



Jahrbuch Familiäre Pflege 1. Jahrgang 2018

Jahrbuch Familiäre Pflege

1. Jahrgang 2018

Herausgeber*innen

Prof. Dr. Katharina Gröning

M.A. Carina Schiller

M.A. Jan-Willem Waterböhr

Kontakt

Modellprogramm Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG

Universität Bielefeld

Fakultät für Erziehungswissenschaft

AG 7: Pädagogische Beratung

Universitätsstraße 25

33615 Bielefeld

<http://www.uni-bielefeld.de/familiale-pflege>

September 2018, Universität Bielefeld

Inhaltsverzeichnis

Editorial	7
<i>Katharina Gröning</i> Grundannahmen des Modellprogramms "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"	9
<i>Katharina Gröning, Katharina Niedling</i> Wissenschaftliche Beratung im Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“	32
<i>Carina Schiller</i> Die Geschichte des Modellprogramms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“	55
<i>Jan-Willem Waterböhr</i> Organisations- und EDV-Beratung im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"	79
<i>Sonja Bergenthal</i> Psychiatrische Krankenhäuser im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG": Beratung, Entwicklungen und Chancen	109
<i>Susanne Johannes</i> Die erfolgreiche Implementierung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ im Krankenhaus – Ein Gewinn für beide Seiten	124
<i>Martina Klewitz</i> Entwicklung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ in den GFO Kliniken Troisdorf	133
<i>Frank Görden</i> Integration des Bereiches „Familiale Pflege“ in den Fachbereichen des Psychiatrischen Fachkrankenhauses der Theodor-Fliedner-Stiftung, Mülheim an der Ruhr.	140

Entwicklung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ in den GFO Kliniken Troisdorf

Abstract

Der Artikel schreibt die EDV-Entwicklungen der Familialen Pflege im St. Josef Krankenhaus Troisdorf seit 2015 fort und verdeutlicht darüber hinaus die ausgeweitete Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb des Krankenhauses bis in die Häuslichkeit. Es wird der praxisnahe Zusammenhang von Prozesssteuerung, Dokumentation im KIS, kollegialen und hierarchischen Netzwerken verdeutlicht. Der abschließende Praxisfall bietet dazu einen Einblick in die hochkomplexe Begleitung, Beratung und Praxisanleitung der pflegenden Angehörigen. So wird ebenfalls deutlich, welche hohen Anforderungen seitens der Häuslichkeit sowie seitens des Krankenhauses an die Pflegetrainer*innen gestellt werden.

Einleitung

Das Modellprogramm „Familiale Pflege“ hat sich in den GFO Kliniken Troisdorf positiv entwickelt und ist hier nicht mehr wegzudenken. Die Frage, welche Rahmenbedingungen, Fähigkeiten und Unterstützung dazu beigetragen haben, ist durchaus interessant. In der Festschrift „Familiensensibles Entlassungsmanagement“ von Katharina Gröning, Brunhild Sander und Ruth von Kamen (vgl. Klewitz 2015) habe ich bereits über die Entwicklung von Familialer Pflege und EDV berichtet.

Nun ist nicht allein eine gute Vernetzungs- und Dokumentationsmöglichkeit für den Erfolg dieser Arbeit verantwortlich. Im Weiteren möchte ich erläutern, welche Bedingungen in den GFO Kliniken dazu geführt haben, das Projekt „Familiale Pflege“ in das Krankenhaus zu implementieren. Im Laufe der Jahre gab es weitere Entwicklungen, über die ich folgend berichten werde.

Begonnen hat alles im Dezember 2010. Die Pflegedirektorin unseres Hospitals stellte mir das neue Projekt in unserem Krankenhaus vor. Da ich als Praxisanleiterin schon einige Jahre Erfahrung in der Anleitung Auszubildender hatte, könne ich doch auch Angehörige in der Pflege anleiten. Seit 18 Jahren arbeitete ich im St. Josef Hospital in Troisdorf, davon 15 Jahre lang auf der interdisziplinären Intensivstation und ca. 13 Jahre lang als Praxisanleiterin. Seit Februar 2011 arbeite ich nun im Projekt „Familiale Pflege“. Weitere Einzelheiten zur Familialen Pflege in den GFO Kliniken Troisdorf, besonders in der Betriebsstätte St. Josef habe ich in der Festschrift bereits vorgestellt (ebd., 198).

