

Geriatriekonzept Vorarlberg 2011



Leitgedanken zur geriatrischen
Versorgung in Vorarlberg



INHALT

Geleitwort / 2

Einleitung / 3

Ausgangssituation und Rahmenbedingungen / 4

Aktuelle Entwicklungen, Daten und Prognosen / 6

Gesundheitsförderung und Prävention / 8

Ambulante Versorgung / 10

Stationäre Akutversorgung / 12

Stationäre Langzeitversorgung / 14

Nachsorge und Rehabilitation / 16

Soziale Arbeit und Betreuung / 18

Personal und Ressourcen / 20

Dank / 22

GELEITWORT



Lebensqualität, Gesundheit, medizinische, pflegerische sowie soziale Versorgung älterer Mitbürger/-innen sind zentrale Handlungsfelder in der politischen Arbeit der Vorarlberger Landesregierung. Der Zugang zu qualitativ hochwertigen Dienstleistungen im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich, unabhängig von Einkommen, Vermögen und Ansehen, ohne unzumutbare Wartezeiten, sind wichtige Anliegen.

Der Auftrag an die Steuerungsgruppe umfasste eine Überarbeitung des Geriatriekonzeptes auf der Ebene von Entwicklungen, Leitgedanken und Empfehlungen. Es war nicht das Ziel, konkrete Aktivitäten oder Projekte zu entwickeln oder vorzuschlagen. Jetzt sind alle betroffenen Akteure/-innen eingeladen, die Empfehlungen für ihren Bereich zu prüfen und umzusetzen: inhaltlich, organisatorisch, personell und finanziell.

Besonders erfreulich ist die Verbindung und Zusammenführung von Medizin und Pflege. Dabei ist dies nur ein erster, sichtbarer Schritt zur engeren Kooperation in einzelnen Leistungs- und Versorgungsbereichen. Wichtig ist auch die Vernetzung zwischen diesen Versorgungseinheiten und mit weiteren, wichtigen Fachbereichen wie der Sozialen Arbeit und der Sozialbetreuung.

Das neue Geriatriekonzept 2011 führt Leitgedanken und Empfehlungen zusammen und bildet eine fundierte Grundlage für die nächsten Schritte. Für die Umsetzung der Empfehlungen des neuen Geriatriekonzeptes plant das Land Vorarlberg deshalb die Einsetzung eines interdisziplinären Steuerungsteams. Es wird im Herbst 2011 bestellt und hat zum Ziel, Empfehlungen aus dem Konzept aufzugreifen, diese bei Bedarf mit entsprechenden Fachleuten weiter zu präzisieren und entweder Maßnahmen zur Umsetzung selbst in die Wege zu leiten oder bei verantwortlichen Stellen die Umsetzung vorzuschlagen.

Für die breite Unterstützung im Rahmen der Überarbeitung des Konzeptes möchten wir uns sehr herzlich bedanken.

Mag. Markus Wallner, Landesstatthalter

Dr. Greti Schmid, Landesrätin

EINLEITUNG

Am 12. September 1989 hat die Vorarlberger Landesregierung das Programm „Alter hat Zukunft“ beschlossen. Inhaltlich geht es dabei um eine Politik für ältere Menschen bis ins dritte Jahrtausend.

Im Geriatriekonzept 1992 wurden dann die Eckpfeiler für eine altersgerechte Vorsorge abgeleitet und die Rahmenbedingungen für medizinische Behandlung, pflegerische Versorgung und rehabilitative Betreuung beschrieben.

Die „Leitgedanken zur geriatrischen Versorgung in Vorarlberg“ ergänzen und erweitern das Geriatriekonzept von 1992 und setzen es gleichzeitig fort.

Wichtige Grundsätze und Eckpfeiler, die in Vorarlberg seit Jahren berücksichtigt werden, bleiben relevant:

- Erhalt, Wiederherstellung und Stärkung der Kompetenz zur autonomen und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung
- Berücksichtigung der Lebensphase Alter in den Dimensionen Körper/Seele/Geist/Soziales
- Subsidiarität und Solidarität
- bedarfsgerechte Versorgung und Leistungen in der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege im Alter
- ambulant vor stationär
- ausreichende Kapazitäten und Qualifikation der Leistungserbringer
- Initiierung eines Diskussionsprozesses

Die Umsetzung bleibt eine Gemeinschaftsaufgabe, an der das Land, die Gemeinden, die Sozialversicherung und die privaten Wohlfahrtsträger beteiligt sind. Die hohe Qualität von Angeboten soll durch transparente und anerkannte Qualitätssicherungssysteme überprüfbar sein.

