

Zeitschrift: Spitex Magazin : die Fachzeitschrift des Spitex Verbandes Schweiz
Band: - (2015)
Heft: 4

Rubrik: Fokus "Übergänge"

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 22.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>



Übergänge

Alles Leben ist Übergang – oder um es mit dem deutschen Philosophen Arthur Schopenhauer zu sagen: «Der Wechsel allein ist das Beständige.» Menschen bei Übergängen zu unterstützen, Brücken zu bauen, gehört auch im Gesundheitswesen zu den Kernaufgaben – vor allem in der Pflege und gerade auch im Spitex-Bereich. Seltsam bloss, dass es ausgerechnet in diesem wichtigen Bereich, wo es etwa um den Wechsel vom Spital zur Spitex oder vom Zuhause ins Heim geht, heute noch an Systematik und Strukturen mangelt.

«Eine Kernaufgabe der Pflege»

Vom Spital zur Spitex, vom Zuhause ins Heim, vom Heim ins Spital: Menschen bei solchen Übergängen zu unterstützen, gehöre zu den wesentlichen Aufgaben der Pflege, sagt die Wissenschaftlerin Heidi Petry. Doch es fehle an der Systematik.

Spitex Magazin: Frau Petry, Sie plädieren für eine kontinuierliche Versorgung im Gesundheitswesen. Was bedeutet das?

Heidi Petry: Es ist die Erfahrung einer zusammenhängenden Versorgung über einen längeren Zeitraum, und zwar aus der Perspektive der betroffenen Person und ihrer Familie. Dies bedingt, dass die beteiligten Leistungserbringer über alle nötigen Informationen zum Patienten und dessen Umfeld verfügen, dass diese Informationen in die Planung einfließen und dass die Handlungen koordiniert sind. Umso mehr, seit die Spitäler die Patienten aufgrund der Fallkostenpauschalen relativ schnell entlassen.

Können Sie die kontinuierliche Versorgung an einem Beispiel schildern?

Nehmen wir an, ein älterer Mensch muss wegen eines gesundheitlichen Problems ins Spital. Er möchte danach wieder nach Hause zurückkehren, muss aber mit chronischen Einschränkungen auf tieferem gesundheitlichem Niveau leben lernen. Die erste Zeit nach dem Spitalaustritt ist die heikelste. Da tauchen am meisten Fragen auf, beim Patienten, aber auch bei den Angehörigen. Sie haben im Spital Instruktionen erhalten, aber zu Hause ist alles weg. Es ist sehr wichtig, die Menschen in diesem Übergang zu unterstützen.

Warum ist es so wichtig, dass gerade ältere Menschen kontinuierlich versorgt werden?

Ältere Menschen haben oft nicht nur eine chronische Krankheit, sondern mehrere. Dazu kommen funktionelle

Einschränkungen und altersbedingte Veränderungen wie nachlassendes Sehen und Hören. Je nach sozialen Umständen sind das dann sehr komplexe Situationen, die gestaltet werden wollen und die der Begleitung bedürfen.

Was passiert, wenn die Versorgung zu fragmentiert und nicht kontinuierlich ist?

Das kann verschiedene negative Folgen haben: Fehler bei der Abstimmung der medikamentösen Therapie, eine höhere Belastung der Angehörigen und häufigere Wiedereintritte ins Spital. Chronisch Kranke stehen in engem Kontakt mit dem Gesundheitswesen. Sie müssen oft zum Arzt, und Phasen, in denen die Krankheit gleichmässig verläuft, wechseln sich ab mit akuten Ereignissen, die einen

Spitalaufenthalt erforderlich machen. Es folgt vielleicht eine Rehabilitation oder eine Übergangspflege, dann die Rückkehr nach Hause und Betreuung durch die Spitex. Ist dies alles nicht gut koordiniert,

können Probleme auftreten und nach ein paar Wochen geht alles wieder von vorne los.

Mit welchen Folgen?

Häufige Rehospitalisierungen steigern die Kosten im Gesundheitswesen und sind immer ein Risiko, gerade für ältere Leute. Die Betreuung in Akutspitälern ist oft weniger auf die komplexe Situation der älteren Patienten als auf das akute Gesundheitsereignis ausgerichtet. Wird zum Beispiel im Spital die Mobilität nicht genügend aufrechterhalten, kann dies Einbussen zur Folge haben. Im Spital besteht

«Übertrittsphasen sind ein Niemandland zwischen zwei Demarkationslinien.»

auch immer das Risiko von Infektionen und von Komplikationen bei Eingriffen und Behandlungen.

Wie beurteilen Sie die heutigen Aus- und Übertrittsprozesse in der Schweiz?

Es gibt weitsichtige Einzelinitiativen. Einige Spitäler haben Austrittsplanungen eingeführt, Spitex-Organisationen setzen mobile Übergangspflegeteams ein, Pflegeheime sind bestrebt, den Eintrittsprozess zu verbessern. Mit der neuen Pflegefinanzierung entstand zudem die Kategorie der Übergangspflege. Jemand, der nach dem Spital nicht direkt nach Hause kann, kommt zuerst noch auf eine Übergangspflegeabteilung – ein Übertritt mehr also. Es fehlt dem Ganzen an Systematik. Dabei bringt bereits die systematische Gestaltung von Spitalaustritten sehr positive Ergebnisse, wie die Forschung zeigt.

Wie können Übertritte möglichst reibungslos gestaltet werden?

Es gibt «Transitional Care»-Modelle aus den USA, die sich durch mehrere Interventionen über längere Zeit auszeichnen. Dazu gehört ein Assessment, bei dem bereits kurz nach dem Eintritt des Patienten in eine Institution die möglichen Risiken und der mutmassliche Pflegebedarf in der Nachsorge angeschaut werden. Dies ermöglicht beispielsweise, schon früh mit dem Patienten auf eine gute Rückkehr nach Hause hinzuarbeiten. Er soll ja lernen, den Alltag trotz gesundheitlicher Einschränkungen wieder selbstständig zu bewältigen.

Welche Rolle spielen die Angehörigen?

