

Vom Präsenzspot zur Prävention

CN Dornbirn 1.0

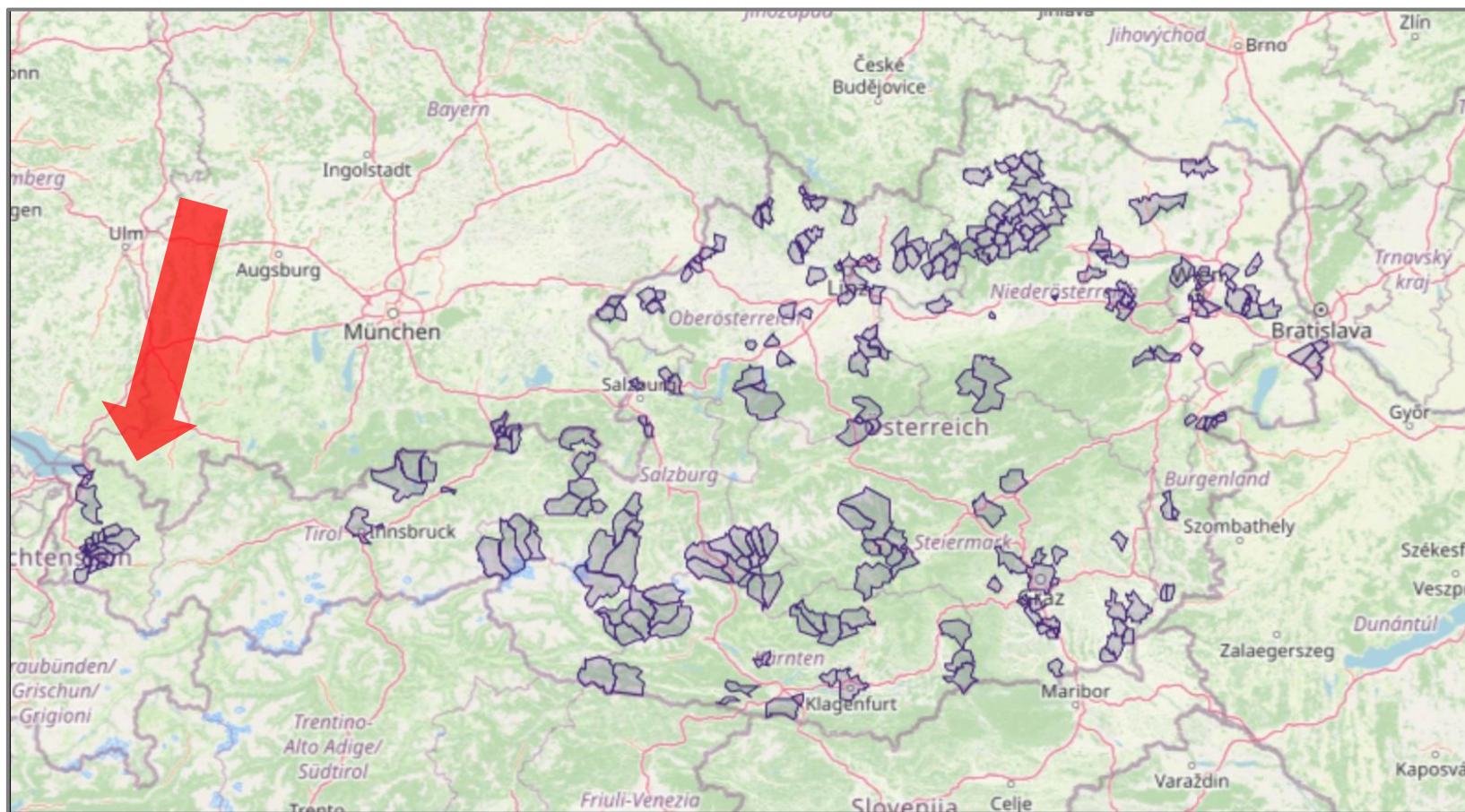
Community Nursing - Stadt Dornbirn / Vorarlberg

