DIE FAMILIEN-GESUNDHEITSSCHWESTER

KONTEXT, RAHMENKONZEPT UND CURRICULUM

In GESUNDHEIT21, dem gesundheitspolitischen Rahmenkonzept für die Europäische Region der WHO, wird ein neuer Typ von Pflegenden eingeführt, nämlich die Familien-Gesundheitsschwester, die innerhalb eines multidisziplinären Teams von Gesundheitsfachkräften einen wichtigen Beitrag zur Verwirklichung der in diesem Konzept dargelegten 21 Ziele für das 21. Jahrhundert leisten soll. Auf der Grundlage der Qualifikationen, die aus der WHO-Definition der vielgestaltigen Rolle der Familien-Gesundheitsschwester abgeleitet wurden, wurde ein Curriculum aufgestellt, das qualifizierte und erfahrene Pflegende auf diese neue Rolle vorbereitet. Der Schwerpunkt des Curriculums liegt auf der Verbindung von Theorie und Praxis. Der Inhalt wird in sieben Modulen beschrieben. Lehr-, Lern- und Beurteilungsstrategien gründen sich auf die Theorieprinzipien der Erwachsenenpädagogik und machen sich die unterschiedlichsten Methoden zunutze. Zur Abklärung der Funktionsbreite der Familien-Gesundheitsschwester sind in Anhang 1 Beispiele für Pflegeszenarios beigefügt, die sich auf die Betreuung unterschiedlicher Familien konzentrieren. Der erfolgreiche Abschluss des Ausbildungsgangs führt zu einem postgradualen akademischen Grad und der Fachqualifikation „Familien-Gesundheitsschwester“.

EUR/00/5019309/13
00076 – 27. Januar 2000

GESUNDHEIT21 EUROPÄISCHES ZIEL 2 – GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen sozioökonomischen Gruppen innerhalb der Länder durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden.

GESUNDHEIT21 EUROPÄISCHES ZIEL 3 – EIN GESUNDER LEBENSANFANG

Bis zum Jahr 2020 sollten sich alle Neugeborenen, Säuglinge und Kinder im Vorschulalter in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen, damit sie gesund ihr Leben beginnen können.

GESUNDHEIT21 EUROPÄISCHES ZIEL 4 – GESUNDHEIT JUNGER MENSCHEN

Bis zum Jahr 2020 sollten sich junge Menschen in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen und besser in der Lage sein, ihre Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen.

GESUNDHEIT21 EUROPÄISCHES ZIEL 5 – ALTERN IN GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollte Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotential voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen.

GESUNDHEIT21 EUROPÄISCHES ZIEL 6 – VERBESSERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar und zugänglich sein.

GESUNDHEIT21 EUROPÄISCHES ZIEL 8 – VERRINGERUNG NICHTÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN

Bis zum Jahr 2020 sollten in der gesamten Region Morbidität, Behinderungen und vorzeitige Todesfälle infolge der wichtigsten chronischen Krankheiten auf den tiefstmöglichen Stand zurückgehen.

GESUNDHEIT21 EUROPÄISCHES ZIEL 15 – EIN INTEGRIERTER GESUNDHEITSSEKTOR

Bis zum Jahr 2010 sollten die Menschen in der Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben, unterstützt durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem.

GESUNDHEIT21 EUROPÄISCHES ZIEL 18 – QUALIFIZIERUNG VON FACHKRÄFTEN FÜR GESUNDHEITLICHE AUFGABEN

Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten dafür Sorge tragen, dass sich Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Sektoren die zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit erforderlichen Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen aneignen.

GESUNDHEIT21 EUROPÄISCHES ZIEL 19 – FORSCHUNG UND WISSEN ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2005 sollten in allen Mitgliedstaaten Gesundheitsforschungs-, Informations- und Kommunikationssysteme zur Verfügung stehen, die den Erwerb sowie die effektive Nutzung und Verbreitung von Wissen zur Unterstützung der „Gesundheit für alle" fördern.

(Vom WHO-Regionalkomitee für Europa auf seiner achtundvierzigsten Tagung in Kopenhagen im September 1998 verabschiedet)

SCHLÜSSELWÖRTER

NURSING – trends
FAMILY HEALTH
PROFESSIONAL-FAMILY RELATIONS
EDUCATION, NURSING – trends
CURRICULUM – nurses' instruction
EUROPE

ISBN 92 890 1177 7

© Weltgesundheitsorganisation – 2000

Alle Rechte an diesem Dokument sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, das Dokument unter vollständiger Angabe der Quelle zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen (sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht). Das WHO-Emblem darf nicht ohne Genehmigung des WHO-Regionalbüros benutzt werden. Alle Übersetzungen sollten den Satz: *Der Übersetzer dieses Dokuments ist für die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich* enthalten. Das Regionalbüro bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung. Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind ausschließlich die Autoren verantwortlich.

Redaktionelle Bearbeitung, Übersetzung und Textverarbeitung dieses Dokuments: Gesundheitsdokumentationsdienst WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen

INHALT

Seite

1. Kontext ... 1

1.1 Entwicklung von Humanressourcen für die Gesundheit ... 1

2. Die Familien-Gesundheitsschwester im Kontext von GESUNDHEIT21 ... 1

2.1 Definition der Rolle der Familien-Gesundheitsschwester ... 2
2.2 Die Familien-Gesundheitsschwester – ein neues Konzept? ... 3

3. Ausbildungsgang und Curriculum für die Familien-Gesundheitsschwester ... 4

3.1 Ziel des Ausbildungsgangs und des Curriculums ... 4
3.2 Struktur, Länge und praktische Durchführung der Ausbildung ... 4
3.3 Zulassungsvoraussetzungen ... 4
3.4 Ein Rahmenkonzept für die Familiengesundheitspflege ... 5
3.5 Pflegeszenarios ... 8
3.6 Qualifikationen oder Lernresultate ... 9
3.7 Curriculuminhalt ... 11
3.8 Lehr-/Lern- und Beurteilungsstrategien ... 11
3.9 Supervision der Praxis ... 11
3.10 Die optimale Aufnahmekapazität und das zahlenmäßige Verhältnis von Lehrenden zu Studierenden ... 12
3.11 Qualitätskontrolle und Evaluation ... 12

4. Lehrende und Mentoren ... 12

5. Einbindung der Ausbildung ... 12

6. Qualifikation nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung ... 12

7. Inhaltliche Gestaltung des Ausbildungsgangs – Module 1–7 ... 13

Modul 1 ... 14
Modul 2 ... 16
Modul 3 ... 18
Modul 4 ... 20
Modul 5 ... 22
Modul 6 ... 24
Modul 7 ... 26

Anhang 1: Die Ziele aus GESUNDHEIT21 ... 28
Anhang 2: Pflegeszenarios ... 29
Anhang 3: Curriculum-Planungsgruppe ... 53

1. Kontext

GESUNDHEIT21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO (1) wurde vom WHO-Regionalkomitee für Europa im September 1998 nach gründlicher Beratung mit allen 51 Mitgliedstaaten und anderen wichtigen Organisationen angenommen. Darin werden 21 Ziele für das 21. Jahrhundert festgelegt. In diesen Zielen finden die visionären Vorstellungen der Regionalpolitik ihren Ausdruck. Die Ziele sollen einen Handlungsrahmen für die einzelnen Mitgliedstaaten abgeben, so dass sie ihre eigene Gesundheitspolitik und ihre gesundheitspolitischen Strategien an denen von GESUNDHEIT21 ausrichten können.

1.1 Entwicklung von Humanressourcen für die Gesundheit

In Ziel 18 des Grundsatzdokuments geht es um die Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben. Das Ziel lautet: „Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten dafür Sorge tragen, dass sich Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Sektoren die zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit erforderlichen Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen aneignen." (*1:* 166)

Aus dem multidisziplinären Team von Gesundheitsfachkräften, deren Arbeit wesentlich dazu beiträgt, die in den Grundsatzzielen angestrebten Resultate der Gesundheitsversorgung sicherzustellen, werden zwei Gruppen hervorgehoben, nämlich Ärzte und Pflegende. Besondere Hinweise gelten den Qualifikationen von Ärzten und Pflegenden, die in der primären Gesundheitsversorgung arbeiten, da diese, wie es heißt, „den Angelpunkt des Leistungsnetzes bilden", das zur Umsetzung des Gesamtziels, der Einzelziele und Vorgaben des Konzepts erforderlich ist. Die wichtigsten Elemente in der Funktion des Hausarztes und der Familien-Gesundheitsschwester werden in dem Grundsatzdokument dargelegt, in dem auch unterstrichen wird, dass sie so aus- und fortgebildet werden müssen, dass sie damit das erforderliche Wissen und Können erwerben.

2. Die Familien-Gesundheitsschwester im Kontext von GESUNDHEIT21

In dem vorliegenden Papier geht es schwerpunktmäßig um die Ausbildung eines neuen Typs von Pflegenden, die sogenannte Familien-Gesundheitsschwester. Die Grundlage dafür bildet das Rahmenkonzept GESUNDHEIT21, mit dem das „konstante oberste Ziel" verfolgt wird, „für alle das volle gesundheitliche Potential zu erreichen", und zwar durch die Verwirklichung von zwei Hauptzielen. Bei diesen handelt es sich um: „Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des gesamten Lebens; Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und der damit verbundenen Leiden."

Drei sehr wichtige Grundwerte untermauern das Konzept, sein Gesamtziel und die Teilziele und bilden damit die ethische Grundlage von GESUNDHEIT21. Dabei handelt es sich um:

- „Gesundheit als fundamentales Menschenrecht;
- gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität im Handeln zwischen Ländern, zwischen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder und zwischen Männern und Frauen; sowie
- Partizipation und Verantwortung des Einzelnen wie auch von Gruppen, Gemeinschaften, Institutionen, Organisationen und Sektoren in der gesundheitlichen Entwicklung" (*1:* 4).

2.1 Definition der Rolle der Familien-Gesundheitsschwester

Die Familien-Gesundheitsschwester wird „dem einzelnen Menschen und ganzen Familien helfen, mit Krankheit und chronischer Behinderung fertig zu werden und in Stresssituationen zurechtzukommen, indem sie einen großen Teil ihrer Arbeitszeit im Zuhause der Patienten und mit deren Familien verbringt. Diese Pflegefachkräfte können sinnvolle Ratschläge zu Fragen der Lebensweise und verhaltensbedingten Risikofaktoren erteilen und den Familien in gesundheitlichen Anliegen zur Seite stehen. Sie können die gesundheitlichen Probleme schon im Frühstadium erkennen und damit gewährleisten, dass sie auch frühzeitig behandelt werden. Mit ihrem gesundheitswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Ausbildungshintergrund und ihrer Kenntnis anderer für Sozialfragen zuständiger Stellen können sie die Auswirkungen sozioökonomischer Faktoren auf die Gesundheit einer Familie erkennen und die Familie an die richtige zuständige Stelle überweisen. Durch häusliche Pflege können sie eine frühe Entlassung aus dem Krankenhaus erleichtern, sie können als Verbindungsglied zwischen Familie und Hausarzt dienen und an die Stelle des Arztes treten, wenn eindeutig eher pflegerische Sachkenntnis gefordert ist.“ (*1:* 169–170)

Diese vielseitige Rolle gewährleistet, dass die Familien-Gesundheitsschwester in der Lage ist, wesentlich zur Verwirklichung von 20 der 21 Ziele in GESUNDHEIT21 beizutragen. Die einzige Ausnahme bildet Ziel 17, in dem es ausschließlich um die Rolle der Regierungen geht (siehe Anhang 1).

Die europäische Regionalbeauftragte für Pflege- und Hebammenwesen der WHO betrachtete in einer Ansprache vor dem Europäischen Forum der Pflege- und Hebammenverbände und der WHO die Familien-Gesundheitsschwester als eine Pflegefachkraft, die im gesamten Versorgungsspektrum eingesetzt werden kann, wozu Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Rehabilitation und die Terminalpflege gehören *(2)*. Die Bezeichnung „Familien-Gesundheitsschwester“ deutet darauf hin, dass sich diese Pflegefachkraft schwerpunktmäßig mit den Menschen in ihrem Familienzusammenhang beschäftigt, doch vom allgemeinen Verständnis dieses Konzepts her umfasst diese Rolle weit mehr und schließt die gesamte Bevölkerung ein, gleichgültig ob die Menschen zusammen oder allein leben, ob sie ein Zuhause haben oder obdachlos und/oder in irgendeiner Weise ausgegrenzt sind, und ihre Arbeit umfasst auch die Bevölkerung als solche. Eine wichtige Rolle der Familien-Gesundheitsschwester besteht zudem darin, einzelne Gemeinschaften zum selbstbestimmten Handeln zu befähigen und partnerschaftlich mit ihnen daran zu arbeiten, ihre eigenen Ressourcen und ihr Potential zu fördern und ihre eigenen Lösungen für die ihnen am Herzen liegenden Probleme zu finden.

Nach GESUNDHEIT21 „ist die Familie (der einzelne Haushalt) die Kernzelle der Gesellschaft, in der die Erbringer von Gesundheitsleistungen sich nicht nur mit den somatischen Beschwerden von Patienten, sondern auch mit den psychologischen und sozialen Aspekten der Krankheitsbilder zu befassen haben. Es ist wichtig, dass Leistungserbringer in der primären Gesundheitsversorgung die Lebensumstände ihrer Patienten kennen, dass sie wissen, wie sie wohnen, wie ihre familiären Verhältnisse aussehen, was sie beruflich tun, wie ihr soziales bzw. natürliches Umfeld aussieht. All diese Faktoren können erheblichen Einfluss auf eine Krankheit haben. Sind die Leistungserbringer mit den Lebensumständen ihrer Patienten nicht vertraut, kann es passieren, dass Symptome falsch interpretiert und Krankheiten nicht erkannt werden und deshalb unbehandelt bleiben. Dies kann zu unnötigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen führen, wodurch die Kosten in die Höhe getrieben werden, ohne dass dabei die wirklichen Probleme gelöst werden.“ (*1:* 147)

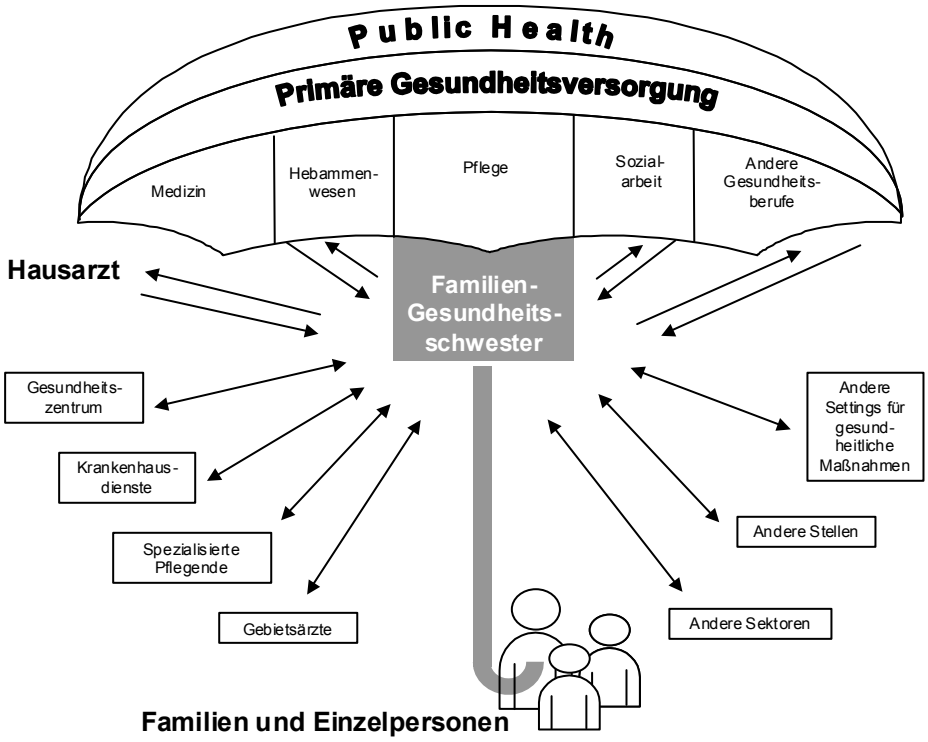
Es wird davon ausgegangen, dass die Familien-Gesundheitsschwester für eine bestimmte Gruppe von „Familien“ zuständig ist.

2.2 Die Familien-Gesundheitsschwester – ein neues Konzept?

Die oben beschriebene Rolle und Funktion der Familien-Gesundheitsschwester enthält Elemente, die bereits Teil der Arbeit unterschiedlicher Gemeindeschwestern sind, die in der Europäischen Region im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung arbeiten. Eine neuere, vom WHO-Programm Pflege- und Hebammenwesen durchgeführte Erhebung ergab, dass in der Region unterschiedliche Modelle für die Gemeindepflege bestehen. Sie unterschieden sich sowohl in Hinblick auf die Rolle wie auch auf die Bezeichnung dieser Pflegefachkraft, und die gleiche Bezeichnung, z. B. „Public-Health-Schwester“, beschrieb in unterschiedlichen Ländern äußerst unterschiedliche Funktionszusammenhänge *(3)*. Neu am Konzept der Familien-Gesundheitsschwester im Rahmen von GESUNDHEIT21 ist die besondere Verbindung der verschiedenen Elemente, der spezielle Schwerpunkt auf der Familie und dem Zuhause als Setting, „in dem Familienmitglieder gemeinsam ihre eigenen Gesundheitsprobleme aufgreifen und ein Konzept für ‚eine gesunde Familie‘ schaffen sollten“ *(4)*.

Position und Rolle der neuen Familien-Gesundheitsschwester lassen sich wie in Abbildung 1 veranschaulichen, nämlich unter dem „Schirm“ von Public Health und primärer Gesundheitsversorgung und im Rahmen des in Ziel 15 von GESUNDHEIT21 beschriebenen umfassenden Gesundheitssektors: „Bis zum Jahr 2010 sollten die Menschen in der Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben, unterstützt durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem.“ (*1:* 144)

Abb. 1: Die Familien-Gesundheitsschwester unter dem „Schirm“ von Public Health und primärer Gesundheitsversorgung



3. Ausbildungsgang und Curriculum für die Familien-Gesundheitsschwester

3.1 Ziel des Ausbildungsgangs und des Curriculums

Das Curriculum soll die Familien-Gesundheitsschwester auf die in GESUNDHEIT21 und oben in Abschnitt 2.1 beschriebene Praxisrolle vorbereiten. Erreicht wird dieses Ziel durch ein Curriculum, das sich auf Kompetenzen und Forschungserkenntnisse gründet.

