

PROJEKT - BERICHT

PROJEKTTHEMA:
PFLEGEÜBERLEITUNG AM BKH-REUTTE
„VON DER LÜCKE ZUR BRÜCKE“

Projektstart: Herbst 2005, **Implementierung:** April 2006



VORWORT

Wir freuen uns, Ihnen diesen Endbericht über das Projekt „Von der Lücke zur Brücke“ – Pflegeüberleitung am BKH-Reutte vorlegen zu können.

Die Erstellung dieses Berichtes wurde durch eine Vielzahl an Mitarbeitern aus dem BKH-Reutte ermöglicht, die durch ihren Einsatz zu einem gelungenen Projekt beigetragen haben. Ein besonderer Dank gilt auch den Entscheidungsträgern im Tiroler Gesundheitsfonds, die dieses Projekt als förderungswürdig erachtet und in das Qualitätsförderungsprogramm aufgenommen haben.

Das Krankenhaus Reutte will mit diesem „Nahtstellen-Projekt“ den Forderungen zur Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit Rechnung tragen.

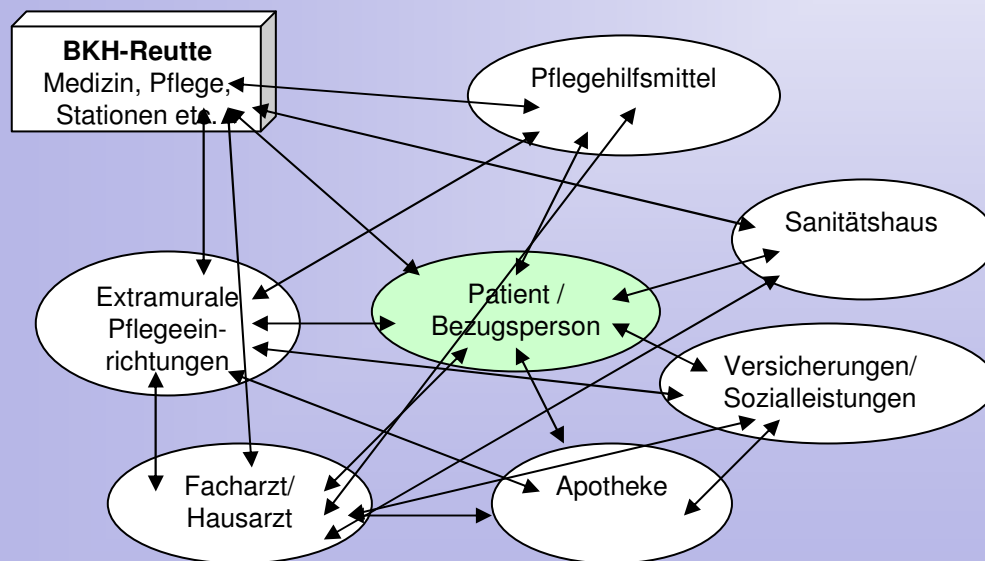
Weitere Fragen beantworten wir gerne auch direkt. Für einen Besuch stehen unsere Türen jederzeit offen.

1. AUSGANGSSITUATION /1

1.1 Problembereich Schnittstellen:

Fehlendes Bindeglied zwischen Krankenhaus und extramuralen Bereichen:

Bislang erfüllten Pflegekräfte des Krankenhauses und der extramuralen Pflegeeinrichtungen ihre Aufgaben weitgehend unabhängig voneinander. Wurden Patienten mit einem nachstationären pflegerischen Versorgungsbedarf aus dem Krankenhaus in den extramuralen Bereich entlassen, so erfolgte das ohne große Absprachen. Eine intensivere Zusammenarbeit wäre außerordentlich hilfreich, denn viele Informationen liegen bereits vor. Werden diese nicht weitergegeben, so müssen sie erneut erhoben werden und das kostet Zeit und Geld. „Gewirr“ von Kommunikations- und Beziehungskontakten:



Gesprächsergebnisse mit diesen Berufsgruppen/Personen bestätigen, dass für die Betroffenen diese Wege nicht wirklich überschaubar sind.

Der Patient/Klient wünscht sich rasch und unbürokratisch, seinen Bedürfnissen entsprechend, versorgt zu werden. Er möchte umfassend, und verständlich informiert werden und er wünscht sich eine Ansprechperson zu haben.

PROJEKTENDBERICHT „Pflegeüberleitung am BKH-Reutte“

Verfasst von: PDIR Stefanie Zobl, CCM DGKP Markus Berger 2006 - 2008

1. AUSGANGSSITUATION /2

1.2 Problembereich Zuständigkeiten - Informationszusammenführung:

Bei der Entlassung oder Verlegung eines Patienten in eine pflegerische Einrichtung sind **unterschiedliche Berufsgruppen** involviert.

Die Gruppe der Ärzte setzt den Entlassungszeitpunkt fest und gibt Informationen über den Patienten in einem Kurzarztbrief an den Hausarzt weiter. Die Physiotherapeuten sind für die Mobilisierung und Reaktivierung des Patienten zuständig. Das Pflegepersonal ist für den Pflegeentlassungsbericht verantwortlich und weist den behandelnden Arzt auf die Notwendigkeit von Hilfsmitteln hin, dieser füllt dann hierfür eine Verordnung oder ein Rezept aus. Jede dieser Berufsgruppen ist für ihren eigenen Bereich verantwortlich.

