



tagung  
**community:nursing**  
vom projekt zur routine

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL  PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE  
PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN – SÜDTIROL



## Familien- und Gemeinschafts- krankenpflege in Südtirol

05.05.2023 - Schloss Wilhelminenberg/Wien  
Barbara Preusse und Marianne Siller

Südtiroler Sanitätsbetrieb  Azienda Sanitaria dell'Alto Adige  
Azienda Sanitaria de Sudtiroil

1

## Unsere Reise ...



**Herausforderungen** – Demographie und Epidemiologie

**Bezugsrahmen** – wissenschaftlich, gesundheitspolitisch, normativ

**Vorbereitungsarbeiten**

**Implementierungsstrategie**

**Aktueller Stand, Fazit und Ausblick**

**Family Systems Nursing ... LIVE**

Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

2

# Herausforderungen

## Demographie und Epidemiologie

Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

3

3

## Die Situation in Südtirol

- **Durchschnittsalter Bevölkerung:** 43,0 Jahre
- **Lebenserwartung:** 81,1 Jahre bei Männern, 85,5 Jahre bei Frauen
- **Altersindex:** 134,7 (staatl. Vergleich 173,1)
- **Chronizität:** 160.622 Menschen (30,5%) haben mind. eine chronische Erkrankung, Frauen sind stärker betroffen als Männer, im Alter steigt der Anteil auf 78%
- **Ressourcenverbrauch:** 30,5% chronisch kranke Menschen beanspruchen 77% der finanziellen Mittel in der Gesundheitsversorgung

(Istat, 2019)

Zunahme von **allein lebenden älteren Menschen**  
 Zunahme **chronischer Erkrankungen**  
 Anstieg der **Multimorbidität**  
 Erhöhtes Risiko einer **Behinderung**  
 Steigerung der **Pflegebedürftigkeit**  
 Steigende Anzahl an **Zugängen - Notaufnahme**

Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

4

4

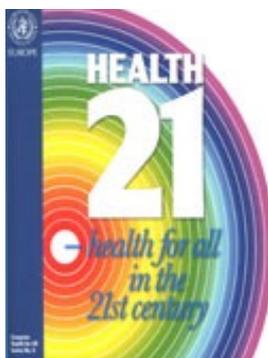
## Bezugsrahmen

- gesundheitspolitisch
- wissenschaftlich
- normativ

5

## Health 21 Health for all in the 21<sup>st</sup> century

### Rahmenkonzept «Gesundheit für alle» für die Europäische Region der WHO, 1998



#### EUROPEAN HEALTH21 TARGET 2: EQUITY IN HEALTH

By the year 2020, the health gap between socioeconomic groups within countries should be reduced by at least one fourth in all Member States, by substantially improving the level of health of disadvantaged groups

#### EUROPEAN HEALTH21 TARGET 3: HEALTHY START IN LIFE

By the year 2020, all newborn babies, infants and pre-school children in the Region should have better health, ensuring a healthy start in life

#### EUROPEAN HEALTH21 TARGET 4: HEALTH OF YOUNG PEOPLE

By the year 2020, young people in the Region should be healthier and better able to fulfil their roles in society

#### EUROPEAN HEALTH21 TARGET 5: HEALTHY AGING

By the year 2020, people over 65 years should have the opportunity of enjoying their full health potential and playing an active social role

#### EUROPEAN HEALTH21 TARGET 6: IMPROVING MENTAL HEALTH

By the year 2020, people's psychosocial wellbeing should be improved and better comprehensive services should be available to and accessible by people with mental health problems

#### EUROPEAN HEALTH21 TARGET 8: REDUCING NONCOMMUNICABLE DISEASES

By the year 2020, morbidity, disability and premature mortality due to major chronic diseases should be reduced to the lowest feasible levels throughout the Region

#### EUROPEAN HEALTH21 TARGET 15: AN INTEGRATED HEALTH SECTOR

By the year 2010, people in the Region should have much better access to family- and community-oriented primary health care, supported by a flexible and responsive hospital system

#### EUROPEAN HEALTH21 TARGET 18: DEVELOPING HUMAN RESOURCES FOR HEALTH

By the year 2010, all Member States should have ensured that health professionals and professionals in other sectors have acquired appropriate knowledge, attitudes and skills to protect and promote health

#### EUROPEAN HEALTH21 TARGET 19: RESEARCH AND KNOWLEDGE FOR HEALTH

By the year 2005, all Member States should have health research, information and communication systems that better support the acquisition, effective utilization, and dissemination of knowledge to support health for all

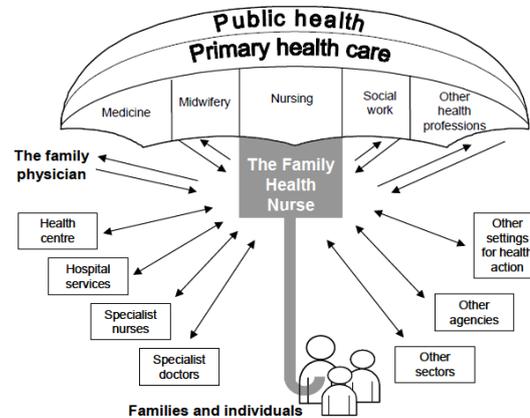
*(Adapted by the WHO Regional Committee for Europe at its forty-eighth session, Copenhagen, September 1998)*

