

Beiträge

Kerstin Hämel, Janina Kutzner

Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Anregungen aus Finnland

The further development of home care concepts for dependent people. Insights from Finland

Adequate needs-based care concepts servicing older people with often quite complex home-based care needs are in great demand. They must be able to satisfy the often quite complex needs of the elder, and at the same time, be feasible in both rural and economically underdeveloped regions. Germany is not the only country facing this challenge today. Hence, it is advisable to look more closely at successful concepts used by other states. This paper aims to highlight noteworthy home care developments in Finland. It is based on a literature analysis and semi-structured interviews with experts on the care and nursing services in Finland. In Finland, the enhancement of home care has been augmented by the profile raising and professionalizing of nursing profession. Further auspicious features include team-based and multi-professional collaboration as well as a case management approach to nursing. The regional-municipal care model combines a small-scale, community-oriented practice with the central pooling of resources and specialized skills. The paper closes with a discussion of implications and suggestions for the further development of home care models in Germany.

Keywords

home care, nursing, Finland, deinstitutionalization, team-based, multiprofessional, municipality, rural

Für eine bedarfsgerechte häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen werden Versorgungskonzepte benötigt, die dem oft komplexen Bedarf der Nutzer/innen gerecht werden; zugleich sollten sie auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen funktional sein. Mit dieser Herausforderung steht Deutschland nicht alleine da. Daher ist es sinnvoll, international nach bereits etablierten Konzepten Ausschau zu halten. Der Beitrag zielt darauf, interessante Entwicklungen der häuslichen Versorgung in Finnland aufzuzeigen. Er basiert auf einer Literaturanalyse und leitfadengestützten Interviews mit Expert/inn/en der Versorgung und Pflege in Finnland. Aufgezeigt wird, dass in Finnland die Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung mit einer Profilschärfung und Professionalisierung der Pflege einhergeht. Vielversprechende Elemente stellen zudem die teambasierte und multiprofessionelle Zusammenarbeit und ein am Case Management orientier-

eingereicht 11.11.2014
akzeptiert 15.12.2014

tes Vorgehen in der Pflege dar. Die regional-kommunale Versorgungsgestaltung, die eine kleinräumige, gemeindeorientierte Arbeitsweise mit der zentralen Bündelung von Ressourcen und spezialisierter Kompetenz verbindet, bietet ebenso interessante Perspektiven. Anregungen die sich daraus für die Modellentwicklung der häuslichen Versorgung in Deutschland ergeben, werden abschließend diskutiert.

Schlüsselwörter

Häusliche Versorgung, ambulante Pflege, Finnland, Deinstitutionalisierung, teambasiert, multiprofessionell, Kommune, ländlich

1. Hintergrund und Ziel des Beitrags

Die Förderung der häuslichen Pflege ist international ein wichtiges Anliegen (Colombo et al. 2011: 296ff.; Genet et al. 2011; Gibson et al. 2003). Auf diese Weise soll dem Wunsch der Bevölkerung entsprochen werden, auch im hohen Alter und bei steigendem Unterstützungsbedarf im eigenen Haushalt und vertrauten Umfeld leben zu können (exempl. Spangenberg et al. 2013; Wiles et al. 2013). Zugleich wird dies für die Pflegesysteme zunehmend zur Kraftanstrengung: Angesichts der voranschreitenden demografischen Alterung, in deren Folge auch familiäre Pflege schwerer zu organisieren ist, ist eine Stärkung der Ressourcen und der Professionalität der häuslichen Pflege erforderlich. Flankierend sind neue Versorgungsansätze und -modelle gefordert, die dem komplexer werdenden Bedarf und den Bedürfnissen ihrer Nutzer/innen Rechnung tragen.

Das gilt auch für Deutschland. Denn obschon der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bereits seit 30 Jahren gesetzlich verankert ist¹ und die Pflegeversicherung schließlich einen flächendeckenden Ausbau der ambulanten Pflege einleitete, besteht Nachholbedarf bei der Ausdifferenzierung der pflegerischen Versorgung. Um den meist mehrdimensionalen Problemlagen hilfe- und pflegebedürftiger Menschen entsprechen und eine auf Autonomieerhalt im angestammten Umfeld und Ressourcenerhalt zielende Pflege ermöglichen zu können (Schaeffer et al. 2008), werden umfassende und multiprofessionelle Versorgungskonzepte benötigt. Neben pflegerischen Leistungen, sollten sie hauswirtschaftliche, soziale, assistierende, medizinische und rehabilitative Dienstleistungen enthalten und auf ein abgestimmtes Handeln aller an der Versorgung beteiligten Akteure ausgerichtet sein.

Diese Anforderungen gelten für alle Regionen Deutschlands gleichermaßen, doch werden in den letzten Jahren in ländlichen und strukturschwachen Regionen besondere Herausforderungen deutlich. Schon heute treten dort vermehrt Versorgungslücken und ein Fachkräftemangel zutage, die sich längst nicht mehr allein auf die medizinische Versorgung beschränken. Daher ist auch die Pflege gut beraten, diesen Regionen besondere Aufmerksamkeit zu widmen (SVR 2014).

Damit steht Deutschland nicht allein, denn der demografische Wandel schreitet weltweit voran und auch in anderen Ländern sind ländliche, strukturschwache Regio-

¹ Der Vorrang offener Hilfen wurde mit § 3a des Bundessozialhilfegesetzes 1984 eingeführt.

nen besonders betroffen. Es empfiehlt sich daher, die Entwicklungen und Erfahrungen in anderen Ländern anzusehen, und zu prüfen, ob wir aus ihnen lernen und Anregungen für die Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung in Deutschland gewinnen können. Im Rahmen eines von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekts² hatten wir Gelegenheit, Ansätze und Versorgungskonzepte in zwei Ländern – Kanada und Finnland – zu betrachten. Beide Länder sind aufgrund ihrer geografischen und siedlungsstrukturellen Bedingungen besonders gefordert, auf die Herausforderungen der ländlichen Versorgungsgestaltung im demografischen Wandel zu reagieren. Hinzu ließ die ausgeprägte regional-kommunale Verantwortung für Versorgungsgestaltung in Kanada und Finnland erwarten, dort auf regional abgestimmte, integrierte Versorgungsansätze zu stoßen.