Oft fehlt es an entsprechendem aktuellem Wissen wie z.B. Pflegehilfsmittelverleih, Versorgungsleistungen, Angebote der Sozial- und Pflegeeinrichtungen etc., welches für professionelle Beratungs- und Informationsgespräche nötig wäre.

Der Patient erlebt seine Entlassung aus dem Krankenhaus oft als Behandlungs- und Versorgungsunterbrechung, die Begleitung durch das Krankenhauspersonal in sein neues Umfeld ist nicht gewährleistet. Diese wird andererseits auch nicht von der neuen Einrichtung geleistet (Patientenübernahme).

1.3 Problembereich Verkürzung der Verweildauer:

Viele dieser Menschen sind zwar nach medizinischen Kriterien nicht mehr krankenanstaltenbedürftig, jedoch bestehen unterschiedlich stark ausgeprägte **Defizite in der Selbstfürsorge** -> **Frühentlassungsproblematik** -> **Drehtüreffekt**

Ungeplante Entlassungen erfordern eine **kurzfristige Organisation**, welche von allen Beteiligten als **sehr belastend erlebt** wird. Die Einhaltung einer entsprechenden **Frist** für die Einleitung der extramuralen Dienste ist unter diesen Bedingungen sehr **schwierig zu erfüllen**.

2. ZIELVORGABE

2.1.

Steigerung der Entlassungs- und der poststationären Versorgungsqualität

2.2.

Reduktion von Reibungsverlusten an den Schnittstellen

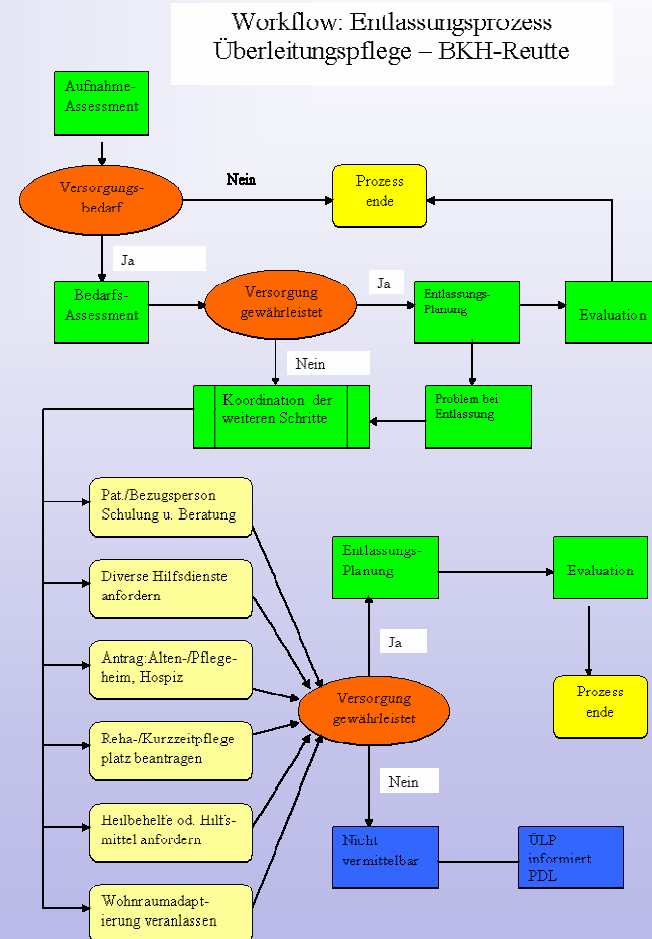
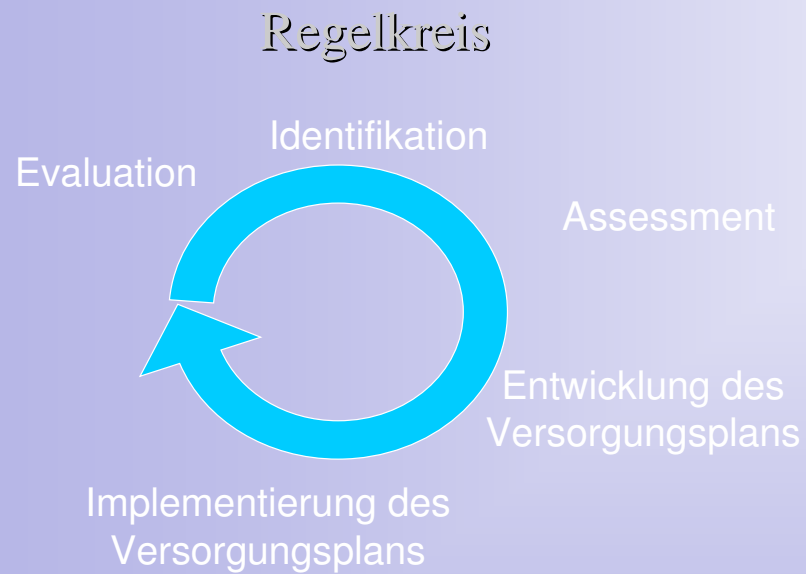
2.3.

