



Agnes Kocher

DIPLOMARBEIT

Höheres Fachdiplom Spitex-Pflege

Pflegerischer Austrittsbericht

Literatur- und Projektarbeit zur Qualitätssicherung beim schriftlichen Austrittsbericht des Spitals an die Spitex

Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe WE'G

Mühlemattstrasse 42, 5001 Aarau

Kurs HFP 05A

12. September 2006

Agnes Kocher
Schulweg 6
3013 Bern

akocher@sudo.ch

Begleitperson WE'G:

Johanna Niederberger (Master of Science in Nursing, MSN)

Klinik und Poliklinik für Allgemein Innere Medizin/Psychiatrische
Poliklinik KAIM, Inselspital Bern

Begleitperson KAIM:

Erika Wüthrich (Pflegeexpertin, Höfa 2)

INHALTSVERZEICHNIS

1	Zusammenfassung.....	S. 7	5.4	Weiterführende Ziele.....	S. 17
2	Dank.....	S. 9	6	Literaturrecherche.....	S. 18
3	Einleitung.....	S. 11	6.1	Literatursuche und Auswahl der Literatur.....	S. 18
4	Ausgangslage.....	S. 13	6.2	Definition und Begriffe.....	S. 18
4.1	Arbeitsplatzbeschreibung.....	S. 13	6.2.1	Entlassungsplanung.....	S. 18
4.1.1	Inselspital.....	S. 13	6.2.2	Entlassungsmanagement.....	S. 19
4.1.2	Klinik und Poliklinik für Allgemein Innere Medizin/Psychiatrische Poliklinik.....	S. 13	6.2.3	Pflegeüberleitung.....	S. 19
4.1.3	Team N Mitte 1.....	S. 13	6.2.4	Austrittsplanung.....	S. 19
4.1.4	Beschreibung der Patientinnen und Patienten.....	S. 13	6.2.5	Formular für die Weitergabe von pflegerischen Daten.....	S. 20
4.1.5	Zusammenarbeit mit spitalexternen Diensten.....	S. 14	6.3	Informationsübermittlung.....	S. 20
4.2	Meine Stellung.....	S. 14	6.3.1	Schriftliche Informationsübermittlung während der Austrittsplanung.....	S. 21
4.3	Problemanalyse.....	S. 15	6.3.2	Mündliche Informationsübermittlung während der Austrittsplanung.....	S. 23
4.3.1	Erste Seite des Formulars «Überweisungsrapport».....	S. 15	6.3.3	Datenschutz bezüglich Informationsübermittlung.....	S. 24
4.3.2	Zweite Seite des Formulars «Überweisungsrapport».....	S. 15	6.3.4	Implementation eines neuen Formulars für den pflegerischen Austrittsbericht.....	S. 25
4.3.3	Dritte Seite des Formulars «Überweisungsrapport».....	S. 15	6.4	Ethische Aspekte.....	S. 26
4.3.4	Vierte Seite des Formulars «Überweisungsrapport».....	S. 16	6.4.1	Ethische Überlegungen zum pflegerischen Austrittsbericht..	S. 26
4.4	Rahmenbedingungen.....	S. 16	6.4.2	Einverständniserklärung.....	S. 28
5	Zielsetzung.....	S. 16	6.5	Qualitätsanforderungen an den pflegerischen Austrittsbericht.....	S. 28
5.1	Grobziel.....	S. 16	6.5.1	Qualitätskriterien.....	S. 29
5.2	Feinziele.....	S. 16	6.5.2	Handlungsanweisung.....	S. 31
5.2.1	Kurzfristige Ziele.....	S. 16	7	Projektplanung.....	S. 31
5.2.2	Mittelfristige Ziele.....	S. 17	7.1	Themenwahl und Projektorganisation.....	S. 31
5.2.3	Langfristige Ziele.....	S. 17	7.2	Zeitplan.....	S. 32
5.3	Persönliche Lernziele.....	S. 17	7.3	Methodenwahl.....	S. 32
			7.3.1	Zielsetzung.....	S. 32

7.3.2	Sitzungsleitung.....	S. 32	9.1.1	Evaluation der Zusammenarbeit in der Projektgruppe.....	S. 41
7.3.3	SOFT-Analyse.....	S. 32	9.2	Erhebung des Ist-Zustandes.....	S. 41
7.3.4	Suche nach Formularen für den pflegerischen Austrittsbericht.....	S. 32	9.2.1	Bestandesaufnahme in der Projektgruppe.....	S. 41
7.4	Ethische Aspekte des Projekts.....	S. 34	9.3	Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit mit der Spitex.....	S. 41
7.4.1	Transparenz.....	S. 34	9.3.1	Spitex A.....	S. 41
7.4.2	Autonomie.....	S. 34	9.3.2	Spitex B.....	S. 42
7.4.3	Vertraulichkeit.....	S. 34	9.4	Ergebnisse des Projekts.....	S. 42
7.4.4	Verantwortung.....	S. 35	9.4.1	Pflegerischer Austrittsbericht N Mitte.....	S. 42
8	Durchführung des Projekts.....	S. 35	9.4.2	Handlungsanweisung zum Formular «Pflegerischer Austrittsbericht».....	S. 42
8.1	Sitzungseinladung.....	S. 35	9.4.3	Einverständniserklärung.....	S. 42
8.2	Sitzungsprotokoll.....	S. 35	9.4.4	Implementation im Team N Mitte.....	S. 42
8.3	Logo.....	S. 35	9.4.5	Evaluation des Pflegerischen Austrittsberichts.....	S. 43
8.4	Bestandesaufnahme.....	S. 35	9.5	Erkenntnisse aus der Literatur.....	S. 45
8.4.1	Bestandesaufnahme in der Projektgruppe.....	S. 35	10	Zielüberprüfung.....	S. 45
8.4.2	Bestandesaufnahme in der Spitex A.....	S. 37	10.1	Kurzfristige Ziele des Projekts.....	S. 45
8.5	Literatur bearbeiten in der Projektgruppe.....	S. 38	10.2	Mittelfristige Ziele des Projekts.....	S. 46
8.6	Altes Formular «Überweisungsrapport» überarbeiten.....	S. 38	10.3	Langfristige Ziele des Projekts.....	S. 46
8.7	Teamsitzung Spitex B.....	S. 38	10.4	Persönliche Ziele.....	S. 46
8.8	Digitale Version «Pflegerischer Austrittsbericht».....	S. 39	10.5	Weiterführende Ziele des Projekts.....	S. 46
8.9	Zusammenarbeit mit dem Rechtsdienst.....	S. 39	11	Schlussfolgerungen.....	S. 47
8.10	Handlungsanweisung zum Formular «Pflegerischer Austrittsbericht».....	S. 40	12	Schlusswort.....	S. 49
8.11	Einverständniserklärung.....	S. 40	13	Literaturnachweis.....	S. 50
8.12	Meilenstein: Genehmigung «Pflegerischer Austrittsbericht» und «Anwendung im Team».....	S. 40	14	Anhang.....	S. 53
9	Darstellung und Diskussion der Ergebnisse und Erfahrungen.....	S. 41			
9.1	Projektmanagement.....	S. 41			

1 ZUSAMMENFASSUNG

Mit dem Formular für den pflegerischen Austrittsbericht an die Spitex wird in dieser Arbeit ein Teilaspekt der Austrittsplanung genauer betrachtet. In Zusammenarbeit mit einer Projektgruppe und der Pflegeexpertin an meinem Arbeitsplatz im Inselspital habe ich ein neues Formular entwickelt.

Aktuelle Literatur und Studien zum Thema Überleitungspflege und Austrittsmanagement dienen als wichtige Informationsgrundlage für diese Arbeit. Die Erhebung des Ist-Zustandes zeigte positive Aspekte sowie auch Schwachstellen des bisher von der Klinik benutzten Formulars für den pflegerischen Austrittsbericht auf. Die Projektgruppe setzte sich intensiv mit den verschiedensten Formularen für den Austrittsbericht auseinander, die aus der ganzen Schweiz und aus Deutschland zusammengetragen worden sind. Da bereits viele verschiedene Formulare für den pflegerischen Austrittsbericht existieren, hat die Projektgruppe das Rad nicht neu erfinden wollen. Bereits vorhandene Exemplare sind evaluiert und einzelne Teile daraus übernommen worden. Das neue Formular wurde zusammen mit Fachleuten aus der Spitex auf seine Praxistauglichkeit geprüft.

Im weiteren hat sich die Projektgruppe mit dem Schutz von persönlichen Patientendaten auseinander gesetzt. In der Schweiz wird der Datenschutz beim pflegerischen Austrittsbericht unterschiedlich gehandhabt. Die Projektgruppe hat nach einer rechtlich abgesicherten Lösung gesucht und diese im Kontakt mit dem Rechtsdienst des Inselspitals auch gefunden: Auf dem Formular für den pflegerischen Austrittsbericht werden Daten nur dann an die Spitex übermittelt, wenn die Patientin oder der Patient dies in einer Einverständniserklärung autorisiert hat.

Trotz anfänglichen Bedenken hat die Projektgruppe daran festgehalten,

dass das neue Formular am Computer ausgefüllt und abgespeichert werden kann. Für das Abspeichern und Löschen von schützenswerten Patientendaten müssen spezielle Sicherheitsmassnahmen beachtet werden.

Die Projektgruppe hat eine Handlungsanweisung erarbeitet, welche im Einzelnen aufzeigt, wie das Formular ausgefüllt, abgespeichert und verschickt wird. Die Handlungsanweisung soll auch der Qualitätssicherung dienen. Zwar ist diese Methode weniger geeignet für die Zielüberprüfung als herkömmliche Qualitätsstandards, doch hat sie den Vorteil, im Alltag besser verständlich zu sein.

In einem weiteren Schritt soll das Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» im Team N Mitte der Medizinischen Klinik für Allgemein Innere Medizin im September 2006 als Pilotprojekt eingeführt werden. Die Einführung wird jedoch in dieser Arbeit nicht mehr beschrieben.

2 DANK

Elena Wunderlin und Rebekka Zuber, den beiden Projektteamfrauen, für die intensiven Sitzungsstunden, für die hervorragenden Motivationskünste und für die weiteren (ab September bezahlten!) Arbeitsstunden fürs Projekt!

Monica Kocher, der 61-jährigen Microsoftspezialistin, für aufgebrauchte Zeit, Nerven und Fachkenntnisse zur Herstellung des Word-Dokuments für das Formular «Pflegerischer Austrittsbericht»!

Andreas Windlinger, dem hauptberuflichen Hausmann und Rennradfahrer, für seine journalistischen Fähigkeiten wie Herunterbrechen, Zuspitzen und Primeure stecken!

Yve Choquard, für das tolle Layout!

Den beiden Spitex-Organisationen für die motivierte Zusammenarbeit.

Erika Wütrich für die kompetente Begleitung und Unterstützung des Projektes.

3 EINLEITUNG

Im Rahmen meiner Ausbildung zum Höheren Fachdiplom Spitex-Pflege am Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe (WE'G) in Aarau habe ich den Auftrag erhalten, ein Projekt zum Thema Qualitätsförderung durchzuführen. Es soll ein praktisches Projekt mit einem nachweisbaren Nutzen für meinen Arbeitsplatz sein.

Seit meinem beruflichen Wechsel von der Spitex ins Akutspital ist mir eine gute Zusammenarbeit zwischen Spital und Spitex sehr wichtig. Je mehr ich mich mit dem Thema Austrittsplanung bzw. Schnittstellenmanagement auseinandersetze, desto mehr Lücken im System und nötige Interventionen werden mir bewusst.

Im Austausch mit meinen Kolleginnen und Kollegen am WE'G lernte ich Schwierigkeiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit besser verstehen. Ich hoffe mit diesem Projekt einen Beitrag zur Sicherung der Versorgungsqualität und -kontinuität leisten zu können.

Oft erleben wir auf unserer Klinik komplexe und pflegerisch anspruchsvolle Patientensituationen. Wenn Patientinnen oder Patienten nach Hause entlassen werden, spielt der Informationsfluss zwischen Spital und Spitex eine bedeutende Rolle. Auf dem Formular für den Austrittsbericht an die Spitex fehlte mir bisher die Möglichkeit, die notwendigen Informationen übersichtlich und gut lesbar weiterzugeben. Meistens schreiben verschiedene Personen über mehrere Tage am bestehenden Formular. Zuwenig Platz auf dem Formular und schwer lesbare Schriften machen das Entziffern des Berichtes entsprechend schwierig.

4. AUSGANGSLAGE

4.1 Arbeitsplatzbeschreibung

4.1.1 *Inselspital*

Das Inselspital ist das grösste Spital der Schweiz. Jährlich werden hier ca. 38'000 Patientinnen und Patienten stationär und rund 175'000 ambulant von mehr als 6'000 Mitarbeitenden versorgt und betreut.

Das Inselspital Bern bietet als Universitätsspital und medizinisches Zentrum des Kantons Bern hochspezialisierte medizinische Leistungen, inklusive Transplantationsmedizin, mit ausgeprägter Interdisziplinarität und hoher Betreuungsqualität an. Es betreibt Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens und ermöglicht qualifizierte Forschung. Das Inselspital setzt sich zum Ziel, diese bedeutende Stellung im schweizerischen Gesundheitswesen weiter zu stärken und will ein Garant sein für qualitativ hochstehende medizinische und pflegerische Leistungen.

Seit dem 1. April 1999 weist das Inselspital eine departementale Struktur auf. Die 39 Kliniken, Abteilungen und Institute sind in neun teilautonome Departemente zusammengefasst. Sie stellen Organisationseinheiten dar, die für Ergebnisse, Prozesse, Strukturen und Ressourceneinsatz verantwortlich sind.

Der Verwaltungsrat als oberstes Organ des Inselspitals besteht aus neun Mitgliedern. Er wird vom Regierungsrat gewählt. (Birchler, 2005)

4.1.2 *Klinik und Poliklinik für Allgemein Innere Medizin / Psychiatrische Poliklinik*

Die Klinik und Poliklinik für Allgemein Innere Medizin/Psychiatrische Poliklinik (KAIM) gehört zum Departement für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin (DAIN). Die KAIM besteht aus den Einheiten Medizin Anna Seiler (MEAS), Lory-Haus, Sahli-Haus Psychiatrische Poli-

linik und Bewachung. Die Einheit Medizin Anna Seiler auf dem Stock N ist eine medizinische Bettenstation bestehend aus vier Pflgeteams. Die Pflegenden betreuen Patientinnen und Patienten im stationären Bereich.

4.1.3 *Team N Mitte 1*

Das Team N Mitte 1 gehört zu den vier Pflgeteams der Einheit Medizin Anna Seiler. Das Team N Mitte 1 betreut insgesamt 12 Patientinnen und Patienten, ausschliesslich in Zweier- und Einzerrimmern. Zur Zeit ist hier viel im Umbruch, denn in diesem Jahr sind die beiden Teams N Mitte 1 und 2 zusammengelegt worden. Im Mai 2006 hat die Stationsleitung vom Team N Mitte 2 beide Teams übernommen. Die beiden Teams werden jedoch momentan nicht durchmischt.

4.1.4 *Beschreibung der Patientinnen und Patienten*

Auf der Einheit MEAS liegen grösstenteils Patientinnen und Patienten, welche eine Therapie in einer Uni-Klinik benötigen. Häufig sind die Situationen komplex und erfordern eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Pflgeteams betreuen Menschen:

- mit akuten oder chronischen Erkrankungen verschiedener Organe.
- in palliativen Krankheits- und Therapiesituationen sowie Sterbende.
- mit onkologischen Erkrankungen und Therapien.
- mit unklaren Krankheitssymptomen zur Abklärung.
- aus allen sozialen Schichten und von unterschiedlicher Nationalität.

Es gibt eine Reihe chronisch kranker Patientinnen und Patienten, die wiederholt auf der Einheit MEAS hospitalisiert wurden. Die Ursachen

der gehäuften Wiedereintritte wurde jedoch bisher nicht genauer untersucht. Die durchschnittliche Hospitalisationsdauer auf der Einheit MEAS liegt zur Zeit bei acht bis zehn Tagen. Tendenziell werden rehabilitationsbedürftige Patientinnen und Patienten früher und schneller in andere Spitäler oder Kliniken verlegt als früher, damit wieder offene Akutbetten geschaffen werden können. Auch für pflegebedürftige Langzeitpatientinnen und -patienten muss schnell eine Übergangslösung in Sicht sein, wie zum Beispiel ein Ferienbett in einem Pflegeheim oder eine engmaschige ambulante Betreuung.