3.2 Struktur, Länge und praktische Durchführung der Ausbildung

Der Kurs setzt sich aus Modulen zusammen, dauert 40 Wochen und ist vorzugsweise als Vollzeitstudium gedacht. Je nach den in den Mitgliedstaaten vorhandenen Ressourcen sollte man auch über flexiblere Modelle verhandeln, beispielsweise über ein Teilzeitstudium oder die Verlagerung bestimmter Elemente auf Fernstudienmöglichkeiten.

3.3 Zulassungsvoraussetzungen

In GESUNDHEIT21 heißt es, dass die Frage, ob der Hausarzt die erforderlichen Praxiskenntnisse besitzt, um gleich nach Abschluss des Medizinstudiums in diese Funktion eintreten zu können, zur Zeit in mehreren Ländern diskutiert wird, und eine ähnliche Frage ergibt sich in Bezug auf die Familien-Gesundheitsschwester. Würden diese Pflegefachkräfte im Stande sein, direkt nach dem Abschluss ihrer Pflegeausbildung die in GESUNDHEIT21 angestrebte Rolle zu übernehmen? Die Curriculum-Planungsgruppe (Anhang 3) hat sich vorläufig für die unten beschriebene Haltung entschieden.

Die Teilnehmer an diesem Ausbildungsgang werden Pflegende sein, die bereits erfolgreich eine pflegerische Grundausbildung abgeschlossen haben, wie das in der regionalen WHO-Strategie für die Pflege- und Hebammenausbildung mit dem Titel *Pflegende und Hebammen für Gesundheit. Eine WHO-Strategie für die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in Europa (5)* beschrieben ist. Oder sie werden eine ähnliche Ausbildung absolviert haben. Sie sind deshalb qualifiziert für die Arbeit im Krankenhaus oder in der Gemeinde. Sie sollten mindestens zwei Jahre praktische Erfahrung besitzen und ein dreimonatiges Praktikum abgeschlossen haben, bei dem sie einer Familie in deren Zuhause und im Gemeinderahmen zugeordnet werden. Dieser Teil der Ausbildung sollte später unter der Supervision einer qualifizierten Familien-Gesundheits-schwester erfolgen. Da es bisher noch nicht genügend Pflegende mit diesen Qualifikationen gibt, sollte die Aufgabe von einer qualifizierten Gemeindeschwester wahrgenommen werden.

Die Familie muss ihre Einwilligung geben und in den einschlägigen Gesetzen und Bestimmungen müssen die Rechte der Familienmitglieder und der Pflegenden festgelegt werden. Geplant ist, dass die Pflegenden während der gesamten Dauer ihrer Ausbildung zur Familien-Gesundheitsschwester diese professionelle Beziehung zu der Familie aufrechterhalten, damit sie das mit der Ausbildung erworbene theoretische Wissen in der praktischen Lebensrealität der Familie und im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit erproben können.

3.4 Ein Rahmenkonzept für die Familiengesundheitspflege

Ein Rahmenkonzept bietet die Möglichkeit, die wichtigsten Praxis- und Ausbildungskonzepte zu verstehen und zu organisieren, die die Studierenden auf diese Praxis vorbereiten, in diesem Fall auf die Praxis der Familiengesundheitspflege. Ein solcher Rahmen dient als Orientierungshilfe, verhindert Aufsplitterung und macht zugleich die Werte und Ziele der Tätigkeit deutlich.

Zur Beschreibung der Rolle der Familien-Gesundheitsschwester und als Orientierungshilfe für das in diesem Dokument vorgelegte Curriculum stützte sich die Curriculum-Planungsgruppe auf Systemtheorie, Interaktionstheorie und Entwicklungstheorie *(6,7)*. Die Systemtheorie erlaubt eine sinnvolle Darstellung und Analyse der komplexen Zusammenhänge einer Situation – und Gesundheitsversorgung ist in der Tat eine äußerst komplexe Angelegenheit. Die Interaktionstheorie ermöglicht die Beschäftigung mit der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten und Pflegenden und Familie sowie mit den Konzepten von Partnerschaft und Teamarbeit, zwei entscheidenden Begriffen für den Gedanken der primären Gesundheitsversorgung. Die Entwicklungstheorie wiederum ist wichtig, weil sie nicht nur das Verständnis für den einzelnen Menschen, sondern auch für die Entwicklung der Familie fördert, und zwar im Zusammenhang mit den großen Lebenseinschnitten, denen sich alle Menschen gegenübersehen und die sich abhängig von zahlreichen komplexen Faktoren an Intensität und Auswirkungen unterscheiden.

Diese drei Theorien werden in dem in Abbildung 2 und 3 dargestellten Modellkonzept kombiniert und in der Zusammenstellung von Pflegeszenarios (Anhang 2) veranschaulicht.

Abbildung 2 zeigt, dass man die Familien-Gesundheitsschwester und die Familien, mit denen sie arbeitet, als innerhalb eines bestimmten Kontexts oder einer bestimmten Umwelt operierendes System betrachten kann. Viele Elemente dieser Umwelt (Stressoren) beeinflussen diese Systeme positiv wie negativ, stärken oder bedrohen ihre Existenz und Integrität. Gesundheit gilt in diesem Modell als das dynamische Gleichgewicht zwischen diesen Systemen, d. h. der Familie oder dem einzelnen Menschen und der Umwelt. Diese Systeme wandeln sich und entwickeln sich im Laufe der Zeit, sie sind nie statisch. Die Familien-Gesundheitsschwester arbeitet interaktiv, Pflegende und Familie sind bei dieser Arbeit Partner. Ziel der Tätigkeit der Pflegenden ist es, das Gleichgewicht oder ihren Gesundheitszustand zu erhalten und im Laufe der Zeit möglicherweise auch zu verbessern, indem sie der Familie helfen, Stressfaktoren oder gesundheitliche Bedrohungen zu vermeiden bzw. diese zu bewältigen.

Abb. 2: Die Familie und die Familien-Gesundheitsschwester als Systeme in einer Umwelt

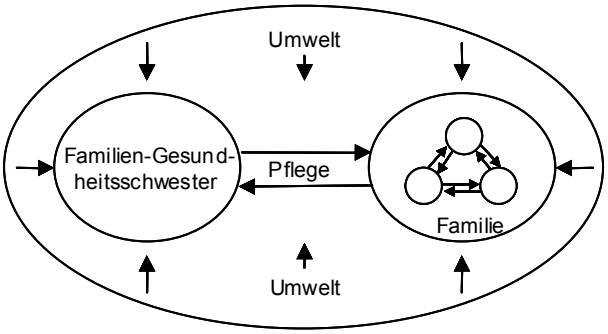
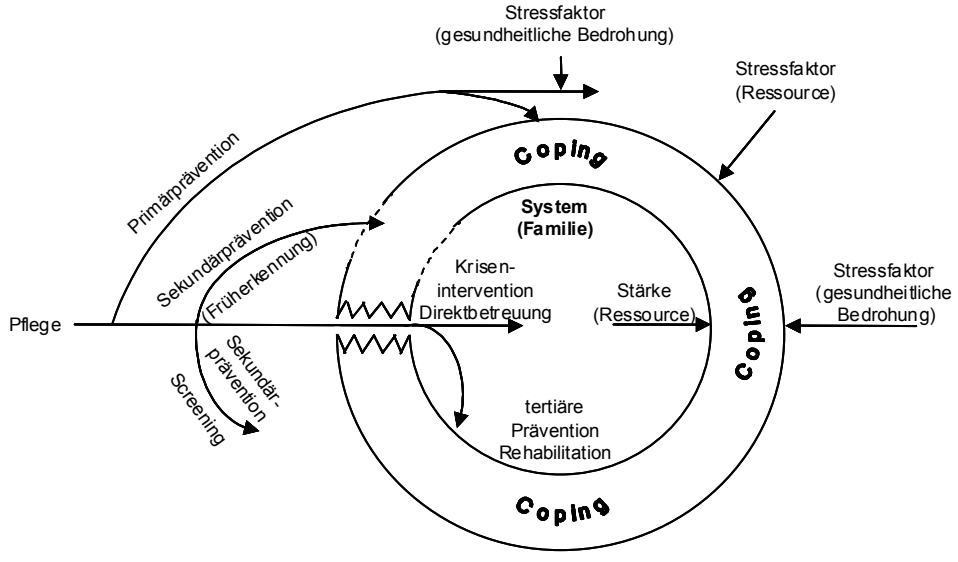


Abbildung 3 zeigt die vier Hauptinterventionsformen, die der Familien-Gesundheitsschwester offen stehen, nämlich primäre, sekundäre und tertiäre Prävention sowie Krisenintervention bzw. direkte Betreuung. Auf der Ebene der Primärprävention wird festgestellt, ob evt. schädliche Stressoren oder gesundheitliche Bedrohungen vorhanden sind, worauf man aktiv daran arbeitet zu verhindern, dass sich diese auf die Familie auswirken. Die Pflegenden können der Familie helfen, ihre „Widerstandsressourcen" *(7)* aufzubauen, und zwar durch Gesundheitserziehung und Unterstützung und indem sie ihr bei der Mobilisierung anderer Ressourcen beistehen und sie können aktiv die Systemintegrität überwachen, indem sie potenziell schädliche Stressoren erkennen. Auf der Ebene der Sekundärprävention können sie sich aktiv an Screening- und Impfprogrammen beteiligen. Da sie die ihnen zugeteilten Familien gründlich kennen, werden sie gesundheitliche Probleme bereits in der Frühphase erkennen, was ihnen eine schnelle Reaktion ermöglicht, so dass der einzelne Mensch und die Familie in ihrem Lebensablauf möglichst wenig gestört werden. Sie können gegebenenfalls auch andere einschlägige Experten zu Rate ziehen, wobei sie, wie in GESUNDHEIT21 und in Abschnitt 2.1 oben beschrieben wurde, sozusagen den Angelpunkt des Handelns darstellen. In der tertiären Prävention arbeiten sie in Rehabilitationszusammenhängen und beteiligen sich daran, die „Widerstandsressourcen" der Familie wieder aufzubauen. Bei der vierten Interventionsform, der direkten Betreuung oder Pflege, handelt es sich um die herkömmliche Rolle der Pflegenden, wenn der Bewältigungsmechanismus der Familie oder des einzelnen Menschen beispielsweise durch Krankheit außer Kraft gesetzt ist. In diesem Fall arbeitet die Familien-Gesundheitsschwester partnerschaftlich mit der Familie oder dem Einzelnen daran, Heilung, Rehabilitation, Schmerzlinderung und/oder Unterstützung zu erreichen.

Abb. 3: Familiengesundheitspflege:
der Familie helfen, Gesundheit zu erhalten und mit gesundheitlichen Bedrohungen fertig zu werden

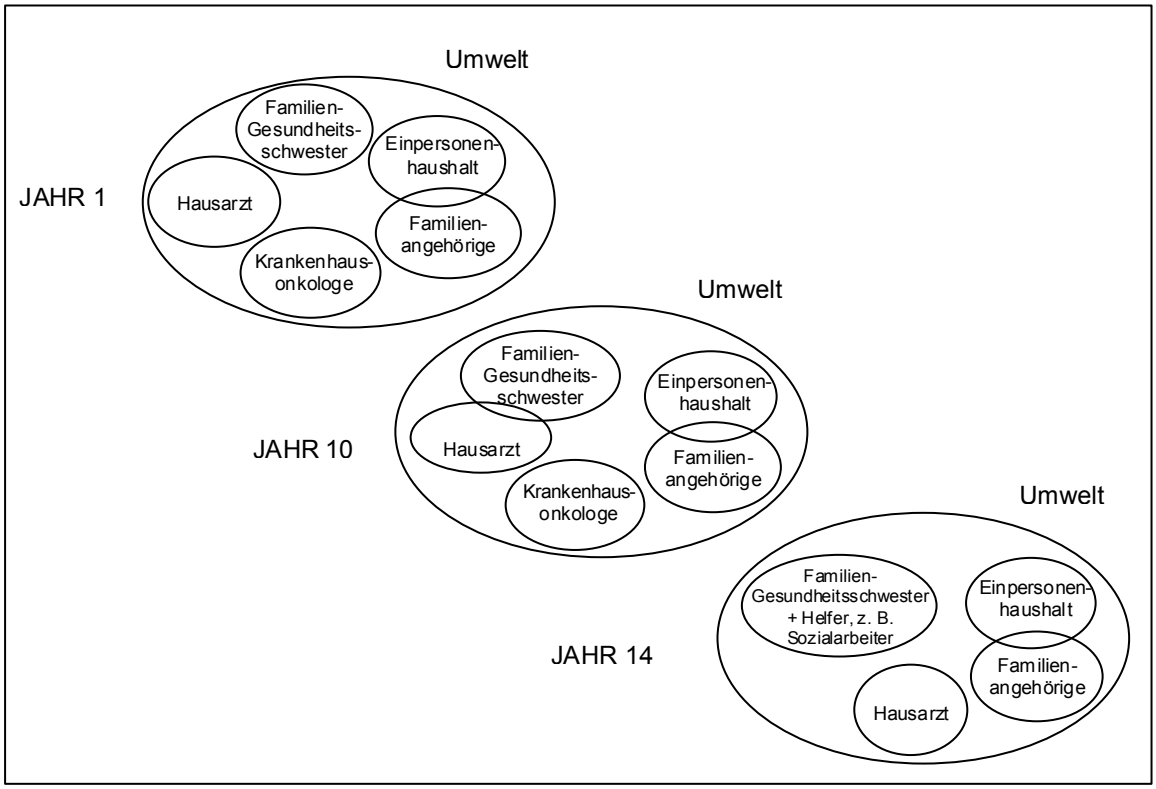


Im nächsten Abschnitt wird der Zusammenhang zwischen diesen theoretischen Konzepten und der konkreten Praxis erläutert.

3.5 Pflegeszenarios

Zum Verständnis des neuen Konzepts der Familien-Gesundheitsschwester und um zu erläutern, wie umfassend und tiefgreifend ihre Rolle ist und wie viel Wissen, Kenntnisse und Einstellungen die Beherrschung dieser Arbeit von ihr verlangt, wurde in Anhang 2 eine Beispielsammlung von Pflegeszenarios zusammengestellt. Den Abschluss dieser Szenarios bildet jeweils ein kurzer Kommentar, und die Darstellungen selbst zeigen, was die typische Arbeit einer Familien-Gesundheitsschwester ausmachen könnte. Die Fälle veranschaulichen wie und in welchem Ausmaß die Familien-Gesundheitsschwester in unterschiedlichen Lebensabschnitten von Familien oder Einzelpersonen einbezogen werden könnte, welche pflegerischen Tätigkeiten von ihr zu erwarten wären und zu welchen unterschiedlichen Zeitpunkten sie in Aktion treten müsste (vgl. Abb. 4 und das Pflegeszenario über die Alleinstehende mit metastasischem Brustkrebs). Die Fälle veranschaulichen auch, wie die Familien-Gesundheitsschwester mit der Bevölkerung ihres Einzugsgebiets zusammenarbeiten und die Verbindung zu zahlreichen Stellen aufrechterhalten müsste (hingewiesen sei auf die Pflegeszenarios zu Prävention und Management von chronischen Krankheiten und zur Unfallprävention bzw. zum Abbau von gesundheitlichen Chancenungleichheiten). Eine Analyse der Pflegeszenarios macht deutlich, in wie breitem Umfang die Familien-Gesundheitsschwester zur Verwirklichung der Ziele von GESUNDHEIT21 beitragen kann. Am Ende der einzelnen Kommentare werden auch die Ziele angegeben, die in den einzelnen Szenarios besonderen Vorrang haben.

Abb. 4: Beispiel dafür, wie unterschiedlich die Familien-Gesundheitsschwester in das Pflegeszenario einer Alleinstehenden mit metastasischem Brustkrebs eingebunden werden kann



Bei den Szenarios handelt es sich ganz einfach um Beispiele aus einer Reihe von Ländern der Europäischen Region der WHO. Die meisten wurden von den Mitgliedern der Curriculum-Planungsgruppe geschrieben, wobei sich diese auf ihre Erfahrungen und auf ihre Erörterungen bei der Ausarbeitung dieses Curriculums stützten. Andere wurden von erfahrenen Kollegen entworfen. Diese Szenarios werden zusammen mit denjenigen, die von den Studierenden auf Grund ihrer Erfahrungen in der Familienpflege aufgestellt wurden, die Grundlage von Lehr- bzw. Lerntätigkeiten im Curriculum für die Familien-Gesundheitsschwester bilden, wobei methodisch das Problemlösungsverhalten geschult wird.

Die in Anhang 2 angeführten Pflegeszenarios veranschaulichen die Rolle der Familien-Gesundheitsschwester in den folgenden Situationen:

- Prävention und Management chronischer Krankheiten;
- Betreuung einer Familie, wo die Mutter Brustkrebs hat;
- Betreuung einer Alleinstehenden mit metastasischem Brustkrebs (vgl. Abb. 4);
- Betreuung einer Familie mit psychischen und alkoholbedingten Gesundheitsproblemen;
- Betreuung einer Familie mit einem Neugeborenen;
- Pflege eines älteren Ehepaars. Beide Partner sind nicht gesund;
- Pflege eines älteren Witwers mit multipler Krankheitspathologie;
- Betreuung einer Familie, wo der Vater ein starker Raucher ist, das Rauchen aber aufgeben möchte;
- Pflege einer Diabetikerin, die allmählich ihre Unabhängigkeit verloren hat und in ein Heim eingewiesen werden muss;
- Betreuung einer Familie, die sich auf die Geburt ihres ersten Kindes vorbereitet;
- Betreuung einer alleinstehenden Schwangeren, die drogenabhängig ist;
- Betreuung einer Teenager-Mutter;
- Betreuung einer Flüchtlingsfamilie, die einer ethnischen Minderheit angehört;
- Unfallverhütung/Abbau von gesundheitlichen Chancenungleichheiten.