6

## The Family Health Nurse



### Context, conceptual framework and curriculum



Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

7

7

## Family Health Nursing Family Systems Nursing

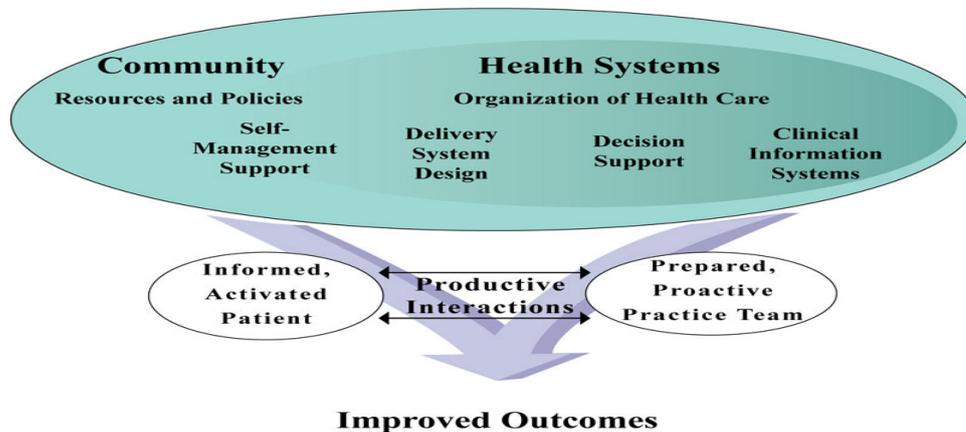
- **WHO – Strategie** zum Ausbau einer gemeinde- und wohnortnahe Familiengesundheitspflege (*Deklaration von München, 2000*)
- Von *Wright u. Leahey* entwickelter systemischer, lösungsorientierter Ansatz, der das **Calgary Assessment und Intervention Model** umfasst und seit 30 Jahren in der Lehre, Forschung und Praxis erprobt und weiterentwickelt wird:
  - **Besseres Symptommanagement** bei den Patienten
  - **Reduktion der Belastungen** der pflegenden Angehörigen
  - **Förderung der Gesundheit** der Familie

Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

8

8

## Chronic Care Model



(Bodenheimer, T., Wagner, E. et al., 2002)

Developed by The MacColl Institute  
© ACP-ASIM Journals and Books

Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

9

9

## Normativer Bezugsrahmen

- **Dekret zu den neuen Wesentlichen Betreuungsstandards** (ital. LEA)
- **Gesundheitspakt** 2014 – 2016
- **Staatlicher Plan zur Chronizität** (2016)
- Landesbeschluss
- **Landesgesundheitsplan 2016-2020**
- **Masterplan Chronic Care** – Landesbeschluss Nr. 1281 vom 04.12.2018
- **Decreto Rilancio e Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** – Staatlicher Wiederauf- und Resilienzbauplan
- **Staat- Regionenkonferenz 10.09.2020** – Empfehlungen zur Implementierung der Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege
- **Ministerialdekret 77/2022**: Modelle und Standards für die Entwicklung der wohnortnahe Versorgung

Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

10

10

# Implementierungsstrategie

Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

11

11

## Spezialisierungslehrgang



**Spezialisierungskurs für 'Familien- und Gemeinschaftskrankenpflegerinnen'**

Im Rahmen des dreijährigen berufsbegleitenden Spezialisierungslehrganges erlangen Krankenschwestern die Kompetenzen, um als Familien- und Gemeinschaftskrankenschwestern (FGK) tätig zu werden. Der Aufgabenbereich der FGK liegt darin, Einzelpersonen und Familien zu helfen, Krankheit und chronische Behinderung oder Stresssituationen zu bewältigen, indem sie einen Großteil ihrer Arbeitszeit bei den Patienten/innen zu Hause und mit deren Familien verbringen. Die FGK besetzen zu gesunden Lebensweisen, verhaltensbezogenen Risikofaktoren und stärken den Familien in gesundheitlichen Angelegenheiten. Durch Früherkennung stellen sie sicher, dass Gesundheitsprobleme der Familie frühzeitig behandelt werden. Mit ihrem Wissen über öffentliche Gesundheit und Sozialfragen und andere Sozialdienste sind sie in der Lage, die Auswirkungen sozialökonomischer Faktoren auf die Gesundheit der Familie zu erkennen und sie auf die zuzutragenden Dienste zu verweisen. Sie erleichtern die frühzeitige Entlassung von Menschen aus dem Krankenhaus, indem sie die Pflege zu Hause übernehmen. Sie fungieren als Vermittlerinnen zwischen der Familie und dem Allgemeinmediziner/innen, indem sie den ärztliche Ärztin dann ersetzen, wenn die erhöhten Bedürfnisse hauptsächlich krankheitspflegerische Begleitung erfordern (MHO, 2000).

Die berufsbegleitende Ausbildung ist über drei Jahre in 300 Lehrstunden gegliedert, danach:

1. Jahr: 300 Stunden Unterricht und Workshops
2. Jahr: 210 Stunden Praktikum
3. Jahr: 210 Stunden Praktikum

1. Spezialisierungslehrgang  
Familien- und  
Gemeinschaftskrankpflege 2014-  
2017

2. Spezialisierungslehrgang  
Familien- und  
Gemeinschaftskrankpflege  
2017-2019

3. Spezialisierungslehrgang  
Familien- und  
Gemeinschaftskrankpflege  
2019-2022

4. Spezialisierungslehrgang  
Familien- und  
Gemeinschaftskrankpflege  
2023-2025

Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

12

12

## Innovationsprojekt



### Implementierung

- **Sprengelteams:** Aktivierung des Translationsprozesses hin zur Familienzentrierte Pflege
- **Pilotgemeinde:** Einsatz der Familien- und Gemeinschaftskrankenpflegerin

### Evaluationsstudie

in Zusammenarbeit mit dem Universitären Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe Claudiana und der Freien Universität Bozen (FUB)

13

## Familienzentrierte Pflege

### Zielsetzung

- Erhaltung der **Gesundheit, Selbständigkeit und Autonomie** der Betroffenen und deren Familien
- Eine **angemessene und nachhaltige Pflege** für die Betroffenen
- Unterstützung der **Handlungsfähigkeit** der Familien
- Förderung der **Selbsthilfefähigkeit** der Familien
- Förderung der **Lebensqualität** der Betroffenen und deren Familie gleichermaßen

14

## Zielsetzung Sprengelteams

Die Krankenpfleger/Innen:

- **erarbeiten sich die Kompetenz** die familienzentrierten Pflege im Pflegepraxisalltag anzuwenden
- **entwickeln eine Haltung** der fortlaufenden eigenen Kompetenzvertiefung
- **kennen die hierfür nützlichen Instrumente** und Strukturen
- **entwickeln als Team** eine gemeinsame familienzentrierte Grundhaltung und entsprechende Arbeitsprozesse

→ **Voneinander und miteinander lernen** zum Wohle der Familien, gemeinsam die **Arbeitsprozesse** für eine gelingende Familienzentrierte Pflege **ausrichten**.