Tagung community:nursing
„CN: against all odds“
13.Juni 2025



Funded by the
European Union
NextGenerationEU

Ein Team (5,3 VZÄ- Stand 2024) mit drei Standorten



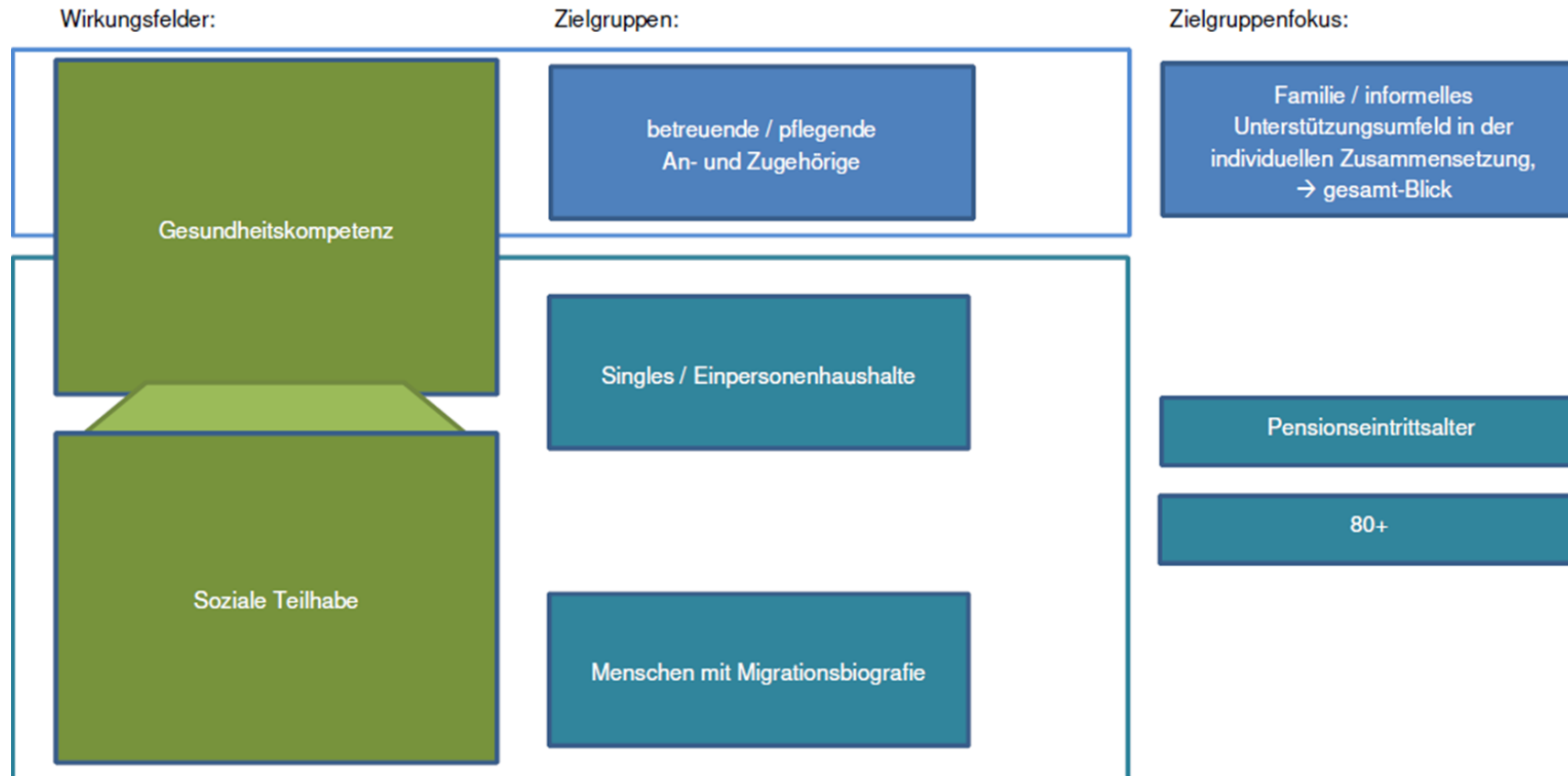
- Rathaus Dornbirn
- Treffpunkt an der Ach
- Treffpunkt Schubertstraße

Bildquelle: cn-oesterreich.at



Finanziert von der
Europäischen Union
NextGenerationEU

Wirkungsfelder und Zielgruppen



CN trägt bei ...

