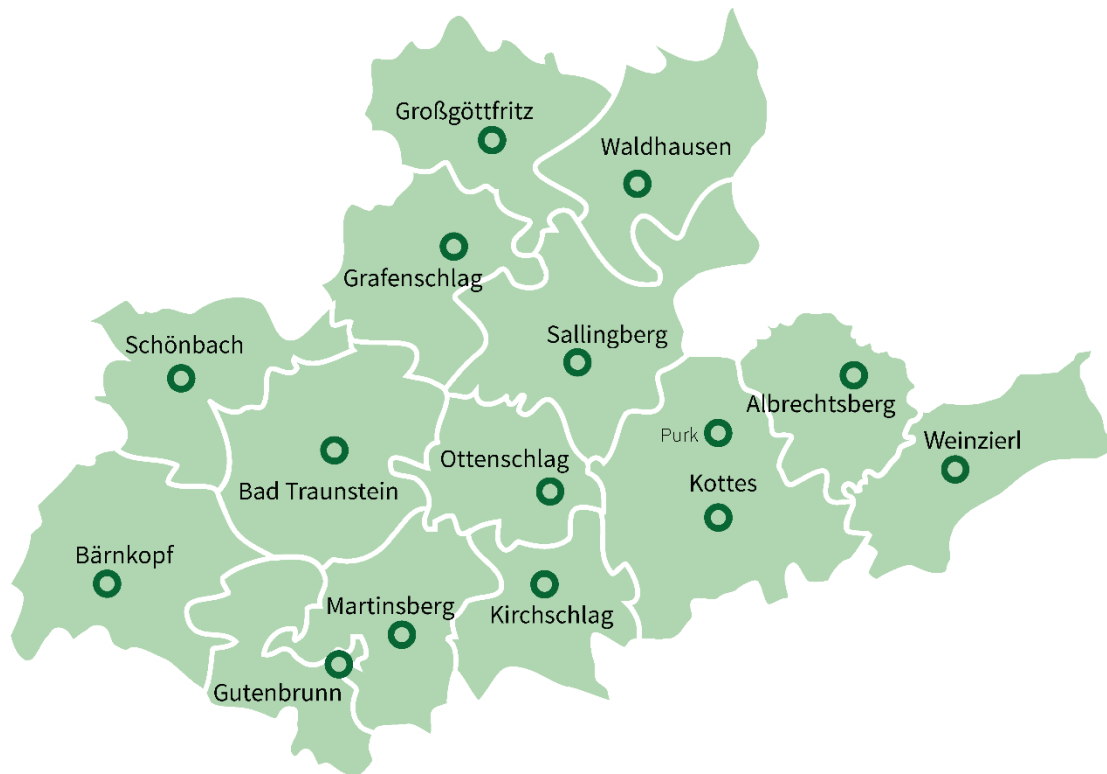


Community Nursing im Waldviertler Kernland



Inhalt

1. Beschreibung der Projektregion:.....	2
2. Strukturelle Voraussetzung	3
3. Projektbedarf.....	5
4. Weitere Zielgruppe.....	5
5. Konkreten Ziele und Ergebnisse	6
6. Kooperationen mit Einrichtungen aus der Region	7
7. Disseminierung der Projektergebnisse.....	8
8. Dokumentation der Projektaktivitäten	8
9. Eigene Erfolgskontrolle.....	9
10. Kurzfassung Community Nursing im Waldviertler Kernland.....	10
11. Ablaufplan Community Nursing im Waldviertler Kernland.....	11

1. Beschreibung der Projektregion:

Das Projekt wird in den Gemeinden der Kleinregion Waldviertler Kernland umgesetzt, zu der sich die 14 Gemeinden (Bezirk Zwettl: Bad Traunstein, Bärnkopf, Grafenschlag, Großgöttfritz, Gutenbrunn, Kirchschatz, Kottes-Purk, Martinsberg, Ottenschlag, Sallingberg, Schönbach und Waldhausen, Bezirk Krems: Albrechtsberg und Weinzierl/Walde) zusammengeschlossen haben.

Geographisch: Die Region liegt im südlichen Waldviertel (NÖ), ist 543 km² groß und mit rund 26 Einwohner:innen pro Quadratkilometer sehr dünn besiedelt. Die Region ist geprägt von Wäldern (55% der Gesamtfläche), kleinen Ortschaften und Streusiedlungen sowie von einer kleinstrukturierten Landwirtschaft.

Lebenswelt der Zielgruppe: Die Landwirtschaft nimmt mit derzeit noch 1.400 Betrieben, welche großteils als Familienbetriebe geführt werden, noch immer eine wichtige Rolle im gesellschaftlichen Leben der Menschen ein. Durch die demographische Entwicklung lösen sich die dörflichen und gesellschaftlichen Strukturen immer mehr auf (kein Wirtshaus, Greißler, etc. mehr). Die Jüngeren arbeiten in anderen Berufssparten, ziehen um oder verlassen die Region. Die Älteren bleiben in den Dörfern und stillgelegten Höfen zurück. Eingeschränkte Mobilität, Wohnen in abgelegenen Orten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen führen im Alter immer stärker zu Isolation und Vereinsamung.