## Weiterbildungskonzept

**Inhalte:**

1. **Zeitliche Planung/Darstellung der Implementierung**
2. **Inhalte und Ablauf der Schulungen** der KrankenpflegerInnen der Gesundheitssprengel
3. **Ablauf des Begleitprozesses** (Coaching) der KrankenpflegerInnen
4. Beschreibung der **Aktivitäten/Verantwortlichkeiten**:
  - Stabstellen
  - territoriale Pflegedienstleiter/innen
  - Koordinator/in
  - Trainer und Teacher
5. Erhebung durch den **FINC-NA Fragebogen**

## Implementierungsansatz in den Gesundheitssprengeln 1/4

- Die Implementierung der Familienzentrierten Pflege erfolgt im Krankenpflegeteam mit den **Spezialistinnen**
- Zeitraum: **2 Jahr**
- Die Schulung ist **partizipativ und spiralförmig** aufgebaut.
- Die Schulung umfasst drei Ebenen:
  - ✓ **Grundhaltung**
  - ✓ **Wissen** und
  - ✓ **Skills (Kommunikation)**
 zur familienzentrierten Pflege

Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

17

17

## Implementierungsansatz in den Gesundheitssprengeln 2/4

- **Schulungsdauer:** 6 Tage - 42 Stunden durch SpezialistInnen
- **Inhalte:**
  - Die Familienzentrierte Pflege
  - Das Calgary Family Assessment Model (CFAM)
  - Das Familiengespräch
  - Das Calgary Family Intervention Model (CFIM)
  - Die Fallbesprechung (Methode nach dem Reflecting Team)

Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

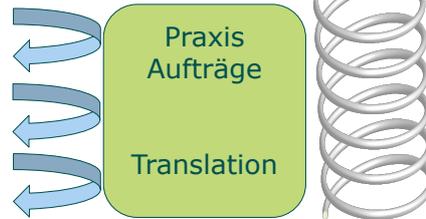
18

18

## Implementierungsansatz in den Gesundheitssprengeln <sup>3/4</sup>

### Planung der 6 Schulungstage für das Sprengel Team

Schulungstag 1	2 Wochen Praxis
Schulungstag 2	2 Wochen Praxis
Schulungstag 3	3 Wochen Praxis
Schulungstag 4	4 Wochen Praxis
Schulungstag 5	6-8 Wochen Praxis
Schulungstag 6	nach 10 Wochen



In der Zwischenzeit- Arbeitsaufträge für die Praxis mit Selbstevaluierung

### Praxisaufträge und Praxisbegleitung

## Implementierungsansatz in den Gesundheitssprengeln <sup>4/4</sup>

### Begleitprozess

- **Coaching** durch eine spezialisierte Krankenpflegerin («Trainerin»):
  - Beginn nach dem 2. Schulungstag
  - spontan und geplant
- **Briefing und Debriefing**
- Vorbereitung/Moderation der Fallbesprechungen  
«**Reflecting Team**»

## Die Implementierungsstrategie im Überblick



Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

21

21

## Aktueller Stand, Fazit und Ausblick ...

Marianne Siller – Pflegedirektorin, Südtiroler Sanitätsbetrieb

22

22

## Fazit und Ausblick (1/2)

- Vorliegen eines **praxistauglichen Konzeptes zur Implementierung** der Familienzentrierten Pflege in den Gesundheitssprengeln
- **Schrittweise Ausdehnung** der Familienzentrierten Pflege auf die zwanzig Gesundheitssprengel
- **Laufende Studien** zur Implementierung der Familienzentrierten Pflege und zur Piloterfahrung in der Gemeinde Aldein
- **Schulung und Begleitung der KrankenpflegerInnen** mit einer Verbesserung der Grundhaltung in der Begegnung der Familien (vermehrtes Miteinbeziehen der Familie in die Pflege)

## Fazit und Ausblick (2/2)

- KrankenpflegerIn als **zentrale Bezugsperson** für die PatientInnen **und** die Familie
- **Beziehung**, die nicht auf hierarchischer Ebene, sondern auf der Ebene von Zusammenarbeit mit den Familien beruht
- **Anerkennung der Familie** als Experten ihrer Situation im Erleben von Krankheit
- Konzeptionierung und Etablierung der **präventiven Hausbesuche**

Paradigmen-  
wechsel

## Die Grundlage: Calgary Familien Assessment- und Interventionsmodell



Lorraine M. Wright



Maureen Leahey



Familienzentrierte Pflege  
Hogrefe Verlag (2021)

Barbara Preusse-Bleuler – Family Systems Care

25

## BAIA – das Akronym

- B** eziehungsaufbau
- A** ssessment
- I** ntervention
- A** bschluss

Das familienzentrierte Erstgespräch mit den  
4 Phasen des Calgary Familien Assessment- und Interventionsmodell

