

**Deutschsprachige Krankenpflegevereinigung
in Belgien VoG**
Hillstraße 5
B – 4700 EUPEN
Tel. 087/554888
Fax. 087/556150
e-mail: info@kpvdb.be

**Q+: ein Qualitätsprojekt der KPVDB
für die Krankenhäuser der DG:
Abschlussbericht**

März 2009

*Melanie Thiess
KPVDB VoG/Q+-Projektleiterin*

INHALT

EINLEITUNG.....	3
AUSGANGSSITUATION.....	3
PROJEKT Q+.....	3
I. Strukturierte Autonomieprogramme (STAP) in Anlehnung an den PA-MKD (RIM2) 4	
1. Hintergrund.....	4
2. Geplante Vorgehensweise	4
3. Resultate	4
4. Fazit und Ausblick	5
II. Fokussierte Pflegeberichterstattung (FPB).....	5
1. Hintergrund.....	5
2. Geplante Vorgehensweise	6
3. Resultate	6
4. Fazit und Ausblick	9
III. Demenzkonzept (DeKo)	10
1. Hintergrund.....	10
2. Geplante Vorgehensweise	10
3. Resultate	11
4. Fazit und Ausblick	12
IV. Stillkonzept.....	12
1. Hintergrund.....	13
2. Geplante Vorgehensweise	13
3. Resultate	13
4. Fazit und Ausblick	14
SCHLUSSFOLGERUNG.....	15
I. Strukturierte Autonomieprogramme (STAP)/PA-MKD	16
II. Fokussierte Pflegeberichterstattung (FPB).....	17
III. Stillen.....	18
IV. Demenz: Umgang mit Dementen im Krankenhaus:.....	19

- Anhang 1: Strategieplan
- Anhang 2: STAP Enterostoma (St. Vith)
- Anhang 3: STAP Diabetes (Eupen)
- Anhang 4: Begriffsbestimmung
- Anhang 5: FPB-Blatt
- Anhang 6: ?

EINLEITUNG

Kaum war das Projekt PATIS abgeschlossen, begann im September 2006 ein neues: „Qualität plus“ (kurz Q+).

Q+ (Qualität +) ist ein Projekt der KPVDB zur externen Unterstützung und zur Förderung der Pflegequalität im St. Nikolaus-Hospital Eupen und in der Klinik St. Josef St. Vith.

Das Projekt war auf eine begrenzte Zeit von 2 ½ Jahren geplant (September 2006 – Dezember 2008) und beschäftigte eine Halbtagskraft bei der KPVDB, die vor allem für die Koordination zuständig ist.

Die Finanzierung wurde größtenteils durch die Deutschsprachige Gemeinschaft und teilweise durch die Krankenhäuser Eupen und St.Vith gesichert.

Projektpartner waren die beiden Krankenhäuser, das Ministerium der DG (Abteilung Beschäftigung, Gesundheit und Soziales) und die KPVDB. Diese Einrichtungen bildeten auch den Begleitausschuss von Q+, der sich fünfmal traf um die Entwicklung von Q+ zu verfolgen.

AUSGANGSSITUATION

Aus den Erfahrungen des 5 jährigen PATIS-Projektes konnten die Partner feststellen, dass die systematische Förderung von Qualität bestimmte Voraussetzungen benötigt:

- Der Auftrag der Qualitätsförderung sollte bei einer Person zentralisiert und von dieser koordiniert werden.
- Das aufgebaute Netzwerk wurde von allen Partnern als sehr positiv bewertet und stellte einen bedeutenden Mehrwert für die Einrichtungen dar.
- Durch die zentrale Ansiedlung der Projektkoordination bei der KPVDB konnten die Informationen zum richtigen Zeitpunkt an den richtigen Ort weiter fließen und dadurch Erfahrungen ausgetauscht, Doppelarbeit vermieden und Kooperationen stimuliert werden.

Aus diesen Feststellungen ist der Wunsch entstanden, ein weiteres übergreifendes Qualitätsförderungsprojekt zu initiieren und somit den Weg für eine externe Unterstützung seitens der KPVDB zur Verbesserung und Förderung der Pflegequalität in den Krankenhäusern zu ebnen. Q+ war geboren.

PROJEKT Q+

Das Projekt Q+ setzte sich aus mehreren Bestandteilen zusammen, die allesamt zur Entwicklung der Pflegequalität beitragen.

Die Schwerpunktbereiche waren:

- Strukturierte Autonomieprogramme (STAP) in Bezug auf den PA-MKD
- Fokussierte Pflegeberichterstattung (FPB)
- Konzept Dementenbetreuung
- Andere Qualitätsprojekte z.B. Stillkonzept

Die Auswahl dieser prioritären Themen basierte u.a. auf den neuen Vorgaben der föderalen Entscheidungsinstanzen, die für die Krankenhäuser eine große Herausforderung darstellen.

Die Ziele, Methoden und Zeitpläne wurden zu Beginn des Projektes in einem **Strategieplan** (siehe Anhang 1) festgelegt.

In den folgenden Seiten möchten wir näher auf die Bestandteile, die Maßnahmen und die Resultate dieser Schwerpunkthemen eingehen.

I. STRUKTURIERTE AUTONOMIEPROGRAMME (STAP) IN ANLEHNUNG AN DEN PA-MKD (RIM2)

1. Hintergrund

Der RIM2, der in 2007 in den Einrichtungen eingeführt wurde, erforderte als Bedingung der Registrierung der Items das Vorhandensein einer Reihe von Pflegedokumentation (Pflegepläne und –prozeduren, Parameter- und Medikamentenblatt, ...).

Die Dimension „Förderung der Autonomie des Patienten“ nimmt im RIM2 ebenfalls eine größere Bedeutung ein als im bisherigen RIM (Faktor 11: „Erziehung zur Selbstständigkeit“).

In diesem Sinne sollten – neben den grundpflegerischen Aktivitäten – auch für diese pädagogischen Pflegeaufgaben Unterlagen erstellt werden. Es handelt sich um „strukturierte Autonomieprogramme“ (kurz „STAP“), die als Pflegepläne zur Schulung des Patienten angesehen werden können. In gewisser Weise stellt dieses Konzept eine Vertiefung der Patienteninformation zur geplanten Patientenedukation (Schulung, Beratung, Anleitung) dar. Hierbei konnten die während des PATIS-Projektes ausgearbeiteten didaktischen Materialien (Broschüren, Plakate, ...) genutzt und integriert werden.

Q+ hat bei der Erstellung dieser STAPs und deren Anwendung im Pflegealltag Hilfestellung geleistet.

2. Geplante Vorgehensweise

In Zusammenarbeit mit den RIM-Verantwortlichen und den Pflegedienstleitern der beiden Krankenhäuser werden in einer ersten Phase die Bestandteile des RIM2 auf die Notwendigkeit von STAPs überprüft.

Ein zweiter Schritt ist die Erstellung einer Prioritätenliste (Relevanz, Häufigkeit, Praxis, ...), aus der dann die Themen – im Sinne einer besseren Effizienz – unter den beiden Einrichtungen aufgeteilt werden.

Ähnlich wie bei PATIS werden diese Projekte dann in Themen bezogenen Arbeitsgruppen oder in der AG-PATIS (in Eupen) behandelt, wobei auf vorhandenes Material evt. auch aus anderen Einrichtungen zurückgegriffen werden sollte.

Jedes dieser Autonomieprogramme wird auf den Stationen eingeführt. Dies bedarf dann auch punktueller Weiterbildungen und Begleitung bei der Anwendung der STAPs.

3. Resultate

Enterostoma

Eine kleine hausübergreifende Arbeitsgruppe hat mit dem Thema Enterostoma begonnen. Die drei DienstleiterInnen der betroffenen Stationen haben sich mehrere Male getroffen um die Alltagshandlungen aufs Papier zu bringen. In diesem Rahmen wurden auch noch mal die Pflegeaktivitäten reflektiert und überprüft. Die in St. Vith vorhandene Broschüre wurde aktualisiert und ins Französische übersetzt.

Die Einführung auf den betroffenen Stationen wurde in Eigenregie der DienstleiterInnen übernommen.

In Eupen wurde das STAP beim Pflegeforum im Oktober 2007 neben einer Auffrischung der Fachkenntnisse im Bereich der Stomapflege präsentiert und die Anwendung erklärt.

