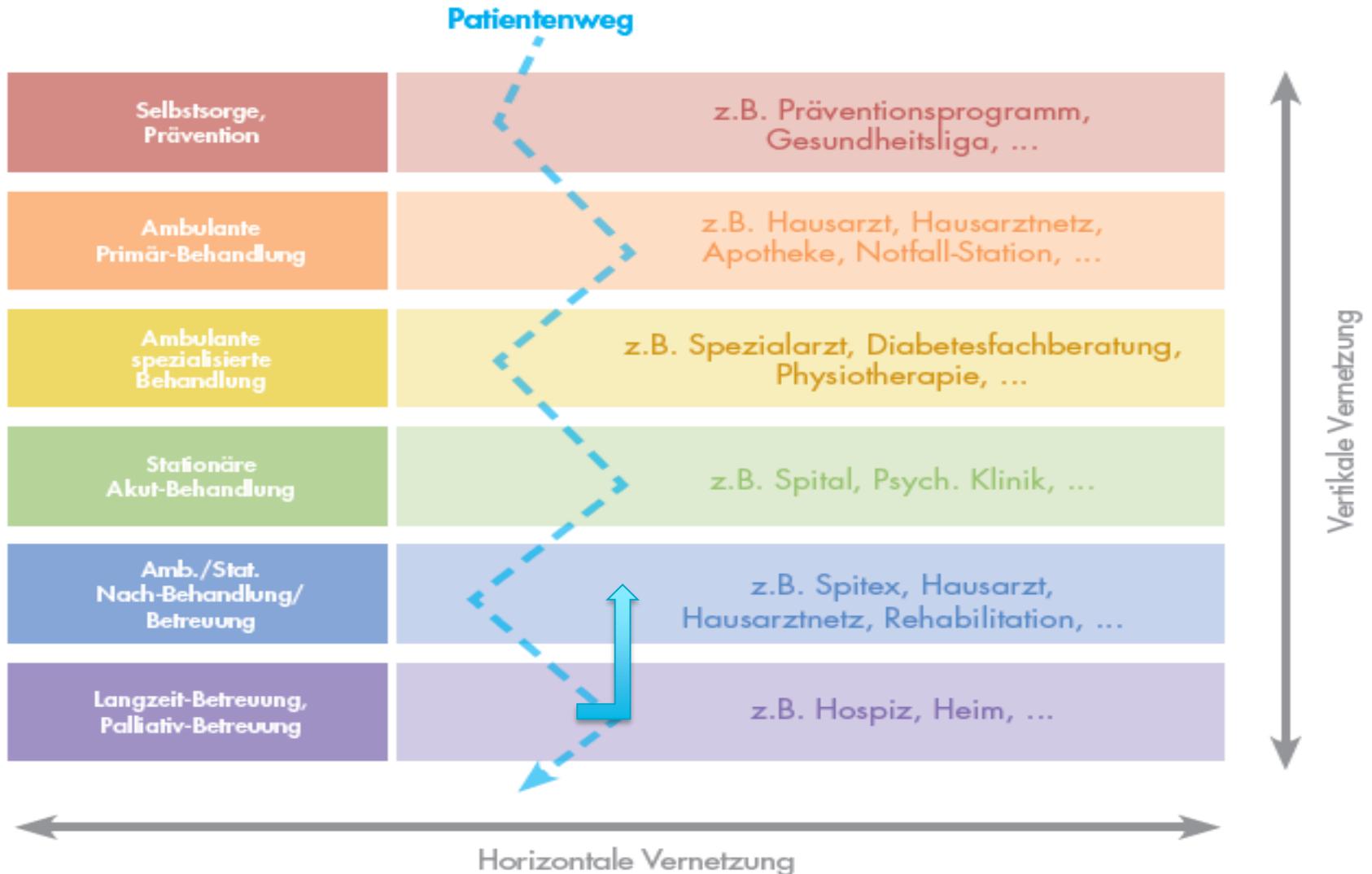
Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz



Der Patientenpfad



Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz



Schweizer Forum für integrierte Versorgung (fmc), 2014



- Schätzt Unterstützungsbedarf und -bedürfnisse ein, erkennt vorhandene Probleme, sucht Lösungen, plant Massnahmen, leitet diese ein oder setzt sie um
- Nimmt finanzielle, instrumentelle und rechtliche Probleme wahr (Erhebung IATL)
- Beobachtet Verlauf der körperlich-psychischen Verfassung durch Visiten bzw. Besuche oder Anrufe
- Fungiert als Bindeglied zwischen den hochaltrigen Menschen, den Angehörigen und den (Gesundheits)-fachpersonen
- Dokumentiert Versorgungsverlauf kontinuierlich
- Organisiert und begleitet zu Terminen der Gesundheitsversorgung
- Nimmt «Anwaltschaft» für KlientInnen wahr (Gerber, 2010)