Eine sehr wichtige. Es ist von entscheidender Bedeutung, den Patienten selber und seine Angehörigen in die Pflegeplanung und in die Entscheidung, wie es weitergehen soll, einzubeziehen. Das vermittelt Sicherheit. In den USA gibt es sogenannte «Transition Coaches», gut ausgebildete und speziell geschulte Pflegefachpersonen, die die Patienten und deren Angehörige beim Übertritt begleiten. Bis zu zwei Monate lang halten sie immer wieder Kontakt und fragen nach, ob es Probleme gibt und ob Hilfe gebraucht wird.

Die Pflege soll also den Lead übernehmen?

Übergänge zu begleiten und Kontinuität zu bewahren, sind zwei Kernaufgaben der Pflege. Von der Pflege geleitete Übertrittsmodelle sind die effizientesten. Das weist die Forschung nach, und das hat seine Gründe. Die Pflege nimmt eine ganzheitliche Perspektive ein. Zudem arbeiten wir mit Pflegeprozessen, gehen also syste-

matisch vor. Und in aller Regel gelingt es der Pflege auch, zum Patienten und den Angehörigen eine gute Beziehung aufzubauen.

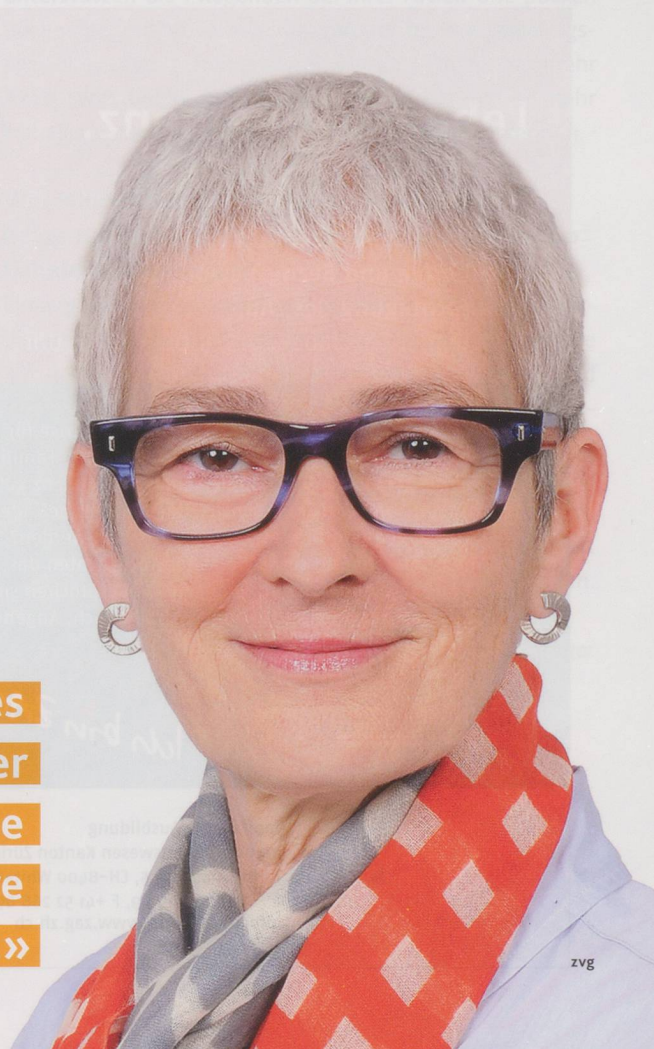
Wer würde solche «Transition Coaches» in der Schweiz bezahlen?

Da haben wir ein Problem. In der Schweiz ist die Spitalpflege anders finanziert als die Spitex- und die Langzeitpflege. Begleitet eine Pflegefachperson im Spital einen Patienten nach Hause, kann sie das nicht verrechnen. Das Gleiche gilt für die Spitex, wenn sie sich vor dem Austritt des Patienten zwecks Koordination und Assessment ins Spital begibt – was absolut sinnvoll wäre. Es kommt mir manchmal vor, als hätten wir zwei Demarkationslinien, dazwischen liegt Niemandsland. Hin und wieder überschreiten mutige Pflegefachpersonen die Grenze, doch auf die Dauer kann dies nicht die Lösung sein.

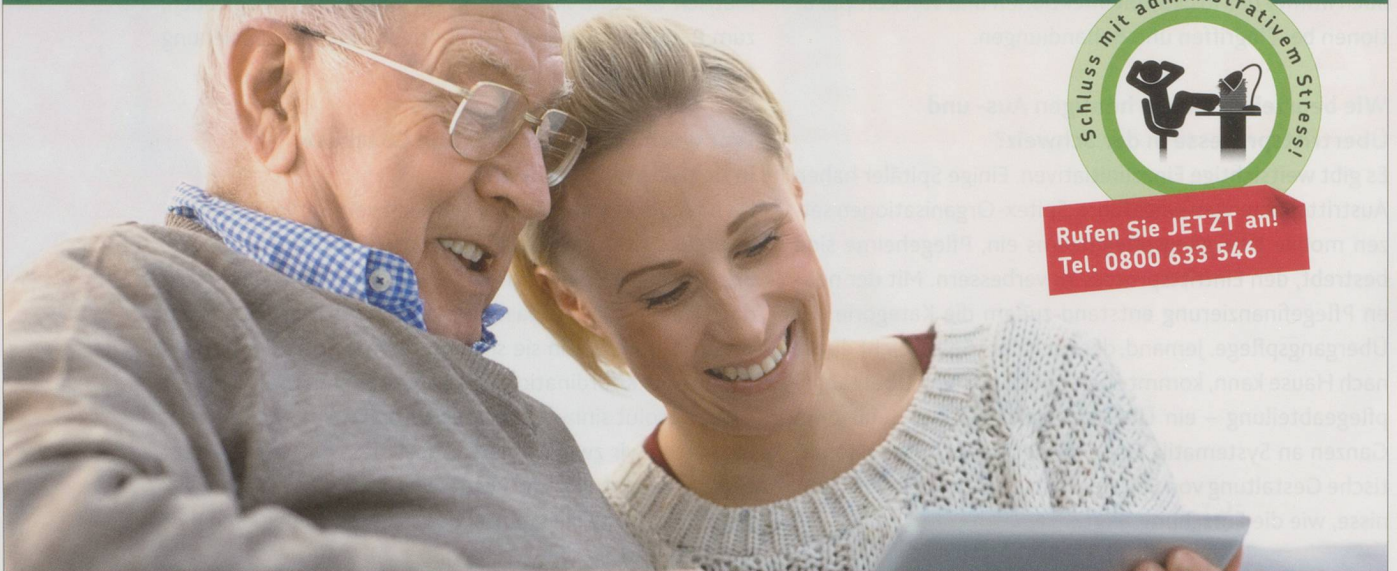
Welche Bedeutung hat die Spitex bei den Übergängen?