In St. Vith wurde das Projekt bei zwei Stationsversammlungen vorgestellt und erläutert. Seit Juli 2007 arbeiten die betroffenen Dienste mit diesem Instrument. Das STAP Enterostoma (als Beispiel aus St. Vith) befindet sich im Anhang 2.

Diabetes

Seit Herbst 2007 wurde auch an dem STAP für Diabetespatienten gearbeitet. Da die Ausgangssituation in den beiden Krankenhäusern sehr verschieden ist (Eupen hat eine konventionierte Diabetesberatung, St. Vith nicht) wurde dieses Thema getrennt behandelt.

In Eupen wurde das STAP Diabetes (siehe Anhang 3) zusammen mit der Diabetesberatung ausgearbeitet und die Anwendung mit der Abteilung Innere 2 abgestimmt. Das Endprodukt wurde bei einer Stationsversammlung vorgestellt und seither gut genutzt. Die Kooperation zwischen diesen beiden Diensten verläuft sehr gut, sodass die Nutzung auch auf andere Stationen ausgeweitet werden soll.

Die Begleitung der Diabetespatienten ist im Krankenhaus St. Vith kaum geregelt und organisiert. Das STAP wurde zuerst mit einer Pflegerin, die an der Weiterbildung „Relaispflegerin in Diabetologie“ teilgenommen hatte, danach mit der Dienstleiterin der Inneren Abteilung vorbereitet und aufgesetzt. Die Planung der Umsetzung erwies sich als schwieriger, da das STAP Aktivitäten definiert, die im Alltag nur teilweise praktiziert werden. Das STAP alleine reicht somit nicht aus um ein neues Betreuungskonzept zu entwickeln, es kann jedoch einen Anstoß dazu geben. Mehrere Überlegungen gingen in diese Richtung: Zusammenarbeit mit den Ärzten, mit den Firmen (zur Verfügung gestelltes Material?), mit der Pflegedienstleitung, Durch das Q+-Projektende und die längere Abwesenheit der Dienstleiterin der Inneren Abteilung konnte dieses Thema nicht beendet werden.

4. Fazit und Ausblick

Die gemachten Erfahrungen zeigen, dass die Ausarbeitung der STAPs eine intensive Reflexion der Pflegepraxis erfordert und auch in der Umsetzung zusätzliche Schritte und eine enge Begleitung notwendig sind. So sollten diese STAPs nicht nur wegen des PA-MKD genutzt werden, sondern vor allem um den Patienten eine qualitativ hochwertige Information, Schulung, Anleitung zu gewährleisten. Dies entspricht jedoch häufig nicht der Realität auf dem Terrain. Die Vorgehensweise nach PA-MKD und nicht nach den realen Bedürfnissen der Stationen hat die Umsetzung der STAPs eventuell erschwert.

Aus einer Liste von vorhandenen Projektideen und STAPentwürfen (die u.a. bei einer Weiterbildung in Lüttich erworben wurden) haben die Dienstleiter die vorrangigen Themen ausgewählt: in St. Vith sind das: Inkontinenz, Obstipation, Mangelernährung, Mundpflege, Dekubitus, ... In Eupen: Turbohaler, Medikamenteneinnahme, Herzinfarkt und Bluthochdruck.

Leider konnten diese Themen im Rahmen des Projektes Q+ aus Zeitmangel nicht bearbeitet werden. Einige Unterlagen wurden vorbereitet und den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

Die Projektträger sind sich einig, dass die Patientenschulung und –information weiterhin ein zentrales Thema bleiben muss (Konventionen, verringerte Verweildauer, Autonomie des Patienten, ...). Leider stellt dieses jedoch aufgrund anderer ministerieller Forderungen momentan keine dringende Priorität dar.

II. FOKUSSIERTE PFLEGEBERICHTERSTATTUNG (FPB)

1. Hintergrund

Die Notwendigkeit der Patientenakte als Dokumentations- und Kommunikationsinstrument innerhalb eines Betreuungsteams ist unumstritten. Die Informationsweitergabe ist von

größter Bedeutung für die Pflegenden, um die Pflegekontinuität und somit die -qualität zu sichern.

Die fokussierte Pflegeberichterstattung ist eine strukturierte Form der schriftlichen Informationsweitergabe in Standardsituationen (Aufnahme, OP-Rückkehr, ...) und für den alltäglichen Verlaufsbericht. Die Beobachtungen werden anhand von Fokussen definiert, die durch Daten detaillierter beschrieben werden. Die durchgeführten Aktionen und erreichten Resultate werden klar notiert. Diese Strukturierung entspricht den Etappen der Pflegeplanung und begünstigt somit die Pflegeprozessplanung.

2. Geplante Vorgehensweise

In den beiden Krankenhäusern werden jeweils 2 Pilotstationen mit je 2 verantwortlichen PflegerInnen auserwählt. Eine Arbeitsgruppe wird sich bilden, die aus folgenden Personen besteht: die PflegedienstleiterInnen, die Referenzpflegerin, von den Pilotstationen die Stationsleiterinnen und die verantwortlichen PflegerInnen, Vertreter der AHS und die Q+-Projektkoordinatorin.

Diese Personen werden an einer 2-tägigen Weiterbildung teilnehmen, die von erfahrenen Lehrkräften aus einer Brüsseler Krankenpflegeschule geleitet wird.

Der nächste Schritt wird die Anpassung der Pflegeakte sein, d.h. das herkömmliche „Berichtblatt“ wird durch ein neues, strukturiertes ersetzt. Dann wird das Personal der Pilotstationen mit Hilfe interner Schulungen (von der AG erteilt) mit der Methode der fokussierten Pflegeberichterstattung vertraut gemacht.

Nach erfolgreicher Anwendung auf den Pilotstationen wird die Informationstechnik nach und nach auf die anderen Dienste ausgeweitet, sodass schlussendlich alle den gleichen Übergabestil anwenden.

3. Resultate

Weiterbildung für die Projektträger

Im November 2006 fand in Eupen eine 2tägige Weiterbildung in der Autonomen Hochschule – Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflegewissenschaften (AHS-GKW) statt. An dieser Fortbildung nahmen vorrangig die Lehrpersonen der AHS-GKW teil, es konnten aber auch jeweils zwei Plätze für die beiden Krankenhäuser reserviert werden. Als Referentin fungierte Frau Marie-Jeanne Tychon. Sie arbeitet als Lehrkraft in einer Krankenpflegehochschule in Brüssel und wurde von der ACN beauftragt, die Weiterbildungen in FPB in der Wallonie zu erteilen.

Der erste Tag begann mit der Präsentation des theoretischen Rahmens und der Struktur einer FPB. Es folgten genauere Erklärungen zu den einzelnen Bestandteilen: Fokus, Daten, Aktion, Resultat, Makrofokus. Danach wurde auch rasch mit der konkreten Anwendung begonnen. Anhand mehrerer Übungen konnten die Teilnehmer erlernen, die Bedeutung und die unterschiedliche Formulierung der Elemente zu erkennen. So wurde z.B. ein ausgefülltes FPB-Blatt analysiert und die nötigen Verbesserungsvorschläge gemacht.

Am zweiten Tag wurde eine Patientenakte aus einem hiesigen Krankenhaus bearbeitet. Die Teilnehmer sollten den herkömmlichen Verlaufsbericht in die strukturierte Form der FPB umschreiben, was sich für Manche als nicht so ganz einfach erwies. Frau Tychon wies darauf hin, dass Übung und Erfahrung sehr wichtig seien, um die Methode der FPB sinnvoll und effektiv zu nutzen.

Da die FPB sehr häufig auf andere Instrumente der Pflegedokumentation und- planung hinweist, fielen während der zwei Tage auch immer wieder Begriffe, die es zu definieren galt. So erklärte Frau Tychon, was sich hinter einem „plan de soins guide“, einem „plan de soins standard“, einem „diagramme de soins“, ... verbirgt.

Lenkungsgruppe

Im Strategieplan von Q+ war die Gründung einer AG FPB auf Ebene der DG vorgesehen. Diese Gruppe, die sich aus Personal vom Terrain der beiden KH zusammensetzen sollte, besteht in dieser Form nicht. Die beiden Krankenhäuser waren der Meinung, dass die Reflexion und der Austausch von und für die Basis Haus intern stattfinden sollen.