AUSGANGSSITUATION UND RAHMENBEDINGUNGEN

Das Geriatriekonzept 1992 war nicht nur eine wichtige Wegweisung für alle geriatrerielevanten Sektoren und Institutionen, sondern auch ein österreichisches Unikat. Es wurden Prinzipien einer altersgerechten Versorgung abgeleitet und Rahmenbedingungen beschrieben für medizinische Behandlung, für pflegerische Versorgung, für Rehabilitation, für Betreuung, für Aus- und Weiterbildung des Fachpersonals und für die Forschungsarbeit.

2008 hat der Vorarlberger Landtag einstimmig die Überarbeitung des Geriatriekonzepts von 1992 gefordert¹.

Das Geriatriekonzept Vorarlberg 2011 setzt sich folgende Ziele:

- Ausrichtung als Leitbild
- Schwerpunktsetzung auf die großen Versorgungsbereiche in Medizin und Pflege
- zusätzliche Vertiefung in den Bereichen Geronto-Psychiatrie, Sozialarbeit und Sozialbetreuung sowie Personal
- Einbeziehung von Fachpersonen aus diesen Leistungs- und Versorgungsbereichen

Dadurch soll eine innovative Zusammenführung der Bereiche Medizin und Pflege in den einzelnen Versorgungsbereichen mit zusätzlichen Vertiefungen und angemessener Beteiligung von Fachpersonen angestrebt werden.

Zahlreiche Aspekte des Konzeptes von 1992 sind weiterhin relevant, neue Entwicklungen und Herausforderungen werden aufgenommen.

Die Beiträge in den jeweiligen Leistungs- und Versorgungsbereichen sind einheitlich gegliedert: Von der Einleitung über wichtige Entwicklungen und grundsätzliche Leitgedanken zum jeweiligen Bereich bis zu den Empfehlungen als Zusammenführung von Vorschlägen zahlreicher Fachleute und weiterer Ideen aus der Steuerungsgruppe. Aus der Reihenfolge der Empfehlungen leitet sich keine Priorisierung ab.

Grundlage für das neue Geriatriekonzept sind Beiträge von Fachpersonen bzw. von Fachteams aus den einzelnen Leistungs- und Versorgungsbereichen. Diese Informationen wurden von der Steuerungsgruppe zusammengetragen, gesichtet und eingearbeitet.

Es war nicht das Ziel der Überarbeitung, Ideen der Fachleute oder Fachteams, interessante Konzepte oder Herausforderungen durch Zuständigkeitsdiskussionen, frühzeitige Limitierungen oder möglicherweise fehlende Ressourcen einzugrenzen. Es ging auch nicht darum, über die

strategischen Empfehlungen hinaus konkrete Aktivitäten oder Projekte zu definieren.

Das vorliegende Geriatriekonzept ist vielmehr eine Einladung an alle Akteure/-innen, Empfehlungen in Ihren Aufgabenbereich zu übertragen und diese umzusetzen. Dies ist vor dem Hintergrund der Komplexität der geriatrischen Versorgung herausfordernd. Deshalb sind die Empfehlungen, von verschiedenen Perspektiven ausgehend, sehr vielfältig, bleiben gelegentlich vielleicht auch an der Oberfläche, werden aber letztlich von einem gemeinsamen Verständnis der Steuerungsgruppe für notwendige, weitere Überlegungen und Aktivitäten zuständiger und verantwortlicher Systempartner getragen.

Im Rahmen eines Steuerungsteams werden die Empfehlungen konkretisiert und weiter bearbeitet.

1 5. Sitzung des XXVIII. Vorarlberger Landtages am 04.06.2008

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN, DATEN UND PROGNOSEN

MEDIZIN

Durchschnittlich werden in Österreich Männer 77 Jahre und Frauen 83 Jahre alt. 2010 beträgt der Anteil der Bevölkerung unter 15 Jahren 16,9 %, zwischen 15 und 60 Jahren 62,6 % und über 60 Jahren 20,5 %. Bis zum Jahr 2020 wurde ein Bevölkerungswachstum von insgesamt 10 %, bei den über 59-Jährigen von 48 % und bei den über 79-Jährigen sogar von 77 % berechnet.

Die medizinische Versorgung in Vorarlberg ist sehr gut entwickelt. 6 Krankenhäuser mit über 1.800 Betten gewährleisten eine dezentrale, abgestufte, wohnortnahe Spitalsversorgung für alle. Die Zahl der stationären Aufnahmen nimmt nach wie vor zu, auch österreichweit. 2010 waren es in Vorarlberg über 106.000 Spitals-Aufnahmen (eingerechnet alle tagesklinischen Aufenthalte), was pro Tag circa 290 bedeutet.

2010 betrug die Ambulanzkontakte 520.000.

Die ambulante medizinische Versorgung gewährleisten 251 niedergelassene Allgemeinmediziner/-innen, davon 155 mit VGKK-Planstellen, 361 niedergelassene Fachärzte/-innen, davon 159 mit VGKK-Planstellen sowie 3 Zahnambulatorien und 161 niedergelassene Zahnärzte.