- Zu mehr gesunden Lebensjahren - Hinauszögern oder gar Vermeiden von Pflegebedürftigkeit.
- Zu einer verlässlichen Versorgung für alle, die sie brauchen (werden).

Erfolgsfaktor: Kommunale Verortung

Beteiligte Abteilungen / Expertisen im Rathaus - Beispiele:

- Abteilung Kommunikation und Medien
- Rechtsabteilung
- Abteilung Gesundheit und Sozialplanung (Projektleitung, Case & Care Management)
- Abteilung Soziales
- Stelle „Zusammenleben“
- Stelle „Freiwilliges Engagement“
- Stadtentwicklung
- Meldeamt
- Stadtpolizei

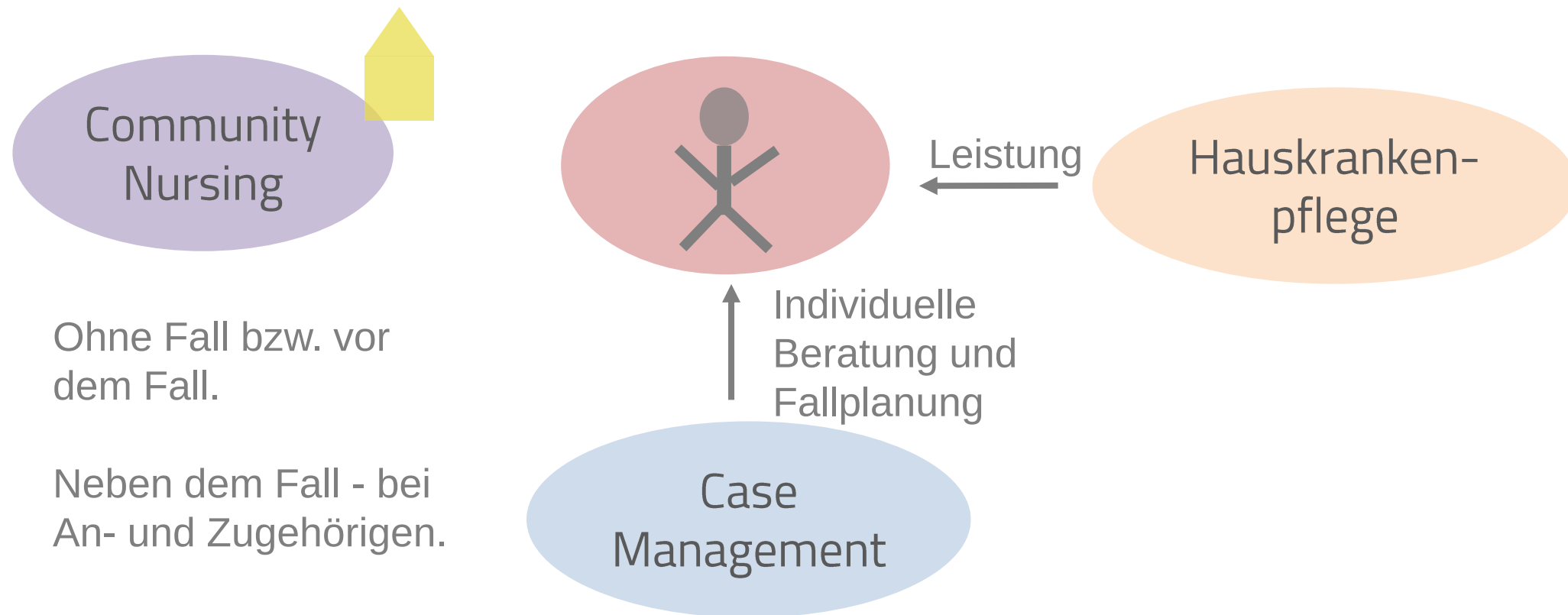
Nutzung bereits bestehender Formate - Beispiele:

- Gemeindeblatt (wöchentlich)
- Systempartnernetzwerk (>50)
- Zukunftswerkstatt (Art of Hosting-Team im Rathaus)
- 80er Fest (jährlich)
- Seniorentreffpunkte (5)



Finanziert von der
Europäischen Union
NextGenerationEU

Community Nursing im Systempartnernetzwerk: Bsp.: Case Management und Hauskrankenpflege



Erfolgreiche Aktivitäten und Programme:



Details:

- 419 Klient:innen (seit März 2023)
- 84 Sprechstunden mit 150 Kontakten (Start Dez 2022)
- Rund 190 Hausbesuche
- Café für pflegende und betreuende An- und Zugehörige (Start Dez 2022 rund 288 Besuche)
- 33x Programm „Treffpunkt Gesundheitskompetenz“ (Start März 2023)
- 18x Programm „Achtsamer Bezirk“ (Start Juni 2023)
- Rund 1000 Bürger:innen bei Präsenz SPOTS
- Monatlicher Newsletter an rund 600 Empfänger:innen

Stand 31.03.2025:
> 4000 persönliche
Kontakte zu Bürger:innen



Perspektive Stadt / Stadträtin:

- Gute Vorbereitung im Systempartnernetzwerk und gute Einbettung ins Systempartnernetzwerk – koordiniert durch die Stadt – ist ein Erfolgsfaktor! Geht bei uns voll auf: CN füllt eine Lücke! CN ist keine Konkurrenz.
- Zugänge zu Gesundheits-Themen sind geschaffen! Auch für hard to reach people. Gesundheitsbewusstsein wird „auf Augenhöhe“ gesteigert: Prävention ist nicht nur ein Wort, sondern gelingt.
- Begriff „Community Nursing“ hat Wiedererkennungswert, ist jedoch nach wie vor „sperrig“, insbesondere für ältere Menschen.
„Gemeindegesundheitsmanagerin“ besser?
- Von einem Stadtbezirk zu mehreren. Wunsch: Ausbau.

Mehrwert durch CN:

- Niederschwelliger Zugang, z.B. an Präsenz SPOTS, schafft Vertrauen – präventiver Ansatz – Vertiefung nach und nach möglich
- Präventive Kontakte zu Einzelpersonen, Haushalten, Nachbarschaft, ...
→ „Schneeball“
- Kombination von gewonnenem Vertrauen und Ressourcenorientierung
- Sprachlosigkeit bei Tabuthemen (z.B. Einsamkeit, Sucht,...) ist Geschichte
- Ungedeckte Bedarfe wurden und werden entdeckt

Erfolgsgeschichten der Community Nurses

Erfolgsgeschichten aus der Praxis

Herr K.
77-jähriger Herr.

Gattin vor über einem Jahr verstorben. Seither ist Herr. K. alleine und ging seither nicht mehr unter Menschen. Er vermisst seine Frau und hat seither verschiedene körperliche Beschwerden.

Eine Bekannte von Herrn K. organisiert zusammen mit dem Community Nursing einen Hausbesuch.
Er hat Schwierigkeiten wieder soziale Kontakte zu knüpfen und kann sich selber nicht motivieren etwas zu unternehmen.

Die CN motivierten Herrn K., den Seniorentreffpunkt zu besuchen und begleiteten ihn beim ersten Besuch. Da wurde er von vielen anderen Bürger:innen angesprochen und fühlte sich sichtlich wohl. Seither freut er sich auf die Montage beim Seniorentreffpunkt.

Seine physische und psychische Gesundheit wird das CN in in ca. 3 Monaten evaluieren.



Erfolgsgeschichten aus der Praxis

Frau N.