Stattdessen hat sich nach der einführenden Weiterbildung eine „Lenkungsgruppe“ gebildet (PDL, Referenzpflegerinnen, Autonome Hochschule (AHS) und Q+), die die Begleitung der Einführung der FPB sichern soll. Die Verantwortlichen haben sich auf die zweieinhalb Jahre 7 Mal getroffen und befassten sich mit der Standortbestimmung der Einrichtungen, mit der strategischen Planung (z.B. Weiterbildung) und mit konzeptueller Arbeit (z.B. Begriffsbestimmung, Evaluation der Anwendung, ...).

Begriffsbestimmung

Bereits während der beiden Tage im November wuchs bei allen Beteiligten das Bedürfnis eine einheitliche Sprache zu nutzen.

Anfangs wurden die Begriffe „gezielte“ oder „zielgerichtete Pflegeberichterstattung“ benutzt. Häufig wurde im alltäglichen Umgang auch noch immer der französische Begriff „transmissions ciblées“ angewandt.

Um in Zukunft jedoch Missverständnisse zu vermeiden, wurde nach der Weiterbildung eine Arbeitsgruppe gegründet, die aus Vertretern der o.e. Einrichtungen besteht: die Lenkungsgruppe. Beim ersten Treffen im Dezember 2006 wurden zuerst einmal alle wichtigen Begriffe aufgelistet und grob definiert. So merkte man schnell, dass der eine oder andere Begriff dasselbe bedeutete. Es galt auch, sich unter „Akademikern“ und „Praktikern“ einig zu werden, welcher Begriff denn nun der Auserwählte ist. Manche Begriffe sind auch gesetzlich definiert, wie z.B. die „Pflegeterapie“ oder die „permanente ärztliche Verordnung“.

Bei einem zweiten Treffen im Januar 2007 wurden dann noch mehrere Begriffe abgeändert, auch Frau Tychon konnte uns bei den offen gebliebenen Fragen behilflich sein. Dem Wunsch nach einer schematischen Darstellung der Verknüpfungen der Begriffe konnte auch nachgekommen werden.

Diese Liste der Begriffsbestimmung ist wahrscheinlich nicht vollständig und sicherlich auch verbesserungswürdig. Sie kann aber als Leitfaden für die KrankenpflegerInnen dienen, damit diese sich auch in der zunehmenden Anzahl Dokumente besser zurechtfinden (Farbcode).

Im Herbst 2007 wurde diese Liste zur Begriffsbestimmung abgeschlossen und dem Terminologieausschuss der Übersetzungszentrale in Malmedy übermittelt. Wir hoffen, dass diese Begriffe bei der Übersetzung von Gesetzestexten und anderen offiziellen Dokumenten berücksichtigt werden, um somit Verwirrungen zu vermeiden. Diese Liste und das dazu gehörige Schema befindet sich in Anhang 4.

Dokumentation

Da die FPB eine strukturierte Informationswiedergabe darstellt, musste auch das Blatt für den Verlaufsbericht in der Patientenakte angepasst werden. Um auch hier eine einheitliche Form zu erlangen, wurde ein Prototyp mit den unerlässlichen Bestandteilen aufgesetzt (siehe Anhang 5). Neben Datum, Uhrzeit und Handzeichen muss auch eine Kolonne für die Bezeichnung des Fokus bzw. Makrofokus vorgesehen sein. Den größten Teil nimmt dann die Beschreibung der Reflexion, des Denkprozesses der Pflegekraft ein. Dabei sind drei Rubriken untereinander zu notieren: Daten (Informationen, die den Fokus erklären, untermalen), Aktionen (was wurde unternommen?), Resultate (was wurde erreicht? was hat die Aktion bewirkt?).

Zur besseren Identifizierung wird in jedem Dienst auch eine Liste mit den Namen aller MitarbeiterInnen und deren Handzeichen zu finden sein. Für Studenten, Springer und Interimskräfte gilt: mit dem vollständigen Namen und der Funktion unterzeichnen.

Pilotstationen

Wie im Strategieplan festgelegt, fingen in beiden Krankenhäusern jeweils 2 Pilotstationen mit der FPB an: für Eupen die Innere 2 und Pädiatrie, für St. Vith die Intensivstation und die Psychiatrie. Von diesen Diensten nahmen die DienstleiterInnen und jeweils 2 Referenzpersonen an einer zweitägigen Weiterbildung teil. In dieser wurden zunächst einige Grundkenntnisse bzgl. Pflgetheorie, -planung und -dokumentation vermittelt. Wie bei der ersten Fortbildung konnten die TeilnehmerInnen sich dann mit den Prinzipien der FPB vertraut machen und diese auch praktisch anhand der hiesigen Patientenakten üben.

Während der Projektdauer von Q+ fanden insgesamt 3 zweitägige Weiterbildungen statt, an denen jeweils zwei Stationen aus den beiden Krankenhäusern teilnahmen.

Die Einführung der FPB-Methode innerhalb der Equipen erfolgte Krankenhaus intern und wurde von den Referenzpflegerinnen begleitet. Die Schulungen bestanden neben einem kurzen theoretischen Teil vor allem aus praktischen Übungen. Die verantwortlichen Personen haben auch Fokuslisten zusammengestellt, aus dem die Dienste ihre häufig benutzten Fokusse herauspicken können.

Die Dienste wurden von der Referenzpflegerin unterstützt. Diese sah die Patientenakten regelmäßig ein, wägte gemeinsam mit dem Personal die bestmöglichen Formulierungen ab und stand für jegliche Fragen zur Verfügung. Die Begleitung und Unterstützung, die anfangs systematisch und engmaschig war, verlief nach und nach auf Anfrage der Dienste.

St. Nikolaus-Hospital Eupen

- Auf der Inneren Abteilung D2 haben die PflegerInnen sich direkt nach der Fortbildung lanciert und arbeiten mittlerweile bereits fast über 2 Jahre mit der FPB. Durch die gleichzeitige Einführung des Organisationsmodells Primary Nursing (+/- Bezugspflege) erfolgt die neue Form des Verlaufsberichtes sehr positiv.
- Die Pflegekräfte der Pädiatrie, wo die Berichterstattung vorher bereits in einem Spaltensystem erledigt wurde, haben eine Liste der für die Kinderstation häufigsten Fokusse erstellt. Dazu haben sie zunächst andere Kinderstationen kontaktiert, die bereits mit FPB arbeiten. Man erhoffte sich dadurch Hilfe zur sofortigen einheitlichen Formulierung und Sprache. Danach haben sie das Konzept praktisch angewandt.
- Die Intensivstation hat mit den Kollegen aus St. Vith ausgetauscht und auch die Fokuslisten übernommen. Die Umsetzung verlief gut, der Equipe fiel auf, dass immer wieder die gleichen Fokusse auftreten. Ist dies der Fall bei der gleichen Patientengruppe, so werden pflegerische Richtlinien zu diesem Pflegeproblem erstellt.
- Die Chirurgie C1 hatte bereits die Fokuslisten zusammengetragen und im Herbst 2008 mit der FPB-Methode gestartet.

Ab September 2008 wurde auf allen Abteilungen in den Patientenakten nur noch das FPB-Blatt integriert. Die MitarbeiterInnen von Innere1, Geriatrie und SP wurden bei Stationsversammlungen in Eigenregie von der Referenzpflegerin und einer Praktikabegleiterin der AHS geschult. Diese begleiten auch das Personal im Alltag und überprüfen neben den Qualitätsbeauftragten (die auch Springer sind) die Patientenakten (gute Akzeptanz, da keine Hierarchie).

Es wurden auch ein Dutzend neue Pflegekräfte eingestellt, die bereits mit FPB gearbeitet hatten.

Klinik St. Josef St. Vith

- Intensivstation: nach der Definition ihrer spezifischen Fokusse ist die FPB integraler Bestandteil der Pflegeakte. Diese wird auch von den Ärzten konsultiert und von ihnen als Instrument zur Kontinuität der Betreuung sehr geschätzt.
- Da die multidisziplinäre Team-Zusammenarbeit in der psychiatrischen Abteilung eine besondere Rolle spielt, musste die Patientenakte u.a. aufgrund der neuen Übergabemethode abgeändert und angepasst werden. Die Abteilung hat die FPB nach und nach in den Alltag integriert.
- Die Tagesklinik hatte bereits vor der Weiterbildung spontan mit der FPB-Methode begonnen. Diese wird vorrangig bei den Chemotherapiepatienten angewandt.
- Die Notaufnahme füllt die Patientenakte auf dem Computer aus, die FPB ist darin integriert.