„Größtmögliche“ Rückführung des Patienten in seine gewohnte Lebensform und in seine gewohnte Umgebung

3. ZIELERREICHUNG

- Entlassung erfolgt strukturiert, individuell, bedarfsgerecht und institutionsübergreifend
- Planungs- und Organisationsvorteil (Zeitressourcen) für die nachsorgenden Einrichtungen (Personen)
- Wiederaufnahmehäufigkeit ↓ - von Pat. welche über das CCM entlassen wurden, erfolgte bei ca. 5 % innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung eine Wiederaufnahme -> gesundheitliche Verschlechterungen lösten eine erneute stationäre Wiederaufnahme aus.
- Verkürzung der Aufenthaltsdauer, bei nicht mehr krankenhausesindizierten Aufenthalten
- durch Information, fachlicher und organisatorischer Begleitung -> ↓ Überforderung von pflegenden Angehörigen
- Schließung der Versorgungslücke -> Kontinuität in der Pflegequalität -> nahtloser Übergang
- Erhöhung der Zufriedenheit (intra- und extramurale Bereiche, Klienten, Angehörige) -> „partnerschaftliche“ Beziehungen

4. Methodik /1



4. Methodik /2

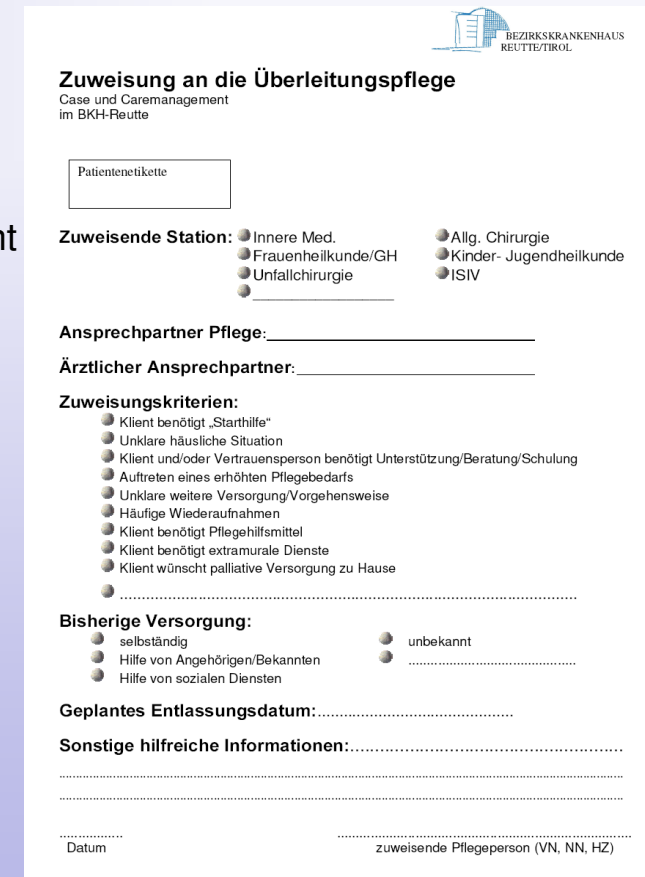
4.1. Identifikation


- Zuweisung

wenn bereits bei der stationären Aufnahme
bzw. während des Aufenthaltes ein Nachsorgebedarf besteht

- Kontaktaufnahme

erfolgt die Zuweisung an Die oder Do, so erfolgt die Kontaktaufnahme durch den CCM noch am Zuweisungstag, ansonsten innerhalb von 48 Std.
Das Assessment besteht aus einer eingehenden Pflege-, Wohnsituation- und Sozialanamnese mit Pflegediagnostik (sh. Anhang



 BEZIRKSKRANKENHAUS
REUTTE/TIROL

Zuweisung an die Überleitungspflege
Case und Caremanagement
im BKH-Reutte

Patientenetikette

Zuweisende Station: Innere Med. Allg. Chirurgie
 Frauenheilkunde/GH Kinder- Jugendheilkunde
 Unfallchirurgie ISIV

Ansprechpartner Pflege: _____

Ärztlicher Ansprechpartner: _____

Zuweisungskriterien:

- Klient benötigt „Starthilfe“
- Unklare häusliche Situation
- Klient und/oder Vertrauensperson benötigt Unterstützung/Beratung/Schulung
- Auftreten eines erhöhten Pflegebedarfs
- Unklare weitere Versorgung/Vorgehensweise
- Häufige Wiederaufnahmen
- Klient benötigt Pflegehilfsmittel
- Klient benötigt extramurale Dienste
- Klient wünscht palliative Versorgung zu Hause
-

Bisherige Versorgung:

- selbständig unbekannt
- Hilfe von Angehörigen/Bekanntem
- Hilfe von sozialen Diensten

Geplantes Entlassungsdatum:

Sonstige hilfreiche Informationen:

.....
Datum
zuweisende Pflegeperson (VN, NN, HZ)

4. Methodik /3

4.2. Assessment

Das Assessment besteht aus einer eingehenden **Pflege-, Wohnsituation- und Sozialanamnese** mit **Pflegediagnostik**

Pflegeanamnese Überleitungspflege

Patientenetikette:

Bezugsperson:
 Tel.:
 Hausarzt:
 SachwalterIn:
 Datum:

Aufnahme erfolgte aufgrund:

Soziale-Wohnsituation

alleinstehend Probleme Nein Ja Welche:

in gemeinsamen Haushalt lebend mit:

eigenes Haus Stufen Heizung

Wohnung Lift Badewanne

Zimmer Stockwerk..... Dusche

Ressourcenhebung Mdfzr Klass n. Johnes
 0= selbständig 1= großteils selbständig 2= teilweise selbständig 3= geringfügig selbständig 4= unselbständig

Haushaltsführung 0 1 2 3 4 Ressourcen:

Welche Tätigkeit muss übernommen werden?