Bevölkerungsstruktur: Von den 13.803 Einwohner:innen sind 11,43% über 75 Jahre alt, wobei der Anteil an Frauen mit 6,8% (ca. 937) signifikant höher ist als die Anzahl der Männer über 75 mit ca. 630 (4,5%). Die 65- bis 74-Jährigen machen in der Region ca. 10,2% der Gesamtbevölkerung aus, das sind ca. 1.411 Personen.

In den letzten fünf Jahren kam es in der Region zu einem Rückgang der Bevölkerung um 423 Personen. Das entspricht einem Minus von 3%. Die Region ist jetzt schon von einer starken Überalterung der Bevölkerung betroffen. Das Median-Alter in der Region liegt bei 44,7 Jahren. In den nächsten 10 Jahren wird, unter Berücksichtigung des allgemeinen Bevölkerungsrückgangs, ein Anstieg, der über 75-Jährigen auf 13,4% der Bevölkerung prognostiziert, das sind ca. 1.800 Personen. Dies liegt um 2,4% über dem erwarteten Österreichschnitt (11% der Bevölkerung).

Die Gesundheitsversorgung wird durch die 7 Gemeindeärzt:innen, 4 Zahnärzt:innen und 2 Kinderärzt:innen mit kaum ausreichend abgedeckt (erhebliche Wartezeiten). Auch unterschiedlichste Fachärzt:innen praktizieren in den angrenzenden Bezirkshauptstädten Zwettl und Krems, welche ebenfalls stark überlastet sind. Die Region wird durch das LKH Zwettl versorgt.

Die drei Hilfs- und Pflegedienste: NÖ-Hilfswerk (Ottenschlag), Sozialhilfestation der Volkshilfe (Gutenbrunn) und die Caritas Sozialstation (Grafenschlag) sind ebenfalls in der Region verankert. Diese können den derzeitigen Bedarf an Pflege- und Hilfsleistungen nicht mehr bzw. nur mit erheblichen Wartezeiten (2-4 Wochen, abdecken. Das stellt bei einem plötzlich auftretenden Pflegebedarf für die Angehörigen eine massive Belastung und Herausforderung dar. Einerseits organisatorisch (wo erhält man Unterstützung), andererseits zeitlich (Vereinbarkeit von Pflege und Beruf) aber auch fachlich (keine Kenntnisse, was genau gemacht werden soll/kann/muss).

In der Region gibt es keine Pflegeheime. Die angrenzenden Pflegeheime befinden sich in der Bezirksstadt Zwettl (NÖ Pflege- und Betreuungszentrum Frohsinn mit 103 Betten und das Seniorenzentrum St. Martin mit 117 Pflegeplätzen) und im Yspertal das Pflegezentrum Yspertal mit 70 Betten. Alle drei Häuser sind sehr stark ausgelastet sind, wodurch es häufig zu sehr langen Wartezeiten (3-6 Monate) kommt.

Zusätzlich gibt es einige Agenturen in der Region, welche 24-Stunden-Pflegekräfte vermitteln. Auch diese können den derzeitigen Bedarf nicht abdecken und die Betreuungen sind auch qualitativ sehr unterschiedlich.

Eine gemeinsame Plattform, wo die verschiedenen Anbieter dargestellt werden, ist nicht vorhanden. Daher sind die Angehörigen oft auf informelle Informationskanäle (Freunde & Bekannte) angewiesen, bzw. müssen zusätzlich zu den anderen Aufgaben auch recherchieren, wo sie Unterstützung und Angebote erhalten können. Aufgrund dieser Überlastungssituation wird oft, die am raschesten verfügbare Leistung, in Anspruch genommen, unabhängig vom tatsächlichen Bedarf, bzw. eine erneute Einweisung ins LK Zwettl forciert, um Zeit zu gewinnen.

Sozialarbeiter sind in der Region nicht aktiv. In Martinsberg befindet sich eine Rot Kreuz Station, und 13 der 14 Kernland-Gemeinden sind darüber hinaus Gesunde Gemeinden, welche ein breites Angebot an Gesundheitsvorträgen und Kursen organisieren. Dies wird derzeit von älteren Personen aber weniger in Anspruch genommen und erreicht bildungsferne Zielgruppen kaum.