Meldet sich per Mail zum Vortrag „Luagama ufanand“ im Rahmen des Programms „Achtsamer Schoren“ an:

„Guten Tag, ich habe in der Zeitung gelesen, dass sie einen Workshop über das Thema Einsamkeit veranstalten! Obwohl ich Kinder u. Enkel habe, fällt es mir schwer mit der Einsamkeit zurechtzukommen. Ich würde mich gerne anmelden.“

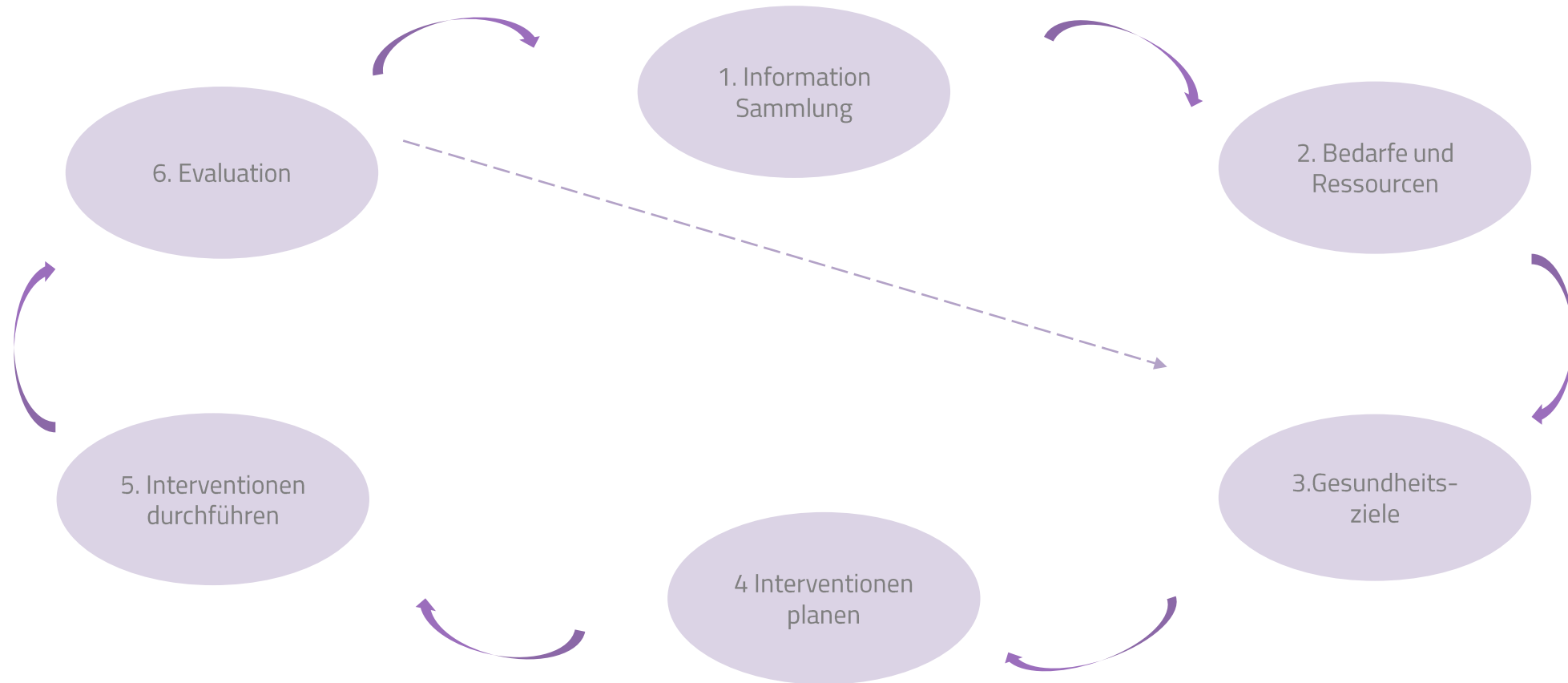
Nach dem Vortrag bricht die 82-jährige Dame in unserem Gespräch in Tränen aus. Seit Jahren geht sie nicht mehr aus dem Haus aber der Titel des Vortrags hat sie angesprochen und sie hat sich einen Ruck gegeben. Sie öffnet sich dem CN und erzählt die Geschichte von ihrer unglücklichen Ehe, von den sechs Kindern, von dem Mut sich zu trennen in der damaligen Zeit. Von der Einsamkeit und mit wie viel Mühen sie den Alltag alleine mit sechs Kindern gemeistert hat. Wie sich alle Freunde und Bekannte nach der Scheidung von ihr zurückgezogen haben. Nach dem Workshop „Luagama ufanand“ hat sie sich zum gemeinsamen Keksebacken für das Projekt „Gemeinsam statt einsam“ angemeldet.