Da das Krankenhaus St. Vith, im Gegensatz zu Eupen, weiterhin eine externe Referentin zur Ausbildung der FPB-ReferenzpflegerInnen wünscht, haben die Verantwortlichen am 05.12.08 eine Weiterbildung organisiert, diesmal jedoch mit Frau Brigitte Noben (CH Bois de l'Abbaye, Seraing), da Frau Tychon nicht mehr zur Verfügung stand. Sie gibt einen Schultag, der sehr auf Praxis orientiert ist.

Daran teilgenommen haben Pflegerinnen der Inneren Abteilung und der Chirurgie und zwei Lehrpersonen vom Institut St. Maria Goretti (Pflegehelfer).

Autonome Hochschule: Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflegewissenschaften

Ziel der engen Zusammenarbeit zwischen Q+, den Einrichtungen und der AHS ist es, eine größtmögliche Kohärenz zwischen Ausbildung und Berufspraxis zu erreichen. Demnach hat die Autonome Hochschule-Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflegewissenschaften im Schuljahr 2006-2007 allen Klassen vom ersten bis zum dritten Studienjahr in beiden Abteilungen das FPB-Konzept unterrichtet. Ab dem Schuljahr 2007-2008 ist das Konzept in den Unterricht des ersten Jahres in die Grundausbildung zur Krankenpflege (A1 und A2) integriert worden.

Während der klinischen Unterweisung können die Studenten sich mit der Anwendung der FPB vertraut machen, jedoch nur in den Diensten, die damit arbeiten.

In den Pflegeberichten wird die Synthese am Ende, d.h. der Verlegungsbericht in Form eines Makrofokus geschrieben.

Die Schulabgänger des 3. Jahres sind fähig, die FPB anzuwenden.

4. Fazit und Ausblick

Die Lenkungsgruppe hat sich im Dezember 2008 ein letztes Mal getroffen um Bilanz zu ziehen und die weitere Vorgehensweise zu besprechen.

Jeder Weiterentwicklung liegt der Wille nach Veränderung zu Grunde. Die Entscheidung der hiesigen Institutionen, dieses Konzept der FPB in der Pflege einzuführen, ist ein erster Schritt in diese Richtung. Der Nutzen ist klar: eine bessere und klarere Information auf einen Blick.

Die Strategie, alle betroffenen Einrichtungen (KH und AHS) in ein Boot zu nehmen, hat sich bewährt. Die Übernahme durch die Krankenhäuser des FPB-Projektes ist sehr wichtig und hier auch gelungen.

In Eupen möchte man abwarten, ob die in Eigenregie durchgeführten Weiterbildungen für das Personal ausreichen.

Das Krankenhaus St. Vith plant eine WB für Frühjahr 2009 für die Wochenstation und die Rehabilitationsabteilung.

Ab Januar 2009 wird die elektronische Patientenakte eingeführt, in der die FPB integriert werden soll (interne Anpassungen der Software haben stattgefunden).

Die alltägliche Begleitung (Coaching) bei der schriftlichen Berichterstattung nimmt einen enormen Stellenwert ein. Die Verantwortlichen sollten weiterhin überprüfen, Unterstützung und Hilfe leisten, wo Bedarf ist.

Mehrere Pisten könnten entwickelt werden, um die angehenden Pflegekräfte der AHS weiter in den Prozess zu implizieren: die Integration der FPB in die Praktikumsberichte (erst möglich, wenn die Stationen auch alle damit arbeiten), die Auswertung der FPB-Anwendung als Thema einer Endarbeit,

Die Krankenhäuser und die AHS sind sich einig, dass es keiner FPB-spezifischen Treffen bedarf, da ohnehin ein regelmäßiger Austausch je nach Bedarf und Themen zwischen den einzelnen Einrichtungen stattfindet.

Die KPVDB hat die FPB auch in das Unterrichtsprogramm der Zusatzausbildung zum Pflegehelfer aufgenommen. Der Unterricht umfasst 4 Stunden und dient – neben dem Unterricht Pflegeplanung – als Sensibilisierung für die pflegerische Denkweise (beobachten – handeln – evaluieren) und als Kennenlernen dieser Berichterstattungsmethode, die bisher „nur“ in den hiesigen Krankenhäusern angewandt wird.

III. DEMENZKONZEPT (DEKO)

Dieser Bereich von Q+ wird von Annemie Ernst betreut und wurde ab April-Mai 2007 in Angriff genommen.

1. Hintergrund

Bei der Projektformulierung haben die beiden Krankenhäuser auch den Wunsch geäußert von Q+ Hilfe zu erhalten bei der Erstellung von Leitlinien, Konzept für die Betreuung von Patienten im Krankenhaus, die an Demenz erkrankt sind.

Eine der großen Herausforderungen, wenn man bedenkt, dass immer mehr ältere (und hochaltrige) Menschen sich wegen einer akuten –oder chronischen Behandlung im Krankenhaus aufhalten werden.

Die Organisation des Krankenhauses verwirrt den Menschen mit Demenz zusätzlich – und der Mensch mit Demenz verwirrt das Krankenhaus!!

Gezielte Schulung, Konzepte, Einbezug der Familie sind Aspekte, die helfen können, diese Situationen lebbarer, menschlicher für alle zu gestalten.

2. Geplante Vorgehensweise

Der Auftrag von Q+ beinhaltet die Hilfestellung bei der Erarbeitung und Koordinierung eines Konzeptes zur Begleitung und Pflege von Patienten mit Demenz im Krankenhaus. Die Bezugspflege wird dabei eine wesentliche Rolle spielen. Konkrete Schwerpunkte werden sein:

- Das Erstellen von Leitlinien „Betreuung von Personen mit Demenz im Krankenhaus“: mit Hilfe von Frau Karla Kämmer und einigen „Experten“ sowie „Referenzpersonen“ aus den

beiden Krankenhäusern sollen Leitlinien erarbeitet werden. In diesem Zusammenhang wird sich wahrscheinlich auch die Frage der Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen stellen.

- Weiterbildung:
 - Die Schulung des Pflegepersonals der Dienste, die häufig Patienten mit Demenzerkrankung betreuen
 - Die Sensibilisierung der „Nebendienste“ (Untersuchungsdienste, Notaufnahme, Unterhaltspersonal, ...) und der Stationen, die selten Patienten mit Demenz betreuen.
 - Vertiefungskurs für „Referenzpersonen“
- Das Erstellen eines Ergänzungsblattes für den Überleitungsbogen bezogen auf die besonders zu berücksichtigenden Aspekte bei der Person mit Demenz, um der Notwendigkeit des Informationsaustausches zwischen den verschiedenen Leistungsbringern gerecht zu werden, so z.B. die Alten- und Pflegeheime, die Hauskrankenpflege,

3. Resultate

Im Januar 2008 wurde ein „Konzept zur Pflege von Personen im Krankenhaus, die an Demenz erkrankt sind“, als Arbeitsdokument von der KPVDB vorgelegt. Die PDL, sowie die Verwaltungs- und medizinischen Direktionen der beiden Krankenhäuser, haben sich prinzipiell für das Konzept ausgesprochen und Personen für die Arbeitsgruppe bestimmt, die sich mit der schrittweisen Umsetzung befassen sollen.

Zur Arbeitsgruppe, gehören fürs KH Eupen: A. Aachen, N. Scheen (D2), I. Buchmann (Geriatricprogramm), V. Kuppens (Geriatric), M. Reuter (SP Reha). Für das KH St. Vith: N. Scheuren (C), E. Christen & Chr. Eisen (D), Maria Kohn (SP Reha).

Das Konzept setzt an 7 Schwerpunkten an, für die Ziele und Maßnahmen, nach einer Prioritätenliste, erstellt wurden.