Barbara Preusse-Bleuler – Family Systems Care

26

26

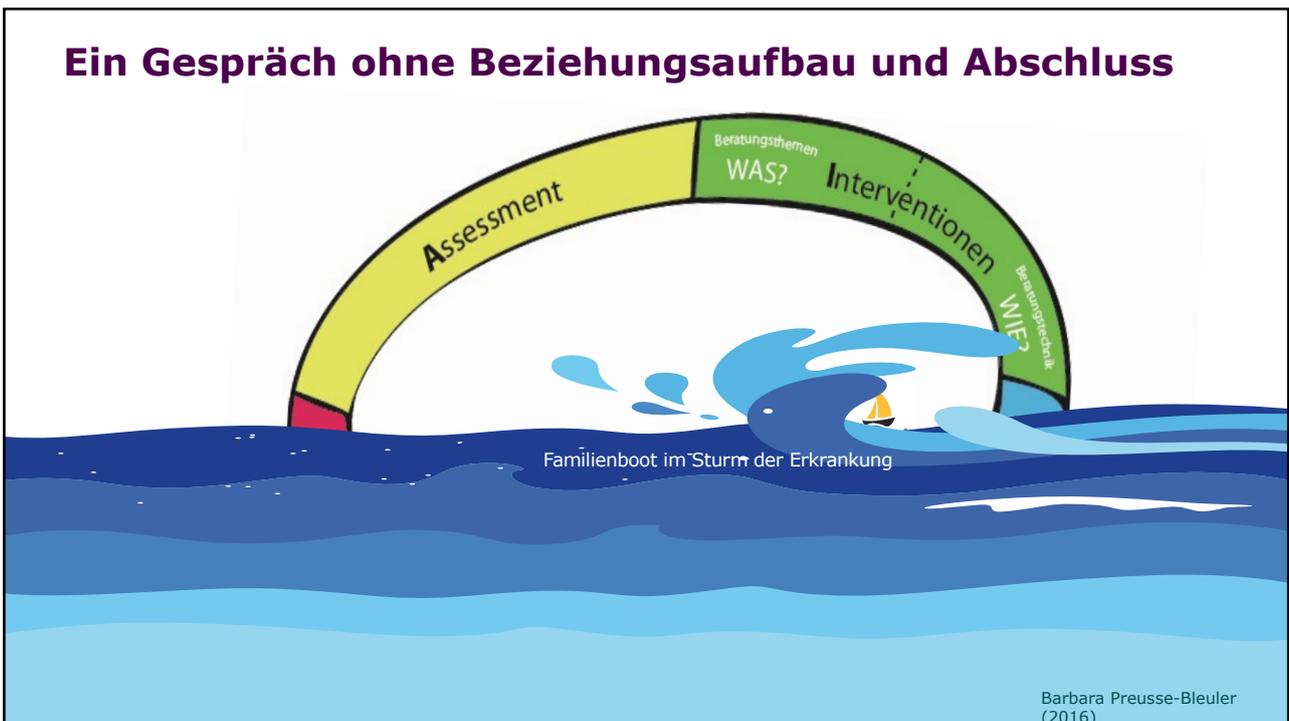
## BAIA eine sichere Bucht für ...

- Familien
- Pflegeteams



27

## Ein Gespräch ohne Beziehungsaufbau und Abschluss



28

## BAIA eine sichere Bucht für ...

- Familien
- Pflegeteams



Sturm der Erkrankung/Veränderung

Barbara Preusse-Bleuler (2016)

29

## Fallbeispiel

Barbara Preusse-Bleuler – Family Systems Care

30

30

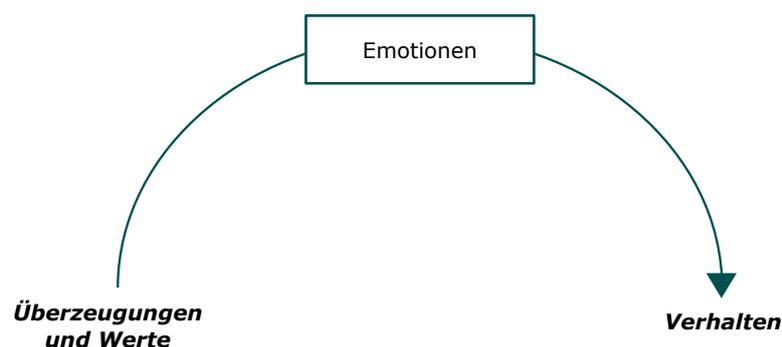
## Eine Familiengeschichte Teil 1

Situation eines älteren Ehepaars:

- Die Ehefrau, 82 (Patientin): fortgeschrittene Demenz, Osteoporose, rheumatoide Arthritis mit schweren chronischen Schmerzen, Apathie
- Der Ehemann, 84: überlastet in seiner Rolle als pflegender Angehöriger
- Die Tochter, 50: sie ist besorgt um ihren Vater und ihre Mutter

31

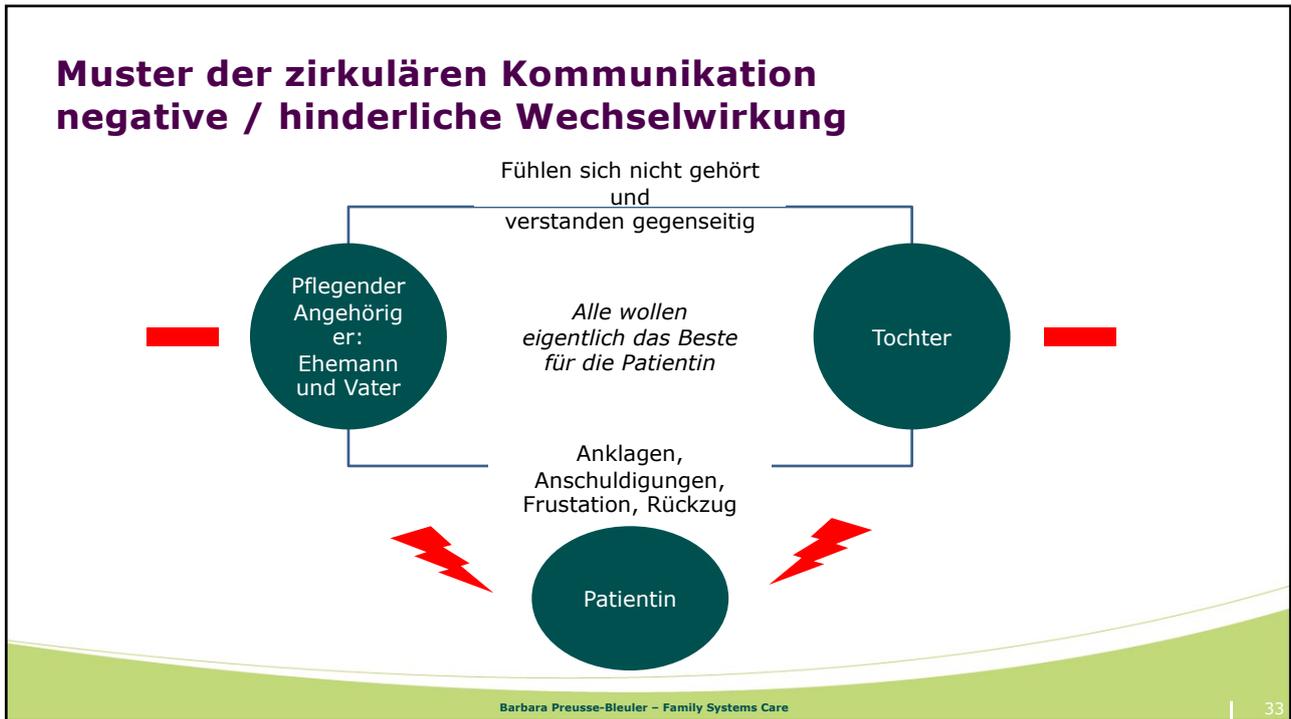
## Überzeugungen bilden die Basis



*"What we believe is the most powerful option of all."*  
Norman Cousins (1989)

Nach Wright, L.M. & Leahey, M., et al. (2021).