3.6 Qualifikationen oder Lernresultate

Die Hauptelemente der Rolle der Familien-Gesundheitsschwester ähneln denen des „Fünfsterne-Arztes“ oder der „Fünfsterne-Pflegenden“, die sich zitiert finden in *Doctors for health. A WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all (8)* und in *Pflegende und Hebammen für Gesundheit. Eine WHO-Strategie für die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in Europa (5)*. Die für diese Rolle wesentlichen Elemente bilden auch die Grund- oder Kernqualifikationen der Pflegenden, die erfolgreich das Curriculum für die Familien-Gesundheitsschwester durchlaufen haben. Von der Familien-Gesundheitsschwester wird also erwartet, dass sie qualifiziert die folgenden Aufgaben wahrnehmen kann:

- Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen
- Entscheidungsträger
- Kommunikator
- Meinungsbildner
- Manager.

Diese Kernqualifikationen lassen sich erreichen durch einen Prozess, der die ihnen zu Grunde liegenden Kompetenzen untermauert, d. h. die Kompetenzen, die es den Familien-Gesundheitsschwestern ermöglichen, wirksam und effizient:

1. den Gesundheitszustand und die gesundheitlichen Bedürfnisse von Einzelpersonen und Familien im Rahmen ihrer Kulturen und Gemeinschaften zu erkennen und zu beurteilen;

2. auf der Grundlage von ethischen Grundsätzen Entscheidungen zu treffen;

3. innerhalb ihres Verantwortungsbereichs die Betreuung der Familien zu planen, anzuregen und zu leisten;

4. die Gesundheit von Einzelnen, Familien und Bevölkerungsgruppen zu fördern;

5. für Einzelne, Familien und Bevölkerungsgruppen ihr Wissen im Hinblick auf die unterschiedlichsten Lehr- und Lernstrategien einzusetzen;

6. verschiedene Kommunikationsmethoden zu nutzen und zu evaluieren;

7. sich an der Krankheitsprävention zu beteiligen;

8. die Pflege zu koordinieren und zu managen, was auch für den Teil der Arbeit gilt, den sie an andere Laien und Fachkräfte übertragen haben;

9. ihre Praxis systematisch zu dokumentieren;

10. klinische, forschungsbasierte und statistische Informationen (Daten) für die Planung der Versorgung und die Prioritätensetzung im Hinblick auf gesundheits- und krankheitsbezogene Tätigkeiten zu schaffen, zu handhaben und zu nutzen;

11. die einzelnen Menschen und Familien zu unterstützen, so dass sie im Stande sind, ihre Gesundheit betreffende Entscheidungen selbstbestimmt zu beeinflussen und sich an diesem Prozess zu beteiligen;

12. Standards festzulegen und die Wirksamkeit von Tätigkeiten im Rahmen der Familiengesundheitspflege zu beurteilen;

13. unabhängig und als Mitglied eines Teams zu arbeiten;

14. sich an der Prioritätensetzung im Hinblick auf gesundheits- und krankheitsbezogene Tätigkeiten zu beteiligen;

15. mit Veränderungen umzugehen und diese aktiv voranzutreiben;

16. zu Kollegen eine gute Arbeitsbeziehung zu pflegen und sich in einer stützenden kollegialen Rolle zu bewähren und

17. sich nachweislich für ein lebenslanges Lernen und eine laufende berufliche Weiterentwicklung zu engagieren.

3.7 Curriculuminhalt

Das Curriculum besteht aus einer Reihe von sieben Modulen, die ausführlich in Abschnitt 7 dargestellt werden. Abgesehen vom Einführungsmodul, das in die Konzepte und die Lehr-/Lern- und Beurteilungsstrategien des Curriculums einführt, enthalten alle anderen Teile ein praxisbezogenes Element. Zwei Module laufen parallel, beispielsweise könnte die Einführung an einem Wochentag erfolgen, darauf könnte das die Entscheidungsfindung schulende Modul ebenfalls an einem bestimmten Wochentag durchgeführt werden, und während dieser Wochen würde zugleich auch das erste Modul über die Erbringung von Pflege laufen. Mit dieser inhaltlichen Strukturierung sollte man sicherstellen können, dass die Studierenden den Praxisbezug nicht verlieren, während sie zugleich von Anfang an dazu angehalten werden sich zu überlegen, wie die theoretischen Konzepte in die Praxiswirklichkeit umzusetzen wären.

3.8 Lehr-/Lern- und Beurteilungsstrategien

Diese Strategien regen das Lernen auf allen sechs Ebenen der von Bloom *(9)* beschriebenen kognitiven Fertigkeiten an. Die Lehr-/Lern- und Beurteilungsstrategien des Lehrgangs sollten den Prinzipien der Erwachsenenpädagogik entsprechen, die sich darauf gründen, dass Lehrende und Studierende ihre bereits vorhandenen Kompetenzen – das relevante Wissen, die Kenntnisse und Einstellungen – in die Ausbildung mitbringen und dort zu einem wechselseitig erzieherischen Prozess beitragen. Die von den Pflege-Lehrkräften (die ihre Funktion sowohl im Hochschulrahmen wie in der Praxis haben) und von Mentoren (in der Praxis) geförderte aktive studentische Beteiligung wird die Norm sein. Ein Großteil der Lehre wird sich schwerpunktmäßig auf Pflegeszenarios gründen und an die Aufgabenstellung problemorientiert herangehen, zugleich aber auch zahlreiche andere Methoden einbeziehen. Insgesamt liegt das Schwergewicht auf interaktiven Konzepten, beispielsweise von Studierenden geleiteten Seminaren und der Teamarbeit sowie auf der praktischen Demonstration, z. B. durch die Einschätzung der physischen Gesundheit, den Einsatz von technischen Geräten und die Schulung von wirksamer verbaler und nicht-verbaler Kommunikation. Zur Förderung eines solchen Vorgehens sollte man die in dem betreffenden Mitgliedstaat an den Hochschulen verfügbare neueste Technik einsetzen, z. B. interaktive Videos. Selbstverständlich hat auch die Didaktik weiterhin ihren Platz, wird aber relativ gesehen einen kleineren Teil des Curriculums prägen. Die Beurteilungsmethoden sollten das erwachsenpädagogische Konzept stützen, sich auf Forschungserkenntnisse gründen und könnten beispielsweise Projektarbeit, Literatursuche, Fallstudiendarstellungen, Gesundheitseinschätzung, die Erstellung von Bevölkerungsprofilen und unabhängiges Lernen durch Werkverträge umfassen.

Der Erfolg dieser Lehr-/Lern- und Beurteilungsstrategien hängt wesentlich davon ab, ob entsprechend qualifizierte und vorbereitete Lehrkräfte für die Pflege zur Verfügung stehen und auch eingesetzt werden, die sich zugleich den Konzepten der Erwachsenenpädagogik verpflichtet fühlen müssen. Diese interaktiven und problemlösungsorientierten erwachsenenpädagogischen Konzepte müssen durch ausreichende Räumlichkeiten, Bibliotheken und andere technische Ressourcen unterstützt werden, was man bei der Planung bedenken sollte.

3.9 Supervision der Praxis

Letztlich sollen die Praxiselemente der Ausbildung zur Familien-Gesundheitsschwester von qualifizierten Familien-Gesundheitsschwestern übernommen werden, was allerdings in den ersten Jahren der Ausbildung nicht möglich sein wird. Damit man erst einmal genügend gut

ausgebildete Familien-Gesundheitsschwestern erhält, müssen die Mitgliedstaaten Lehrgänge für Familiengesundheitspflege einrichten und ausgewählte praktizierende Gemeindeschwestern und für diesen Bereich qualifizierte Lehrkräfte zur Teilnahme an diesen Lehrgängen abstellen. Zwischenzeitlich sollten deshalb für die Pflege qualifizierte Lehrkräfte und Gemeindeschwestern, die sich mit dem Konzept der Familiengesundheitspflege vertraut gemacht haben, als Lehrende und Supervisoren fungieren.

3.10 Die optimale Aufnahmekapazität und das zahlenmäßige Verhältnis von Lehrenden zu Studierenden

Da im gesamten Ausbildungsgang mit interaktiven erwachsenenpädagogischen Lehr-/Lern- und Beurteilungsstrategien gearbeitet wird, wozu auch die klinische Supervision gehört, sollten wahrscheinlich nicht mehr als 30 Studierende in den Lehrgang aufgenommen werden, und von der gleichen Überlegung her wäre das ideale Zahlenverhältnis zwischen Lehrenden und Studierenden 1:10, d. h. auf zehn Studierende würde eine Lehrkraft entfallen.

3.11 Qualitätskontrolle und Evaluation

Für die Evaluation der Qualität und des Standards der Ausbildung muss unbedingt eine externe Überprüfung erfolgen, mit der festzustellen ist, ob sie dem Curriculumplan und den Lehr-/Lernstrategien entspricht, wie die Beurteilung der Studierenden erfolgt und ob die theoretischen und praktischen Resultate der Ausbildung den Erwartungen entsprechen. Die Curriculumevaluation sollte von Lehrenden, Studierenden und auch von Praktikern, d. h. Pflegemanagern und letzten Endes praktizierenden Familien-Gesundheitsschwestern, vorgenommen werden.

4. Lehrende und Mentoren

Die für dieses Curriculum wesentlichen Lehr-/Lern- und Beurteilungsstrategien stellen Lehrende, Mentoren und Studierende gleichermaßen vor hohe Anforderungen. Wichtig ist es deshalb, dass nur qualifizierte Lehrende und Mentoren eingesetzt werden, wenn die Ausbildung erfolgreich sein soll (vgl. auch Abschnitt 3.8 oben). In den Anfangsjahren wird es besonders wichtig sein, dass man Strukturen schafft, die eine Unterstützung durch die Peergruppe und eine enge Zusammenarbeit zwischen Lehrenden und Mentoren sicherstellen, da es weder für die theoretische Lehre noch für die Praxis Rollenmodelle geben wird.

5. Einbindung der Ausbildung

Die theoretischen Elemente der Ausbildung sollten in einer Hochschule oder einer entsprechenden Fachhochschule vermittelt werden. Die Praxiselemente werden dagegen im Zuhause einzelner Familien und in anderen nicht-institutionellen Gemeinde-Settings angesiedelt.

6. Qualifikation nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung

Nachdem die Pflegenden das Curriculum erfolgreich abgeschlossen haben, erhalten sie die Gebietsqualifikation und den postgradualen akademischen Titel „Familien-Gesundheitsschwester“.

7. Inhaltliche Gestaltung des Ausbildungsgangs – Module 1–7

Auf den folgenden Seiten werden die Module beschrieben, aus denen sich das Curriculum zusammensetzt. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass verschiedene Konzepte und Themenbereiche, die in einem bestimmten Modul eingeführt werden, später in einem anderen wieder aufgegriffen und weiter ausgebaut werden. Die Studierenden gewinnen an Wissen und Erfahrung und werden deshalb im Stande sein, sich mit diesen Konzepten und Themenbereichen unter verschiedenen Aspekten zu befassen und auf bereits geleisteter Arbeit aufzubauen. Als zwei Beispiele seien nur angeführt, dass die Konzepte der „Familiengesundheitspflege“ an sich sowie der „Teamarbeit“ theoretisch und im Hinblick auf die Praxiselemente im Laufe des Curriculums von den Studierenden weiterentwickelt und erweitert werden.

WHO-Regionalbüro für Europa
Curriculum für den Ausbildungsgang Familien-Gesundheitsschwester

Modul 1

Titel: Lehrgang Familien-Gesundheitsschwester
Einführungsmodul
Konzepte, Praxis und Theorie

Dauer: 2 Wochen

Zusammenfassung des Modulinhalts

In diesem Modul werden die Studierenden in die wichtigsten Konzepte eingeführt, die der Gestaltung des Curriculums und des Lehrgangs insgesamt zu Grunde liegen. Damit werden die Studierenden angehalten, auf ihrem bereits vorhandenen Wissen, ihrem Können und ihrer Erfahrung aufzubauen, die verschiedenen Elemente miteinander zu verbinden und zu erweitern und dabei das neue Wissen und die neuen Erfahrungen, die sie erwerben, auszunutzen. Die enge Verzahnung zwischen der pflegerischen Praxis und dem theoretischen und forschungsbezogenen Wissen im Pflegebereich werden anhand der Arbeitserfahrungen, die die Studierenden vor dem Lehrgang in der Zusammenarbeit mit einer Familie gewonnen haben, ausgelotet.

Die Lehr-/Lernstrategien ermutigen die Pflegenden dazu, ihre Kommilitonen kennen zu lernen und ihr berufliches Wissen und die entsprechenden Erfahrungen auszutauschen. Erörtert wird der Sinn einer Diskussion über die Relevanz des theoretischen Inhalts für die pflegerische Praxis.

Dieses Modul findet im Hochschulrahmen statt.

Lehrplan

Die Familien-Gesundheitsschwester
Pflegeszenarios
Das Konzept der Lebensspanne, was auch die kritischen Lebensereignisse einschließt
Das kompetenz- und forschungsbasierte Curriculum
Das Kompetenzkonzept
Andragogie – sachgerechte Lehr- und Lernstrategien für Studierende und für erwachsene Klienten
Lernhilfen
Übertragbare Fertigkeiten
Problemlösung
Teamarbeit
Diskussion als Form der konstruktiven Herausforderung

Analytisches und kritisches Denken und der Zusammenhang mit der Praxis der Familien-gesundheitspflege
Berufliche Fortbildung/lebenslanges Lernen

Literaturvorschläge

WHO-Veröffentlichungen
Nationale und internationale Literatur zur Lehrplanthematik

Lehr-/Lernstrategien

Vorlesung (Schlüsselkonzepte)
Fallstudien
Brainstorming
Seminare
Teamarbeit (in Gruppen)
Debatte und Diskussion
Rollenspiel

Beurteilungsmethoden

Termin: zwei Wochen nach Abschluss des Moduls

Beurteilungsgrundlage:

Lehrgangsarbeit: (50% des Gesamtinhalts) Benotung ..... %

Die Studierenden wählen zwei Konzepte aus dem Lehrplan aus und schreiben einen kurzen Essay (max. 600 Worte), in dem sie erörtern, welche Relevanz die von ihnen gewählten Konzepte zu diesem frühen Zeitpunkt des Lehrgangs für ihr persönliches Verständnis der an eine qualifizierte Familien-Gesundheitsschwester gestellten Erwartungen haben.

Modulabschlussprüfung: (50% des Gesamtinhalts) Benotung ..... %

Gesamtbeurteilung: Gesamtbenotung (von 100%) ..... %

WHO-Regionalbüro für Europa
Curriculum für den Ausbildungsgang Familien-Gesundheitsschwester

Modul 2

Titel: Erbringung von Pflege 1: Arbeit mit Familien

Dauer: 10 Wochen

Zusammenfassung des Modulinhalts

In diesem Modul erhalten die Pflegenden Gelegenheit, sich verschiedene Konzepte zu erarbeiten, die Einfluss auf die Praxis der Familienpflege haben. Den Schwerpunkt bilden Sachfragen im Hinblick auf den Stellenwert der Familiengesundheitspflege sowie pflegerische Interventionen für Betreuungsleistungen von förderndem, präventivem, kurativem, rehabilitativem, palliativem und unterstützendem Charakter. Die Pflegenden entwickeln die Prinzipien und Methoden für die Planung, Anregung und Auswertung der Familienbetreuung im Rahmen eines ressourcenbewussten und dynamischen Umfelds der Gemeindegesundheitspflege. Die Lernstrategien des reflektierenden Dialogs und des selbstgesteuerten Lernens bieten Möglichkeiten, sich gründlich mit der Praxis der Familienpflege und mit Interventionen in einem gestützten Umfeld zu befassen.

40% dieses Moduls haben eine Praxisgrundlage.

Lehrplan

Die Familie – Definitionen, Beziehungen, Dynamik, Rollen
Das Konzept der Familie als Klient
Das Konzept der Familie als Kontext – Einfluss der Familie auf Gesundheit und den Umgang mit Gesundheit durch den Einzelnen
Familientheorien
Rahmenkonzept für die Familiengesundheitspflege – das Konzept von Gesundheit als Gleichgewicht und von Pflege als der Befähigung des Menschen zur Bewältigung von Lebenssituationen
Die Familien-Gesundheitsschwester – Rolle, Aufgaben, Funktionen, berufliche, rechtliche und ethische Perspektiven
Das Zuhause als Verortung der Pflege
Familiengesundheitspflege, die mit dem Konzept der Lebensspanne arbeitet
Entwicklung des Kindes, des Erwachsenen und der älteren Person – das Konzept der Lebensspanne
Familienbeurteilung
Die „disfunktionale“ Familie
Familientherapie
Beratungsansätze und -praxis
Rahmenkonzepte der Familienpflege

Gesundheitsbeurteilung – Arten, Instrumente
Konzepte von Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung
Die Anwendung von Interventionen in der primären, sekundären und tertiären Prävention
Risikoabschätzung
Gesundheitsüberwachung
Infektionsbekämpfung
Management von Notfällen
Therapeutische Interventionen bei Lebenskrisen
Gesteuerte Programme der kurativen und rehabilitativen Pflege von Patienten mit akuten und chronischen Krankheiten
Die palliative Betreuung in der Familienpflege
Substanzenmissbrauch
Lernunfähigkeit
Psychische Gesundheit
Unterstützung von Familien
Abwägung bzw. Einstufung der Bedürfnisse des Einzelnen gegenüber derjenigen von Familie und Gemeinschaft
Befähigung von Familien zum selbstbestimmten Handeln
Die Rechte der Familie
Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Familien
Überzeugungsarbeit
Evaluation – Strategien, Resultate

Literaturvorschläge

WHO-Veröffentlichungen
Nationale und internationale Literatur zur Lehrplanthematik

Lehr-/Lernstrategien

Vorlesung (Schlüsselkonzepte)
Interviews
Demonstrationen
Fallstudien
Brainstorming
Diskussion
Rollenspiel
Praxisbesuch

Beurteilungsmethoden

Termin: .....

Beurteilungsgrundlage:

Lehrgangsarbeit: (30% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %
Praktische Beurteilung: (40% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %
Modulabschlussprüfung: (30% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %

Gesamtbeurteilung: Gesamtbenotung (von 100%) ..... %

WHO-Regionalbüro für Europa

Curriculum für den Ausbildungsgang Familien-Gesundheitsschwester

Modul 3

Titel: Entscheidungsfindung

Dauer: 4 Wochen

Zusammenfassung des Modulinhalts

Dieses Modul ermöglicht es den Pflegenden, als Vorbereitung auf ihre künftige Rolle im Rahmen der Familienpflege ihr Wissen in Bezug auf Prozesse und Typologie der Entscheidungsfindung und ihre entsprechenden Kenntnisse zu erweitern.