PFLEGE

Die Anhaltezahlen über die Entwicklung im Bereich der stationären sowie ambulanten Betreuung und Pflege weisen eine nicht unerhebliche Dynamik auf.

Im Zeitraum zwischen 2003 und 2010 ergaben sich folgende Zuwächse¹⁺²:

- plus 16,8% bei Pflegeheimplätzen (Plätze von 1.864 auf 2.177)
- plus 19,2% bei der Hauskrankenpflege (Vollzeitäquivalente von 130 auf 155)
- plus 70,2% bei den Mobilien Hilfsdiensten (Einsatzstunden von 328.100 auf 558.474).

Im Jahr 2007 wurde als zusätzliches Angebot der Betreuungspool etabliert, der im Jahr 2010 mit Personenbetreuer/-innen auf selbstständiger Basis über 540.000 Einsatzstunden erbracht hat.

Der Kapazitäts- und Personalbedarf im Alten- und Pflegebereich wird weiterhin stark wachsen.

Im Rahmen der Hauskrankenpflege waren mit Stand 31.12.2010 insgesamt 273 diplomierte Pflegefachkräfte und 45 Pflegehelfer/-innen beschäftigt¹. In den 49 Vorarlberger Pflegeheimen waren, ebenfalls mit Stand 31.12.2010, im Bereich der Betreuung und Pflege 1.607 Mitarbeiter/-innen beschäftigt; davon waren:
499 diplomierte Pflegefachkräfte, 859 Diplom-Sozialbetreuer/-innen bzw. Fach-Sozialbetreuer/-innen und Pflegehelfer/-innen und 92 Heimhelfer/-innen².

Die lokale und regionale Sozialplanung muss sich auf ein starkes Wachstum des Bedarfs im Altenbereich einstellen. Auf das Jahr 2020 projiziert, ist – ausgehend von den Werten 2010 – derzeit von folgenden Steigerungen auszugehen:

- mindestens plus 28% Pflegeheimplätze (Zielwert: rund 2.800 Plätze)
- plus 38% bei den Vollzeitäquivalenten in der Hauskrankenpflege (Zielwert: 214 Vollzeitäquivalente)
- plus 86% bei den Einsatzstunden bei den Mobilen Hilfsdiensten (Zielwert: rund 1.040.000 Einsatzstunden).

Diese Anhaltezahlen verstehen sich als landesweite Größenordnung, ohne regional-örtliche Differenzierung, je nach Ausbaugrad und regionaler Bedarfsentwicklung.

Durch die Stärkung des ambulanten Bereiches (wie zB dem Pflegezususs des Landes), durch neue inhaltliche Schwerpunkte (Case-Management), den Ausbau des betreuten Wohnens und zusätzliche sozialrechtliche Verbesserungen für pflegende Angehörige kann die notwendige Kapazität an Pflegeheimplätzen beeinflusst werden.

1 Amt der Vorarlberger Landesregierung und connexia - Gesellschaft für Gesundheit und Pflege (2011):
Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg, Bericht 2010.

2 Amt der Vorarlberger Landesregierung und connexia - Gesellschaft für Gesundheit und Pflege, (2011):
Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf, Bericht 2010.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Alter ist eine vielfältige Lebensphase mit neuen Gestaltungs- und Entwicklungschancen sowie Herausforderungen. Thematische Inhalte für zielführende Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote im Alter sind neben Bewegung und mentaler Aktivität auch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in der physischen und psychosozialen Umwelt. Eine bedeutsame Gesundheits-Determinante ist aber auch der Zugang zur medizinischen Versorgung.

ENTWICKLUNGEN

Die im Österreichvergleich hohen Beteiligungsraten bei den Gesundenuntersuchungen (einschließlich gynäkologische Vorsorge und organspezifischer Screening-Programme) haben zu einem erhöhten Gesundheitsbewusstsein und zu vergleichsweise günstigen Gesundheitsindikatoren beigetragen. Ärzte/-innen und medizinisches Fachpersonal sowie Betreuungs- und Pflegekräfte leisten im Rahmen von prophylaktischen Interventionen und Beratungstätigkeiten einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention. Um auch die pflegenden Angehörigen zu unterstützen und zu bestärken, sind verschiedene Unterstützungs- und Informationsangebote vorhanden.

LEITGEDANKEN

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter konzentrieren sich auf Lebensqualität und (soweit möglich) die Vermeidung bzw. das spätere Auftreten von chronischem Kranksein und präventablen bösartigen Neubildungen. Physische, psychische und kognitive Leistungsfähigkeit soll erhalten und gefördert werden. Das Potenzial an Plastizität der Altersvorgänge sollte durch vernetzte, multidisziplinäre Interventionen genutzt werden. Wichtige Gesundheits-Determinanten sind soziale Netzwerke und gesellschaftliche Teilhabe. Angebote, Programme und Projekte sollen wissenschaftsbasiert und evaluierbar sein.