- Holistisch-interprofessioneller Ansatz, um Besonderheit der Hochaltrigkeit und der Vulnerabilität der Zielgruppe gerecht zu werden
- Hochaltrige sind besonders auf Betreuungskontinuität, Entfragmentisierung der Gesundheitsleistungen und Koordination aus einer Hand angewiesen
- CM bei Hochaltrigen muss auf der Ebene des organisatorisch-strukturellen und auf der individuellen Ebene – unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen der Betroffenen – angepasst werden
(Gustafsson et al., 2013)

Frau M.P., 89 Jahre, verwitwet, wohnt alleine in einem Einfamilienhaus,
2 Töchter, wohnen entfernt
Klientin verfügt über gutes soziales Netz (Nachbarn, Freunde)

Medizinische Diagnosen: Herzinsuffizienz, Diabetes, Mild Cognitive
Impairment
Regelmässige Besuche beim Hausarzt, sonst selbstständig

Sturzereignis führt zu Spitalaufenthalt, keine Operation
Funktionalität ist bleibend eingeschränkt
Frau M.P. möchte weiter zu Hause wohnen bleiben





Fragestellungen:

Selbstgefährdung und Sicherheit? Urteilsfähigkeit und Autonomie?
Unterstützungs- und Entlastungsbedarf?

Medizinisch-pflegerische Koordination z. B. durch Spitex:

- Enge Zusammenarbeit mit Hausarzt (Hausbesuche?)
- Bedarfserhebung: Spitex 2x tgl. oder mehr? Private Spitex für die Nacht? Entlastungsdienst? Mahlzeitendienst?...
- Massnahmen zur Verhinderung von Komplikationen einleiten (z. B. Hilfsmittel)
- Medikationsmanagement sicherstellen
- KESB, Beistand?



Fragestellungen:

Finanzielle Möglichkeiten und Urteilsfähigkeit? Zukunft?

Soziale und finanzielle Koordination durch Carenet Plus
(<http://www.carenetplus.ch>)

- Finanzen: Was kosten die geplanten Massnahmen? Wer zahlt was?
- Einbezug des Familiensystems (Töchter, Freunde)
- Rundtischgespräch: Betroffene, Hausarzt, Spitex, Gemeinde/Sozialdienst, Carenet Plus, KESB?, Case Management der Krankenversicherung, Vertretung Pflegeheim?



- Pflege ist immer auch Case Management, enger oder weiter gedacht.
- Es geht in der Spitex immer auch um Fallführung, Fallsteuerung und nimmt somit Elemente des Case Management auf.

Bezogen auf den geschilderten Fall kommen zwei Konzepte der professionellen Pflege zum Tragen:

- Family care: Geno-Ökogramm
- Clinical Assessment: Mentalstatus

Geno-/Ökogramm Herr X. (Wright & Leahey, 2014)



Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz

Entscheidungs-
findung innerhalb der
Familie

Ressourcen

Freunde,
Familie

Physio
1x wöch.

Spitex 1x tgl

HA
b. Bed.

Lebenswelt

Schlüsselpersonen

Beziehungen

Kommunikation

arbeitet
in der Pflege;
Kommunikation
+++

Arbeitsteilung

Kommunikation
+

Kommunikation

arbeitet viel,
unregelmässig;
Kommunikation
+

zuständig für Finanzen;
Kommunikation
++



Wird durch APN erhoben

Erfasst die psychisch-kognitive Situation des Betroffenen durch Befragung und formale Testung.

Anschliessend Einschätzung des pflegerischen Handlungsbedarfs

- Erscheinungsbild und Verhalten: beschreiben
- Sprache und Sprechweise: beschreiben
- Stimmung: beschreiben und formal testen mit GDS
- Denken und Wahrnehmen: beschreiben
- Kognitive Fähigkeiten/Orientierung: beschreiben und formal testen mit MMST/Uhrentest oder MOCA (Füeßl & Middecke, 2014)



«CM Nurses» erleichtern Informationszugang, Kommunikation und Koordination zwischen Versorgern, führen zu Vertrauen, Partizipation, Navigation und Anwaltschaft wird erlebt (Hudon et al., 2015)

«CM Nurses» möchten die traditionellen Funktionen der einzelnen Professionen aufheben und entstehende Synergien durch eine funktions- und professionsübergreifende Betrachtungsweise nutzen (Cramm, 2014)

Interprofessionelle Teams führen zu positiveren Ergebnissen in der Gesundheitsversorgung als monoprofessionelle (Gougeon et al., 2017)

Eine sich «gegenseitig verstärkende Koordination» entsteht durch den stetigen Prozess der Kommunikation und Beziehung zwischen allen AkteurInnen (Gustafsson, 2013)



Care Koordination bedeutet:

- zielorientierte Navigation durch das Gesundheitswesen
 - KlientInnen stärken und beteiligen
 - im und mit dem System verhandeln
- KlientIn und Gesundheitsversorgungssystem kennen (Izumi et al., 2017)

Massnahmen zur Verhinderung von Komplikationen (KLV, Art.7)

- Hausbesuche, Assessment – Pflege & Sozialarbeit
 - Koordinieren von Versorgung – Pflege & Sozialarbeit
 - Medikamentenreview – Pflege
 - Prozessbegleiter und Empowerment – Pflege & Sozialarbeit
- (Gustafsson et al., 2013)



- Wo bestehen Schnittmengen zwischen Pflege und klinischer Sozialarbeit im Hinblick auf das vorgestellte Thema?
- Wie können die Schnittmengen besser genutzt werden und welche Voraussetzungen sind dazu nötig?
- Was dürfen wir von Ihnen heute lernen, damit die Sichtweise der klinischen Sozialarbeit besser bisher in die Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen einfließt?

Für ein gemeinsames, sich gegenseitig stärkendes und verstärkendes CM in der häuslichen Versorgung von hochaltrigen Menschen müssen

- die Kompetenzen und der Grade der jeweilig anderen Berufsgruppe bekannt sein
- die unbedingte Bereitschaft zur gelungenen interprofessionellen Zusammenarbeit bestehen
- die Schnittmengen und Gemeinsamkeiten zwischen Pflege & Sozialarbeit besser als bisher herausgearbeitet und kommuniziert werden





**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit
und
Ihre Mitarbeit**



BAG (2018). Ambulant vor stationär.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/konsultation-ambulant-vor-stationaer.html> (7.6.18)

Bundesamt für Statistik (2014). Funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/alter.assetdetail.349311.html> (9.6.18)

Cramm, J.M., Hoeijmakers, M., Nieboer, A.P. (2014). Relational coordination between community health nurses and other professionals in delivering care to community-dwelling frail people. *Journal of Nursing Management*, 22, 170–176.

DGGG (2007). Definition geriatrischer Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 40(3), 201–203.

Doenges, L.E., Moorhouse, E.E., Geissler, S. (2015). *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen*. 4. Auflage. Bern: Huber Verlag.

Eling, M. (2016). *Gesundheit 2020+*. Universität St. Gallen

Gerber, L. (2010). Moving into private geriatric nursing care management. *Lippincott`s Nursing Career Directory*. 22–24.

Füeßl, H.S., Middecke, M. (2014). *Anamnese und klinische Untersuchung*. 4. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag.

Gougeon, L, Johnson, J., Morse, H. (2017). Interprofessional collaboration in health care teams for the maintenance of community-dwelling seniors` health and well being in Canada. A systematic review of trails. *Journal of interprofessional Education & Practice*, 29–37.



- Gustafsson, M., Kristensson, J., Holst, G., Willman, A. & Bohman, D. (2013). Case managers for older persons with multi-morbidity and their everyday work – a focused ethnography. BMC Health Services Research. Zugriff am 02.03.2018. Verfügbar unter <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-496>.
- Höpflinger, F. (2014). Das vierte Lebensalter. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf> (7.6.18)
- ICN (2018). Definition of Nursing. <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> (7.6.18)
- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Diadiou, F., Lambert, M., Bouliane, D. (2015). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services with Chronic Disease. A Qualitative Study of Patient and Family Experience. Annals of Family Medicine. 13 (6), 523–528.
- Izumi, S. et al., (2017). Care coordination: Identifying and connecting the most appropriate care to the patients. Research in Nursing & Health, 41, 49-56.
- OdA Santé (2018). Bildungssystematik. <https://www.odasante.ch/bildungssystematik/> (7.6.18)
- Petzold, H., Horn, E., Müller, L. (2011). Hochaltrigkeit. Wiesbaden, VS-Verlag.
- Rex, C., Giaquinta, R., & Bischofberger, I. (2013). Koordination abrechnen. Schauplatz Spitex, 19(4), 39-40.
- Schweizer Forum für integrierte Versorgung (fmc) (2014). Denkstoff. Trendszenarien integrierte Versorgung Schweiz. Zugriff am 05.05.2018. Verfügbar unter https://fmc.ch/_Resources/Persistent/90dc9247713202cb0c3ad1d174e972ca4dac56bd/Denkstoff_de_No1.pdf
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2014). Familienzentrierte Pflege : Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. (2.ed.) Bern: Hogrefe.

Kontakt

Dr. Elke Steudter
Pflegewissenschaftlerin und Studiengangleiterin
elke.steudter@kalaidos-fh.ch

Christine Rex, MScN
Studiengangsleitung MAS in Care Management
christine.rex@kalaidos-fh.ch

Kalaidos Fachhochschule Gesundheit
Pestalozzistrasse 5, 8032 Zürich
Ein Unternehmen der Stiftungen Kalaidos Fachhochschule und Careum