Die Schwerpunkte sind:

- die Aufnahme des Patienten
- die Pflege in der Abteilung
- die Pflege/Behandlung in den Diagnostik- und Behandlungsabteilungen
- die Tagesstrukturierung
- der Einbezug der Familie
- der Einbezug Ehrenamtlicher
- das Entlassungsmanagement

Im Februar, April und Mai 2008 hat sich die Arbeitsgruppe getroffen, bisher mit folgendem Ergebnis: Bearbeitung, Anpassung des Konzeptes. Bearbeiten der ersten Prioritäten innerhalb der Schwerpunkte. Dies sind:

Aufnahme des Patienten: Bessere Information und Anamnese zum Patienten mit Demenz

Dazu ist eine Anpassung des bestehenden Pflege-Überleitungsbogen „intra- & extramural“ erfolgt. Die Abschlussarbeit zum Brevet der Krankenpflegestudentin J. Fassbender war dabei hilfreich. Der neue Überleitungsbogen ist den Krankenpflegern in den verschiedenen Bereichen zugestellt worden, mit dem Ziel, die wichtigen Informationen bzgl. des Demenzkranken auch für die Kollegen weiterzugeben.

Pflege in der Abteilung

Der AG ist klar, dass noch viel Sensibilisierungsarbeit bei den KollegInnen für die Nöte des

Demenzkranken geschehen muss. Aber auch für die Möglichkeiten, die die Pflege durch neueste Erkenntnisse und Umgehensweisen hat, um einen sicheren Aufenthalt und ein optimale Behandlung im Krankenhaus zu gewährleisten. Diese Sensibilisierung ist durch eine Kurzschulung (3 St.) im Herbst 2008 geschehen. Frau Karla Kämmer, eine Expertin auf diesem Gebiet, hat im KH Eupen und im KH St. Vith möglichst viele Personen aus dem Pflegebereich sensibilisiert, informiert und motiviert, um besser einer der großen zukünftigen Herausforderungen der Pflege begegnen zu können.

Als Basis für die Schulung und die weitere Arbeit auf den Abteilungen, werden Leitlinien zu den wichtigsten Themen von der Arbeitsgruppe erarbeitet, natürlich immer mit dem Bezug „Aufenthalt im Krankenhaus“:

- Milieugestaltung
- Hilfen zur Kommunikation und Pflege
- Stimulation und Aktivitäten zur Verbesserung der Lebensqualität
- Deeskalationsstrategien
- Vermeidung von Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (FBM) und Umgang mit FBM

Einbezug Familie

Die Familie spielt eine sehr wichtige Rolle in diesem Konzept. Sie kennt am besten den Patienten, hat die wichtigsten Informationen und ihre Präsenz vor Ort ist für den Kranken häufig die „beste Hilfe“. Daher möchte die AG mit Hilfe der beiden Demenz-Austauschgruppen im Süden und Norden im Herbst 2008, ein Informationsblatt erstellen, indem die Familien bei einer Hospitalisierung auf ihre konkrete Mithilfe angesprochen werden.

Entlassungsmanagement

Der überarbeitete Überleitungsbogen wird hier eine Verbesserung bringen.

4. Fazit und Ausblick

Diese ersten Prioritäten hat DeKo d.h. die AG und Q+ bis Ende 2008 realisieren können. Innerhalb des Projektes sind dies aber erst die Spitze des Eisberges, d.h. die dringendsten Maßnahmen, um etwas verbessern zu können. Dies ist aber bei weitem nicht alles. Daher sind die Projektpartner sich einig, dass diese Arbeit mit weiterer externer Unterstützung durch Q+ - KPVDB fortgesetzt werden soll. Wie das konkret aussehen kann, dazu bedarf es in den kommenden Monaten Gespräche mit dem Gesundheitsministerium, dem Minister und den beiden Krankenhäusern.

Die KPVDB erwartet den Entscheid über einen Antrag bei der König-Baudouin-Stiftung. Diese Mittel sollen für Weiterbildungen, Information der Angehörigen, ... genutzt werden.

Ein Treffen mit der DeKo-Gruppe ist für Januar 2009 geplant.

Wie erwartet wird das Thema Fixierung immer wieder erwähnt. Es ist angedacht, mit Karla Kämmer einen Standard zu erarbeiten zum Thema Fixierung im Krankenhaus inkl. Aspekt Demenz.

Auch die Ehrenamtlichen müssten durch eine Schulung einbezogen werden (auch in den Alten- und Altenpflegeheimen).

IV. STILLKONZEPT

Bei der Q+-Projektformulierung wurde zusätzlich zu den bereits dargestellten Bestandteilen von Q+ auch um Unterstützung in anderen Qualitätsinitiativen (Dokumentation, Methodik, ...) gebeten.

Auf besonderen Wunsch der Deutschsprachigen Gemeinschaft und im Einvernehmen mit den beiden Krankenhäusern hat Q+ auch eine Koordinationsaufgabe bei der Erstellung eines Stillkonzeptes für die DG übernommen.

Eine ausführliche Beschreibung der Ziele, Maßnahmen und Resultate des Stillkonzeptes enthält die Veröffentlichung: Thiess M. „Ja“ zum Stillen - Konzept zur Stillberatung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens, KPVDB, Dezember 2008.

1. Hintergrund

Die Entbindungsstationen wünschen eine Methodologie und Handlungsleitlinien, die vorgeben, wie die einheitliche Stillanleitung und die Unterstützung der Mütter stattfinden sollen.

Der Dienst für Kind und Familie (DKF), der die Eltern nach dem Krankenhausaufenthalt zu Hause betreut, hat bereits an solchen Empfehlungen gearbeitet.

Jetziges Ziel ist es, eine bestmögliche Kohärenz in der Informationsvermittlung und der Anleitung der Eltern zu erreichen um somit eine kontinuierliche Betreuung anzubieten. Ein zweites Ziel soll aber auch die Förderung der Zusammenarbeit aller Partner in dieser Materie sein: die Wochen- und Kinderstationen, der DKF, die Gynäkologen und Pädiater.

2. Geplante Vorgehensweise

Die Arbeitsgruppe „Stillkonzept“, besteht aus Vertretern des DKF, der Kinderstation und des Entbindungsheimes des St. Nikolaus-Hospitals Eupen, der Wochenstation der Klinik St. Josef St. Vith und Q+, und hat folgende Aufträge erhalten:

- Entwurf eines standardisierten Instrumentes, welches die Vorgehensweise der Begleitung der Eltern im Bereich des Stillens festlegt. Bei allgemeiner Anwendung dieses Instrumentes sollen die Eltern in den Genuss einer einheitlichen und kohärenten Information, Beratung und Unterstützung kommen und sich dadurch für das Stillen entscheiden.
- Organisation einer Struktur, um die Kommunikation und Zusammenarbeit der betroffenen Dienste zu verbessern und somit eine Kontinuität in der Betreuung zu gewährleisten.
- Planung und Durchführung einer Weiterbildung zum Fachwissen Stillen.

3. Resultate

Die Arbeitsgruppe hat sich während der zweieinhalb Jahre 22 Mal (!) getroffen.

Nach gründlicher Rechercharbeit, intensiver Auseinandersetzung und zahlreichen fachlichen Diskussionen ist ein Stillkonzept entstanden, welches in verschiedene Zeitphasen eingeteilt ist, die jedoch ein Ganzes bilden. Es umfasst Handlungsleitlinien für die pränatale Phase (Thema Stillen bei den Geburtsvorbereitungskursen), für die postnatale Phase bis zur Entlassung (Standardpflegeplan) und für die Überleitung zwischen Krankenhaus und zu Hause d.h. die Zusammenarbeit mit dem DKF. Der bereits vom DKF ausgearbeitete Standard wird sich an dieses Dokument angliedern.

Außerdem wurde auch ein strukturiertes Autonomieprogramm (STAP) zum Stillen entworfen und nach didaktischen Materialien zur Anleitung der Mütter gesucht.

Um die nachhaltige Einführung und Umsetzung der geplanten Maßnahmen zu sichern, fand im Oktober 2008 eine zweitägige Fortbildung zum Thema „Stillen und Stillberatung“ für alle Personalmitglieder der o.e. Dienste statt. Davor und danach wurde das Konzept und seine Anwendung intern in den Diensten vorgestellt.

Auch die Ärzte wurden in die Unternehmung impliziert, indem sie fortwährend informiert wurden und sich auch beteiligen konnten.

Manche Teile des Stillkonzeptes sind bereits in die Tat umgesetzt worden, so hat z.B. im Herbst 2007 in beiden Krankenhäusern eine Vorstellungsversammlung des DKF stattgefunden. Dabei sollten die Fachkräfte sich, ihre jeweiligen Aufgaben und ihre Arbeitsweisen besser kennen lernen. Auch finden zweimal wöchentlich Absprachen bzgl. der anwesenden Mütter zwischen den Hebammen der Entbindungsstationen und den DKF-Beraterinnen statt. Auch ein Teil der empfohlenen Maßnahmen des Pflegestandards konnte in die Praxis umgesetzt werden.

