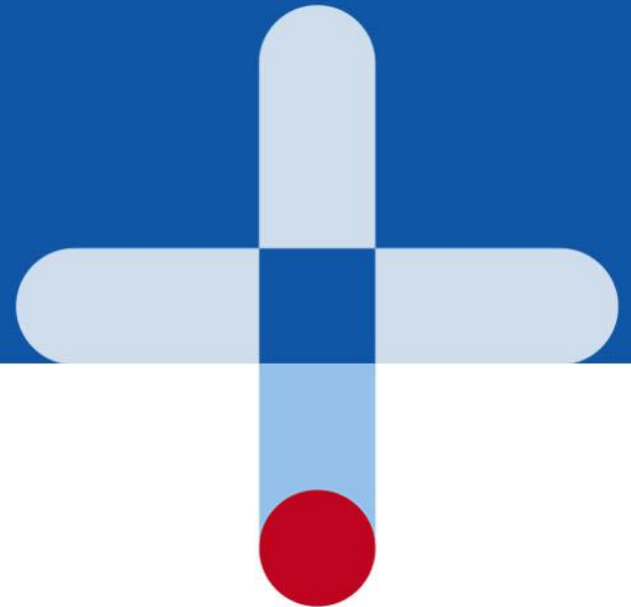


Projekt Entlassungsmanagement

Hartmann Pflegepreis 2017

Christiane Schmitt
Pflegerische Gesamtleitung Medizinische Abtlg. III
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier
Nordallee1
54290 Trier
Tel. 0651-208-983052
Email c.schmitt@bk-trier.de



**Krankenhaus der
Barmherzigen Brüder Trier**

Projekt Entlassungsmanagement

- Krankenhaus der Schwerpunktversorgung
- Abteilung Innere Medizin III
 - Erkrankungen des Herzkreislaufsystems
(interventionelle Kardiologie sowie Elektrophysiologie)
 - Erkrankungen der Lunge
Thoraxchirurgie und Pneumologie mit Schlaflabor
- 94 Planbetten davon sind
 - 25 Pneumologie/Thoraxchirurgie
 - 5 Schlaflabor
 - 64 Kardiologie/ Rhythmologie



Projekt Entlassungsmanagement

Motivation und Auslöser

Ergebnisse aus der Patientenbefragung durch das Institut Picker:

1. Wenn Sie Ängste oder Befürchtungen wegen Ihres Zustandes oder wegen Ihrer Behandlung hatten, haben die Pflegekräfte diese mit Ihnen u.o. Angehörigen besprochen?
2. Wurde Ihnen erklärt auf welche Gefahrensymptome Sie zu Hause im Hinblick auf Ihre Krankheit/ Ihren operativen Eingriff achten sollten und wurde mit Ihnen besprochen, wann Sie Ihre gewohnten Aktivitäten wieder aufnehmen können?
3. Fühlten Sie sich bei der Entlassung insgesamt gut durch das Krankenhaus unterstützt?



Projekt Entlassungsmanagement

Gesamtergebnis der Patientenbefragung vom Institut Picker aus 111.835 Patientenbefragungen an 197 Krankenhäusern

- Für die Zufriedenheit der Patienten ist das Verhältnis zu den betreuenden Pflegekräften und Ärzten maßgeblich!
- Kommunikation, Empathie, Respekt und Information sind für sie um ein Vielfaches wichtiger als das Essen oder die Zimmeratmosphäre.
- Die größten Probleme sehen die Patienten bei der Vorbereitung auf die Entlassung und in der Einbeziehung der Familie.



Projekt Entlassungsmanagement

Motivation und Auslöser für die Pflegekräfte:

- Patientenbefragungsergebnisse
- Spürbare Unzufriedenheit von Patienten über
- Ad-hoc Entlassungen und die daraus resultierenden Probleme wie z.B. Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung, fehlende ausreichende Anleitung/ Schulung sowie fehlende Hilfsmittel
- Für das Pflorgeteam war und ist es ein großes Anliegen, diese unbefriedigende Situation aktiv anzugehen und dem Patienten einen sicheren, angstfreien und nahtlosen Übergang in das häusliche Umfeld zu ermöglichen



Projekt Entlassungsmanagement

Konzept / Idee

- Projektdesignerstellung und Formulierung von Zielen aus Sicht der Patienten
 - das sich unsere Patienten, „ auf der zwischenmenschlichen Ebene“, bestmöglich angenommen und aufgehoben fühlen. („ trotz der knappen zeitlichen und personellen Ressourcen)
 - Bessere und zeitnahe Information für Patient und Bezugspersonen
 - Stärkung der Eigenverantwortung □ Patient als Partner