Im Juni 2011 fanden die ersten Pflegetrainings in unserer Klinik statt. Da es das Projekt in der Nähe bisher nicht gab, war eine Hospitation nicht möglich. Wir mussten uns selbst überlegen, wie wir das Projekt umsetzen und erste Erfahrungen sammeln konnten. Im ersten halben Jahr fanden bereits 30 Erstgespräche statt. Vergleichsweise wurden im Jahr 2016 tatsächlich 267 Erstgespräche abgerechnet. Wie kam es zu dieser Steigerung?

Institutionelle Bedingungen und Strukturen

Auf der Homepage der Betriebsstätten haben wir eine eigene Seite, auf der unser Flyer heruntergeladen werden kann und unsere Termine für (Initial-)Pflegekurse veröffentlicht werden. Hier finden uns auch interessierte Angehörige, die nach einem Pflegekurs oder nach einer Demenzschulung suchen. Selbst der WDR fand uns auf diesem Weg und filmte eine kurze Dokumentation zu unserer Arbeit. Im Intranet können wir Informationen zu unseren Leistungen, Fotos und Kursangebote veröffentlichen, sodass die Pflegeteams jederzeit Zugriff darauf haben.

Im Jahr 2016 fusionierten die Kliniken St. Josef Hospital Troisdorf und das St. Johannes Krankenhaus in Troisdorf-Sieglar. Seitdem sind wir mit unseren Kolleginnen in Sieglar ein Team. Durch Personalveränderungen kam es zu übergreifenden Aufgabenfeldern in beiden Krankenhäusern. Die Zusammenarbeit, der Austausch und Hospitationen aus anderen Kliniken haben sich immer wieder als Gewinn dargestellt.

Durch die Fusion konnte meine Arbeitszeit erhöht werden. Seitdem bin ich für die Stationen besser erreichbar und häufiger präsent. Rückmeldungen aus den Hausbesuchen an das Pflegeteam im Krankenhaus spiegeln den Teams den Erfolg unserer Arbeit. Das Projekt wird als hilfreich erkannt und rückt weiter in den Vordergrund. Das wiederum ist an Anzahl und der Herkunft der Anforderungen erkennbar. Anforderungen kommen nicht nur vom Sozialdienst, sondern auch zunehmend von den Mitarbeitern der Pflegeteams.

Unverzichtbar waren auch bestimmte institutionelle Rahmenbedingungen. In jeder der beiden Betriebsstätten stehen uns ein eigenes Büro und ein PC mit Zugang zum KIS zur Verfügung. Einen Drucker und ein Telefon mit Anrufbeantworter bekamen wir ebenfalls.

Die Pflegedienstleitung räumte uns ausreichend Zeit ein, um das Projekt erfolgreich anzugehen. Ein Diensthandy sorgt für eine gute Erreichbarkeit für die Angehörigen, aber auch für die Kollegen in den Pflegeteams. Rückfragen zur Pflege oder weiteren Therapie bzw. an die Pflegekassen und Sanitätshäuser, die sich bei Pflege trainings in den Familien ergeben, können auf dem „kurzen Dienstweg“ geklärt werden.

Familiale Pflege und EDV

Wie in der Festschrift „Familiensensibles Entlassungsmanagement“ dargestellt, nutzen wir seit 2012 ORBIS auch für die Familiale Pflege. Dies umfasst vor allem die Dokumentation, die konsiliarische Anforderung sowie die Zählung unserer abrechenbaren Leistungen durch das System (ebd., 199f.).

Nach einigen Jahren guter Arbeit kam das Thema Dokumentation, nicht zuletzt durch das Projektforum der Universität Bielefeld in Mülheim an der Ruhr 2016, erneut auf uns zu. Bisher hatten wir unsere Leistungen in ORBIS und in den digitalen Nachweisen der Universität Bielefeld dokumentiert. Das bedeutete sehr viel Zeit mit der Dokumentation zu verbringen, da wir vieles doppelt schreiben mussten.