Die Lernstrategien halten die Pflegenden dazu an, sich auf ihre eigenen persönlichen und klinischen Erfahrungen zu stützen und ihr reflexives Denken weiterzuentwickeln.

10% dieses Moduls haben eine Praxisgrundlage.

Lehrplan

Entscheidungsfindung – Theorien, Prozesse, Fertigkeiten
Diagnosebegründung, therapeutisch, klinisch
Konzepte von rechenschaftspflichtiger Verantwortung und Autonomie der Entscheidungsfindung
Kritisches Denken in der Praxis
Strategische Entscheidungsfindung
Verhandlungsfertigkeiten
Einstufung der pflegerischen Aufgaben
Rationierung von Pflege
Rechtliche Aspekte
Verantwortung, Autonomie, Ethik
Entscheidungsfindung im häuslichen Rahmen

Literaturvorschläge

WHO-Veröffentlichungen
Nationale und internationale Literatur zur Lehrplanthematik

Lehr-/Lernstrategien

Vorlesung (Schlüsselkonzepte)
Demonstration (audiovisuelle Methoden)

Fallstudie
Teamarbeit (in Gruppen)
Diskussion
Rollenspiel
Praxisbesuch

Beurteilungsmethoden

Termin: .....

Beurteilungsgrundlage:

Lehrgangsarbeit: (30% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %
Praktische Beurteilung: (40% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %
Modulabschlussprüfung: (30% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %

Gesamtbeurteilung: Gesamtbenotung (von 100%) ..... %

WHO-Regionalbüro für Europa

Curriculum für den Ausbildungsgang Familien-Gesundheitsschwester

Modul 4

Titel: Informationsmanagement und Forschung

Dauer: 6 Wochen

Zusammenfassung des Modulinhalts

Dieses Modul soll den Pflegenden helfen, ihr Wissen und Können im Hinblick auf angewandte Aspekte des Informationsmanagements und der Forschung weiterzuentwickeln. Es soll ihr Verständnis der Konzepte von Informationsmanagement, Forschung, Lernen, Motivation, Kommunikation und Lehrmethoden vertiefen. Das Forschungselement hat seinen besonderen Schwerpunkt auf Studien und Forschungsresultaten, die das Wissen im Bereich der Familiengesundheitspflege erweitern.

Die Lernstrategien vereinen die herkömmlichen didaktischen Methoden mit dem erfahrenden Lernen, um die Entwicklung von Interaktionsfähigkeiten und den Umgang mit Forschungsergebnissen zu erleichtern.

10% dieses Moduls haben eine Praxisgrundlage.

Lehrplan

Quellen bzw. Arten von Information, Wissen, Forschungsresultaten
Kritisches Denken, kritische Beurteilung und Hinterfragung der Praxis
Der Forschungsprozess, Forschungspläne und -methoden
Grundlagen der Statistik – Interpretation von demographischen und statistischen Daten, Zusammenfassung von Daten und Schlussfolgerungen
Ermittlung und Messung von Resultaten
Informationsmanagement und Informationstechnologie
Dokumentation – Struktur und Standardisierung
Nationale und örtliche Informationssysteme
Berichterstellung
Kern- bzw. Minimaldatensätze
Ethische Fragen, Vertraulichkeit und Sicherheit
Lern- und Motivationstheorien und -prinzipien
Lehrmethoden und ihre Anwendung auf die Familiengesundheitspflege
Festsetzung von Zielen
Ausarbeitung und Evaluation von Lehrmethoden

Literaturvorschläge

WHO-Veröffentlichungen
Nationale und internationale Literatur zur Lehrplanthematik

Lehr-/Lernstrategien

Vorlesung (Schlüsselkonzepte)
Diskussion
Tutorenkurse
von den Studierenden geleitete Seminare
Rollenspiel
Fallstudie
Workshop
Praxisbesuch

Beurteilungsmethoden

Termin: .....

Beurteilungsgrundlage:

Lehrgangsarbeit: (30% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %
Praktische Beurteilung: (40% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %
Modulabschlussprüfung: (30% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %

Gesamtbeurteilung: Gesamtbenotung (von 100%) ..... %

WHO-Regionalbüro für Europa

Curriculum für den Ausbildungsgang Familien-Gesundheitsschwester

Modul 5

Titel: Erbringung von Pflege 2
(Die Familien-Gesundheitsschwester – Arbeit mit Bevölkerungsgruppen)

Dauer: 10 Wochen

Zusammenfassung des Modulinhalts

In diesem Modul geht es um Aspekte der „Gemeinschaft“ im Hinblick auf die Rolle der Familien-Gesundheitsschwester. Im Rahmen dieses Modells sollen die Pflegestudierenden anhand der sozialen Determinanten von Gesundheit ihr Wissen und ihr Verständnis für die Ermittlung und Erfüllung der Bedürfnisse der Gemeinschaft, in der sie arbeiten, vertiefen.

Die Lernstrategien dieses Moduls halten die Pflegenden an, Konzepte und statistische Daten zum Verständnis der Gemeinschaft miteinander zu verbinden und einzusetzen.

40% dieses Moduls haben eine Praxisgrundlage.

Lehrplan

Das Konzept der Gemeinschaft als Klient
Konzepte und Vorgehensweisen im Bereich Public Health
Determinanten der Bevölkerungsgesundheit
Gesundheit und soziales Wohlergehen
Systeme der Gesundheitsversorgung (nationale und örtliche Konzepte)
Systeme der primären, sekundären und tertiären Gesundheitsversorgung
Gemeinschaft und öffentliche Gesundheit
Der Familiengesundheitsdienst
Definitionen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung
Verteilungsungerechtigkeiten und Gesundheit
Epidemiologie
Übertragbare Krankheiten
Pharmakologie – Arzneimittel, Lagerung, Verwaltung, Impfprogramme, Protokolle, Behandlung von Anaphylaxien, rechtliche und berufliche Fragen
Definition von Gemeinschaften
Benachteiligte Gruppen
Diskriminierung
Kultur, Rasse und Religion

Ausbildung und Beschäftigung
Armut
Das Konzept und die Definition von Bedürfnis
Gemeindebeurteilung (einschließlich Profilerstellung)
Gemeindebasierte Interventionen, z. B. Gemeindeentwicklung
Zugriff auf Statistiken (national und örtlich)
Arbeit mit Gemeinschaften
Befähigung von Gemeinschaften zum selbstbestimmten Handeln
Die Rolle der Familien-Gesundheitsschwester im Zusammenwirken mit Gemeinschaften

Literaturvorschläge

WHO-Veröffentlichungen
Nationale und internationale Literatur zur Lehrplanthematik

Lehr-/Lernstrategien

Vorlesung (Schlüsselkonzepte)
Interviews
Demonstrationen
Fallstudien
Brainstorming
Diskussion
Praxisbesuch

Beurteilungsmethoden

Termin: .....

Beurteilungsgrundlage:

Lehrgangsarbeit: (30% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %
Praktische Beurteilung: (40% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %
Modulabschlussprüfung: (30% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %

Gesamtbeurteilung: Gesamtbenotung (von 100%) ..... %

WHO-Regionalbüro für Europa

Curriculum für den Ausbildungsgang Familien-Gesundheitsschwester

Modul 6

Titel: Ressourcenmanagement

Dauer: 4 Wochen

Zusammenfassung des Modulinhalts

In diesem Modul geht es um Managementaspekte, die einen Einfluss auf die geleistete Pflege haben, und um die Rolle der Familien-Gesundheitsschwester in der Praxis.

Die Lehr-/Lernstrategien ermöglichen es den Studierenden, sich gründlicher mit Managementkonzepten in ihrem Bereich der spezialisierten Familiengesundheitspflege zu befassen und gewonnenes Wissen anzuwenden.

10% dieses Moduls haben eine Praxisgrundlage.

Lehrplan

Management – Theorien und Prozesse
Management von Humanressourcen
Budgetkontrolle
Zeitmanagement
Die Familie als Ressource
Gesetzliche, freiwillige und private Stellen
Organisation und Management von Diensten für die Familiengesundheitspflege
Die Koordinationsfunktion der Familien-Gesundheitsschwester
Pflegemanagement
Qualitätssicherungssystem

Literaturvorschläge

WHO-Veröffentlichungen
Nationale und internationale Literatur zur Lehrplanthematik

Lehr-/Lernstrategien

Vorlesung (Schlüsselkonzepte)
Fallstudie
Teamarbeit
Diskussion
Rollenspiel

Beurteilungsmethoden

Termin: .....

Beurteilungsgrundlage:

Lehrgangsarbeit: (30% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %
Praktische Beurteilung: (40% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %
Modulabschlussprüfung: (30% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %

Gesamtbeurteilung: Gesamtbenotung (von 100%) ..... %

WHO-Regionalbüro für Europa

Curriculum für den Ausbildungsgang Familien-Gesundheitsschwester

Modul 7

Titel: Führung und multidisziplinäres Arbeiten

Dauer: 4 Wochen

Zusammenfassung des Modulinhalts

Im Rahmen dieses Moduls beschäftigen sich die Studierenden mit Führungsaspekten. Sie lernen es, die Bedeutung der Teamarbeit zu erkennen und den komplexen Charakter des organisatorischen Wandels zu würdigen.

Die Lernstrategien bieten die Möglichkeit für eine Arbeit in Teams. Das setzt Achtung, Vertrauen, Zusammenarbeit und die Fähigkeit zur Delegierung von Aufgaben voraus. Die Entwicklung dieser Fertigkeiten ist wesentlich, um es den Pflegestudierenden zu ermöglichen, die Interaktionsmöglichkeiten im Team auszunutzen und dieses Wissen auf die Praxis der Familiengesundheitspflege zu übertragen.

10% dieses Moduls haben eine Praxisgrundlage.

Lehrplan

Führung – Theorien, Typologie, Prozesse und Fertigkeiten
Management des Wandels
Grundsätze der Teamarbeit, Rollen, Aufgaben, Funktionen
Teamdynamik
Delegation von Arbeitsaufgaben
Klinische Supervision und Monitoring
Rechtliche/berufliche Fragen
Die Familien-Gesundheitsschwester als Akteur des Wandels
Die Familie als Teammitglied
Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Literaturvorschläge

WHO-Veröffentlichungen
Nationale und internationale Literatur zur Lehrplanthematik

Lehr-/Lernstrategien

Vorlesung (Schlüsselkonzepte)
Teamarbeit
Diskussion
Fallstudie
Rollenspiel
Praxisbesuch

Beurteilungsmethoden

Termin: .....

Beurteilungsgrundlage:

Lehrgangsarbeit: (30% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %
Praktische Beurteilung: (40% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %
Modulabschlussprüfung: (30% des Gesamtinhalts)	Benotung	..... %

Gesamtbeurteilung: Gesamtbenotung (von 100%) ..... %

Literaturhinweise

1. *GESUNDHEIT21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle", Nr. 6).
2. Fawcett-Henesey, A. *The family health nurse – a new nurse on the horizon*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (unveröffentlichtes Dokument DLVR020106/6).
3. Whyte, L.A. & Alexander, M.F. *Community nursing: transition curriculum. A foundation course to prepare experienced hospital nurses to work in the community*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (unveröffentlichtes Dokument DLVR020402).
4. Asvall, J. The Alma-Ata Declaration – 20 years of impact on the European Region of WHO. *In: WHO Primary health care 21: "Everybody's business"*. Genf, Weltgesundheitsorganisation (im Druck).
5. *Pflegende und Hebammen für Gesundheit – Eine WHO-Strategie für die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in Europa.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2000 (unveröffentlichtes Dokument EUR/00/5019309/15 für die Zweite WHO-Ministerkonferenz Pflege- und Hebammenwesen in Europa, München, Deutschland, Juni 2000).
6. Clark, J. A model for health visiting. *In:* Kershaw, B. & Salvage, J.J. *Models for nursing*. London, Wiley and Sons, 1986.
7. Antonovsky, A. *Stress, health and coping*. New York, Jossey Bass, 1999.
8. *Doctors for health. A WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all.* Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1996 (unveröffentlichtes Dokument WHO/HRH/96.1).
9. Bloom, B. *Taxonomy of educational objectives, handbook 1*. New York, David McKay Co., 1996.

Anhang 1

DIE ZIELE VON GESUNDHEIT21

Ziel 1 – Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region

Ziel 2 – Gesundheitliche Chancengleichheit

Ziel 3 – Ein gesunder Lebensanfang

Ziel 4 – Gesundheit junger Menschen

Ziel 5 – Altern in Gesundheit

Ziel 6 – Verbesserung der psychischen Gesundheit

Ziel 7 – Verringerung übertragbarer Krankheiten

Ziel 8 – Verringerung nichtübertragbarer Krankheiten

Ziel 9 – Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen

Ziel 10 – Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt

Ziel 11 – Gesünder leben

Ziel 12 – Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden

Ziel 13 – Settings zur Förderung der Gesundheit

Ziel 14 – Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit

Ziel 15 – Ein integrierter Gesundheitssektor

Ziel 16 – Qualitätsbewusstes Management der Versorgung

Ziel 17 – Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung

Ziel 18 – Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben

Ziel 19 – Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit

Ziel 20 – Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

Ziel 21 – Konzepte und Strategien zur „Gesundheit für alle“

Anhang 2

PFLEGESZENARIOS[1]

[1] Die Bezeichnungen Familien-Gesundheitsschwester und Hausarzt beziehen sich in den Szenarios selbstverständlich auf beide Geschlechter.

Prävention und Management chronischer Krankheiten

Anfangsphase
Bei ihrer wöchentlichen Besprechung erörtern die Familien-Gesundheitsschwester und der Hausarzt einen neueren klinischen Versuchsbericht, in dem für Patienten mit Diabetes des Typs 2 (nicht insulinabhängig) auf das Risiko von Herz- und Nierenkrankheiten hingewiesen wird.

Erster Monat
Die Familien-Gesundheitsschwester sichtet die medizinischen und pflegerischen Unterlagen der Familien und findet anhand dieser Datenbank die Diabetiker. Sie überprüft ebenfalls klinische Praxisleitlinien, um wirksame Interventionen im Rahmen der Betreuung von Diabetikern des Typs 2 zu finden.

Zweiter Monat
Gemeinsam mit dem Hausarzt plant sie eine Betreuungsstrategie mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Diabetes-Management.

Dritter Monat
Mit ihrer Gemeinde plant sie eine Gesundheitsförderungsausstellung über Diabetes und holt sich vom Gesundheitsamt Plakate und Faltblattmaterial. Die Ausstellung wird in Familienbetreuungszentren, Gemeindezentren und Kirchen gezeigt.

Sechster Monat
Die Familien-Gesundheitsschwester macht Hausbesuche bei Familien mit Diabetikern und untersucht Verwandte der Diabetespatienten auf die Krankheit hin, nimmt Urinproben und misst den Blutdruck. Bei diesen Hausbesuchen zeigt sie den Patienten, wie sie ihren Blutzucker besser messen können, berät sie zu Ernährungs- und Lebensstilfragen sowie hinsichtlich der Komplikationen dieser Krankheit. Bei nachfolgenden Hausbesuchen erörtert sie den Medikamentenplan der Patienten, stellt fest, ob er mit der vorgeschriebenen Behandlung übereinstimmt, und überprüft Blutdruck, Blutzucker und Nierenfunktion. Sie bespricht die Ergebnisse dieser Hausbesuche mit dem Hausarzt, der einige Änderungen in der Arzneimittelverordnung vornimmt, um eine wirksamere Kontrolle des Diabetes zu fördern.

Zwölfter Monat
Eine von der Familien-Gesundheitsschwester zwölf Monate nach der Anfangsphase vorgenommene Strategieauswertung zeigt, dass 70% der Patienten mit Diabetes im Stande sind, ihren Blutzuckerspiegel im akzeptablen Bereich zu halten. Darüber hinaus wurden bei 20% der Patienten Frühsymptome von Herz- und Nierenkrankheiten festgestellt. Die Gesundheitsförderungsstrategie hat in der Gemeinde mehrere Leute dazu angeregt, sich mit gesundheitlichen Sorgen an die Familien-Gesundheitsschwester zu wenden. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde durch die Routineuntersuchung von 65jährigen und Älteren bei vier Patienten die Diagnose auf Diabetes vom Typ 2 gestellt.

Laufend
Den Unterlagen des Hausarztes entnimmt die Familien-Gesundheitsschwester die Namen aller über 65jährigen und lädt sie ins Familiebetreuungszentrum ein, um dort im Rahmen einer Reihenuntersuchung auf Diabetes vom Typ 2 eine Urinprobe zu untersuchen und den Blutdruck zu messen.

Kommentar

Dieses Szenario der Arbeit einer Familien-Gesundheitsschwester zeigt die Vielgestaltigkeit ihrer Rolle, zu der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Management chronischer Krankheiten gehören. Sie muss die Krankheiten kennen, wissen, wie man damit umgeht und ihre möglichen Komplikationen kennen und für die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention geeignete Interventionen auswählen und evaluieren können. Darüber hinaus ermöglicht es die eingehende Kenntnis ihrer Gemeinde der Familien-Gesundheitsschwester, Bevölkerungsgruppen am Ort in die

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention einzubeziehen. In der Gemeinde gilt sie als jemand, an den man sich jederzeit wenden kann, und sie vertritt eine Politik der offenen Tür für alle, die sich Sorgen um ihre Gesundheit machen.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang hat Ziel 8 (siehe Anhang 1).

Betreuung einer Familie, wo die Mutter Brustkrebs hat

Die Familie besteht aus dem Vater (Alter 45 Jahre), einem Ingenieur, der Mutter (Alter 45 Jahre), einer Lehrerin, und zwei Jungen im Alter von 13 und 9 Jahren.

Vor 18 Monaten entdeckte die Mutter einen Knoten in der Brust, der als Krebs diagnostiziert wurde. Die Familien-Gesundheitsschwester machte bei der Familie einen Hausbesuch, um ihr zu helfen, sich auf die Krankenhauseinweisung und Operation der Mutter vorzubereiten. Bei der Mutter wurde eine Mastektomie durchgeführt und danach erhielt sie eine Chemotherapie.