Welche sozialen Dienste werden in Anspruch genommen?

Welche Auswirkung hat Ihre jetzige Situation auf Sie u. Ihrer Umgebung?

Welche Wünsche haben Sie bzgl. Betreuung u. Wohnen?

Für Sicherheit sorgen

Voll orientiert Desorientiert zeitlich örtlich situativ autopsychisch

Stimmungslage:

Sinneswahrnehmung verändert Nein Ja Welche:

Hilfsmittel/-dienste erforderlich Nein Ja Welche:

Verletzungsgefahr Nein Ja Welche:

Medikamente bereitstellen selbst Angehörige/HFK

Medikamente Einnahme selbst Angehörige/HFK

RR Ko. notwendig selbst Angehörige/HFK

BZ Ko. notwendig selbst Angehörige/HFK

Antikoaguliert:

Störung der Blutzirkulation Nein Ja Lokalisation:

Schmerzen Nein Ja

Wenn ja: Lokalisation: Intensität (Skala v. 1-10):

Seit Wann:

Auslösende Faktoren:

Verstärkende Faktoren:

Lindernde Faktoren:

Fähigkeit, Entscheidung zu treffen Ja Nein

Sonstige Angaben:

Sich bewegen

Ressourcenhebung Mdfzr Klass n. Johnes
 0= selbständig 1= großteils selbständig 2= teilweise selbständig 3= geringfügig selbständig 4= unselbständig

Fortbewegung zu Fuß (incl. Straßensteigen) 0 1 2 3 4 Ressourcen:

Bewegung im Bett (Aufsetzen, Hinlegen, Lagewechsel) 0 1 2 3 4 Ressourcen:

Transfer vom/ins Bett 0 1 2 3 4 Ressourcen:

Rollstuhlmobilität 0 1 2 3 4 Ressourcen:

Hilfsmittel:
 Sonstige Angaben:

00040 Gefahr eines Immobilitätssyndroms **00085 Beeinträchtigte körperl. Mobilität**

00088 Beeinträchtigte Gehfähigkeit **00089 Beeinträchtigte Rollstuhlmobilität**

00090 Beeinträchtigte Transferfähigkeit **00091 Beeinträchtigte Bettmobilität**

00154 Ruheloses Umhergehen

Ruhen und Schlafen

Probleme beim Schlafen Nein Ja Einschlafstörung Durchschlafstörung

Schlaffördernde Faktoren:

Schlafstörende Faktoren:

Lagerungshilfsmittel:

00095 Schlafstörung **00096 Schlafatzug**

Sich pflegen und kleiden

Ressourcenhebung Mdfzr Klass n. Johnes
 0= selbständig 1= großteils selbständig 2= teilweise selbständig 3= geringfügig selbständig 4= unselbständig

Körperpflege 0 1 2 3 4 Ressourcen:

Gewohnheiten:

Hilfsmittel: Nein Ja Welche:

Hautzustand:

Decubitus:

Intertrigo:

Ulcus:

Andere Hautveränderungen:

Kleiden 0 1 2 3 4 Ressourcen:

Gewohnheiten:

Hilfsmittel: Nein Ja Welche:

00108 Selbstpflege-defizit: Körperpflege **00109 Selbstpflege-defizit: Sich Kleiden/äußere Erscheinung**

00044 Gewebeschädigung **00046 Hautschädigung**

00047 Gefahr einer Hautschädigung

00052 Beeinträchtigte soziale Interaktion **00053 Soziale Isolation**

00054 Einsamkeit hohes Risiko **00055 Unwirksames Rollenverhalten**

00060 Unterbrochene Familienprozesse **00061 Rollenüberlastung pflegender Angehöriger/Laien**

00062 Gefahr einer Rollenüberlastung pflegender A/L **00074 Mangelhafte unterstützendes fam. Coping**

00098 Beeinträchtigte Haushaltsführung

PROJEKTENDBERICHT „Pflegeüberleitung am BKH-Reutte“

Verfasst von: PDIR Stefanie Zobl, CCM DGKP Markus Berger 2006 - 2008

4. Methodik /5

4.3. Entwicklung und Implementierung des Versorgungsplanes

- Festlegung der Dienstleistungen
- Organisation / Durchführung
- Direkte und fachbereichsübergreifende Kooperation und Koordination intern/extern und (Nahtstellen)

