

Entlassungsmanagement im therapeutischem Team aus Sicht der Pflege

Krankenhaus

St. Joseph–Stift Bremen

Eine Einrichtung der
St. Franziskus-Stiftung Münster

Luis Gomez

Altenpfleger

Pflegetherapeut Wunde ICW

Inhalt



1. Die Einrichtung

2. Zielformulierung

3. Durchführung

4. Aussicht

1. Die Einrichtung

Die Einrichtung

Name KH St. Joseph-Stift GmbH in Bremen

Bettenanzahl 486

Kliniken Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Augenheilkunde, HNO, Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Geriatrie, Klinik für Naturheilverfahren

Fachpraxen Computertomographie und Nuklearmedizin, Zahnarzt, Dermatologie, Urologie, Orthopädie etc.

Zertifizierungen KTQ und pCC, Brustzentrum nach ISO 9000, Geriatrie verfügt über EQ Zertifikat

Die geriatrische Abteilung

Bettenanzahl

76

Tagesklinik

40 Plätze

Patienten

ca. 2500/Jahr

Verweildauer

im Durchschnitt 21 Tage

Spektrum

Geriatric, Innere Medizin, Rheumatologie, Osteologie,
Palliativmedizin

2. Zielformulierung

Zielformulierung

- Jeder Patient mit einem poststationären Pflege-, Rehabilitations- und Unterstützungsbedarf erhält ein patientenorientiertes, individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.
- Der Patient fühlt sich sicher übergeleitet und erleidet keinen Abbruch der Versorgungsqualität.

3. Durchführung

Phase 1 (innerhalb 24 Std.)

Informationssammlung:

- Einweisungs-, Haupt- und Nebendiagnosen
- Krankengeschichte
- Untersuchungsergebnisse
- Informationen von anderen Teammitgliedern (Pflege, Arzt, Therapeut, Sozialdienst)
- Pflegeberichte der bisher pflegenden Institution

Phase 1

Multidisziplinärer Assessmentbogen/Überleitungsanamnese:

- Soziales Umfeld (Familie, Lebenspartner, Freunde)
- Betreuungssituation
- Wohnungssituation (Eigentum, Miete, Etage, Treppen, Lift, Bad)
- Hilfen im Haushalt (Haushaltshilfe, Einkaufen, Kochen, Putzen)
- medizinische Betreuung (Hausarzt)
- therapeutische Betreuung (KG, Ergo, Logopädie, Massagen)
- vorhandene Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel (Pflegebett, Rollstuhl, Rollator, Notrufsystem usw.)
- bisherige Pflegebedürftigkeit bei den LA´s
- unterstützende Dienste (Essen auf Rädern, Fahrdienste)

Phase 1

Sonstige Assessments:

- Barthel-Index, Braden-Skala, BMI, QS-Dekubitus
- Pflegebedarf / interdisziplinäre Fallbesprechung 1x/Woche
- Therapeutische und medizinische Assessments
 - Mini-Mental-Status
 - Geldzählen
 - Timed-“up-&-go – Test
 - Tinetti – Test
 - GDS (Geriatrische Depressions-Skala)
 - Sozialdienstliche Anamnese (Koordinationspartner ect.)

Phase 1



Ergebnis:

- Eine aktuelle Anamnese über die bisherige Pflege- und Lebenssituation sowie die Erwartungen und den Willen des Patienten und seiner Angehörigen liegt vor.

Phase 2 (im Verlauf)

Bedarfsermittlung im therapeutischem Team:

- Pflegebedarf in Bezug auf die LA's?
- Ambulanter Pflegedienst, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Altenheim?
- Betreuungssituation?
- Veränderung der bisherigen Wohnungssituation?
- Medizinische oder therapeutische Betreuung?
- Hilfen im Haushalt?
- Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel?
- Finanzierung der Pflege?
- Zusätzliche unterstützende Dienste zuhause?
- Seelsorgerische Unterstützung?

Phase 2 (im Verlauf)

Überleitungsberatung und Entlassungsplanung:

- 1x / Woche Fallbesprechung im therapeutischen Team
- Beratungsgespräche des Sozialdienstes (Patienten / Angehörigen) zur Planung einer möglichen Finanzierung der gewünschten nachstationären pflegerischen Betreuungsform
- Beratung, Schulung, Anleitung von Patienten und Angehörigen durch Pflege und Therapeuten

Ziel:

Möglichst konkrete Lösungen in Bezug auf den veränderten Pflegebedarf des Patienten entwickeln und entscheiden.