In diesem Beitrag konzentrieren wir uns auf Finnland und die häusliche Versorgung. Ziel ist es, vor dem Hintergrund des finnischen Gesundheitssystems, interessante Entwicklungen der häuslichen Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Finnland aufzuzeigen, und Perspektiven, die sich daraus für die Modellentwicklung der häuslichen Versorgung in Deutschland ergeben, zu diskutieren. Dazu werden zunächst die Struktur und Entwicklung der häuslichen Versorgung und Pflege im Kontext des finnischen Gesundheitssystems nachgezeichnet. Anschließend werden die Organisation und die teamorientierte Arbeitsweise der häuslichen Pflege dargestellt. Der Beitrag schließt mit Überlegungen dazu, welche Anregungen für die Entwicklung in Deutschland gewonnen werden können.

2. Methodisches Vorgehen

Der Beitrag basiert auf einer Literaturanalyse und zwei qualitativ-explorativen Untersuchungsschritten. Die integrative Literaturanalyse diente dazu, wichtige Entwicklungslinien der häuslichen Versorgung in Finnland herauszuarbeiten. Die sich anschließenden leitfadengestützten telefonischen Interviews mit Expert/inn/en der Versorgung und Pflege in Finnland (Wissenschaftler/innen, Verbandsvertreter/innen, Projektentwickler/innen)³ dienten der Eruierung aktueller Herausforderungen und Ansatzpunkte der ländlichen Versorgungsgestaltung. Die Interviews zielten zudem darauf, interessante Regionen und Umsetzungsbeispiele für eine vertiefende explorative Untersuchung zu identifizieren. Die Expert/inn/en wurden gebeten, Regionen und Modelle zu empfehlen. Auf dieser Grundlage erfolgte eine Ansprache regionaler Versorgungsakteure. Mit ihrer Unterstützung wurden weitere interessante regionale Einrichtungen identifiziert. Schließlich erfolgten zwei Forschungsreisen in insgesamt sechs finnische Kommunen (Reise 1: August 2012; Reise 2: März 2013).

2 Projekt „Regional differenzierte Versorgung. Eine international vergleichende Analyse ländlicher Versorgungsmodelle“ (Laufzeit 2012-2014). Projektbeteiligte: Doris Schaeffer, Michael Ewers, Janina Kutzner und Kerstin Hämel (zu den Ergebnissen: siehe Schaeffer et al. 2015)

3 Als Expert/inn/en wurden im ersten Schritt Wissenschaftler/innen, die zu Fragen der (ländlichen) Versorgungsgestaltung in Finnland publizieren, sowie Vertreter/inn/en zentraler Verbände (Kommunalverbände, Berufsverbände) identifiziert. Anschließend wurden auf Basis ihrer Empfehlungen weitere Expert/inn/en angefragt.

Während der Aufenthalte wurden leitfadengestützte Interviews mit Manager/inne/n und Mitarbeiter/inne/n kommunaler Home Care Units durchgeführt.⁴ Der Interviewleitfaden enthielt Fragen zur Entstehung, strategischen Ausrichtung und Konzeption einer Einrichtung, ihrer Struktur und Arbeitsweise, zentralen Kooperationspartner/inne/n sowie Erfahrungen in multiprofessioneller Zusammenarbeit. Die Interviewpartner/innen wurden gebeten, jeweils Chancen, Probleme und Herausforderungen in der Versorgungspraxis zu beleuchten. Um vertiefende Einblicke in die Arbeitsweise der Home Care Units gewinnen zu können, wurden Pflegende bei Hausbesuchen begleitet. Hinzu kamen Interviews mit Verantwortlichen der übergreifenden, regionalen Versorgungsplanung und anderer regionaler Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheitszentren, Krankenhäuser), denen der gleiche Interviewleitfaden zugrunde lag. Wenn dort die Bedeutung und Kooperationserfahrungen mit der häuslichen Pflege zur Sprache kamen, wurden die entsprechenden Sequenzen in die weitere Auswertung einbezogen. Die Interviews erfolgten überwiegend in englischer, teils in deutscher Sprache. Alle Exkursionen und Interviews wurden protokolliert, die Interviews teilweise transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse wurden in verdichteten Modellportraits zusammengefasst (Schaeffer et al. 2015)

3. Kontext, Struktur und Entwicklung der häuslichen Versorgung in Finnland

Finnland steht in der Tradition nordischer Wohlfahrtsstaaten. Für sie ist typisch, dass sie ihren Bürger/inne/n einen universellen Zugang zu einem recht breiten Angebot an gesundheitlichen und sozialen Diensten eröffnen, deren Leistungen primär steuerfinanziert sind. Im Unterschied zu Deutschland, das bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen traditionell und bis heute auf das Primat der Angehörigenpflege setzt, zeichnen sich die skandinavischen Staaten und auch Finnland durch eine starke Dienstleistungsorientierung aus („social service states“) (Colombo et al. 2011: 216ff.; Kröger 2011; Wahlbeck et al. 2008: 35ff.). Allerdings gilt auch in diesen Ländern mit der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen die Förderung der Pflege durch Angehörige als wichtiges Anliegen und sind die professionellen Dienste aufgefordert, in Koproduktion mit den Klient/inn/en und ihren Angehörigen die häusliche Versorgung auszugestalten (Triantafillou et al. 2010: 28ff.; Waldhausen 2013: 28).