4. Fazit und Ausblick

Die Projektpartner sind sehr zufrieden mit der ausführlichen Behandlung des Themas Stillen. Die Arbeitsgruppe Stillkonzept hat den Wunsch geäußert sich weiterhin 2x im Jahr zu treffen um die Umsetzung zu überprüfen und zu begleiten und auch um gemeinsame Aktivitäten zu unternehmen (z.B. Weiterbildung). Die Verantwortlichen begrüßen diese Idee. Der DKF wird als Initiator dieser Treffen fungieren.

SCHLUSSFOLGERUNG

Der Wunsch nach einem Folgeprojekt von PATIS bestätigt die Pflegevereinigung KPVDB in ihren Bemühungen, den hiesigen Einrichtungen konkrete Unterstützung anzubieten.

Das Projekt Q+ hat wiederum eine Vielzahl an Personen für die Verbesserung der Patientenversorgung mobilisiert. Jeder von diesen Pflegekräften ist elementarer Bestandteil der Pflege und die zahlreichen (kleineren) Initiativen tragen zu einer umfassenden Qualitätsförderung bei.

Q+ ist nur ein kleiner Beitrag zu all den Anforderungen, denen sich die Krankenhäuser in den letzten Jahren stellen mussten: neue Patientenakte, neue Pflegemodelle, neue Programme, Einführung von Pflegestandards und –prozeduren, Diese Veränderungen stellen große Herausforderungen für das Pflegepersonal dar. Die Mitarbeiter sind spürbar an ihre Grenzen und die ganzen Neuheiten und Entwicklungen müssen erst mal „verdaut“ werden, damit sie auch langfristig ihre Wirkung haben.

Allen Beteiligten muss auch klar sein, dass es Zeit braucht, um alte Gewohnheiten zu ändern und um langfristig Erfolge zu verbuchen.

Demnach wird es vorerst – außer für DeKo – keine weitere Unterstützung in Form eines Qualitätsprojektes der KPVDB für die Krankenhäuser geben. Selbstverständlich steht die Pflegevereinigung aber für sämtliche Fragen zur Verfügung.

PROJEKT Q+: STRATEGIEPLAN

22.11.06

I. STRUKTURIERTE AUTONOMIEPROGRAMME (STAP)/PA-MKD

Ziele/Auftrag von Q+	Strategie	Wer?	Zeitraumen
Einführung von STAPS: - PA-MKD relevante STAPs ausarbeiten - Umsetzung und Anwendung unterstützen	1) Herausfinden, welche Items STAP benötigen (inkl. S100 und S200): Liste erstellen	PA-MKD-Koordinatoren	Sept/Okt 2006: Treffen am 29.09.06
	2) Prioritätenliste erstellen nach Relevanz, d.h. Geläufigkeit, Gravidität, Lösbarkeit, Umsetzungsmöglichkeit, ...	PA-MKDKo +PDL +PJL	
	3) Vorhandenes suchen, nutzen, an PA-MKD-Kriterien anpassen Neue STAP nach PA-MKD-Kriterien ausarbeiten	PJL in Themen bezogenen AG: KHEU: AG PATIS u.a. KHSV: punktuelle AGs	Ab November 2006
	4) Anwendung der STAP: - Inhaltlicher Prozess/pädagogisches Material - PA-MKD bezogen	STAP-Referent KHEU: PA-MKDKo und DL KHSV: PA-MKDKo und PA-MKD-Pfleger	Ab Frühjahr 2007
	5) Pädagogischer Aspekt in der Anwendung der STAP -> Weiterbildung zu Schulungsbeziehung und Patientenedukation (Pädagogik)	Extern z.B. CHR Liège, Centre d'Education du Patient (Godinne) oder Witten-Herdecke	Vorerst nicht
	6) Begleitung/Sicherung/Kontrolle der Anwendung: Erfassung und Objektivierung auf Basis von Indikatoren	DL+PDL+ PJL	kontinuierlich

II. FOKUSSIERTE PFLEGEBERICHTERSTATTUNG (FPB)

Ziele/Auftrag von Q+	Strategie	Wer?	Zeitraumen
Einführung der fokussierten Pflegeberichterstattung auf Pilotstationen: - Mitkoordination des Prozesses - Aktive Beteiligung bei der Schulung des Personals	1) Bestimmung der Pilotstationen	PDL	Oktober 2006
	2) Bestimmung der FPB-Pfleger	PDL	Oktober 2006
	3) Teilnahme an Schulung	PDL, Qualitätsbeauftragte, Referenzpflegerinnen, DL und 2 FPB-Pfleger/Pilotstation AHS-GKW PJL	November 2006
	4) Vorbereitung der Anwendung: Dokumente ausarbeiten: - Anpassung Pflegeakte - Referentiell der verschiedenen Abteilungen (häufige Diagnosen)	KH Intern: Teilnehmer der Schulung mit Unterstützung der PJL	Bis Dezember 2006
	5) Schulung des Personals der Pilotstationen bzgl. FPB und Anwendung Pflegeakte	KH Intern: Teilnehmer der Schulung mit Unterstützung der PJL	Januar-Februar 2007
	6) Nach Einführung auf Pilotstationen: Bildung einer Arbeitsgruppe FPB auf Ebene der DG: Dynamik von der Basis: Reflexion, Austausch, gegenseitige Unterstützung bei der täglichen Praxis	Referenzpflegerinnen, DL (evt.) und 2 FPB-Pfleger/Pilotstation AHS-GKW PJL Evt. externe	Ab Februar-März 2007
	7) Koordination der AG-FPB (DG): Sekretariatsarbeit: Einladungen, Vorbereitungen (Recherche), Konzepte, Berichte, ...	PJL	2006-2008
	8) Unterstützung bei Gebrauch: welche Fragen, welche Probleme? (kurz-, mittel- und langfristig)	KH intern	kontinuierlich
	9) Sicherung, Kontrolle, Evaluation	KH intern + MDG	kontinuierlich

	10) Übertrag auf andere Stationen	KH intern: Teilnehmer der Schulung mit Unterstützung der PJJ	September 2007
--	-----------------------------------	--	----------------

III. STILLEN

Ziele/Auftrag von Q+	Strategie	Wer?	Zeitraumen
Stillkonzept: - Methodische Hilfe bei der Erstellung eines Gesamtkonzeptes für die Krankenhäuser - Deutliche Zusammenarbeit und einheitliche Information bei KH und DKF bzgl. Stillen	1) Versammlung der betroffenen Partner: Festlegung der Erwartungen, Zielsetzung und der Strategie bzgl. Stillkonzept	PDL, DL der Entbindungs- und Kinderstationen, DKF, PJJ	Oktober 2006
	2) Gründung AG Stillkonzept für beide Krankenhäuser in Kontakt mit dem DKF (+föderaler Stillrat)	DL, Referenzpersonen, PJJ	Oktober-November 2006
	3) Information der Ärzte über Vorhaben	AG	November 2006
	4) Analyse der IST-Situation und Bestandsaufnahme (auch extern)	AG	November 2006
	5) Ausarbeitung eines standardisierten „Instrumentes“ zur einheitlichen Stillberatung: Stillstandard oder pflegerische Richtlinien oder STAP oder standardisierter Pflegeplan, ...	AG	Ab Dezember 2006
	6) Ausarbeitung Kommunikationsinstrument zur besseren Kontinuität der Stillberatung	AG	Ab März-April 2007
	7) Abstimmung mit DKF und evt. Anpassungen	AG + DKF	kontinuierlich
	8) Vorstellung Konzept Ärzte und evt. Anpassungen	AG + DKF	Mai-Juni 2007
	9) Vorstellung und Schulung des Personals - bzgl. Anwendung - pädagogischer Aspekt - evt. Fachwissen	AG + evt. externe Experten?	Ab September 2007
	10) Einführung der Instrumente, Umsetzung des Stillkonzeptes	KH intern	Ab Dezember 2007
	11) Begleitung/Sicherung/Kontrolle der Anwendung: Erfassung und Objektivierung auf Basis von Indikatoren	DL+PDL+PJJ	kontinuierlich

IV. DEMENZ: UMGANG MIT DEMENTEN IM KRANKENHAUS:

Für diesen Q+ Bereich ist Annemie Ernst zuständig.