Für deren Erfolg wichtig ist ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis, multisektorales Denken in „Sozialräumen“ und die Berücksichtigung wichtiger Gesundheits-Determinanten wie Armut, Ausgrenzung, soziale und physische Umwelt, etc.

EMPFEHLUNGEN

- Bewegung und gesunde Ernährung bereits im Kindes- und Jugendalter vorsorglich zum Lebensbestandteil machen und das in den folgenden Lebensabschnitten weiterführen
- die Lebensqualität Älterer in der Dimension Körper/Seele/Geist/Soziales erhalten und fördern
- älteren Menschen Bewegungsgruppen für spezifische medizinische Zielstellungen anbieten, weiterentwickeln und ausbauen (Herz, Stoffwechsel, Stütz- und Bewegungsapparat, psychisch–mentale Aspekte)
- Befähigung und Empowerment zu gesünderem Lebensstil und zur Einflussnahme auf Gesundheits-Determinanten
- die Selbstbestimmung stärken
- die Bedürfnisse älterer Menschen bei der Gestaltung ihres Lebensraumes berücksichtigen, beginnend bei der Raum-, Verkehrs-, und Sozialplanung bis hin zur Planung des Wohn-Umfeldes
- alle Aktivitäten, Angebote, Projekte, Programme und Dienste im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention strategisch ausrichten
- Informations-, Entlastungs- und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige weiter ausbauen
- die vorarlbergweite Initiative „Aktion Demenz“ fortsetzen
- die betriebliche Gesundheitsförderung stärken
- Maßnahmen zum gleitenden Übergang Erwerbsarbeit/Ruhestand erleichtern
- neue Ansätze der Gesundheitsförderung (z.B. family health nurse oder Patienten-Edukation) integrieren
- altersspezifische Selbsthilfegruppen fördern
- bürgerschaftliches Engagement, Sozialkapital und Gemeindeentwicklung in altersspezifischen Belangen stärken, sowie soziale Netzwerke erhalten und fördern

AMBULANTE VERSORGUNG

Zur Gesundung Älterer, oft mehrfach Erkrankter, tragen physische, psychische, mentale und soziale Faktoren bei. Geriatrische Patienten/-innen sind oft neben der jeweiligen akuten Störung auch von Multimorbidität oder chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen unterschiedlicher Ausprägung mit nachteilhaften sozialen Rückwirkungen betroffen. Wohnortnahe, ambulante Versorgung erlaubt den möglichst langen Verbleib in Familie und sozialem Umfeld. Dabei spielt die Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch die Betreuungs- und Pflegedienste und die individuellen sozialen Netze eine wesentliche Rolle.

ENTWICKLUNGEN

Leistungsspektrum und -Intensität haben für Betreuungs- und Pflegepersonen im ambulanten Bereich deutlich zugenommen. Derzeit wird die ambulante Versorgung von der Hauskrankenpflege, dem mobilen Hilfsdienst, den selbstständigen Personenbetreuer/-innen und dem mobilen Palliativteam gewährleistet. Ein bis in alle Talschaften reichendes Versorgungsnetz mit Allgemein-medizinern/-innen und den für die Grundversorgung wichtigen Fachärzten/-innen trägt die medizinische Versorgung, einschließlich den zur fachärztlichen und psychologischen Demenz-Abklärung eingerichteten, dezentralen Ordinationen (anstelle eines zentralisierten einschlägigen Angebotes).

LEITGEDANKEN

Die fachgerechte Behandlung, Betreuung und Pflege für ältere Menschen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit in ihrer gewohnten Umgebung und zur Entlastung und Unterstützung der Angehörigen wird weiter ausgebaut. Die Betreuung und Pflege von Patienten/-innen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen wird dabei besonders berücksichtigt. Wesentliche Zielsetzung ist die Sicherung des möglichst langen Verbleibes im häuslichen Umfeld und die Vermeidung von Wiedereinweisungen durch intensive Nachbetreuungsangebote. Die Qualität des Wohnens ist ein wesentlicher Faktor, ob Ältere mit ihrem Leben zufrieden sind. Die meisten Mitbürger/-innen wünschen sich, möglichst lange „in den eigenen vier Wänden“ leben zu können.