Die Spitex ist neben den Hausärzten die wichtigste Komponente in der ambulanten Versorgung. Immer mehr Ältere möchten möglichst lange zu Hause bleiben und dort auch sterben. Die Spitex hat grosses Potenzial, bei der Fall-

«Die Spitex hat grosses Potenzial, bei der Fallverantwortung eine noch gewichtigere Rolle zu übernehmen.»



Die MedLink™ -Spitexlösung



Rufen Sie JETZT an!
Tel. 0800 633 546

Endlich mehr verrechenbare Zeit! Mehr Effizienz in den Abläufen und mehr Zeit für die Pflege. Die MedLink™-Spitexlösung ist bedienerfreundlich, 100% webbasiert und garantiert höchste Sicherheit. Ideal für jede Betriebsgrösse mit standortunabhängigem Zugriff zu jeder Zeit.



Lösungen, die Ihr Leben vereinfachen

Medical Link Services AG | Aargauerstrasse 250 | CH-8048 Zürich | T 044 586 00 51 | spitex@med-link.org | www.med-link.org

Leben mit Demenz.

Demenz – Lebensqualität auch für Angehörige und Bezugspersonen. Eine Fachtagung des ZAG.

Samstag, 5. Dezember 2015, 9.00 – 16.00 Uhr

Eine Demenzerkrankung bedeutet eine schwere Krise für alle Betroffenen – für die Erkrankten wie auch für ihre Familien. Wie soll die Lebensqualität von Personen mit Demenz gefördert werden? Und wie kann gleichzeitig das Wohlbefinden der Angehörigen und Bezugspersonen erhalten werden? Drei Hauptreferate und sechs Workshops beleuchten das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln. Angesprochen sind Fachpersonen aus dem Pflege- und Sozialbereich, Angehörige und Interessierte.

Mehr Informationen und Anmeldung unter www.zag.zh.ch

Ich bin ZAG!



Zentrum für Ausbildung
im Gesundheitswesen Kanton Zürich
Turbinenstrasse 5, CH-8400 Winterthur
T +41 52 266 09 09, F +41 52 266 09 99
info@zag.zh.ch, www.zag.zh.ch

BLEIBEN SIE MOBIL! MIT UNS.

Die HERAG AG, ein Schweizer Familienunternehmen, verhilft ihren Kunden seit 30 Jahren zu mehr Unabhängigkeit, Sicherheit und Komfort.



HERAG AG, Treppenlifte
Tramstrasse 46, 8707 Uetikon am See
info@herag.ch, www.herag.ch

8707 Uetikon: 044 920 05 04

Senden Sie mir Ihre Gratisinformationen

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

verantwortung eine noch gewichtigere Rolle zu übernehmen und die Klienten zu begleiten, zu beraten und zu unterstützen. Dies aus mehreren Gründen. Die Spitex deckt mit ihren Leistungen das ganze Kontinuum ab – von der Prävention über die medizinische oder therapeutische Intervention bis zur Palliation. Sie kennt meist die Klienten und deren Familien sehr gut. Die Spitex könnte also der Knotenpunkt eines ganzen Versorgungsnetzwerks rundherum sein, vom Hausarzt über das Spital bis zur Apotheke, und sie könnte die Schnittstellen koordinieren.

«Häufige Rehospitalisierungen steigern die Kosten im Gesundheitswesen.»

Nimmt die Spitex diese Rolle heute zu wenig wahr?

Sie hat gar nicht die Voraussetzungen dafür. Das Schweizer Gesundheitswesen ist sehr arztlastig, im stationären Bereich genauso wie in der ambulanten Versorgung. Der Arzt hat die Entscheidungsgewalt, der Pflegeberuf ist vom Gesetz her immer noch ein Assistenzberuf. Zum Glück sind derzeit parlamentarische Bestrebungen im Gang, dies zu ändern. Trotzdem gibt es in vielen Köpfen immer noch sehr antiquierte Vorstellungen darüber, was Pflege ist. Vielerorts fehlt das Verständnis dafür, was die Pflege leistet.

Was müsste sich ändern, um eine bessere kontinuierliche Versorgung zu realisieren?

Es braucht neue, integrierte Versorgungsformen, in denen die ambulanten, stationären und rehabilitativen Leistungserbringer ergebnisorientiert zusammenarbeiten. In Versorgungsnetzen lässt sich der Behandlungsprozess steuern. Denn wenn sich die Strukturen nicht ändern, wird es immer Einzelinitiativen überlassen bleiben, ob Übergänge gut gestaltet werden. Die Spitex braucht mehr Personal, der

heutige Versorgungsschlüssel genügt nicht. Die Spitex-Organisationen selber sollten ihre Strukturen überprüfen. Vielleicht sind Anpassungen nötig, um den demografischen Herausforderungen – immer mehr Ältere, immer mehr chronisch Kranke – gewachsen zu sein. Natürlich braucht es auch gut ausgebildetes Pflegepersonal bei der Spitex.

Da sehe ich zum Teil Nachholbedarf.

Inwiefern?

Advanced Practice Nurses (APN), also Pflegefachpersonen mit Master-Abschluss, könnten vermehrt

eine wichtige Rolle übernehmen. Sie sind ausgebildet, um komplexe Pflegesituationen zu managen. In Spitex-Organisationen mit grossem Skill-Mix im Team könnten APN die Fallverantwortung und Koordination für ganze Patientengruppen übernehmen. Leider gibt es innerhalb der Branche Vorbehalte.