Eine mangelnde Gesundheitskompetenz in der Region zeigt sich besonders in den nachstehenden Krankheitsbildern, bei denen der Bezirk Zwettl (in dem sich ein Großteil der Region befindet) am oberen Ende der Skala liegt:

- Bewegungsmangel: 81% der EW, + 1,5% über dem AT Mittel
- Adipositas: 21% der EW, +1,8% über dem AT Mittel
- Diabetes mellitus Typ 2: 8% der EW, +1,5% über dem AT Mittel
- Stationärer Aufenthalt aufgrund von Herzkrankheiten in 2 Jahren: 3.050, das sind +1,4% über dem AT Mittel
- Personen mit zerebrovaskulärer Erkrankung in 2 Jahren: 777,6, + 1,0% über dem AT Mittel
- Anteil Pflegegeld Stufe 1-3: 4%, +1% über dem AT Mittel

Durch die mangelnde Gesundheitskompetenz kommt es zu einer Verringerung der gesunden Lebensjahre, welche sich massiv auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirkt, und zur Überlastung des Gesundheits- und Pflegewesens in der Region führt.

2. Strukturelle Voraussetzung

Die 14 Gemeinden der Kleinregion Waldviertler Kernland haben vor 20 Jahren den Verein Waldviertler Kernland (100% getragen von den 14 Gemeinden) zur Bewältigung gemeinsamer Herausforderungen gegründet. Im Verein arbeiten drei bis vier Mitarbeiter:innen im Büro in Ottenschlag. Die Bereiche Gesundheit und Soziales sind im Leitbild der Kleinregion fest verankert. Im Rahmen der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft“ (FGÖ) wurden bereits einige gesundheitsfördernde Projekte (mit Fokus Stärkung der sozialen Teilhabe) für und mit der Zielgruppe älterer Menschen umgesetzt und in der Region langfristig verankert (MahlZeit & Digital, gesund altern)

Dadurch sind in der Region bereits Strukturen und ein tragfähiges Netzwerk zwischen Gemeinden und Gesundheitsförderungs-, sowie Gesundheits- & Pflegeorganisationen vorhanden, welche eine solide Basis für das gegenständliche Projekt bilden.

Neben diesen bestehenden Strukturen steht als weitere Basis und Kooperationsebene für das Community Nursing das im Oktober eingereichte Projekt **DAVNE** – „**digital & analog vernetztes, nachbarschaftliches Engagement**“, zur Verfügung (Projektträger: Verein Waldviertler Kernland; Förderstelle: FGÖ; Förderentscheid: Mitte Dezember)

Ziel von „DAVNE“ ist die Verbesserung der kommunalen Rahmenbedingungen durch die Schaffung eines niederschweligen und bedarfsorientierten Angebots, welches ein längeres, selbstbestimmtes und

autonomes Leben von älteren Personen fördert, das Zusammentreffen von Generationen auf Augenhöhe begünstigt und nachhaltig das defizitäre Bild der älteren Generation hin zu einem ressourcenorientierten Bild verändert.

Im Zentrum des Projekts steht die **Entwicklung einer digitalen und analogen Vermittlungs-Plattform**, welche:

- die Nachbarschaftshilfe und das nachbarschaftliche Engagement (Community Care) koordiniert und vermittelt. Dazu wird ein Netzwerk von ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen (EAMs) aufgebaut, sowie eine digitale und analoge Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe errichtet.
- die Talente und Fähigkeiten von älteren Personen mittels Ressourcengesprächen (Hausbesuche aller Personen über 80 durch die Projektmitarbeiterinnen) erhebt und auf einem digitalen „Schwarzen Brett“ sichtbar macht,
- die bereits vorhandenen Angebote der Gesundheitsförderung, Angebote der sozialen Teilhabe sowie Unterstützungs- und Betreuungsangebote bündelt und der Zielgruppe niederschwellig und bedarfsorientiert zur Verfügung stellt (intensive Kooperation mit dem Community Nursing angedacht).

Das DAVNE Projekt stellt eine niederschwellige Basis für das Community Nursing dar. Die zwei Mitarbeiterinnen (Kordinatorinnen) von DAVNE sind hauptverantwortlich für

- die Vermittlung von Nachbarschaftshilfe (laufender Kontakt mit der Zielgruppe),
- die Betreuung der ca. 100 Ehrenamtlichen (Zugang zu Multiplikatoren),
- die Aktualisierung der Plattform & Öffentlichkeitsarbeit
- sowie für die Erhebung und Sichtbarmachung der Talente und Ressourcen älterer Personen (Überblick über mögliche Bedarfe der über 80-jährigen durch die Ressourcengespräche mittels Hausbesuchen)

Community Nursing stellt die Schnittstelle zur professionellen Ebene dar. Dort, wo von den Ehrenamtlichen oder Mitarbeiterinnen eine Veränderung des Gesundheitszustandes, oder genereller Handlungsbedarf bei den Klienten vermutet wird, kann das Community Nursing unterstützend wirken. Im Einverständnis mit den Klient:innen können so präventive Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit bzw. zur Verlangsamung des Krankheitsverlaufs auf individueller Ebene ermittelt und Maßnahmen getroffen werden.