4.1.5 Zusammenarbeit mit spitalexternen Diensten

Die enge Zusammenarbeit mit einem grossen Spektrum an spitalexternen Organisationen (Spitalexterne Pflege und Betreuung (Spitex), Alters- und Pflegeheime, Rehabilitationskliniken, Methadon- und Heroinabgabe, Zentrum für ambulante Palliativpflege Bern (ZAPP), Spitalexterne Onkologiepflege (SEOP),...) ist in den Pflorgeteams auf dem Geschoss N eine wichtige Voraussetzung, um die Weiterbetreuung der Patientinnen und Patienten im Spital oder zu Hause zu gewährleisten. Die Qualität des gemeinsamen Austausches und der Übergabe der Patientinnen und Patienten ist jedoch sehr unterschiedlich und oft von einzelnen Personen oder Einrichtungen abhängig, d.h. eher dem Zufall überlassen. Bei der Planung von Ein- und Austritten spielt der Zeitfaktor eine grosse Rolle. Im Spital erhalten wir meist wenig Informationen zum Zustand der Patientinnen und Patienten zu Hause; Übertrittsberichte erhalten wir von den Heimen, jedoch selten von einer Spitex. Telefonische Übergaberapporte habe ich kaum jemals erlebt. Wenn Unklarheiten auftauchen, fragen wir meist vom Spital aus bei den betreffenden Organisationen nach.

Im Team N Mitte I sind wir zwar durch das Projekt ERPAZ (Erfassung der Patientenzufriedenheit) sensibilisiert und geschult, den Austritt frühzeitig zu thematisieren und zu planen, trotzdem läuft nicht immer alles wie es sollte. Häufig steht während der Hospitalisation erst einmal die medizinische Therapie im Vordergrund, und die Pflege wird bezüglich dem Thema Austrittsplanung auf später vertröstet. Oft kommt es auch vor, dass der Austrittstermin von den Ärztinnen und Ärzten unerwartet festgelegt wird und die Patientin oder der Patient schon zu Hause sein sollte, bevor wir überhaupt mit der Spitex Kontakt aufnehmen konnten. Diese Situationen haben dann sehr unbefriedigende Lösungen und häufig auch Wiedereintritte zur Folge.

Gute Erfahrungen haben wir mit dem Rundtischgespräch gemacht. Dabei laden wir gemeinsam mit der Spitalärztin die Patientin oder den Patienten sowie ihre/seine Angehörigen und betreuende Personen zur Besprechung und Klärung der Situation ein. Das Rundtisch- bzw. Rehabgespräch wird häufig für die Entscheidungsfindung bei komplexen Austrittsplanungen benutzt. In manchen Situationen ist es auch sinnvoll, wenn eine Pflegeperson der nachbetreuenden Organisation anwesend sein kann.

4.2 Meine Stellung

In meiner Funktion als dipl. Pflegefachfrau bin ich im Team N Mitte I zu 90% angestellt. Die Höfa I - Ausbildung nimmt davon 20% in Anspruch. Meine Anstellung als Pflegefachfrau werde ich auch nach Abschluss der Ausbildung beibehalten. Pflegefachfrauen Höfa I sind in erster Linie am Patientenbett tätig, Mitarbeit in Projekten wird jedoch erwartet. Höfa I - Pflegenden sollen im Team Fachgespräche führen sowie Pflegeplanungen in komplexen Situationen erstellen können.

4.3 Problemanalyse

Bei der Verlegung von Patientinnen und Patienten in andere Institutionen oder nach Hause werden wichtige Informationen an die nachbetreuenden Pflegefachpersonen am Telefon mündlich rapportiert und auf dem Formular «Überweisungsrapport» schriftlich festgehalten. Für Spitäler und Pflegeheime wird heute meistens die Pflegedokumentation der Abteilung kopiert, um Zeit zu sparen. Für die Spitex füllt die Pflege das standardisierte Formular «Überweisungsrapport» aus. Es kommt immer häufiger vor, dass pflegerisch komplexe Patientinnen und Patienten nach Hause entlassen werden, die in vielen Bereichen auf Hilfestellungen angewiesen sind. Die Spitex übernimmt in solchen Situationen oft einen grossen Teil der Pflege. Der schriftliche Rapport ist neben dem Telefongespräch für die Kommunikation zwischen Spital und Spitex das wichtigste Instrument.

Das Formular «Überweisungsrapport» von 1999 entspricht nicht mehr den heutigen Anforderungen bezüglich Pflegedokumentation, Pflegeverständnis und -forschung, Datenschutz, interdisziplinärer Zusammenarbeit und Layout. Einerseits werden einige Teile selten bis nie ausgefüllt, andererseits ist auf dem Formular für einige Bereiche zu wenig Platz vorhanden.

Auf dem Formular ist keine Quelle angegeben; es ist auch nicht ersichtlich, wer dieses Formular ursprünglich erarbeitet hat.

↳ *Siehe Anhang 1 S. 55* → *Formular «Überweisungsrapport»*

4.3.1 Erste Seite des Formulars «Überweisungsrapport»

Die erste Seite des Formulars wird heute nicht mehr vollständig ausgefüllt. Die geforderten Angaben zur Wohnsituation können von der Pflege im Spital nur oberflächlich abgeklärt werden. Die Spitex erhält beim Hausbesuch einen besseren und schnelleren Einblick.

Die Angaben zur sozialen Situation (Zivilstand, Konfession, AHV-Nr., etc.) werden auf dem Formular routinemässig erfragt. Es ist unklar, ob diese Daten für die Spitex überhaupt relevant sind. Meistens werden auch diese Abschnitte leer gelassen.

Weiter macht es keinen Sinn, dass wir im Spital mühsam Telefonnummern eines Mahlzeitendienstes oder einer Haushilfe suchen. Die Spitex kennt diese Dienste besser als wir im Spital.

Es ist unklar, ob eine medizinische Diagnoseliste auf dem Überweisungsrapport aufgeführt werden darf ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der datenschützerische Aspekt muss abgeklärt werden.

Zudem besteht oft zuwenig Platz, um auf der ersten Seite das aktuelle pflegerische Problem zu beschreiben.

4.3.2 Zweite Seite des Formulars «Überweisungsrapport»

Unter dem Titel «Pflegediagnose» sind die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's) aufgeführt. Diese Seite ist für eine standardisierte Pflegeplanung vorgesehen, Pflegediagnosen werden jedoch keine gestellt. Dieser Abschnitt ist nicht vorgesehen für eine detaillierte Beschreibung des aktuellen Zustandes. Die Kreuze für Bewegung (unabhängig, teilw. unabhängig, abhängig) reichen nicht aus, damit sich die Spitex ein umfassendes Bild von der Mobilität der Patientin oder des Patienten machen kann.

4.3.3 Dritte Seite des Formulars «Überweisungsrapport»

Die dritte Seite ist unterteilt in Pflegerische Massnahmen/Betreuungsaufgaben (= Pflegeplanung) und Bemerkungen (soziale Situation, spezielle Gewohnheiten usw.) Bei komplexen Übertritten besteht auf dieser Seite zuwenig Platz für die detaillierten Pflegeplanungen.

Bei Angaben zur sozialen Situation und zu speziellen Gewohnheiten

sehe ich den Persönlichkeitsschutz der Patientin oder des Patienten gefährdet. Die Patientin oder der Patient ist meistens nicht über den Inhalt des Rapportes informiert.

4.3.4 Vierte Seite des Formulars «Überweisungsrapport»

Die Spalte für die medikamentöse Therapie wird bei uns nicht mehr ausgefüllt, da die Spitalärztin bei uns den Medikamentenplan schreibt.

Ein weiterer unbenutzter Abschnitt ist derjenige für die Organisation Spitin – Spitex. Vielleicht liegt es daran, dass dieser Abschnitt unübersichtlich gestaltet ist oder der Bedarf nicht vorhanden ist. Viele der hier erfragten Informationen werden mündlich übermittelt.

Für Erläuterungen bezüglich Anleitung und Information von Angehörigen existiert nur eine Zeile. Diese reicht meistens nicht aus.

4.4 Rahmenbedingungen

Die Pflegefachpersonen vom Team N Mitte 1 und die Pflegeexpertinnen der Klinik erachten es als sinnvoll und notwendig, dass das Formular «Überweisungsrapport» überarbeitet wird. Die Projektgruppe soll abklären, ob kantonale oder auch ausserkantonale andere neuere Formulare für Überweisungsrapporte existieren, welche für die KAIM angepasst werden könnten.

Seit dem 1. Juni 2006 sind die beiden Teams N Mitte 1 und 2 zusammengeschlossen. Seither wird auch das Team N Mitte 2 in das Projekt einbezogen. Ein Mitglied der Projektgruppe arbeitet sowohl im Team N Mitte 1 wie auch Mitte 2. Es ist vorgesehen, dass nach Abschluss des Projektes das neu überarbeitete Formular «Überweisungsrapport» im Team N Mitte eingeführt und evaluiert wird.

Das neue Formular «Überweisungsrapport» wird vorerst für die Einheit MEAS erarbeitet, andere Einheiten mit anderer medizinischer Fachrich-

tung werden nicht einbezogen. Mit dem pflegerischen Austrittsbericht soll der poststationäre Versorgungsbedarf der Patientin oder des Patienten möglichst genau und vollständig beschrieben werden können. In dieser Diplomarbeit wird die Implementierung des neuen Formulars für den Überweisungsrapport im Team N Mitte nicht bearbeitet. Es werden jedoch zeitliche und organisatorische Angaben zur Einführung des neuen Formulars gemacht.

Da die Pflegedienstleitung für das Projekt keine zeitlichen und finanziellen Mittel bewilligt hat, hat sich die Projektgruppe bereit erklärt, unentgeltliche Arbeitsstunden zu leisten. Aus diesem Grund sind die Ressourcen für dieses Projekt knapp und das persönliche Engagement der einzelnen Projektgruppenmitglieder sehr hoch.

5 ZIELSETZUNG

5.1 Grobziel

Das Formular «Überweisungsrapport» ist unter Einbezug von Pflegefachpersonen des Teams N Mitte, von Spitexfachpersonen und des Datenschutzes für das Team N Mitte inhaltlich überarbeitet.

5.2 Feinziele

5.2.1 Kurzfristige Ziele

⇒ Das Projektteam hat Formulare für den Überweisungsrapport von anderen Kliniken und spitalexternen Diensten zum Vergleich angefordert.

⇒ Die Formulare «Überweisungsrapport» von anderen Kliniken, Spitälern und spitalexternen Diensten sind von der Projektgruppe verglichen und evaluiert worden.

⇒ Die Projektgruppe hat Teile von fremden Überweisungsformularen

gefunden, die übernommen werden können.

⇒ Die Projektgruppe hat sich über neuste Resultate und Erkenntnisse in Forschung und Literatur informiert und hat diese, wo sinnvoll, in die weitere Arbeit einbezogen.

⇒ Die Projektgruppe hat konkrete Verbesserungsvorschläge für das neue Formular «Überweisungsrapport» unter Einbezug der fremden Formulare schriftlich formuliert.

⇒ Das Projektteam hat die erarbeiteten Verbesserungsvorschläge mit einer Spitex-Fachfrau evaluiert.

⇒ Das Projektteam hat einen Vorschlag ausgearbeitet, ob Pflegediagnosen im neuen Überweisungsrapport aufgeschrieben werden sollen oder nicht.

5.2.2 Mittelfristige Ziele

⇒ Die Projektgruppe hat ein neues Formular «Überweisungsrapport» erarbeitet.

⇒ Die Projektgruppe hat im neuen Formular «Überweisungsrapport» die erarbeiteten Verbesserungsvorschläge berücksichtigt.

⇒ Falls Teile aus einem fremden Formular übernommen werden, hat die Projektgruppe eine Bewilligung bei der betreffenden Klinik oder Spitex eingeholt.

⇒ Das Projektteam hat die rechtlichen Fragen betreffend Formular «Überweisungsrapport» in Zusammenarbeit mit einem Datenschützer geklärt.

⇒ Das Projektteam hat das neue Formular «Überweisungsrapport» in Zusammenarbeit mit einer Spitex-Fachperson bezüglich folgender Kriterien überprüft:

- Für die Dokumentation der Pflege ist ausreichend Platz vorhanden.
- Die Pflegeplanung ist für alle Pflegefachfrauen nachvollziehbar.

- Die Pflegeplanung bezieht sich auf die aktuelle Pflege für zu Hause.
- Das Layout ist übersichtlich und ansprechend gestaltet.
- Das Formular kann in der Praxis vom Team N Mitte eingesetzt werden.
- Die Spitex hat alle nötigen Informationen erhalten.
- Neuste Erkenntnisse aus Literatur und Forschung sind berücksichtigt und wo sinnvoll einbezogen.
- Der Datenschutz ist berücksichtigt.

5.2.3 Langfristige Ziele

⇒ Das Formular «Überweisungsrapport» ist bezüglich Datenschutz auf dem aktuellen Stand.

⇒ Das Formular «Überweisungsrapport» ist bereit, um in einem Pilotprojekt im Team N Mitte getestet und evaluiert zu werden.

5.3 Persönliche Ziele

⇒ Ich habe erste Erfahrungen im Projektmanagement sammeln können.

⇒ Ich habe erreichbare Ziele gesetzt.

⇒ Ich habe ein für mich befriedigendes Resultat erhalten, das heisst, das von der Projektgruppe erarbeitete Formular kann im Team N Mitte in einem Pilotprojekt eingeführt und evaluiert werden.

5.4 Weiterführende Ziele

Diese Ziele will ich nach Ende dieses Projektes und nach Abschluss der Diplomarbeit weiterverfolgen:

⇒ Nötige Abklärungen, damit das Formular «Überweisungsrapport» am PC ausgefüllt werden kann, wurden getroffen.

⇒ Das Formular «Überweisungsrapport» kann am PC ausgefüllt werden.

⇒ Alle Pflegefachfrauen der KAIM haben eine Schulung zum Überweisungsrapport besucht.

6 LITERATURRECHERCHE

6.1 Literatursuche und Auswahl der Literatur

Ich habe Literatur gesucht, die einen direkten Bezug zum Projektthema hat. Es ist mir wichtig, aktuelle und grösstenteils wissenschaftliche Literatur zu bearbeiten. Ich habe mich in dieser Diplomarbeit auf deutschsprachige Literatur beschränkt. Bearbeitet werden Themen, welche einen direkten oder indirekten Einfluss auf den Informationsfluss zwischen Spitin und Spitex haben. Zum Thema «Schutz von persönlichen Patientendaten» habe ich bewusst keine Literatur gesucht, da ich mich für die Erstellung des neuen Formulars an die Weisungen des Rechtsdienstes des Inselspitals halten werde.

Für die Literaturrecherche habe ich folgende Schlagwörter verwendet:

- Austrittsmanagement
- Pflegeüberleitung
- Überleitungsprozess
- Versorgungskontinuität
- Entlassungsplanung
- Entlassungsmanagement
- Austrittsplanung
- Schnittstellenmanagement
- Patientenaustritt
- Spitalaustritt
- Informationsübermittlung
- Überleitungsbericht
- Überleitungsbogen
- Verlegungsbericht

Ausschlusskriterien sind:

- Datenschutz
- Elektronische Pflegedokumentation

6.2 Definitionen und Begriffe

In der Literatur wie auch in der Praxis existieren für den Prozess der Entlassung der Patientin oder des Patienten nach Hause oder in eine weiterversorgende Pflegeeinrichtung viele unterschiedliche Bezeichnungen: Austrittsmanagement, Pflegeüberleitung, Entlassungsplanung, Austrittsplanung, Entlassungsmanagement, Übergangspflege, Übergangsversorgung, etc. Anschliessend werden die in der Literatur am häufigsten verwendeten Begriffe kurz erläutert.

6.2.1 Entlassungsplanung

Im Pschyrembel Wörterbuch für Pflege (2003, S.199) wird die Entlassungsplanung folgendermassen definiert: «Organisation des Übertritts eines Patienten von der stationären Versorgung nach Hause, zur ambulanten Weiterversorgung oder in ein Pflegeheim; umfasst die Festlegung des Entlassungsdatums, Information des Patienten und der Angehörigen, Bestimmung der Transportart, Beurteilung der häuslichen Pflegesituation (ggf. mit Einschaltung des ambulanten Dienstes), Klärung der Versorgungssituation (ggf. mit Veranlassung eines Mahlzeitendienstes) und evtl. Organisation der Pflegeüberleitung. Folgende Unterlagen müssen dafür zusammengestellt werden: Pflegebericht, Entlassungsbericht, Überweisungsbericht zum weiterbehandelnden Arzt (...), Medikamentenverordnung, Rezepte, Transportschein».

Die Entlassungsplanung wird von Wingenfeld (2005) als Überleitung durch Pflegekräfte im Stationsdienst beschrieben. Von Vorteil sind bei diesem schon älteren Modell die kurzen Kommunikationswege, der enge Kontakt der Pflegenden zur Patientin oder zum Patienten und zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und ein geringer bürokratischer Aufwand (im Vergleich zum Entlassungsmanagement und zur Pflegeüberleitung).