Typisch ist außerdem die hohe Bedeutung der regionalen Ebene für die Ausgestaltung der Versorgung in den nordischen Wohlfahrtsstaaten, weshalb diese auch als „local welfare states“ bezeichnet werden (Kröger 2011; Vabo 2011). So sind in Finnland die Kommunen (und hier zunehmend regionale Verbände) für die Planung, Organisation und Erbringung gesundheitlicher und sozialer Dienste, und damit auch der häuslichen Pflege, verantwortlich. Die staatliche Gesetzgebung schafft dafür den Rahmen,

⁴ Interviewt wurden für das operative und strategische Management von ambulanter Pflege zuständige Führungskräfte in den Regionen und in den Home Care Units tätige Mitarbeiter/innen unterschiedlicher Qualifikationsstufen (Head Nurse, Practical Nurse, Pflegende mit akademischer Ausbildung, Public Health Nurses).

innerhalb dessen die regionalen Akteure ihre Leistungen und Dienste recht autonom ausgestalten können. Zwei Gesetze sind für die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen grundlegend. Der Health Care Act (2010) regelt die Primär- und Sekundärversorgung und schließt hier auch „home nursing“-Leistungen (Kotisaaranhoito), also die häusliche pflegerische Versorgung ein. Soziale Dienstleistungen, zu denen auch „home help services“ (Kotipalvelut), also eher alltagsunterstützende und haushaltsnahe Dienste, zählen, sind im Social Welfare Act (1982) geregelt (AFLRA/Sutton 2011; Vuorenkoski 2008). Da die Trennung gesundheitlicher und sozialer Dienste ein kontinuierliches, abgestimmtes Versorgungshandeln der beteiligten Akteure behindert, haben viele Kommunen Anstrengungen zur integrierten Versorgungsgestaltung in den verschiedenen Versorgungsbereichen unternommen. Besonders in der häuslichen Versorgung war dies ein wichtiges Anliegen, um Schnittstellenprobleme und Versorgungsbrüche zwischen sozialen, pflegerischen und medizinischen Leistungen zu verhindern (Kokko 2009: 5f.; Niskanen 2002; Salonen et al. 2003). Heute bündeln viele Kommunen die benötigten Leistungen in einem „Home Care Sektor“ (Kotihoito) (Kröger et al. 2011).

Infolge der kommunalen Autonomie variiert die Organisation und Ausgestaltung der Versorgung zwischen den Kommunen und Regionen (Wahlbeck et al. 2008: 81). So sind auch Servicegarantien, Gebühren, Zugangskriterien und Leistungsspektrum der häuslichen Versorgung regional unterschiedlich entwickelt (Karsio et al. 2013: 91, 100). Um dennoch eine kohärente Ausgestaltung zu befördern und unerwünschte regionale Varianzen zu vermeiden, gibt das finnische Sozial- und Gesundheitsministerium den Kommunen Standards und Rahmenempfehlungen an die Hand, z. B. zum Assessment von Pflegebedürftigkeit und zur Personalausstattung (Johansson 2010: 2; Vuorenkoski 2008: 117f.). Bemerkenswert ist außerdem, dass der Vorrang der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen, der in Deutschland lediglich den Status einer Leitmaxime hat, in Finnland erklärtes nationales Ziel darstellt, dessen Umsetzung mit klaren Maßgaben versehen wurde: Danach sollen 13-14% der über 75-Jährigen regelmäßig Home Care Leistungen erhalten, nur 3% in stationären Einrichtungen leben, weitere 5-6% im Betreuten Wohnen mit 24-h-Service versorgt werden (MSAH 2008: 30). Obwohl nicht bindend, sind diese Zielgrößen wichtige Orientierungsmarken für die Kommunen, anhand derer sie, so der Eindruck von unseren Aufenthalten, eigene Fortschritte messen und interkommunal vergleichen (weiterführend: Kröger 2011: 153f.).

Die Bedeutung der häuslichen Versorgung zeigt sich, wenn ihre zurückliegende Entwicklung betrachtet wird. Auf den ersten Blick scheint es, als sei sie seit Langem gut aufgestellt, denn bereits in den 1960- und 1970er Jahren wurden Prävention und Rehabilitation als Aufgaben der Altenhilfe und -pflege definiert und kommunale Dienste institutionalisiert (Häikiö et al. 2011: 187). In den 1980er Jahren galt die häusliche Versorgung in Finnland international sogar als wegweisend. Die Bürger/innen konnten schon bei leichter Hilfe- und Pflegebedürftigkeit öffentlich finanzierte häusliche Unterstützung in Anspruch nehmen (Kröger et al. 2011; Wahlbeck et al. 2008: 76). Allerdings hatten die Kommunen den Schwerpunkt auf haushaltsnahe und sporadisch

erbrachte Dienstleistungen gelegt, sodass Pflegebedürftige mit höherem und kontinuierlichem Pflegebedarf auf stationäre Einrichtungen angewiesen waren. Eine intensive professionelle pflegerische Versorgung sollte institutionell erfolgen (Einiö 2010: 27; Hutten 1996; Johansson 2010: 3; Wahlbeck et al. 2008).

Dies änderte sich in den 1990er Jahren, als im Zuge von mehreren Reformen (Autonomiegewinn für die Kommunen, flexibler Budgeteinsatz), die Deinstitutionalisierung der pflegerischen Versorgung propagiert und vorangetrieben wurde – dies nicht zuletzt aus Kostengründen (Einiö 2010: 29; Kröger et al. 2012). Wie rasch sie umgesetzt wurde, zeigen folgende Zahlen: Lebten 1990 noch 11,2% der über 75-Jährigen in Pflegeheimen oder Langzeitpflegeabteilungen der Gesundheitszentren, war der Anteil im Jahr 2011 auf 4,3% gesunken. Anzumerken ist, dass dieser massive Rückgang primär auf einer Expansion des Betreuten Wohnens mit 24-h-Service basiert (THL 2013: 100). Der komplementäre Auf- und Ausbau der ambulanten pflegerischen Versorgung kam zunächst nicht so rasch voran (Laamanen et al. 1999). Eher gegenteilig: Während der finnischen Rezession, von den 1990er Jahren bis in die 2000er Jahre hinein, haben die Kommunen ihre Home Care Leistungen (wiederum aus Kostengründen) sogar massiv abgebaut (Kröger et al. 2012: 320). Doch lohnt auch hier ein näherer Blick. Er zeigt, dass der Abbau keineswegs gleichförmig geschah: Besonders haushaltsnahe und eher punktuelle Hilfen für die jüngeren Alten (< 75-Jährige) wurden reduziert, weniger von Kürzungen betroffen waren pflegerische Leistungen für hochaltrige Nutzer/innen, sodass sich in der Summe eine Gewichtsverlagerung der Leistungen vollzogen hat.⁵