Mehrere Hausbesuche bei der Dame folgten...



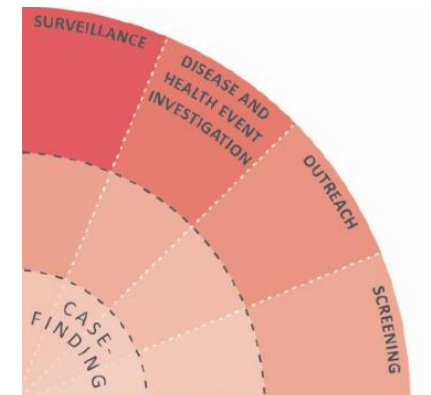
Der Community Nursing Prozess

In Anlehnung an den Pflegeprozess nach Fiechter und Meier 1989



1. Informationsammlung

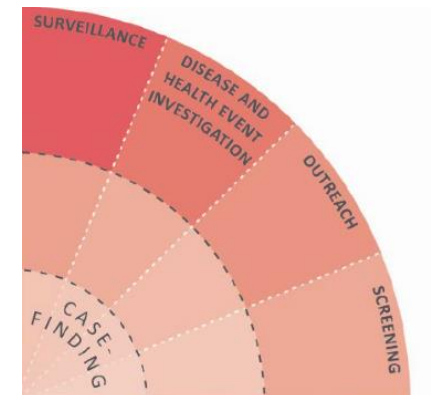
- Vorgehen: Erstkontakt durch Präsenz Spots, Veranstaltungen, Anrufe, Sprechstunden, Cafés, Spaziergänge
- Assessment: Visuelles bzw. auditives pflegerisches Scannen; offene, niederschwellige Gesprächsführung
- To Do: Informationen selektieren und ordnen; präventiv vs. kurativ; Ressourcen vs. Bedarfe
- Zeitachse: bis zu einem Monat
- Ziel: Vertrauen ist entstanden und aufgebaut



Quelle: Minnesota Department of Health 2019

2. Ressourcen und Bedarfe finden und beschreiben

- Vorgehen: Zweitkontakt bei *Hausbesuchen* und/ oder Treffen außerhalb des eigenen Wohnraumes, je nach Präferenz! der Bürger:innen
- Assessment: Dokumentation stichwortartig- narrativ erst im Büro, Bedarfe und Potenziale Pinnwand, Netz sozialer Kontakte
- To do: Informationen validieren, Schemen in den Informationen erkennen, Informationssammlung narrativ dokumentieren
- Zeitachse: bis zu einem Monat
- Ziel: individuelle Ressourcen und Bedarfe sind erhoben

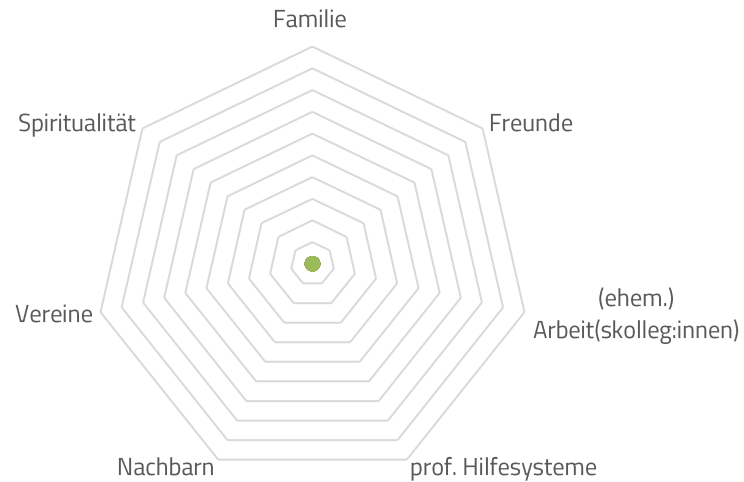


Quelle: Minnesota Department of Health 2019

2. Ressourcen und Bedarfe - Assessments

Frau / Herr / Familie / HH / Fallnummer x

— Hausbesuch 23.03.2024 — Hausbesuch 30.03.2024 — Hausbesuch 15.04.2024



Voicenachricht April 24 von einer Bürgerin

→ Ressourcen
und
→ Schneeballeffekt



Finanziert von der
Europäischen Union
NextGenerationEU

Wie kommen wir zu den individuellen Gesundheitszielen?



