LAZARUS

Österreichs Fachzeitschrift für Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege®

Newsletter Nr. 16-2013

(ISSN 1024-6908)

28. Jahrgang (9. Online-Jahrgang) - 29. April 2013

Geschätzte Leserinnen und Leser !

Wenn Sie diesen Newsletter zukünftig nicht mehr erhalten möchten, klicken Sie bitte hier:
www.lazarus.at/index.php?content=newsletteranmeldung&emailabmelden=1

Alle 409 Wochenausgaben seit 1. Jänner 2005 sind im PflegeNetzWerk www.LAZARUS.at/nl-archiv als Downloads (in Jahrgängen) verfügbar und dort auch für Ihre direkte Literatursuche verschlagwortet (benützen Sie einfach die Plattform-interne Funktion >SUCHE< rechts oben).

Inhalt

Neu in unserer Pflege-VIDEOTHEK 2
Aktuelles & Internationales 3-7
Aus Spital & Heim 8-12
BILDUNG & Veranstaltungstermine 13-18
Berufswelt Pflege 19-21
PFLEGE DAHEIM 22
Quer gedacht, Impressum 23-24
Stellenmarkt ..... 25 f.

Geschätzte Leserinnen und Leser !

Im Jubiläumsjahr 2013 soll ein neuer Service unsere bisherigen Unterstützungsangebote sinnvoll, Nutzen stiftend und Suchzeit sparend erweitern: Eine

Pflege-Videothek

sammelt und verlinkt nützliche Videos im weltweiten Netz und macht diese übersichtlich gegliedert für Ausbildungs-, Schulungs- und Informationszwecke rasch abrufbar.

Mit Ihrer Hilfe:
Wenn Sie ein interessantes Video im WWW entdecken,
mailen Sie uns doch bitte einfach den LINK an:

video@lazarus.at

In dieser Woche NEU in unserer Jubiläums-Videothek verlinkt:
www.lazarus.at/index.php?kat=**********+VIDEOTHEK+**********

Hospiz & Palliative Care:
„Und es ist gut“ (Theaterstück über den Umgang mit dem Lebensende, Bild li.)
Bildung:
Pflegepädagogik & Pflegemanagement (FH Münster, weitere 119 Videos)
Gesundheit:
Chemo- oder Strahlentherapie: Das müssen Sie vorher wissen
Berufswelt:
„Die Patientenfabrik“ – Wie Kliniken Profit machen (ZDF-Doku 2013)
Homecare:
Urlaub mit Pflegebedürftigen (ZDF-Doku, 2012)
Coaching von Führungskräften im mobilen Pflegedienst
Dokumentationen:
Die Tricks der Pharmaindustrie – Patienten, Pillen und Profite (NDR, 2012)

Radikaler Kurswechsel in Nordrhein-Westfalen:

Keine weiteren Pflegeheime mehr !

Neue Wohnformen im Alter als Alternative zu Pflegeheimen erleichtern, Angebote zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit verstärken und Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit im vertrauten Wohnquartier fördern: Mit einer grundlegenden Reform des Wohn- und Teilhabegesetzes und des Landespflegerechts will die Landesregierung in NRW hierfür die notwendigen Weichen stellen und neue Rahmenbedingungen schaffen - das sagte Pflegeministerin Barbara Steffens im Vormonat in Düsseldorf. Derzeit läuft die Anhörung der Wohlfahrtsverbände.

"Wir müssen die Strukturen den Bedürfnissen der Menschen anpassen - nicht umgekehrt", erklärte die Ministerin. Die überwiegende Mehrheit der älteren und behinderten Menschen wolle so lange wie möglich zuhause, in der Familie oder wenigstens in ihren vertrauten Wohnquartieren leben. „Deshalb benötigen wir eine deutliche Stärkung von ambulanten Hilfsangeboten anstelle von zusätzlichen neuen Pflegeheimen", so Steffens.

Umfassende Initiative für Pflegeberufe gestartet

Vor zwei Wochen hat Deutschlands größtes Bundesland zudem eine Pflege-Initiative gestartet: Eine enge Zusammenarbeit zur Weiterentwicklung und Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe hat Pflegeministerin Steffens mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, privaten und kommunalen Trägern, Gewerkschaften, der Bundesagentur für Arbeit (in Österreich „AMS“, Anm.) und mit Kranken- und Pflegekassen am 12. April 2013 in Düsseldorf beschlossen, um die bundesweite 'Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege' erfolgreich umzusetzen und weitere Schritte gegen den Fachkräftemangel und zur Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege zu setzen.

www.mgepa.nrw.de

Studie entzaubert Pflegenoten im „Pflege-TÜV“ des MDK:

Mehr Bürokratie, keine bessere Qualität – und weniger Zeit am Pflegebett

Schon seit der Einführung des Prüfverfahrens (2008/2009) wurden die Pflegenoten vom MDK Rheinland-Pfalz kritisiert. Zwei groß angelegte Studien wurden in Auftrag gegeben, um die Umsetzung durch die Prüfteams und die Wirkungen der Pflegenoten auf den Alltag der Pflegebedürftigen in den Heimen wissenschaftlich zu analysieren. Die Forschungsergebnisse wurden jetzt veröffentlicht.

Das Urteil: Keine messbaren Verbesserungen, aber die Pflegenden haben weniger Zeit für die Menschen. Ist der „Pflege-TÜV“ also bürokratischer Schrott..?

Der Fachbereich Gesundheit und Pflege der HFH Hamburger Fernhochschule (Prof. Johannes Möller) und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Rheinland-Pfalz legten kürzlich die Ergebnisse der Begleitforschung zur Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung im stationären Bereich vor. Fazit: Die MDK-Prüfungen brächten zwar „Gewöhnungseffekte“ durch verbesserte Pflegedokumentation, der bürokratische Mehraufwand koste jedoch Zeit die für die direkte Klientenbetreuung fehlt. Und keine erhöhte Pflegequalität.

„Mit den derzeitigen Transparenzkriterien kann offensichtlich weniger die pflegerische Ergebnisqualität beurteilt werden als vielmehr die Anpassungsfähigkeit der Einrichtungen an ein bestehendes Prüfverfahren“, sagt Prof. Möller. Zudem würden ungünstige Anreize gesetzt – weg von der direkten Pflege hin zu Dokumentationsaufgaben. Die unterschiedlichen Ergebnisse unter den Heimen deuten darauf hin, dass das Ziel der Vergleichbarkeit nur begrenzt erfüllt werden könne, umschreibt die Pflegewissenschaft vornehm dieses Debakel.

Der MDK Rheinland-Pfalz sieht durch die Studie die grundsätzliche Kritik am „Pflege-TÜV“ bestätigt: „Diese Studie zeigt, dass die gegenwärtigen Pflege-Transparenzvereinbarungen einer tatsächlichen Qualitätsverbesserung im pflegerischen Handeln der Pflegeheime sogar eher entgegenstehen können und falsche Anreize gesetzt werden. Hier sind dringend grundlegende Verbesserungen vonnöten.“

Zwischen- und Abschlussbericht zum Download unter:können unter:

www.hamburger-fh.de oder www.mdk-rlp.de

Britischer Berufsverband RCN:

Ausstieg aus dem Weltbund der Pflege !

