



Häusliche Pflege nach stationärer neurologischer Rehabilitation

Situationsanalyse aus Pflegerückmeldeberichten

Autoren: Schmidt R., Schupp W. Abt. Neurologie/Neuropsychologie, Fachklinik Herzogenaurach

Seit 1998 wird an der Fachklinik Herzogenaurach für Patienten, die aus der Phase C der neurologischen Rehabilitation pflege-oder betreuungsbedürftig entlassen werden, ein systematisches Pflegekonzept zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung entwickelt und umgesetzt.

Das Pflegekonzept beinhaltet vier Elemente:

1. Angehörigenseminar mit dem Titel „Der Entschluss zur häuslichen Pflege“

Zielgruppe: Potentiell pflegende Angehörige

Inhalte: Motivation zur Übernahme der häuslichen Pflege, Aufklärung über die besonderen Belastungsaspekte sowie frühzeitige Hinwendung zu professionellen ambulanten Dienstleistern und Selbsthilfegruppen.

2. Individueller Pflegekurs

Die Angehörigen werden frühzeitig anhand einer systematischen Angehörigenanleitungscheckliste mit den Pflegemaßnahmen für die spätere häusliche Versorgung vertraut gemacht und angeleitet. Die Anleitungen wird durch Bezugspflegerkräfte koordiniert und durchgeführt. Die Zielsetzungen des Pflegekurses sind die Aufklärung über den Pflegeverlauf, die frühzeitige Praxisanleitung und Einübung von Routine, die Vermeidung durch Laienpflege häufig verursachter Pflegefehler sowie die Belastungsprophylaxe pflegender Angehöriger durch Erlernen sachgerechter Handlings.

3. Therapeutische Wochenendpflege

Zeitgerecht vor der definitiven Entlassung wird der Patient für ein Wochenende nach Hause beurlaubt, diese Beurlaubung wird pflegfachlich durch einen kooperierenden ambulanten Pflegedienst begleitet und überwacht. Es erfolgt die Erprobung der realen häuslichen Pflegesituation mit der Abklärung der Wohnsituation und der Hilfsmittel- und Anpassungsnotwendigkeiten, die Prüfung der Angehörigen-Kompetenzen in der Versorgung des Patienten sowie erste Erkenntnisse über Überlastungsanzeichen bei den pflegenden Angehörigen und über die Perspektive der weiteren häuslichen Versorgung. Die Ergebnisse werden über standardisierte Checklisten an die Klinik rückgemeldet und dort im interdisziplinären Team ausgearbeitet.

4. Pflegerückmeldebericht

Wird der Patient von einem kooperierenden Pflegedienst ambulant weiterversorgt, erfolgt sechs Wochen nach Entlassung der nachstationäre Pflegerückmeldebericht. Es handelt sich um eine pflegfachliche Einschätzung der häuslichen Pflegesituation in Bezug auf die Versorgungsform und sozialrechtliche Hilfen, den ATL-Kompetenzen des Patienten und aktueller Pflegeprobleme, der Hilfsmittelversorgung, weiterführender Therapiemaßnahmen sowie der Beurteilung der Pflegebedarfs seit Entlassung. Der Pflegerückmeldebereich ist standardisiert und dient der Klinik zur Evaluation des Rehabilitationsverlaufes und zur Qualitätssicherung für den gesamten Prozess der Überleitung in eine häuslich-ambulante Versorgungsform.

Erste Auswertungsergebnisse der Pflegerückmeldeberichte:

Im Zeitraum zwischen 1.1.200 und 5.2.2002 wurden 53 Pflegerückmeldeberichte an ambulante Pflegedienste im Rahmen der Patientenüberleitung verschickt.

40 Pflegerückmeldeberichte wurden von den ambulanten Dienstleistern zurückgeschickt, das entspricht einem Rücklauf von 75 %. Der hohe Rücklauf erklärt sich durch die gute Einbeziehung und Kontaktpflege mit den nachsorgenden Pflegediensten im Rahmen der Nachsorgekooperation aus der Region..