Welche Vorbehalte?

Es gibt Ängste vor der «Supernurse» und davor, selber abgewertet zu werden. Diese Ängste sind unbegründet. APN unterstützen die Pflegenden bei ihrer Arbeit und packen auch selber mit an. Alle werden gemäss ihrem Ausbildungslevel eingesetzt. Auch bei den Hausärzten gilt es noch mehr Akzeptanz für die APN zu schaffen, wobei immer mehr Hausärzte den Nutzen einer Zusammenarbeit erkennen.

Was können Spitex-Organisationen bereits heute tun, unter den bestehenden, nicht optimalen Rahmenbedingungen?


Einen gewissen Spielraum gibt es immer. Abläufe zu koordinieren, Klienten und ihre Familien einzubeziehen und sie anzuleiten im Hinblick auf Selbstverantwortung – das sind alles Punkte, die zur Pflege gehören, aber oft vernachlässigt werden müssen. Im Akutspital fehlt die Zeit dazu, auch die Spitex bewegt sich immer in einem sehr engen Zeitplan. Aber die Pflegenden sollten zumindest versuchen, den Spielraum ganz auszureizen. Sie sollten Kreativität walten lassen – und ab und zu einen Grenzübergang wagen.

Interview: Susanne Wenger

Zur Person

Heidi Petry ist Professorin für Pflegewissenschaften an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) in Winterthur. Zuvor arbeitete sie als Assistenzprofessorin an der Universität von Washington in Bothell in den USA. Als diplomierte Pflegefachfrau war Petry bereits in den 1990er-Jahren auf der Akutgeriatrie des Stadtspitals Waid in Zürich an einem Pionierprojekt in der Übergangspflege beteiligt.

Die MedLink-Spitexlösung Bindeglied zwischen Spital und Zuhause



Zwischen «drinnen» und «draussen», Spital und SpiteX, braucht es Übergänge, Verbindungen, Brücken. Marie-Claire Gaydou ist so eine Brückenbauerin. Sie kümmert sich um die Klientinnen und Klienten der Genfer SpiteX (imad), die im Universitätsspital HUG hospitalisiert sind. Marie-Claire Gaydou ist Verbindungspflegefachfrau, sie stellt die Verbindung zwischen Spital und Zuhause her.

Wenn Marie-Claire Gaydou da ist, dann ist sie wirklich da. Und wenn sie sich in anderen Angelegenheiten einmischt, dann aus gutem Grund und für einen guten Zweck. Dank ihrem Taktgefühl, ihrem Know-how und ihrer Aufmerksamkeit bringt sie sich ein, ohne sich aufzudrängen. Was aber ist genau ihre Rolle? Für Marie-Claire Gaydou macht es wenig Sinn, die Arbeit einer Pflegefachfrau in der Praxis jener der Verbindungspflegefachfrau gegenüberzustellen. Beide haben die Expertise, um pflegerische Abklärungen und Auswertungen durchzuführen. Die Pflegefachfrau in der Praxis führt die technischen Handlungen durch, während die Verbindungspflegefachfrau ihrer Kollegin «draussen» vorschlägt, was die beste pflegerische Betreuung zu Hause sein könnte.

Sie weiss, wovon sie spricht. Seit sie 1984 ihr Diplom erhalten hat, wollte Marie-Claire Gaydou «alles ausprobieren» und hat in allen möglichen Bereichen gearbeitet:



**«Ich bin für die Patienten
wie eine Sauerstoffkur,
die sie nach Hause
zurückversetzt.»**

während 15 Jahren in Frankreich als selbstständige Pflegefachfrau im häuslichen Bereich, dann drei Jahre im Kanton Genf als Mitarbeiterin von FSASD*, schliesslich seit 2000 im Genfer Universitätsspital HUG als Verbindungspflegefachfrau von imad. Als sie in die Schweiz kam, arbeitete sie zunächst im pädiatrischen Bereich der Spitex. Diese fachliche Ausrichtung führte dazu, dass sie 2003 die erste Stelle als Verbindungspflegefachfrau in der Pädiatrie im Kanton Genf übernehmen konnte. 2013 ist sie in die Medizin gewechselt. Vielleicht zum richtigen Zeitpunkt, als sie Grossmutter eines Enkels wurde ... «Es nimmt einen sehr mit, wenn Kinder krank werden.»

Im Spital gleich wie zu Hause

Die Arbeit als Verbindungspflegefachfrau bietet jeden Tag neue Überraschungen. Es kann sein, dass das Telefon dauernd klingelt. Nachdem sie die Wohnumgebung, die An-

sprüche des Arztes, des Patienten und seiner Familie abgeklärt hat, kann sich Marie-Claire Gaydou eine ziemlich genaue Vorstellung davon machen, was das Beste für den Patienten ist und dann beratend eingreifen. «Das wichtigste ist, dass man den Aufenthalt im Spital kontinuierlich begleitet.» Im HUG arbeiten die Verbindungspflegefachpersonen, die von imad angestellt sind, derzeit im Notfall,

(* Frühere Bezeichnung von imad)



Systeme zur Qualitäts- und Kostensteuerung im Gesundheitswesen

Fachtagung RAI Home Care

Montag, 16. November 2015

13:30 – 17:00, Hotel Krone Unterstrass, Zürich

Wissensvermittlung und Erfahrungsaustausch für RAI-HC-Anwender/innen und Pflegefachleute

Themen:

- **Aktuelles zum RAI in der Schweiz**
- **RAI in den Heimen**
- **HomeCareData und Qualitätsindikatoren**
- **E-Learning mit dem RAI**

Kosten: Fr. 120.- inkl. MwSt. / inkl. Unterlagen und Verpflegung

Organisation:

Q-Sys AG, St. Leonhardstrasse 31, 9000 St. Gallen

Das detaillierte **Programm** und das **Anmeldungsformular** finden Sie auf www.qsys.ch / Seite Home.

Für Fragen richten Sie sich bitte telefonisch an die Mitarbeiterinnen im Sekretariat: 071 228 80 90. Wir freuen uns, Sie an dieser Fachtagung begrüßen zu dürfen.