Der Vorstand des Royal College of Nursing (RCN), die freiwillige berufliche Interessensvertretung der Pflegenden im United Kingdom – zu unterscheiden von der britischen Pflegekammer „Nursing & Midwifery Council – NMC“ - wurde am vergangenen Dienstag 23. April auf einer außerordentlichen Sitzung mit knapp 92 % Pro-Stimmen dazu ermächtigt, die Mitgliedschaft im Weltbund der Krankenpflege (Int. Council of Nurses - ICN) zu kündigen. Hintergrund ist eine Debatte über den (hohen?) Mitgliedsbeitrag des RCN an den Weltbund der Pflegeverbände.
(www.rcn.org.uk/newsevents/news/article/uk/council_authorised_to_withdraw_rcn_from_icn)

Anstatt angesichts der enormen künftigen Herausforderungen noch enger als bisher zusammen zu rücken und der Pflege EINE starke Stimme zu verleihen, entsolidarisiert und demontiert sich die professionelle Pflege schrittweise von selbst. Die Politiker wird´s freuen – so regiert es sich doch wesentlich leichter über unsere Köpfe hinweg…

Erich M. Hofer

Schmerzmedizinische Versorgung in Pflegeheimen lahmt und lähmt:

Nachholbedarf wird immer dringlicher

Vom gern geforderten „state of the art“ zeitgemäßer Schmerztherapie ist die Palliativmedizin und –pflege noch Lichtjahre entfernt: Der Deutsche Palliativ- und Hospizverband (DHPV) fordert für jedes Pflegeheim eine spezielle Palliativ-Fachkraft pro zehn Bewohner/innen. Die Heimleitungen sollten nicht darauf warten, dass sie für die Palliativversorgung mehr Geld bekämen, sondern aus Eigeninitiative neue Wege einschlagen: "Wir müssen wegkommen von der Verwaltung hin zur Gestaltung des Lebensabends", so der Verband. Derzeit gibt es in Deutschland rund 11.600 stationäre Pflegeeinrichtungen.

Bereits vor zwei Jahren hatte die Deutsche Hospiz-Stiftung via Wochenmagazin „Stern“ öffentlich gefordert, dass die BewohnerInnen von Pflegeheimen endlich von einer besseren Schmerztherapie profitieren müssten. Die bisherigen Pläne der Bundesregierung gingen nicht weit genug und ließen die rund 300.000 SchmerzpatientInnen in Pflegeheimen außen vor, bemängelte die Patientenschutzorganisation damals und legte einen eigenen Gesetzesvorschlag vor, damit auch Pflegeheime Notfallvorräte an hochwirksamen Schmerzmitteln anlegen dürfen (STERN, 01.03.2011).

www.dhpv.de

Ver.di sammelt Unterschriften:

Für gesetzliche Personalbemessung

Die Gewerkschaft Ver.di hat am 15. April eine Deutschland-weite Unterschriftenaktion für eine gesetzliche Regelung zur Personalbemessung in deutschen Krankenhäusern gestartet. „Das Wohlergehen von Patienten und Beschäftigten in Krankenhäusern darf nicht von betriebswirtschaftlichen Kriterien abhängig gemacht werden. Der Gesetzgeber muss einen klaren Rahmen setzen, um den Druck von den Beschäftigten zu nehmen und eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen", so ver.di-Bundesvorstand Sylvia Bühler in Berlin. Mit der Aktion will die Gewerkschaft zudem auch die Diskussion um die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern intensivieren.

Es dürfe nicht sein, dass etwa in Nachtdiensten immer weniger Fachkräfte eingesetzt würden. Nicht selten müsse eine einzige ausgebildete Krankenpflegerin mit einer Hilfskraft bis zu 70 Kranke versorgen. Im Notfall könnte das für Patienten schnell gefährlich werden. Auch leide die Hygiene, wenn für die Reinigung eines Patientenzimmers nur noch drei Minuten vorgesehen seien und bei Belagswechsel keine Zeit mehr für eine gründliche Reinigung bleibe, moniert die Gewerkschaft. Weil das ausbildende Personal keine Zeit garantiert bekomme, falle zudem häufig die Praxisanleitung für Auszubildende weg. Im Mai plant die Gewerkschaft Schwerpunktaktionen in bundesweit 250 Krankenhäusern.

www.verdi.de

Größte EU-Prävalenzstudie zur Infektion mit Clostridium difficile – CDI :

Jeder fünfte Patient falsch diagnostiziert?

Clostridium difficile-Infektion (CDI), eine potenziell tödliche Erkrankung, ist eine der häufig-sten während der Krankenpflege auftretenden Infektionen [1] und tritt in Krankenhäusern mindestens doppelt so häufig auf wie MRSA-Infektionen. [2],[3]

Erste Resultate aus EUCLID, der bisher größten Prävalenzstudie zu CDI in ganz Europa, wurden gestern auf dem 23. Europäischen Kongress für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten (ECCMID) in Berlin präsentiert. Die Daten zeigen, dass möglicherweise mehr als einer von fünf KrankenhauspatientInnen mit Durchfall, die CDI haben könnten, falsch diagnostiziert wird.[4] Dies kann potenziell zu ungeeigneter oder ungenügender Behandlung führen.[4]. CDI kann schwer verlaufen, und Krankenhauspatienten mit CDI haben eine dreimal so große Wahrscheinlichkeit, im Krankenhaus (oder innerhalb eines Monats nach Ansteckung) zu versterben als Patienten ohne CDI.[5],[6]

Die **EU**ropäische multizentrische, prospektive zweijährige Punkt-Prävalenzstudie zur ***CL****ostridium difficile* **-I**nfektion bei Krankenhauspatienten mit **D**urchfall (EUCLID) fand unter Beteiligung von 482 Spitälern in 20 europäischen Ländern statt. Insgesamt 3.920 Stuhlproben wurden an die nationalen EUCLID-Koordinierungsbüros (NCLs) übermittelt. Beinahe ein Viertel (24,6 %) der von den NCLs als positiv für *C. difficile* befundenen Proben waren auf der örtlichen Krankenhausebene nicht getestet worden, während 47 Proben (2,3 %), die von NCLs als positiv für *C. difficile* befunden wurden, im Krankenhaus getestet wurden, jedoch mit falsch negativem Resultat. Bemerkenswerterweise testeten lediglich 10,6 % der Krankenhäuser alle Stuhlproben von stationären Durchfall-Patienten, und nur 27,4 % verwendeten routinemäßig einen optimierten CDI-Algorithmus.[4]

„Die Studie hat uns gezeigt, dass an einem einzigen Tag 82 Patienten mit CDI wegen unterlassenen Labortests oder mangelnder klinischer Aufmerksamkeit nicht diagnostiziert wurden und insgesamt 246 Patienten ein falsches Resultat erhielten", sagte Mark Wilcox, Professor für medizinische Mikrobiologie, Leeds Teaching Hospitals & University of Leeds. „Damit wird deutlich, dass beim Testen auf CDI in Krankenhäusern in Europa noch Verbesserungsbedarf besteht." (Die EUCLID-Studie wird an der University of Leeds koordiniert).
In der Studie lag die durchschnittliche Inzidenzrate für CDI in ganz Europa bei 6,6 pro 10.000 Patientenbett-Tage[4] und damit deutlich höher als bei einer früheren paneuropäischen Erhebung, dem European Clostridium Infection Survey (ECDIS) von 2008-2009, bei dem eine durchschnittliche Inzidenzrate von 4,1 pro 10.000 Patientenbett-Tage festgestellt wurde.[7] Auch bei der Anzahl der auf *C. difficile* getesteten Proben gab es zwischen den Spitälern große Abweichungen; die höchste Rate von 97 % aller Proben wurde in der Tschechischen Republik gefunden, die niedrigste mit 0 % in Bulgarien.[4]
Überraschenderweise testeten UK-Krankenhäuser lediglich 75 % der Proben, und das trotz nationaler Richtlinien, nach denen alle ungeformten Stühle von stationären Patienten getestet werden sollen.[4]

„CDI ist ein bedeutendes Problem für die Patientensicherheit und zudem eine erhebliche ökonomische Belastung für Krankenhäuser und Gesundheitssysteme", kommentierte Prof. Mark Wilcox. „Es ist wichtig, dass optimale Diagnosemethoden verfügbar sind, da Fehler zu ungeeigneter oder unzureichender Behandlung der Patienten und inadäquaten Kontrollmaßnahmen gegen die Infektion führen können."
Eine zweite Probenahme- und Testphase wird im Sommer 2013 stattfinden; vollständige Resultate und Analyse werden für 2014 erwartet.