Ebenso können Anfragen an das DAVNE Netzwerk von Angehörigen, Gemeinden oder der Bevölkerung zu gesundheitsrelevanten Bereichen, welche über Nachbarschaftshilfe hinaus gehen, umgehend an das Community Nursing weitergeleitet werden. Andererseits kann die CN auf das Angebot der Nachbarschaftshilfe zurückgreifen, und die Plattform nützen. Durch dieses Zusammenspiel können die Ressourcen der Community Nurse optimal genutzt werden.

Weiters arbeiten die Gemeinden intensiv mit Organisationen und Institutionen auch außerhalb der Region zusammen, wie dem Verein Interkomm der Donauuniversität Krems, der FH St. Pölten sowie mit „Tut gut!“ und dem Generationenreferat des Landes.

3. Projektbedarf

Die größten Herausforderungen sind:

1. **Konstanter Anstieg an über 75-jährigen** an der Region.
2. **Starke Unterversorgung der Region im Gesundheits-, Pflege- und Betreuungsangebot.**
3. **Eingeschränkter Zugang** (analog und digital) **und mangelndes Wissen** in der Zielgruppe, bei Angehörigen sowie bei den Gemeinden:
 - über Angebote der Gesundheitsförderung sowie Präventions-, Betreuungs- und Pflegeangebote
 - zu den Unterstützungsmöglichkeiten der verschiedenen Stellen (ÖGK, Bezirkshauptmannschaft, usw.)
 - zu Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige
 - Möglichkeiten zur Verlangsamung von Krankheitsverläufen (z.B. bei Demenz)
 - zu Maßnahmen zur Verlängerung der Gesunden Lebensjahre.
4. **Keine zentrale, unabhängige, qualitätsgesicherte Beratungsstelle** für individuelle Fragestellungen rund um Sozialhilfe-, Pflege- und Betreuungsangebote in der Region.
5. **Mangelndes Schnittstellen- bzw. Übergangsmangement** zwischen den Organisationen.
6. **Nichterkennen, Tabuisierung und Scham bezüglich Betreuungs- bzw. Unterstützungsbedarf** von meist alleinlebenden Personen mit geringem Einkommen in Einzellagen oder in dörflichen Strukturen.
7. **Unsicherheit und Hilflosigkeit bei Angehörigen** bei plötzlich auftretendem Betreuungs- bzw. Pflegebedarf, bei beginnender Demenz, usw.
8. **Fehlende Unterstützung und Tabuisierung von Kindern und Jugendlichen**, die regelmäßig ein chronisch krankes Familienmitglied pflegen, bzw. durch den Pflegebedarf erheblich betroffen sind.

4. Weitere Zielgruppe

Ein weiterer Fokus im Projekt soll auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige gelegt werden. Dieses Thema wird in der Gesellschaft weitgehend tabuisiert, wie auch in einer Studie vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz angeführt. (Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Einblick in die Situation Betroffener und Möglichkeiten der Unterstützung).

Besonders in ländlichen Regionen (wie dem Waldviertler Kernland) ist dies ein große Tabuthema. Die (Über-) Belastung der Kinder und Jugendlichen ist zwar durch die dörflichen Strukturen (jeder kennt jeden) oft bekannt und wird auch im Schulkontext bzw. am Lehrplatz wahrgenommen. Aufgrund von Unwissenheit, Scham und Angst werden jedoch kaum Aktivitäten zur Verbesserung der Situation gesetzt. Es ist nicht bekannt, welche Konsequenzen eine Thematisierung oder Meldung des Unterstützungsbedarfs mit sich bringt. Es fehlt schlicht das Wissen, wo vertrauenswürdige Beratung und Unterstützung erhältlich ist.

Hilfe von außen zu holen konnten sich viele der ehemals Betroffenen nicht vorstellen und wenn, dann durch eine Person, der man vertrauen kann, und die man kennt – kombiniert mit einer Struktur, an die man sich nicht wenden muss, sondern die sich an einen wendet.

Aufbauend auf diesen Grundlagen kann das Community Nursing gerade in diesem Bereich wertvolle Unterstützung bieten und die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen wesentlich steigern. Da die

CN aufsuchend aktiv ist, keine Behörde darstellt und in der Region bekannt ist, kann sie als Vertrauensperson wahrgenommen werden und so die nötige Hilfestellung selbst erbringen bzw. diese bedarfsorientiert, individuell und diskret vermitteln.

Durch diesen Fokus erfolgt auch eine weitere Analyse des Ausmaßes an Betroffenen sowie mögliche Lösungsansätzen in ländlichen Regionen.