Parallel haben die Kommunen begonnen, ihr Leistungsangebot auf Pflegebedürftige mit (meist mehrfachen) chronischen Krankheiten und Funktionseinschränkungen auszurichten (Kröger et al. 2011: 129ff.), jene Gruppe also, die erst infolge der Deinstitutionalisierung der Pflege zu Nutzer/inne/n der häuslichen Versorgung wurde und die finnische ambulante Pflege mit anderen, meist anspruchsvollen Bedarfslagen und Aufgaben konfrontierte. Rückblickend spricht einiges dafür, dass die Pflege diese Herausforderung angenommen hat. Dabei war von Vorteil, dass die Pflege in Finnland im Unterschied zu Deutschland nicht auf körperbezogene Verrichtungen fokussiert wurde. Die Leistungsgewährung und Hilfepläne basieren heute in Finnland üblicherweise auf einem multiprofessionell durchgeführten Assessment, das physische ebenso wie psychische, kognitive, soziale und umweltbezogene Einschränkungen umfasst (Hammar et al. 2010: 19; Johansson 2010: 2f.; Act on Care Services). Zugleich wird die Pflege durch Angehörige gefördert, die heute bei Übernahme einer – verbindlich im Hilfeplan geregelten – informellen Pflege finanzielle Unterstützung durch die Kommunen erhalten und ebenso zu Adressat/inn/en unterstützender kommunaler Dienste ernannt wurden (Beratung, Anleitung, Entlastung) (Häikiö et al. 2011).

Im Ergebnis umfasst die häusliche Versorgung in Finnland heute eine umfassende Pflege und Versorgung (Kröger et al. 2012: 321; Vaarama et al. 2006: 144), die neben

⁵ Mit dieser Gewichtsverlagerung verbunden war auch, dass sich viele Kommunen aus der Erbringung und Finanzierung haushaltsnaher Hilfen, wie Einkaufen, Reinigen und Essen auf Rädern zurückgezogen haben. An ihre Stelle ist ein privater Anbietermarkt getreten.

pflegerischer Grundversorgung und Assistenz bei den Aktivitäten des täglichen Lebens präventive und edukative Maßnahmen, Ressourcenerhalt und Monitoring des Gesundheitszustands ihrer Klient/inn/en, Rehabilitation, Medikamenten- und Schmerzmanagement, aber auch eine (Intensiv-)Pflege in Akutphasen chronischer Krankheit bis hin zur palliativen Pflege beinhaltet. Ebenso wird auf eine koordinierte und auf die individuelle Situation abgestimmte Versorgung mit anderen Beteiligten der häuslichen Versorgung hingewirkt (Haataja et al 2003: 27; Hammar et al. 2008: 148; Hutten 1996: 106; Väyrynen et al. 2011: 15). Wie dies organisiert werden kann, illustriert das folgende Beispiel.

4. Ein Blick in die Praxis der häuslichen Pflege in Finnland

Der Social and Health Care District Südkarelien hat sich die Stärkung der häuslichen Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der strukturschwachen, ländlichen Region zur Aufgabe gestellt. Die Ausgestaltung der ambulanten Pflege spiegelt traditionelle Elemente und typische Neuerungen der häuslichen Pflege in Finnland wieder. Am Beispiel der südkarelistischen Kommune Lappeenranta (72.000 EW) werden diese näher betrachtet: Wie in vielen anderen größeren Kommunen, ist auch in Lappeenranta die Gesundheits- und Sozialversorgung in Bezirken gegliedert, um eine möglichst wohnortnahe und gemeindeorientierte Versorgung auszugestalten. Die Home Care Unit des Bezirks Sammonlahti versorgt 120 pflegebedürftige Menschen, von denen über ein Drittel auf dem Land wohnen (Stand Sommer 2012). Die pflegerische Versorgung ist in Teams organisiert. In den drei Pflegeteams der Unit sind je sieben bis acht Practical Nurses und eine akademisch qualifizierte Pflegekraft tätig. Die Teams sind wiederum an unterschiedlichen Orten situiert, um die Wegstrecken zu den Klient/inn/en kürzer zu halten. Wöchentlich treffen sich die Mitglieder der Unit zur gemeinsamen Besprechung mit der Leiterin der Home Care Unit. Seit einigen Monaten erweitert eine Memory Nurse⁶ die Expertise in der Unit, die, ebenfalls akademisch ausgebildet, den drei Teams konsiliarisch zur Seite steht und spezialisierte Pflegeleistungen für Klient/inn/en mit kognitiven Einschränkungen vorhält.

Die Practical Nurses sind die größte Beschäftigtengruppe in der häuslichen Versorgung in Finnland (Kröger et al. 2011: 123). Sie haben eine dreijährige Berufsausbildung absolviert, die sie für sozial-pflegerische Aufgaben qualifiziert. Practical Nurses spezialisieren sich beispielsweise in der gerontologischen Pflege, rehabilitativen Pflege oder der Pflege von Menschen mit Behinderung (FNBOE 2011; Haataja 2003). Sie leisten auch in Sammonlahti den Großteil der pflegerischen Versorgung der Klient/inn/en, unterstützen sie bei der Körperhygiene, beim An- und Auskleiden, beim Essen und der Medikamentengabe und führen Blutdruckmessungen, einfache Bluttests oder kleinere Wundversorgungen etc. durch. Sie arbeiten in zwei Tagschichten, wobei ihre Einsatzplanung den Klient/inn/en personelle Kontinuität bei der Ver-

6 Die Memory Nurse ist auf die Diagnose von Gedächtnisstörungen und Versorgung von Menschen mit Demenz spezialisiert.

sorgung sichert. Hingegen wird die Versorgung in der Nacht und am Wochenende zentral für die Gesamtkommune von Nacht- bzw. Wochenendteams organisiert, um flexibler und wirtschaftlicher agieren zu können.

Bis vor wenigen Jahren haben die Pflegeteams noch hauswirtschaftliche Leistungen wie Einkauf, Wäsche- und Wohnungsreinigung durchgeführt, heute konzentrieren sie sich auf die pflegerische Versorgung. Das entbindet sie jedoch nicht von ihrer Aufgabe, die gesamte häusliche Situation und die Teilhabemöglichkeiten der Klient/inn/en im Blick zu haben, denn diese sind ebenso grundlegend für Gesundheit und Wohlbefinden der Klient/inn/en. Wenn sie Bedarf an zusätzlichen Diensten erkennen, wirken sie auf die Einbindung zusätzlicher Dienstleister im Hilfearrangement hin. Teilweise gilt es auch hier, zuerst neue Angebote in der Gemeinde auf den Weg zu bringen oder zu erschließen: So hat die Unit beispielsweise Kooperationsverträge über Hol- und Bringdienste (Lebensmittellieferservice, Saunabesuche) für ihre Klient/inn/en abgeschlossen.