6.2.2 Entlassungsmanagement

Unter Entlassungsmanagement wird im Pschyrembel Wörterbuch für Pflege (2003) die Organisation und Dokumentation der notwendigen Massnahmen und Informationen bei anstehender Entlassung aus der stationären Versorgung beschrieben. Das Entlassungsmanagement beinhaltet die Entlassungsplanung und hat eine effiziente Verzahnung der ambulanten Versorgungsangebote zum Ziel. «Entlassungsmanagement findet sich in der Literatur auch als Teilaspekt der Pflegeüberleitung und leitet sich ab aus der in den USA gängigen Organisation der pflegerischen und ärztlichen Betreuung und Begleitung von Patienten über ihren Klinikaufenthalt hinaus. (...) Die gegenseitigen Verknüpfungen sind rechtlich und organisatorisch nicht geklärt.» (Pschyrembel, 2003, S.199)

Im Deutschen Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) werden zwei Organisationsformen beschrieben:

Direktes Entlassungsmanagement: Die verantwortliche Durchführung liegt prinzipiell in Händen von Pflegefachkräften auf der Station. Der Prozess ist von Beginn an Teil der Behandlungs- bzw. Pflegeplanung. Zusätzliche Schnittstellen werden vermieden.

Indirektes Entlassungsmanagement: Die verantwortliche Durchführung liegt bei zusätzlichen Fachkräften für die Pflegeüberleitung. Sehr zeitaufwendige und komplexe Problemlagen können parallel zum Behandlungsprozess bearbeitet werden.

6.2.3 Pflegeüberleitung

Die Pflegeüberleitung soll einen reibungslosen Übergang der Patientin bzw. des Patienten von einer Versorgungseinrichtung in eine andere oder von stationärem Aufenthalt zu ambulanter Pflege und umgekehrt gewährleisten. In den USA wird die Pflegeüberleitung durch das so-

genannte Care Management organisiert und die Patientin oder der Patient erhalten eine zeitlich begrenzte Unterstützung nach der Entlassung durch Angestellte des Krankenhauses. Das Ziel der Pflegeüberleitung ist wie beim Entlassungsmanagement die Sicherstellung der medizinischen und therapeutischen Behandlung sowie der pflegerischen Versorgung nach der Entlassung. Speziell ausgebildete Pflegekräfte planen und koordinieren den Informationsfluss unter allen an der Pflege und Behandlung beteiligten Personengruppen, um eine Kontinuität in der Pflege zu gewährleisten (Pschyrembel, 2003, S. 511).

In Deutschland wird der Ausdruck Pflegeüberleitung jedoch für Organisations- und Arbeitskonzepte wie auch für einzelne Massnahmen der Entlassungsvorbereitung verwendet. In der deutschen Literatur wird unter Pflegeüberleitung meistens keine Begleitung von Patientinnen und Patienten über den Spitalaufenthalt hinaus verstanden (Wingenfeld, 2005). Eines der frühesten Konzepte der begleiteten Pflegeüberleitung stammt von Böhm (1992): «Das Grundkonzept der Übergangspflege besteht darin, dass wir Patienten vom Krankenbett in ihre Wohnung reintegrieren.»

6.2.4 Austrittsplanung

In der Schweiz wird hauptsächlich der Begriff «Austrittsplanung» verwendet, womit unterschiedliche Organisationsformen des Entlassungsmanagements gemeint sind. Grösstenteils wird der Austritt von den Pflegenden auf den Abteilungen geplant, was der Organisationsform «Direktes Entlassungsmanagement» entspricht. Für diese Arbeit eignet sich diese Definition am besten. Der Einfachheit halber wird der Begriff «direktes Entlassungsmanagement» hier mit dem in Schweizer Spitälern geläufigen Begriff «Austrittsplanung» gleichgesetzt. Der Begriff Entlassung oder Überleitung ist bei uns nicht geläufig.

6.2.5 Formular für die Weitergabe von pflegerischen Daten

Das Formular für die Weitergabe von pflegerischen Daten wird in der Schweiz (CH) und in Deutschland (D) unterschiedlich benannt:

- Instrument für das Entlassungsmanagement (D)
- Bericht zur Pflegeüberleitung (D)
- Überweisungsrapport (CH)
- Überleitungsbogen (D)
- (Pflegerischer) Verlegungsbericht (D)
- (Pflegerischer) Entlassungsbericht (D)
- Pflegerischer Austrittsbericht (CH)
- ...

Die Bezeichnungen für das Formular sind unterschiedlich und auch Aufbau, Inhalt und Struktur der verschiedenen Dokumentationsblätter sind nicht homogen.

Die Projektgruppe hat sich beim neuen Formular für die Bezeichnung «Pflegerischer Austrittsbericht» entschieden, in Abgrenzung zum Begriff «Überweisungsrapport», wie das alte Formular genannt wurde.

6.3 Informationsübermittlung

Die Informationsübermittlung wird von Wingenfeld (2005) als Kernaufgabe der Pflegeüberleitung gesehen. Unter Informationsübermittlung versteht er vor allem die Erstellung einer Dokumentation für die weiterversorgende Pflegeeinrichtung (Überleitungsbogen) und die Information der Hausärztin oder des Hausarztes, aber auch die laufende Informationsübermittlung im Vorfeld der Krankenhausentlassung und Auskünfte nach der Entlassung.

Auch im Expertenstandard Entlassungsmanagement des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2002, S.41) wird die Informationsübermittlung als Kernaufgabe beschrieben: «Zum Aufga-

benbereich der Koordination/Kommunikation ist auch die Informationsübermittlung an poststationär beteiligte Versorgungseinrichtungen in Form einer sog. discharge summary (Überleitungsbogen, Pflegeverlegungsbericht) zu rechnen. Hierbei handelt es sich um ein Kernelement des pflegerischen Entlassungsmanagements unabhängig vom jeweiligen Organisationsmodell, das häufig dem Arbeitsschritt «Evaluation» zugeordnet (...) wird.»

Folgendes Defizit beschreibt Joosten (1997, zit. in Wingenfeld, 2005, S. 85): «Es existiert noch keine richtig und klar durchdachte Methode, um schriftlich, mündlich und persönlich den IST-Zustand des Patienten weiterzugeben, sowohl bei der Aufnahme wie auch bei der Entlassung». Dadurch, dass das Pflegepersonal der Station für die Übermittlung von pflegerelevanten Daten zuständig ist und nicht eine gesonderte Organisationseinheit, wird der Kommunikationsweg verkürzt und bürokratischer Aufwand vermieden.«Da die Bezugspflegerinnen am besten mit den Problemlagen des Patienten vertraut sind und in engerem Kontakt mit den behandelnden Ärzten stehen als zentrale Koordinierungsinstanzen, ist darüber das Risiko von Missverständnissen oder Fehlbeurteilungen hinsichtlich des zukünftigen Versorgungsbedarfs geringer.» (Wingenfeld, 2005, S.85)

Sieger und Kunstmann (2003) beschreiben folgende Grundbedingungen, damit die Versorgungskontinuität zwischen stationärer und ambulanter Versorgung aus pflegerischer Sicht gelingen kann:

⇒ Die Pflege muss einen Perspektivenwechsel vollziehen zugunsten der Sichtweise von Patientinnen und Patienten und Angehörigen. Für sie hat eine umfassende Erhebung des individuellen Pflege- und Versorgungsbedarfs erste Priorität.

⇒ Ein effizientes und effektives Erheben der Bedarfslage bildet die Grundlage für die Antizipation der pflegerischen Versorgungslage, die sich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt ergeben wird. Besondere Berücksichtigung gilt hier dem sozialen Setting: was können und wollen die Angehörigen leisten, was brauchen sie?

⇒ Dies bedeutet auch, dass die Pflegeüberleitung Zugang zu allen Informationen über Versorgungsangebote auf kommunaler und regionaler Ebene erhält. Idealerweise werden diese Informationen kommunal (z.B. durch Datenbanken im Internet) in transparenter Weise allen Interessenten (auch Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen) zur Verfügung gestellt.

⇒ Erforderlich ist ebenso, dass Sichtweise und Kapazitäten der Angehörigen in die Planung der Versorgung integriert werden.

⇒ Damit die Versorgung kontinuierlich erfolgen kann, müssen die beteiligten Berufsvertreter gemeinsame Zielsetzungen entwickeln und verfolgen.

⇒ Ein gemeinsam entwickeltes Konzept zur Versorgungskontinuität für alle ambulanten und stationären Einrichtungen soll Transparenz der Aufgaben, Ziele, Zuständigkeiten und Verbindlichkeiten aufzeigen. (Sieger & Kunstmann, 2003)

6.3.1 Schriftliche Informationsübermittlung während der Austrittsplanung

Mit dem schriftlichen Austrittsbericht werden pflegerelevante Informationen an die weiterversorgenden Einrichtungen übermittelt. Der pflegerische Austrittsbericht ist eine wichtige Informationsquelle für die pflegerische Anamnese im Spital oder in der Spitex. Laut Sieger und Kunstmann (2003) sollte bezüglich Pflegeüberleitung besonders beachten,

⇒ dass eine umfassende pflegerische Dokumentation der Situation und der Pflegeentwicklung durch die Pflegedienste erfolgt (Pflegerischer Austrittsbericht)

⇒ dass der pflegerische Austrittsbericht auf definiertem Weg an seinen Bestimmungsort gelangt und

⇒ dass der Austrittsbericht in der pflegerischen Anamnese regelmässig berücksichtigt wird.

Der pflegerische Verlegungsbericht sollte die wichtigsten Informationen über Diagnosen, Pflegebedarf und Medikamente enthalten. Aus Sicht der ambulanten Pflegedienste soll der Verlegungsbericht sorgfältig, aussagekräftig und mit einem Blick auf den häuslichen Pflegebedarf ausgefüllt werden.

«Der Bericht zur Pflegeüberleitung lässt sich in drei Bereiche gliedern:

⇒ persönliche, soziale und versorgungsstrukturelle Daten

⇒ Medikamente, (pflegerelevante) Diagnosen und Befunde

⇒ pflegerische Merkmale der Verrichtungen und Aktivitäten des täglichen Lebens.» (Dangel & Korporeal, 2001, S. 477)

Die Dokumentation spezifischer pflegerischer Bereiche erfolgt in erweiterter Form auf der Grundlage der täglichen Verrichtungen und Aktivitäten, wobei die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's) standardisiert und Ressourcen und Besonderheiten mit eigenen Formulierungen aufgenommen werden sollen.

Der Bericht zur Pflegeüberleitung stellt ein Instrument dar, das erlaubt, ein umfassendes Bild des Patienten zu geben. In «einfachen» Überleitungen soll der Bericht nur einzelne Merkmale übermitteln, bei komplexen zeit- und pflegeaufwendigen Situationen kann ein differenziertes Bild gegeben werden. (Dangel & Korporeal, 2001)

«Im Bericht zur Pflegeüberleitung wird der Unterstützungsbedarf durch Einschätzung der Selbständigkeit des Patienten in alltäglichen Verrichtungen nach der Definition der Pflegeversicherung in den Ausprägungen «selbständig», «bedingt selbständig», «teilweise unselbständig» und «unselbständig» erhoben. (...) Das Arbeiten mit diesen Einstufungen bereitet fast durchgehend Probleme.» (Dangel & Korporal, 2004, S. 709) Auch in der Schweiz werden ähnliche Klassifizierungen angewendet, welche in der Praxis nicht sorgfältig eingeführt sind. Diese standardisierten Einschätzungen widerspiegeln die Realität nicht genügend.

Am Ende des Berichtes sollte dokumentiert sein, dass die Patientin oder der Patient das Einverständnis zum Datentransfer gegeben hat. Zudem unterschreibt die zuständige Pflegefachperson, damit die spitalexterne Organisation mit ihr nach Austritt allfällige Fragen klären kann.

Die geeignete Papiergröße für den pflegerischen Austrittsbericht ist ein DIN A4-Format, da dieses auch an die weiterversorgende Stelle gefaxt werden kann. «Zu bedenken ist ausserdem, dass die graphische Gestaltung möglichst wenig Schreibaufwand nötig macht. Es sollte möglichst viel nur zum Ankreuzen auszufüllen sein.» (Götzinger, 2001, S. 348) Götzinger empfiehlt weiter, dass der Übersichtlichkeit halber nicht mehr als eine Seite für den Bericht benutzt werden soll. Dies kann jedoch für die Beschreibung einer komplexen Situation niemals ausreichen.

Obwohl es eine Reihe unterschiedlicher Überleitungsbögen gibt, erhalten die Pflegedienste solche Berichte nicht von allen Spitälern bzw. spitalexternen Institutionen. Zudem werden die Eintragungen in den Verlegungsberichten als stark fehlerhaft, oberflächlich und unzureichend kritisiert. (Sieger & Kunstmann, 2003). Auch Wingenfeld beschreibt

diese Probleme: «Aus Zeitmangel werden noch zu wenig Pflege-Entlassungsberichte geschrieben, und auch eine Koordination mit anderen Berufsgruppen findet nicht statt.» (Wingenfeld, 2005, S. 82)

Das Fehlen einer einheitlichen und eindeutigen Fachsprache der Pflege führt nicht selten zu unpräzisen Angaben oder zu offen formulierten Merkmalen. Es kann nicht gewährleistet werden, dass in jedem Fall immer das Zutreffende oder Erforderliche dokumentiert bzw. von denjenigen, die den Überleitungsbogen in Empfang nehmen, auch richtig verstanden wird. (Dangel & Korporal, 2001) Die Pflegediagnosen wären eine Möglichkeit, um Austrittsberichte in einer allgemein verständlichen Fachsprache zu verfassen.

Auch die Hausärztinnen und Hausärzte haben ein Interesse an pflegerischen Daten, denn sie müssen die Spitex-Verordnung an die Krankenkasse schicken. «Hausärzte haben das Monopol beim Verschreiben von Pflegemitteln, bekommen aber keine Einsicht in die Krankenpflege, weil sie keinen Pflege-Entlassungsbericht erhalten. Sie sind an ein System gebunden, welches sie im Verschreiben von Pflegemitteln einschränkt. Zuviel Zeit vergeht, bevor ausführliche Entlassungsberichte vom Krankenhaus zum Hausarzt kommen. Der Kontakt zwischen Krankenhausarzt und Hausarzt ist noch sehr entwicklungsbedürftig» (Joosten, 1997 in Wingenfeld, 2005, S. 82).

«Ein gut aufgebauter pflegerischer Verlegungsbericht ist ein nicht zu unterschätzendes Kommunikationswerkzeug. Er sichert die Qualität der Pflege und erhöht ihren Stellenwert.» (Götzinger, 2001, S. 349)

↳ *Siehe Anhang 2 S. 57 ↳ Bericht zur Pflegeüberleitung, Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Berlin*

6.3.2 Mündliche Informationsübermittlung während der Austrittsplanung

«Um den Übertritt von Patientinnen und Patienten zwischen den Organisationen «Akutspital» und «Spitex» nahtlos zu gestalten, ist eine funktionierende Kommunikation zwischen beiden unerlässlich. (...) Kommunikation setzt Inhalte voraus. Es wird davon ausgegangen, dass Pflegende über ihre Patientinnen und Patienten Informationen erheben und auswerten.» (Rettke, Knecht, Pretto & Ratavaara, 2004, S.148) Neben der schriftlichen Datenweitergabe ist auch die mündliche nicht wegzudenken aus der Austrittsplanung. Die mündliche Informationsübermittlung beginnt mit Vorteil bereits bei Spitaleintritt. Im Spital werden zum Beispiel bei der vorbetreuenden Organisation telefonisch Informationen zum bisherigen Zustand der Patientin oder des Patienten eingeholt. Auch die Patientin oder der Patient selber, Angehörige oder die Hausärztin bzw. der Hausarzt können wichtige Informationen liefern. «Wenn die Patientensituation bei Eintritt hinreichend erhoben wird, müssten sich bereits Hinweise auf spezifischen Pflegebedarf bei Austritt erkennen lassen.» (Rettke et al., 2004, S. 152)

«Im Krankenhausalltag übernimmt die Pflege häufig Arbeiten, die in anderen Zusammenhängen als Bestandteil pflegerischen Entlassungsmanagements definiert werden, jedoch ohne sie entsprechend zu titulieren.» (Wingenfeld, 2005, S.87) Dazu gehören Gespräche im Pflegealltag, insbesondere wenn deren Funktion Anleitung und Beratung ist. Patientin oder Patient und Angehörige müssen über den Pflegeumfang aufgeklärt werden, und die Bereitschaft von Angehörigen zur Hilfestellung muss geklärt werden. Häufig werden diese Aufgaben eher intuitiv und ohne vorheriges Assessment sowie ohne Einbindung in eine zielorientierte, abgestimmte Handlungsstrategie erledigt. (Wingenfeld, 2005)

Besonders wichtig ist die mündliche Informationsübermittlung bei der Bestimmung des Austrittszeitpunkts. Laut Wingenfeld sollte der Entlassungstermin möglichst eine Woche im voraus dem ambulanten Dienst bzw. Pflegeheim mitgeteilt werden. Dieses Ziel scheint jedoch bei der heutigen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten nicht realistisch. «Pflegende beteiligen sich häufig nicht an Fällen der formellen Entscheidung über den genauen Austrittstermin. Deshalb werden sie manchmal von kurzfristigen Austrittsterminen quasi überrascht.» (Mc Kenna in Rettke et al., 2004, S. 148) Der Austrittstermin sollte nach Absprache mit allen Beteiligten festgelegt werden. Die Pflege koordiniert in diesem Prozess die Interessen von Patientin oder Patient, Angehörigen, Spital und spitalexternem Dienst. Meistens werden die Anmeldungen an die Spitex telefonisch gemacht, obwohl die schriftliche Anmeldung im Hinblick auf mögliche Informationsverluste sicherer wäre.