Nachdem die Muter aus dem Krankenhaus entlassen war, kam die Familien-Gesundheitsschwester noch etwa ein Jahr zu der Familie, weil die Wunde nicht heilen wollte. Die Mutter begann wieder zu arbeiten, verlor jedoch vor kurzer Zeit wegen häufiger Krankenfehlzeiten ihre Stelle. Sie erwartet nicht von ihrem Krebs geheilt zu werden und stirbt jetzt langsam. Die Familie stellt sich der Situation ziemlich offen, und beide Eltern haben die Jungen auf den Tod der Mutter vorbereitet. Der 13jährige ist gerade in die Sekundarstufe gekommen und verhält sich nach Ansicht des Vaters unnötig aggressiv und gewalttätig gegenüber dem jüngeren Bruder. Der Vater würde gern mehr Zeit mit seinen Söhnen verbringen, hat aber viel zu tun und fürchtet, dass er entlassen werden könnte, wenn sich die häusliche Situation auf seine Arbeit auswirkt. Er fragt die Familien-Gesundheitsschwester um Rat, wie er mit den Jungen umgehen sollte.

Durch die enge Zusammenarbeit mit der Familie ist die Familien-Gesundheitsschwester im Stande, ihre Bedürfnisse einzuschätzen und sie zu ermutigen, sich alle an der Pflege der Mutter zu beteiligen, während sie ihnen zugleich das sichere Gefühl gibt, dass sie selbst für die Kontinuität der Pflege sorgt. Sie ermutigt die Familienmitglieder, nach allem, was ihnen Sorgen macht, zu fragen. Sie pflegt die Mutter (Schmerzbehandlung, Wundversorgung, persönliche Hygiene, Beratung über die nächsten Phasen der Krankheit) und erörtert mit ihr, welche möglichen Reaktionen von ihrem Mann und ihren Söhnen zu erwarten sind. Die Familien-Gesundheitsschwester organisiert in ihrer Koordinationsfunktion das Personal, um rund um die Uhr die Pflege der Mutter sicherzustellen, da diese zu Hause sterben möchte, und sie sorgt auch für die nötigen Geräte und Materialien. Sie berät sich mit dem Hausarzt, mit Sozialarbeitern und anderen über spezifische Probleme, trägt Freunden und Familienmitgliedern an, die Besuche kurz und positiv zu halten, erläutert dem Vater die Stressfaktoren, die mit dem Schulwechsel von Kindern verbunden sind, und schlägt vor, die Lage mit den wichtigsten Lehrern seines älteren Sohnes zu erörtern. Sie klärt ihn über Trauer- und Verluststützgruppen auf. Sie supervisiert und unterrichtet andere Mitarbeiter, die noch keine Erfahrungen mit der Pflege von Patienten, die zu Hause sterben, haben.

Kommentar

In diesem Szenario hat die Familien-Gesundheitsschwester die wichtige Rolle zu unterstützen und den Kontakt zu anderen Stellen herzustellen, während sie zugleich die Familie befähigt, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen und sich an der Pflege der Mutter zu beteiligen. Die komplexen Bedürfnisse dieser Familie, die sich im Laufe der Zeit, in der sie Kontakt zu der Familie hat, wandeln, verlangen von der Familien-Gesundheitsschwester, dass sie im Stande ist, Probleme zu erkennen und einzugreifen, bevor es zur Krise kommt. Die Familien-Gesundheitsschwester ist die Kontaktperson der Familie, koordiniert aber zugleich die anderen stützenden Dienste und Stellen.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang hat Ziel 15 (siehe Anhang 1).

Pflege einer Alleinstehenden mit metastasischem Brustkrebs

Die „Familie“ dieses Szenarios ist eine Alleinstehende mit eigenem Zuhause. Sie ist sehr unabhängig und kann sich gut ausdrücken, hat eine gute Vollzeitstelle, eine große engere Familie von Brüdern und Schwestern und ist für viele Kinder der nächsten Generation eine geliebte Tante.

Jahr 1
Sie entdeckt einen Knoten in der Brust, sucht ihren Hausarzt auf und wird zu diagnostischen Untersuchungen in das Ortskrankenhaus überwiesen. Hier stellt man Brustkrebs fest, die Patientin hat eine Mastektomie und beginnt eine Chemotherapie, Strahlentherapie und eine Langzeitmedikation, was die Wahrscheinlichkeit eines rezidivierenden Tumors verringern soll. Die Genesung verläuft gut, sie arbeitet weiter und lebt ihr normales Leben. Die Familien-Gesundheitsschwester kennt die Patientin, besucht sie auch einmal, worauf aber eine Zeitlang keine weiteren Hausbesuche erforderlich sind.

Jahr 5
Die Dame hat Kreuzschmerzen, die in ihr rechtes Bein ausstrahlen. Der Hausarzt verschreibt Schmerzmittel und überweist die Patientin ins Krankenhaus, wo man nach Untersuchungen eine ambulante Strahlentherapie der Rückgratmetastasen beginnt. Die Familien-Gesundheitsschwester nimmt Kontakt zur Patientin auf, gibt ihr ihre Telefonnummer und ermutigt sie, jederzeit anzurufen.

Jahr 6–11
In diesem Zeitraum tritt die Patientin im normalen Rentenalter in den Ruhestand und bleibt aktiv. Die Schmerzen nehmen jedoch allmählich zu, sie geht zur weiteren Strahlenbehandlung wieder ins Krankenhaus. Die Familien-Gesundheitsschwester verfolgt die Fortschritte der Patientin. Sie überprüft in der Praxis des Hausarztes regelmäßig ihre Fallunterlagen, pflegt durch zunächst monatliche, danach wöchentliche Hausbesuche bei der Patientin regelmäßigen Kontakt, vergewissert sich, wie die Patientin allgemein zurechtkommt und ob die verschriebenen Schmerzmittel die Schmerzen auch wirklich im Zaum halten. Sie verfolgt das anhand einer Schmerzkurve, die von der Patientin geführt wird und deren Zweck sie der Patientin erläutert. Die Patientin trägt danach die Zeiten ein, zu denen sie ihre Schmerzmittel einnimmt, gibt die Menge an und beurteilt ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (unerträgliche schwere Schmerzen). Dadurch wird deutlich, dass die Schmerzen nicht ausreichend unter Kontrolle sind, weshalb die Familien-Gesundheitsschwester nach Rücksprache mit dem Hausarzt einen Termin bei dem Onkologen vereinbart, bei dem die Patientin in Behandlung war. Die Schmerzmitteldosis wird erhöht, die Medikamente werden jedoch noch immer oral genommen. Die Patientin schätzt ihre Unabhängigkeit, was die Familien-Gesundheitsschwester auch respektiert und deshalb nur einmal in der Woche vorbeischaut, die Patientin aber zugleich wie bisher bittet, sie jederzeit anzurufen, wenn sie das Gefühl habe, die Schmerzen nicht steuern zu können.

In all diesen Jahren sind die Familienmitglieder eine große Stütze. Als die Schmerzen der Patientin zunehmen, macht sich die Familien-Gesundheitsschwester jedoch Gedanken um die jungen und alten Familienmitglieder, die der Patientin nahe stehen und die sie häufig besuchen, wobei sie oft auch der Familien-Gesundheitsschwester begegnen. Mit Wissen und Unterstützung der Patientin hat die Familien-Gesundheitsschwester regelmäßigen telefonischen Kontakt zur wichtigsten Person im Familienkreis, bespricht ihre Sorgen mit ihr und beantwortet alle sich ergebenden Fragen.

Jahr 12–14
Der körperliche Zustand der Patientin verschlechtert sich allmählich, sie kann zwar mit Hilfe einer Gehhilfe auf Rädern auch laufen, verbringt aber mehr Zeit im Bett. Da sie sehr dünn ist, besteht die Gefahr, dass sie sich aufliegt. Die Familien-Gesundheitsschwester verbringt allmählich mehr Zeit mit der direkten Pflege, wendet sie im Bett, hilft ihr beim Waschen und sorgt nach Rücksprache mit dem Hausarzt für eine erhöhte Schmerzmitteldosis, die mittlerweile gespritzt wird. Die Familien-Gesundheitsschwester fungiert als Angelpunkt der Pflege, sie kennt die gesamten gesundheitlichen Bedürfnisse der Patientin, bespricht die Maßnahmen aber immer partnerschaftlich mit ihr und

berücksichtigt ihre Meinung. Die Familien-Gesundheitsschwester sorgt für die nötigen Hilfsmittel, darunter ein Spezialbett und eine besondere Matratze, und organisiert die Pflege rund um die Uhr, die von ihr selbst, anderen qualifizierten Familien-Gesundheitsschwestern, Pflegehelferinnen und einer Haushaltshilfe wahrgenommen wird. Letztere kümmert sich um die Wäsche und macht sauber. Die Familien-Gesundheitsschwester sorgt auch dafür, dass die Hauptmahlzeit von Essen auf Rädern gebracht wird. Durch Gespräche mit der Patientin weiß sie, dass diese sich über die Weiterentwicklung des Krebses und die schlechte Prognose völlig im Klaren ist, und sie weiß auch, dass die Patientin stark gläubig ist und sich geistig auf den bevorstehenden Tod vorbereitet hat. Die Familien-Gesundheitsschwester bleibt in engem Kontakt mit dem wichtigsten Familienmitglied, das der Patientin täglich Gesellschaft leistet, sie stützt und für sie einkauft und außerdem arbeitet sie eng mit dem Hausarzt zusammen und sagt ihm, wann die Patientin ihrer Meinung nach zur stationären Behandlung ins Krankenhaus überwiesen werden sollte.

Jahr 15
Die Patientin beschließt selbst, dass es jetzt an der Zeit sei, für die noch verbleibende Zeit, d. h. für die Terminalpflege, ins Krankenhaus zu gehen. Die Familien-Gesundheitsschwester teilt dem Krankenhausonkologen den Wunsch der Patientin mit und veranlasst in Zusammenarbeit mit dem Krankenhauspflegepersonal die Einweisung. Sie teilt auch dem häuslichen Pflegeteam mit, dass es nicht mehr zu kommen braucht, und gibt alle nicht gebrauchten Medikamente und Hilfsmittel an das Gesundheitszentrum zurück. Sie vervollständigt die Unterlagen, die sie während der Pflege der Patientin geführt hat. Sie besucht die Patientin ab und zu im Krankenhaus, wo diese nach drei Wochen in Gegenwart mehrerer Familienmitglieder friedlich stirbt.

Nach dem Tod der Patientin besucht die Familien-Gesundheitsschwester die engsten Familienmitglieder der Patientin drei Mal, um den Trauernden zuzuhören und zu beurteilen, wie dieser Teil der Familie der Patientin mit der Situation fertig wird (vgl. Abb. 4).

Kommentar

Die Familien-Gesundheitsschwester hat erkannt, dass die Patientin unabhängig sein und ihre Krankheit steuern möchte. Sie schätzt die Lage ein, überwacht danach regelmäßig die Fortschritte der Patientin und stellt sicher, dass sie ausreichend Bescheid weiß, um sich an die Familien-Gesundheitsschwester zu wenden, wenn sie das Gefühl hat, Hilfe zu brauchen. Die Familien-Gesundheitsschwester leistet allmählich mehr Unterstützung und eine durch Forschungserkenntnisse abgesicherte pflegerische Betreuung. Wenn die Patientin das Bedürfnis äußert, bezieht sie andere Stellen ein. Die Kenntnis dieser Patientin ermöglicht der Familien-Gesundheitsschwester eine ganzheitliche Pflege. Beispielsweise weiß die Familien-Gesundheitsschwester von den tiefen religiösen Überzeugungen der Patientin, versteht diese und respektiert ihren therapeutischen Wert für die Vorbereitung auf den Tod. Die Familien-Gesundheitsschwester weiß und versteht, was Trauer und Verlust bedeuten, was es ihr ermöglicht, die Familienmitglieder auch nach dem Tod der Patientin zu unterstützen. Sie erkennt auch, dass sie selbst Trauerarbeit leisten muss, weil sie die Patientin so lange gekannt und gepflegt hat.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang haben Ziel 6 und 15 (siehe Anhang 1).

Betreuung einer Familie mit psychischen und alkoholbedingten Gesundheitsproblemen

Ein 21jähriger Mann wurde nach der Behandlung schizophrener Symptome vor einer Woche aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen. Die Mutter zeigt Symptome von Depression. Der Vater trinkt immer mehr, seit der Sohn sein Hochschulstudium aufgegeben hat. Nach nur einer Woche zu Hause nimmt der Sohn seine Medikamente nicht mehr. Er leidet zunehmend unter Halluzinationen, vor allem während der Nacht. Seine Eltern haben Angst, allein mit ihm zu sein. Ein Freund beobachtet die äußerst schwierige Situation der Familie und wendet sich an das Gesundheitszentrum.

Die Familien-Gesundheitsschwester sammelt die Informationen aus den Krankenunterlagen des Mannes und plant nach Rücksprache mit dem Hausarzt einen Hausbesuch. Die Familien-Gesundheitsschwester trifft sich mit Mutter und Sohn im Zuhause der Familie und verschafft sich einen guten Überblick über die Situation, erkennt jedoch, dass sie mit allen Familienmitgliedern sprechen muss, um eine vollständige Beurteilung vornehmen und die nächsten Schritte planen zu können. Deutlich ist, dass die Familienbeziehungen zerbrochen sind, dass Mutter und Sohn den „Kontakt zueinander verloren“ haben. Sie beschließt deshalb, die Familie eine Woche lang täglich zu besuchen. Nach weiteren Gesprächen mit dem Hausarzt versucht sie vorrangig, den Sohn davon zu überzeugen, dass er den Behandlungsplan einhalten und die verordnete Medizin nehmen muss.

Die Familien-Gesundheitsschwester geht nachmittags erneut zu der Familie, um Kontakt zu dem Sohn zu finden und ihm eine Spritze zu geben. Er willigt in die Spritze ein, spricht aber nicht. Die Mutter weint.

Die Familien-Gesundheitsschwester arbeitet einen Plan für ihre vorrangigen Interventionen aus, wobei sie die Schritte auf ihr Urteil und die einzelnen Pflegediagnosen gründet und die entsprechenden kurzfristigen und langfristigen Ziele vermerkt.

Während der folgenden Tage bemüht sie sich um Kontakt zu allen Familienmitgliedern, ein Hausbesuch zu einem Zeitpunkt, an dem auch der Vater zu Hause ist, erweist sich jedoch als schwierig.

Vorrangig muss der psychische Zustand des Sohnes verbessert werden, weshalb sie in den folgenden Tagen weiter Spritzen gibt. Die Mutter ist so deprimiert, dass die Familien-Gesundheitsschwester mit Einverständnis der Mutter einen Termin in einer ambulanten Klinik vereinbart, wo sie von einem Gebietsarzt untersucht wird und Medikamente erhält. Auch der Vater muss wegen seines Alkoholproblems behandelt werden, weshalb die Familien-Gesundheitsschwester nach Rücksprache mit dem Hausarzt beschließt, sich an einen Therapeuten zu wenden, der mit der Familie arbeiten könnte, um das Alkoholproblem und andere Probleme an der Wurzel zu packen und den Familienmitgliedern zu helfen, ihre Beziehungen zueinander zu verbessern. In diesem Zeitraum macht die Familien-Gesundheitsschwester einen wöchentlichen Hausbesuch.

Etwa einen Monat später hat sich die Lage der Familie gebessert. Der Sohn ist jetzt stärker daran interessiert, ein besseres Verhältnis zu den Eltern aufzubauen, die Mutter ist weniger deprimiert. Beispielsweise stellt die Familien-Gesundheitsschwester bei einem Hausbesuch fest, dass die Mutter das „bis dahin ziemlich schmutzige und vernachlässigte“ Haus saubergemacht und Brot gebacken hat. Der Vater trinkt zwar immer noch zu viel, bleibt aber jetzt mehr zu Hause, und das Ehepaar spricht mehr miteinander.

Am Ende des nächsten Monats wertet die Familien-Gesundheitsschwester die Interventionen aus und notiert, dass der Sohn beschlossen hat, sich an einer Tagesrehabilitation zu beteiligen. Sie vereinbart eine Besprechung mit dem Hausarzt, um die Fortschritte der Familie zu erörtern.

Das langfristige Ziel der Familien-Gesundheitsschwester ist die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der Familie, die diese dazu bringen soll, einander besser unterstützen und mit Stresssituationen fertig

werden zu können, dem Sohn zu helfen, die Qualifikationen für eine Arbeit zu erwerben, und außerdem will sie allen Familienmitgliedern helfen, in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld zumindest einige Kontakte anzuknüpfen.

Kommentar

Bei der Betreuung dieser Familie muss die Familien-Gesundheitsschwester ihr Können im Bereich der psychischen Gesundheit unter Beweis stellen und dies mit ihrem Wissen auf dem Gebiet der Familiendynamik und Familienbeziehungen verbinden. Sie erkennt, dass der Hausarzt und das spezialisiertere Können eines Familientherapeuten gebraucht werden. Eine sehr wichtige Überlegung ist es, dass alle Familienmitglieder der Familien-Gesundheitsschwester Vertrauen entgegenbringen müssen. Sie muss sehr schnell persönlichen Kontakt knüpfen und eine Beziehung zu einer Familie aufbauen können, die sich in einer Krise befindet. Sie erkennt, dass die von ihr beschlossenen und umgesetzten Strategien genauestens verfolgt und langfristig ausgewertet werden müssen.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang haben Ziel 6 und 12 (siehe Anhang 1).

Betreuung einer Familie mit einem Neugeborenen

Die Ruzats sind eine junge Familie mit einer 18 Monate alten Tochter und einem 6 Monate alten Sohn. Sie sind vor dem politischen Konflikt in Sarajevo geflohen. Sie hatten Schwierigkeiten, im Gastland heimisch zu werden. Herr Ruzat arbeitete bis vor kurzem als Taxifahrer. Frau Ruzat war im Ortskrankenhaus Hausgehilfin und ist jetzt auf Schwangerschaftsurlaub. Die Familie lebt im sechsten Stock eines Gebäudes ohne Fahrstuhl. Die Wohnung ist feucht und schwer heizbar.

Das Baby bekommt die Flasche. Seit Mutter und Kind am fünften Tag nach der Geburt aus dem Krankenhaus entlassen wurden, gibt es Schwierigkeiten mit dem Füttern des Babys. Der Junge leidet ständig unter Infektionen der oberen Atemwege, die in den vergangenen drei Monaten mit Antibiotika behandelt wurden, und ist ganz allgemein unruhig. Das 18 Monate alte Mädchen zeigt seit der Geburt des neuen Kindes Verhaltensschwierigkeiten und Schlafstörungen. Der Vater ist Kettenraucher. Der Mutter fällt es schwer, die zusätzlichen Pfunde, die sie während der Schwangerschaft zugenommen hat, wieder abzunehmen. Sie wird bald wieder anfangen zu arbeiten. Während der kommenden Wochen bekommt die Familie kurzzeitig Besuch von Herrn Ruzats Mutter. Das Verhältnis zwischen Frau Ruzat und ihrer Schwiegermutter ist nicht gut. Letztere ist der Auffassung, ihre Schwiegertochter sei keine gute Frau oder Mutter, was die Familienbeziehungen noch zusätzlich belastet.