NACHHALTIGE DIENSTLEISTUNGEN
BDO Ihr Gold-Partner für alle Fragen rund um ABACUS

Kontaktieren Sie unsere Experten:

BDO AG 5001 Aarau Tel. 062 834 91 91	BDO AG 4501 Solothurn Tel. 032 624 62 46	BDO AG 8005 Zürich Tel. 044 444 35 55
--	--	---

www.bdo.ch

QUALITÄT BEGINNT BEI DER FÜHRUNG

10. SPITEX-Führungsforum

Donnerstag, 22. Oktober 2015, 13.45-16.45
Volkshaus Zürich (10 Gehminuten ab HB)

Grusswort von Marianne Pfister

Zentralsekretärin Spitex Verband Schweiz

Hauswirtschaft/Betreuung – wie weiter?

Hanspeter Inauen, Geschäftsleiter Spitex Kriens

Führung Generation Gameboy: Herausforderung und Chance!

Andrea Pachleitner, Organisationsentwicklerin BSO

Social Media: Nichts für die Spitex?

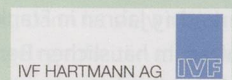
Dominik Weber Rutishauser, Gesch.leiter Spitex-Vrb. SG | AR | AI

Ein Führungsgespräch mit Franziska Füglistaler

Direktorin Schweizerische Teletext AG, Biel

Programm und Anmeldung: myspitex.ch > Führungsforum > Anmeldung

Anmeldeschluss: **8. Oktober 2015**





«Ich berücksichtige
die ganze Familie.»

in der Medizin oder in der Chirurgie. Auch in der Geriatrie, der Kinderklinik oder der Frauenklinik findet man sie. Das Angebot hat 1998 klein angefangen, seit vier Jahren ist es ein vollständiges Team mit 21 Stellen zwischen 60 und 100 Prozent.

Verbindungspflege heisst: Informationsaustausch

Nehmen wir das Beispiel einer 72-jährigen Frau, die wegen einer Lungenentzündung hospitalisiert werden muss. Schon bei ihrem Eintritt wird die Patientin im Klinikinformationssystem als Klientin von imad erfasst. Ihr Name erscheint rot unterstrichen auf der Liste der Patienten, die Marie-Claire jeden Morgen überprüft. Das Klientendossier ist über die Datenverwaltung von imad zugänglich. Marie-Claire sieht, dass die Patientin Diabetes hat und daher ein Risiko besteht, dass sie länger als normal, nämlich bis zehn Tage, im Spital bleiben muss. Dank dieser Information kann Zeit gespart und besser geplant werden. Die Verbindungspflegefachfrau setzt sich also mit dem multidisziplinären Team in Verbindung, um fachliche Informationen wie Medikamente oder Mahlzeiten zu besprechen. Sie

spricht mit den Ärzten, der Sozialarbeiterin, der zuständigen Pflegefachfrau – und plant auch schon den Austritt, im Kontakt mit dem imad-Team für Akutpflege zu Hause. Schliesslich schlägt sie vor, dass die Patientin die Antibiotikatherapie, die sie im Spital intravenös erhält, zu Hause weiterführt. Nebenbei muss man auch dafür sorgen, dass die Klientin am Tag ihrer Rückkehr wieder in der Planung von imad erscheint. Doch das ist Aufgabe der Einsatzplanung durch die Kolleginnen «draussen», im Spitex-Dienst. Was Marie-Claire Gaydou betrifft: Sie wird sich bereits wieder ihrer Liste zuwenden und nachschauen, welcher Name heute rot unterstrichen ist.

«Das Spital ist keine einfache Umgebung»

Man vermutet es schon: die Beziehungsebene ist zentral. Marie-Claire Gaydou liebt ihre Arbeit und versteht sich als Fürsprecherin der Patienten. «Das Spital ist keine einfache Umgebung, man ist verletzlich. Ideal ist es, wenn die Patienten diesen Bruch nicht zu stark spüren. Wir versuchen es so einzurichten, dass die Dinge im gleichen Rhythmus ablaufen wie zu Hause. Wenn wir zum Beispiel wissen, dass eine Patientin an einem bestimmten Tag jeweils eine Vitamin-B12-Injektion erhält. Et voilà: Kontinuität in der Pflege, das geht in beide Richtungen», erklärt sie. Die älteren Menschen seien oft sehr beunruhigt, wenn sie ins Spital kommen und machen sich Sorgen über alles, was sie zurückgelassen haben: den Mahlzeitendienst, die Katze usw. Marie-Claire wird dann zur Mediatorin, Übersetzerin und Vertrauten.

«Ich bin für die Patienten wie eine Sauerstoffkur, die sie nach Hause zurückversetzt. Und ich mag es, diese Rolle zu übernehmen.» Das heisst, dass sie auch dafür sorgen muss, dass die Botschaft ankommt, etwa bei der Ärzteschaft. «Man muss die Wünsche und den Charakter des anderen berücksichtigen, wenn man etwas bewirken möchte. Die Botschaft richtig verpacken, um einen Konsens zu ermöglichen.» Klinisches Urteilsvermögen, Diplomatie, Verhandlungsgeschick und ihre Lebenserfahrung führen dazu, dass sie dieses Ziel auch erreicht.

Marie-Claire Gaydou hat aber auch die Bodenständigkeit eines Menschen, der sich in der Natur erholt. Die Bewohnerin von Annecy-le-Vieux ist eine passionierte Pilzsammlerin. Ihre Freizeit – sie arbeitet 80 Prozent – verbringt sie gerne am Mont Veyrier auf der Suche nach Steinpilzen und Eierschwämmen. «Am Mittwoch hat es noch Pilze – anders als am Sonntag», sagt sie schelmisch.

Nicole Dana-Classen

Nahtstellen statt Schnittstellen

Im Kanton Zürich haben Spitex, Spitäler und Pflegeheime ihr Vorgehen bei Übertritten von Patientinnen und Patienten koordiniert. Eine Notwendigkeit im immer durchlässigeren Gesundheitssystem, wie die beteiligten Verbände finden.