Informationen zur Clostridium difficile -Infektion

CDI ist eine schwere Erkrankung, die durch eine Infektion der inneren Dickdarmwand mit *C. difficile*-Bakterien verursacht wird. Die Bakterien produzieren Gifte, die zu einer Dickdarmentzündung, Durchfall und in einigen Fällen zum Tod führen können.[8] . CDI tritt in der Regel nach der Verwendung von Breitband-Antibiotika auf, die sich störend auf die Darmflora auswirken, sodass die *C. difficile*-Bakterien gedeihen können.[8],[9] . In den industrialisierten Ländern ist CDI die führende Ursache für im Krankenhaus erworbenen (nosokomialen) Durchfall [10], und das Risiko für CDI und ein Wiederauftreten der Krankheit ist bei Patienten ab 65 Jahren besonders hoch.[11] . CDI tritt mit den heutigen Behandlungsmethoden bei bis zu 25 % der Patienten innerhalb von 30 Tagen ab Behandlungsbeginn erneut auf.[12],[13],[14] . ESCMID bezeichnet das erneute Auftreten als größtes Problem in der Behandlung von CDI.[15]

Literatur:

1. Ananthakrishnan AN. *Clostridium difficile* infection: epidemiology, risk factors and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2011;8:17-26.
2. UK Health Protection Agency. English national point prevalence survey on healthcare-associated infections and antimicrobial use, 2011: preliminary data. London; Health Protection Agency, 2012.
3. Meyer E, Gastmeier P, Weizel-Kage D, *et al*. Associations between nosocomial meticillin-resistant Staphylococcus aureus and nosocomial *Clostridium difficile*-associated diarrhoea in 89 German hospitals. *J Hosp Infect* 2012;82:181-6.
4. Davies K *et al*. First report from European, multi-centre, prospective bi-annual point prevalence study of *Clostridium difficile* Infection in hospitalised patients with Diarrhoea (EUCLID). Late breaker poster LB-2968 presented at European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID); Berlin, Germany, 27 - 30 Apr 2013.
5. Oake N, *et al*. The effect of hospital-acquired *Clostridium difficile* infection on in-hospital mortality. *Arch Intern Med* 2010;170:1804-10.
6. Hensgens MP, *et al*. All-Cause and disease-specific mortality in hospitalized patients with *Clostridium difficile* infection: a Multicenter Cohort Study. *Clin Infect Dis* 2013;56:1108-16.
7. Bauer *et al*. *Clostridium difficile* infection in Europe: a hospital-based survey. *Lancet* 2011 Jan 1;377(9759(:63-73).
8. Poutanen SM *et al*. *Clostridium difficile*-associated diarrhoea in adults. *CMAJ*. 2004;171:51-8.
9. Kelly CP *et al*. *Clostridium difficile* infection. *Ann Rev Med*. 1998;49:375-390.
10. Crobach MJ, *et al*. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID): Data review and recommendations for diagnosing *Clostridium difficile*-infection (CDI). *Clinical Microbiology and Infection* 2009;15:1053-1066.
11. Pepin J, *et al*. Increasing risk of relapse after treatment of *Clostridium difficile* colitis in Quebec, Canada. *Clin Infect Dis*. 2005;40:1591-7.
12. Bouza E, *et al*. Results of a phase III trial comparing tolevamer, vancomycin and metronidazole in patients with *Clostridium difficile*-associated diarrhoea. *Clin Micro Infect*. 2008;14(Suppl 7):S103-4.
13. Lowy I, *et al*. Treatment with Monoclonal Antibodies against *Clostridium difficile* Toxins. *N Engl J Med*. 2010;362;3:197-205.
14. Louie TJ, *et al*. Fidaxomicin versus vancomycin for *Clostridium difficile* infection. *N Engl J Med*. 2011;364:422-31.
15. Bauer MP, *et al*. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Disease (ESCMID): treatment guidance document for *Clostridium difficile*-infection (CDI). *Clin Microbiol Infect*. 2009;15:1067-79.

Quellen: PRNewswire, 28.04.2013, www.astellas.eu

Drehtür zurück in die Klinik – neuer Risiko-Score hilft vorzubeugen:

Sieben Punkte identifizieren gefährdete Patienten

Eben erst aus der Klinik entlassen, geht es für fast jede/n Fünfte/n kurz darauf wieder dorthin zurück. Wer dafür besonders gefährdet ist, lässt sich jetzt anhand von sieben Risikofaktoren vorhersagen – eine defekte Drehtür zählt jedenfalls nicht dazu.

Ein enormes Sparpotenzial – sowohl an menschlichem Leid als auch an Euro-Milliarden – schlummert in der präventiven Vermeidung von erneuten stationären Aufnahmen kurz nach einer Klinikentlassung. Gerade bei diesen Patienten würde sich eine intensivere Betreuung in der Übergangsphase zur Vermeidung belastender und kostspieliger Wiederaufnahmen wahrscheinlich auszahlen. Ein Team um Dr. Jacques Donzé von einem der besten Spitäler der USA (Brigham and Women's Hospital, Boston) hat jetzt einen einfachen Score entwickelt: Der HOSPITAL-Score beinhaltet sieben unabhängige Risikofaktoren für (vermeidbare) Wiedereinweisungen binnen 30 Tagen, die weder planmäßig noch auf Grund einer nicht vorhersehbaren, neuen Erkrankung erfolgen.

Die Vorhersagekraft des Scores ist sehr hoch. Entsprechend der Gesamtpunktzahl wird das Risiko als niedrig (0-4), mittel (5-6) oder hoch (mehr als 7 Punkte) eingestuft. Zur Entwicklung des Scores wurden 10.731 Entlassungen validiert. Das mittlere Alter der Patienten lag bei 61 Jahren. Bei 879 entlassenen PatientInnen (8,5%) wurde die erneute Aufnahme als vermeidbar angesehen.

"Der einfach zu benutzende Score versetzt Ärzte in die Lage, prospektiv jenes Viertel ihrer Patienten zu identifizieren, die ein hohes Risiko für vermeidbare Wiederaufnahmen haben", so das Fazit der Autoren. Damit ermögliche der Score, aufwändige Interventionen zur Vermeidung von erneuten Einweisungen auf diejenigen PatientInnen zu konzentrieren, die am meisten davon profitieren. (Quelle: www.brighamandwomens.org , 25.03.2013).

Ein gutes Nahtstellenmanagement zwischen stationärer und extramuraler Weiterversorgung wird bei sinkender Verweildauer immer wichtiger für den (auch finanziellen) therapeutischen Gesamterfolg. Fehlt dies, folgt der kostspielige und die PatientInnen enorm belastende „Drehtüreffekt". Den Preis für die suboptimale Erstentlassung zahlen sodann alle - die Kranken und die Beitragszahler. Bis wann der aussagekräftige Score in Österreichs Spitälern angewendet wird? Hoffentlich schon sehr bald… Erich M. Hofer

Wie nehme ich meine Tabletten nach der Entlassung richtig ein?