Kommentar

Die Familien-Gesundheitsschwester hat hier zunächst die Aufgabe, gemeinsam mit der Familie herauszufinden, wie ihren Bedürfnissen am besten gedient ist, wobei sie gemeinsam mit der Familie gründlich untersuchen muss, inwieweit ihre Form der Kinderbetreuung kulturell bedingt ist. Sie bietet der Familie in belasteten Zeiten Unterstützung an und achtet bei der Mutter besonders auf Symptome einer postnatalen Depression oder auch auf Depressionssymptome beim Ehemann. Sie ist Lehrerin und Gesundheitsberaterin und hilft Vater wie Mutter, ihr Leben im Hinblick auf Ernährung, körperliche Bewegung und Rauchen umzustellen. Sie steht der Familie zur Seite, erklärt ihr, welche anderen Dienste zur Verfügung stehen, und hilft ihr gegebenenfalls Zugang zu diesen Stellen zu erlangen, um z. B. Abhilfe für ihre feuchte Unterkunft zu schaffen und nötigenfalls auch finanzielle Beihilfe zu bekommen. Außerdem macht sie darauf aufmerksam, dass es beispielsweise für Flüchtlinge und Arbeitslose Stützgruppen gibt und auch Mutter- und Kindgruppen bestehen.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang hat Ziel 3 (siehe Anhang 1).

Betreuung eines älteren Ehepaars. Beide Partner sind nicht gesund

In diesem Szenario pflegt der ältere Mann seine Frau, die an Diabetes vom Typ 1 leidet und auch Alzheimer hat. Er hat die Pflege als relativ leicht empfunden, gibt gegenüber der Familien-Gesundheitsschwester jedoch zu, dass seine Frau zuweilen aggressive Ausbrüche hat, mit denen er jedoch nach eigener Aussage zurechtkommt. Er selbst hat Prostatakrebs, der zur Zeit gut unter Kontrolle ist.

Die Tochter des Ehepaars hat sich an die Familien-Gesundheitsschwester gewendet, weil sie den Verdacht hegt, ihr Vater missbrauche die Mutter physisch. Sie behauptet, sie habe an der Innenseite der Oberschenkel ihrer Mutter Blutergüsse gefunden. Die Familien-Gesundheitsschwester macht bei der Familie regelmäßig Hausbesuche, weil sie ihr hilft, mit dem Diabetes der Mutter und den Auswirkungen der Alzheimererkrankung umzugehen. Sie bietet dem Ehemann Unterstützung und Rat darüber an, wie er mit den aggressiven Perioden seiner Frau fertig werden könnte, und bringt ihn in Kontakt mit Stützgruppen sowie mit Einrichtungen, die Entlastungspflege anbieten. Die Familien-Gesundheitsschwester untersucht die Frau aufgrund der Besorgnisse ihrer Tochter, kann jedoch keine Quetschungen feststellen. Sie berät sich mit der Pflegehilfe, die regelmäßig das Baden der älteren Dame supervisiert, und diese kann die Klagen der Tochter ebenfalls nicht bestätigen.

Die Familien-Gesundheitsschwester beschließt, bei dieser gefährdeten Familie ein regelmäßiges Hausbesuchsprogramm aufrechtzuerhalten und dem Ehepaar laufend Unterstützung anzubieten, dabei aber auch wachsam auf irgendwelche Zeichen eines potenziellen Missbrauchs zu achten. Bei diesen Hausbesuchen nutzt sie ihr Wissen über Familienbeziehungen, um der Tochter und ihren Eltern zu helfen, ihre Meinungsverschiedenheiten beizulegen, und sie wird sie ermutigen, sich bei einer Beratungsstelle sachkundige Hilfe zu holen. Sie stellt sicher, dass der Hausarzt von ihren Schritten unterrichtet ist, und trägt ihre Entscheidungen hinsichtlich der Pflege dieser Familie in die multidisziplinären Unterlagen ein.

Kommentar

Dass die Familien-Gesundheitsschwester für Einzelpersonen der Gemeinde, in der sie praktiziert, ansprechbar ist, erweist sich an der Tatsache, dass die Tochter dieser Familie hinsichtlich einer besonders heiklen Angelegenheit den Kontakt zur Familien-Gesundheitsschwester aufgenommen hat. Die Hauptrolle der Familien-Gesundheitsschwester im Zusammenhang mit dieser Familie ist die laufende Begleitung um sicherzustellen, dass potenziell gefährliche Verschlechterungen der Familienbeziehungen frühzeitig entdeckt werden; das gleiche gilt für die Verschlechterung der physischen Gesundheit beider Ehepartner. Sie muss die Pflegeassistentin lehren, wie sie Anzeichen eines körperlichen Missbrauchs erkennen kann und wie und wo dies zu melden ist. Sie muss außerdem sicherstellen, dass der Hausarzt über die Lage der Familie Bescheid weiß. Sie setzt ihre Beschlussfähigkeit in Bezug auf die zu diesem Zeitpunkt zu treffenden Maßnahmen ein und entscheidet unter anderem, welche Mitglieder des Gesundheitsteams einzubeziehen sind und welche Aufgaben der Pflegeassistentin zu übertragen sind. Die Familien-Gesundheitsschwester ist sich völlig darüber im Klaren, dass sie für die Pflege dieser Familie und für die von ihr getroffenen Entscheidungen verantwortlich ist.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang haben Ziel 5 und 9 (siehe Anhang 1).

Pflege eines älteren Witwers mit multipler Krankheitspathologie

Dieser Mann lebt seit acht Jahren allein. Er ist Rentner und war früher Tischler. Jetzt interessiert er sich nur für Briefmarken. Er bewegt sich sehr wenig und kommt auch nur wenig an die frische Luft. Vor einiger Zeit hatte er wegen Prostatakrebs eine Prostatektomie und hat deshalb seit zwei Jahren einen Verweilkatheter, der zuweilen blockiert, was ihm aufgrund des Urinstaus akute Schmerzen verursacht. Die Familien-Gesundheitsschwester hat den Katheter wegen der Blockade mehrmals gewechselt. Die Familien-Gesundheitsschwester testet regelmäßig den Urin auf Infektionen, die von Zeit zu Zeit auftreten. Sie hält ihn an, täglich mindestens zwei Liter Flüssigkeit zu sich zu nehmen, was er nur sehr ungern tut. Sie testet seinen Urin auch regelmäßig auf Zucker, um festzustellen, ob er einen Diabetes mellitus entwickelt. Neben seinem wichtigsten, mit dem Harnwegsystem verbundenen Problem hat er auch andere gesundheitliche Probleme. Er hat ein Beingeschwür, das die Familien-Gesundheitsschwester sieben Jahre lang wöchentlich versorgt hat. Sie hält sich auf dem Laufenden in Bezug auf die neuesten Forschungsergebnisse zur Behandlung solcher Geschwürbildungen und führt einen regelmäßigen Dialog mit dem Hausarzt. Der Patient ist auch stark übergewichtig, hat Arteriosklerose, Herzversagen aufgrund von Durchblutungsstörungen und eine damit zusammenhängende Atemnot.

Die Familien-Gesundheitsschwester versucht den Mann dazu zu motivieren, sich in der Nähe seiner Wohnung im Tageszentrum an einigen Aktivitäten zu beteiligen. Sie sorgt für Essen auf Rädern und versucht regelmäßig, seine Nährstoffzufuhr zu beurteilen.

Bei ihrem letzten Besuch beurteilt die Familien-Gesundheitsschwester den Patienten als leicht deprimiert, eine Diagnose, die er ihr im Gespräch bestätigt. Mit seinem Einverständnis wendet sie sich an den Hausarzt und schlägt vor, dass der Patient an das psychiatrische Pflegeteam überwiesen wird.

Die Familien-Gesundheitsschwester erklärt dem Patienten immer wieder, dass es für seine Gesundheit wichtig sei, sich regelmäßig zu bewegen, beispielsweise jeden Tag spazieren zu gehen, vielleicht vor dem Mittagessen, wenn in seinem Wohngebiet nicht so viel Verkehr herrscht. Sie gibt sich die größte Mühe, ihn zu motivieren. Ihr ist jedoch klar, dass der Patient das Interesse verloren hat, keine Lust zu diesen Aktivitäten zeigt und auch nicht in das Tageszentrum gehen will.

Die Familien-Gesundheitsschwester bespricht den Fall dieses Mannes wiederholt mit dem Gesundheitsteam, dem sie angehört, und sucht nach anderen Ideen um ihn zu motivieren, Maßnahmen zur Verbesserung seiner Gesundheit und seiner Lebensqualität zu ergreifen. Sie wird ihn weiterhin regelmäßig besuchen, um weitere potenzielle Gefahren für seine Gesundheit und sein Wohlbefinden abschätzen und aktiv eingreifen zu können, selbstverständlich immer in Abstimmung und möglichst partnerschaftlich mit dem Patienten.

Kommentar

Die Familien-Gesundheitsschwester pflegt diesen Mann direkt, erkennt darüber hinaus aber auch, dass Motivation und Krankheitsverhalten bei dem Versuch, Komplikationen bekannter Krankheitsprozesse zu verhüten, wichtige Aspekte darstellen. Der Patient zeigt eine komplizierte Pathologie und hat trotz der Bemühungen der Gesundheitsschwester, ihn in seine eigene Pflege einzubeziehen, kein Interesse an einer Selbstbetreuung oder an einer verstärkten Unabhängigkeit. Die Familien-Gesundheitsschwester hat den Eindruck, dass diese fehlende Motivation teilweise auf seine soziale Isolation zurückzuführen sein könnte und dass er vielleicht befürchtet, er könnte den Kontakt zu seiner einzigen regelmäßigen Besucherin, der Familien-Gesundheitsschwester, verlieren, wenn er besser im Stande wäre, für sich selbst zu sorgen. Sie begreift, dass die Pflege nicht immer ein kuratives Ziel hat. Ziel der Pflege kann es auch sein, das bestmögliche Gesundheitspotenzial zu erhalten. Sie beschließt, die Hausbesuche fortzusetzen, andere Mitglieder des Gesundheitsteams in den Versuch einzubeziehen, einige der festgestellten Gesundheitsprobleme zu verbessern, und den Patienten weiterhin anzuhalten, die Tageseinrichtungen am

Ort aufzusuchen. Sie erkennt, dass dies Ziel vielleicht erreichbar wäre, wenn sie dafür sorgen kann, dass seine Depression behandelt wird.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang hat Ziel 5 (siehe Anhang 1).

Betreuung einer Familie, wo der Vater ein starker Raucher ist, das Rauchen aber aufgeben möchte

Herr Virtanen ist der 39 Jahre alte Vater von zwei Töchtern. Er begann mit 14 Jahren zu rauchen, weil seine besten Freunde rauchten. Ganz allmählich wurde ihm klar, dass er nicht aufhören konnte. Herr Virtanens Frau hat kürzlich Asthma bekommen, und er ist sich bewusst, dass sie befürchtet, sein starkes Rauchen werde ihr Leiden verschlimmern. Außerdem möchte er seinen Töchtern kein schlechtes Vorbild sein. „Meine Frau und meine Töchter bitten mich, das Rauchen aufzugeben", sagt er zur Familien-Gesundheitsschwester. „Ich möchte das Rauchen wirklich aufgeben, aber ich habe Angst vor Entzugserscheinungen. Ich rauche jetzt seit etwa 25 Jahren täglich 20 Zigaretten. Ich habe keinerlei Erfahrungen mit einer Raucherentwöhnung. Ich brauche das Rauchen so sehr, dass ich morgens kaum wach bin, bevor ich meine erste Zigarette anzünde. Auf jeden Fall bin ich aber jetzt wirklich darauf eingestellt, das Rauchen aufzugeben."

Die Familien-Gesundheitsschwester unterstützt und stärkt Herrn Virtanens Beschluss, das Rauchen aufzugeben. Gemeinsam erarbeiten sie einen „Entwöhnungsplan", den Herr Virtanen die nächsten sechs Monate einhalten will. Zum Plan gehören beispielsweise die Festsetzung des Zeitpunkts, zu dem er das Rauchen aufgeben will, die Messung der Kohlenmonoxidwerte im Blut, die Durchführung eines Nikotinabhängigkeitstests und die Zusammenstellung von praktischen Ratschlägen, wie er schwierige Situationen, in denen die Gefahr eines Rückfalls droht, vermeiden oder mit ihnen umgehen kann. Das gilt beispielsweise für Gelegenheiten, wenn er sich unter Freunden, die ebenfalls rauchen, entspannt. Gemeinsam stellen sie einen Plan für weitere Besprechungen auf, und die Familien-Gesundheitsschwester klärt Herrn Virtanen und seine Familie über Entzugssymptome auf und erläutert, wie sie zu überwinden sind. Sie erklärt ihnen auch, dass eine Nikotinersatztherapie als Raucherentwöhnungsstrategie wirksam sein kann, besonders für jemanden, der nikotinabhängig, gleichzeitig aber auch motiviert ist, das Rauchen aufzugeben. Sie gibt ihm schriftliches Material über Raucherentwöhnungsmöglichkeiten, schlägt vor, dass er es auch seiner Familie zeigt, und überweist ihn mit seinem Einverständnis an eine örtliche Selbsthilfegruppe, die sich in der Gemeindehalle trifft.

Nach Herrn Virtanens „Aufhörtermin" trifft er sich mit der Familien-Gesundheitsschwester in der ersten Woche zweimal, danach in den nächsten beiden Monaten einmal pro Woche. Anschließend treffen sie sich sechs Monate lang einmal monatlich und halten telefonischen Kontakt für den Fall, dass Herr Virtanen im Zusammenhang mit seinen Bemühungen, das Rauchen aufzugeben, vielleicht über irgendetwas sprechen möchte. Fast ein Jahr nachdem er das Rauchen aufgegeben hat, hat sich das Asthma seiner Frau verbessert, da bei ihnen zu Hause jetzt nicht mehr geraucht wird, seine Töchter sind froh und stolz auf ihren Nichtrauchervater. Herr Virtanen geht weiter zur Selbsthilfegruppe und beteiligt sich aktiv an ihren Tätigkeiten.

Kommentar

In diesem gesundheitsbezogenen Szenario zeigt die Familien-Gesundheitsschwester eine angemessene, nicht verurteilende Einstellung, stellt auch ihre Beratungsfähigkeiten unter Beweis und zeigt, dass sie die sachgerechten Interventionen vornehmen kann. Ihr Wissen über die unterschiedlichen und schwerwiegenden Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit motivieren sie dazu, eine fortgesetzte Unterstützung für diesen Mann und seine Familie sicherzustellen. Sie begreift auch, dass Menschen häufig aus komplizierten Gründen rauchen und diese Gründe das Aufgeben dieser Gewohnheit schwierig machen können. Sie kennt nationale und örtliche Stützeinrichtungen für Personen, die das Rauchen aufgeben möchten, was es ihr ermöglicht, diese anzusprechen und die Familie dort einzuführen. Raucherprävention und Raucherentwöhnung gehören zu den wesentlichsten Problemen der Arbeit von Familien-Gesundheitsschwestern in allen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Sie ist gemeinsam mit anderen Kollegen im Gesundheits- und Sozialteam in der idealen Lage, für individuelle Raucherentwöhnung sorgen und Anti-Raucher-Interventionen auf Gemeindeebene koordinieren und sich daran beteiligen zu können.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teile der Ziel von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang hat Ziel 12 (siehe Anhang 1).

Pflege einer Diabetikerin, die allmählich ihre Unabhängigkeit verloren hat und in ein Heim eingewiesen werden muss

Eine Reihe von Jahren hat die Familien-Gesundheitsschwester Hausbesuche bei einer älteren Dame gemacht, die allein lebt und nur ihren Hund hat. Sie ist Diabetikerin und der zweimal im Jahr durchgeführte regelmäßige Besuch dient der Überwachung ihres allgemeinen Gesundheitszustands und Wohlergehens, der Überwachung ihres Diabetes sowie der Einschätzung ihrer weiteren Fähigkeit, unabhängig zu leben, wozu sie entschlossen ist. Sie ist Witwe, hat jedoch eine Tochter und zwei Enkelinnen. Ihre Beziehung zur Tochter ist schon seit mehreren Jahren nicht gut, weshalb sie wenig Kontakt zueinander haben und sie deshalb auch ihre Enkelinnen nicht viel sieht.

Diese Dame lebt aus freier Entscheidung allein, ist aber aktiv und fühlt sich wohl. Die Bemühungen der Familien-Gesundheitsschwester, mit ihr darüber zu reden, ob sie nicht die Beziehung zu ihrer Tochter und Familie wieder normalisieren könnte, werden alle abgelehnt. Ihr allgemeiner Gesundheitszustand bleibt jedoch gut, und sie scheint mit ihrem Diabetes zurechtzukommen, bis die Familien-Gesundheitsschwester bei einem ihrer regelmäßigen Hausbesuche mehrere Probleme aufdeckt, als sie den Blutdruck und den Blutzucker der Dame misst und ihren allgemeinen Gesundheitszustand untersucht. Sie stellt fest, dass die Blutzuckerwerte weit über dem normalen Wert liegen, und eine weitere Befragung ergibt, dass sich die Dame nicht wohl fühlt, dass sie sich meist müde fühlt, dass sie nicht wie sonst gekocht und ihre normalerweise gut ausgewogene Diät gegessen hat.

Die Familien-Gesundheitsschwester sieht zu, dass die Dame im Gesundheitszentrum von einem Diabetesspezialisten untersucht wird, sie besucht sie einige Zeitlang täglich, um sicherzustellen, dass sie ihren neuen Insulinplan versteht und ihn einhält, sie arrangiert einen Freiwilligendienst, der täglich, einschließlich am Wochenende, eine Hauptmahlzeit bringt, und sorgt für eine regelmäßige Haushaltshilfe. All dies geschieht zunächst mit einigem Widerstand der alten Dame, da sie diese Dienste als Bedrohung ihrer Unabhängigkeit empfindet, doch da sie darauf besteht, zu Hause bleiben zu wollen, und sie ihren Hund so gern hat, nimmt sie die Hilfe widerwillig an. Die Familien-Gesundheitsschwester beschließt, eher diese unterstützenden Dienste zu organisieren, statt die alte Dame in ein Pflegeheim einzuweisen, weil sie weiß, wie wichtig es für die alte Dame ist, in ihrem Zuhause zu bleiben.