«Zum Austrittszeitpunkt sollte Klarheit bestehen über den aktuellen Pflegebedarf sowie über die ausgewählten und wirksamen Interventionen, ...» (Rettke et al., 2004, S. 148) Diese pflegerelevanten Daten müssen bei Austritt zur Übergabe an die Spitex bereit sein. Auch wenn die Patientin oder der Patient bei der Spitex schon bekannt ist, brauchen die Pflegenden dort aktuelle Informationen. (Rettke et al., 2004)

Der pflegerische Austrittsbericht dient auch der Kommunikation zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient sowie deren/dessen Angehörigen. Aus folgenden Gründen ist es sinnvoll, dass die Patientin oder der Patient in die Austrittsplanung einbezogen und wenn möglich mit ihr oder ihm gemeinsam der Austrittsbericht ausgefüllt wird:

↳ Die Patientin oder der Patient ist informiert, welche Angaben zu seiner Person und Situation der weiterversorgenden Einrichtung übermit-

telt werden. Sie oder er unterschreibt den pflegerischen Austrittsbericht oder die Einwilligung zum Datentransfer und eine Kopie des Berichtes. Damit herrschen beim Datenschutz klare Verhältnisse. Die Patientin oder der Patient kann sicher sein, dass die Informationen ausschliesslich an die weiterversorgende(n) Einrichtung(en) weitergeleitet werden.

→ Die Patientin oder der Patient ist informiert und erhält so die Möglichkeit, sich gleichrangig mit den professionell Pflegenden über ihre/seine Versorgung zu verständigen. Dies steht im Allgemeinen in positiver Beziehung zu Beteiligung und Compliance.

→ Die Pflegefachperson reflektiert ihre Wahrnehmung und Bewertung von Fähigkeiten, Ressourcen, Hilfe- und Pflegebedarf, indem sie gemeinsam mit Patientin oder Patient deren oder dessen Verrichtungen und Aktivitäten des täglichen Lebens einschätzt. Der Patientin oder dem Patienten wird bewusst, wo ihre/seine Stärken, aber auch Defizite liegen, wo sie oder er Unterstützungbedarf und Anspruch auf Pflege und Hilfe hat.

→ Die Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten werden berücksichtigt, indem relevante Parameter aufgenommen werden (z.B. keine Auskunft an bestimmte Personen, Versorgung von Haushalt und Haustieren, Dokumentation der Wertsachen, Patiententestament). Die Person wird respektiert und Vertrauen kann gebildet werden. (Dangel & Korporal, 2001)

Leider werden oft mündliche Informationen nur unvollständig dokumentiert, wodurch wesentliche Informationslücken entstehen. Dies behindert eine effektive interdisziplinäre Kommunikation.

Rettke et al. (2004) beschreiben in der Datenauswertung ihrer Schnittstellenanalyse folgende Problemstellungen:

→ Der angemeldete Pflegebedarf des Spitals weicht vom tatsächlich festgestellten Pflegebedarf zu Hause ab.

→ Manchmal fehlen erforderliches Material, Medikamente bzw. Rezepte, was zu erheblichem Aufwand führen kann.

→ Die mitgeteilten schriftlichen und mündlichen Informationen erweisen sich als unvollständig.

Hier muss beachtet werden, dass sich der Pflegebedarf schnell ändern kann, sobald die Patientin oder der Patient zu Hause ist. «Die gewohnte häusliche Umgebung aktiviert möglicherweise Ressourcen oder setzt neue Grenzen im Ausüben von Lebensaktivitäten. (...) Deshalb verwundert es nicht, wenn die Situationseinschätzung durch den spitalexternen Dienst auf einen grösseren oder geringeren Pflegebedarf schliessen lässt als im Spital.» (Rettke et al., 2004, S.152)

Für die mündliche wie auch für die schriftliche Informationsübermittlung müssen Pflegenden ein spezifisches Wissen über die Spitex und deren Dienstleistungen besitzen. Genauso wichtig ist die Fähigkeit der Pflegenden, Situationen vorausschauend erfassen zu können.

6.3.3 Datenschutz bezüglich Informationsübermittlung

Wichtige Informationen bezüglich dem Schutz von Personendaten am Büroarbeitsplatz liefert der Datenschutzleitfaden des Inselspitals auf der Intranetseite des Rechtsdienstes:

→ Post und Kurier: Bei Sendungen mit dem Vermerk «vertraulich» gehen die Absender davon aus, dass die Öffnung durch die Angeschriebenen erfolgt. Werden Personendaten der internen oder externen Post übergeben, so muss dies in verschlossenen, nicht einsehbaren Couverts erfolgen.

→ E-Mails: E-Mails sind unsicher. Sie weisen den selben Sicherheitsstandard auf wie Ansichtskarten. Folglich dürfen schützenswerte Daten nur innerhalb des Inselnetzwerks unverschlüsselt verschickt werden.

⇒ Faxmitteilungen: Der Fax ist relativ sicher. Problematisch ist nur, dass der Absender nicht merkt, wenn er eine falsche Nummer gewählt hat. Aus diesem Grund empfiehlt das Inselspital folgendes Vorgehen:

1. Die Adressaten sind vor dem Versenden zu kontaktieren, damit sie den Fax sofort entgegen nehmen können.

2. Vor dem Versenden ist die gewählte Nummer nochmals zu überprüfen.

⇒ Telefon/Gespräche: Auskünfte, ob unter vier Augen oder per Telefon, sind nur den Berechtigten zu geben. Beim Telefon ist nicht immer leicht zu erkennen, wer am anderen Ende der Leitung ist. Wer die anrufende Person nicht zweifelsfrei erkennt, sollte Namen und Telefonnummer verlangen, damit nach dem Überprüfen der Daten zurückgerufen werden kann. (Spitalleitung Inselspital, 2006)

Für den pflegerischen Austrittsbericht dürfen nur pflegerrelevante Daten erhoben werden. Zudem muss die Patientin oder der Patient die Weitergabe seiner persönlichen Daten autorisieren. Ist die Patientin oder der Patient nicht urteilsfähig oder nicht in der Lage zu unterschreiben, kann dies auch stellvertretend von Angehörigen oder der Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten übernommen werden.

↳ *Siehe dazu* ⇒ *Kapitel 6.4.1 Ethische Überlegungen zum Formular für den pflegerischen Austrittsbericht und* ⇒ *Kapitel 8.9 Zusammenarbeit mit dem Rechtsdienst*

6.3.4 Implementation eines neuen Formulars für den pflegerischen Austrittsbericht

Damit ein neues Formular für die schriftliche Übermittlung von pflegerischen Daten in der Praxis eingeführt werden kann, muss folgenden Aspekten besondere Beachtung geschenkt werden:

Da es sich bei der Austrittsplanung um eine pflegeprofessionelle Tätig-

keit handelt, sollte der Bericht immer von einer Pflegefachperson ausgefüllt werden. Neben der pflegediagnostischen Einschätzung geht es auch um Aufgaben wie Information und Beratung, die den Hintergrund einer pflegefachlichen Ausbildung und Erfahrung in der pflegerischen Versorgung voraussetzen.

Ein neues Formular für den pflegerischen Austrittsbericht sollte nur nach einer Schulung eingesetzt werden. Die Möglichkeiten des neuen Formulars können sonst nicht angemessen genutzt werden und dieses ist als Spiegel der eigenen Arbeit weniger gut brauchbar.

Dangel und Korporal (2001) empfehlen parallel zum neuen Formular einen Leitfaden zu entwickeln, der die Absicht des Formulars auch für am Entstehungsprozess Unbeteiligte transparent und nachvollziehbar macht. «Die einzelnen Abschnitte und Merkmale werden in ihm erklärt und Hintergründe erläutert. Der Leitfaden dient einerseits als «Nachschlagewerk» für diejenigen, die nach der Schulung in einigen Abschnitten oder im Umgang mit Begriffen unsicher sind, andererseits soll er Grundlage für die einrichtungsinterne Vermittlung und Anleitung sein.» (Dangel & Korporal, 2001, S.478)

Die Akzeptanz eines neuen Formulars steigt, wenn alle beteiligten Institutionen ihre Bedürfnisse einbringen können. Es wäre sinnvoll, wenn die Spitäler mit ihren Kommunikationspartnern ein gemeinsames Formular für den pflegerischen Austrittsbericht entwickeln würden. Selbstverständlich müssen die Formulare immer wieder den sich wandelnden Bedürfnissen angepasst werden, wofür eine enge Zusammenarbeit zwischen Spital und ambulanten Diensten zwingend erforderlich ist. Nur so kann auf Dauer eine lückenlose und bedarfsgerechte Weiterversorgung gewährleistet werden. (Göttinger, 2001)

6.4 Ethische Aspekte

Für die Pflege gelten folgende ethische Grundsätze:

- Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Gesundheit wiederherstellen, Leiden lindern.
- Achtung vor dem Leben, vor der Würde und den Grundrechten des Menschen.
- Wertvorstellungen, Sitten und Gewohnheiten sowie den Glauben des Einzelnen respektieren.
- Persönliche Informationen als vertraulich betrachten und mit Überlegung weiterleiten.
- Vordringlichste Verantwortung gilt dem pflegebedürftigen Menschen.
- Persönliche Verantwortung für die Ausübung der Pflege und fortlaufende Weiterbildung.
- Auf ein persönliches Verhalten achten, das dem Ansehen des Berufes dient.
- Gute Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden.
- Zum Schutz der Patientin oder des Patienten eingreifen.
- Richtlinien für die Berufsausübung und Berufsausbildung festlegen und verwirklichen helfen.
- Fundament an beruflichem Wissen aufbauen. (Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, SBK, 2003)

6.4.1 Ethische Überlegungen zum pflegerischen Austrittsbericht

Die sieben Prinzipien der Ethik nach Prof. Anne Davis (SBK, 1986) dienen im folgenden Abschnitt als Grundlage für die ethischen Überlegungen zum pflegerischen Austrittsbericht:

1) Prinzip des Werts des Lebens

Die Pflegefachperson achtet die Persönlichkeit und die Wertvorstellungen

der Patientinnen und Patienten und von deren Bezugspersonen, unabhängig von deren sozialer/kultureller Herkunft, deren rechtlichem Status sowie deren religiösen und politischen Überzeugungen. Sie respektiert die Lebensweise und Privatsphäre der Patientinnen und Patienten und gestaltet die Austrittsplanung deren Vorstellungen entsprechend. Der pflegerische Austrittsbericht wird von der Pflegefachperson in einer respektvollen und wertfreien Sprache abgefasst.

2) Prinzip des Guten und Richtigen

Die andere Person entspricht nicht immer demjenigen, welches wir erwarten. Wenn wir auf eine andere Person treffen, klassifizieren wir sie in der Regel sofort und verhalten uns dann dementsprechend. Diese Leute sind nicht so wie wir – wir beurteilen sie also aufgrund von dem, was wir sind (Tschudin, 1988).

Die Daten für den pflegerischen Austrittsbericht sollen deshalb in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten erhoben werden. Wir können nicht wissen, was das Richtige für diese Person ist, wie sie zu Hause lebt und welche Hilfestellungen sie beanspruchen will.

3) Prinzip des Nicht-Schadens

Die Pflegefachperson behält vertrauliche Informationen der Patientinnen und Patienten für sich oder gibt sie nur nach Rücksprache mit ihnen weiter. Sie trägt die Verantwortung für ihre Entscheidung und für deren Ausführung und kann ihr Handeln begründen.

Die Austrittsplanung muss den Wünschen der Patientin oder des Patienten Rechnung tragen. Ist die Patientin oder der Patient nicht urteilsfähig, sollen im Gespräch mit Angehörigen und allfälligen weiteren Personen (z.B. Hausärztin/Hausarzt oder Spitex) gezielt Informationen eingeholt werden, wie die Patientin oder der Patient in ihrem/seinem bisherigen Leben

gedacht oder gehandelt hat. Wenn immer möglich sollten verantwortliche Medizinalpersonen sowie Angehörige im Konsens entscheiden. (Medizinisch-ethische Grundsätze der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW, 2006)

4) Prinzip der Gerechtigkeit und Fairness

Die Pflegefachperson gestaltet die Austrittsplanung den individuellen Voraussetzungen und Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen entsprechend. Sie stellt ihnen ihr Wissen und ihre berufliche Kompetenz zur Verfügung, indem sie ihre Beratungsfunktion angemessen wahrnimmt. Sie verhilft der Patientin oder dem Patienten und ihren/seinen Bezugspersonen zu Informationen, die ihnen ermöglichen, den Austritt mitzugestalten und den Pflegebedarf für zu Hause einzuschätzen. Jede Patientin und jeder Patient erhält auf Wunsch die Möglichkeit, in den pflegerischen Austrittsbericht Einsicht zu nehmen.

5) Prinzip der Autonomie

Die Eigenverantwortung jedes Menschen muss gewahrt werden, das heisst, Entscheidungen von Patientinnen und Patienten müssen von der Pflege respektiert werden. Vor der Entlassung sollten zwischen Patientin oder Patient, Angehörigen und (Spitex-)Pflege die Zuständigkeiten bezüglich Versorgung der Patientin oder des Patienten zu Hause geklärt werden (Sieger & Kunstmann, 2003). Die Zustimmung der Patientinnen und Patienten, die nicht mehr einwilligungsfähig sind, wirft wesentliche ethische und rechtliche Fragen auf, die angemessen zu berücksichtigen sind.

↳ Siehe dazu ↪ 2) Prinzip des Nicht-Schadens

6) Prinzip der Wahrheit und Ehrlichkeit

Im Bewusstsein, dass die Patientin oder der Patient in einem Abhängigkeitsverhältnis steht, bespricht die Pflegefachperson den pflegerischen Austrittsbericht offen mit der Patientin oder dem Patienten. Sie oder er soll in den Prozess der Entscheidungsfindung bezüglich Pflege zu Hause einbezogen werden. Nach dem Konzept der informierten Zustimmung muss die Person zur autonomen Entscheidung befähigt und es muss ihr genügend Zeit zur Entscheidungsfindung eingeräumt werden. Sie ist über die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Zustimmung zu informieren. (SAMW, 2006)

Die Pflegefachperson soll die Patientin oder den Patienten informieren, dass die Daten an die Spitex und an den Hausarzt übermittelt werden. Die Patientin oder der Patient hat so die Möglichkeit, den Datenaustausch abzulehnen. Ist die Person nicht urteilsfähig, darf sie von der Pflege nicht aufgefordert werden, eine Einwilligung für die Datenweitergabe zu unterschreiben. Wenn sie keinen Beistand oder Vormund hat, kann ihre Bezugsperson stellvertretend für sie unterschreiben. Ist dies nicht der Fall, wird bei der Datenweitergabe im Sinne des Prinzips vom Guten und Richtigen gehandelt.

7) Prinzip der Pflichttreue und Verantwortung

«Verantwortung bedeutet nicht, dass wir den Patienten «managen». Die Beziehung findet zwischen zwei einmaligen Personen statt. Der Patient bedarf nicht unserer Einmischung, sondern braucht jemanden, der Anteil nimmt und ihm hilft, seine Bedürfnisse zu befriedigen.» (Tschudin, 1988, S.29)

Für die Zusammenarbeit mit spitalexternen Diensten ist das Prinzip der Pflichttreue und Verantwortung von grosser Bedeutung. Der Austritt aus dem Spital in die häusliche Umgebung ist für Patientinnen und Patien-

ten eine entscheidende Phase während ihrer Genesung. Wenn die Zusammenarbeit schlecht organisiert ist oder Pflichten nicht wahrgenommen werden, kann dies für die Person schwerwiegende Folgen haben, z.B. eine Pflegeheim-Einweisung oder Rehospitalisation. Falls die Patientin oder der Patient die Datenweitergabe verweigert, muss sie oder er darauf aufmerksam gemacht werden, dass dies Auswirkungen auf die weitere Betreuung haben kann.

(Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, 2006 & Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, SBK, 1986, 1990, 2003)

6.4.2 Einverständniserklärung

Informationen können nur eingeholt oder weitergegeben werden, wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen dies erlauben oder wenn die Patientin oder der Patient ihr bzw. sein Einverständnis im Rahmen einer schriftlichen Vollmacht erteilt hat. Vor der Einholung einer schriftlichen Vollmacht muss die Person über Ziel, Zweck und Folgen derselben aufgeklärt worden sein.

Damit eine Einverständniserklärung rechtmässig ist, muss die Patientin oder der Patient diese freiwillig unterschreiben und urteilsfähig sein. Dies setzt einerseits die Fähigkeit der einwilligenden Person voraus, die Realität wahrzunehmen und sich Urteil und Wille zu bilden (Erkenntnisfähigkeit), andererseits die Fähigkeit, dem Willen entsprechend zu handeln (Steuerungsfähigkeit). Es gibt keine schematischen Lösungen. Ärztin oder Arzt, Pflege und ev. Angehörige beurteilen interdisziplinär die konkrete Situation. Grundsätzlich wird Urteilsfähigkeit vermutet. Bestehen aber Zweifel, können nachfolgende Kriterien helfen, die Urteilsfähigkeit festzustellen:

⇒ die Fähigkeit, Information in Bezug auf die zu fällende Entscheidung zu verstehen;

⇒ die Fähigkeit, die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, abzuwägen;

⇒ die Fähigkeit, die erhaltene Information im Kontext eines kohärenten Wertsystems rational zu gewichten;

⇒ die Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern.

(Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, 2006)

6.5 Qualitätsanforderungen an den pflegerischer Austrittsbericht

Donabedian (in Baartmans, 2006, S. 17) definiert den Begriff Qualität folgendermassen: «Die Qualität ist der Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist.» Dabei unterscheidet Donabedian drei Aspekte der Qualität: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Diese stehen in einer hierarchisch-linearen Beziehung zueinander, was zu einer gegenseitigen Beeinflussung führt. «Das heisst die Veränderungen des Gesundheitszustandes eines Patienten sind das Ergebnis von allen am Prozess beteiligten Personen inklusive des Patienten selbst (Outcome)» (Baartmans, 2006, S. 18).

Die Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Bern (Stiftung sanaCert Suisse) formuliert in ihrer normativen Grundlage für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen folgenden Standard bezüglich Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz:

«Das Spital hat schriftlich festgelegt, welche Informationen bei Spitalaustritt wie an die nachbehandelnden Partner im Behandlungsnetz übermittelt werden.» (Stiftung sanaCert Suisse, 2005, S. 41) SanaCert

Suisse betont die Wichtigkeit einer gut funktionierenden Informationsübermittlung: «Für den Erfolg einer medizinischen Behandlung kann entscheidend sein, ob die Informationen (...) vollständig vorliegen und rasch verfügbar sind. Je weniger Zeit für die Beschaffung dieser Informationen zur Verfügung steht (...) und je weniger der Patient selbst berichten kann, desto wichtiger wird, dass die wesentlichen Informationen zur Krankengeschichte in gut verwendbarer Form rasch vorliegen. Die moderne Kommunikationstechnologie ermöglicht die Übermittlung dieser Informationen ohne Zeitverzug (Fax, Internet, Telefon, EDV gestützte Archivierung).» (SanaCert Suisse, 2005, S. 40)

«Der Spitalaustritt stellt hohe Anforderungen an die Qualität der Informationen, die der Hausarzt, der Apotheker, die nachfolgenden Dienste wie Spitex oder Physiotherapie erhalten, die aber auch im Rehabilitationszentrum oder Kurhaus benötigt werden. Für diese Phase sollte abgesprochen und festgehalten sein, welche Daten am Operationstag, welche bei Austritt am Telefon, per Fax, dem Patienten direkt, und welche in einem ausführlichen Bericht später übermittelt werden.» (SanaCert Suisse, 2005, S. 43) Zudem muss die Dokumentation von persönlichen Daten der Patientinnen und Patienten sorgfältig geregelt sein. Es muss bestimmt sein, wer die Daten ergänzen oder verändern, wer darauf zugreifen darf und in welcher Form sie an spitalexterne Partner im Behandlungsnetz weitergeleitet werden.

6.5.1 Qualitätskriterien

Zähl- und messbare, spezifische, leicht verständliche, erreichbare und fachlich korrekte Kriterien sind notwendig, damit die Qualität evaluiert werden kann. Die Kriterien werden analog zu Donabedian (in Baartmans, 2006) in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien aufgeteilt. Es

existieren verschiedene Methoden für die Qualitätssicherung und -förderung; alle basieren auf den Grundsätzen des Qualitätszyklus.

«Um Kriterien messbar zu machen, müssen zum Inhalt jedes einzelnen Kriteriums detaillierte Fragen (Items) formuliert werden, welche das Qualitätsniveau überprüfbar bzw. ersichtlich machen» (Baartmans, 2006, S. 24). Baartmans spricht von den drei verschiedenen Stufen der Qualitätskriterien:

- ⇒ allgemeine Qualitätskriterien (Gültigkeit für eine Berufsgruppe)
- ⇒ klinikspezifische Qualitätskriterien (Gültigkeit für eine Klinik, jedoch auf Basis der allgemeinen Qualitätskriterien formuliert)
- ⇒ handlungsspezifische Qualitätskriterien (Die kleinste Einheit der Qualitätskriterien; diese beziehen sich auf einzelne Handlungen, in unserem Falle die Pflegequalitätsstandards. Diese werden durch die praktisch arbeitenden Pflegepersonen formuliert.)

Die handlungsspezifischen Qualitätskriterien zum Formular für den pflegerischen Austrittsbericht könnten folgendermassen lauten:

↳ *Siehe Tabelle auf der nächsten Seite*

	Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
1	Das Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» ist auf der Abteilung vorhanden: → Digitale Version zum Ausfüllen am Computer.	Sobald bei einer/einem Patienten die Spitex involviert wird, beginnt die Pflegefachperson mit dem Ausfüllen des Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht».	Für jede/n Patienten existiert ein Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» sobald die Spitex involviert wird.
2	Vorhanden ist eine Handlungsanweisung zum Führen des Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht».	Die Pflegefachperson kennt die Handlungsanweisungen zum Führen des Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht» und arbeitet danach.	Das Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» ist gemäss der Handlungsanweisung geführt.
3.1	Auf jedem Formular sind zuerst folgende Sparten beschriftet: → Absender → Empfänger → Personalien der/des Pat. → Nachbetreuende/r Ärztin/Arzt → Bezugsperson/Angehörige	Die Pflegeperson, welche die Spitex anmeldet, beschriftet das Formular gemäss den Strukturkriterien.	Die Pflegefachperson, welche die Patientin oder den Patienten bei der Spitex anmeldet, hat das Formular gemäss den Strukturkriterien beschriftet.
3.2	Die Spitexanmeldung erfolgt eine Woche vor Austritt der Patientin und des Patienten. Die Pflegefachperson bespricht mit der/dem Pat. und/oder ihren/seinen Angehörigen die Spitexanmeldung. Gemeinsame Abmachungen bezüglich → Häufigkeit der Spitexeinsätze → Dauer der Spitexeinsätze → Art der Hilfestellungen und pflegerischen Verrichtungen → Finanzierung sind getroffen.	Die Pflegefachperson bespricht die Spitexanmeldung mindestens eine Woche vor Spitalaustritt mit der Patientin oder dem Patienten und/oder ihren/seinen Angehörigen. Gemeinsame Abmachungen gemäss den Strukturkriterien können getroffen werden.	Die Patientin oder der Patient und/oder seine Angehörigen sind von einer Pflegefachperson über die Spitexanmeldung informiert worden. Gemeinsame Abmachungen sind gemäss den Strukturkriterien getroffen worden. Die Spitexanmeldung ist eine Woche vor Austritt der Patientin oder des Patienten erfolgt.
3.3	Am Tag vor dem Austritt der Patientin oder des Patienten ist die Tagesbezugsperson verantwortlich für das Fertigstellen des Formulars.	Die Tagesbezugsperson füllt das Formular spätestens am Tag vor dem Austritt der Patientin oder des Patienten komplett aus.	Die Tagesbezugsperson hat das Formular spätestens einen Tag vor Spitalaustritt der/des Patienten komplett ausgefüllt.

Die nebenan aufgeführten Qualitätskriterien zum pflegerischen Austrittsbericht haben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sollen einzig den Bezug von der Theorie zum Projekt herstellen.

6.5.2 Handlungsanweisung

Handlungsanweisungen sind Richtlinien, die einzelne oder komplexe Arbeitsabläufe beschreiben. «Diese können sich auf spezifische Patientengruppen oder einzelne Berufsgruppen beziehen, aber auch spezielle Handlungsabläufe oder alltägliche Handlungen beschreiben.» (Baartmans, 2006, S. 26).

In der Praxis werden Handlungsanweisungen auch als Protokolle oder Prozessstandards bezeichnet. Sie sollten auf verfügbaren wissenschaftlichen Grundlagen basieren.

7 PROJEKTPLANUNG

7.1 Themenwahl und Projektorganisation

Für diese Projektarbeit kamen für mich verschiedene aktuelle Themen in Frage, und ich hatte die Möglichkeit, den Projektauftrag selber zu formulieren. Meine Ideen und Vorschläge diskutierte ich mit meiner Vorgesetzten, der Pflegeexpertin meiner Abteilung und an einer Sitzung mit meinem Team. Für mich war von Anfang an klar, dass ich ein Projekt zum Thema Austrittsplanung und Zusammenarbeit mit der Spitex machen wollte. Die Gründe dafür habe ich bereits in Kapitel 4 «Ausgangslage» beschrieben.

Das Team N Mitte 1 hätte sich verschiedene Themen vorstellen können, deshalb entschied ich mich schlussendlich für ein konkretes Projekt mit einem handfesten Ergebnis. Das Formular «Überweisungsrapport» soll

überarbeitet werden und in Zukunft auf dem Computer ausgefüllt werden können.

Anfangs Dezember 2005 besprach ich die Disposition mit der Pflegeexpertin, welche mich während diesem Projekt am Arbeitsplatz begleitet hat. Danach stellte ich der Stationsleitung mein Projekt im Detail vor, da sie den Projektauftrag bei der Pflegedienstleitung vertreten musste. Meine Vorgesetzte genehmigte den Projektauftrag, doch wir mussten das Zeitbudget für die Projektsitzungen anpassen. Die Pflegedienstleitung verlangte, dass wir die Projektsitzungen ausserhalb der regulären Arbeitszeit plantem. Meine Zielsetzungen, welche ich mir bezüglich Anwendung des Formulars auf dem Computer gesetzt hatte, entfernte ich nach Absprache mit der Pflegeexpertin aus der Disposition. Da die Abklärungen dafür sehr zeitintensiv und komplex erschienen, entschieden wir uns, diese Ziele erst nach Abschluss meiner Diplomarbeit anzugehen.

↳ *Siehe dazu* ↪ *Kapitel 5.4 Weiterführende Ziele*

↳ *Siehe Anhang 3 S. 59* ↪ *Disposition Projekt «Neues Formular Überweisungsrapport»*

An der Teamsitzung im Dezember informierte ich das Team N Mitte 1 über den Ablauf und die aktuellen Zielsetzungen des Projekts. Für die Projektgruppe fand ich zwei motivierte und projekterfahrene Teamkolleginnen. Im Januar setzte ich mich mit der Leitung der Spitex A in Verbindung, um die Zusammenarbeit zu organisieren. Ich stellte mir vor, dass ein bis zwei Spitex-Fachfrauen an den Projektsitzungen teilnehmen würden. Leider konnte ich die Spitex-Mitarbeiterinnen dafür nicht motivieren, doch sie wollten für mich den IST-Zustand bezüglich Informationsübermittlung in ihrer Spitex schriftlich erheben. Ich schickte ihnen die nötigen Informationen zum Projekt und die Erklärungen zur SOFT-Analyse.

7.2 Zeitplan

Einen groben Zeitplan für das Projekt habe ich mit der Disposition zusammen in einer Excel-Tabelle erstellt. Diesen habe ich nicht mehr verändern müssen und einigermassen einhalten können.

↳ *Siehe dazu Anhang 4 S. 61* → *Terminliste Projekt «Neues Formular Überweisungsrapport»*

7.3 Methodenwahl

Die gewählten Methoden sind mir aus einem früheren Projekt an meinem Arbeitsplatz wie auch aus dem Unterricht am WE'G bekannt.

↳ *Siehe dazu* → *Kapitel 7.3.3 SOFT-Analyse*

7.3.1 Zielsetzung

Für die Zielformulierung beachtete ich folgende Grundsätze:

- Die Ziele sollen spezifisch, messbar und überprüfbar sein.
- Die Ziele sollen anspruchsvoll, aber erreichbar sein.
- Die Ziele sollen möglichst lösungsneutral und positiv formuliert sein.

7.3.2 Sitzungsleitung

In der Sitzungsleitung übte ich mich erstmals im geschützten Rahmen während dem Unterricht am WE'G. Für die Projektsitzungen habe ich mich am Unterrichtsmaterial «Sitzungsleitung» von L. Stüssi (2006) orientiert.

7.3.3 SOFT-Analyse

Die SOFT-Analyse, SWOT-Analyse oder Stärken-Schwächen-Analyse dient zur systematischen Betrachtung von Produkten, Prozessen, Teams, Unternehmen und anderen zu analysierenden Objekten. Mit ihr sollen Probleme gelöst und Chancen genutzt werden können. Wer die Autoren

der Urmethode sind, ist unklar.

Die vier Buchstaben stehen dabei für:

- S** = Satisfaction (Zufriedenheit) oder Strengths (Stärken)
- O** = Opportunities (Möglichkeiten, Chancen, Herausforderungen)
- F** = Faults (Fehler, Missstände) bzw. **W** = Weaknesses (Schwächen)
- T** = Threats (Gefahren, Bedrohungen, Risiken)

Ziel der SOFT-Analyse ist die gemeinsame Erarbeitung eines Inventars von verschiedenen Aspekten des Untersuchungsgegenstands. Vor der Durchführung der SOFT-Analyse werden Fragestellungen formuliert, welche sich in sachliche und persönliche Aspekte gliedern. Die Durchführung der SOFT-Analyse erfolgt in vier Schritten:

1. Definition des Problemfeldes bzw. der Situation oder Aufgabenstellung, innerhalb derer die Methode SOFT-Analyse angewendet wird.
2. Klärung, ob die Fragestellungen, unter denen die SOFT-Analyse durchgeführt werden soll, von allen Teilnehmenden verstanden werden.
3. Reflexion und Beantwortung der Fragestellungen der SOFT-Analyse.
4. Auswertung der Ergebnisse

Die Erarbeitung der SOFT-Analyse geschieht in verschiedenen Durchgängen, vom skizzenhaften ersten Eindruck bis zur grösstmöglichen Präzision. (Fatzer & Eck, 1990)

↳ *Siehe Tabelle auf der nächsten Seite*

7.3.4 Suche nach Formularen für den pflegerischen Austrittsbericht

Die Projektgruppe hatte den Auftrag, in der ganzen Schweiz nach brauchbaren Formularen für den pflegerischen Austrittsbericht zu suchen. Wir kontaktierten sechs verschiedene Spitäler bzw. Abteilungen, zwei Rehabilitationszentren, fünf Spitex-Organisationen, die Bewachungsstation im

Bewertung	+	-
<p>IST-Zustand</p> <p>Evidenz gegenwartsbezogen</p>	<p>Satisfaction</p> <p>Zufriedenheit/Stärken</p> <p>↳ Das ist sehr gut ↳ Das läuft rund ↳ Das befriedigt uns</p> <p><i>Dazu Sorge tragen</i></p>	<p>Faults</p> <p>Fehler/Mängel/Schwächen</p> <p>↳ Das ist mangelhaft ↳ Das läuft nicht rund ↳ Das stört uns</p> <p><i>Sollten wir /Sie ändern Verbesserungen nötig</i></p>
<p>Potenzial</p> <p>prozess- und zukunftsbezogen</p>	<p>Opportunities</p> <p>Möglichkeiten/Chancen</p> <p>↳ Gute Ansätze da ↳ Gelegenheit in Sicht ↳ Ressourcen nutzbar</p> <p><i>Davon etwas mehr Ausbauen/Entwickeln Brachland nutzen</i></p>	<p>Threats</p> <p>Gefahren/Bedrohungen/Risiken</p> <p>↳ Drohende Probleme ↳ Tritt ein, wenn nichts unternommen wird</p> <p><i>Prophylaktische Massnahmen überlegen</i></p>

(Fatzer & Eck, 1990, S. 230 - 235)

Inselspital und das Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft in Berlin. Die Wahl der kontaktierten Institutionen haben wir anhand von persönlichen Informationen und uns bereits aus der Praxis bekannten Formularen für den Austrittsbericht getroffen. Von der Bewachungsstation und vom Unispital Zürich wussten wir, dass dort das Formular für den pflegerischen Austrittsbericht am Computer ausgefüllt wird. Das Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft haben wir per Email angeschrieben, nachdem ich in der Pflegezeitschrift vom Projekt «Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung am Beispiel der Überleitungspflege und der Institutionalisierung fachlicher Kommunikation zwischen Einrichtungen der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung in einem Berliner Bezirk» gelesen habe. (Dangel & Korporal, 2001 und 2004)

↳ *Siehe Anhang 5 S. 63* ↳ *Briefvorlage «Institutionen anschreiben»*

7.4 Ethische Aspekte des Projekts

Während des Projekts setzte ich mich mit den ethischen Prinzipien (Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, SBK, 2003) auseinander und suchte nach ethischen Dilemmas, welche aufgrund dieses Projektes entstehen könnten. Ich war mir bewusst, dass meine persönlichen Wertvorstellungen mein Verhalten und die Beziehung zu anderen Menschen prägen. Meine Vorstellungen lenkten das Projekt in eine bestimmte Richtung, die von mir immer wieder hinterfragt werden mussten. Das Projekt sollte auf den ethischen Grundsätzen für die Pflege basieren.