Beispiele von aktuellen Pflegediagnosen (P) und Gesundheitspflegediagnosen (G) ...

Beeinträchtigte soziale Interaktion (P)

Ungenügende oder übermäßige Quantität oder unzureichende Qualität des sozialen Austausches

Soziale Isolation (P)

Von einem Individuum erlebtes Gefühl des Alleinseins, das als von anderen auferlegt und als negativer oder bedrohlicher Zustand empfunden wird

Bereitschaft für ein verbessertes Copping (G)

Ein Muster kognitiver und verhaltensbezogener Anstrengungen, um Anforderungen zu bewältigen, das für das Wohlergehen ausreichend ist und gestärkt werden kann

Wissensdefizit (P)

Fehlen oder Mangel an kognitiven Informationen bezogen auf ein bestimmtes Thema (Mangel an spezifische Information, die für den Klienten/ seine Angehörigen notwendig sind, um sinnvolle Entscheidungen in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand/ Therapien/ Veränderungen der Lebensweise zu treffen.)

Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson (P)

Schwierigkeiten, die Rolle als pflegende Bezugsperson in der Familie auszuüben

Bereitschaft für ein verbessertes Management der eigenen Gesundheit (G)

Verhaltensmuster zur Steuerung und Integration eines Therapieprogramms zur Behandlung eine Krankheit und deren Folgen in das tägliche Leben, das geeignet ist, spezifische Gesundheitsziele zu erreichen und das gestärkte kann

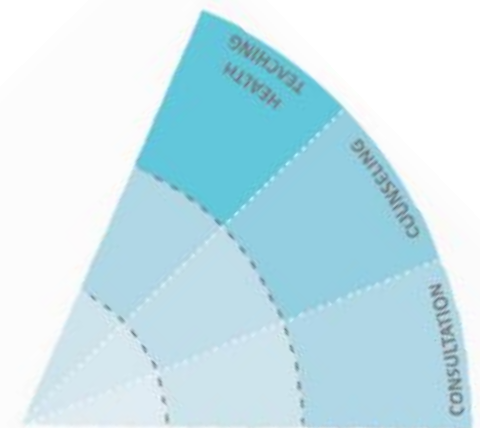
Doenges & Moorhouse, 2013



Finanziert von der
Europäischen Union
NextGenerationEU

3. Gesundheitsziele festlegen

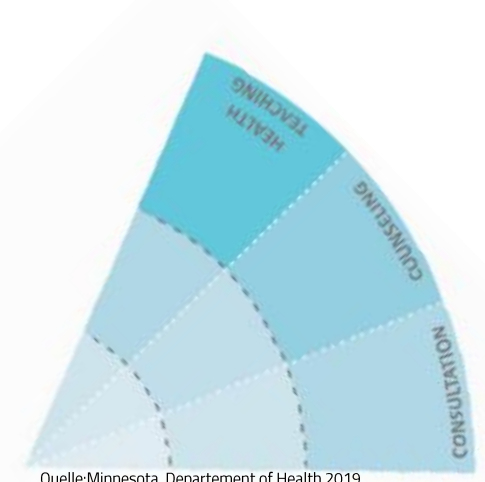
- Vorgehen: Kontakt bei Hausbesuchen und/ oder Sprechstunde CN; definieren der Gesundheitsziele mit Bürger:in je nach Ressource oder Bedarf
- Assessment: thematische Gliederung von Pflegediagnosen gemäß Doenges und Moorhouse Pflegediagnosen nach NANDA II (Fokus auf Gesundheitspflegediagnosen- wie kann Gesundheit verbessert werden?)
- To Do: Informationsverarbeitung, Analyse und Interpretation, Formulierung einer Pflegediagnose (P) mit Bürger:in
- Zeitachse: innerhalb einer Woche
- Ziel: Gesundheitsziel ist definiert