Kehrt jemand aus dem Spital nach Hause zurück und benötigt Spitex-Pflege, muss die Spitex rasch über alle nötigen Informationen verfügen. Das Gleiche gilt, wenn die hospitalisierte Person vor der Rückkehr nach Hause stationäre Übergangspflege braucht oder gleich ganz ins Pflegeheim umzieht. Schon länger sei es eine anspruchsvolle und zeitraubende Aufgabe gewesen, die Versorgungssicherheit an solchen Schnittstellen möglichst nahtlos zu gewährleisten, sagt Annemarie Fischer, Geschäftsleiterin des SpiteX Verbands Kanton Zürich.

Den Ausschlag, das Problem anzugehen, gab dann die schweizweite Einführung der Fallpauschalen in der Spitalfinanzierung. Seit 2012 können die Spitäler keine Tage mehr abrechnen, sondern nur noch Fälle. Das führt zu früheren Überweisungen an nachsorgende Institutionen. «Die Menschen bleiben nur noch so lange im Spital, wie ihr Zustand tatsächlich Spitalpflege erfordert», stellt Fischer fest. Die Heime bestätigen die Tendenz: «Die Wechsel erfolgen heute schneller als früher», sagt Claudio Zogg, Geschäftsleiter des Heimverbands Curaviva Kanton Zürich. In der verschärften Situation setzten sich die Zürcher Kantonalverbände von SpiteX, Spitalern und Pflegeheimen an einen Tisch.

Ziele des Projekts «Informationsmanagement Übertritte» waren eine möglichst einheitliche Dokumentation und transparente Abläufe. Dass es gelungen sei, alle drei Partner ins Boot zu holen, wertet Annemarie Fischer als «Innovation» und als Erfolg. Bewusst spreche man von Übertritten und nicht von Austritten: «Wir haben heute keine linearen Abläufe mehr, sondern ein durchlässiges System mit vielen Wechsels.» Zunehmend benötigten die Menschen bereits am ersten Tag nach der Heimkehr vom Spital Spitex-Pflege, beispielsweise für einen Verbandswechsel. Zwischen 2012 und 2014 erarbeiteten engagierte Fachleute aus den drei Branchen zwei Instrumente: ein standardisiertes Übertrittsprotokoll in Spitälern, SpiteX und Pflegeheimen im ganzen Kanton Zürich sowie ein einheitliches elektronisches Überweisungsformular.



Anpassungen möglich

Das Formular ermöglicht Angaben zu verschiedenen Bereichen, von den Stammdaten über die medizinischen Ansprechpersonen, die Medikamentierung, die nötige Nachsorge, die Wohnsituation, Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Herz/Kreislauf und Atmung sowie Kommunikation und Mobilität bis hin zur psychischen Situation und Orientiertheit. Der standardisierte Ablauf bei den Übertritten definiert sieben Phasen, von der ersten Einschätzung der wahrscheinlich nötigen Nachsorge bis zum definitiven Entscheid darüber, der Organisation des Über-

tritts und einer Zusammenstellung der mitzubehabenden Dokumente. «Ziel ist, dass die aufgeführten Phasen in den Spitälern, SpiteX-Organisationen und Pflegeheimen im Prinzip immer gleich ablaufen», sagt Annemarie Fischer, die dieses Teilprojekt leitete. Das Dokument erlaube aber Anpassungen an die regionale Situation und an spezifische Abläufe in der Institution. Zudem werde die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten respektiert.

Das Zusammenarbeitsprojekt wurde Ende 2014 abgeschlossen. Ursprünglich war geplant gewesen, eine elektronische Austauschplattform für die Übertrittsinfor-

mationen vorzubereiten und dafür einen Anbieter zu evaluieren. Doch dieses Vorhaben sprengte die Kapazitäten des Projekts. Es wird nun auf anderen Wegen weiterverfolgt. So machen alle drei Verbände in der Stammgemeinschaft mit, die eine elektronische Plattform im Hinblick auf das zukünftige elektronische Patientendossier aufbauen will. Das Patientendossier wurde in der Sommersession vom eidgenössischen Parlament beschlossen (siehe Kasten). Zudem sind SpiteX-Organisationen im Kanton Zürich dabei, die Online-Patientenanmeldung OPAN einzuführen (vgl. Artikel im SpiteX Magazin April/Mai 2015). Weiter gibt es Bestrebungen, eine Datenbank über das Leistungsangebot von Institutionen zu errichten.

Zusammenarbeit verbessert

Die Verbände führen keine Statistiken über die Verwendung der erarbeiteten Instrumente. «Es steht und fällt mit den Verantwortlichen vor Ort in den Institutionen», weiss Annemarie Fischer. Alles in allem habe sich aber die Zusammenarbeit verbessert, konstatiert die SpiteX-Vertreterin. Dazu trügen sicher die standardisierten Abläufe bei, aber auch der durch die Fallpauschalen gewachsene Anreiz der Spitäler, sich frühzeitig um die Austrittsplanung zu kümmern. Dank des gemeinsamen Projekts habe wichtige Vorarbeit im Hinblick auf die geplante elektronische Plattform geleistet werden können, fügt Curaviva-Geschäftsleiter Claudio Zogg an. Hauptziel sei stets, die Qualität der Nachsorge sicherzustellen: «Es geht darum, dass jemand am richtigen Ort ist und die passende Pflege und Betreuung erhält.»

Susanne Wenger

www.uebertritte.ch

Elektronisches Patientendossier kommt

Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime müssen künftig elektronische Patientendossiers anbieten. Das hat das eidgenössische Parlament im Juni beschlossen. Ob ein elektronisches Dossier über sie geführt wird, entscheiden aber in jedem Fall die Patientinnen und Patienten. Die Dossiers werden dezentral gespeichert, Zugriff haben Gesundheitsfachpersonen und der Patient selber, nicht aber Krankenkassen und Arbeitgeber. Für Ärztinnen und Ärzte gilt die Pflicht zum digitalen Dossier nicht. Darauf einigten sich National- und Ständerat nach einigem Hin und Her. Der SpiteX Verband Schweiz, der Heimverband Curaviva Schweiz und der Spitalverband H+ hatten sich vergeblich dafür eingesetzt, dass alle Leistungserbringer einbezogen werden, auch die ambulanten. Der Bundesrat prüft nun, ob mindestens neue Arztpraxen zum digitalen Dossier verpflichtet werden sollen. Die Spitäler haben drei Jahre Zeit, um die Dossiers einzuführen, Pflegeheimen gibt der Gesetzgeber fünf Jahre Zeit. Bund und Kantone sollen Finanzhilfen leisten.