5. Konkreten Ziele und Ergebnisse

Mit dem Projekt Community Nursing im Waldviertler Kernland soll der Prozess zur Erreichung nachstehende Ergebnisse und Ziele in der Region eingeleitet werden:

Individuell bei der Zielgruppe:

- Das **Gesundheitsbewusstseins** und die Gesundheitskompetenz in der Region wurden durch Vorträge, laufende Thematisierung (Gemeindemedien, Podcast, ...) und individuelle Beratung durch CNs gesteigert.
- Steigerung **der gesunden Lebensjahre**, der Lebensqualität und des Wohlbefindens durch ein breiteres Bewusstsein für die eigene Gesundheit.
- Verlangsamung von Krankheitsverläufen durch eine verbesserte Selbstfürsorge und durch individuelle Beratung.
- **Längeres autonomes, selbstbestimmtes und weitgehend eigenständiges Leben** im eigenen Zuhause, welches bei Bedarf durch ein individuell angepasstes Unterstützung- und Pflegeangebot ermöglicht wird.
- Steigerung der Selbsthilfe durch die Entwicklung von Strategien zur **eigenständigen Bewältigung** von Herausforderungen und dem Zugang zu Selbsthilfegruppen in der Region.
- **Gesteigerte Lebensqualität und Entlastung von Angehörigen** (mit Fokus auf Kinder & Jugendliche) älterer und hochaltriger sowie schwer erkrankter Personen durch das Wissen, wo sie vertrauensvolle, unabhängige, qualitätsgesicherte und individuelle Beratungs- und Unterstützungsleistungen erhalten.
- Zugang zur **individuellen Vermittlung von praktischem Wissen** (durch gemeinsames Tun mit der CN) wie Pflegetätigkeiten gemacht werden können (richtiges Heben, Körperpflege usw.) besonders in Übergangszeiten (bis professionelle Unterstützung organisiert ist).
- Kenntnis über praktische **Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen** durch Beratungsleistungen auf Gruppenbasis bzw. auf individueller Basis.
- Mittels gezielter Gesprächsführung der CN **können künftige Behandlungsentscheidungen besser verstanden** und überdacht werden. Ein gezieltes Vorausplanen für den Fall, dass die Betroffenen selbst nicht mehr entscheiden können, wurde forciert.

Auf Prozess-Ebene

- Die CN setzt sich für die gesundheitlichen Anliegen von Individuen (insbesondere von pflegenden Angehörigen, Pflegebedürftigen), Familien, Gruppen oder Gemeinschaften ein und nimmt ihre Rolle als zentrale Ansprechperson, Fürsprecherin und Lotsin wahr.
- **Schnittstellenthemen werden aufgegriffen** und gemeinsam mit den Klient:innen, Angehörigen und den jeweiligen Organisationen unter der Federführung der CN optimiert.
- Ein regionaler **Gesundheitsteam-Entwicklungsprozess** wurde gestartet und etabliert.
- Die CN arbeitet eng mit dem Nachbarschaftshilfe-Netzwerk „DAVNE“ zusammen und **übernimmt alle Themen, welche eine fachliche Expertise bzw. intensiveres und fachlich**

fundiertes Wissen erfordern (drohender, bzw. sich einstellender intensiverer Betreuungsbedarf, usw.). Die CN ist Ansprechperson für Ehrenamtliche, welche eine Veränderung im Verhalten bzw. der Gesundheit bei (Nachbarschaftshilfe-) Klient:innen feststellen.

- CN stellt im gesetzlichen Rahmen eine **notwendige medizinische und pflegerische Versorgung** sicher, beobachtet und überwacht den Gesundheitszustand (nach § 14 GuKGm und 15 GuKG) und führt eigenverantwortlich medizinisch-diagnostische und medizinisch-therapeutische Maßnahmen und Tätigkeiten nach ärztlicher Anordnung durch.

Auf struktureller Ebene

- Durch die CN werden die Gesundheits- und Pflegeorganisationen in der Region sowie das LK-Zwettl (Vermeidung von „Drehtüreffekten“) durch eine bedarfsgerechte Vermittlung, eine Steigerung der Selbsthilfe und des Gesundheitsbewusstseins sowie eine verbesserte Zusammenarbeit entlastet.
- Eine zentrale, unabhängige und kompetente Stelle für alle Gesundheits-, Pflege-, und Gesundheitsförderungsthemen ist in der Region eingerichtet. Diese ist Beratungsstelle für die Zielgruppe, deren Angehörige und Netzwerkpartner wodurch besonders Pflegedienste, Ärzte und Gemeinden entlastet werden.
- Sie sichert den direkten Wissens-Transfer über aktuelle Angebote und Möglichkeiten zu den Multiplikator:innen in der Region, welche dieses Wissen über ihre Medien direkt zur Zielgruppe vermitteln.
- Das gesundheitsfördernde, regionale Angebot wird zielgruppenorientiert und barrierefrei der Zielgruppe nähergebracht.