↳ *Siehe dazu* ↳ *Kapitel 6.4 Ethische Aspekte*

7.4.1 Transparenz

Mein Team bezog ich in die Themensuche für dieses Projekt ein. Mindestens alle drei Monate informierte ich an der Teamsitzung über den Ver-

lauf und aktuellen Stand des Projektes. Die Stationsleiterin genehmigte die Disposition des Projektes und war über Projektgruppensitzungen wie auch über die Implementation des Projektes im Team informiert. Sie war in der Lage, die Konsequenzen einzuschätzen, welche das Projekt zur Folge hatte und haben wird.

Die beiden Projektgruppenmitglieder erklärten sich freiwillig zur Mitarbeit am Projekt bereit. Sie konnten die persönlichen Konsequenzen der Teilnahme abschätzen. Die Rahmenbedingungen bezüglich Zeit, Inhalt und finanzieller Situation des Projektes waren von Anfang an festgelegt. Das Spitex-Team B (Spitexteam aus der Stadt Bern) wurde von der Spitexleitung für die Teilnahme am Projekt angefragt und über den Inhalt der Sitzung informiert. Die beiden Spitex-Fachpersonen der Spitex A (Spitexteam aus der Agglomeration von Bern) informierte ich telefonisch über das Projekt. Aufgrund dieser Informationen entschieden sie sich gegen eine Teilnahme an den Projektgruppensitzungen, jedoch für die Erhebung des IST-Zustandes in ihrer Spitex.

7.4.2 Autonomie

Die Autonomie der am Projekt beteiligten Personen war jederzeit gewährleistet. Sie waren informiert, dass sie sich jederzeit aus dem Projekt hätten zurückziehen können.

Da das Erwähnen des Namens nur in Absprache erfolgen darf, habe ich bei allen im Text erwähnten Personen eine entsprechende Erlaubnis eingeholt.

7.4.3 Vertraulichkeit

Die persönlichen Daten von Patientinnen und Patienten wurden für dieses Projekt anonymisiert. Im Fallbeispiel achtete ich darauf, den Patienten im pflegerischen Austrittsbericht so zu beschreiben, dass keine

Rückschlüsse auf die Ursprungsperson gezogen werden können. Somit darf die Arbeit öffentlich zugänglich gemacht werden.

7.4.4 Verantwortung

Ich nahm die Verantwortung für die Einhaltung der ethischen Grundsätze während dieses Projektes wahr. Auch in Zukunft werde ich diese Verantwortung tragen, da das Projekt nach Abgabe dieser Arbeit noch weitergeführt wird.

8 DURCHFÜHRUNG DES PROJEKTES

8.1 Sitzungseinladung

Vor jeder Sitzung haben die Projektgruppenmitglieder eine Einladung mit den aktuellen Traktanden von mir erhalten.

↳ *Siehe Anhang 6 S. 65* ↳ *Vorlage «Sitzungseinladung»*

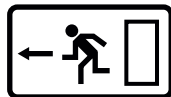
8.2 Sitzungsprotokoll

Jede Projektsitzung haben wir protokolliert, damit unsere Vorgesetzte Einsicht in den Verlauf der Arbeit nehmen konnte.

↳ *Siehe Anhang 7 S. 67* ↳ *Sitzungsprotokoll*

8.3 Logo

Auch das Logo entwickelte sich im Verlauf des Projektes weiter:



8.4 Bestandesaufnahme

Die Fragestellung für die Bestandesaufnahme anhand der SOFT-Analyse lautete folgendermassen:

↳ Wo entspricht der alte Überweisungsrapport unseren Vorstellungen?

bzw. Wo entsprechen die Überweisungsrapporte unseren Vorstellungen?

↳ Wo entspricht der alte Überweisungsrapport nicht unseren Vorstellungen?

bzw. Wo entsprechen die Überweisungsrapporte nicht unseren Vorstellungen?

↳ Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen wir? Was wollen/können

wird damit erreichen?

↳ Was kann passieren, wenn am Formular nichts verändert wird?

8.4.1 Bestandesaufnahme in der Projektgruppe

Die Projektgruppe war daran interessiert, schnell brauchbare Ergebnisse zu sehen. Trotzdem nahmen wir uns die Zeit, während der ersten Sitzung den IST-Zustand anhand der SOFT-Analyse gründlich zu erheben und zu diskutieren.

SOFT-Analyse MEAS vom 21. Februar 2006

Thema: Verbesserungsmöglichkeiten für den Überweisungsrapport der Medizinischen Einheit Anna Seiler an die Spitex erarbeiten.

↳ *Siehe Tabelle auf der nächsten Seite*

<p>Satisfaction (Zufriedenheit)</p> <p><i>Wo entspricht der «alte» Überweisungsrapport unseren Vorstellungen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Beilagen sind erwähnt. → ATL's zum ankreuzen. → Kreuze sind teilweise sinnvoll. → Soziale Situation ist vermerkt. → Kürze, bzw. Länge des Bogens. → Angehörige sind aufgeführt/erwähnt. → Hospitalisationsdauer ist vermerkt. → Telefonnummern von Arzt/Ärztin und Pflege. → Sparte «Patient ist informiert» ist vorhanden (über was?) → Aktuelles Problem wird beschrieben. 	<p>Faults (Fehler/Mängel)</p> <p><i>Wo entspricht der «alte» Überweisungsrapport nicht unseren Vorstellungen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Kein Platz für (Pflege)diagnosen. → Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und die Information von Patienten/-innen und Angehörigen wird nicht beschrieben. → Ziele und Vereinbarungen bezüglich Austritt sind nicht erwähnt. → Wenig Platz für individuelle Pflegeplanung. → Es hat bei den Pflegediagnosen wenig Platz für Ergänzungen = nicht aussagekräftig! → Überflüssiges, wie eingesetzte Dienste spitalintern. → Pflegerische Massnahmen sind abgekoppelt von den Pflegediagnosen = unübersichtlich! → Bedarf zu Hause schwer einschätzbar. → Die/der Patient/in hat nicht die Möglichkeit mitzubestimmen, welche Informationen an die Spitex weitergeleitet werden. → Die Medikamente werden doppelt aufgeführt, vom Arzt oder von der Ärztin und von der Pflege = Fehlerquelle! → Der Hausarzt oder die Hausärztin wird bei Austritt nicht über den Pflegebedarf informiert.
<p>Opportunities (Möglichkeiten/Chancen)</p> <p><i>Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen wir? Was wollen / können wir damit erreichen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Platz sparen durch Streichen unnötiger Angaben (z.B. Angaben zu Personalien, interdisz. Zusammenarbeit). Nur aktuelle Namen und Nummern angeben. → Patient sollte dem Inhalt des Reports zustimmen können. → Guter Informationsfluss zwischen Pflege und Spitex und zwischen Pflege und Patient/in. → Klare Struktur, klarer Aufbau → Für die Pflegeplanung sollte ausreichend Platz vorhanden sein. Die Gestaltung muss übersichtlich sein. → Digitales Ausfüllen am PC → Datenschutz gewährleisten → Schulung des Patienten vermerken, damit die Spitex auf dieser Basis aufbauen kann (z.B. Antikoagulation) → Compliance des Patienten fördern 	<p>Threats (Gefahren)</p> <p><i>Was kann passieren, wenn am Formular nichts verändert wird?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Der Datenschutz ist nicht immer gewährleistet. → Informationen gehen verloren. → Zeitintensives Ausfüllen des Bogens. → Unzeitgemässer Informationsfluss → Unzufriedenheit Spitex und Spitex → Non Compliance des Patienten/der Patientin, z.B. Verweigerung des Spitexeinsatzes. → Die Hausärztin/der Hausarzt kennt den Pflegebedarf des Patienten/der Patientin nicht, kann keine Spitexverordnung ausfüllen. → Im Spital wissen wir nicht, welche Infos von der Spitex gebraucht werden.

8.4.2 Bestandesaufnahme in der Spitex A

Das Team der Spitex A kannte ich von meiner früheren Anstellung her. Deshalb fragte ich zwei Mitarbeiterinnen an, ob sie an meinem Projekt mitarbeiten möchten. Leider waren sie nicht interessiert, da ihnen Arbeit und Anreise nach Bern zu zeitintensiv erschienen. Wir einigten uns schlussendlich darauf, dass ich ihnen die Papiere für eine SOFT-Analyse per Post schicke. Ich erhielt das schriftliche Ergebnis der Bestandesaufnahme nach ungefähr einer Woche zurück.

SOFT-Analyse Spitex A vom 21. März 2006

Thema: Allgemeine Verbesserungsmöglichkeiten für den Überweisungsrapport an die Spitex erarbeiten.

↳ Siehe Tabelle unten

<p>Satisfaction (Zufriedenheit)</p> <p><i>Wo entspricht der «alte» Überweisungsrapport unseren Vorstellungen?</i></p> <ul style="list-style-type: none">↳ Beilagen sind erwähnt.↳ ATL's sind angekreuzt.↳ Soziale Situation ist vermerkt.↳ Angehörige sind aufgeführt.↳ Hospitalisationsdauer ist vermerkt.↳ Telefonnummer von Arzt und Pflege↳ Patient ist informiert über Diagnose, weiteres Vorgehen, Therapie↳ Aktuelles Problem ist beschrieben	<p>Faults (Fehler/Mängel)</p> <p><i>Wo entspricht der «alte» Überweisungsrapport nicht unseren Vorstellungen?</i></p> <ul style="list-style-type: none">↳ Medizinische Diagnosen fehlen oft, ebenso Pflegediagnosen.↳ Verbandswechsel: Der Vorgang wird oft nur sehr rudimentär beschrieben.
<p>Opportunities (Möglichkeiten/Chancen)</p> <p><i>Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen wir? Was wollen/können wir damit erreichen?</i></p> <ul style="list-style-type: none">↳ AHV Nr. bei den Personalien ist keine zwingende Notwendigkeit.↳ über Angaben von Personalien (wie lediger Name) sind wir froh	<p>Threats (Gefahren)</p> <p><i>Was kann passieren, wenn am Formular nichts verändert wird?</i></p> <ul style="list-style-type: none">↳ Diagnosen müssen beim Arzt erfragt werden, sind beim ersten Einsatz oft noch nicht bekannt.↳ Der Hausarzt wird vom Spital nicht über den Pflegebedarf informiert. Die Spitex informiert den Hausarzt und fordert die Spitexverordnung an.

8.5 Literatur bearbeiten in der Projektgruppe

Da alle Projektgruppenmitglieder an Fachliteratur sehr interessiert waren und meine kopierten Studien und Artikel zu Hause studierten, konnten wir die knapp bemessene Sitzungszeit für die Besprechung nutzen. Durch das Literaturstudium hatten wir in der Projektgruppe eine gute fachliche Basis für die folgenden Diskussionen zum pflegerischen Austrittsbericht.

8.6 Altes Formular «Überweisungsrapport» überarbeiten

In einem ersten Schritt verglichen wir die erhaltenen Formulare für den pflegerischen Austrittsbericht der verschiedenen Institutionen. Leider fanden wir kein fachlich und grafisch überzeugendes Formular, das wir eins zu eins hätten übernehmen können. Wir merkten schnell, dass die Anforderungen an das Formular für den pflegerischen Austrittsbericht je nach Klinik und deren Fachrichtung unterschiedlich sind.

Unser Formular sollte für sehr komplexe wie auch für weniger aufwändige Übertritte brauchbar sein. Deshalb machten wir uns an die Arbeit, ein eigenes Formular zu entwickeln.

Wir sammelten auf einem grossen Transparent an der Wand alle Themen, welche wir für die Beschreibung des häuslichen Pflegebedarfs benötigen. Dazu gehören auch persönliche, soziale und versorgungsstrukturelle Daten, Diagnosen und Vitalzeichen. Für diese Zusammenstellung hielten wir uns an das alte Formular «Überweisungsrapport» unserer Klinik wie auch an den «Bericht zur Pflegeüberleitung» vom Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft in Berlin.

↳ *Siehe Anhang 2 S.57 ↳ Bericht zur Pflegeüberleitung, Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Berlin*

Die in der Projektgruppe erarbeitete Grundlage für das neue Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» entwickelte ich am Computer weiter.

8.7 Teamsitzung Spitex B

Ein Mitglied meiner Projektgruppe hatte organisiert, dass ich an einer Teamsitzung der Spitex B mein Projekt vorstellen durfte. Eine halbe Stunde hatte ich Zeit, um mit dem Spitexteam den Vorentwurf des Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht» zu besprechen. Um den Austausch möglichst praxisnah zu gestalten, verwendete ich dazu ein Fallbeispiel aus meiner Praxis. Ich erstellte einen Austrittsbericht mit dem neuen Formular und gab diesen dem Team zum lesen. Meine Fragestellung ans Team lautete folgendermassen:

- ↳ Sind die nötigen Informationen vorhanden? Was fehlt?
- ↳ Ist das Formular übersichtlich und allgemein verständlich gestaltet?
- ↳ Gibt es Anregungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Spitin und Spitex?

Das Spitexteam war sehr interessiert am Austausch und motiviert, an meinem Projekt mitzuarbeiten. Es bemerkte auf dem Austrittsbericht fehlende Informationen und formulierte folgende Verbesserungsmöglichkeiten:

- ↳ Wenn möglich die Zusatzversicherung angeben, falls Haushilfe angemeldet wird.
- ↳ Abmachungen zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient bezüglich erforderlicher Gemeindepflege oder Haushilfe detailliert im Austrittsbericht vermerken (z.B. zweimal pro Woche Dusche mit Hilfe oder einmal pro Woche Einkaufen in Begleitung).
- ↳ Nächsten Arzttermin oder nächste Kontrolle im Spital im Austrittsbericht mit Datum notieren.
- ↳ Zuständige/n Ärztin/Arzt vermerken
- ↳ Häufig fehlen bei Verlegungen nach Hause die nötigen Medikamente für die folgenden Tage. Zudem ist oft das Material für Verbände nicht

vorhanden, wenn die Patientin oder der Patient nach Hause kommt; auch das Rezept für Verbandsmaterial fehlt häufig.

→ Das Team würde es sehr begrüßen, wenn der Austrittsbericht per Mail oder Fax verschickt werden könnte. Es kommt vor, dass der Bericht bei der Patientin oder beim Patienten nicht auffindbar ist oder mit der Post zu spät im Spitexzentrum eintrifft.

↳ *Siehe Anhang 8 S. 69* → *Erste Version Formular*
«Pflegerischer Austrittsbericht»

8.8 Digitale Version «Pflegerischer Austrittsbericht»

Da die Projektgruppe das Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» jetzt inhaltlich fertig erstellt hatte, wagten wir erste Abklärungen zur Anwendung des Formulars am Computer. Wenn das Dokument schreibgeschützt gestaltet wird, kann der Text für die pflegerischen Daten beliebig lang sein. Die Anwendung des Formulars am Computer erschien sinnvoll, da auf einer Papierversion der vorhandene Platz beschränkt ist und Handschriften häufig schlecht lesbar sind. Es war mir wichtig, dass das neue Formular übersichtlich und ansprechend gestaltet wird. Dank der Unterstützung von computerversierten Personen gelang es mir, dieses Vorhaben, in unzähligen zeitaufwendigen Schritten, zu verwirklichen. Ich stellte unser Produkt der Pflegeexpertin vor und besprach mit ihr die nun nötigen Abklärungen bezüglich Datenschutz. Sie erklärte sich einverstanden, die Projektgruppe bei diesem nächsten Schritt zu unterstützen.