Bild: Susanne Wenger

«Das Verlassen des eigenen
Zuhause ist ein kritisches
Lebensereignis.»

Wenn die Verlegung Trauer auslöst

Manche ältere und kranke Menschen reagieren auf den Wechsel des Pflegeortes mit grossem Stress. Pflegende können mithelfen, das sogenannte Relokationssyndrom zu mildern.

Jahrzehntlang wohnt Herr S. im gleichen Haus im kleinen Dorf. Verlässt er dieses für einen Ausflug, plagt ihn sogleich das Heimweh. Nach dem Tod der Ehefrau wird der Hochbetagte von der Spitex versorgt, auch die Töchter und der Sohn unterstützen ihn. Wegen zunehmender Gebrechlichkeit und einer Parkinson-Erkrankung muss er zuletzt ins einige Kilometer entfernte Pflegeheim ziehen. Es ist, mit 93 Jahren, der erste Gemeindefwechsel in seinem Leben. Kein Jahr später stirbt Herr S. im Heim.

Die alte Frau Z., der es gesundheitlich vergleichsweise gut geht, stürzt unglücklich und muss sich in Spitalpflege begeben. Danach ist es ihr nicht mehr möglich, in ihre Stadtwohnung im 4. Stock in einem Haus ohne Lift zurückzukehren. Sie übersiedelt in ein nahes Pflegeheim.

Übergänge wie diese sind nicht einfach. «Das Verlassen des eigenen Zuhause ist ein kritisches Lebensereignis», stellt die Basler Pflegefachfrau und Gerontologin Cécile Wittensöldner fest. Der Ort des Lebens habe für den Menschen existenzielle Bedeutung. Beim Auszug müsse Vertrautes zurückgelassen werden: Möbelstücke, Kleider, Nachbarn sowie Gefühle von Geborgenheit, Verwurzelung und Sicherheit. Gleichzeitig gelte es, sich am neuen Ort einzuleben und sich unter fremden Menschen an neue Gegebenheiten anzupassen. Der Abschiedsschmerz und die Trauer über den Umgebungswechsel können so gross sein, dass sie den Gesundheitszustand und den Krankheitsverlauf der Betroffenen beeinflussen. Dieses Leiden ist in einer Pflegediagnose erfasst: Relokationssyndrom (siehe Kasten). Das Syndrom kann nicht nur beim Wechsel ins Heim auftreten, sondern auch, wenn jemand innerhalb einer Pflegeinstitution oder von einer Einrichtung in die andere verlegt wird.

Müde von der Odyssee

In der letzten Lebensphase seien die Lebensorte älterer Menschen oft durch medizinische, rehabilitative oder pflegerische Ziele vorgegeben, sagt Wittensöldner: «Sie selber verlieren ein Stück weit ihren Einfluss darauf.» Die Mechanik des Gesundheitswesens befördert die Menschen immer rascher von einem Ort zum anderen, gerade auch unter den Bedingungen erhöhten Kosten- und Zeitdrucks. Diese Odyssee kann Menschen überfordern und erschöpfen, nicht nur Alte, sondern auch Jüngere. Die Stresssymptome seien unterschiedlich, je nach Situation und Vorgeschichte der Betroffenen, weiss Wittensöldner. Sie beschäftigte sich als eine der Ersten in der Schweiz mit dem Relokationssyndrom und hat viel Erfahrung mit Menschen in Übertrittssituationen. Bevor sie pensioniert wurde, arbeitete die heute 67-jährige als Gerontologin auf der «Passerelle» des Basler Felix-Platter-Spitals, einer Bettenabteilung für ältere Menschen zwischen Spitalaufenthalt und Eintritt ins Heim.

Wichtige Erkennungszeichen für ein Relokationssyndrom sind Angst, Zorn, Unsicherheit, Depression, Einsamkeit und – vor allem bei älteren Menschen – zunehmende Desorientierung. Auch Unruhe, Rückzug, verändertes Essverhalten, Schlafstörungen, feindseliges Verhalten und Schimpftiraden können auf das Syndrom hinweisen. Manchmal drückt sich das Leiden zudem in körperlichen Beschwerden aus: in plötzlich auftretender Inkontinenz, Gewichtsveränderungen, Magen-Darm-Störungen.

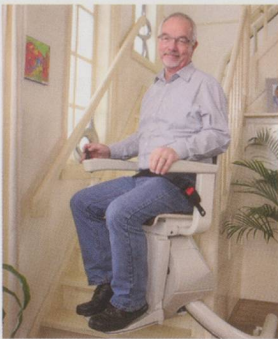
«Nur mit den Füssen voran»

Erschwerend kommt hinzu: Der Umzug ins Pflegeheim erfolgt für Betagte oft unvermittelt, nach einem einschneidenden gesundheitlichen Ereignis. Und er erfolgt oft unfreiwillig. «Meine Wohnung verlasse ich nur mit den

Wenn die Treppe zum Lift wird

Wer möchte nicht im eigenen, vertrauten Haus alt werden und dabei unabhängig sowie mobil bleiben? Im dritten Lebensabschnitt werden Treppen – gerade im eigenen Haus – häufig zum Hindernis. Das ist aber kein Grund, die vertrauten vier Wände zu verlassen.

Ein Treppenlift steigert die Lebensqualität spürbar und hilft mit, die Phase der Selbstständigkeit deutlich zu verlängern. Und: Einbau, Bedienung sowie Unterhalt sind einfach und unkompliziert.