6. Kooperationen mit Einrichtungen aus der Region

Regionaler Gesundheitsteam-Entwicklungsprozess:

Im Projekt werden die 7 Allgemeinmediziner:innen der Region, die 3 regionalen Pflegeorganisationen sowie das Entlassungsmanagement des LK-Zwettl stark eingebunden. Zur Schärfung des Aufgabengebietes der CN werden gemeinsam die Unterstützungsmöglichkeiten und -wünsche der Organisationen ermittelt, sowie derzeitige bestehende Versorgungslücken identifiziert. Durch konstante Gesundheitsteam-Treffen soll die Zusammenarbeit verbessert, Schnittstellen optimiert und gegenseitiges Verständnis und Vertrauen aufgebaut werden.

Im Bereich der Gesundheitsförderung findet eine intensive Kooperation mit den **Gesunden Gemeinden** statt. Eine Vertreterin der **FH St. Pölten** (Department Gesundheit) ist Teil der Steuerungsgruppe, wodurch laufend wissenschaftliche Erkenntnisse in die regionale Gesundheitsförderung eingebracht werden.

Das **DAVNE Projekt** vom WKL stellt eine niederschwellige Basis für das Community Nursing dar. Durch eine gute Abstimmung des Angebots können die Ressourcen der Community Nurse zielgerichtet und effektiv eingesetzt werden.

Durch eine laufende Abstimmung mit den weiteren Community Nurse Projekten im Waldviertel im Rahmen der Arbeitskreistreffen: „Pflege Challenge Waldviertel“ des Vereins Interkomm, soll es zu einem breiten Wissenstransfer und ggf. auch gegenseitigen Unterstützungsaktivitäten kommen.

7. Disseminierung der Projektergebnisse

Die Projektergebnisse werden mittels klassischer aber auch über neue Formate verbreitet werden.

Verwendung nachstehender klassischer Medien

- Berichte in den Gemeinde- und Regionsmedien (3-5 Mal pro Jahr)
- 4 Informationssendungen an alle Haushalte
- Presseausendungen an regionale und überregionale Medien
- Veröffentlichung auf regionalen Social-Media-Kanälen
- Teilnahme an Veranstaltungen auf regionaler politischer Ebene: Kleinregionstage, Bürgermeisterfrühstück, usw.

Projekt-Podcast

Erstellung von laufenden Podcast-Beiträgen zum Projekt mit Vertreter:innen der Zielgruppe, Kooperationspartner:innen usw. Zielgruppe sind Personen aus der Zielgruppe, Angehörige und Interessierte aus der Region. Dieses Medium stellt einen sehr niederschweligen und neuen Zugang dar, um unterschiedlichste Personen über das Projekt sowie über Gesundheitsförderung und Prävention zu informieren. Besonders jene die aus verschiedenen Gründen Schwierigkeiten beim Lesen haben (Sehbeeinträchtigungen, mangelnde Bildung, usw.) bzw. nicht die Zeit zum Lesen haben, können damit erreicht werden. Die Beiträge können auch über die Region hinaus verbreitet werden.

Projekthandbuch

Zu Projektende wird ein Projekthandbuch mit allen wesentlichen Erkenntnissen sowie Hemm- und Erfolgsfaktoren aus dem gesamten Projekt erstellt. Schwerpunkte werden auf die Erfahrungen aus

- dem regionalen, interdisziplinären Gesundheitsteam-Entwicklungsprozess,
- der Zusammenarbeit mit dem Nachbarschaftshilfe-Projekt DAVNE,
- und der Erreichung der erweiterten Zielgruppe Kinder & Jugendliche als pflegende Angehörige gelegt.

8. Dokumentation der Projektaktivitäten

Das Projekt wird umfangreich mittels unterschiedlicher Tools dokumentiert.

Dokumentation der Projektplanung:

- Gespräche mit potenziellen Kooperationspartner*innen (Kooperationsbeabsichtigungen, Protokolle von Besprechungen)
- öffentliche Projektpräsentation nach Projektbeginn
- Dokumentation der Projektsteuerung: Protokolle der Sitzungen des Projektteams und des Steuerungsgruppenteams, Protokolle sonstiger Besprechungen z.B. Projektleitung, Kooperationspartner:innen, Zielgruppenvertreter:innen usw.

Dokumentation der Projektumsetzung:

- Einschaltungen in Gemeindezeitungen und der Regionszeitung, div. Öffentlichkeitsarbeit
- Berichte an den GÖG
- Ergebnisprotokolle vom regionalen, interdisziplinären Gesundheitsteam-Entwicklungsprozess
- Dokumentation der Daten aus der DAVNE-Plattform (Zugriffsdaten auf den Bereich CN)
- Podcast-Aufzeichnungen & Zugriffsdaten

Dokumentation der Projektergebnisse/Projektprodukte

- Zwischen- und Endbericht an die GÖG
- Verzeichnis aller themenrelevanten Akteur*innen der Region
- Homepage, Infolder, Aussendungen

- Einladungen/Briefe etc. an die Zielgruppe
- Abschlusspräsentation und begleitende Öffentlichkeitsarbeit innerhalb und außerhalb der Region

Die Dokumentation erfolgt durch die CN und die Projektleitung (Podcastbeiträge, Projektcontrolling, Projekthandbuch, usw.)