Während der nächsten beiden Jahre verschlechtert sich die Gesundheit der alten Dame schrittweise, sie hat aufgrund ihres Diabeteszustands periphere Durchblutungsstörungen, weshalb die Familien-Gesundheitsschwester in partnerschaftlicher Überlegung mit der alten Dame zu dem Beschluss gelangt, dass die Einweisung in ein Pflegeheim jetzt die einzig noch verbleibende Möglichkeit ist. Sie sorgt für diese Einweisung und findet durch Gespräche mit ihren Kollegen bei der Teambesprechung für den Hund der Dame ein gutes Zuhause auf dem Land.

Die Familien-Gesundheitsschwester besucht die Dame jetzt wöchentlich im Altersheim. Die Beziehung zur Tochter hat sich verbessert, Tochter und Enkelinnen besuchen sie im Heim. Die alte Dame kann jetzt zwar nicht mehr ohne Hilfe gehen und ist sehr vergesslich – ab und zu erkennt sie ihre Tochter nicht –, es geht ihr aber immer noch relativ gut und sie hat sich an das Gemeinschaftsleben im Heim angepasst. Sie denkt zwar immer noch an ihren Hund und vermisst ihn sehr, ist aber erleichtert, dass er ein gutes Zuhause gefunden hat.

Kommentar

Dieses Szenario macht deutlich, dass die Familien-Gesundheitsschwester die Funktion hat, das Recht dieser älteren Dame, möglichst lange ein unabhängiges Leben führen zu können, zu erkennen. Die gerontologischen Kenntnisse der Familien-Gesundheitsschwester ermöglichen es ihr, für die therapeutischen Interventionen und die soziale Unterstützung zu sorgen, bis sich die körperlichen Probleme der Dame so verschlimmert haben, dass beide erkennen, dass sie nicht mehr allein mit ihrem Hund zu Hause leben kann. Die Familien-Gesundheitsschwester ist die Fürsprecherin der Patientin, wenn

keine Familie da ist, und sie ermutigt die Patientin, mit zu überlegen, wie ihre künftige Pflege aussehen sollte. Sie erkennt die psychologischen Bedürfnisse der Patientin und ihre Bindung an ihren langjährigen Hundegefährten. Die Intervention der Familien-Gesundheitsschwester ermöglicht es dieser Dame, ihre Unabhängigkeit maximal auszunutzen und sich wieder mit ihrer Familie zu versöhnen.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang haben Ziel 5 und 14 (siehe Anhang 1).

Betreuung einer Familie, die sich auf die Geburt ihres ersten Kindes vorbereitet

Die Familien-Gesundheitsschwester und die Hebamme arbeiten oft sehr eng zusammen und betreuen partnerschaftlich dieselbe Familie. Die Familien-Gesundheitsschwester hat durch die Hebamme von einem jungen Ehepaar gehört, das sein erstes Kind erwartet. Die Familien-Gesundheitsschwester macht bei all diesen Familien etwa drei bis vier Wochen vor dem voraussichtlichen Entbindungsdatum einen Routinehausbesuch. Damit will sie die Eltern auf die neue Familiensituation nach der Geburt ihres Babys vorbereiten. Es gibt viele praktische Fragen zu erörtern, beispielsweise wie man das Zuhause für ein Kind vorbereitet und wie man ein neugeborenes Kind betreut. Eine wichtige Frage ist das Stillen, eine Situation, auf die das Ehepaar vorbereitet werden muss. Die Hebamme wird natürlich schon im Laufe der Schwangerschaft mit ihnen über das Stillen gesprochen haben, doch die Familien-Gesundheitsschwester ist die Person, die nach der Entbindung am häufigsten zur Familie kommen wird, weshalb es wichtig ist, dass sie die Gespräche und die Vorbereitung des Ehepaars auf das Stillen des Kindes weiterführt. Es ist bekannt, dass eine Mutter ihr Kind umso länger stillt, je besser beide Eltern darauf vorbereitet sind. Einiges spricht auch dafür, dass es am besten ist, das Kind zu stillen, und dass ein Säugling, der Muttermilch erhält, gesünder und weniger infektionsgefährdet ist als ein Flaschenkind. Der wichtigste Grund für den ersten Hausbesuch der Familien-Gesundheitsschwester bei der Familie ist es deshalb, dass man sich gegenseitig kennen lernt, dass man darüber spricht, welche Erwartungen das Paar im Hinblick auf das Kind hegt, wie es sich auf die Geburt vorbereitet hat, und außerdem muss über das Stillen gesprochen werden. Die Familien-Gesundheitsschwester und die Hebamme erkennen, dass sich ihre Funktionen in der Familie, die ein Kind erwartet, überschneiden, weshalb sich beide ihrer Verantwortung bewusst sind, gemeinsame Unterlagen führen und gegebenenfalls den Hausarzt einbeziehen zu müssen.

Kommentar

Dieses Szenario macht deutlich, dass die Familien-Gesundheitsschwester eng mit der Hebamme zusammenarbeiten muss, wenn es um dieses wichtige Ereignis im Leben einer Familie geht, nämlich die Geburt ihres ersten Kindes. Damit die Familien-Gesundheitsschwester ihrer Rolle in Bezug auf diese Familie gerecht werden kann, muss sie wissen und verstehen, welche Funktion und welche Aufgaben die Hebamme hat, sie muss interdisziplinär zusammenarbeiten können, sie muss etwas über Familiendynamik und eheliche Beziehungen wissen, vor allen Dingen, wenn die Familie ihr erstes Kind erwartet, und sie muss den Ablauf einer normalen und anomalen Schwangerschaft kennen. Wichtig ist auch, dass sie eine wissenschaftlich abgesicherte pflegerische Betreuung leistet und wirksam kommunizieren kann.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang hat Ziel 3 (siehe Anhang 1).

Betreuung einer alleinstehenden Schwangeren, die drogenabhängig ist

Eine junge alleinstehende Frau, die heroinabhängig ist, erwartet ihr zweites Kind. Ihr erstes Kind, das jetzt zwei Jahre alt ist, wurde wegen ihres fortgesetzten Drogenmissbrauchs aus ihrer Obhut entfernt. Die junge Frau kennt den Vater des ersten Kindes nicht. Den Vater des zweiten Kindes kennt sie, hat ihm aber nicht mitgeteilt, dass sie schwanger ist, weil sie Angst hat, diese neue Beziehung, an der ihr offensichtlich gelegen ist, könnte in die Brüche gehen. Sie hat jeglichen Kontakt zu ihrer Familie verloren, lebt allein in einer kleinen Mietwohnung in einem großen Wohnblock und ist von der Sozialhilfe abhängig. Ihren Drogenmissbrauch finanziert sie durch Prostitution. Im Frühstadium ihrer zweiten Schwangerschaft war die Frau bei ihrem Hausarzt, der sie in die Obhut der Familien-Gesundheitsschwester und an das Krankenhaus überwiesen hat.

Die Familien-Gesundheitsschwester erkennt die Komplexität der Lage, in der sich die junge Frau befindet, und weiß, dass frühere Versuche, ihr aus dem Drogenmissbrauch herauszuhelfen, fehlgeschlagen sind, weshalb sie beschließt, den Fall der Frau einer multidisziplinären Gruppe vorzulegen, die sie gebildet hat, um wirksamer mit jungen Menschen in solchen äußerst schwierigen Lebensumständen arbeiten zu können. Diese Gruppe besteht aus einem auf die Betreuung von Drogenabhängigen spezialisierten Sozialarbeiter, einem klinischen Psychologen, der Pflegeberaterin, die in der Praxis des Hausarztes arbeitet, dem Geburtshelfer und der Hebamme, die sich in der Entbindungsklinik um die junge Frau kümmern werden, sowie aus einem Vertreter der lokalen Stützgruppe zur Prävention von Drogenabhängigkeit. Die junge Frau wird eingeladen, an den Besprechungen der Gruppe teilzunehmen, lehnt dies jedoch zunächst ab. Die Familien-Gesundheitsschwester erklärt sich als Koordinatorin der Gruppe bereit, die Frau über die Erörterungen der Gruppe auf dem Laufenden zu halten. Die Gruppe wird sich mit der Gesamtsituation der Frau befassen und überlegen, wie man sie in der vorgeburtlichen Phase stützen könnte, und darüber hinaus einen Plan für die Geburt und die Monate danach aufstellen. Außerdem wird sich die Gruppe, die sich auf die Familien-Gesundheitsschwester als Ansprechpartnerin der in die Betreuung einbezogenen unterschiedlichen Stellen stützt, auch mit langfristigeren Plänen für die künftige Gesundheit der jungen Frau befassen.

Die Familien-Gesundheitsschwester macht zusammen mit der Hebamme regelmäßige Hausbesuche bei der jungen Frau. Sie überreden sie, einer landesweit finanzierten Initiative beizutreten, die allen, die von Drogen wegzukommen suchen, Behandlung wie Unterstützung anbietet; sie helfen ihr, den von ihr selbst als chaotisch beschriebenen Lebensstil umzulegen, und stehen ihr bei der Vorbereitung auf die Geburt des Babys bei. Beide enthalten sich bei ihrer Betreuung während der Schwangerschaft aller Werturteile und bemühen sich, die Selbstachtung der jungen Frau wieder aufzubauen und die Fortschritte der Schwangerschaft zu verfolgen, dabei alle ihre Fragen zu beantworten und mit ihr zu überlegen, ob sie das Kind behalten oder zur Adoption freigeben möchte.

Nach der gut verlaufenen Entbindung des Kindes in der Geburtsklinik macht die Familien-Gesundheitsschwester weiterhin Hausbesuche bei dieser Frau und unterstützt sie bei der Pflege des Kindes. Die Frau scheint keine Drogen mehr zu nehmen, doch die Familien-Gesundheitsschwester ist sich des Risikos eines Rückfalls nur allzu bewusst. Die multidisziplinäre Gruppe, die sich regelmäßig entweder direkt trifft oder über E-Mail miteinander in Kontakt steht, befasst sich mit den Fortschritten besonders schwacher Familien oder Einzelpersonen in der Gemeinde und unterstützt die Familien-Gesundheitsschwester weiterhin in ihren Entscheidungen über die Betreuung dieser Frau.

Das Langzeitergebnis für diese junge Frau ist die erfolgreiche Rehabilitation und etwa zwei Jahre später ihre Heirat mit dem Vater des zweiten Kindes. Das erste Kind bleibt bei der Pflegefamilie, wo es untergebracht ist, da die Familienbeziehungen sehr stabil sind und für das Kind in einem liebevollen und stabilen Familienumfeld gut gesorgt ist.

Kommentar

In diesem Szenario trägt die Rolle der Familien-Gesundheitsschwester als Angelpunkt der Pflege entscheidend zum erfolgreichen Ergebnis der zweiten Schwangerschaft dieser jungen Frau und letztlich zu ihrer Rückkehr in weit verbesserte Lebensumstände und eine stützende Beziehung zu ihrem neuen Ehemann und ihrem Baby bei. Die Familien-Gesundheitsschwester stellt in ihrer vielgestaltigen Rolle alle fünf der Kernkompetenzen einer qualifizierten Gesundheitsschwester unter Beweis (siehe Abschnitt 3.6). Sie ist Erbringerin von Pflege, Entscheidungsträgerin, Kommunikatorin, Meinungsbildnerin und Managerin und setzt alle diese Kompetenzen mit der Autorität und Verantwortlichkeit einer erfahrenen Fachkraft ein, um alle, die ihrer Auffassung nach am besten zur Verbesserung der Gesundheit der von ihr betreuten Familien oder Einzelpersonen beitragen können, zusammenzubringen.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang haben Ziel 3 und 12 (siehe Anhang 1).

Betreuung einer Teenager-Mutter

Emma ist ein 16 Jahre alter unverheirateter Teenager und Mutter eines zehn Wochen alten Kindes. Emma lebt zu Hause bei ihren Eltern und mit ihren beiden jüngeren Brüdern, dem 12jährigen Stephen und dem 7jährigen George. Ihr Vater arbeitet in Nachtschicht in einer Fabrik am Ort, macht sich aber Sorgen um seine künftige Beschäftigung, da mehrere Arbeiter entlassen worden sind. Emmas Mutter arbeitet in Teilzeit als Hausgehilfin.

Emma hatte eine schwierige Schwangerschaft, und die Entbindung dauerte lange. Das Kind wurde termingerecht geboren, wog jedoch nur 2,45 kg, hatte also ein niedriges Geburtsgewicht, was möglicherweise auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass Emma während ihrer gesamten Schwangerschaft geraucht hat. Das Baby trinkt jetzt erfolgreich die Flasche und nimmt zu. Emmas Eltern unterstützen ihre Tochter und auch das Kind, doch in der Familie bestehen Spannungen, weil die Eltern Darren, Emmas Freund und Vater des Kindes, nicht gutheißen. Er ist zur Zeit arbeitslos, Emmas Eltern meinen, er habe einen schlechten Einfluss auf sie. Seit Emma mit dem Kind aus dem Krankenhaus zurück ist, benimmt sich ihr jüngster Bruder destruktiv.

Die Familien-Gesundheitsschwester macht ihren ersten Hausbesuch bei dieser Familie, weil Emma den Termin für die Schwangerschaftsnachsorge nicht eingehalten hat. Sie spricht mit Emma allein, und der Teenager vertraut der Familien-Gesundheitsschwester an, dass sie sehr müde ist und es schwer findet, sich an die Mutterrolle zu gewöhnen. Sie hat Angst, das Baby während des Tages schreien zu lassen, weil dadurch der schlafende Vater gestört werden könnte, und sie macht sich Sorgen über das Verhalten ihres kleinen Bruders George. Sie sagt, er sei mit dem Kind „ein bisschen grob".

Die Familien-Gesundheitsschwester hört Emma genauestens zu und ermutigt sie, ihre Befürchtungen und Sorgen auszudrücken. Sie versichert Emma, dass das Baby gedeiht und dass es nicht weiter überraschend ist, dass sie Schwierigkeiten hat, sich auf das Baby einzustellen. Das geht vielen jungen Müttern so. Sie erklärt ihr, dass es Elternklassen gibt und dass dort noch andere sehr junge Mütter zu finden sind, einige sind unverheiratete Teenager wie Emma, weshalb sie vorschlägt, Emma sollte ihre Mutter bitten, manchmal auf das Baby aufzupassen, damit sie selbst zu diesen Kursen gehen könne. Sie erläutert ihr auch, dass George vielleicht auf das neue Baby eifersüchtig ist, da es ihn aus der Rolle als „Baby der Familie" verdrängt hat. Es gefällt ihm nicht, dass seine Mutter dem neuen Baby Aufmerksamkeit widmet, weshalb er vielleicht versucht, durch sein destruktives Verhalten die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Sie schlägt vor, Emma sollte ein bisschen Zeit mit George allein verbringen, um ihm zu versichern, dass sie ihn immer noch mag, auch wenn sie jetzt das Baby hat, dass sie andererseits aber auch das Kind mit ihrem kleinen Bruder nicht allein lassen sollte. Außerdem macht sie den Vorschlag, dass sie ihren nächsten Hausbesuch so planen sollten, dass Emmas Mutter zu Hause ist, damit sie darüber sprechen können, wie man George helfen könnte, das neue Baby zu akzeptieren. Danach spricht die Familien-Gesundheitsschwester mit Emma darüber, wie wichtig es ist, dass sie zur Schwangerschaftsnachsorge kommt, sie erörtert mit ihr die Möglichkeit einer Empfängnisverhütung und schneidet danach die Frage der Impfung des Kindes an, wobei sie erklärt, was das beinhaltet, und sie auffordert, sich einen Termin für die „well-baby clinic" des Hausarztes geben zu lassen. Die Familien-Gesundheitsschwester fragt Emma, was ihr an der Entwicklung ihres Babys aufgefallen sei, und sie untersucht das Kind. Sie lobt Emma, weil sie sich so gut um das Kind kümmert, das sich sehr gut entwickelt, und sie erklärt Emma die nächsten Phasen der kindlichen Entwicklung, wobei sie sicherstellt, dass Emma weiß, dass sie aufpassen muss, wenn ihr Baby anfängt zu rollen und nach Dingen greift. Bevor sie geht, lässt sie Emma wissen, wie sie die Familien-Gesundheitsschwester erreichen kann, und sie versichert ihr, dass sie auf jeden Fall anrufen sollte, wenn sie sich irgendwie besorgt fühlt. Sie fordert sie auf, den Hausbesuch mit ihren Eltern zu besprechen und mit der Familien-Gesundheitsschwester den nächsten Hausbesuch so auszumachen, dass ihre Mutter ebenfalls anwesend sein kann.

Kommentar

Teenagerschwangerschaften stellen in vielen Ländern ein großes gesundheitliches Problem dar und oft haben diese jungen Mütter nicht die Unterstützung vom Vater des Kindes. Die Familien-Gesundheitsschwester erkennt in diesem Szenario, dass die Eltern des Mädchens sie unterstützen, sie erkennt aber auch die in der Familie bestehenden Spannungen. Sie mischt geschickt Gesundheitserziehung und Beratung mit dem Lob für die Bemühungen der jungen Mutter, da sie weiß, wie wichtig es ist, das Selbstvertrauen des Teenagers aufzubauen. Sie spricht das Problem des Rauchens an und stellt fest, dass Emmas Vater ebenfalls raucht. Ihr ist klar, dass dies möglicherweise nicht der geeignetste Zeitpunkt ist, Emma zu bitten, das Rauchen aufzugeben, doch sie erklärt ihr, dass Passivrauchen schädlich sein kann, und schlägt vor, dass Emma und ihr Vater jedenfalls nicht im Schlafzimmer des Babys rauchen und es in seiner Nähe überhaupt vermeiden. Die Familien-Gesundheitsschwester weiß, dass Forschungsresultate eine Verbindung zwischen Rauchen und einem erhöhten Risiko des plötzlichen Kindstodes erkennen lassen und dass auch ein höheres Risiko für Atemwegserkrankungen bei Säuglingen und Kleinkindern besteht, sie beschließt jedoch, dass sie zur Zeit die junge Mutter mit dieser Auskunft noch nicht beunruhigen will. Sie beschließt jedoch daran zu denken, Emmas Rauchen zu verfolgen.