EMPFEHLUNGEN

- die Rolle des/der Hausarztes/-ärztin in einer integrierten Versorgung weiterentwickeln, stärken und entsprechend vergüten
- die Zuweisungspraxis zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufnahmen optimieren
- gerontopsychiatrische Kompetenz in der ambulanten Versorgung stärken
- das Entlassungsmanagement optimieren
- das Casemanagement verstärken
- medizinisch-therapeutische Dienstleistungen im häuslichen Umfeld, auch zur Vermeidung von (Wieder-) Einweisungen, gewährleisten
- die Tages- und Nachtbetreuung weiterentwickeln, ausbauen und nachhaltig sichern
- innovative Wohn- und Betreuungsformen in ihrem gesamten Spektrum fördern
- Angebote zur Abklärung, Beratung und Vermittlung für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen in den vier Bezirken in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten weiterentwickeln
- die 24-Stundenbetreuung sichern
- die präventive Pflegeberatung ausbauen und intensivieren
- Werterhaltung des Pflegegeldes
- die bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen (Leistungsdefinition, Leistungsbegrenzung, Leistungskataloge, Leistungstarife)
- Ehrenamtliche in die ambulante Betreuung einbinden
- sich mit künftigen Herausforderungen aktiv auseinandersetzen (z.B. Migration und Alter, Vereinsamung, Verwahrlosung)

STATIONÄRE AKUTVERSORGUNG

Am Landeskrankenhaus Rankweil werden derzeit 64 Betten für Geronto-Psychiatrie vorgehalten, wobei das landesweit dafür notwendige Mengengerüst abhängig ist vom Angebot an gerontopsychiatrischer und fachpflegerischer Kompetenz in den Akutspitälern, Pflegeheimen und in der niedergelassenen Versorgung. In den Spitälern bestehen derzeit keine ausgewiesenen akut-geriatrischen Versorgungsstrukturen für spezielle Frage- und Problemstellungen bei hochbetagten, multimorbiden Patienten/-innen. Diese Patienten/-innen werden derzeit auf den Akutabteilungen verschiedener Fachgebiete behandelt, wobei deren Schwerpunkt in der primären, zur Einweisung führenden Erkrankung liegt.

ENTWICKLUNGEN

In den vergangenen Jahren ist es aufgrund einer kontinuierlichen Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer – bei steigenden Aufnahmezahlen – und neuer Herausforderungen, wie beispielsweise Demenz oder Multimorbidität, zu einer Zunahme der Leistungsdichte gekommen. Bedarfsgerechte Infrastrukturen zur weiteren Betreuung nach Akutinterventionen sind weiter zu entwickeln.

LEITGEDANKEN

Alte Menschen sollen im Akutkrankenhaus fachgerecht behandelt, betreut und gepflegt werden. Pflegende Angehörige sind über den Behandlungsprozess zu informieren und falls notwendig anzuleiten. Der Übergang in die nachfolgenden Pflege- und Versorgungseinheiten ist weiter zu entwickeln.

EMPFEHLUNGEN

- jedes Akutspital mit klassischen, operativen Sonderfächern soll über einen integrativ geriatrischen Versorgungsbereich mit qualifiziertem Personal verfügen
- im Akutbereich die physische Aktivierung nach Abklärung frühestmöglich beginnen, um Zeitabschnitte der vollständigen oder partiellen Immobilisation bzw. Inaktivität so kurz und begrenzt wie möglich zu halten
- nachgelagerte Versorgungsstrukturen (z.B. Nachsorge, Rehabilitation, Pflegeheime, häusliche Pflege) bedarfsgerecht weiter ausbauen
- gerontopsychiatrische Liaison- und Konsiliardienste in den Akutspitalern weiter ausbauen
- pflegende Angehörige oder Krankenglieder/-innen (speziell für Patienten/-innen mit kognitiven Einschränkungen) vermehrt einbeziehen bis hin zu Rooming-in
- Entlassungsmanagement und internes Casemanagement optimieren
- unnötig lange und wiederkehrende Krankenhausaufenthalte vermeiden (z.B. durch die ausreichende Bereitstellung von extramuralen Angeboten)
- Tageschirurgie für Patienten/-innen mit gerontopsychiatrischen Risiken weiter vorantreiben
- Sensibilisierung und Weiterbildung des Personals im Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen

STATIONÄRE LANGZEITVERSORGUNG

Der Begriff "Langzeitversorgung" kann in Bezug auf den Betreuungs- und Behandlungsalltag im Pflegeheim irreführend sein. Die laufend kürzere durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Pflegeheim, die forcierte Entwicklung der Übergangspflege und der Urlaub von der Pflege zur Entlastung von pflegenden Angehörigen sind Hinweise für Bewegung und Dynamik in diesen Institutionen.

ENTWICKLUNGEN

In den letzten 20 Jahren hat sich ein Wandel vom Alters- zum Pflegeheim vollzogen. Dabei haben sich unterschiedliche Wohn- und Betreuungsformen entwickelt. Derzeit stehen in Vorarlberg 49 Pflegeheime zur Verfügung. Die Versorgungs-Bedürfnisse älterer Menschen in den Pflegeheimen haben sich im Lauf der Zeit erheblich verändert und zwar in Richtung kognitive Einschränkungen und Verhaltens-Auffälligkeiten. Dementsprechend sind die Anforderungen an das Betreuungs- und Pflegepersonal gestiegen. Die aktuelle Entwicklung zeigt einen steigenden Bedarf an diplomierten Pflegekräften.