9. Eigene Erfolgskontrolle

Nachstehende Indikatoren wurden bereits auf Basis der Ziele identifiziert. Weitere Ziele und Indikatoren werden bei Projektbeginn mit der Steuerungsgruppe entwickelt und regelmäßig auf ihre Erfüllung evaluiert.

- Eine CN-Beratungsstelle (Büro Ottenschlag) wurde errichtet.
- Das Angebot der CN kann zusätzlich 1x pro Monat in jeder der 14 Gemeinden (am Gemeindeamt) ohne Voranmeldung (niederschwellig) genutzt werden.
- Min. 6 Steuerungsgruppentreffen finden jährlich statt.
- Eine Sozialraumanalyse zum Gesundheits- Pflege- Betreuungs- sowie Gesundheitsförderungsangebote wurde erstellt.
- Bei dem regionalen Gesundheitsteam-Entwicklungsprozess nehmen die Partner:innen regelmäßig teil.
- Eine nachhaltige Kooperation mit dem Nachbarschaftshilfeprojekt DAVNE wurde aufgebaut.
- Eine Bedarfsanalyse in Zusammenarbeit mit den Gemeinden und dem regionalen Netzwerk ist erstellt.
- Alle über 75-Jährigen werden im Projektzeitraum mittels Hausbesuche von den CN individuell beraten.
- Ca. 700 Personen pro Jahr nutzen ein individuelles Angebot des Community Nursing.
- Die Schulen sind über das Angebot für Kinder und Jugendliche als Pflegende Angehörige informiert.
- Die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen (besonders Kindern und Jugendlichen) ist gesteigert.
- In allen 14 Gemeinden erscheinen mind. 2x jährlich Beiträge zum CN in den Gemeindemedien.
- Informationsmaterialien zum Angebot wurden erstellt.
- 12 Podcast Beiträge wurden erstellt und werden gut angenommen.

10. Kurzfassung Community Nursing im Waldviertler Kernland

Eingeschränkte Mobilität, Wohnen in abgelegenen Orten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen führen im Alter immer stärker zu Isolation und Vereinsamung. Von den 13.803 Einwohner:innen des Waldviertler Kernlands sind derzeit 1.563 über 75 Jahre, und ca. 1.400 zwischen 65 und 75 Jahre alt, das sind gesamt 21,5% der Bevölkerung.

Die Gesundheitsversorgung wird von 7 Allgemeinmediziner:innen überwiegend abgedeckt. Die in der Region aktiven extramuralen Pflegedienste, die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, sowie die 24-Stunden-Betreuungsagenturen können den derzeitigen Bedarf nicht abdecken, wodurch es zu einer Unterversorgung der Klient:innen und einer erheblichen Belastung von Angehörigen kommt.

Der Verein Waldviertler Kernland, das Nachbarschaftshilfeprojekt DAVNE, die drei Pflege- und Hilfsorganisationen (Volkshilfe, Hilfswerk und Caritas) sowie die regionalen Gesundheitsversorger stellen wichtige Kooperationspartner dar.

Mit Community Nursing werden die Lebensqualität und die Anzahl an gesunden Lebensjahren gesteigert sowie ein Längeres autonomes, selbstbestimmtes Leben im eigenen Zuhause unterstützt, durch:

- die Schaffung einer unabhängigen, kompetenten und vertrauensvollen Beratungs- und Vermittlungsstelle für alle Gesundheits-, Pflege-, Betreuungs- und Gesundheitsförderungsthemen,
- die Beratung zur Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit und Bewältigung von Pflege und Betreuungsaufgaben,
- die intensive Zusammenarbeit mit dem Nachbarschaftshilfeprojekt „DAVNE“ das direkten Zugang zur Zielgruppe und ca. 200 Multiplikator:innen aus der Zielgruppe in den Gemeinden hat,
- den Aufbau eines regionalen Gesundheitsteam-Entwicklungsprozesses mit allen Gesundheits-, Pflege- und Betreuungsdienstleistern sowie dem LK-Zwettl,
- Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung im Bereich Kinder & Jugendliche als pflegende Angehörige sowie intensive Beratung und Unterstützung im Bedarfsfall.

Die CN wird als Vertrauensperson wahrgenommen, die Ängste und Vorbehalte rund um die Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsangeboten abbaut, und diese bedarfsorientiert, individuell und diskret vermittelt.