Die akademisch qualifizierten Pflegenden leisten in Sammonlahti wie generell in Finnland erweiterte anspruchsvolle Pflegeaufgaben. Die Akademisierung der Pflege hat in Finnland bereits Ende der 1970er Jahre begonnen und seit Anfang der 1990er Jahre ist ein Bachelorabschluss für die volle Berufsausübung (registered nurses) bindend (Råholm et al. 2010). Akademisch qualifizierte Pflegenden übernehmen ihnen vorbehalten diagnostische und therapeutische Aufgaben (z. B. Blut abnehmen, komplexere Wundversorgung etc.). Während ihrer etwa wöchentlichen Hausbesuche erhalten sie einen umfassenden Einblick in die Versorgungssituation der Klient/inn/en und nehmen dann auch Aufgaben wahr, die sonst die Practical Nurses im Team verantworten, um einen doppelten Personaleinsatz zu verhindern. Für die Klient/inn/en der häuslichen Versorgung sind sie überdies persönliche/r Ansprechpartner/in (personal nurse), der/die eine bedarfsgerechte und an ihren Wünschen ausgerichtete häusliche Versorgung verantwortet. Denn die häusliche Pflege ist am Konzept des Primary Nursing ausgerichtet, um eine nutzerorientierte, kontinuierliche Versorgung sicherstellen zu können. Den akademisch qualifizierten Pflegenden obliegt daher das Monitoring der Gesundheits- und Versorgungssituation der Klient/inn/en sowie die Definition von pflegerischen Versorgungszielen und Überprüfung ihrer Umsetzung – auch dies möglichst in Abstimmung mit den Klient/inn/en und ihren Angehörigen. Eine wichtige Aufgabe ist zudem die Organisation und Koordination der häuslichen Versorgung, sowohl der Leistungen, die innerhalb des Teams erbracht werden, als auch um ein abgestimmtes Vorgehen mit anderen Professionen (z. B. Physiotherapie, Soziale Arbeit) und Einrichtungen (z. B. Krankenhaus, Gesundheitszentrum) sicherzustellen. Hier wird sichtbar, dass die Arbeitsweise am Case Management orientiert ist, wie dies auch seit Langem für die ambulante Pflege in Deutschland als wünschenswert erachtet wird (Schaeffer et al. 2002).

Der Kooperation mit der Medizin kommt ein hoher und infolge der veränderten Nutzer/innen/struktur der häuslichen Pflege gewachsener Stellenwert zu. Auch hier ist personelle Kontinuität grundlegendes Prinzip. Jede der drei akademisch qualifizierten Pflegenden hat eine/n A(e)rzt/in als feste/n Ansprechpartner/in, der/die zugleich

Hausa(e)rzt/in der Klient/inn/en ist. Wöchentlich haben die Ärzt/inn/e drei Stunden reserviert, um mit den Pflegenden die Gesundheits- und Versorgungssituation der häuslich versorgten Klient/inn/en abzustimmen. Informationen werden über die regionale elektronische Patientenakte und im persönlichen Gespräch ausgetauscht, möglich sind auch Hausbesuche von Ärzt/inn/en und Pflegenden, um einen vertiefenden Eindruck von den Klient/inn/en gewinnen zu können. Allerdings sind die gemeinsamen Besuche selten geworden, nicht zuletzt auch, weil die Pflegenden verstärkt Versorgungsverantwortung übernehmen und dabei zunehmend auch früher den Ärzt/inn/en zugeordnete Aufgaben, beispielsweise das Monitoring chronischer Krankheiten, übernehmen. Hervorzuheben ist, dass es auch hier die Pflegenden sind, die initiativ werden und die Ärzt/inn/e/n in die Versorgung einbinden – nicht umgekehrt.

Infolge der Ambulantisierung sollen künftig zunehmend auch Menschen in akuten Krisenphasen zu Hause versorgt werden. Doch stoßen die Pflgeteams der Home Care Unit hier an ihre Grenzen, wenn Klient/inn/en spezielle Pflegeleistungen benötigen, etwa nach einem Krankenhausaufenthalt, bei Tumorerkrankungen oder am Lebensende. Daher wurde in Lappeenranta ein Acute Home Care Team etabliert, das für einen Zeitraum von wenigen Tagen bis hin zu mehreren Monaten tätig wird und für die Gesamtkommune und einen Teil der Nachbargemeinden seine Leistungen anbietet. Teil des multiprofessionellen Teams sind acht Pflegende (darunter die Teamleitung), ein Arzt und eine Physiotherapeutin. Das Team lotet seine Aufgabenbereiche noch aus und erprobt verschiedene Ansätze in Kooperation mit den angestammten Versorgungsakteuren. Ein Beispiel ist die intensive Begleitung von pflegebedürftigen Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in ihrem häuslichen Umfeld. Dort steht die frühzeitige Mobilisierung der Nutzer/innen im Fokus, ebenso, den Angehörigen beratend und unterstützend zur Seite zu stehen, damit diese die Versorgung zu Hause sicherstellen können.