4. Methodik /6

Versorgungsplan

Soll	Heimtransport	Durchgeführt am:	von:	Soll	Entlassungsdokumente	Durchgeführt am:	von:
	Angehörige informieren				Pflegebegleitschreiben/Transferbericht		
	Transportschein				Arztbrief		
	Heimtransport	am:	mit:		Rezept		
					Info Blätter/Flyer		
					Kontrolltermin		
					Befunde		
					Röntgenbilder		
					Überweisung		
Soll	Schulung/Beratung	Durchgeführt am:	von:	Soll	Ausweise	Durchgeführt am:	von:
	P=PatientIn (ankreuzen wenn d. Pat. geschult od. beraten wurde)				Antikoagulantienausweis		
	B= Bezugsperson (ankreuzen wenn d. Bezugsperson geschult od. beraten wurde)				Chemopass		
	Diabetikerschulung P B				Allergieausweis		
	Stomaversorgung P B				Diabetikerausweis		
	Einmalkatheter P B				Implantatausweis		
	Umgang mit PEG Sonden P B						
	Umgang mit DK P B						
	s.c. Injektion P B						
	Bandagieren P B						
	Verbandswechsel P B						
	Mobilisation/Transfer P B						
	Diätberatung P B						
	Pflegeberatungsgespräch P B						
	Physiotherapeut. Übungen P B						
	Umgang mit O ₂ P B						
Soll	Verordnung für Hilfsmittel	Durchgeführt am:	von:	Soll	Weitere Pflege zu Hause	Durchgeführt am:	von:
	Krankenbett				Hauskrankenpflege		
	Antidekubitusmatraze				Familienhilfe		
	Rollstuhl				Rufhilfe		
	Gehilfen				Haushaltshilfe		
	Toilettenstuhl				Essen auf Räder		
	Stomaversorgung				Psycho-Soziale Hilfe		
	Inkontinenzversorgung				SozialarbeiterIn		
	Badewannenbehelfe						
	Kompressionsverb. /-strumpf						
	Erst-BH mit Prothese						
Soll	Anträge	Durchgeführt am:	von:	Soll	Anträge	Durchgeführt am:	von:
	Pflegegeldantrag				Pflegegeldantrag		
	Alten- Pflegeheimantrag				Alten- Pflegeheimantrag		
	Kurzzeitpflegeantrag				Kurzzeitpflegeantrag		
	Rehaantrag				Rehaantrag		

PROJEKTENDBERICHT „Pflegeüberleitung am BKH-Reutte“

Verfasst von: PDIR Stefanie Zobl, CCM DGKP Markus Berger 2006 - 2008

4. Methodik /8

4.4. Monitoring und Re- Assessment

- Erhebung von Veränderungen (seit dem Assessment)
 - Sicherstellung / Kontrolle
- Ist z.B. ein Angehöriger, trotz vorheriger Einschätzung, akut mit der Pflege überfordert oder steht er vor einem für ihn unlösbaren Pflegeproblem, wird der Angehörige erneut angeleitet sowie eine Verlaufsbesprechung und die weitere Nachbetreuung erörtert.

4. Methodik /9

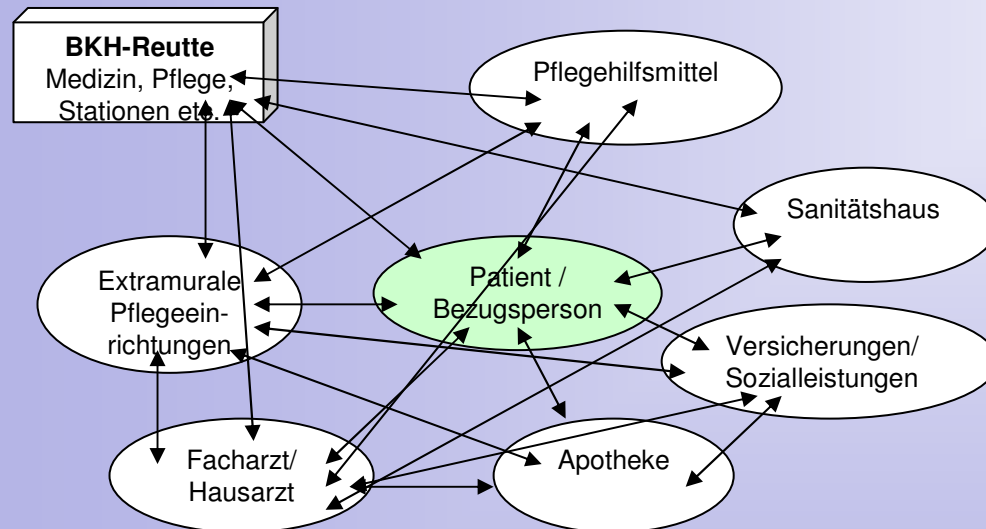
4.4. Evaluation

- Kontaktaufnahme (innerhalb von 5 Tagen) nach Entlassung (mit Klient, Bezugsperson, weiterführende Pflegeeinrichtung)
- Organisation / Durchführung
- Direkte und fachbereichsübergreifende Kooperation und Koordination intern/extern und (Nahtstellen)