32

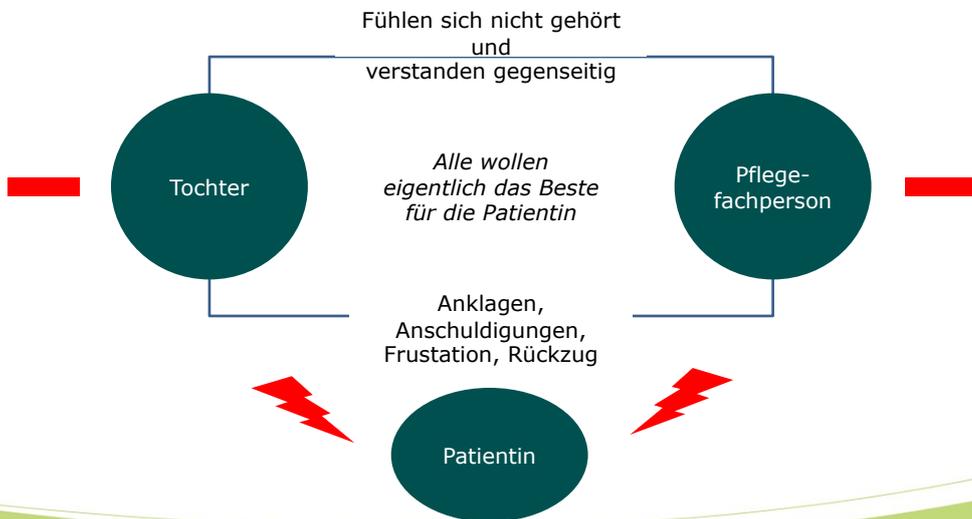


33



34

## Muster der zirkulären Kommunikation negative / hinderliche Wechselwirkung



Barbara Preusse-Bleuler – Family Systems Care

35

35

## Grundhaltung

### Nachvollziehen, wie Familie sich selber sieht:

Wie sie denkt: wie sie sich die Situation selber erklärt?

Wie sie fühlt: welche diversen Emotionen empfunden werden?

Wie sie handelt: welche Strategien sie entwickelt hat?



Beziehungs- und Vertrauensaufbau



Passende, wirkungsvolle Interventionen und Unterstützungsmassnahmen

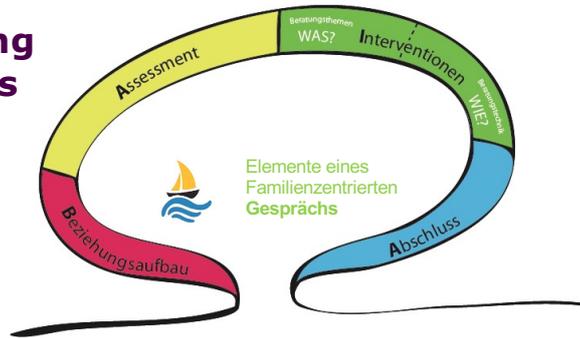
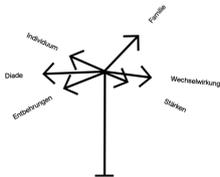
Nach Wright, L.M. & Leahey, M., et al. (2021).

Barbara Preusse-Bleuler – Family Systems Care

36

36

## Zur Vorbereitung eines Gesprächs



Zur Vorbereitung des Gesprächs werden die Punkte 1 – 2 bearbeitet und die allgemeinen familienzentrierten Ziele unter Punkt 3 werden auf die aktuelle Situation individualisiert

1. Anlass des Gesprächs / Planen und Einladen / Wen alles anfragen?
2. Vielseitige Hypothesen zu möglicherweise Gelingendem oder weniger Gelingendem, auch an mögliche Wechselwirkungen zwischen den Familienmitgliedern und zwischen Familie und Erkrankung denken

3. Ziele: Wirkungen /outcomes des Gesprächs aus Sicht der Fachperson:

- Beziehungs- und Vertrauensaufbau
- besseres Symptom- und Alltagsmanagement
- Lebensqualität für alle Familienmitglieder
- Familie stärken
- Gefühl der Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit stärken
- innerfamiliäre Kommunikation stärken
- Leiden am Leiden lindern

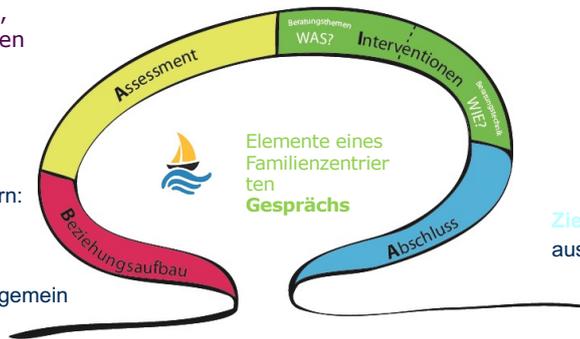
37

**C1:** Alle nach ihren Anliegen, Sorgen, Wünschen, Problemen fragen

**Ziel 2:** aus Sicht der Betroffenen  
 A) Alle begrüßen  
 B) Gesprächsablauf, Ziel erläutern: Gegenseitiges Kennenlernen

**Ziel 1:** Zweck des Gesprächs allgemein

Standardisierte Pflegeanamnese und detailliertes Fokusassessment



**Ziel 3:** Wirkungen / outcomes aus professioneller Sicht

38

**Die 4 E**

- E4) Erwartungen, Hoffnungen
- E3) Expertisen
- E2) Erfahrungen
- E1) Existenz: Mitbetroffene und Unterstützende

**D)** Um die Anliegen besser nachvollziehen zu können, zuerst die Situation als Ganzes kennen lernen

Elemente eines Familienzentrierten Erstgesprächs

Barbara Preusse-Bleuler – Family Systems Care

Barbara Preusse-Bleuler (2021)