LEITGEDANKEN

Die Lebenswelt „Pflegeheim“ stellt den älteren Menschen mit seinen Bedürfnissen (körperliches, geistig-seelisches und soziales Wohlbefinden) in den Mittelpunkt der Betreuung und soll bewusst gestaltet werden. Eine fachgerechte, angemessene und bedarfsgerechte Versorgung, sowohl quantitativ als auch qualitativ, ist in den Pflegeheimen sicherzustellen. Die Rücksichtnahme auf neue Bedürfnisse und Lebensstile älterer Menschen ist eine besondere Herausforderung. Gesellschaftliche Veränderungen verlangen neue Angebote und Leistungen. Wichtig ist die Integration in die Gemeinde bzw. in soziale Lebensräume.

EMPFEHLUNGEN

- Stärkung von Präsenz und Engagement der betreuenden Ärzte/-innen auch für Kriseninterventionen, in der Begleitung von Angehörigen, in relevanten Therapieentscheidungen, etc.
- die Zusammenarbeit von Ärzte/-innen und Pflege mit Fachärzten/-innen inklusive gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisonsdiensten optimieren
- Zur Vermeidung von stationären Aufnahmen ins Akutkrankenhaus fachärztliche Liaison- und Konsiliardienste erproben
- die besonderen Bedürfnisse (räumlich, organisatorisch, etc.) mobil verwirrter Bewohner/-innen berücksichtigen
- Urlaubs- und Übergangsbetten festlegen, organisatorisch definieren und eine geregelte Finanzierung vereinbaren
- sich aktiv mit künftigen Herausforderungen (z.B. ältere Menschen mit Migrationshintergrund) und bedarfsgerechter Versorgung auch nicht alterstypischer Bewohner/-innen, wie zum Beispiel Menschen mit Behinderung, Suchtkranken oder Unfallopfern auseinandersetzen
- Palliative Behandlung und Pflege (gegebenenfalls unter Einbeziehung des ambulanten Palliativteams) in Pflegeheimen gewährleisten
- ehrenamtlicher Helfer/-innen zur Unterstützung und auch zur Enttabuisierung des Themas Pflegeheim einbinden
- Zugang und Nutzung der medizinischen Dokumentation für beteiligte Fachärzte/-innen und Fachdienste sicherstellen
- die stationäre Langzeitversorgung entsprechend der Bedarfs- und Entwicklungsplanung mit ausreichend qualifiziertem Personal ausstatten
- Werterhaltung des Pflegegeldes
- die Qualitätssicherung mit einem anerkannten bzw. gleichwertigen Qualitätsmanagementsystem unterstützen
- medizinisch-therapeutische Angebote in Pflegeheimen ausbauen

NACHSORGE UND REHABILITATION

Nachsorge beinhaltet die abgestufte Form der Akutversorgung zur fachübergreifenden Weiterführung der Behandlung und Pflege akutkranker Patienten/-innen sowie beginnende Rehabilitation. Rehabilitation bedeutet die Wiederherstellung des körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands nach schwerem Unfall oder schwerer Krankheit zur Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. Bedarf an Nachsorge und Rehabilitation besteht grundsätzlich in den Bereichen Innere Medizin, Orthopädie, Traumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Onkologie.

ENTWICKLUNGEN

Zusätzlich zu den ambulanten Einrichtungen stehen in Vorarlberg 143 Betten für die Remobilisation/Nachsorge und seit 2010 150 Betten für die Rehabilitation zur Verfügung. In den letzten Jahren konnte ein kontinuierlicher Anstieg von Patienten/-innen mit internistischen und neurologischen Erkrankungen, aber auch von Patienten/-innen nach unfallchirurgischen, orthopädischen und allgemein chirurgischen Eingriffen verzeichnet werden.

LEITGEDANKEN

Die Zielsetzung ist eine Erhöhung der Lebensqualität und die Reintegration der Patienten/-innen in das gewohnte Umfeld. Nachsorge- und Rehabilitationsmöglichkeiten sind für alle Patienten/-innen, unabhängig von Pflegebedürftigkeit, Erkrankungen oder gegebenenfalls kognitiven Beeinträchtigungen sicherzustellen.