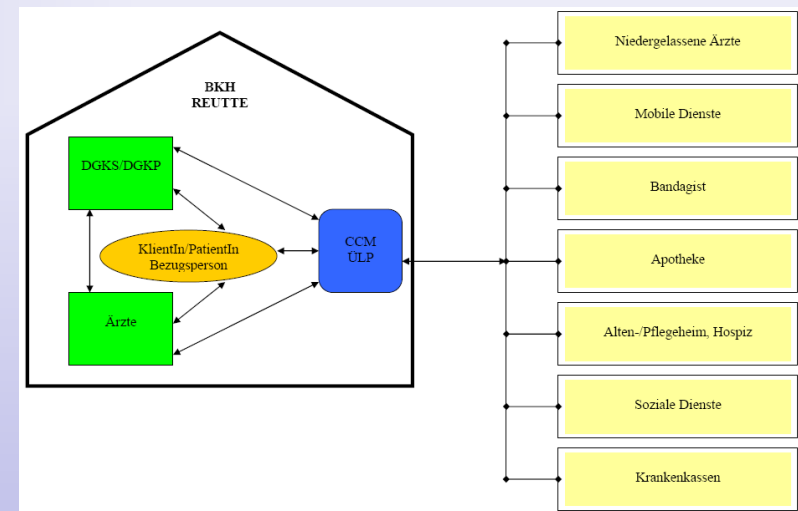
5. Ergebnisse /1

5.1. Gegenüberstellung Schnittstellen

vor Implementierung CCM



nach Implementierung CCM



5. Ergebnisse /2

5.2. Fokus: Klient/Angehörige/Bezugspersonen

- Kompetente Information und Vermittlung von Versorgungsmöglichkeiten
- Eine Ansprechperson für die Entlassungsplanung (Ausschaltung von „Spießrutenläufe“ für Angehörige)
- Individuelles Versorgungspaket -> Defizit- und Ressourcenorientiert
- Minimierung von Ängsten und Ungewissheit über nachstationäre Versorgung
- Betreuungs- und Versorgungslücken ↓
- Lebensqualität wird erhöht (Reduktion von Zusatzbelastungen für Angehörige)
- gemeinsame Planung/Abstimmung des Entlassungszeitpunktes
- Reduktion von „ungewollten“ Heimeinweisungen
- Verringerung der Wiederaufnahmefrequenz

5. Ergebnisse /3

5.2. Fokus -> extramule Dienstleister

- **Zeitressourcen** für Vorausplanung
- gemeinsame Planung/Abstimmung des Entlassungszeitpunktes (keine „Sturzentlassungen“ – Überforderung ↓)
- **Hilfsmittel** bereits organisiert und „**vor Ort**“
- **Informationstransfer** ist gesichert
- Kompetente **Ansprechsperson** bei Rückfragen

5. Ergebnisse /4

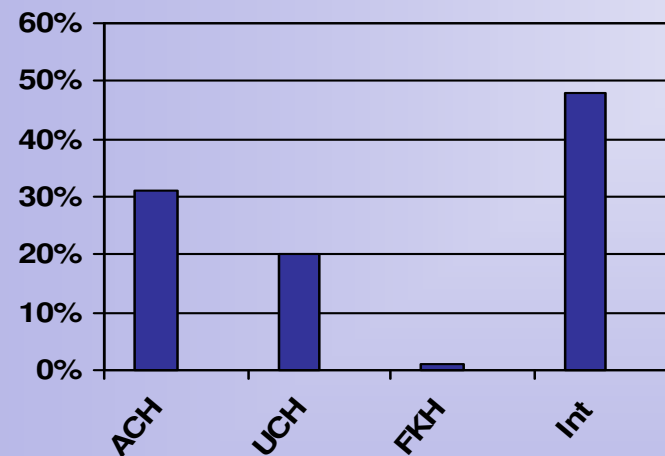
5.3. Fokus: Krankenhaus

- **Verringerung der Wiederaufnahmefrequenz** (Drehtüreffekt ↓)
- **Verkürzung der Verweildauer** bei pflegeindizierten stationären Aufenthalten
- **Entlastung der Stationsmitarbeiter** -> freie Ressourcen für Kernkompetenzen (Medizin und Pflege)
- **gebündelter Informationstransfer** in beide Richtungen (intern <-> extern)
- **Förderung der Zusammenarbeit** mit den Nahtstellen(einrichtungen) -> Abbau konkurrenzierender Sichtweisen
- **Image- und Qualitätsverbesserung**

5. Ergebnisse /5

5.4. Ergebnisse in Zahlen aus 2007

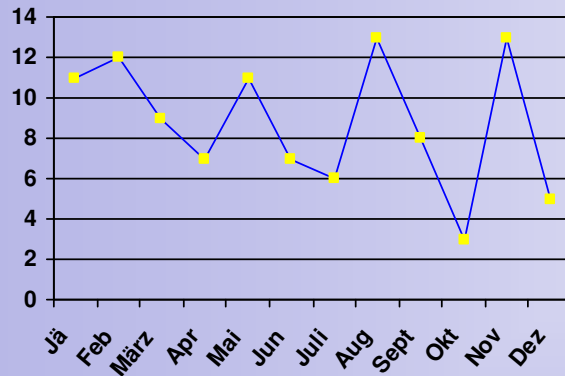
- Im Jahr 2007 erbrachte das CCM für 105 Patienten (= 1% der Entlassungen) Leistungen
- Fachliche Verteilung der Inanspruchnahme



5. Ergebnisse /6

5.4. Ergebnisse in Zahlen aus 2007

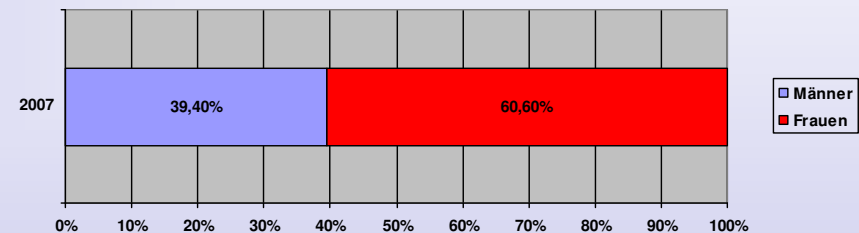
- **Monatliche Verteilung der Inanspruchnahme**