Im Mai 2017 kam es dann zu einem weiteren Fortschritt in der Dokumentation. In Zusammenarbeit mit Herrn Walkembach, dem zuständigen Mitarbeiter der EDV-Abteilung und Ansprechpartner zum Thema ORBIS und Familiale Pflege, konnten die Nachweise der Universität Bielefeld in das System ORBIS eingepflegt werden. Seitdem dokumentieren wir nicht mehr doppelt. Ein weiterer Vorteil dieser Arbeitsweise ist, dass das Formular im ORBIS aktiv ist. Gibt man im Datumsfeld ein „h“ ein, so erscheint das Datum von heute. Dasselbe gilt für „gestern“, „morgen“ und „jetzt“ im Feld Uhrzeit. Die Anzahl der Tage von der Aufnahme bis zum Datum des Erstgespräches muss nicht mehr mühsam recherchiert und errechnet werden, sondern erscheint automatisch.

Aktuell arbeiten Herr Walkembach und ich an einer weiteren Vereinfachung im Dokument. Hierbei handelt es sich um die Möglichkeit, Leistungen innerhalb eines Nachweises automatisch zählen zu lassen. Es gibt noch einige weitere Ideen, die Dokumentation zu vereinfachen. Man darf gespannt sein. Diese vielen Einzelleistungen führen in der Summe zu einer Zeitersparnis, die wir wiederum für neue Pflegetrainings nutzen können. Darüber hinaus besteht weiterhin die Möglichkeit über ein VPN auf das ORBIS zuzugreifen (ebd., 201f.).

Zusammenarbeit: Netzwerke und Schnittstellen

Die Arbeit im Modellprogramm „Familiale Pflege“ hat immer wieder Schnittstellen mit der Arbeit des Sozialdienstes. Zum Beispiel: Beratung über die Leistungen der Pflegekassen, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten und eine Beratung zu den nötigen Hilfsmitteln.

Die gute Zusammenarbeit zwischen Familialer Pflege und Sozialdienst war in den GFO Kliniken Troisdorf nicht von Anfang an gegeben. Die Kolleginnen des Sozialdienstes befürchteten Unsicherheiten bei den Angehörigen. Sie könnten die Familiale Pflege und den Sozialdienst verwechseln und durch mehrfache Beratung überfordert sein. Außerdem könnten Sachverhalte unnötig mehrfach beraten bzw. bearbeitet werden. Natürlich sorgten sich die Sozialarbeiterinnen auch um ihren Arbeitsplatz, was am Ende zu Feindseligkeiten führte. Häufig kommt es vor, dass die Kollegen auf den Stationen den Sozialdienst parallel zur Familialen Pflege anfordern.

Damit nicht doppelt beraten wird, ist es hier wichtig, zeitnah zu dokumentieren und auch die Dokumentation der Kolleginnen zu lesen. Ebenso ist der regelmäßige persönliche Kontakt zu den Kollegen des Sozialdienstes wichtig. Dieser findet in der Betriebsstätte Sieglar immer am

Mittwochvormittag statt. Hier werden gemeinsame „Sorgenkinder“ besprochen. In der Betriebsstätte Troisdorf nutzen wir gerne die Zwischengespräche der geriatrischen Abteilung, an denen Angehörige, Patienten und alle an der Behandlung Beteiligten (Pflege, Ärzte, Therapeuten) teilnehmen. Natürlich können dringende Fragen auch telefonisch besprochen werden.