39

**Die 4 E nach Fabie Duhamel**

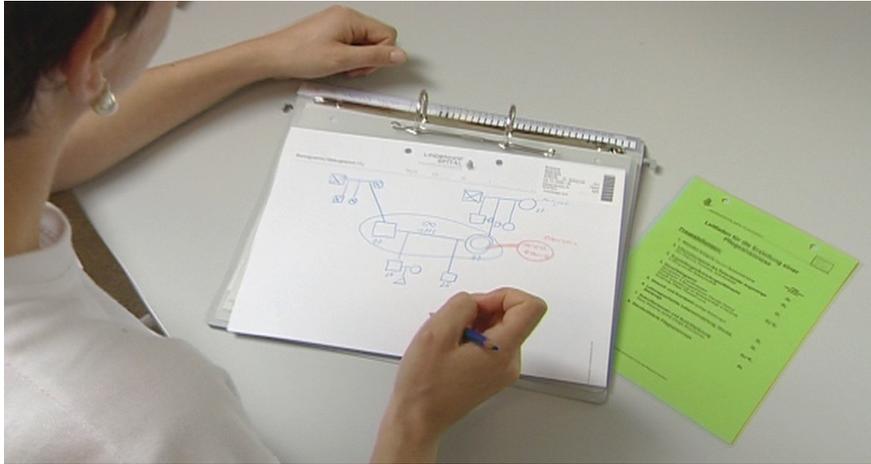
Duhamel, F. (Ed.). (2007). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers* (2nd ed.). Montréal, Quebec, Canada: Gaétan Morin, Chenelière Éducation .

Barbara Preusse-Bleuler – Family Systems Care

40

40

# Familienzentriertes Gespräch mit eingebettetem Genogramm und Ökogramm



- wird immer gemeinsam mit der Familie erstellt

Zürcher Fachhochschule  
Barbara Preusse-Bleuler

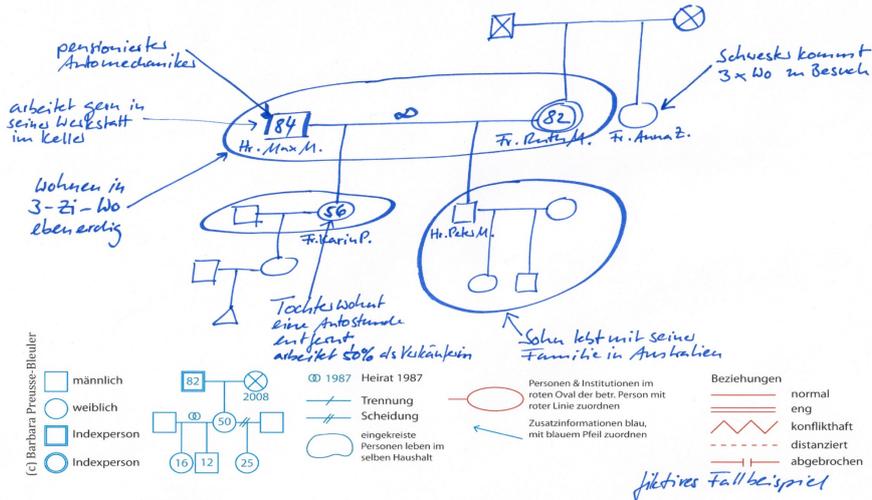
Barbara Preusse-Bleuler – Family Systems Care

41

Gespräch mit: Ehemann + Tochter von Fr. Ruth M.