8.9 Zusammenarbeit mit dem Rechtsdienst

Zusammen mit der Projektgruppe und der Pflegeexpertin formulierte ich in einem E-Mail unsere offenen Fragen zum Schutz von persönlichen Patientendaten und schickte diese an den Rechtsdienst des Inselspitals. Die Antwort folgte unverzüglich.

↳ *Siehe Anhang 9 S. 71* → *E-Mail «Datenschutzfragen»*

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass nur diejenigen Daten erhoben und weitergegeben werden dürfen, welche für die Weiterbetreuung nötig sind. Peter (2006) schreibt, dass wenn routinemässig immer alle Informationen erhoben und weitergegeben werden, in vielen Fällen zu viele Informationen weitergegeben werden. Der Patient muss informiert sein, dass es freiwillige Informationen gibt. «Ein Hinweis am Anfang des Formulars, dass nur diejenigen Felder ausgefüllt werden müssen, welche die Spitex für ihre konkrete Aufgabe benötigt, wäre wünschenswert.» (Peter, 2006)

Die Einwilligung zur Datenweitergabe kann sowohl schriftlich als auch mündlich erfolgen (selbst stillschweigend ist sie möglich). Sollten jedoch im Nachgang Streitigkeiten entstehen, ist eine schriftliche Einwilligung aus beweisrechtlicher Sicht hilfreich. Wenn möglich sollte eine schriftliche Einwilligung in den Prozess eingebaut werden. Auf jeden Fall sollte in der Pflegedokumentation niedergeschrieben werden, dass die Patientin oder der Patient gefragt wurde und dass diese/r eingewilligt hat. «Bei allem, was in der Behandlungsdokumentation steht, wird angenommen, dass es richtig ist. Somit müssen die Patienten beweisen, dass der Eintrag in der Behandlungsdokumentation falsch ist. Und bekanntlich ist eine solche Beweisführung sehr schwierig.» (Peter, 2006)

«Die explizite Einwilligung kann natürlich nur gegeben werden, wenn der Patient urteilsfähig ist. Ist dem nicht so, so muss auf den mutmasslichen Willen abgestellt werden. Frühere Äusserungen oder Beobachtungen können hierzu beigezogen werden. In der Regel kann davon ausgegangen werden, dass der Patient die Datenweitergabe an die nachbehandelnde Person erlaubt, resp. erlauben würde.» (Peter, 2006)

«Wenn die Daten weitergeben werden dürfen (Einwilligung liegt vor), darf der Bericht auch per Fax übermittelt werden. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass der Fax tatsächlich an die richtige Nummer gesendet wird und dass die zuständige Person den Bericht möglichst rasch entgegen nimmt.» (Peter, 2006) Per E-Mail darf der Bericht auf jeden Fall nur verschlüsselt verschickt werden.

Patientendaten dürfen auf dem Computer im Stationszimmer abgespeichert werden, da alle BenutzerInnen des Accounts zum selben Pflegeteam gehören und somit nicht zu Dritten im Sinne des Datenschutzgesetzes/Berufsgeheimnisses. Es ist darauf zu achten, dass die beiden Stationszimmer nur von den Mitarbeitenden des Behandlungsteams betreten werden können. Zum einen besteht eine Dokumentationspflicht und zum anderen dürfen unbenötigte Daten nicht gehortet werden. Werden die Austrittsberichte ausgedruckt und physisch abgelegt, muss die elektronische Form gelöscht werden. Bis es soweit ist, darf der Bericht auf dem Computer zwischengelagert werden. Sämtliche Patientendaten müssen in der Behandlungsdokumentation abgelegt werden, da keine elektronische Krankengeschichte geführt wird. Sicher gelöscht werden Daten auf dem Computer nur mit speziellen Programmen oder durch physische Vernichtung der Festplatte. Dies ist jedoch nicht nötig. Es reicht aus, wenn die Dateien konventionell gelöscht werden und somit das Auffinden der Daten erschwert, resp. für den normalen Nutzer verunmöglicht wird. (Peter, E-Mail 13. 6. 2006)

8.10 Handlungsanweisung zum Formular «Pflegerischer Austrittsbericht»

Die Handlungsanweisung zum Formular soll der Qualitätssicherung und auch als «Nachschlagewerk» auf der Abteilung dienen. Darin sind alle

einzelnen Schritte zum Ausfüllen, Abspeichern, Löschen und Verschicken des Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht» beschrieben und begründet. Die vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse wurden bei der Erstellung dieses Prozessstandards einbezogen. Die Handlungsanweisung ersetzt jedoch keine Schulung.

Für die Zielüberprüfung hätte sich ein Qualitätsstandard mit Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien besser geeignet, doch die Projektgruppe hat sich, aufgrund der besseren Verständlichkeit in der alltäglichen Anwendung, für die Handlungsanweisung entschieden.

8.11 Einverständniserklärung

Damit der Datenschutz gewährleistet werden kann, mussten wir ein Einverständnis der Patientin oder des Patienten zur Datenweitergabe in das Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» einbauen. Die erste Idee, die Person direkt auf dem Formular unterschreiben zu lassen, haben wir in der Projektgruppe verworfen. Das Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» kann nur mittels pflegerischer Fachsprache den häuslichen Pflegebedarf präzise beschreiben. Diese Sprache ist nicht allgemein verständlich, weshalb wir den Bericht der Patientin oder dem Patienten nicht zum Lesen geben werden. Falls jemand Einsicht verlangt, wird er diese jederzeit erhalten.

Die Projektgruppe entschied sich gemeinsam mit der Pflegeexpertin für ein separates Formular für die Einverständniserklärung der Patientin oder des Patienten.

8.12 Meilenstein: Genehmigung «Pflegerischer Austrittsbericht» und «Anwendung im Team»

Wie vorgesehen, konnte das «Produkt» im Juli 2006 der Stationsleiterin zur Genehmigung unterbreitet werden. Nachdem wir aktuelle Fragen

klären konnten, hat sie das neue Formular «Pflegerischer Austrittsbericht», die Handlungsanweisung und das Formular für die Einwilligungserklärung gutgeheissen.

Als Starttermin für das Pilotprojekt zur Einführung des neuen Formulars legten wir den September 2006 fest.

Das neue Formular wurde von keiner Spitex geprüft, da keine Spitex-Fachperson in der Projektgruppe mitgearbeitet hat. Ich werde jedoch das Formular der Leiterin der Spitex B zukommen lassen, damit sie dem Team unsere Arbeit präsentieren kann.

9 DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND ERFAHRUNGEN

9.1 Projektmanagement

Dank der motivierten Projektgruppe hatte ich keine erheblichen Schwierigkeiten bezüglich Sitzungsleitung oder Projektdurchführung zu bewältigen. Auch in der Zusammenarbeit mit Team, Pflegeexpertin und Stationsleitung stiess ich auf viel Entgegenkommen und Unterstützung. Ich merkte, dass im Team noch viel Potential für innovative Projekte vorhanden ist.

Persönlich musste ich meine Ziele erst einmal zurückschrauben, um meine Visionen dann schrittweise umzusetzen, besonders die digitale Version des Formulars. Glücklicherweise stand die Projektgruppe immer hinter mir und unterstützte mich in meinen visionären Zielen.

9.1.1 Evaluation der Zusammenarbeit in der Projektgruppe

Die Projektgruppenmitglieder haben meine Leitung als sehr zielorientiert und klar erlebt und werden auch in Zukunft das Projekt auf der Ab-

teilung unterstützen. Diese Rückmeldungen haben mich sehr gefreut.

9.2 Erhebung des Ist-Zustandes

9.2.1 Bestandesaufnahme in der Projektgruppe

Die Bestandesaufnahme in der Projektgruppe anhand der SOFT-Analyse machte Sinn, da mit dieser Methode mit einem relativ geringen Zeitaufwand der IST-Zustand fundiert erhoben und alle damit verbundenen Aspekte beleuchtet werden konnten. Es war ein guter Einstieg um die Projektgruppenmitglieder mit dem Thema vertraut zu machen. Die Auseinandersetzung mit einem ganz spezifischen Thema, dem pflegerischen Austrittsbericht, sensibilisierte die Mitarbeitenden auch für alltägliche Pflegehandlungen und für die Austrittsplanung im Ganzen.

9.3 Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit mit der Spitex

9.3.1 Spitex A

Leider konnte ich die Spitex A nicht motivieren, in der Projektgruppe mitzuarbeiten. Das Interesse an der Thematik Austrittsplanung und Schnittstellenmanagement scheint nicht überall gleich gross zu sein. Auch die Bestandesaufnahme enttäuschte mich, da sie mir nicht genügend Informationen lieferte. Ich erwartete von diesen beiden erfahrenen Spitex-Fachfrauen differenziertere Aussagen zur Zusammenarbeit mit den Spitälern und zur Qualität der pflegerischen Austrittsberichte. Wahrscheinlich hätte ich mit den Pflegenden das Gespräch nicht am Telefon führen und die SOFT-Analyse persönlich mit ihnen durchführen sollen. Ein nächstes Mal werde ich versuchen, differenzierte Aussagen einzuholen, und dafür auch genügend Zeit einplanen.

9.3.2 Spitex B

Das Angebot, an der Teamsitzung der Spitex B mein Projekt vorzustellen, hat sich relativ spontan ergeben. Obschon auch die Sitzungszeit der Spitex sehr begrenzt war, traf ich ein motiviertes Team an. Es schien dem Team sehr wichtig, dass die Zusammenarbeit mit den Spitälern gut funktioniert. Hier erhielt ich endlich die ersehnten Informationen bezüglich Zufriedenheit mit dem pflegerischen Austrittsbericht und allgemeine Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit. Da unsere Arbeit am neuen Formular inzwischen schon fortgeschritten war, erschien es mir sinnvoll, ein Fallbeispiel mitzubringen und den pflegerischen Austrittsbericht in der Praxis zu testen. Die investierte Zeit hat sich gelohnt.

9.4 Ergebnisse des Projekts

9.4.1 Pflegerischer Austrittsbericht N Mitte

Das Formular für den pflegerischen Austrittsbericht ist in unzähligen Schritten entstanden. Diese neuste Version (Stand Juli 2006) ist von der Projektgruppe, unter Einfluss von verschiedensten anderen Personen, ausgearbeitet und immer wieder überarbeitet worden. Das Interesse im Team war gross; einige Teammitglieder haben erste Versionen des Formulars überarbeitet und mir ihren Eindruck geschildert sowie Schwachstellen aufgezeigt. Bestimmt werden auch in Zukunft immer wieder gewisse Änderungen nötig sein.

Das Formular musste ich für das Inselspital im Word-Programm erstellen, was mich anfangs grafisch nicht ganz befriedigt hat. Das neue Formular ist aber im Gegensatz zum alten gut lesbar und wirkt professionell. Die Projektgruppe ist sehr zufrieden damit.

↳ Siehe Anhang 10 S. 73 ↳ Pflegerischer Austrittsbericht N Mitte

9.4.2 Handlungsanweisung zum Formular

«Pflegerischer Austrittsbericht»

Schlussendlich ist es nun möglich, das Formular am Computer auszufüllen und abzuspeichern. Die Schritte dazu sind in der Handlungsanweisung detailliert beschrieben. Darin sind auch die datenschützerischen Aspekte enthalten. Ich erhoffe mir, dass mit dieser Handlungsanweisung auch unerfahrene Computerbenutzer das Formular sicher und korrekt ausfüllen können. Eventuelle Lücken in der Handlungsanweisung werden sich erst während der Pilotphase zeigen und zu diesem Zeitpunkt angepasst werden müssen.

↳ Siehe Anhang 11 S. 75 ↳ Handlungsanweisung zum Formular
«Pflegerischer Austrittsbericht»

9.4.3 Einverständniserklärung

Beim Thema Einverständniserklärung haben wir in diesem Projekt einen kurzen Exkurs in das Gebiet der Rechtskunde gemacht. Heutzutage wird in der Pflege dem rechtlichen Aspekt noch wenig Beachtung geschenkt, und es sind häufig auch Widerstände bemerkbar, wenn zum Beispiel eine Unterschrift für eine rechtliche Absicherung benötigt wird. Während den Diskussionen über eine Einverständniserklärung wurden verschiedene Handhabungen empfohlen. In der Schweiz scheint es keine klaren, rechtsgültigen Richtlinien für die Übermittlung von persönlichen Daten zu geben. Deshalb war ich sehr froh, dass wir uns an die Empfehlungen des Rechtsdienstes halten konnten.

↳ Siehe Anhang 12 ↳ Einverständniserklärung

9.4.4 Implementation im Team N Mitte

Das neue Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» soll an der Teamsitzung im September 2006 eingeführt werden. Die Projektleitung über-

nimmt die Schulung. Wir haben eine Stunde für die Schulung zur Verfügung. Vorgesehen ist ein kurzer Einstieg ins Thema Austrittsplanung und pflegerischer Austrittsbericht mit Bezug zur Theorie. Danach folgt eine Sequenz zum neuen Formular «Pflegerischer Austrittsbericht», worin die einzelnen Abschnitte des Berichts erläutert werden. Um die Schulung möglichst praxisnah zu gestalten, werde ich ein aktuelles Fallbeispiel suchen. Ich möchte während der Schulung das Formular direkt mit den Daten der betreffenden Person am Computer ausfüllen, damit die Teammitglieder das Vorgehen auf der Projektion mit dem Beamer verfolgen können. So können Fragen aus dem Team zu den einzelnen Schritten direkt beantwortet werden. Die Teammitglieder erhalten die Handlungsanweisung zu Beginn der Präsentation des Fallbeispiels, damit sie die Schritte am Computer direkt nachlesen können.

Später im Alltag wird die Projektgruppe mit den einzelnen Teammitgliedern auftauchende Fragen klären. Es sind Bedenken im Team vorhanden, dass nicht alle Pflegefachpersonen fähig sein werden, das Formular am Computer auszufüllen. Da jedoch die elektronische Pflegedokumentation wahrscheinlich in den nächsten Jahren eingeführt wird, ist es auch im Sinne der Stationsleiterin, dass alle Teammitglieder am Computer Erfahrung sammeln. Eine Teamkollegin hat sich einverstanden erklärt, für Interessierte einen kurzen Computer-Einführungskurs im Team N Mitte durchzuführen.

Für eine regelmäßige Zielüberprüfung nach der Pilotphase des Projekts habe ich mir einen Qualitätsstandard vorgestellt. Leider waren die zeitlichen Ressourcen dafür zu knapp, weshalb ich mich auf das Formulieren von Evaluationskriterien beschränkt habe. Ich werde die Ansprechperson für die Evaluation des Formulars und dessen Einführung bleiben. Nötige Änderungen wird die Projektgruppe in Absprache mit der Stationsleiterin in Angriff nehmen.

9.4.5 Evaluation des Pflegerischen Austrittsberichts

Folgende Evaluationskriterien sollen die Überprüfung des neuen Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht» in der Pilotphase ermöglichen und somit die Qualität des Formulars und seiner Anwendung sichern:

a) Auf Patientinnen und Patienten bezogene Kriterien:

⇒ Das Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» enthält die für die weitere Pflege und Betreuung nötigen und relevanten Informationen einer Patientin bzw. eines Patienten.

⇒ Die nahtlose Pflege und Betreuung der austretenden Patientin bzw. des austretenden Patienten ist gewährleistet durch schriftliches Weitergeben von pflegerelevanten Informationen auf dem Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» an die nachbetreuende Spitex.

Die Patientinnen und Patienten und/oder deren Angehörige :

⇒ sind von den Pflegefachpersonen bezüglich ihres Pflegebedarfs zu Hause und über verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten informiert worden.

⇒ sind bei der Erhebung von persönlichen Daten darauf aufmerksam gemacht worden, dass sie das Recht haben, Informationen zu verweigern.

⇒ sind über die Weitergabe ihrer persönlichen Daten informiert worden; sie konnten der Datenweitergabe freiwillig beipflichten oder diese auch ablehnen.

⇒ welche die Datenweitergabe verweigert haben, sind von der Pflegefachperson über mögliche Konsequenzen für die Pflege zu Hause aufmerksam gemacht worden.

⇒ können davon ausgehen, dass die Sicherheit ihrer persönlichen Daten gewährleistet ist.