Projekt Entlassungsmanagement

Konzept / Idee

- Projektdesignerstellung und Formulierung von **Zielen aus Sicht der Mitarbeiter**
 - Steigerung der Zufriedenheit und Sicherheit mit evidenzbasierten Informationen
 - Professionalisierung des eigenen Berufsstandes zu fördern
 - Förderung und Steigerung der Handlungssicherheit für die Mitarbeiter (z.B. durch Schulung, kollegiale Beratung und Fallbesprechungen)



Projekt Entlassungsmanagement

Konzept / Idee

- Projektdesignerstellung und Formulierung von **Zielen aus Sicht der Organisation**
 - Imagesteigerung
 - Öffentlichkeitswirksam
 - Patientenbindung
 - Verminderung/ Vermeidung Drehtüreffekt



Projekt Entlassungsmanagement

- Bilden einer Projektgruppe
- Ideensammlung
 - Entlassung optimieren ,*WIE*' ?
 - Was können wir in Bezug auf die Beratung unter dem Aspekt tun?

„Was kann der Patient selbst zu seiner Genesung beitragen“



Projekt Entlassungsmanagement

Aus dem Blitzlicht entstanden folgende Maßnahmen

1. Die **Entwicklung und Implementierung** eines strukturierten **Aufnahmekonzepts/-Gespräches** adaptiert an Pflegeanamnese nach Orem
2. Die **Entwicklung und Implementierung** eines Leitfadens für das pflegerischen **Entlassungsgespräch**
3. Die **Implementierung** einer strukturierten, täglichen **Übergabe** zwischen **Medizin und Pflege**
4. Eine **evidenzbasierte Beratung** entsprechend der Erkrankung
5. Die **Entwicklung eines Schulungskonzeptes** bezüglich Struktur, Beratung und empathischer Kommunikation



Projekt Entlassungsmanagement

- Maßnahmen erfolgreich implementiert im Zeitraum November 2016-Mai 2017
- Anpassung der Dokumente auf Veränderungswünsche und Bedarfe
- Schulung neuer Mitarbeiter
- Thema Entlassungsmanagement ist als fortlaufender Prozess zu betrachten



(Patientenaufkleber)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Patientenselbstauskunft zum Aufnahmezustand

Ihre eigene Telefonnummer: _____

Beruf: _____

Familienstand: led. verh. get. lebend gesch. verw. verpartnert

Hausarzt: _____

Kardiologe/Pneumologe: _____

Konfession: _____

Nächster Angehöriger / Ansprechpartner

Name	Art (Ehepartner, etc.)	Telefonnummer

Ja	Nein	Organisatorisches/ Ärztliche Bescheinigungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benötigen Sie ein Kennwort zwecks telefonischer Auskunft an Angehörige? Nur wer dieses Kennwort nennt bekommt Auskunft von uns über Ihren Gesundheitszustand
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Wertsachen bei sich?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benötigen Sie eine Arbeitsfähigkeitsbescheinigung?

Soziale/Häusliche Situation

<input type="checkbox"/> lebe alleine	<input type="checkbox"/> lebe im Alten- und Seniorenzentrum
<input type="checkbox"/> bei Familie wohnend	<input type="checkbox"/> Versorgung durch Pflegedienst im häuslichen Umfeld
<input type="checkbox"/> Pflegegrad ist beantragt	<input type="checkbox"/> Pflegegrad ist bereits vorhanden Grad bitte angeben: _____

Ja	Nein	Besteht/Haben Sie...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eine gesetzliche Betreuung?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eine Patientenverfügung, Betreuungsverfügung oder Vorsorgevollmacht?

→ Wenn ja, bitte bringen Sie die Originale mit und legen Sie sie uns vor

Letzter Krankenhausaufenthalt

Ja	Nein	Hatten Sie einen...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 12 Monate?

→ wenn ja, wann und wo: _____

Besonderheiten

Ja	Nein	Bestehen/Haben/Nehmen Sie eine (n)...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien → wenn ja, welche _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus / "Zuckerkrankheit" → wenn ja, <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Diät
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher oder Defibrillator

Ja	Nein	Bestehen/Haben/Nehmen Sie eine (n)...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutverdünnende/ Gerinnungshemmende Medikamente, wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> Lixiana
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaukom „Grüner Star“
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direkter (beruflicher) Kontakt zu Tieren oder Tiermast

Vitalzeichen

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Letzter Stuhlgang: _____ (Datum)