5. Geteilte Verantwortung, abgestimmtes Vorgehen

Auch wenn die Ansätze und Erfahrungen in Lappeenranta als Beispiel guter Praxis zugänglich gemacht wurden und nicht verallgemeinert werden können, spiegeln sie interessante Entwicklungen in Finnland. Hervorzuheben sind:

- **Kleinräumige Basisteams/Home Care Units.** Die Home Care Units in Finnland richten ihre Leistungen auf ein definiertes Gebiet aus, übernehmen dort vielerorts kleinräumig die Versorgung der Klient/inn/en in einer Gemeinde oder einem Stadtteil, sind dort auch ansässig und arbeiten durch Einbezug vor Ort zugänglicher Ressourcen gemeindeorientiert. Die Gebietszuschnitte gleichen in der Regel denen der regionalen Gesundheitszentren (Hämel et al. 2014), mit denen die Pflgeteams in enger Kooperation stehen. Vorteil der Organisation in kleinen Teams ist zudem, dass sie die personelle Kontinuität in der häuslichen Versorgung befördern.
- **Populationsorientierte Arbeitsweise.** Die Home Care Units wie auch die Gesundheitszentren sollen in Finnland am Bedarf der Bevölkerung in der Region aus-

gerichtet sein. Um ein entsprechendes Aufgabenprofil entwickeln zu können, werden daher regionale/kommunale Community Health Assessments durchgeführt und Versorgungsverläufe analysiert, die als Grundlage für eine vergleichende und systematische kommunale pflegerische Versorgungsplanung genutzt werden (Johansson 2010: 2f). Von Vorteil ist hier, dass die Versorgung in Finnland trotz der wachsenden Bedeutung privater Anbieter stark „in einer Hand“ gebündelt erfolgt und daher umfassende Daten zugänglich sind, aber auch, dass in den Kommunen ein entsprechendes know how der Versorgungsplanung und -analyse aufgebaut wurde.

- **Zentralisierte, unterstützende Ressourcen.** Kleinräumig nicht kontinuierlich benötigte Kompetenzen, werden zentral vorgehalten und bei Bedarf zur Verfügung gestellt – hier illustriert am Beispiel der Memory Nurse, der Wochenend- und Nachtteams und des Acute Home Care Teams. Sie sind wichtige Garanten einer nachhaltigen Versorgungsgestaltung im häuslichen Umfeld und tragen zur Entlastung der Basisteams bei. Auch die Konzept- und Personalentwicklung in der häuslichen Pflege wird durch die gemeinsame Dachorganisation der Home Care Units in der Kommune unterstützt, sodass hier die Vorteile einer kleinräumigen Arbeitsweise und einer leistungskräftigen Großorganisation verbunden werden.
- **Kooperation und Koordination.** Dennoch gilt auch für Finnland, dass die Trägervielfalt und das Angebotsspektrum in der häuslichen Versorgung zugenommen haben und mit ihnen auch Desintegration und Schnittstellenprobleme. Von wachsender Bedeutung ist daher die Koordination und Kooperation. Die häusliche Pflege ist zunehmend gefordert, mit anderen Akteuren zu kooperieren, beispielsweise um den Nutzer/innen Zugang zu hauswirtschaftlichen und Assistenzdiensten zu schaffen (Genet et al. 2012: 35; Wahlbeck et al. 2008: 77), die medizinische Versorgung abzustimmen oder Transitionen im Versorgungs- und Pflegeverlauf zu begleiten (ex. Aaltonen et al 2013: 607ff.). Sie sind dabei zentrale Koordinationsinstanz einer multiprofessionellen häuslichen Versorgung.
- **Aufgabenzuwachs und Profilschärfung der Pflege.** Mit dem zunehmend komplexen Bedarf ihrer Klientel haben sich die an die häusliche Pflege gestellten qualifikatorischen Anforderungen verändert. Entsprechend ihrer anspruchsvollen Aufgaben ist daher auch in der häuslichen Versorgung der Bedarf an akademisch qualifizierten Pflegenden unbestritten. Hervorzuheben ist, dass neben klinischer Expertise auch Public Health Expertise wichtige Grundlage zur Fundierung der häuslichen Pflege und Etablierung bedarfsgerechter kommunaler Strukturen ist.

6. Anregungen für die Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung in Deutschland

Der Ausbau und die Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ist eine Herausforderung vor die Finnland und Deutschland gleichermaßen gestellt sind. Auch in Finnland zeigte sich, obwohl zu den dienstleis-

tungsorientierten Wohlfahrtsstaaten mit recht hohem Leistungsniveau zählend, ein Nachholbedarf, um den gestiegenen Anforderungen an die pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld gerecht zu werden. Im Zuge dessen wurde eine Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung und Pflege angestoßen, die auch für die Diskussion und Konzeptentwicklung in Deutschland wichtige Impulse beinhaltet:

Voraussetzung für eine nutzerorientierte Ausgestaltung der häuslichen Versorgung ist der Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zwischen Klient/inn/en und Pflegenden. Die kleinräumigen Basisteams und eine Ausrichtung am Primary Care Prinzip ermöglichen eine auf die individuellen Problemlagen abgestimmte häusliche Versorgung, zugleich sind die Basisteams Garanten einer kontinuierlichen Versorgung. Die Vorteile kleinräumig im Quartier angesiedelter Stützpunkte der ambulanten Pflege werden auch hierzulande diskutiert, doch sind bisher nur wenige systematisch entwickelte Konzepte⁷ etabliert (Hämel et al. 2012). Hier bietet das finnische Beispiel zahlreiche Anregungen, auch, dass vernetzte Strukturen kleinräumig angesiedelter Teams in ländlichen Regionen wichtige Strukturbildner sein können und zugleich lange Wegezeiten vermieden werden.

Die umfassende, bedarfsgerechte Ausgestaltung der häuslichen Versorgung ist eine zentrale Aufgabe der Pflege in Finnland. Das heißt jedoch nicht, dass sie alle Leistungen selbst erbringt. Vielmehr gehört zu ihren Aufgaben, benötigte Dienste zugänglich zu machen und auf eine koordinierte Versorgung hinzuwirken. Ein am Case Management orientiertes Vorgehen und Kompetenz in multiprofessioneller Kooperation sind dabei wichtige Grundlagen. Auch in Deutschland wäre es wünschenswert und ein wichtiger Schritt, dass die Pflege einen entsprechenden (erweiterten) Versorgungsauftrag erhält (Schaeffer 2005; SVR 2012).