EMPFEHLUNGEN

- Nachsorge regional ausbauen bzw. Rehakapazitäten bedarfsgerecht ausrichten (auch für Patienten/-innen mit erhöhtem Pflegeaufwand)
- Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und / oder höherem Pflegebedarf, in der personellen und baulichen Ausstattung besonders berücksichtigen
- Patienten/-innen-Flüsse zu abgestuften, nachgelagerten Versorgungsangeboten (Nachsorge, stationäre bzw. ambulante Rehabilitation) optimieren
- den Zugang für Pflegeheimbewohner/-innen zu therapeutisch-rehabilitativen Angeboten erleichtern
- „kurze Wege“ bei der Planung von Einrichtungen berücksichtigen (das würde der physischen Leistungsfähigkeit von Patienten/-innen und der Effektivität des Personals zugute kommen)
- Versorgungsbereiche, die Nachsorge- und Rehabilitationsleistungen anbieten, sind personell ausreichend und kompetent für die physische Aktivierung auszustatten, um den hohen Bedarf älterer Menschen an assistierter Hilfe und Unterstützung gerecht zu werden

SOZIALE ARBEIT UND BETREUUNG

Immer mehr Menschen werden auf eine neue Weise alt. Alter ist in hohem Maß gestaltbar und ist vielfach kein fortschreitender Prozess zunehmender Defizite. Unzutreffende und falsche Bilder über das Alter fördern die Vorstellung von Stillstand, Abbau und dem Bedarf nach medizinischer oder pflegerischer Betreuung. Selbst bei älteren Menschen zeigen sich Lebenschancen, die noch nicht ausgeschöpft sind.

ENTWICKLUNGEN

Die konventionellen Behandlungs- und Versorgungsstrukturen sind gekennzeichnet von einer Trennung der Bereiche Medizin und Pflege bzw. Sozialer Arbeit und Betreuung. Kooperation und Vernetzung kann zu wirksameren Lösungen führen, die zur Sicherung einer selbständigen Lebensführung beitragen. Soziale Arbeit muss sich verstärkt präventiv ausrichten und damit Sozial- und Lebensräume aktiv gestalten. Ein besonderes Risiko ist die soziale Desintegration älterer Menschen.

Mit der generellen Zunahme älterer Menschen steigt auch die Zahl von älteren Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderung oder Menschen aus Mehrgenerationen-Patchwork Familien, etc. Auch die Zahl alter, obdachloser Menschen, Menschen mit materiellen Problemen oder Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nimmt zu.

LEITGEDANKEN

Ziele und Aufgaben Sozialer Arbeit und Betreuung sind die Wahrung der selbstverantwortlichen Lebensführung, der gesellschaftlichen Integration und Partizipation, sowie die Vermeidung von Isolierung und damit die Erhaltung der Autonomie. Ältere und alte Menschen haben gleichberechtigten und ungehinderten Zugang zu Dienstleistungen wie Erwachsenen-Bildung, Gesundheit oder Hilfen zur materiellen Existenzsicherung. Berücksichtigt werden müssen die altersspezifischen Besonderheiten und Bedürfnisse.

EMPFEHLUNGEN

- generationenübergreifende Kontakt- und Beziehungsräume bereitstellen
- materielle Grundlagen wie Wohnen, Einkommen / Mindestsicherung, Zugang zu Gesundheitsdiensten, Bildung und Kultur sichern
- differenzierte Wohnformen im Alter und unterstützende Beratung ausbauen
- sensibler werden für die Interessen von alten Menschen und ihren vielfältigen Lebensweisen / Erscheinungsbilder
- Initiativen zur Aktivierung von Senioren/-innen als Freiwillige in sozialen und gesundheitlichen Diensten fördern
- besonders soziale Netze für alleinstehende Senioren/-innen unterstützen (Nachbarschaftshilfe, Seniorenmittagstisch, Seniorenbörse,...)
- geriatrische Kompetenz in der Sozialarbeit und Sozialbetreuung stärken
- soziale Beratung für ältere Klient/-innen und deren Angehörige ausbauen (bei Bedarf aufsuchend)
- Sozialarbeit in Krankenhäusern aus- und in Pflegeheimen aufbauen
- Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht als Möglichkeit der Selbstvertretung stärken

PERSONAL UND RESSOURCEN

Voraussetzung für alle Angebote und Dienstleistungen sind gut ausgebildete Mitarbeiter/-innen. Einer stets wachsenden Zahl von Personen mit Betreuungs- und Pflegebedarf steht eine rückläufige Zahl von Fachpersonal gegenüber. Außerdem ist es auch in Zukunft notwendig, allen Berufsgruppen aktuelle Fort- und Weiterbildungen anzubieten.

ENTWICKLUNGEN

Die verschiedenen Bildungsstätten für Aus-, Fort- und Weiterbildung garantieren diversifizierte Ausbildungen, welche einander in der Praxis ergänzen. Dennoch zeichnet sich ein Mangel an Fachkräften ab. Der Geburtenrückgang und der zu erwartende Anstieg an Pensionierungen tragen dazu bei. Gerade in den Pflegeheimen sind organisatorische, finanzielle und strukturelle Gegebenheiten anzutreffen, die die Arbeitsbedingungen vor allem für diplomierte Pflegekräfte nur bedingt attraktiv erscheinen lassen. Ein Mangel an Fachpflegepersonen ist die Folge.