Phase 2

Ergebnis:

- Eine aktuelle, individuelle und systematische Einschätzung des zu erwartenden poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.
- Patient und Angehörige haben eine bedarfsgerechte Schulung und Beratung erhalten, um veränderte Versorgungs- und Pfleegerfordernisse bewältigen zu können.

Phase 3 (im Verlauf)

Entlassungs- und Vermittlungsorganisation:

- Sozialdienst
 - Vermittlung von ambulanten Pflegediensten, Alten-/pflegeheimen, stationären und ambulanten Hospizen, Tagespflegestätten, betreutes Wohnen, Kurzzeitpflege
 - Vermittlung von unterstützenden Diensten (Essen auf Rädern, Mobile soziale Dienste)
 - Anträge zur Pflegeversicherung stellen (Veränderung, Einstufung, Verschlimmerung)
 - Mitteilung an den MDK und die Pflegekasse über sich abzeichnende Pflegebedürftigkeit
 - Verordnung von häuslicher Krankenpflege veranlassen
 - Information der unterstützenden Dienste

Phase 3 (im Verlauf)

Entlassungs- und Vermittlungsorganisation:

- Therapeuten
 - Verordnung der Hilfsmittel vor der Entlassung organisieren
 - Vorbereitung des häuslichen Umfeldes veranlassen
 - Vermittlung von ambulanten Therapien
 - Abschlussbefund

Phase 3 (im Verlauf)

Entlassungs- und Vermittlungsorganisation:

- Arzt
 - Entlassungsziel und –zeitpunkt in Absprache mit dem Patienten, seinen Angehörigen und dem therapeutischen Team festlegen
 - Verordnung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel
 - Verordnung von häuslicher Krankenpflege
 - Information des Hausarztes
 - Ärztlicher Entlassungsbrief

Phase 3 (im Verlauf)

Entlassungs- und Vermittlungsorganisation:

- Pflege
 - Anträge auf Heimunterbringung ausfüllen
 - Verordnung der Pflegehilfsmittel vor der Entlassung organisieren
 - Information des Patienten/Angehörigen über Entlassungstermin
 - Gespräche zu Arzt, Therapeut, Sozialdienst vermitteln
 - Transport/Abholung klären
 - 2 Tage vor Entlassung elektronische vorläufige Pflegeüberleitung an Mitarbeitern der weiterbetreuenden Einrichtung faxen und eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen anbieten

Phase 3 (im Verlauf)

Überprüfung der Vorbereitungen 24 Stunden vor der Entlassung:

- Gespräch mit Patienten und seinen Angehörigen
- Transport?
- Hilfsmittel?
- Verbandmaterialien?
- Medikamente?
- Entlassungspapiere?
- Sonstiges?

Phase 3 (bei Entlassung)

Am Entlassungstag:

- Klare Absprachen
- Ruhe und Zeit
- Unterstützung anbieten
- Aushändigen der Entlassungspapiere
 - Ärztlicher Entlassungsbrief, Ausweise, Röntgenbilder, aktualisierter Pflegeüberleitungsbogen, Transportschein
 - Fragebogen für weiterversorgende Einrichtung über Qualität der Entlassung

Ziel:

Ein verantwortungsvolles gutes „Auf den Weg begleiten“ bis zur letzten Minute.

Phase 3 (nach Entlassung)

Dokumentation und Evaluation:

- Abschlussdokumentation vervollständigen
- Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen, Pflegediensten und Einrichtungen auswerten
- Auswertung der eigenen Tätigkeiten
- Was muss verbessert werden?
- Verbesserungen einleiten

Phase 3



Ergebnis:

- Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen sind der Entlassungstermin sowie der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf abgestimmt.
- Die Entlassung ist bedarfsgerecht vorbereitet.
- Der Patient fühlt sich sicher übergeleitet und erleidet keinen Abruch der Versorgungsqualität.

4. Aussicht

Aussicht

Multidisziplinärer Überleitungsbogen (MDÜ) Sommer 2009:

- Elektronischer Überleitungsbogen
 - Pflege
 - Therapeutischen Befunde
 - Sozialdienst
 - Arzt

Info:

Der Überleitungsbogen wird während des stationären Aufenthaltes vervollständigt und endet mit den Abschlussbefunden der Therapeuten und des Sozialdienstes.

**Vielen Dank
für Ihr Interesse!**

Luis Gomez
Altenpfleger
Pflegetherapeut Wunde ICW