Die schriftliche Einverständniserklärung ist unterschrieben:

- von der Patientin oder vom Patienten, wenn diese bzw. dieser urteilsfähig und mündig ist.
- von der Bezugsperson, wenn die Patientin/der Patient nicht urteilsfähig und mündig ist.

Am Computer:

- existiert ein Dokument für den pflegerischen Austrittsbericht, sobald eine Patientin oder ein Patient bei der Spitex angemeldet worden ist.
- ist das erstellte Dokument im Ordner «Austrittsbericht» korrekt abgespeichert, z.B. hr.muster.doc

In der Pflegedokumentation:

- ist die Situation begründet, wenn bei der Patientin bzw. beim Patienten oder bei deren bzw. dessen Bezugsperson kein Einverständnis für die Datenweitergabe eingeholt werden konnte.
- ist notiert, dass ein Dokument für den pflegerischen Austrittsbericht auf dem Computer existiert.
- ist ein Exemplar des Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht» abgelegt.

Das Formular:

- «Pflegerischer Austrittsbericht» ist vor Austritt der betreffenden Person korrekt ausgefüllt.
- ist für die Spitex, für die nachbetreuende Ärztin oder den nachbetreuenden Arzt, für die Pflegedokumentation und für die Projektleiterin ausgedruckt.

Die Spitex:

- hat das Formular auf dem abgemachten Weg erhalten.
- ist informiert, dass die Datenweitergabe freiwillig erfolgt.

Nachbetreuende Ärztinnen und Ärzte:

- haben mit dem ärztlichen Entlassungsbericht eine Kopie des Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht» erhalten.

Nach Austritt der Patientin oder des Patienten sind ihre bzw. seine Daten am Computer korrekt gelöscht.

b) Auf das Personal bezogene Kriterien

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Teams N Mitte:

- kennen den Inhalt des Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht».
- kennen den Ablauf zum Ausfüllen des Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht.»
- können das neue Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» am Computer im richtigen Ordner abspeichern.
- kennen den Ablauf, um das neue Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» am Computer sicher zu löschen.
- welche mit der Arbeit am Computer nicht vertraut sind, haben eine kurze Einführung durch eine Teamkollegin erhalten.
- können einen Fax entsprechend den Sicherheitsvorschriften versenden.
- haben die Teamschulung zur Anwendung des neuen Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht» besucht.
- welche nicht an der Teamschulung teilnehmen konnten, sind von einem der Projektgruppenmitglieder in der Anwendung des neuen Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht» einzeln geschult worden.

Die Mitarbeiterinnen der Projektgruppe:

→ haben Unklarheiten oder Schwierigkeiten, die bei der Anwendung des neuen Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht» im Team aufgetaucht sind, aufgenommen.

Neuen Ärztinnen und Ärzte:

→ wurde das Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» von einem Teammitglied vorgestellt.

9.5 Erkenntnisse aus der Literatur

Die Literatursuche zum Thema «Pflegerischer Austrittsbericht» gestaltete sich nicht ganz einfach, da es nur wenig deutsche Literatur zu diesem Thema gibt. Die gefundenen Artikel sind teilweise widersprüchlich und wenig differenziert. Zum Beispiel schreibt Götzing (2001) zum Thema «Pflegerische Verlegungsberichte rationeller erstellen», dass für das Formular nicht mehr als eine Seite benutzt werden soll. Zudem soll das Formular laut Götzing mit möglichst wenig Schreibarbeit und möglichst nur durch Ankreuzen auszufüllen sein. Für bestimmte Patientinnen und Patienten mag ein Kurz-Bericht ausreichend sein, doch diese Form von pflegerischem Austrittsbericht kann nicht allgemein gültig sein. Dangel und Korporal (2001) entwickelten ein dreiseitiges Formular, auf welchem zu den standardisierten Daten auch spezifische pflegerische Bedürfnisse, Situationen und Probleme ergänzend dokumentiert werden. Für die KAIM erachte ich einen ausführlichen Austrittsbericht als sinnvoll, weshalb diese Arbeit vor allem auf den Empfehlungen von Dangel und Korporal (2001) basiert.

Die Literatur zum Thema «Pflegerischer Austrittsbericht» lässt sich nur schwer von derjenigen zum Thema «Austrittsplanung» abgrenzen. Ich konnte jedoch die Thematik der Austrittsplanung nicht umfassend bear-

beiten, da ich mich auf den pflegerischen Austrittsbericht konzentrieren wollte.

10 ZIELÜBERPRÜFUNG

10.1 Kurzfristige Ziele des Projekts

Die kurzfristige Zielsetzung ist mehrheitlich erreicht worden. Folgende Ziele sind nicht zufriedenstellend erreicht worden:

Ziel

Das Projektteam hat Formulare für den Überweisungsrapport von anderen Kliniken und spitalexternen Diensten zum Vergleich angefordert.

Ergebnis

Die Suche nach verschiedenen Formularen gestaltete sich relativ zeitintensiv. Wir erhielten nicht auf alle Briefe eine Antwort oder ein Formular. Wir mussten die Suche nach drei Monaten abschliessen, um mit der Evaluation zu beginnen.

Ziel

Die Projektgruppe hat Teile von fremden Überweisungsformularen gefunden, die übernommen werden können.

Ergebnis

Nur ein Formular lieferte für diese Arbeit fachlich und qualitativ gute Bestandteile.

Ziel

Das Projektteam hat die erarbeiteten Verbesserungsvorschläge mit einer Spitex-Fachfrau evaluiert.

Ergebnis

Dieses Ziel ist nicht erreicht worden.

↳ *Siehe* ↪ *Kapitel 9.3.1. Spitex A*

Ziel

Das Projektteam hat einen Vorschlag ausgearbeitet, ob Pflegediagnosen im neuen Überweisungsrapport aufgeschrieben werden sollen oder nicht.

Ergebnis

Das Projektteam konnte nicht frei entscheiden, da das Team noch keine Schulung zur Pflegediagnostik besucht hat.

10.2 Mittelfristige Ziele des Projekts

Die mittelfristigen Ziele sind erreicht worden:

Ziel

Falls Teile aus einem fremden Formular übernommen werden, hat die Projektgruppe eine Bewilligung bei der betreffenden Klinik oder Spitex eingeholt.

Ergebnis

Das Formular «Bericht zur Pflegeüberleitung» wurde von der Projektgruppe nicht kopiert. Da Eigenleistung im Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» steckt, ist es rechtlich unbedenklich, einige Teile aus einem fremden Formular zu übernehmen.

↳ *Siehe Anhang 9 S.71* ↪ *E-Mail «Datenschutzfragen»*

Ziel

Das Projektteam hat das neue Formular «Überweisungsrapport» in Zusammenarbeit mit einer Spitex-Fachperson bezüglich folgender Kriterien überprüft: (...)

Ergebnis

Dieses Ziel ist an der Teamsitzung mit der Spitex B mehrheitlich erreicht worden.

10.3 Langfristige Ziele des Projekts

Die langfristigen Ziele habe ich beide erreicht.

10.4 Persönliche Ziele

Ich habe erreichbare Ziele gesetzt, obschon der Zeitaufwand grösser ausgefallen ist als geplant. Das Resultat ist für mich im Moment befriedigend, aber auch noch abhängig davon, wie die Einführung des neuen Formulars verläuft.

10.5 Weiterführende Ziele des Projekts

Die ersten beiden weiterführenden Ziele habe ich bereits erreicht:

Ziel

Alle Pflegefachfrauen der KAIM haben eine Schulung zum Überweisungsrapport besucht.

Ergebnis

Damit dieses Ziel erreicht werden kann, muss zuerst das Pilotprojekt auf der Abteilung durchgeführt und evaluiert werden. Damit das neue Formular in der ganzen Klinik eingeführt werden kann, müssen genügend Ressourcen für die Schulung in den einzelnen Teams und in der ganzen Klinik vorhanden sein. Zudem werden die Pflegeexpertinnen das Projekt möglicherweise bei der Pflegedienstleitung genehmigen lassen müssen.

11 SCHLUSSFOLGERUNG

Nach der Einführung des neuen Formulars im September 2006 stelle ich mir im ersten Jahr eine halbjährliche, später eine jährliche Zielüberprüfung anhand der in Kapitel 9.4.5 erläuterten Evaluationskriterien vor. Während der Pilotphase soll die Projektgruppe von jedem ausgefüllten Formular eine Kopie erhalten für die Evaluation des Projektes. Damit soll auch sichergestellt werden, dass neue Mitarbeitende eine gute Einführung erhalten und das Formular sicher anwenden können. Zudem werde ich noch ein Papier für Rückmeldungen aus dem Team erstellen, damit Unklarheiten und Mängel direkt an die Projektgruppe weitergeleitet werden können.

Bezüglich Qualitätssicherung wird das regelmässige Bearbeiten von aktueller Literatur und Forschung notwendig sein. Im Team muss noch geklärt werden, wer die Verantwortung für das Suchen und Bearbeiten der Literatur übernehmen wird.

Im Inselspital wird auch diskutiert, ob ein Pflegestandard für die Austrittsplanung erarbeitet werden soll. Die Möglichkeit besteht, dass die Projektgruppe mit dem Formular «Pflegerischer Austrittsbericht» einen Beitrag dazu leisten wird.

Es ist mir bewusst, dass ein neues Formular für den pflegerischen Austrittsbericht nicht ausreicht, um eine qualitativ gute Austrittsplanung zu erreichen. Das Austrittsmanagement im Spital sollte klinik- oder sogar spitalweit geregelt sein, mit einer interdisziplinären Zielsetzung und einem gemeinsamen Konzept. Hier sehe ich noch einen grossen Handlungsbedarf.

Auch die Zusammenarbeit der verschiedenen ambulanten und stationären Einrichtungen in der Stadt und im Kanton Bern ist aus pflegerischer

Sicht noch entwicklungsbedürftig. Es bestehen keine gemeinsamen Ziele oder Abmachungen bezüglich Informationsfluss, und kaum jemand hat den Überblick über die verschiedenen Institutionen.

11 SCHLUSSWORT

Die Leitung des Projektes bereitete mir fast ausschliesslich viel Spass. Auch die Zusammenarbeit mit meinen motivierten Teamkolleginnen war sehr bereichernd. Mit diesem Projekt konnten wir persönliche Visionen verwirklichen und Wissen aus der Fachliteratur eins zu eins in der Praxis umsetzen.

Es war für mich zeitweise schwierig, das richtige Mass zwischen meiner Neigung zum Perfektionismus und meinen zeitlichen und persönlichen Ressourcen zu finden. Ich habe für das Produkt «Pflegerischer Austrittsbericht» eine grosse Eigenleistung erbracht.

Persönlich war für mich die halbe Stunde an der Teamsitzung der Spitex B mit völlig unbekanntem Gesichtern eine neue Herausforderung. Ich musste spontan auf Reaktionen des Teams eingehen und auf unerwartete Fragen antworten. Es war für mich ein positives und gutes Erlebnis, die eigene Arbeit öffentlich vertreten zu können.

Auch für meine berufliche Zukunft ist mir die Lust an Projekten nicht vergangen. Ich freue mich auf weitere zeitintensive und visionäre Projekte. Doch vorerst sehe ich genug Arbeit mit der Einführung und Evaluation des Formulars «Pflegerischer Austrittsbericht» im dreissigköpfigen Team!

13 LITERATURNACHWEIS

Baartmans, P. & Geng, V. (2006). *Qualität nach Mass: Entwicklung und Implementierung von Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen*. Bern: Huber

Berleb, P. (2006). Glossar: SOFT-Analyse. *Projekt Magazin*. Gefunden am 12. März 2006 unter <http://www.projektmagazin.de>

Birchler, U. (2005). *Inselspital - Universitätsspital Bern: Über das Inselspital*. Gefunden am 8. April 2006 unter <http://www.insel.ch/inselspital.html>

Böhm, E. (1992). *Ist heute Montag oder Dezember?: Erfahrungen mit der Übergangspflege*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Dangel, B. & Korporal, J. (2001). Instrument für das Entlassungsmanagement: Bericht zur Pflegeüberleitung muss von allen Beteiligten verstanden werden. *Pflegezeitschrift*, 54, 475-478.

Dangel, B. & Korporal, J. (2004). Pflegerische Überleitung: Der Expertenstandard steckt den Rahmen ab. *Pflegezeitschrift*, 10, 707-710.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). (2002). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*. Osnabrück: Fachhochschule.

Fatzer, G. & Eck, C. (Hrsg.). (1990). *Supervision und Beratung. Ein Handbuch*. Köln: Edition Humanistische Psychologie

Götzinger, C. (2001). Pflegerische Verlegungsberichte rationeller erstellen. *Pflege aktuell*, 55, 348-349.

Graf Gasche, B. (2004). Nachsorge: *Ein Konzept zur Qualitätssicherung für den begleiteten Übergang vom Spital nach Hause*. Diplomarbeit HF Gemeindepyschiatrische Pflege, Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Zürich.

Peter, Ch. (2006). *E-Mail vom 13. 6. 2006*.

Rettker, H., Knecht, E., Pretto, M. & Ratavaara M. (2004). Schnittstellenanalyse von spitalinterner zu spitalexterner Pflege: Am Beispiel hospitalisierter Patientinnen in einem schweizerischen Universitätsspital. *PrInterNet*, 3, 148-152.

Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2005). *Qualitätsstandards für die Akutsomatik und Langzeitpflege. Normative Grundlage für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen*. (Version 8/2005). Bern: Stiftung sanaCert Suisse

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. (2006). Medizinisch-ethische Grundsätze: Umgang mit urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 87, 101-110.

Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (Hrsg.). (2003). *Ethik in der Pflegepraxis*. Bern: SBK

Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (Hrsg.). (1990). *Ethische Grundsätze für die Pflege*. Bern: SBK

Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (Hrsg.). (1986). *Ethik in der Pflege - Realität im Alltag. Referate vorgetragen anlässlich des Kongresses in Arbon*. Bern: SBK

Schaeffer, D. & Ewers, M. (Hrsg.). (2002). *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerverkranker*. Bern: Huber.

Sieger, M. & Kunstmann, W. (2003). *Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung*. Frankfurt am Main: Mabuse.

Spitalleitung Insele Spital. (2006). *Rechtsdienst: Datenschutzleitfaden*. Gefunden am 13. 7. 2006 unter http://iww.insele.ch/spitalleitung/stab_spitalleitung/rechtsdienst/dsmerk.htm

Stüssi, L. (2006). *Unterrichtshandout «Sitzungsleitung»*. Aarau: WE'G

Tschudin, V. (1988). *Ethik in der Krankenpflege*. Basel: Recom.

Wied, S. & Warmbrunn, A. (2003). *Psyhyrembel: Wörterbuch Pflege*. Berlin: de Gruyter.

Wingenfeld, K. (2005). Die Entlassung aus dem Krankenhaus. *Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen*. Bern: Huber.

14 ANHANG

Anhang 1: ↳ Formular «Überweisungsrapport».....	S. 55
Anhang 2: ↳ Bericht zur Pflegeüberleitung, Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Berlin.....	S. 57
Anhang 3: ↳ Disposition Projekt «Neues Formular Überweisungsrapport».....	S. 59
Anhang 4: ↳ Terminliste Projekt «Neues Formular Überweisungsrapport».....	S. 61
Anhang 5: ↳ Briefvorlage «Institutionen anschreiben».....	S. 63
Anhang 6: ↳ Vorlage «Sitzungseinladung».....	S. 65
Anhang 7: ↳ Sitzungsprotokoll.....	S. 67
Anhang 8: ↳ Erste Version Formular «Pflegerischer Austrittsbericht»	S. 69
Anhang 9: ↳ E-Mail «Datenschutzfragen».....	S. 71
Anhang 10: ↳ Pflegerischer Austrittsbericht N Mitte.....	S. 73
Anhang 11: ↳ Handlungsanweisung zum Formular «Pflegerischer Austrittsbericht»	S. 75
Anhang 12: ↳ Einverständniserklärung	S. 77

Anhang 1 ↳ Formular «Überweisungsrapport»

Anhang 2: ↳ Bericht zur Pflegeüberleitung, Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Berlin

Anhang 3: ↳ Disposition Projekt «Neues Formular Überweisungsrapport»

Anhang 4: ↳ Terminliste Projekt «Neues Formular Überweisungsrapport»

Anhang 5: ↳ Briefvorlage «Institutionen anschreiben»

Anhang 6: ↳ Vorlage «Sitzungseinladung»

Anhang 7: ↳ Sitzungsprotokoll

Anhang 8: ↳ Erste Version Formular «Pflegerischer Austrittsbericht»

Anhang 9: ↪ E-Mail «Datenschutzfragen»

Anhang 10: ↳ Pflegerischer Austrittsbericht N Mitte

**Anhang 11: ↳ Handlungsanweisung zum Formular
«Pflegerischer Austrittsbericht»**

Anhang 12: ⇨ Einverständniserklärung