LEITGEDANKEN

Die gesamte Entwicklung des Gesundheits- und Sozialwesens fordert ärztliche, pflegerische, psychosoziale und therapeutische Berufe erheblich. Um diese Herausforderungen zu bewältigen, ist ausreichend qualifiziertes Personal notwendig. Wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Ausbildungen sind unerlässlich. Qualitätsvolle Weiter- und Fortbildungsangebote sowie ergänzende Zusatzqualifikationen für alle involvierten Berufsgruppen sind parallel zu entwickeln.

EMPFEHLUNGEN

- die Attraktivität von geriatrierelevanten Berufen steigern
- Menschen für Medizin-, Betreuungs- und Pflegeberufe mobilisieren
- Ausbildungsangebote vor allem für den gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege fortsetzen und bedarfsgerecht intensivieren
- die Fort- und Weiterbildung für alle geriatrierelevanten Berufsgruppen durch Anreize steigern und ausbauen
- die Anzahl von Fachärzten/-innen für Psychiatrie und von Ärzten/-innen mit dem Zusatzdiplom bzw. Lehrgangs-Abschluss Geriatrie erhöhen
- geriatrische Konzepte und Methoden in bestehende Ausbildungsprogramme integrieren
- die Beteiligung Ehrenamtlicher strukturell und organisatorisch unterstützen
- Schulungsangebote für Ehrenamtliche ausbauen
- die Kompetenz in geriatrischen / gerontopsychiatrischen Fragestellungen steigern
- die interkulturelle Kompetenz in den Fachdiensten steigern
- die Gehälter von Pflegefachkräften in der Spital- und Langzeitversorgung (Pflegeheim und Hauskrankenpflege) annähern
- die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Ausbildungen fördern
- aktuelle Erkenntnisse und Entwicklungen (vor allem der Pflegeforschung oder psychosozialer Forschung, etc.) für die Praxis zugänglich machen (aktiver Wissenstransfer von der Theorie in die Praxis)
- vermehrt Diplom- und Fach-Sozialbetreuer/-innen in Pflegeheimen einsetzen
- die Ausbildung von diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen zugunsten der Langzeitversorgung prüfen, neu gewichten und verstärken

Dank

Die Überarbeitung des Geriatriekonzeptes Vorarlberg 2011 baute auf einem intensiven Beteiligungsprozess von Fachleuten auf. Die Steuerungsgruppe konnte wesentlich auf diese Fachbeiträge zurückgreifen, die somit eine wichtige Grundlage der neuen Leitgedanken darstellen. Wir möchten uns bei allen, die mitgearbeitet haben, herzlich bedanken!

Für den Bereich der Medizin:

Dr. Günter Diem (Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin)

Dr. Peter Girardi (SMO-Gesundheitsmanagement GmbH)

Dr. Stefan Koppi (Landeskrankenhaus Rankweil)

Dr. Till Hornung und Wolfgang Bohner

(Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft.m.b.h.)

Dr. Wolfgang Laube (Landeskrankenhaus Rankweil)

Dr. Elmar Lingg (Arzt für Allgemeinmedizin)

Dr. Harald Schlocker (Arzt für Allgemeinmedizin)

Für den Bereich Pflege (auch stellvertretend für alle beteiligten Fachleute in den zahlreichen Arbeitstreffen):

Mag^a. Marina Amann, BAKK (Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Feldkirch)

Arthur Bertsch (Landeskrankenhaus Rankweil)

Mag. Marco Beyweiss, MSc (Reha-Klinik Montafon)

Petra Fritsche, BScN (connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege)

Erich Gantner (Landeskrankenhaus Bludenz)

Waltraud Gollner, MSc (Amt der Vorarlberger Landesregierung)

Dietmar Jäger-Pichler (Landeskrankenhaus Feldkirch)

Katharina Lang (Schule für Sozialbetreuungsberufe)

Susanne Luisi-Schmid (connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege)

Andrea Plut-Sauer (connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege)

Michael Scheffknecht (Landeskrankenhaus Feldkirch)

Norbert Schnetzer (Landeskrankenhaus Rankweil)

Mario Wölbitsch, MSc (Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege)

Und außerdem bei:

Dr. Stefan Allgäuer (Institut für Sozialdienste)

Dr. Elmar Fleisch und Mag^a Barbara Bell

(Schloss Hofen Wissenschaft und Weiterbildung)

GERIATRIEKONZEPT VORARLBERG 2011

LEITGEDANKEN ZUR GERIATRISCHEN
VERSORGUNG IN VORARLBERG



GERIATRIEKONZEPT 2011
**LEITGEDANKEN ZUR GERIATRISCHEN
VERSORGUNG IN VORARLBERG**

Steuerungsgruppe:

Dr. Elmar Bechter, Peter Hämmerle, Mag. Martin Hebenstreit,
Dr. Albert Lingg und Dr. Michael Himmer (Koordination),
Juli 2011

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:

Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Sanitätsangelegenheiten,
Landhaus, 6901 Bregenz.