erstellt am: 19. 2. 2019  
Ergänzungen am: \_\_\_\_\_

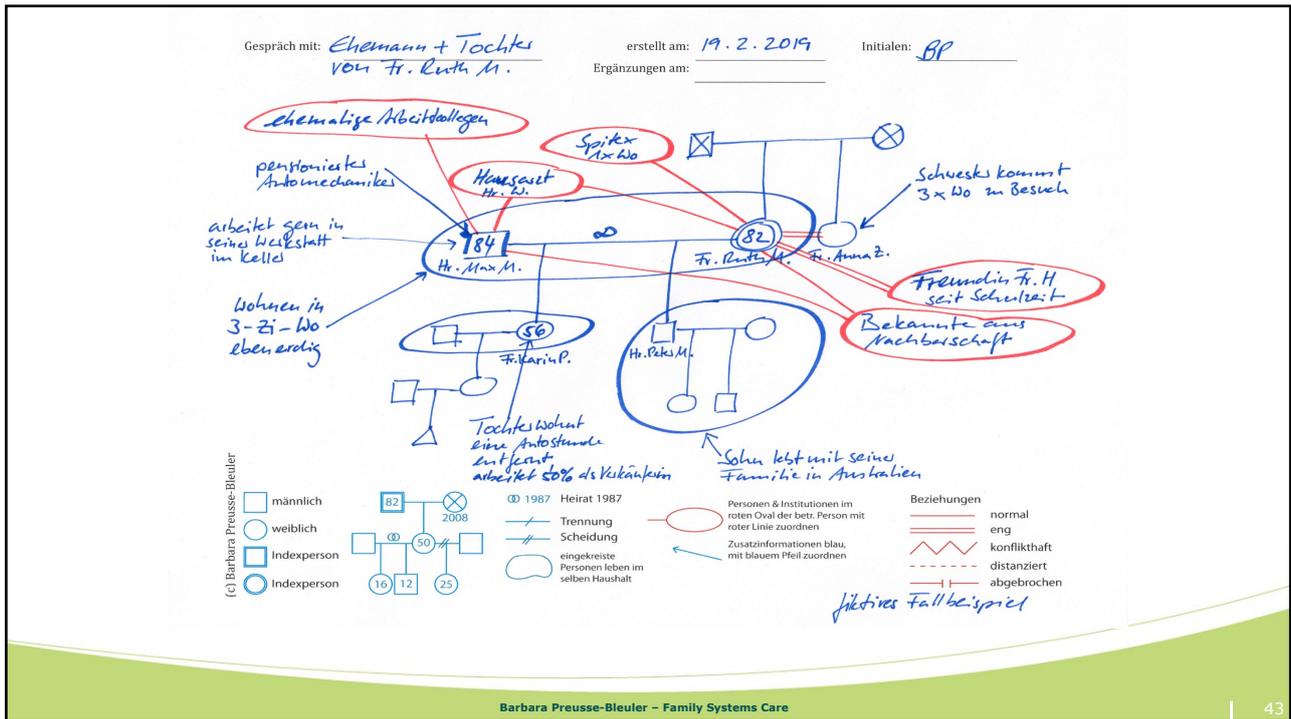
Initialen: BP



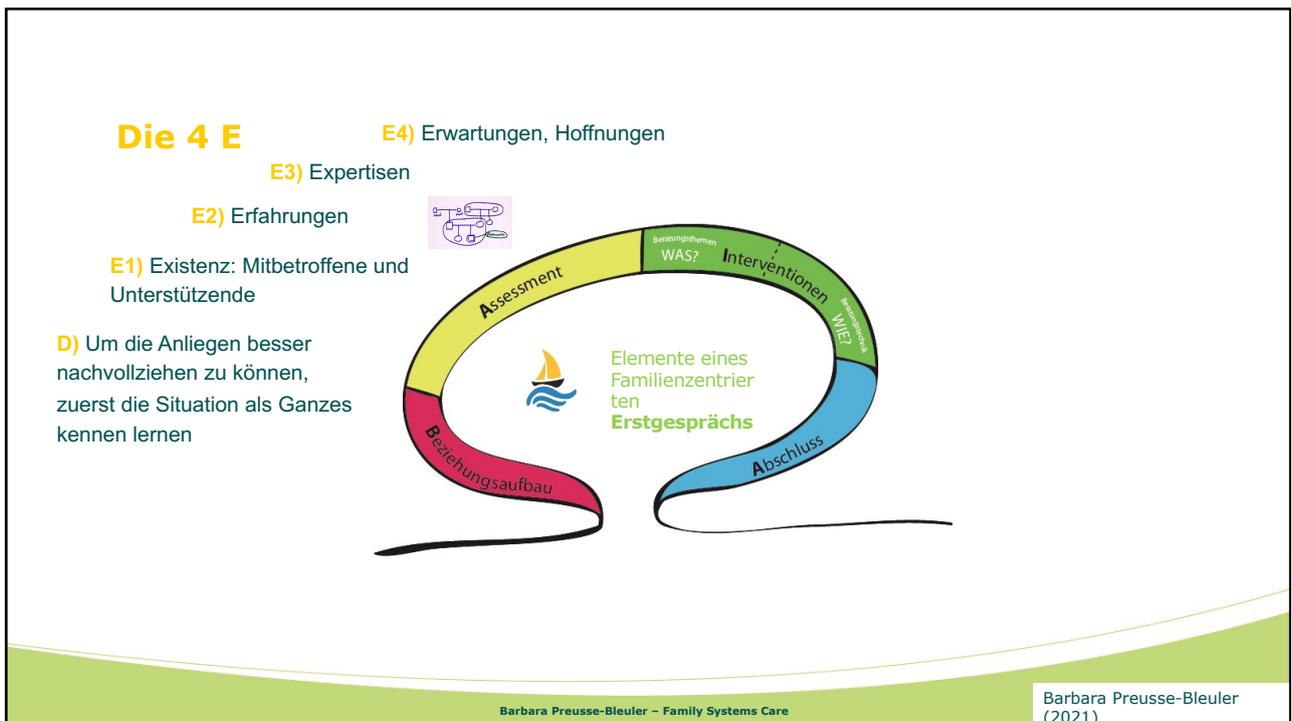
Barbara Preusse-Bleuler – Family Systems Care