Das Projekt „Familiale Pflege“ entwickelt ebenfalls immer wieder neue Möglichkeiten. Seit einiger Zeit hat es sich als äußerst sinnvoll erwiesen, einen Qualitätscheck vor der Entlassung durchzuführen und die Erkenntnisse daraus zeitnah an den Sozialdienst weiter zu geben. Häufig geschieht das telefonisch noch während des Besuches in der Familie. Bei einem solchen Qualitätscheck kann man die Hilfsmittel gezielt auswählen. Als Pflegetrainer kennt man die Patienten (und Angehörige) in der Regel persönlich und kann deren Mobilität einschätzen bzw. weiß, wer genaue Auskunft darüber geben kann (z. B. Physiotherapeuten in der Geriatrie). Wenn man dann die Gelegenheit hat, eine Badsituation (Badewanne, Duscheinstieg, Toilette, Entfernung zum Bett), das Schlafzimmer oder die Treppen im bzw. vor dem Haus anzuschauen, wird schnell klar, was hier möglich ist und welche Hilfsmittel wirklich sinnvoll sind. Ein ggf. vorbereitetes Rezept kann dann sofort an das Sanitätshaus oder die Pflegekasse gefaxt werden. So können viele Überleitungen in die Häuslichkeit optimaler organisiert und die Patienten schneller entlassen werden.

Auch die Zusammenarbeit mit anderen Kliniken ist ein wichtiges Thema. Das Universitätsklinikum Bonn hat ein sehr großes Einzugsgebiet, sodass die Pflegetrainerinnen keine Hausbesuche machen können. Andere Krankenhäuser behandeln ebenfalls Patienten, die weiter entfernt wohnen. In solchen Fällen können wir Familien der Kollegen hier weiterbetreuen. Auch in Urlaubszeiten haben wir schon gegenseitig ausgeholfen, wenn eine Familie dringend weitere Unterstützung brauchte bzw. während einer Kursleitung für einen (Initial-)Pflegekurs im Urlaub oder krank war.

Das Vertrauen der Pflegedienstleitung in unsere Ehrlichkeit und Loyalität ist ebenfalls eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit. Arbeitszeiten sowie gefahrene Kilometer mit dem privaten PKW sollten plausibel dokumentiert sein. Doch kontrollieren lassen sich diese Angaben nur schwer. Auch hier spielt gute Dokumentation eine wichtige Rolle. Termine, Fahrtzeiten und Kilometerangaben sind jederzeit nachvollziehbar. Die Auswahl der Pflegetrainerinnen durch die Pflegedienstleitung hat hier ebenfalls eine Bedeutung. Alle Mitarbeiterinnen sind schon seit vielen Jahren in den Kliniken beschäftigt und daher den PDL bekannt. Sicher fällt es leichter jemandem zu vertrauen, der seit 20 Jahren zuverlässig arbeitet als einer fremden Person. An Vertrauen hat es uns zu keiner Zeit gemangelt.

Es gibt sicherlich noch das Eine oder Andere zu verbessern. Entwicklung ist immer möglich und macht die Arbeit interessant!

Ein Beispiel

Ein 68-jähriger Patient wurde im April 2016 mit einem Schlaganfall ins unsere Klinik gebracht. Er entwickelte eine Lungenentzündung, musste intensivmedizinisch behandelt, intubiert und beatmet werden. Nach knapp vier Wochen konnte der Patient in die Reha Einrichtung entlassen werden. Nun stellte sich für die Familie die Frage: Wie geht es weiter?

Der Chefarzt der Rehaklinik erklärte nach einigen Wochen bei der Visite: „*Wir suchen jetzt einen Heimplatz für Sie.*“ Der Patient und die Familie waren völlig schockiert, da der Patient bis dato sogar noch berufstätig gewesen war. Er gab Deutschunterricht für Migranten, die in Deutschland Arbeit suchten. Dann wandte sich die Ehefrau an die Familiäre Pflege und wir vereinbarten einen Hausbesuch zur Organisation des Pflegealltages mit gleichzeitigem Qualitätscheck vor der Entlassung. Dazu gehörten die Hilfsmittelberatung, eine Information zu den Leistungen der Pflegekasse sowie die Bewältigung des Alltags in der neuen Lebenssituation.

Schnell wurde der Ehefrau klar, dass sie es auf jeden Fall zuhause versuchen wollte. Ein Pflegedienst wurde gesucht, dazu kam der Kontakt zu einem Betreuungsdienst, um die Ehefrau zu entlasten. Die Tochter nahm sich in der ersten Phase Zeit und wohnte vorübergehend bei den Eltern.