Vorteilhaft und erschwinglich

Ein Beispiel: Vor wenigen Monaten hat die Rigert AG einen Treppenlift bei Herrn Müller eingebaut. Eine schwere Arthrose liess seine Welt aus den Fugen geraten. Herr Müllers Kniegelenk musste durch eine Teilprothese ersetzt werden. Jetzt ist er wieder zu Hause. Selbstständig und sicher – dank dem Treppenlift.



Rigert AG · Treppenlifte · Fännring 2 · 6403 Küssnacht am Rigi SZ
T 041 854 20 10 · info@rigert.ch · www.rigert.ch

AMS
All Mobile Service AG

Dabei sein und von exklusiven Vorteilen profitieren

- ✓ Das staub- und wasserdichte Samsung XCover 3 zu Spitex Tarifen
- ✓ persönliche und individuelle Beratung bei Ihrer Abonnement- und Gerätewahl
- ✓ Schnelle Unterstützung bei Fragen
- ✓ langfristige und persönliche Kundenbetreuung



AMS All Mobile Service AG
Technikumstrasse 59
8400 Winterthur
Tel. +41 52 212 50 00
info@ams.ch
www.ams.ch



Salt. SAMSUNG
BUSINESS

Füssen voran» oder: «Es wäre schon noch gegangen daheim» – solche vielfach gehörten Aussagen zeigten, wie unvorbereitet manche auf den Wechsel seien, sagt die Expertin. Demenzkranken falle es zudem schwer, die Zusammenhänge zu erfassen: «Sie realisieren nicht, dass sie schon monate- oder jahrelang auf Unterstützung durch Angehörige angewiesen waren.» Um dem Relokationssyndrom vorzubeugen oder es zu mildern, komme der Pflege eine zentrale Rolle zu, sagt Wittensöldner. Denn oft obliege es der Pflege, Verlegungen vorzubereiten oder zu koordinieren. Wittensöldner findet es «wichtig, die Pflegenden noch stärker für dieses Thema zu sensibilisieren». Es gehe darum, Stressgefährdete zu erkennen und Menschen, die unter dem Relokationssyndrom leiden, mit gezielten Interventionen zu entlasten.

Wenn sich ein Wechsel ins Pflegeheim abzeichne, könne die Spitex Klienten und Angehörigen im Gespräch ermöglichen, sich mit dem zukünftigen Lebensort zu befassen, sagt die Fachfrau. Das helfe schon viel. Ein vorgängiger Besuch im Pflegeheim, auf der Palliativstation oder im Hospiz trage dazu bei, Kontakt mit der neuen Umgebung aufzunehmen und Ängste abzubauen. Hilfreich sei es, gemeinsam mit den Angehörigen den Koffer zu packen, als bewusste Vorbereitung auf den Umzug. Oft sei es zudem ratsam, die bisherige Situation anzusprechen: «Viele Ehepaare haben sich gegenseitige Pflege bis zum Tod versprochen.» Wenn nun trotzdem ein Übertritt ins Heim nötig werde, könne dies zu Vorwürfen und Schuldgefühlen führen. Die professionelle Pflegefachperson könne solches besser thematisieren, sagt Wittensöldner. Auch die Möglichkeit einer Patientenverfügung oder eines Vorsorgeauftrags könne erwähnt werden. Nach dem Ortswechsel benötigten Betroffene und Angehörige Orientierung durch die Pflegenden, in Form einer unterstützenden, beratenden Beziehung. Betagte bräuchten eine ruhige Atmosphäre und Zeit, um sich von den Strapazen des Umzugs zu erholen.

Kein «Plätzchen» – ein Lebensort

Cécile Wittensöldner rät allen Pflegenden, auf die Sprache zu achten. Oft sagten Angehörige oder Pflegende der vor dem Übertritt ins Heim stehenden Person, man suche nun «ein gutes Plätzchen» für sie. Darauf reagiert die Fachfrau allergisch: «Eine Katze mag ein Plätzchen haben, ein Mensch hingegen ist unterwegs zu einem neuen Lebensort.» Das Relokationssyndrom betreffe mehr als den äusserlichen Umzug. Es gehe auch um innere Prozesse. Jeder Ortswechsel sei für den alten oder kranken Menschen ein «Entzug der erlebten Beheimatung», nach der wir uns alle sehnten. Auch mit der Endlichkeit des Lebens sei man kon-

frontiert – was viele bis dahin erfolgreich verdrängt hätten: «Es sterben halt immer nur die anderen.» Doch bis ins hohe Alter könnten wir uns weiterentwickeln und dazulernen, weiss die Gerontologin, die heute noch Menschen begleitet: «Der Mensch ist ein Wanderer bis zuletzt.» Die meisten hätten in ihrem Leben schon früher Übergänge und Brüche gemeistert. Eine zugewandte Umgebung am neuen Pflege- und Betreuungsort könne helfen, das «innere Zuhause» wiederzufinden, unabhängig von den Umständen. Cécile Wittensöldner zitiert den Dichter Christian Morgenstern: «Nicht da ist man daheim, wo man seinen Wohnsitz hat, sondern da, wo man verstanden wird.»

Susanne Wenger

Cécile Wittensöldner: Relokationssyndrom – Vom Unterwegs-Sein zum Ort des Abschiednehmens im Alter, in: Lehrbuch Palliative Care, 3. Auflage, Huber Verlag, Bern 2015

«Der Mensch ist ein Wanderer bis zuletzt.»

Das Relokationssyndrom

Das Relokationssyndrom oder Verlegungsstress-Syndrom ist eine Pflegediagnose, die von der NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) bereits 1992 anerkannt wurde. Sie bezeichnet physiologische und/oder psychosoziale Störungen bei einem Wechsel von einer Umgebung in die andere. «Relocare» bedeutet vom lateinischen Wortstamm her, etwas wieder an seinen Platz zu bringen. Bestimmende Merkmale sind: Entfremdung, Depression, Angst, Schlafstörungen, Rückzugsverhalten, Zorn, Identitäts- und Selbstwertverlust, zunehmende körperliche Beschwerden, Besorgnis, Pessimismus. Fehlende Beratung und Unterstützung, ein passives Bewältigungsverhalten, Gefühle der Machtlosigkeit oder negative Erfahrungen aus früheren Verlegungen können das Syndrom verstärken.