Quelle: Minnesota Department of Health 2019

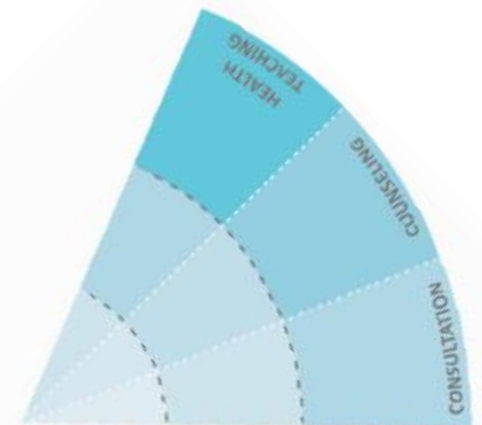
4. Interventionen planen

- Vorgehen: Kontakt bei Hausbesuchen und/ oder Sprechstunde CN, Planung der Interventionen mit Bürger:in je nach Ressource oder Bedarf
- Assessment: individuelle Dokumentation des Plans anhand Problems (P), Ätiologie (E) und Symptom (S)
- To do: Prioritäten setzen, Beeinflussende Faktoren (E) und Merkmale (S) definieren, Gesundheitsziele mit Bürger:in formulieren, Evaluationskriterien aufstellen, Interventionen auswählen
- Zeitachse: bis zu einer Woche
- Ziel: individuelle Interventionen, die die Gesundheitskompetenz stärken sollen, sind geplant



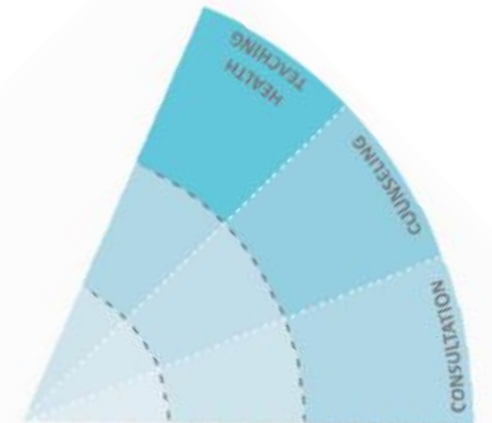
5. Interventionen durchführen

- Vorgehen: Bei Hausbesuchen und/ oder Sprechstunde CN; die Hand reichen, um Interventionen durchzuführen
- Assessment: individueller Plan (PES) mit Zieldefinition
- To do: Kontinuierliche Sammlung von Informationen, erneute Feststellung der Prioritäten, Durchführung der Interventionen seitens des Bürgers und der CN, Dokumentation der Interventionen
- Zeitachse: laufend bis zur Evaluation
- Ziel: Interventionen sind laut Plan durchgeführt



5. Evaluation

- Vorgehen: Bei Hausbesuchen oder Sprechstunde anhand Zieldefinition
- Assessment: individueller Plan (PES) mit Zieldefinition
- To do: Prozessevaluation; Erkennen von Faktoren, die die Durchführung beeinflussen; Interventionen, um Pflegeplan anzupassen oder/ und zurück zu Punkt 3 oder Beenden des Falls
- Zeitachse: je nach Ziel, mindestens aber alle drei Monate
- Ziel: Ziel ist erreicht



Quelle: Minnesota Department of Health 2019



Fotos © Stadt Dornbirn



Wir bleiben dran ...



Bildquelle: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und
Konsumentenschutz



Finanziert von der
Europäischen Union
NextGenerationEU

Community Nursing

STADT DORNBIRN

Rathausplatz 2

A- 6850 Dornbirn

+43 5572 306 3160

cn@dornbirn.at

www.dornbirn.at



Finanziert von der
Europäischen Union
NextGenerationEU

Literaturangaben:

Doeneges, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C. (2016)
Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen: Planen-Umsetzen-Dokumentieren
(4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage)
Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Fichter, V., Meier, M. (1998)
Pflegeplanung
Basel: Recom Verlag.

Minnesota Departement of Health (2019)
Public health interventions: Applications for nursing practice
[online abgerufen am 29.04.2024].