Das Strategiekonzept zum Thema Demenz wird im April 2007 festgelegt.

Der folgende Vorschlag wäre bei diesem Treffen im April/Mai 2007 zu diskutieren sowie der Zeitrahmen zu definieren.

Ziele/Auftrag von Q+	Strategie	Wer?	Zeitraumen
Inhalt: 1. Erstellen Leitlinien & Konzept? 2. Schulung Personal 3. Erstellen Ergänzungsbogen im Überleitungsbogen Auftrag: Koordinieren und Begleiten des Prozesses in Zusammenarbeit mit beiden Krankenhäuser und Experten	1) Bilden einer Referenzgruppe – AG aus entweder einer Referenzperson pro KH oder pro Abt. in dem Problemstellung häufig vorkommt und Q+	PDL' s der beiden Krankenhäuser	April – Mai 2007
	2) Erfassen des Inhaltes & Umfanges der Problemstellung, in welchen Abteilungen und Erwartungen an Schulung, für Wen?	AG Koordinierung Q+	
	3) Kundig machen zu bestehenden Konzepten (Belgien & Deutschland) Lüttich, Stollberg ... Aachen??, Internetrecherche, Fachliteratur	AG & Q+	
	4) Klären ob es nützlich ist Partner hinzuzuziehen und evtl Projekte einzureichen (KBS? ; Alzheimer, EU?)	AG /PDL/Q+	
	5) Schulung Personal – unterschiedliche Niveaus (Sensibilisierung (8St.), Grundkurs (16 St.), Vertiefungskurs (32 St.))	Planung (Budgetierung) und Organisation Schulung: Q+	
	6) Erstellen Leitlinien: Mit Hilfe externe Experten (KK)	AG & Q+ + KK	
	7) Ergänzung Überleitungsbogen (Wenn Bew. Ins KH kommt)	AG, MR/MRS/HP/Q+	
	8) Leitlinien einführen und umsetzen und Kontrolle PDL'S der beiden KH können Auftrag delegieren	Krankenhausintern PDL -Delegation	
	9) Evaluation – und Bericht	AG/Q+	
	Verschiedene Fragen		
Finanzierung der Schulung und Experten?			

Etikett Patient
20

STRUKTURIERTES AUTONOMIEPROGRAMM FÜR ENTEROSTOMAPATIENTEN

Schulung durchgeführt mit Patient Bezugsperson, wer?:
 Datum des Eingriffs:
 Art des Stoma: Kolostoma Ileostoma provisorisch definitiv

Endziel: Der Patient und/oder seine Bezugsperson ist fähig bei der Entlassung die Stomapflege autonom zu verwalten.

			SA	S1	S2	S3	S4	S5	
		Datum							
Lernziele	Didaktische Materialien	Evaluationskriterien	T	T	T	T	T	T	Bemerkungen
			F W	F W	F W	F W	F W	F W	
Wissen: Der Patient und/oder seine Bezugsperson									
➤ hat Grundkenntnisse über die Anatomie und Physiologie des Verdauungssystems	Schema	zeigt den Weg der Nahrung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
➤ kann sein Stoma situieren	Schema	zeigt die Stelle auf dem Schema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
➤ kennt die Ursache seines Stoma		erklärt mit einfachen Worten seine Erkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
➤ hat Kenntnisse über das Versorgungs- und Hilfsmaterial, Kosten	Demonstrationsmaterial	wählt das für ihn angepasste Material	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
➤ hat Kenntnisse über die normale Konsistenz des Stuhls (je nach Art des Stoma verschieden)		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ileo: eher flüssig ➤ Kolo rechts: eher weich ➤ Kolo links: eher fester 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
➤ erkennt mögliche Komplikationen im Stomabereich und handelt nach den empfohlenen Maßnahmen	Photos Broschüre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hautreizungen: Rötung, Entzündung? ➤ Blutung? Vorfall/Prollaps? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
➤ hat Grundkenntnisse über Nahrungsmittel und Getränke und deren Auswirkung auf den Stuhlgang	BB Ernährungsberaterin	nennt <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2 stopfende Nahrungsmittel ➤ 2 treibende Nahrungsmittel 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sein: Der Patient und/oder seine Bezugsperson									
➤ drückt seine Gefühle und Schwierigkeiten in Bezug auf das Stoma aus	Zuhören Gespräch Beobachtungen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Angst ➤ Ablehnung ➤ Gleichgültigkeit ➤ Rückzug ➤ Teilakzeptanz 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

		➤ anderes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können: Der Patient und/oder seine Bezugsperson									
➤ bereitet das benötigte Material vor	Broschüre	alles da?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ schneidet den neuen Stomabeutel zurecht	Testmaterial Schablone	korrekte Größe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ entfernt den gebrauchten Stomabeutel	Demonstration	➤ von oben nach unten? ➤ Haut anhalten ➤ ohne Auslaufen von Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ putzt das Stoma ab, wäscht, spült und trocknet es		➤ sauber? ➤ abgetupft? trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ positioniert und klebt den frischen Stomabeutel auf		korrekt geklebt? ➤ Position ➤ von unten nach oben ➤ Falten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Handzeichen							

Kontaktaufnahme Vertreterin am hat Patient besucht am.....

Synthese (bei der Entlassung auszufüllen)

Autonomie erreicht durch: Patient Bezugsperson

Hilfestellung nötig bei:

Wer verwaltet das Stoma nach der Entlassung? Patient Bezugsperson HauskrankenpflegerIn
 pflegerischer Verlegungsbericht (+ Kopie STAP)

Datum und Unterschrift



STRUKTURIERTES AUTONOMIEPROGRAMM FÜR ERWACHSENE DIABETES-PATIENTEN

Schulung durchgeführt mit Patient Bezugsperson, wer?:

- Insulin abhängig nicht Insulin abhängig OAD
 Neudiagnose Bekannter Diabetiker
 Kontakt Diabetesberatung (frühzeitig!) Kontakt Diätassistentin vom Krankenhaus

Endziel: Der Patient und/oder seine Bezugsperson ist fähig bei der Entlassung seine Glykämie zu verwalten.

			SA	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	
		Datum									
Lernziele	Didaktische Materialien	Evaluationskriterien									Bemerkungen/V erweis auf ...
			F W	F W	F W	F W	F W	F W	F W	F W	
Wissen: Der Patient und/oder seine Bezugsperson											
➤ erklärt seine Erkrankung	Broschüre Diabetesberatung	➤ Definition ➤ Insulin/Pankreas									
➤ kennt die Nahrungsmittel und Getränke, die einen Einfluss auf den BZ haben	idem Diätassistentin	➤ nennt einige Nahrungsmittel									
➤ kennt die allgemeinen Richtlinien bzgl. Insulin	idem	➤ Injektionsstellen ➤ Frequenz des Nadelwechsels ➤ Aufbewahrung									
➤ kennt sein persönliches Insulin	idem	➤ Wirkungsweise ➤ Zeitpunkt der Injektion ➤ evt. Dosisanpassung									
➤ weiß, was eine Hypoglykämie ist und wie darauf zu reagieren ist	idem	➤ BZ unter ➤ Symptome ➤ Korrekturmaßnahmen									
➤ weiß, was eine Hyperglykämie ist und wie darauf zu reagieren ist	idem	➤ BZ über ➤ Symptome ➤ Korrekturmaßnahmen									
➤ kennt die möglichen Spätfolgen und weiß, wie er sie vermeiden kann	idem	➤ betroffene Organe ➤ Prävention									
➤ weiß über die Kontrolluntersuchungen bescheid	idem	➤ welche Untersuchung? ➤ wie oft?									