Zur Entlassung in die Häuslichkeit gab es von Seiten des Krankenhauses keinen Widerstand. Ein weiteres Gespräch mit dem Chefarzt fand meines Wissens nicht statt. Die Ehefrau hatte sich vorgenommen, den Chefarzt anzuschreiben, war aber dann mit der Vorbereitung für die Heimkehr ihres Mannes so beschäftigt, dass diese Priorität hatte.

Nach der Entlassung starteten wir sofort mit den Pflegetrainings. Themen waren: Mobilisation in den Stuhl, Haare waschen im Rollstuhl, Umgang mit dem Blasenkatheter, Umgang mit der PEG und vieles mehr.

Im Verlauf machte der Patient zunehmend Fortschritte. Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie haben sicher dazu beigetragen, aber auch die Tatsache, dass Herr U. nicht in ein Pflegeheim musste, sondern wieder mit seiner Familie in seinem eigenem kleinen Häuschen wohnen konnte.

Ein weiterer kurzer Krankenhausaufenthalt folgte: Die PEG konnte entfernt werden. Hier konnte ich als Pflegetrainerin wieder neu ansetzen. Durch die Fortschritte, die der Patient im weiteren Verlauf machte, änderte sich auch das Pflegesetting. Andere Hilfsmittel wurden gebraucht: Badewannendrehstz, Multifunktionsrollstuhl, Teleskoprampen etc. Auch die Pflegetrainings veränderten sich: Umgang mit dem Rollstuhl, richtiges Anlegen der Rampen, Vorbereitungen zum Verlassen des Hauses, Befahren von Bordsteinen.

In all der Euphorie gab es auch immer wieder Krisen: Unzufriedenheit mit dem Pflegedienst, ebenfalls mit der Betreuungskraft. Die extreme Belastung der Ehefrau, dass die Tochter wieder in ihrer eigenen Wohnung war und lediglich noch zu Besuch kam. So war die Ehefrau nicht in der Lage in Ruhe zu arbeiten, obwohl sie als Freiberuflerin von zu Hause aus arbeitet, war nie genug Ruhe im Haus, um sich konzentrieren zu können.

Hier musste noch einmal umgedacht werden. In Rücksprache mit meiner wissenschaftlichen Begleitung der Universität Bielefeld, Frau Lebeda, fand ein Gespräch statt. Hierbei ging es um den Abschied vom lang gehegten Lebensplan und um eine die Neuordnung des Lebensabschnittes.

Als mir und der Familie klar wurde, dass es Phasen und Entwicklungsschritte in der Pflege eines solchen Kranken gibt, die es zu bewältigen gibt, wurden die Gedanken wieder klarer. Eine neue Energie kam auf und damit neue Ideen.

Daraus folgte, dass der Patient an zwei Tagen in der Woche eine Tagespflegeeinrichtung besuchen sollte. Nach anfänglichen, organisatorischen Schwierigkeiten schien dies tatsächlich eine passende Entlastung und gleichzeitig eine Abwechslung für den Patienten und die Ehefrau zu sein.

Fazit: Durch den Qualitätscheck vor der Entlassung konnte eine Heimunterbringung vermieden werden. Mit vielen Pflegetrainings konnten die Ehefrau und die Tochter so geschult werden, dass sie den Patienten auch allein hätten versorgen können. Weil der Patient aus medizinischen Gründen erneut das Krankenhaus aufsuchen musste, konnte ich als Pflegetrainerin den veränderten Pflegebedarf ermitteln und die Familie für das alltägliche Zusammenleben weiter schulen und beraten. Als sich die Situation in eine Krise manövrierte, war es möglich durch ein beratendes Gespräch mit Frau Lebeda die Situation wieder zu stabilisieren, sodass erneut eine Heimunterbringung vermieden werden konnte und die Ehefrau zumindest teilweise wieder in der Lage versetzt wurde, ihrer Arbeit nachzugehen.

Literaturverzeichnis

Klewitz, Martina (2015). Familiäre Pflege und EDV. In Gröning, K., Sander, B. & Kamen, R. von (Hrsg.): Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ (S. 198-202). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.