Atmung

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Atembeschwerden (Bsp. Atemnot)? <input type="checkbox"/> in Ruhe oder <input type="checkbox"/> bei Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Oder haben Sie schon mal geraucht? → Wenn ja, wie viele Zigaretten, Zigarren, Pfeifen/Tag _____ Seit wann rauchen Sie nicht mehr? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nutzen Sie zuhause ein Sauerstoffgerät? → wenn ja, wieviel Liter/h: _____

Ernährung und Flüssigkeit

Ihre Ernährung/Kostform Zuhause:

Vollkost Leichte Vollkost Diabetiker

Vegan Vegetarier kein Schweinefleisch

Es bestehen Lebensmittell allergien/Intoleranzen (Bsp. Lactose/Gluten) _____

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konsumieren Sie Alkohol?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie trockener Alkoholiker?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In den letzten Wochen habe ich weniger Appetit!
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten? → wenn ja, wieviel? _____ kg?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme? → wenn ja, wieviel? _____ kg?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benötigen Sie Hilfe bei der Nahrungszubereitung oder -aufnahme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tragen Sie einen Zahnersatz? → wenn ja <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten

Ausscheidung

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlieren Sie ungewollt Urin?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Erkrankungen der Niere? → wenn ja, dialysepflichtig/Blutwäsche? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Aktivität und Ruhe

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benötigen Sie Hilfe beim Aufstehen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benötigen Sie Hilfe beim Gehen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nutzen Sie Zuhause Hilfsmittel bei der Mobilisation? → wenn ja: Welche Hilfsmittel benutzen Sie? <input type="checkbox"/> Rollator, mitgebracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Gehstock, mitgebracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rollstuhl, mitgebracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Prothesen, mitgebracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



(Patientenaufkleber)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____



Pflegerisches Entlassungsgespräch „Kardiologie“

Datum:		<input type="checkbox"/> Gespräch mit Pat. nicht möglich <input type="checkbox"/> Angehörige telefonisch informiert
Anwesende:		PFK:

Organisatorisches	erledigt	nicht nötig	Hdz. PFK
Pflegeüberleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Info Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transport organisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamente für den nächsten Tag mitgegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bescheinigung für die Krankenhaustagegeldvers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Häusliche Versorgung: *Sozialstation *Wundversorgung *O2-Versorgung *SBB	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die häusliche Versorgung geregelt?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt der Pat. und seine Bezugsperson sich sicher in Bezug auf die häusliche Versorgung?	
Ja	Nein
Zusammenfassend:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlassungsmanagement ist abgeschlossen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht Beratungsbedarf? → wenn ja, wozu?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Gefahrensymptome im Hinblick auf die Erkrankung/Operation	
<input type="checkbox"/> KHK/Herzinsuffizienz	Trinkmenge, Gewicht
<input type="checkbox"/> Infarkt	Wundheilung Leiste, Schmerzen Brustkorb
<input type="checkbox"/> SM-Implantation	Wundheilung, Armbewegungen, Infektionszeichen
<input type="checkbox"/> TAVI/Mitralclips	Wundheilung Leiste, Infektionszeichen
<input type="checkbox"/> Schmerzen	Medikamente, Hochlagerung, Aufsuchen ZfN
Ja	Nein
Zusammenfassend:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß der Pat. auf welche Gefahrensymptome er achten sollte?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß der Patient was er bei auftretenden Schmerzen tun kann?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist / fühlt der Patient sich ausreichend informiert?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ein Beratungsgespräch erfolgt?	

Medikamente		
Ja	Nein	Kein Bedarf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß der Pat. wie er die Medikamente zuhause zu nehmen hat?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt der Pat. sich sicher im Umgang mit den Medikamenten?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden neu verordnete Medikamente erklärt?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis Umgang mit Opioiden und Schmerzmitteln!		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleitung subkutane Injektion erfolgt? Flyer?!		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleitung in der Handhabung von Dosieraerosolen erfolgt? Flyer?!		

Beratung	
<ul style="list-style-type: none"> • Körperpflege, ausreichende Mundhygiene, angemessene Kleidung, BH-Bügel • Essen, Trinken, Alkohol, Induktionsherd • Bewegung, Sport, Sauna, sexuelle Aktivität • Berufsleben, Heben • Autofahren, Reisen, Fliegen • Infektionsprophylaxe, Mitnahme Behandlungspass (SM/Stent) 	

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß der Pat. wie er sich im Rahmen seiner Erkrankung/OP zu verhalten hat?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind dem Pat. die Atemübungen bekannt?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Physiotherapie erfolgt?	

Ja	Nein	Administratives
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde dem Pat. der Entlassungstermin am Vortag mitgeteilt?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinweis auf das Dokument „Sagen Sie uns Ihre Meinung“?		