Medikationsplan im Krankenhaus für zuhause

Auf der Healthcare IT Messe conhIT 2013 in Berlin präsentierte das Universitätsklinikum Heidelberg (11.000 MitarbeiterInnen, 2.200 Betten) seinen einzigartigen illustrierten Medikationsplan AiDKlinik® **. Dieser ist an allen Bildschirmarbeitsplätzen im Intranet verfügbar und bietet maßgeschneiderte Infos zur richtigen Arzneimittelverabreichung im Dienste der Patientensicherheit.**

Die richtige Einnahme von Tabletten ist nicht selbstverständlich und muss dem Patienten vermittelt werden. Einen Medikationsplan mit mehr als 25.000 maßgeschneiderten Anwendungstipps für Patienten und pflegende Angehörige zuhause stellt das UKH anschaulich mit Piktogrammen illustriert zum Ausdrucken bereit. AiDKlinik® ermöglicht die sachgerechte Verschreibung und Dosierung von mehr als 60.000 Arzneimitteln und wird seit zehn Jahren am UKH erfolgreich eingesetzt.

Arzneimittel können erst sicher wirken, wenn sie auch richtig gehandhabt und korrekt und regelmäßig verabreicht und eingenommen werden. Wichtige Empfehlungen können u.a. sein: „Vor dem Essen“, „nie mit Milchprodukten“, „nur im Stehen oder Sitzen“, „Mund spülen nach der Gabe“, „Zäpfchen mit stumpfer Seite einführen“, „Kopf beim Schlucken nach vorne neigen“ aber auch „Kapsel nie öffnen“ oder „Tablette nicht teilen“. Diese sind strikt einzuhalten, um Nebenwirkungen oder auch Überdosierungen zu vermeiden und maximale Wirksamkeit zu erzielen. Für eine erfolgreiche Therapie ist es entscheidend, dass die Patient/innen kompetente und verantwortungsbewusste Partner im Therapieprozess sind. Deshalb müssen bei jeder Verordnung im Klinikum unmissverständliche Hinweise zur richtigen Anwendung gemacht werden.

Am UK Heidelberg wird seit vielen Jahren die medikamentöse Therapie im Entlassungsbrief und die rezeptierte Medikation in den Ambulanzen durch die elektronische Verordnungsplattform AiDKlinik® erstellt. Gleichzeitig kann jetzt auch der Einnahmeplan für den Patienten ausgedruckt und nach Hause mitgegeben werden.

Der Heidelberger Medikationsplan bietet Patienten somit umfangreiche, standardisierte und maßgeschneiderte Informationen zur Arzneimittelapplikation und -einnahme. Mehrjährige Erfahrungen zeigen nicht nur überzeugte Ärzte, auch die Patienten sind begeistert vom Einsatz des Medikationsplans (Quelle: Universitätsklinikum Heidelberg, 05.04.2013).

www.klinikum.uni-heidelberg.de/UEberblick.117526.0.html

Volkshilfe Steiermark:

Seniorenzentrum Frohnleiten offiziell eröffnet

Das SZ Frohnleiten bietet seit kurzem 73 Dauergästen in 45 Einbett- und 14 Zweibettzimmern Platz. PDL Ingeborg Fank (r.) freut sich, den Bewohner/innen einen hohen Wohnkomfort und modernste Pflegestandards bieten zu können. "Damit sich die SeniorInnen wie Zuhause fühlen, können sie ihre Zimmer individuell einrichten. Wir haben außerdem eine schöne Cafeteria, einen freundlichen Speisesaal und vor der Tür viel Grün", beschreibt Heimleiter Gregor Gambutz das Ambiente.

Insgesamt betreibt die Volkshilfe in der Steiermark 25 Seniorenzentren mit rund 1.500 Klient/innen. Im April 2009 übernahm die Volkshilfe im Auftrag der Stadt bereits die Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sowie Essen auf Rädern etc. und bietet nun in Frohnleiten sämtliche Pflege- und Betreuungsleistungen aus einer Hand an.

WWW.STMK.VOLKSHILFE.AT

Diakonie-Zentrum Salzburg:

Erweiterte Demenzberatung

Das „Kompetenz-Netzwerk Alter“ im DKZ Salzburg war für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen schon bisher ein wichtiger Ansprechpartner. Nun werden in der Demenzberatung – ermöglicht durch eine deutsche Stiftung - großteils kostenlose Dienstleistungen angeboten. Es geht darum Betroffene dort zu unterstützen, wo es notwendig ist, ihnen zuzuhören und gemeinsam mit ihnen zu handeln. In der professionellen Begleitung muss es gelingen, in die Welt der Menschen mit Demenz einzutauchen. Aber damit ist weder infantiles Verhalten noch eine naive Betrachtungsweise gemeint.

In einem unverbindlichen telefonischen Erstkontakt erfahren Betroffene mehr über das Unterstützungsangebot das vom ausführlichen persönlichen Gespräch über die gerontopsychologische Beratung, kostenlose fachärztliche Sprechstunden, das Alzheimer Café bis zu Fachvorträgen und Workshops reicht.

www.demenzberatung-salzburg.at

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried, OÖ:

OP- und Ambulanzgebäude eröffnet

Vor dem KH-BHS Ried (Vinzenz Gruppe, 438 Betten, 1.322 Mitarbeiter/innen) entstand ein neues OP- und Ambulanzgebäude, das auch Platz für eine erweiterte Tagesklinik, eine überdachte Rettungshalle, eine Tiefgarage sowie für Parkdecks bietet.

In Anwesenheit von Landeshauptmann Josef Pühringer und Bischof Ludwig Schwarz fand am Freitag, 19. April die Eröffnung statt. Das neue Gebäude vereinigt nun alle OP-Säle sowie Ambulanzen, Tageskliniken und die Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte. Die bisherige Parkraumnot konnte behoben, eine zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ab Juni) installiert und eine wetterfeste Rettungshalle eingeplant werden. Auch im Hauptgebäude wurde vielfältig saniert (Bettentrakte, HS-Landeplatz, Kapelle,...). Die durchschnittliche Verweildauer im KH-BHS Ried beträgt derzeit 4,0 Tage.

www.bhs-ried.at

Die Kraft der Sprache

Möglichkeiten in der Pflegevisite

Worte haben schon seit ihrem Ursprung eine Kraft, die unvorstellbare und grenzenlose Optionen bietet. Durch ein einziges Wort können Kriege und Frieden entstehen. Es kann Gefühle und unser Befinden beschreiben, sodass es unser Gegenüber versteht und es keiner weiteren Erklärungen bedarf. Wir brechen mit einem einzigen Wort Herzen oder bieten die Erfüllung, die man sich so lang ersehnt hat. Wir schaffen es in einer Krisensituation mit Worten Vertrauen und Energie zu schenken. Diese Kraft sollten wir uns von Zeit zu Zeit wieder ins Gedächtnis rufen.

Gerade in einer Gegenwart, in der wir für ein ausgedehntes Gespräch nicht immer die Zeit haben, müssen wir Ressourcen optimieren, um unser effizientes und professionelles Tun sicher zu stellen. Die Pflegevisite, eine unserer kräftigsten Evaluierungsmethoden um unsere Pflegemaßnahmen zu bewerten, bedient sich genau dieser Kraft, die so unsagbar wichtig ist: Die Kraft der Sprache.