42

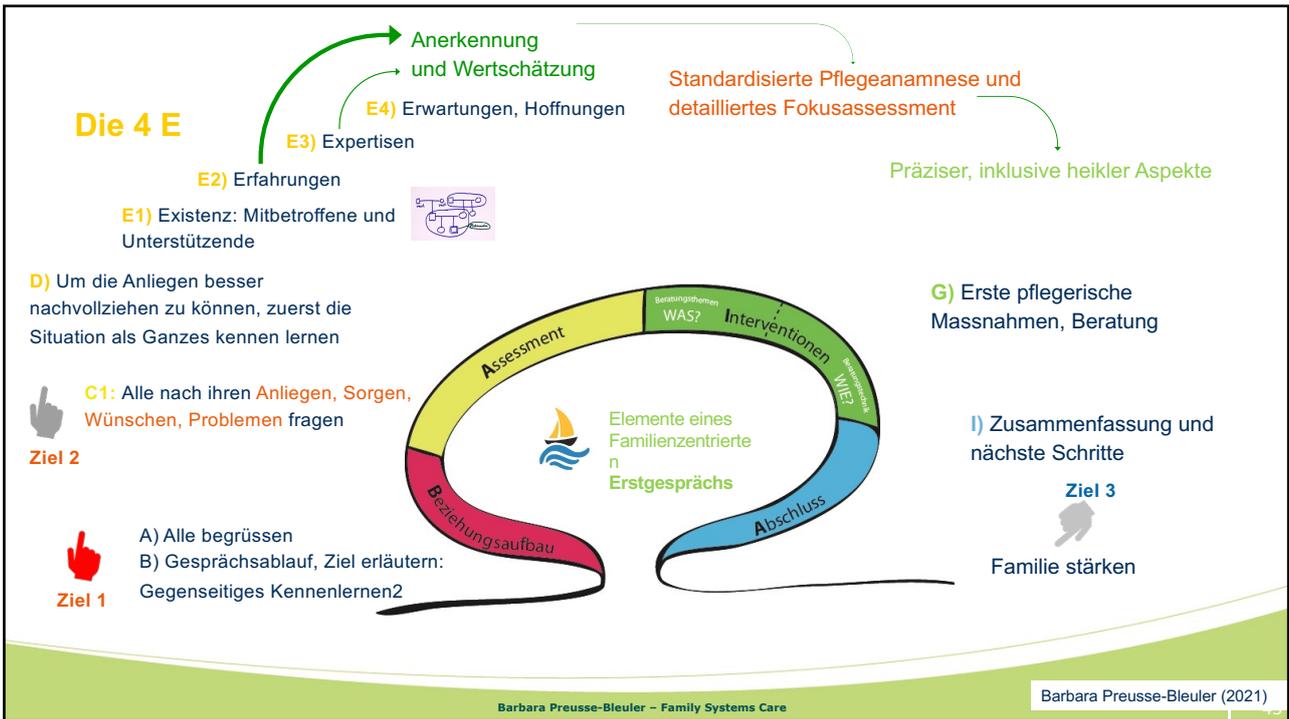
42



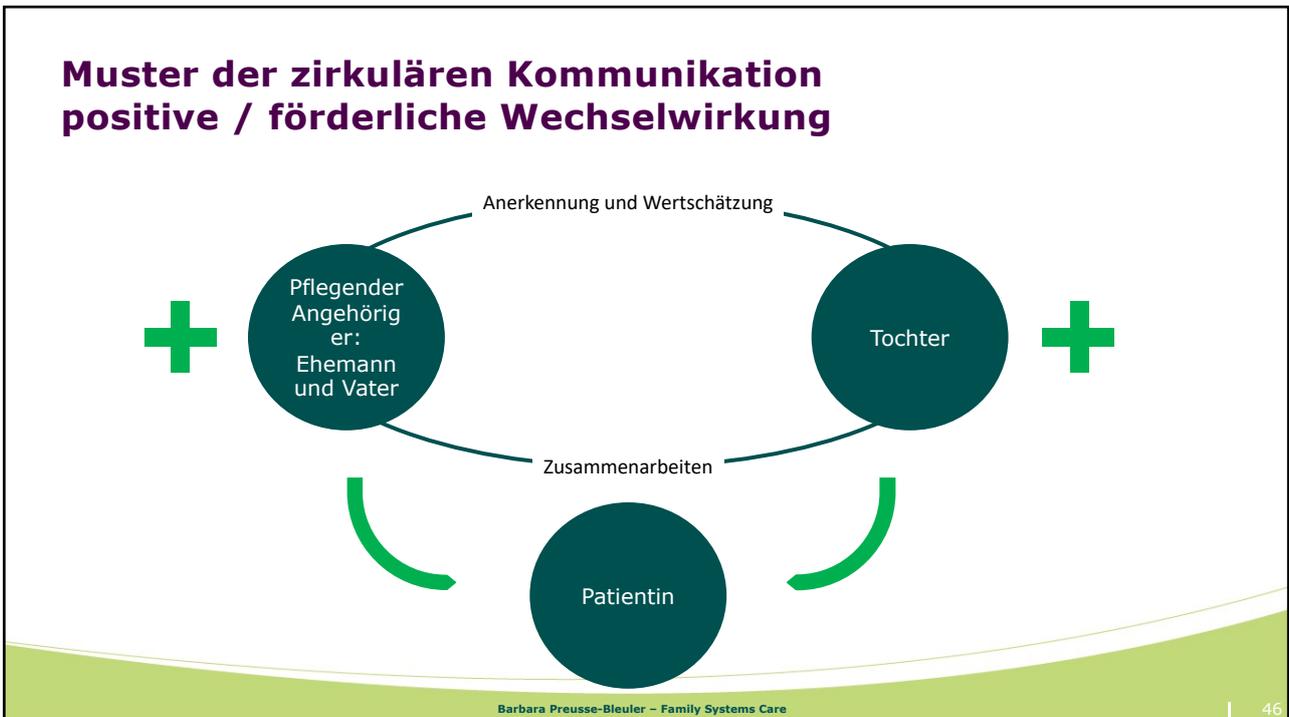
43



44

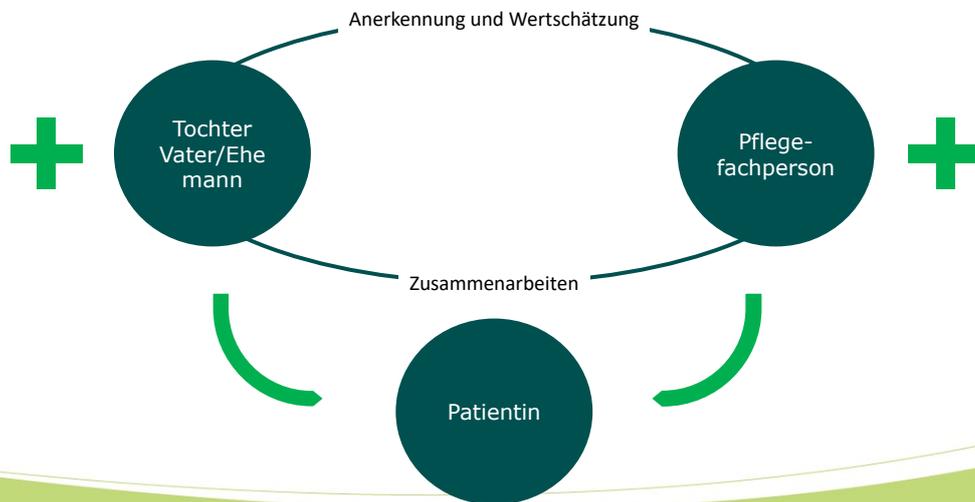


45



46

## Muster der zirkulären Kommunikation positive / förderliche Wechselwirkung



Barbara Preusse-Bleuler – Family Systems Care

47

47

## Eine Familiengeschichte

Die Tochter sagt:

«Noch nie habe ich meine Eltern  
so verliebt beieinander sitzen sehen!»

Barbara Preusse-Bleuler – Family Systems Care

48

48

## Ziele: Welche Wirkungen / outcomes können mit einem familienzentrierten Gespräch erreicht werden?

- Beziehungs- und Vertrauensaufbau
- besseres Symptom- und Alltagsmanagement
- Innerfamiliäre Kommunikation stärken
- Gefühl der Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit stärken
- Lebensqualität für alle Familienmitglieder
- Leiden am Leiden lindern
- Familie stärken

## Grundsatz der Familienzentrierten Pflege



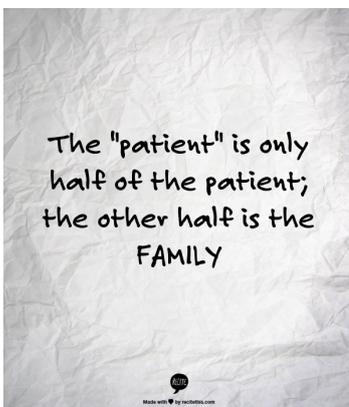
Engagierte  
Allparteilichkeit

## Wirkung / outcome der Familienzentrierten Pflege



51

## Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



**Grazie per  
la Vostra l'attenzione!**

52