Printmedien für die Beratung	
KHK	<input type="checkbox"/> Qäzq „Koronare Herzkrankheit- was ist das?“ <input type="checkbox"/> Qäzq „Koronare Herzkrankheit- Verhalten im Notfall!“
VHF	<input type="checkbox"/> QBKT „Leben mit Gerinnungshemmern“
Infarkt	<input type="checkbox"/> QDeutsche Herzstiftung „Herzinfarkt- und danach?“
ACVB/AKE/MKE	<input type="checkbox"/> QBKT „Herz- und Thoraxchirurgie-Patienteninformation“ <input type="checkbox"/> QBKT „Atemübungen vor und nach einer Herzoperation“
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Qäzq „Herzschwäche- Was für Sie wichtig ist“ <input type="checkbox"/> QBKT „Mein Herztagebuch“
TAVI/Mitralclips	<input type="checkbox"/> QDeutsche Herzstiftung „Herzklappenerkrankungen-Symptome-Diagnose-Therapie“ <input type="checkbox"/> QBKT „Atemübungen vor und nach einer Herzoperation“
Allgemeines	<input type="checkbox"/> QBKT „Leben mit Gerinnungshemmern“ <input type="checkbox"/> QBKT „Informationen und regeln zur Selbstblutdruckmessung“ <input type="checkbox"/> QHaus der Gesundheit „Flyer Herzsportgruppe“
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen wie oben notiert ausgegeben	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Fachliteratur oder Plz hingewiesen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsgespräch durchgeführt	

Offene Fragen: _____

Folgende Wünsche hätte ich noch gehabt: _____

Kontaktadresse/Visitenkarte ausgehändigt

(Hdz. Pflegefachkraft)

(Unterschrift Patient)



(Patientenaufkleber)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Pflegerisches Entlassungsgespräch „Kardiologie“

Datum:		<input type="checkbox"/> Gespräch mit Pat. nicht möglich Grund:
		<input type="checkbox"/> Angehörige telefonisch informiert
anwesende Angehörige		PFK, die das Gespräch führt

Organisatorisches				
Noch zu erledigen		erledigt	Nicht nötig	Hdz. PFK
<input type="checkbox"/>	Pflegeüberleitung			
<input type="checkbox"/>	Info Pflegeheim/ Sozialstation			
<input type="checkbox"/>	Transport organisiert			
<input type="checkbox"/>	Medikamente für den nächsten Tag mitgegeben			
<input type="checkbox"/>	Bescheinigung für die Krhs.-Tagegeldversicherung			
<input type="checkbox"/>	AU ausgestellt?			
<input type="checkbox"/>	„Braunüle“ gezogen			
<input type="checkbox"/>	Pat. darauf hingewiesen das Zimmer zeitig zu räumen			

Zusammenfassend:	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Entlassungsmanagement ist abgeschlossen	

Häusliche Versorgung: *Sozialstation *Wundversorgung *O2-Versorgung *SBB	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die häusliche Versorgung sichergestellt?	

Gefahrensymptome im Hinblick auf die Erkrankung/Operation	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß der Pat. auf welche Gefahrensymptome er achten sollte?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß der Pat. was er bei auftretenden Schmerzen tun kann?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ein Beratungsgespräch erfolgt?	

Medikamente		
Ja	Nein	Kein Bedarf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Pat. über den Umgang mit seinen Medikamenten informiert?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis zum Umgang mit Opioiden und Schmerzmitteln!		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleitung subkutane Injektion erfolgt? Flyer?!		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleitung in der Handhabung von Dosieraerosolen erfolgt? Flyer?!		

Beratung	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß der Pat. wie er sich im Rahmen seiner Erkrankung/OP zu verhalten hat?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Pat. wurde in Bezug zu seiner Erkrankung beraten	

Printmedien für die Beratung	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Printmedien-Informationen ausgegeben	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Fachliteratur oder PIZ hingewiesen	

Ja	Nein	Administratives
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde dem Pat. der Entlassungstermin am Vortag mitgeteilt?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinweis auf das Dokument „Sagen Sie uns Ihre Meinung“?

Offene Fragen / Wünsche des Patienten:

Kontaktadresse/Visitenkarte ausgehändigt

(Unterschrift gesprächsführende PFK)

(Unterschrift Patient)

Dauer des Gespräches inclusive Vor- und Nachbereitung: 30 Minuten

Sonstige Bemerkungen seitens der gesprächsführenden PFK:





Jetzt würde ich mich sehr über
Fragen freuen!
Vielen Dank



**Krankenhaus der
Barmherzigen Brüder Trier**