Anliegen ist es in Finnland wie in Deutschland, die häusliche Versorgung so aufzustellen, dass sie sich auch bei intensiver Pflegebedürftigkeit und multiplen Funktionseinschränkungen der Nutzer/innen als tragfähig erweist. Um dem entsprechen zu können, hat die Pflege in Finnland ein erweitertes Leistungsspektrum der häuslichen Versorgung entwickelt. Im Zuge dessen hat sie auch Aufgaben übernommen, die vormals Ärzt/inn/en vorbehalten waren, besonders in der Versorgung chronischer Krankheiten (Hämel et al. 2014; Kokko 2009). Die gewandelten Problemlagen der Nutzer/innen haben somit einen neuen Professionenmix in der Versorgung nach sich gezogen. Dabei haben sich aufgabenorientierte anstelle hierarchischer Formen der Kooperation durchgesetzt, die eine geteilte Verantwortung und die Rückversicherung im multiprofessionellen Gefüge ermöglichen. Diese Entwicklungen sind für Deutschland vorbildhaft, das weiterhin in einer primär professionspolitisch geführten Debatte um Delegation oder Substitution ärztlicher Leistungen verhaftet bleibt, die jedoch wenig zur sachorientierten Weiterentwicklung professioneller Kompetenz beiträgt.

Erweiterte Aufgaben in der Pflege und ein neuer Professionenmix sind voraussetzungsvoll: Finnland hat (wie viele andere Länder) mit der Anhebung des Qualifika-

⁷ Beispiele sind das Bielefelder Modell (<http://www.bgw-bielefeld.de/bielefelder-modell.html>) und Johanneswerk im Stadtteil (<http://johanneswerk.de/de/fachthemen/quartiersnahe-versorgung.html>)

tionsniveaus und der akademischen Qualifizierung der Pflege eine wesentliche Grundlage dafür geschaffen. Das finnische Beispiel zeigt, dass akademische Qualifikation gerade auch in der häuslichen Versorgung wichtig ist. Die Akademisierung der Pflege stärker voranzubringen wird in Deutschland seit vielen Jahren gefordert und sie gewinnt erst allmählich an Zugkraft (Bartholomeyczik 2002; Behrens et al. 2012; Ewers et al. 2012; SVR 2014; Wissenschaftsrat 2012). Dennoch ist es auch hierzulande an der Zeit, dass parallel Einsatzfelder für eine erweiterte Pflegepraxis geschaffen werden, um das Potenzial der akademisierten Pflege für die Versorgungspraxis zu erschließen und den Absolvent/inn/en attraktive und ihrer Kompetenz angemessene Beschäftigungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Schließlich bietet das Modell von dezentral-zentraler Arbeitsorganisation in einer Kommune/Region interessante Möglichkeiten. Gerade für ländliche, dünn besiedelte Regionen ist es sinnvoll, neben wohnortnahen Basisteams flankierend spezialisierte pflegerische Leistungen für die Sicherung häuslicher Pflegearrangements auf regionaler Ebene bereitzustellen, um bei krisenhaften Krankheitsphasen stabilisierend einzugreifen, die Basisteams zu entlasten und eine Krankenhauseinweisung oder die Übersiedlung ins Pflegeheim zu verhindern. Solche eigenständig organisierten, regional verankerten Teams könnten auch in Deutschland eine wichtige Ergänzung darstellen und vorhandene Versorgungslücken schließen.

Literatur

- Aaltonen, M./Forma, L./Rissanen, P./Raitanen, J./Jylhä, M. (2013): Effects of municipality factors on care transitions. In: *Scandinavian Journal of Public Health* 41 (6), 604-615
- AFLRA – Association of Finnish Local and Regional Authorities; Sutton, T. (2011). *Restructuring Local Government in Finland*. Verfügbar unter: <http://www.publicsectordigest.com/articles/view/843> [Stand: 2014-08-06]
- Bartholomeyczik, S. (2002): Zum Stand der Akademisierung der Pflegeausbildung in Deutschland. In: *Pflege* 15 (6): 281-283
- Behrens, J./Görres, S./Schaeffer, D./Bartholomeyczik, S./Stemmer, R. (2012): *Agenda Pflegeforschung für Deutschland*. Halle: Geschäftsstelle Agenda Pflegeforschung
- Colombo, F./Llena-Nozal, A./Mercier, J./Tjadens, F. (2011): *Help Wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. doi: [org/10.1787/9789264097759-en](https://doi.org/10.1787/9789264097759-en)
- Einiö, E.K. (2010): *Determinants of Institutional Care at Older Ages in Finland*. Finnish Yearbook of Population Research XLV 2010 Supplement. Helsinki: The Population Research Institute Finland & Finnish Demographic Society
- Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H./Huber, W./Sayn-Wittgenstein, F./Stemmer, R./Voigt-Radloff, S./Walkenhorst, U. (2012): *Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsge-rechte Gesundheitsversorgung in Deutschland*. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137, Suppl 2: 29-76
- FNBOE – Finnish National Board of Education (2011): *Vocational Qualification in Social and Health Care, Practical Nurse 2010*. Publications 2011: 21: o.O.: FNBOE. Verfügbar unter: http://www.oph.fi/download/140436_vocational_qualification_in_social_and_healthcare_2010.pdf [Stand: 2011-11-10]
- Genet, N./Boerma, W.G./Kringos, D.S./Bouman, A./Francke, A./Fagerström, C./Melchiorre, M.G./Greco, C./Devillé, W. (2011): *Home care in Europe: a systematic literature review*. In: *BMC Health Service Research* 11 (207), 1-14