Die Projektplattform für Pflegewissenschaft & -praxis „Pflege Professionell" und das Hartmannspital laden herzlich zur Teilnahme ein. Durch die Unterstützung unseres Netzwerkpartners "Hartmannspital" ist diese Fort-bildung für DGKS/P kostenlos, eine Teilnahmebestätigung wird ausgestellt.

Mittwoch 5. Juni oder Mittwoch 26. Juni 2013, jeweils 13 – 15 Uhr

Hartmannspital – Franziskussaal
Nikolsdorfergasse 26-36, 1050 Wien

Begrenzte Teilnehmerzahl !

Online-Anmeldung unter:
www.pflege-professionell.at/anmeldung-juni.html

Kostenlose Anzeige.
Unterstützt vom LAZARUS PflegeNetzWerk Österreich
www.lazarus.at

Individuelle Bildungs- und Karriereplanung in der Pflege:

SALK geht neue Wege

SALK: Pflegeberuf wird attraktiver

Mit einem neuen Karrieremodell für MitarbeiterInnen aus der Pflege zieht die SALK international nach.

Die Anforderungen in der Krankenpflege werden immer komplexer und müssen heute in wesentlich kürzerer Zeit erledigt werden. Gerhard Salzlechner, Pflegedirektor an der Christian-Doppler-Klinik, ist einer, der es wissen muss. Er hat einst selbst die Krankenpflegeschule absolviert und beobachtet aktuelle Entwicklungen genau. Spezialisierungen seien, so ist er sich mit seiner Kollegin Margret Hader, Pflegedirektorin am Landeskrankenhaus Salzburg, einig, heute zunehmend gefragt. Etwa in Bereichen wie Suchterkrankungen, Stillberatung, Demenz oder Diabetes. Auch reiche es längst nicht mehr aus, nur mit einer Grundausbildung das ganze weitere Berufsleben zu bewältigen.

„Wir haben deshalb nun – nach den Ärzten – auch ein Karrieremodell für die Pflege implementiert", berichtet SALK-Chef Burkhard van der Vorst, „um einerseits die Tätigkeit selbst, aber auch uns als Arbeitgeber attraktiver zu machen. Es zielt darauf ab, den Erwerb von zusätzlichem Wissen zu erleichtern, und schafft dafür auch gezielt Anreize."

Das Pflegepersonal stellt mit rund 2400 Mitarbeiter/innen die zahlenmäßig größte Berufsgruppe in den Kliniken der SALK (LKH, CDK und Landesklinik St. Veit) dar. Das jetzt entwickelte Karrieremodell ist Teil eines umfassenden Konzeptes, nach dem bis zum Jahr 2016 auch entsprechende Anpassungen für das medizinisch-technische Fachpersonal und in der Verwaltung umgesetzt sein sollen. „Selbst in Zeiten eines knappen Budgets ist es uns enorm wichtig, diese Modelle umzusetzen", so Van der Vorst, „weil letztendlich nur so eine optimale, medizinische Versorgung im Land Salzburg sichergestellt werden kann." Und auch Pflegedirektorin Margret Hader betont: „Das SALK-Karrieremodell ist ein originäres und sehr gelungenes Konzept, um die professionelle Pflege, aber vor allem auch die Patientinnen und Patienten auf allen Ebenen individuell zu unterstützen bzw. Hürden zu überwinden. In anderen Ländern, wie etwa Amerika, hat man damit bereits großen Erfolg."

Beim Karrieremodell Pflege handelt es sich um ein Stufenmodell mit den drei Säulen „Fachentwicklung", „Management" und „Lehre". Die Weiterentwicklung ist sowohl horizontal, also bereichsübergreifend, als auch vertikal nach oben möglich.

„Das hält unsere Arbeitsplätze attraktiv, und das Know-how unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleibt in den SALK", sagt van der Vorst, „denn ähnliche Modelle haben bereits gezeigt, dass nachvollziehbare Karrierewege positiv auf bestehende und anziehend auf künftige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wirken."

Wer bereits in einem Pflegeberuf arbeitet, kann aus diversen Fort- und Weiterbildungsprogrammen wählen. So etwa werden Seminare zur Burn-Out-Prophylaxe, Arbeitsbewältigungs-Coachings, Schwerpunktseminare für MitarbeiterInnen 44+ und vieles mehr angeboten. Alle Seminare, selbst wenn sie nicht die erforderliche Mindesteilnehmerzahl erreichen, werden unter Garantie abgehalten. Zudem kann jede Zusatzausbildung berufsbegleitend bzw. im Rahmen der Dienstzeiten absolviert werden. Die Finanzierung wird zur Gänze oder zumindest zu einem großen Teil übernommen.

Ein zusätzlicher Fokus soll auf Berufsumsteigerinnen und WiedereinsteigerInnen gelegt werden. Hierfür wird gerade ein Modell für eine vierjährige berufsbegleitende Diplomausbildung entwickelt.

Nachwuchsprobleme, die sich vor einiger Zeit durchaus noch bedrohlich ausnahmen, seien inzwischen relativiert. Nur 20 Vollzeitstellen blieben aktuell unbesetzt – bei 2.100 Vollzeitstellen. Und auch was den Zulauf zur Krankenpflegeschule betrifft, hätten diverse Maßnahmen – letztlich mit dem Ziel, dem Mangel an Pflegekräften entgegenzuwirken, bereits Früchte getragen. „Das Land stellt dafür jährlich 600.000 Euro zur Verfügung", zeigt sich Van der Vorst zufrieden. „So konnten wir seit 2011 30 neue Ausbildungsplätze in unserer Krankenpflegeschule schaffen und weitere 25 bei der Sonderausbildung für Psychiatrische Kinder- und Jugendlichenpflege. Gleichzeitig wurde die Zahl der Lehrer entsprechend erhöht."

„Pflege deinen Traum"

Weil der Pflegeberuf oftmals noch in einem falschen Licht gesehen wird, hat man seitens der SALK eine Info-Kampagne („Pflege deinen Traum") gestartet, die bereits Wirkung zeigt. „Aktuell haben wir so viel Anmeldungen wie noch nie zuvor", freut sich der SALK-Chef, „und das trotz der geburtenschwachen Jahrgänge!"

Freuen sich gemeinsam über das neue Karrieremodell: Gerhard Salzlechner, Pflegedirektor der CDK Salzburg, SALK-GF Burkhard van der Vorst sowie Margret Hader (Leitung) und Herbert Herbst (Assistent) von der Pflegedirektion des LKH Salzburg (v. li.).

Spitzenmedizin benötigt Spitzenpflege. Dazu gehört neben attraktiven Karrieremöglichkeiten auch entsprechende Transparenz und Entlohnung – Anforderungen, denen nun in den SALK Rechnung getragen wird.

VON STUFE ZU STUFE ZU MEHR KOMPETENZ

Fachentwicklung Pflege	Stufe 5	Doktor der Pflegewissenschaft
	Stufe 4	Pflegeexpertin oder gleichgehaltende Funktionen
	Stufe 3	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in erweiterten und speziellen Tätigkeitsbereichen (Intensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie sowie Pflege im Operationsbereich bzw. in Krankenhaushygiene)
	Stufe 2	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, ggf. auch mit stationsinternen (z.B. Praxisanleitung) oder stationsübergreifendem Handlungsfeld (z.B. Still- und Laktationsberatung)
	Stufe 1	Pflegehilfe

Das Karrieremodell für die fachliche Entwicklung in der Pflege erstreckt sich von der Pflegehilfe bis hin zum Doktor der Pflegewissenschaft.