Anhang 3: Diabetes

ST. NIKOLAUS-HOSPITAL
EUPEN
 Hufengasse 4-8, 4700 Eupen

Tel. 087/599.599
 Fax. 087/599.298



➤ versteht das Prinzip der Diabeteskonvention	idem	➤ Rechte und Pflichten ➤ Antrag Krankenkasse ➤ Materialausgabe										
Können: Der Patient und/oder seine Bezugsperson												
➤ kann das Blutzuckermessgerät korrekt anwenden	idem Kurzbeschreibung Gerät, Lanzetten und -halter Tagebuch	➤ Funktionen des Messgerätes ➤ Lanzettenwechsel ➤ Fehler vermeiden										
➤ kann den Insulin Pen korrekt handhaben	idem Pen, Nadel, Patrone	➤ Handhabung ➤ Patronenwechsel										
➤ beugt dem diabetischen Fuß vor	idem	➤ tägliche Pflege										
Sein: Der Patient und/oder seine Bezugsperson												
➤ drückt seine Gefühle und Schwierigkeiten in Bezug auf die Krankheit und deren Behandlung aus	Zuhören Gespräch Beobachtungen	➤ Akzeptanz ➤ ...										
		Handzeichen										

Synthese (bei der Entlassung auszufüllen, Momentaufnahme)

Autonomie bei der Verwaltung der Glykämie erreicht durch: Patient Bezugsperson

Hilfestellung nötig bei: Blutzuckermessung Insulininjektion anderes

Wer verwaltet die Glykämie nach der Entlassung?
 Patient Bezugsperson
 HauskrankenpflegerIn pflegerischer Verlegungsbericht (+ Kopie STAP)
 Kontakt Sozialdienst (BB)

Visitenkarte Diabetesberatung gegeben
 Termin in der Diabetesberatung am (ca. 2 Wochen nach der Entlassung)

Datum und Unterschrift der Pflegerin

04.07.08 SA= Schulungsanamnese S= Sitzung F= fähig W= zu wiederholen

BEGRIFFSBESTIMMUNG

- **Fokussierte Pflegeberichterstattung = FPB** (transmission ciblée)

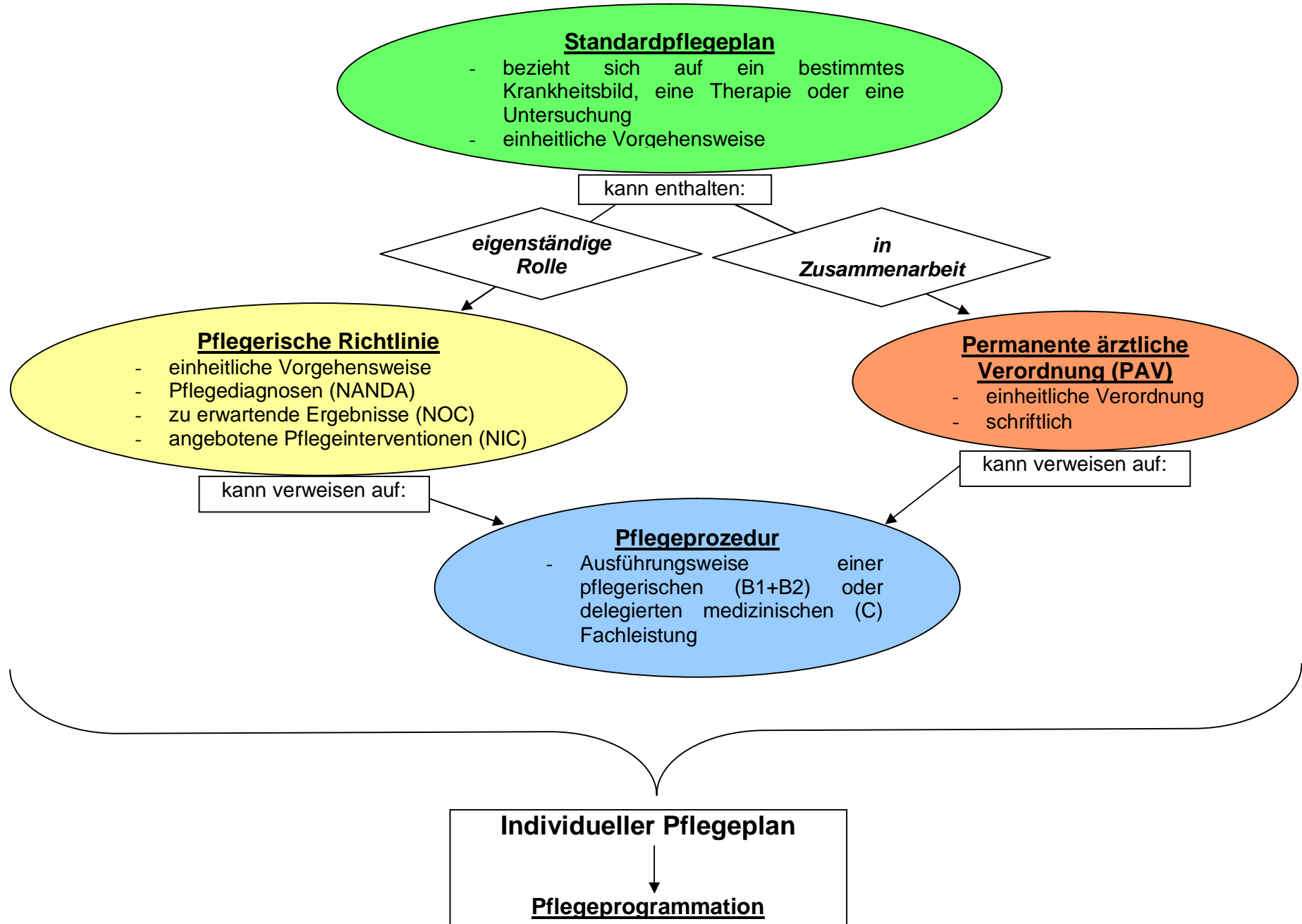
- **Fokus (-se)** (cible)

- **Daten** (Fakten, Beobachtungen, Gegebenheiten, Zahlenmaterial, ...) (données)
- **Aktionen** (action)
- **Resultat** (résultat)

- **Makrofokus** (macrocible)

M	Motiv	Maladie
E	Erleben	Thérapeutique
U	Umgebung	Vécu
T	Therapie	Environnement
E	Entwicklung/Autonomie	Développement/Autonomie

- **PA-MKD = pflegerische Angaben der minimalen Krankenhausdaten**
(DI-RHM = données infirmières du résumé hospitalier minimum)
- **Validiertes Messinstrument** (instrument de mesure) = z.B. Messskala (Norton, Glasgow, ...) oder Assessmentinstrument (MMA, MNA, ...)
- **Standardpflegeplan** (plan de soins de référence, standaardverpleegplan) = einheitliche, einzuhaltende Vorgehensweise bei einem bestimmten Krankheitsbild, Therapie oder Untersuchung. Er enthält die Probleme, die die eigenständige Rolle der Pflegerin betreffen und diejenigen, die in Zusammenarbeit (durch Delegation) gelöst werden. **GRÜN**
- **Pflegerische Richtlinien** (guidelines) = angebotene Pflegeinterventionen (NIC) bei spezifischen Kategorien von Pflegediagnosen (NANDA) mit den zu erwartenden Ergebnissen (NOC). Sie enthalten nur die Probleme, die die eigenständige Rolle der Pflegerin betreffen. (Referenz: Buch Marion Johnson) **BEIGE**
- **Individueller Pflegeplan** (plan de soins individualisé), der aufgrund der spezifischen Bedürfnisse eines bestimmten Patienten erstellt wird. Dieser enthält die Pflegediagnosen bzw. Pflegeprobleme in Zusammenarbeit, die Zielsetzungen, die zu erwartenden Ergebnisse und die Pflegeinterventionen. **WEIß**
- **Pflegeprogrammation** (programmation de soins, verpleegplanning) = die Auflistung der geplanten Pflege (erteilt oder nicht) Referenz nehmend auf den individuellen Pflegeplan und die ärztlich verordneten Behandlungen. **WEIß**
- **Permanente ärztliche Verordnung = PAV** (ordre permanent, staand order) = schriftliche, ärztliche Standardverordnung bei einem bestimmten Krankheitsbild, Therapie oder Untersuchung **LACHS**
- **Pflegeprozedur** (procédure de soins, procedure) = schriftliches Dokument, welches die Ausführungsweise einer pflegerischen oder delegierten, medizinischen Fachleistung beschreibt **BLAU**
- **Schulungsplan = Strukturiertes Autonomieprogramm** (STAP) = bei einem bestimmten Krankheitsbild, Therapie oder Untersuchung
- **Klinischer Pfad** = einheitlicher, interdisziplinärer, einzuhaltender Behandlungsplan für eine bestimmte Patientengruppe. Der KP enthält den Standardpflegeplan. (Erweiterung des Standardpflegeplans auf die anderen Betreuungsdisziplinen).



Etikett Patient

Fokussierte Pflegeberichterstattung

Datum	Uhrzeit	Fokus	D A R		Hand- zeichen