- Genet, N./Kroneman, M./Chiatti, C./Gulacsi, L./Boerma, W. (2012): The policy perspective. In: Genet, N./Boerma, W./Kroneman, M./Hutchinson, A./Saltman, R.B. (Hrsg.): Home Care across Europe. Current structure and future challenges. Observatory Studies Series Nr. 27. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 25-54
- Gibson, M.J./Gregory, S.R./Pandya, S.M. (2003): Long-term care in developed nations: a brief overview Washington: AARP
- Haataja, K./Lindroos, S./Blomberg, L./Snellman, U./Remsu, M. (2003): Finland – Care Work with Older People. Helsinki: Helsinki City College of Social and Health Care/Helsinki City Health Department
- Häikiö, L./Anttonen, A. (2011): Local welfare governance structuring informal carers' dual position. In: International Journal of Sociology and Social Policy 31 (3/4), 185-196
- Hämel, K./Olbermann, E./Barth, C./Düllmann, D./Vogt, D. (2012): Altersgerechte Quartiersentwicklung und quartiersnahe Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger: Eine Bestandsaufnahme von Quartiersprojekten und Unterstützungsangeboten zur Quartiersentwicklung in NRW. Bielefeld und Dortmund
- Hämel, K./Schaeffer, D. (2014): Kommunale Gesundheitszentren in Finnland – Entwicklung und aktuelle Herausforderungen in der ländlichen Primärversorgung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 50, 11-29
- Hammar, T./Rissanen, P./Perälä, M.-L. (2008): Home-care clients' need for help, and use and cost of services. In: European Journal of Ageing 5 (2), 147-160
- Hammar, T./Finne-Soveri, H./Mikkola, H-M./Noro, A./Hujanen, T. (2010): Quality assurance and quality management in long-term care. Helsinki: National Report Finland
- Hutten, J.B.F. (1996): Home Care in Finland. In: Hutten, J.B.F./Kerkstra, A. (Hrsg.): Home Care in Europe. A country-specific guide to its organization and financing. Aldershot, England: Arena, 97-115
- Johanson, E. (2010): Long-Term Care in Finland. EEPRI Research Report Nr. 76. Verfügbar unter: <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27> [Stand: 2014-08-06]
- Karsio, O./Anttonen, A. (2013): Marketisation of eldercare in Finland: legal frames, outsourcing practices and the rapid growth of for-profit services. In: Meagher, G./Szebehely, M. (Hrsg.): Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences. Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm: US-AB, 85-125
- Kokko, S. (2009): Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. International Journal of Integrated Care, e86
- Kröger, T. (2011): Retuning the Nordic welfare municipality. Central regulation of social care under change in Finland. In: International Journal of Sociology and Social Policy 31 (3/4), 148-159
- Kröger, T./Leinonen, A. (2011): Home Care in Finland. In: Rostgaard, T./Glendinning, C./Gori, C./Kroger, T./Osterle, A./Szebehely, M./Thoebald, H./Timonen, V./Vabo, M. (Hrsg.): Living independently at Home: Reforms in home care in 9 European countries. SFI – Danish National Centre for Social Research. Copenhagen, 117-138
- Kröger, T./Leinonen, A. (2012): Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. In: Health and Social Care in the Community 20 (3), 319-327
- Laamanen, R./Broms, U./Happola, A./Brommels, M. (1999): Changes in the work and motivation of staff delivering home care services in Finland. In: Public Health Nursing 16 (1), 60-71
- MSAH – Ministry of Social Affairs and Health (2008): National Framework for High-Quality Services for Older People. Helsinki: MSAH
- Niskanen, J.J. (2002): Finnish care integrated? International Journal of Integrated Care 2 (1)
- Råholm, M.-B./Larsen Hedegaard, B./Löfmark, A./Slettebø, A. (2010): Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. In: Journal of Advanced Nursing 66 (9), 2126-2137
- Salonen, P./Haverinen, R. (2003): Providing integrated health and social care for older persons in Finland. Tampere and Helsinki. Verfügbar unter: http://www.euro.centre.org/procare/body_reports_natreps/procare_Finland_NR.pdf [Stand: 2014-08-06]
- Schaeffer, D. (2005): Case Management in der US-amerikanischen ambulanten Pflege: Arbeitsorganisatorische Konsequenzen. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2., ergänzte Auflage. Bern: Huber, 117-144

- Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M. (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 352-369
- Schaeffer, D./Ewers, M. (Hrsg.) (2002): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Hämel, K./Ewers, M. (2015): *Versorgungsmodelle für strukturschwache und ländliche Regionen. Erfahrungen aus Finnland und Kanada*. Weinheim: Juventa
- Spangenberg, L./Glaesmer, H./Brähler, E./Kersting, A./Strauß, B. (2013): Nachdenken über das Wohnen im Alter. Einflussfaktoren auf wohnbezogene Zukunftspläne und Wohnpräferenzen in einer repräsentativen Stichprobe ab 45-Jähriger. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (3), 251-259
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten*. Bern: Huber
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bonn: SVR
- THL – The National Institute for Health and Welfare (2013): *Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2012*. Tampere: Juvenes
- Triantafyllou, J./Naiditch, M./Repkova, K./Stiehr, K./Carretero, S./Emilsson, T./Di Santo, P./Bednarik, R./Brichtova, L./Ceruzzi, F./Cordero, L./Mastroiannakis, T./Ferrando, M./Mingot, K./Ritter, J./Vlanton, D. (2010): *Informal care in the long-term care system*. European Overview Paper. Athens/Vienna. Verfügbar unter: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_Overview_FINAL_04_11.pdf [Stand: 2012-06-19]
- Vaarama, M./Noro, A. (2006): *Care of older persons*. In: Koskinen, S./Aromaa, A./Huttunen, J./Teperi, J. (Hrsg.): *Health in Finland*. Helsinki: National Public Health Institute, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Ministry of Social Affairs and Health, 144-145
- Vabo, S.I./Burau, V. (2011): *Universalism and the local organisation of elderly care*. In: *International Journal of Sociology and Social Policy* 31 (3/4), 173-184
- Väyrynen, R./Kuronen, R. (2011): *Count of Regular Home-Care Clients on 30 November of 2010*. Statistical Report 22/2011. Official Statistics of Finland. THL
- Vuorenkoski, L. (2008): *Finland: Health System Review*. *Health Systems in Transition*, 10 (4)
- Wahlbeck, K./Manderbacka, K./Vuorenkoski, L./Kuusio, H./Luoma, M.-L./Widström, E. (2008): *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Country Report for Finland*. Helsinki: STAKES – National Research and Development Centre for Welfare and Health
- Waldhausen, A. (2013): *Pflege in der Krise? Leistungen der Langzeitpflege in Zeiten von Wirtschafts- und Finanzkrise in Europa*. Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa, Arbeitspapier Nr. 8. Frankfurt. Verfügbar unter: http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgpublications/AP_Entwicklg_Seniorenpolitik_FINAL.pdf [Stand: 2014-05-05]
- Wiles, J.L./Leibing, A./Guberman, N./Reeve, J./Allen, R.E.S. (2013): *The Meaning of "Ageing in Place" to Older People*. In: *The Gerontologist* 52 (3), 357-366
- Wissenschaftsrat (2012): *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Drs. 2411-12)*. Berlin: WR Eigenverlag

Prof. Dr. Kerstin Hämel

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

Janina Kutzner, MSc. Public Health

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, janina.kutzner@uni-bielefeld.de