Fotos/Illustration: SALK

Quelle: SN. - Nähere Infos unter: www.salk.at

Einladung

Veranstaltung „Die lange Nacht der Pflege“

Motto: **Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken**

23. Mai 2013 um 17.00 - 22.00 Uhr

Ort: Festsaal des
Amtshauses, 2. Stock
Karl-Borromäus-Platz 3
1030 Wien

Eintritt frei

Veranstaltung des ÖGKV LV Wien und ÖGKV LV Niederösterreich in Kooperation mit Wiener KAV

ÖSTERREICHISCHER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE-VERBAND

GesPW Gesellschaft Pflegewissenschaft

kav wiener krankenanstalten verbund Unternehmen Gesundheit

StaDt Wien

Ehrenschutz: Stadträtin Mag. Sonja Wehsely

Veranstaltung „Die lange Nacht der Pflege“ am 23. Mai 2013 in Wien

Programm

17.00 – 17.30 **Eröffnung und Begrüßung**
Landesvorsitzende des ÖGKV LV Wien Brigitte Lagler, MSc
Präsidentin des ÖGKV Ursula Frohner
Bezirksvorsteher Erich Hohenberger
Oberin Erika Degendorfer, Wr. KAV, Generaldirektion

17.30 – 18.10 **Überreichung der „Ehrenzeichen für besondere Verdienste um die österreichische Pflege“ an**
Sr. Angelinia – Notburga Agstner
Sr. Maria Notburga – Paula Reichegger
Schuldirektorin Erna Braunsdorfer

Akad. Leiterin des Pflegedienstes Maria-Theresia Radl

18.15 – 18.40 **Gesundheitsziele**
Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, MSc, DTM&H

18.45 – 19.45 **Podiumsdiskussion**
Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
Ursula Frohner | Gabriele Fuchs-Hlinka, MSc
Priv.-Doz. Dr. phil. Karl Krajic | Dr. phil. Sigrid Pilz
Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, MSc, DTM&H
Moderation: Claudiu Suditu, BSc.

19.45 – 20.30 **Pause und informelle Diskussion beim Buffet**

20.30 – 20.55 **Gelebte Gesundheitsförderung**
Mag. Markus Gaggl LfGuK | Mag. Brigitte Braunschmidt LfGuK

21.00 – 21.25 **Gesundheitskompetenz durch Pflegeberatung**
Ingrid Burtscher LfGuK

21.30 – 22.00 **Resümee und Quiz-Preisverleihung**
Brigitte Lagler, MSc | Claudiu Suditu, BSc.
Univ.-Doz. Dr. Vlastimil Kozon, PhD.

Wir danken unseren Sponsoren für die Unterstützung: (Stand per 28.4.2013)

HERZ-JESU KRANKENHAUS GmbH
TENA
UMIT the health & life sciences university
PFLEGE GRUPPE
Caritas Haus Schönbrunn
MANZ PFLEGERECHT
KCI
rentex WIEN medical. solutions.
schülke

3-Länderkonferenz Pflege und Pflegewissenschaft

15. – 17. September 2013 in Konstanz

Die 3-Länderkonferenz bietet Pflegefachpersonen, PflegewissenschafterInnen, -managerInnen und -pädagogInnen die Möglichkeit, laufende und abgeschlossene Projekte, Modellvorhaben und wissenschaftliche Arbeiten in Form von Referaten oder Posterpräsentationen einem breiten Publikum vorzustellen.

Eine Veranstaltung von:
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. - DBfK
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband - ÖGKV
Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer - SBK
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.
Gesellschaft der Pflegewissenschaft im ÖGKV
Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft

Die Konferenz versteht sich als Plattform zum Austausch von wissenschaftlichen Erkenntnissen und zur Förderung des Dialogs zwischen den ReferentInnen und TeilnehmerInnen. Gleichzeitig soll die Vernetzung im deutschen Sprachraum und der Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die pflegerische Praxis gefördert werden.

Schwerpunktthemen für freie Vorträge und Poster:
1. Pflege in familialen Systemen
2. Leben mit chronischer Erkrankung
3. Pflegesensitive Ergebnisse

Poster-Anmeldung, nähere Infos und Programm unter:

www.3-laenderkonferenz.eu

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

SBK ASI

Kostenlose Anzeige.
Unterstützt vom LAZARUS PflegeNetzWerk Österreich
www.lazarus.at

1998–2013 15 LAZARUS PflegeNetzWerk 15 JAHRE ONLINE

Ausgabe 4-2013 der Zeitschrift Pflegewissenschaft erschienen

Im Editorial schreibt Andrea Dobrin Schippers:

Qualitätstransparenz und -entwicklung – quo vadis?

Es existieren vielfältige Anstrengungen, Qualität im Gesundheitswesen abzubilden, um Einrichtungen im Gesundheitswesen vergleichbar zu machen, aber auch um Anhaltspunkte für kontinuierliche Verbesserungsprozesse zu erhalten. Externe Interessensgruppen wie Versicherer, politische Entscheidungsträger, Fachpublikum oder die Bevölkerung sollen die Möglichkeit erhalten, transparente Vergleiche zwischen Kliniken und Spitälern herzustellen. Hierzu sollen in vielen Ländern national einheitliche Ergebnisqualitäts-Messungen umgesetzt und veröffentlicht werden.

Bisher basieren Veröffentlichungen von Qualitätsdaten meist auf der Angabe eigener Daten der Kliniken. In Deutschland und in anderen nordeuropäischen Staaten geht der Trend zur Sekundäranalyse von Routinedaten, die beispielsweise als Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen bereits vorliegen. In der Schweiz wurden mit einer eher hohen zusätzlichen administrativen Belastung, verpflichtend für alle Akutspitäler, Rehabilitationskliniken sowie psychiatrische Kliniken, einheitliche Outcome-Messungen vorgegeben. In der Psychiatrie sollen z. B. Symptomselbst- und -fremderfassungen aller Patienten bei Aufnahme und Entlassung Aufschluss über erfolgreiche Behandlungsverläufe geben; hier stehen erste Auswertungen und erforderliche Risikoadjustierungen noch aus.

In der Akutsomatik sind dies u.a. Rehospitalisations-/Reoperations- und Infektionsraten, Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus sowie eine Patientenzufriedenheitsmessung mit fünf Fragen. Die Messinstrumente beruhen auf dem Kompromiss, alle Patienten in der Schweiz einschließen zu wollen und dem Konsens zwischen vielen Beteiligten. Durch jährliche Schulungen und das Train the Trainer Prinzip soll eine hohe Interraterreliabilität gewährleistet werden. Die Ergebnisse werden in grafischen Darstellungen der eigenen Klinik gegenüber den Anderen anonym dargestellt. Ein Herausarbeiten der Gründe für ein „gutes“ oder „schlechtes“ Abschneiden, um von den Besten lernen zu können, sind bisher nicht vorgesehen.

Erste Rückmeldungen zeigen, dass die Erwartungen, Maßnahmen aus den Ergebnissen abzuleiten, eher nicht erfüllt werden. Auch der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) publiziert, dass der Kurzfragebogen zum Einen kaum zwischen den Spitälern differenziert und zum Anderen keine tiefergehenden Befragungen ersetzt. Die Auswertung von Routinedaten oder das Messprogramm des ANQ kann deshalb eher – eine ausreichende Differenzierung vorausgesetzt – für ein Screening oder Monitoring geeignet sein. Ob diese Erwartungen erfüllt werden, muss in den nächsten Jahren evaluiert werden.

Aber reicht es, Rehospitalisationsraten zu erfassen? Oder ist es zur Ableitung von Verbesserungspotential nicht notwendig, stattdessen oder auch die Patienten und Behandelnde zu befragen, welche Ursachen sie für eine Wiedereinweisung ins Spital sehen? Konkrete Hintergrundinformationen, beispielsweise Wartezeiten von Patienten, unterstützen eine gezielte Prozessoptimierung.