Die Familien-Gesundheitsschwester kennt die verschiedenen Gruppierungen in der Gemeinde, was es ihr ermöglicht, den Teenager aufzufordern, ihr soziales stützendes Netz zu erweitern und an Elternkursen teilzunehmen, wobei sie ihr zugleich versichert, dass sie in dieser Gruppe nicht die einzige Teenagemutter sein wird.

Dieses Szenario veranschaulicht, welche Rolle die Familien-Gesundheitsschwester ausfüllen muss, um diesem Säugling einen gesunden Lebensanfang zu ermöglichen. Sie muss die junge Mutter in dieser Lebenskrise unterstützen, diese Unterstützung aber auch der Familie angedeihen lassen, die ebenfalls vor einem im Leben von Familien immer häufigeren Ereignis steht und versucht, damit fertig zu werden, nämlich der nicht geplanten Schwangerschaft ihrer Teenagetochter. Außerdem ist die Familien-Gesundheitsschwester selbst Mitglied einer Gruppe „Bürger handeln für die Gesundheit“, die sich in dem Wohnblock, in dem Emma lebt, trifft. Sie arbeitet zudem mit den Schulen der Gemeinde zusammen, vor allem im Hinblick auf Fragen, die mit Gesundheit und Sexualhygiene zu tun haben. In diesem Wohnbezirk liegt die Schwangerschaftsquote unter Teenagern höher als in irgendeinem anderen Teil der angrenzenden Viertel, weshalb der Gemeinderat ein Projekt zur Bewältigung dieses Problems finanziert. Der Projektgruppe gehören Laien aus der Gemeinde an, die partnerschaftlich mit Fachkräften nach positiven Lösungen des Problems suchen. Die Familien-Gesundheitsschwester ist mit ihrem gründlichen Verständnis für die menschliche Entwicklung und Familienbeziehungen ein unschätzbares Mitglied der Gruppe.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang haben Ziel 4 und 11 (siehe Anhang 1).

Betreuung einer Flüchtlingsfamilie, die einer ethnischen Minderheit angehört

Die siebenköpfige Familie kam aus dem benachbarten Kosovo in das Gastland. Es handelt sich um Albaner. Der Großvater ist 40 Jahre alt, die Großmutter 38, der Sohn ist 19, dessen Frau 17 Jahre alt. Sie haben drei Kinder, nämlich Zwillinge, Jungen, die jetzt zwei Jahre alt sind, und ein kleines Mädchen von zehn Monaten.

Die Familie war noch nie im Gastland und hat dort weder Verwandte noch Freunde. Sie hat ihr Zuhause verloren, hat kein Geld, keine Arbeit und keine Krankenversicherung. Die Familie ist äußerst gestresst, doch dankbar, weil sie noch am Leben ist und als Familiengruppe zusammen sein kann. Sie ist zeitweilig im Flüchtlingslager in einem Zelt untergebracht.

Die Familien-Gesundheitsschwester gehört dem Gesundheits- und Sozialteam an, das man für die Arbeit im Flüchtlingslager zusammengestellt hat. Die Familien-Gesundheitsschwester spricht die Sprache der Flüchtlingsfamilie, trifft sich mit ihr und nimmt eine gründliche Bedürfnisabschätzung vor. Sie führt ihre Erkenntnisse in die multidisziplinären Betreuungsunterlagen ein, die das Empfangsteam angelegt hat, das jede Familie bei ihrer Ankunft registriert.

Ihre erste Einschätzung macht deutlich, dass die Familienmitglieder körperlich gesund sind, emotional allerdings unter starkem Stress stehen. Die vier Erwachsenen zanken sich oft. Das kleine Mädchen leidet nach ihrer Diagnose an der Chromosomanomalität Down Syndrom.

Während der ersten beiden Monate ihrer wöchentlichen Besuche bei dieser Familie gewinnt die Familien-Gesundheitsschwester allmählich ein Verständnis für ihre Kultur und ihre Lebensweise, die sich in vieler Hinsicht von der im Gastland herrschenden unterscheiden. Sie respektiert das Recht und das Bedürfnis der Familie, an ihrer Kultur und ihren Überzeugungen festzuhalten, erkennt aber auch, dass dies in mancher Hinsicht gesundheitliche Probleme mit sich bringt. Beispielsweise wählt die Familie aus den im Flüchtlingslager verfügbaren Mahlzeiten keine gesundheitlich ausgewogene Ernährung aus. Die Eltern möchten, dass die kleinen Jungen beschnitten werden, wollen zunächst aber keinen Arzt sehen, der dies unter sterilen Bedingungen im Krankenhaus durchführen könnte. Die Erwachsenen zeigen sich auch nicht an einer Beschäftigung interessiert.

Die Familien-Gesundheitsschwester räumt den folgenden Maßnahmen Vorrang ein, wobei sie sich völlig bewusst ist, dass es einige Zeit brauchen wird, um das Vertrauen der Familie zu gewinnen, und sie erkennt, dass man weiterhin eine regelmäßige Bedürfniseinschätzung vornehmen muss, bevor sie unter den veränderten Umständen im Stande sein wird, ihr volles gesundheitliches Potenzial auszuschöpfen. Sie vereinbart zunächst für die gesamte Familie einen Termin mit dem qualifizierten Beratungsteam, das Teil des vom Gastland aufgebauten stützenden Systems für die Flüchtlinge ist. Damit soll der Prozess der emotionalen Heilung eingeleitet werden. Danach erläutert sie der Familie den Charakter der chronischen Behinderung des kleinen Mädchens und sieht zu, dass sie zu einem Kinderarzt kommt. Sie begleitet die Familie zu dieser Sprechstunde.

Während der nächsten vier Monate stellt sie mit einer anderen Kollegin sicher, dass die Familie wöchentlich besucht wird, was die Kontinuität der Betreuung und Beratung sichert. Sie findet in einer privaten Autowaschfirma Arbeit für den jungen Vater und überredet ihn, die Stelle anzunehmen. Außerdem sorgt sie dafür, dass der Großvater als Helfer auf einen Bauernhof kommt, da er in seinem Heimatdorf Bauer war und an dieser Arbeit interessiert zu sein scheint. Die Familie hat beschlossen, im Gastland zu bleiben, weshalb die Familien-Gesundheitsschwester dafür sorgt, dass alle Familienmitglieder krankenversichert werden und dass sie einleitende Gespräche mit dem Team führen, das dafür zuständig ist, für alle, die bleiben möchten, Wohnunterkünfte auf Dauer zu finden. Sie beginnt eine systematische Gesundheitserziehung, wobei sie sich zunächst auf die Großmutter und die junge Mutter konzentriert. Die Arbeit gestaltet sich als Dialog und partnerschaftlicher Austausch, bei dem sie

die Ansichten der Frauen berücksichtigt und sich darauf konzentriert, die Frage der gesunden Ernährung für alle Familienmitglieder sowie die Thematik kindliches Wachstum und Entwicklung zu erörtern, womit sie der Mutter und Großmutter hilft, den Kindern unter den neuen Umständen einen gesunden Lebensanfang zu geben. Sie schneidet mit der Großmutter und der jungen Mutter das heikle Thema Empfängnisverhütung an. Sie versteht die kulturellen und religiösen Fragen, die für diese ethnische Gruppe wichtig sind. Beispielsweise sorgt sie dafür, dass ein Familiengesundheitspfleger mit den beiden Männern der Familie über Empfängnisverhütung spricht. Sie motiviert die ganze Familie auch erfolgreich, sich an einer Basisgruppe zu beteiligen, in der alle, die nicht in ihr eigenes Land zurückkehren wollen, an Kursen und Diskussionsgruppen teilnehmen können, was ihnen hilft, nach der Krise, die sie durchlitten haben, überlegte Entscheidungen für ihr weiteres Leben zu treffen. Diese Gruppe hat auch eine Kinderkrippe und verteilt Material in der Sprache der Flüchtlinge, das sie mit nach Hause nehmen und im privaten Kreis ihrer eigenen Familiengruppe diskutieren können.

Kommentar

In ihrer wichtigen Rolle als Angelpunkt der Betreuung beweist die Familien-Gesundheitsschwester in ihrer professionellen Betreuung dieser Flüchtlingsfamilie ihr gründliches Wissen über die Determinanten von Gesundheit sowie über die als Down Syndrom bezeichnete Behinderung und deren Konsequenzen für die Familie und das Kind. Sie zeigt auch, dass sie die breiteren gesundheitlichen und sozialen Versorgungssysteme ihres eigenen Landes kennt und weiß, was man in ihrem Land als Kriseninterventionen unternommen hat, um mit dem Zustrom von Flüchtlingen fertig zu werden. Sie zeigt sich gegenüber den kulturellen und religiösen Überzeugungen der Flüchtlingsfamilie aufgeschlossen und setzt dieses Wissen in eine aktive Gesundheitserziehung um. Sie versucht die Erwachsenen zum selbstbestimmten Handeln zu befähigen, indem sie sie in die Basisgruppe einführt, und sie versucht ihre Selbstachtung zu heben, indem sie die beiden Männer überredet, eine Beschäftigung anzunehmen, womit sie Geld verdienen und erneut ihre Familie versorgen können. Sie hält ihre Arbeit mit dieser Familie systematisch schriftlich fest und verfolgt regelmäßig ihre Fortschritte und Schwierigkeiten, so dass andere Kollegen des multidisziplinären Stützteams im ganzheitlichen Rahmen der Betreuung dieser Familie ihre Sachkenntnis beisteuern können.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang hat Ziel 2 (siehe Anhang 1).

Unfallverhütung/Abbau von gesundheitlichen Chancenungleichheiten

Der Familien-Gesundheitsschwester und dem Hausarzt wurde mitgeteilt, dass die Regierung dem Unfallschutz von Kindern hohe Priorität beimisst. Die Familien-Gesundheitsschwester hat die Unfallrate unter Kindern in ihrer Gemeinde verfolgt und weiß, dass sie über derjenigen in wohlhabenderen Gemeinden liegt. Sie arbeitet in einem Wohngebiet, wo der Staat als einziger Vermieter auftritt und durch das eine Reihe von verkehrsreichen Straßen führt, wohingegen es nur wenige sichere Spielplätze für Kinder gibt.

Sie erörtert das Problem mit Kollegen mit gesundheitswissenschaftlichem Hintergrund, die ihr die epidemiologischen Angaben über die Zahl der Kinder liefern, die in ihrem Wohngebiet in der Statistik der Unfall- und Notaufnahmeabteilung des Krankenhauses auftauchen und diese Daten unterstützen ihre Besorgnis. Sie befasst sich mit der Literatur zu wirksamen Interventionen für den Unfallschutz und beschließt, sich bei ihrer Arbeit auf Unfälle zu Hause und auf der Straße zu konzentrieren.

Im Gespräch mit dem Hausarzt wird beschlossen, dass dies für die vorbeugende Arbeit des Jahres Vorrang haben sollte. Die Familien-Gesundheitsschwester nutzt ihre Verbindungen zu Gemeindearbeitern, Schulen, Kindertagesstätten, Wohnungs- und Verkehrsbehörden dazu aus, eine Koordinationsgruppe für die Unfallverhütung zu bilden. Mit dem Gemeindearbeiter veranstaltet sie ein Elterntreffen, bei dem die Eltern über die Zahl der Unfälle unterrichtet werden und ihre Ansichten dazu äußern können, wo sie die Probleme sehen. Die Gruppe der Eltern bringt verschiedene Punkte auf, die sie erörtert wissen möchte. Es handelt sich um folgende:

- die Verkehrsgeschwindigkeit im Wohnbereich
- fehlende verkehrssichere Spielplätze für die Kinder
- Erste-Hilfe-Kurse für Eltern
- fehlende Sicherheitsverriegelungen an den Fenstern der Wohnungen und
- das Problem, dass sich die Eltern keine Sicherheitseinrichtungen leisten können.

Die Familien-Gesundheitsschwester holt die Koordinationsgruppe und die Elterngruppe zu einer gemeinsamen Besprechung zusammen, bei der man sich auf einen Handlungsplan einigt.

Die Familien-Gesundheitsschwester bietet für die Eltern des Wohnbereichs einen vierwöchigen Erste-Hilfe-Kursus an, bei dem auch erklärt wird, wie man Unfälle im häuslichen Rahmen verhindern kann. Die ersten drei dieser Kurse gibt sie selbst, danach beschließt sie, Eltern dafür auszubilden. Sie erarbeitet Informationsmaterialien, die sie benutzen können. Gemeinsam mit dem Gemeindearbeiter unterstützt sie die Eltern bei Anträgen auf Subventionierung von Darlehen für Sicherheitseinrichtungen. Das hat Erfolg, und die Eltern übernehmen letztlich selbst die Arbeit, wobei einer von ihnen als Koordinator bezahlt wird. Die Wohnungsbehörde erklärt sich bereit, die Sicherheitsverriegelungen an den Fenstern zu untersuchen, worauf in allen Wohnungen mit Kleinkindern neue Schlösser angebracht werden.

Die Familien-Gesundheitsschwester erläutert den Eltern, welchen Einfluss Verkehrsberuhigungsmaßnahmen auf die Verringerung von Unfällen haben, und bringt durch ihre Kontakte mit Pflegekollegen die Elterngruppe in Verbindung mit einem Wohnbereich, wo diese Verkehrsberuhigungsmaßnahmen bereits durchgeführt wurden. Nach einer erheblichen Lobby- und Kampagnearbeit durch die Eltern erklärt sich die Verkehrsbehörde bereit, die Straßen mit „schlafenden Polizisten“, d. h. Schwellen, zu versehen und im ganzen Wohngebiet Geschwindigkeitsbegrenzungen einzuführen.

Bisher ist es der Koordinationsgruppe noch nicht gelungen, verkehrssichere Spielplätze für die Kinder zu bekommen, doch die Elterngruppe setzt die Ortsbehörden weiterhin unter Druck und arbeitet bereits an der Mittelbeschaffung für den Kauf von Spielgeräten.

Die Familien-Gesundheitsschwester arbeitet weiterhin eng mit ihren Public-Health-Kollegen zusammen, die die Unfallraten in den einzelnen Gemeinden verfolgen, und im Rahmen ihrer Kontakte zu einzelnen Familien bittet sie alle Eltern, die in ihren Wohnungen bestehenden Gefahrenmomente zu finden und sich zu überlegen, wie man die Kinder schützen könnte. Sie verzeichnet weiterhin alle Unfälle, die passieren, und leitet diese Informationen regelmäßig an die Koordinationsgruppe zurück. Sie plant eine Ausstellung und einen Informationsstand, um das Bewusstsein für Unfälle unter Kindern zu schärfen. Dieser Stand wird in einem Einkaufszentrum der Gemeinde aufgebaut und von Mitgliedern der Elterngruppe geführt.

Kommentar

In diesem Szenario arbeitet die Familien-Gesundheitsschwester mit dem Konzept der Gemeindeentwicklung, um ein wichtiges gesundheitliches Problem in einer benachteiligten Gemeinde zu lösen. Ihre Rolle ist es dabei schwerpunktmäßig, die Bildung und die Arbeit einer Elterngruppe zu erleichtern und in der Kampagne für Verkehrsberuhigungsmaßnahmen als Fürsprecherin aufzutreten. Sie leistet die Arbeit nicht ganz allein, sondern stützt sich dabei auf das Wissen und Können der Leute am Ort, um für die lokalen Probleme Lösungen zu finden. Es geht ihr auch darum, die Bürgergemeinschaft am Ort zu stärken, indem sie Lernmöglichkeiten anbietet, Kenntnisse verbessern hilft und für Beschäftigung sorgt. Alle diese Aspekte betrachtet sie als grundsätzlich wichtig für die langfristige Verbesserung des Gesundheitszustands in der Gemeinde.

Sie zeigt, dass sie weiß, dass man Gesundheitsdaten erheben und auch ausnutzen muss, und sie arbeitet erfolgreich mit Public-Health-Fachkräften zusammen. Bedarfsplanung ist für ihr Vorgehen außerordentlich wichtig. Sie arbeitet in einem multidisziplinären und mehrere Stellen umfassenden Team zur Unfallverhütung und erkennt, dass wirkliche und tragfähige Veränderungen durch Maßnahmen anderer Ressorts, wie z. B. Wohnung und Verkehr, abgestützt werden müssen und nicht ausschließlich von den Gesundheitsdiensten getragen werden können. Sie nutzt ihre Kenntnisse in Bezug auf Gruppenarbeit und Gesundheitsförderung und ihr Erste-Hilfe-Wissen aus, um den Eltern das Wissen und Vertrauen in ihre eigene Fähigkeit, zu Hause und im Gemeinderahmen erste Hilfe zu leisten, zu vermitteln. Ihre unvoreingenommene Einstellung und ihre geschulte partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Familien des Viertels bedeuten, dass man sie dort nicht als Bedrohung empfindet, sondern in ihr stattdessen eine für die Gemeinde nützliche Ressource sieht.

Die von der Familien-Gesundheitsschwester in diesem Pflegeszenario geleistete Arbeit knüpft an den größten Teil der Ziele von GESUNDHEIT21 an. Besonderen Vorrang hat Ziel 20 (siehe Anhang 1).

Anhang 3

CURRICULUM-PLANUNGSGRUPPE

Margaret F. Alexander
Professor of Nursing
Department of Nursing and Community Health
Glasgow Caledonian University
Glasgow, Vereinigtes Königreich

June Clark
Professor of Community Nursing
University of Wales
Swansea, Vereinigtes Königreich

Ella Danielson
Professor of Mental Health Nursing
Department of Health and Social Care
Mid Sweden University
Östersund, Schweden

Tatjana Geč
Community Nursing Manager
Community Health Centre
Maribor, Slowenien

Bente Sivertsen
Head of Educational Department
Danish Nurses' Organization
Kopenhagen, Dänemark

Lesley A. Whyte
Lecturer/District Nurse Practitioner
Department of Nursing and Community Health
Glasgow Caledonian University and
Forth Valley Primary Care Trust
Glasgow, Vereinigtes Königreich

Die Grundlage der Hebammenszenarios wurde von Margrethe Nielsen, Hebamme und Entwicklungsberaterin, Dänischer Hebammenverband, geliefert.

Ainna Fawcett-Henesy, Regionalbeauftragte für Pflege- und Hebammenwesen, WHO-Regionalbüro für Europa, war an der Arbeit dieser Gruppe beteiligt.