- **Wiederaufnahme <=7Tage**
= 5% der CCM-Entlassungen

Verweildauermittelwert vor der Wiederaufnahme = 13,5 Tage

- **Geschlechtsspezifische Verteilung**



- **Aufenthaltsdauer**
Mittelwert: 14 Tage
Min: 2 Tage
Max: 82 Tage

5. Ergebnisse /7

5.4. Ergebnisse in Zahlen aus 2007

- **Verwendete Pflegediagnosen nach NANDA Tax. 2:**

Gesundheitsförderung:

00098 *beeinträchtigte Haushaltsführung*

00099 *unwirksames Gesundheitsverhalten*

Ernährung:

00028 *Gefahr eines Flüssigkeitsdefizit*

Ausscheidung:

00014 *Stuhlinkontinenz*

00016 *beeinträchtigte Urinausscheidung*

00021 *Urininkontinenz*

Aktivität/Ruhe:

00091 *beeinträchtigte Bettmobilität*

00088 *beeinträchtigte Gehfähigkeit*

00102 *Selbstversorgungsdefizit Essen*

00108 *Selbstversorgungsdefizit Körperpflege*

00109 *Selbstversorgungsdefizit äußere*

Erscheinung

00110 *Selbstversorgungsdefizit*

Toilettenbenutzung

Perzeption/Kognition:

00051 *beeinträchtigte verbale Kommunikation*

00127 *Orientierungsstörung*

00129 *chronische Verwirrtheit*

Selbstwahrnehmung:

00054 *Vereinsamungsgefahr*

Rolle/Beziehungen:

00061 *Rollenüberlastung pflegender Angehöriger*

00062 *Gefahr einer Rollenüberlastung pflegender Angehöriger*

Coping/Stresstoleranz:

00146 *Angst*

Sicherheit/Schutz:

00046 *Hautschädigung*

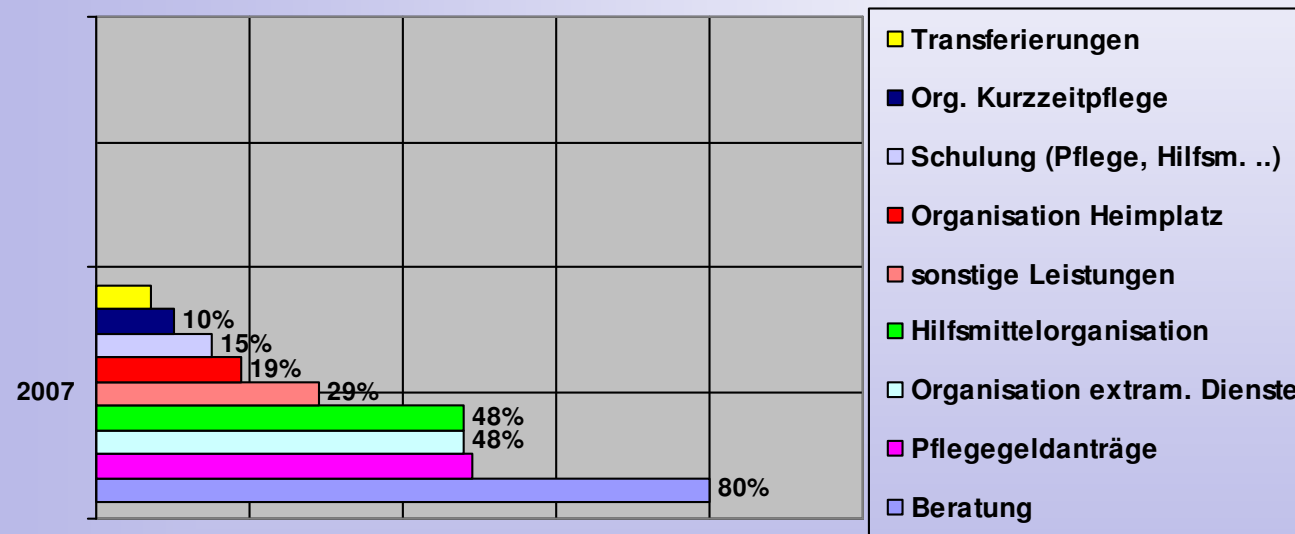
00047 *Gefahr einer Hautschädigung*

00155 *Sturzgefahr*

5. Ergebnisse /8

5.4. Ergebnisse in Zahlen aus 2007

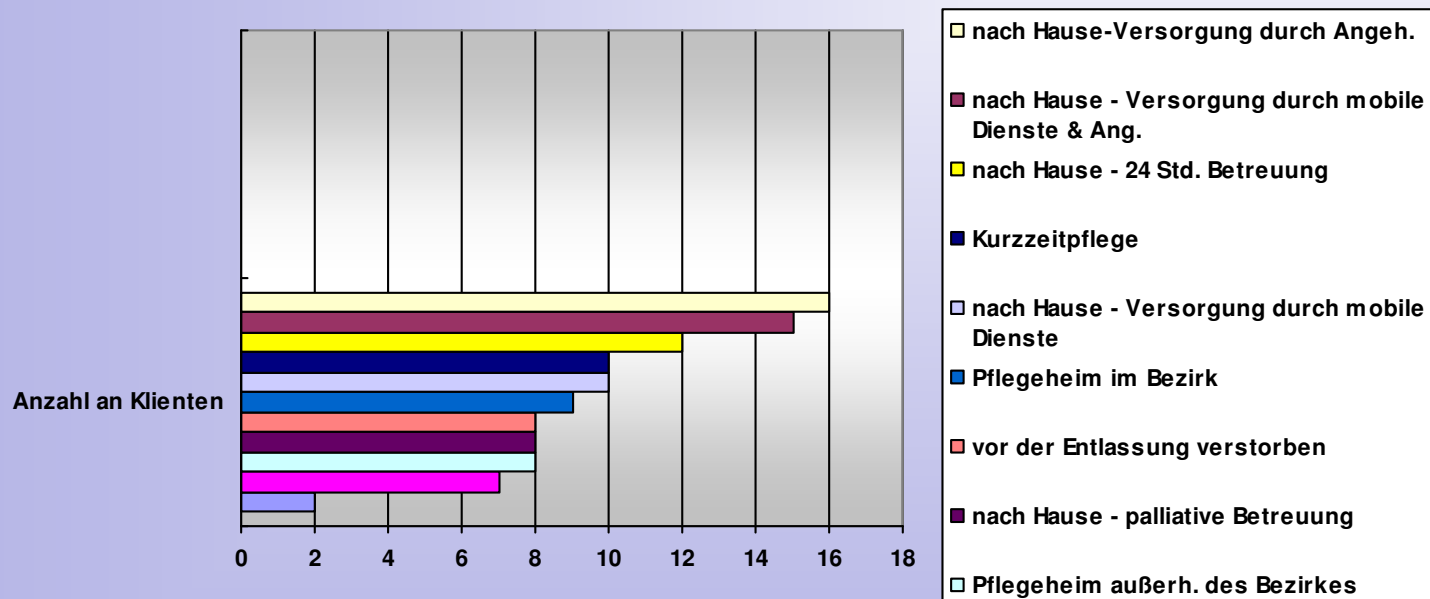
- Erbrachte Leistungen



5. Ergebnisse /9

5.4. Ergebnisse in Zahlen aus 2007

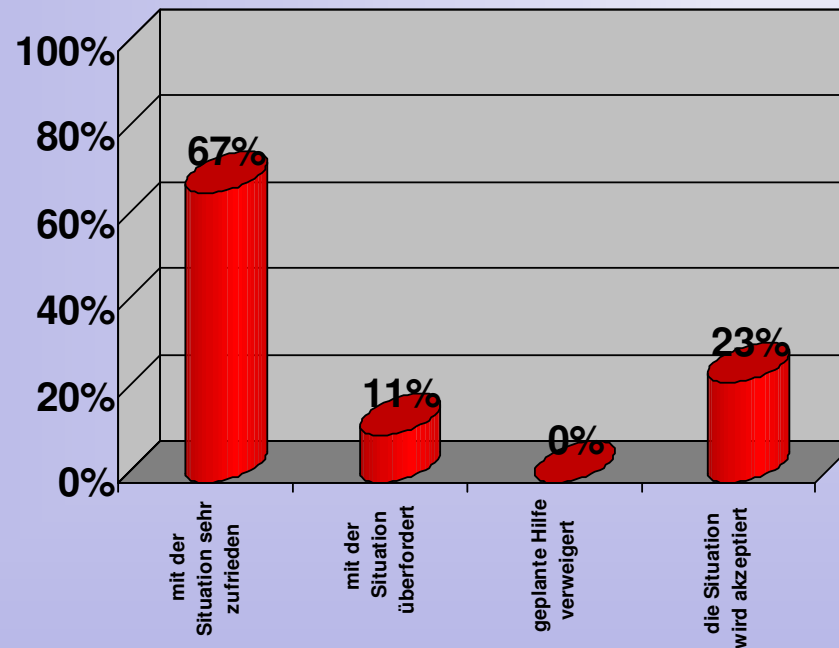
- Poststationäre Versorgung



5. Ergebnisse /10

5.4. Ergebnisse in Zahlen aus 2007

- Ergebnisse der telefonischen Zufriedenheitsbefragung (Angehörige/Bezugspersonen) nach der Entlassung



PROJEKTENDBERICHT „Pflegeüberleitung am BKH-Reutte“

Verfasst von: PDIR Stefanie Zobl, CCM DGKP Markus
Berger 2006 - 2008

6. Finanzieller und personeller Ressourceneinsatz

Qualitätsförderungsprogramm des TGF 2005

Krankenhaus: A.ö. BKH-Reutte

Projektbezeichnung: „Von der Lücke zur Brücke“

Pflegeüberleitung am Bezirkskrankenhaus Reutte

Kontaktperson: Stefanie Zobl - Pflegedirektorin

Aufwendungen	
<u>Intern:</u>	
Personal	
Diplompflege	
<input type="checkbox"/> Ausbildung zum CCM	
<input type="checkbox"/> Dienstfreistellung für die Ausbildung	
<input type="checkbox"/> Projektgruppensitzungen	
<input type="checkbox"/> Schulungs- und Informationsmaßnahmen -> bereichsbezogen intern und extern mit den Nahtstellenvertretern	
<input type="checkbox"/> Teilzeitstelle	
Schreibkraft	
Reisespesen (Weiterbildung CCM)	
Summe interne Aufwendungen	