Elementar sind aber auch vor allem Informationen von den Patienten. Wie haben sie die entstandenen Wartezeiten empfunden? Waren sie bei ihrer Entlassung über Sinn und Einnahme aller Medikamente informiert? Wie empfanden sie Wartezeiten auf Schmerzmittel? Hatten sie nach der Narkose Halsschmerzen? Hat bei der Aufnahme in der Klinik jemand aus der Pflege mit ihnen gesprochen, um Informationen über sie zu bekommen, z. B. wie es ihnen geht, was sie für Unterstützung benötigen?

Konkrete themenbezogene Fragen an Patienten und Behandelnde könnten, jährlich zu wechselnden Themen (z. B. Schmerzmanagement, Palliative Care, Patientenedukation und -kommunikation) abgestimmte Qualitätsentwicklungsprogramme auslösen und die Integration pflegewissenschaftlichen Wissens in die Praxis forcieren. Durch eine engere Verknüpfung von pflege- und gesundheitswissenschaftlichem Wissen in Expertenstandards/Leitlinien und einem institutionellen Qualitätsmanagement jenseits von Lobbyismus könnten Nationale Best Practice Beispiele landesweit thematisiert und an die Praxis zurückgegeben werden. Das Engagement studierter Pflegender zur Mitgestaltung wäre hier sehr wünschenswert.

Wenig differenzierende Kennzahlen und Befragungen im Längsschnittvergleich mit „toten“ Benchmarks auf geduldigem Papier könnten verhindert werden. Sinnbringende, valide sowie transparente Informationen wären in einem Benchmark-Pool geeignet, um wirklich an der Versorgung der Patienten arbeiten und Verbesserungen erwirken zu können und um Theorien der Pflegewissenschaft zu bestätigen. Der Transfer Theorie – Praxis kann dadurch einen großen Sprung machen und vor allem mit den meist großen Datensatzzahlen hinterlegt werden.

Als Beispiel kann hier die Entwicklung in der Dekubitusprävention erwähnt werden, da die rückläufigen Inzidenzzahlen bestätigen, dass auf diesem Gebiet eine Menge an Anstrengungen geleistet wurde und diese zu deutlichen Erfolgen in der Patientenversorgung geführt haben.

„Pflegewissenschaft“
ist die internationale, peer-reviewte Fachzeitschrift für alle Berufe der Pflege. Sie erscheint monatlich um Umfang von 64 Seiten als Print- und Online-Ausgabe. Im Archiv finden Sie alle Beiträge, beginnend mit der Erstausgabe 12-1998 im Volltext zum Download.

Folgende Fachartikel finden Sie in der aktuellen April-Ausgabe 2013:
www.pflege-wissenschaft.info/pflegewissenschaft/aktuelle-ausgabe

New Council appointed to lead NMC 2013 – 2016:

The corporate plan – lot of work waiting

Last Friday the Privy Council has confirmed the appointment of ten people to the Nursing and Midwifery Council (NMC), in addition to the existing Chair, Mark Addison. The first formal meeting of the new Council will be 23 May 2013.

A lot of work has been devoted to ensuring that this Plan puts patients and the public at the heart of everything NMC will do. It not only sets out the objectives and goals for the next three years, but also outlines how the new team intends to achieve them - this practical business plan also provides a benchmark by which success may be measured.

Read the NMC Corporate Plan 2013-2016

The NMC regulates nurses and midwives in the interests of public protection and of confidence in the professions. The new Council has members from each of the four countries of the UK. The Chair of the NMC, Mark Addison, said: "The NMC has a vital role as the largest single healthcare regulator worldwide. The new Council will take the NMC to the next stage, building on the hard work and commitment of the old. It will be the new Council which takes forward our responses to the challenges of the Francis Report."

Summary operating budget

2013–2014 budget summary by directorate

	£'000s	%
Office of the Chair and Chief Executive	566	1%
Corporate Governance	3,128	4%
Registration	3,411	5%
Continued Practice	3,085	4%
Corporate Services	14,652	21%
Fitness to Practise	39,914	56%
Projects	106	0%
Depreciation	3,068	4%
Tax/General expenses	57	0%
Central pool	3,515	5%
Total	**71,502**	**100%**

www.nmc-uk.org

Vorwärts in die Vergangenheit oder:

Wer bestimmt über die Zukunft der Altenpflege?

Mit ganz wenigen Ausnahmen besteht breiter Konsens für eine Ausbildungsreform mit dem Ziel einer generalistischen Ausbildung und der berufsrechtlichen Schaffung eines zweiten Wegs in die Profession durch ein Bachelor-Studium. Die Argumente dafür – und dagegen - sind bekannt und breit diskutiert. Das hat bei den Fachleuten zu dem genannten großen Konsens geführt.

Kurz zusammengefasst begründet sich der Reformansatz aus den veränderten und steigenden Anforderungen bei Klienten und Versorgungssystemen, den demografischen Veränderungen und der daraus resultierenden Einsicht, dass wir heute anders und besser qualifizieren müssen, wenn wir Menschen für den Beruf gewinnen und sie dort möglichst ein Arbeitsleben lang halten wollen. Angesichts immer weiter sinkender Halbwertszeit von Wissen und Know-how ist das ein weiteres starkes Argument für eine **generalistische Qualifizierung**, die eher lehrt wie Wissen erworben, aktualisiert und in die Praxis umgesetzt wird, als Fakten und Techniken zu vermitteln. Ausbildung durch Einarbeitung hat ausgedient - wir brauchen Menschen, die ihren Beruf möglichst lange ausüben können und wollen !

Seit kurzem wiederholt sich ein Teil der Diskussion von vor 2003 als es darum ging, die Altenpflege als Heilberuf zu etablieren. Damals gelang es mit Hilfe des Bundesverfassungsgerichtes, einen besseren Status der Altenpflege als Heilberuf und vor allem einen bundeseinheitlichen Ausbildungsstandard zu erreichen. In den zehn Jahren seither haben sich die Anforderungen nochmals deutlich Richtung Heilberuf entwickelt. Wer heute zurück will zur sozialpflegerischen Altenpflege von vor 2003 oder in Richtung Heilerziehungspflege, koppelt die Altenpflege von der Professionalisierungsdebatte in der Pflege ab und wird angesichts der demografischen Herausforderungen eine Deprofessionalisierung befördern. Mit allen negativen Konsequenzen für Kompetenz, Weiterentwicklungschancen, Status und nicht zuletzt Vergütung. Statt der von einigen befürchteten „Kolonialisierung der Altenpflege“ durch die Krankenpflege würde eine Abgrenzungsdiskussion mit der Hauswirtschaft und Betreuung beginnen müssen. Auch die automatische Anschlussfähigkeit in Europa wäre weiterhin nicht gegeben.

Aber vielleicht ist das ja so gewollt? Denn dadurch hätte mancher Träger und seine Vertreter und auch die bestehenden Schulen ein scheinbar leichteres Leben. Für einige Altenpfleger/innen bliebe der befürchtete Heimatverlust aus. Für die Berufsangehörigen der Altenpflege insgesamt wäre das aber ein Bärendienst. Denn die Steuerung, die Beratung und die Begutachtung lägen auf jeden Fall bei den höher qualifizierten Pflegefachpersonen einer dann generalistisch reformierten Gesundheits- und Krankenpflege. Die Sehnsucht nach der „guten alten Zeit“ bietet im 21. Jahrhundert keine Basis für die Zukunft der Pflegenden. Es wäre für die Betroffenen besser, alle Energie in eine möglichst gute generalistische Ausbildung zu investieren, die aus den spezifischen Kompetenzen der bisherigen drei Pflegeberufe einen neuen Pflegeberuf entwickelt.