11. Ablaufplan Community Nursing im Waldviertler Kernland

Projektphasen, Arbeitspakete & Meilensteine	Datum Meilenstein	2022												2023												2024											
		Apr. 22	Mai. 22	Jun. 22	Jul. 22	Aug. 22	Sep. 22	Okt. 22	Nov. 22	Dez. 22	Jän. 23	Feb. 23	Mär. 23	Apr. 23	Mai. 23	Jun. 23	Jul. 23	Aug. 23	Sep. 23	Okt. 23	Nov. 23	Dez. 23	Jän. 24	Feb. 24	Mär. 24	Apr. 24	Mai. 24	Jun. 24	Jul. 24	Aug. 24	Sep. 24	Okt. 24	Nov. 24	Dez. 24			
1. Projektphase: Struktur & Eingliederung																																					
Arbeitspaket 1.1: Einstellung und Einarbeitung CN																																					
Arbeitspaket 1.2: Aufbau interne Projekt- & Dokumentationsstrukturen																																					
Arbeitspaket 1.3: Einrichtung der Steuerungsgruppe und erstes Treffen																																					
Meilenstein 1: CN kann starten		30.06.2022																																			
Arbeitspaket 1.4: Abstimmung und 1. Bedarfsanalyse in den Gemeinden mit Gemeindevertreter*innen																																					
Arbeitspaket 1.5: Laufende Steuerungsgruppentreffen																																					
Arbeitspaket 1.6: Laufende Abstimmung im Projektteam und Teilnahme an DAVNE EAM-Treffen																																					
2. Projektphase: Gesundheitsteam-Entwicklungsprozess																																					
Arbeitspaket 2.1: Erstellung Infoblatt für Netzwerkpartner																																					
Arbeitspaket 2.2: Sozialraumanalyse der Region mit Fokus Gesundheitsförderung & -dienstleister																																					
Arbeitspaket 2.3: Kontaktaufbau mit regionalen Gesundheits- & Pflege- und Gesundheitsförderungs-Organisationen und reg. Gesundheitsanbietern (Ärzte, Ärztinnen, Pflegeorganisationen, GG,...)																																					
Arbeitspaket 2.4: Strukturaufbau für den regionalen Gesundheitsteam-Entwicklungsprozess																																					
Meilenstein 2: Netzwerk in der Region ist aufgebaut		30.11.2022																																			
Arbeitspaket 2.5: Regelmäßiger Austausch im reg. Gesundheitsteam																																					
3. Projektphase: Individuelle Beratungen in der Zielgruppe																																					
Arbeitspaket 3.1: Bedarfsanalyse mittels Bevölkerungsliste (Liste über 75-jährige) und Netzwerkinformationen - Erstellung einer Prioritätenliste für Hausbesuche																																					
Arbeitspaket 3.2: Erstellung Folder - Klient*innen & Angehörige																																					
Meilenstein 3: Infomaterial für Klienten ist erstellt		15.09.2022																																			
Arbeitspaket 3.3: Erstellung bzw. Übernahme der Dokumentationsstruktur zum Monitoring der Versorgungsstrukturen																																					
Arbeitspaket 3.4: Informationsveranstaltungen zu CN mit unterschiedlichen Schwerpunktthemen in Kooperation mit GG																																					
Arbeitspaket 3.5: Durchführung präventiver, individueller Beratungen (Hausbesuche) in Abstimmung mit Bedarfsübermittlung aus DAVNE																																					
4. Projektphase: Kinder & Jugendliche als Pflegenden Angehörige																																					
Arbeitspaket 4.1: Wissenstransfer & Kooperationsaufbau mit Schulen, Kinder- und Jugendgruppen (Jungschar, LJ usw.)																																					
Arbeitspaket 4.2: Individuelle Begleitung im Bedarfsfall																																					
5. Projektphase: Marketing und ÖA																																					
Arbeitspaket 5.1: Berichte für Gemeindemedien & regionale Medien																																					
Arbeitspaket 5.2: Informationsschreiben an alle Haushalte zum Projekt																																					
Arbeitspaket 5.3: Technische und inhaltliche Konzeption der Podcast Beiträge																																					
Meilenstein: Podcast-Format fertig		15.09.2022																																			
Arbeitspaket 5.3: Laufende Erstellung von Podcast Beiträgen unter Einbindung der Zielgruppe (Themenwahl & Interviewpartner*innen)																																					
6. Projektphase: Dokumentation & Evaluierung																																					
Arbeitspaket 6.1: Dokumentation Projektplanung																																					
Arbeitspaket 6.2: Dokumentation der Projektumsetzung																																					
Arbeitspaket 6.3: Erstellung Projekthandbuch																																					
Arbeitspaket 6.4: Dokumentation der Projektergebnisse (Zwischenberichte & Endbericht)																																					
Meilenstein: Projektabschluss		31.12.2024																																			