Gleichermaßen am Ziel vorbei gehen die Argumente gegen gestufte Qualifizierungen. Wenn die Sorge vor geringeren Berufschancen von Menschen mit einer Assistenzqualifikation mit dem Festschreiben eines nicht zu anspruchsvollen, einrichtungsspezifisch ausgerichteten Profils der Ausbildungen führt, ist die Herausforderung, vor die demografischer Wandel und epidemiologische Veränderungen uns stellen, nicht verstanden worden.

Wir drohen vollständig den Anschluss an Europa zu verlieren. Es ist doch nicht nachvollziehbar, dass bei uns alles ganz anders ist als im Rest Europas? Sowohl die Charakteristika von Menschen, die Gesundheitsversorgung und Pflege benötigen sind vergleichbar, wie auch die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Begründung pflegerischen und medizinischen Handelns. In internationalen Studien ist belegt, dass je höher die Qualifikation und je besser das Zahlenverhältnis Pflegefachperson zu Klient, desto niedriger die Komplikationsrate und desto besser die Ergebnisse der Versorgung. Es gibt z.B. weniger Infektionen, Wundheilungsstörungen und auch weniger Todesfälle. Patienten und pflegebedürftige Menschen in einem der reichsten Länder der Welt sollten da keine Abstriche hinnehmen müssen. Wir sollten nicht nur anstreben die besten Autos der Welt herzustellen, sondern auch die beste Gesundheitsversorgung und Pflege anzubieten.

Der DBfK als Generalistenverband mit Mitgliedern aus allen drei Pflegeberufen setzt auf die konstruktiven Kräfte auf allen Seiten für eine Weiterentwicklung der Profession durch eine generalistische Ausbildung und eine akademische Ausbildung als zweiten Zugang zum Beruf.

Stark für die Pflege | DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Quelle: Aussendung vom 28.04.2013
www.dbfk.de

Wiener Rotes Kreuz:

Abendseminare für pflegende Angehörige

Wer einen unterstützungsbedürftigen Angehörigen pflegt, ist oft einer zeitlichen und emotionalen Mehrfachbelastung ausgesetzt. Das Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes unterstützt pflegende Angehörige deshalb das ganze Jahr hindurch mit einer Reihe von Gratisvorträgen.

„Keine Zeit“ zu haben, weil die Bedürfnisse eines anderen Menschen in den Vordergrund rücken: das ist, was pflegende Angehörige oft am stärksten belastet. Zeit für sich selbst fehlt, aber auch Zeit sich zu informieren, wie man den Pflegealltag erleichtern kann.

Dabei unterstützt das ABZ des Wiener Roten Kreuzes pflegende Angehörige mit einer kostenlosen Vortragsreihe. „Unsere Abendvorträge bieten eine unkomplizierte Informationsmöglichkeit. Ausgewählte ExpertInnen präsentieren die wichtigsten Antworten zum jeweiligen Thema und es wird individuell auf Fragen eingegangen. So sparen sich die Angehörigen oft langwieriges Recherchieren von Problemstellungen – sie müssen nur noch die Zeit aufbringen, zu uns zu kommen“, so Pflegedirektorin Claudia Michalica-Zottl vom ABZ. „Wir erleben täglich, wie viel pflegende Angehörige leisten. Unsere Vorträge sollen deshalb helfen, durch praxisnahe Tipps individuelle Wege zur Erleichterung des Pflegealltags zu finden.“

Das ganze Jahr hindurch stehen für pflegende Angehörige relevante Themen auf dem Programm (aktuell zu finden im Veranstaltungskalender unserer Angehörigen-Plattform PFLEGE DAHEIM unter: www.pflegen-daheim.at):

- „Ernährungsempfehlungen in der dritten Lebensphase“ (14. Mai, 18 - 20 Uhr)
- „Würdevolles Sterben zu Hause – ist das möglich?“ (17. Sept., 18 - 20 Uhr)
- „Selbstbestimmt durch eine Willenserklärung, wann ist eine Vorsorgevollmacht erforderlich?“ (15. Oktober, 18 - 20 Uhr).

Alle Vorträge finden im Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes (Safargasse 4, 1030 Wien) statt. Die Teilnahme an den Kursen ist kostenlos, um Voranmeldung wird jedoch gebeten (Foto: ÖRK / Anna Stöcher)

Nähere Infos und Online-Anmeldung: www.wrk.at/abz

"Für mich ist Denkmal ein lebenslanger Imperativ, der aus zwei Wörtern besteht."

Fritz Grünbaum
österr. Schauspieler, Kabarettist, künstlerischer Leiter des „Simpl" in Wien, erfand mit seinem Schüler Karl Farkas die Doppelconférénce (1880 – 1941 im KZ Dachau)

LAZARUS
Das andere Medium der Pflege. Seit 1986.

LAZARUS® ist seit über 900 Jahren die älteste Pflege-"Marke" - sie gab den Lazaretten dieser Welt einen Namen.

LAZARUS PflegeNetzWerk

Österreichs führendes PflegeNetzWerk AustroCare®
und bereits 47 Partner kooperieren für IHREN Erfolg.

Seit 15 Jahren online - www.LAZARUS.at

Tages-aktuell online:
Job-Börse und Fort-/Weiterbildungs-Anzeiger
Speziell für Ihre eiligen Angebote: 24 Stunden-TopService!

Tages-aktuell informiert?

Besuchen Sie uns: www.facebook.com/LAZARUS.PflegeNetzWerk.Oesterreich

Auf ein Wiederlesen freut sich

Erich M. Hofer
Gründer & NetzWerk-Moderator

Die nächste Online-Wochenausgabe erscheint am 06. Mai 2013.

Jede/r Interessent/in kann sich selbst im PflegeNetzWerk www.LAZARUS.at KOSTENLOS in die Newsletter-Adressliste „anmelden“ bzw. dort „abmelden“.

Impressum & Offenlegung:
Medienbüro und Bildungsinstitut LAZARUS®
Inh.: Erich M. Hofer
A-3062 Kirchstetten, Doppel 29
E-mail: office@lazarus.at

Diese Online-Zeitschrift erscheint seit Jänner 2005 wöchentlich, wird an Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens, an einschlägige Bildungseinrichtungen, Bundes- und Länderbehörden, Medien sowie Einzelpersonen im In- und Ausland per e-Mail angekündigt und steht unter www.LAZARUS.at/nl-archiv **zum kostenfreien Download** zur Verfügung.

Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen benannten Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Eine Haftung kann dennoch nicht übernommen werden, jede/r ist für die sorgfältige Prüfung der Informationen u. weiterführenden Links selbst verantwortlich. Alle Texte und Daten sind möglichst gendergerecht ausgeführt, stehen aber in jedem Fall gleichermaßen für Frauen und Männer.

Herausgeber und für den Inhalt verantwortlich: Erich M. Hofer, zgl. Inhaber des gesetzlichen Markenschutzes für LAZARUS®, PFLEGE DAHEIM® und AustroCare®

© Copyright: Diese Online-Zeitschrift und ihre Inhalte sind urheberrechtlich geschützt, doch ist die vollständige oder auszugsweise Verwendung ausdrücklich erwünscht und gerne gestattet. Quellenangabe + Belegexemplar erbeten.

Anhang: Stellenmarkt