Drei Patienten waren im Beobachtungszeitraum (6 Wochen) verstorben. Von dem zu auswertenden Klientel waren 20 Patienten männlich (54%) und 17 Patienten weiblich (45%).

Altersverteilung

Gesamt (n=37)	männl. (n=20)	weibl. (n=17)
■ < 60 Jahre: 4 (11%)	4 (20%)	0
■ < 65 Jahre: 10 (27%)	7 (35%)	3 (18%)
■ < 70 Jahre: 6 (16%)	2 (10%)	4 (24%)
■ < 75 Jahre: 5 (14%)	3 (15%)	2 (12%)
■ < 80 Jahre: 7 (19%)	3 (15%)	4 (24%)
■ < 85 Jahre: 4 (11%)	1 (5%)	3 (18%)
■ < 90 Jahre: 1 (3%)	0	1 (6%)
Median:	69 Jahre	76 Jahre

Barthel-Index bei Entlassung gruppiert (n=37):

■ BI 30 bis 50:	12 (32%) = schwer behindert
■ BI 55 bis 75:	10 (27%) = mittelgradig behindert
■ BI 80 bis 95:	15 (41%) = leicht behindert

Auswertungen zur Weiterentwicklung des Pflegebedarfs Einschätzung des Pflegebedarfes nach 6 Wochen durch die Pflegedienste (n=37):

■ Pflegebedarf erhöht:	5 (14%)
■ Gleichbleibend:	19 (51%)
■ Geringer:	13 (35%)

Veränderung des Pflegebedarfes in Abhängigkeit vom Geschlecht (n=37):

■ Pflegebedarf erhöht:	männl. 3 (15%)	weibl. 2 (12%)
■ Gleichbleibend:	männl. 13 (65%)	weibl. 6 (35%)
■ Geringer:	männl. 4 (20%)	weibl. 9 (53%)

Veränderung des Pflegebedarfes in Abhängigkeit vom Lebensalter (n=37):

Altersgruppe < 60 Jahre bis 75 Jahre	
■ Geringer:	11 (30%)
■ Gleichbleibend:	11 (30%)
■ Erhöht:	3 (8%)

Altersgruppe < 80 Jahre bis < 90 Jahre	
■ Geringer:	2 (5%)
■ Gleichbleibend:	8 (22%)
■ erhöht:	2 (5%)

Veränderungen im Pflegebedarf in Abhängigkeit vom Barthel-Index (gruppiert) (n=37):

■ BI 30 bis 50:	Geringer: 3 (8%)	Gleich: 6 (16%)	Erhöht: 3 (8%)
■ BI 55 bis 75:	Geringer: 4 (11%)	Gleich: 5 (14%)	Erhöht: 1 (3%)
■ BI 80 bis 95:	Geringer: 6 (16%)	Gleich: 8 (22%)	Erhöht: 1 (3%)

Weiterführung der Therapieempfehlungen (n=37):

	Empfohlen: (% des Gesamtklientel)	Durchgeführt: (% der Empfehlung)
Krankengymnastik:	26 (70%)	18 (69%)
Ergotherapie:	18 (49%)	6 (33%)
Logopädie:	5 (14%)	1 (20%)
Neuropsychologie:	4 (11%)	0
Herzsportgruppe:	2 (5%)	0
Ergometertraining:	2 (5%)	0

Zusammenfassung:

Der Barthel-Index (BI) bei Entlassung als Maß für die Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens korreliert tendenziell negativ mit den Veränderungen im Pflegebedarf: Je pflegebedürftiger ein Patient nach Hause entlassen wird, desto weniger verbessert sich sein Zustand und desto seltener verringert sich sein Pflegebedarf.

Der weitere Pflegebedarf ist negativ mit dem Alter korreliert: Je höher das Lebensalter, desto eher steigt der Pflegebedarf zu Hause an oder bleibt zumindest gleich.

Die von der Klinik empfohlenen rehabilitativen Therapien werden nur zum Teil fortgeführt. Die Gründe hierfür konnten im Rahmen der Pflegerückmeldeberichte nicht analysiert werden. Die vorliegenden Zahlen sind um so bemerkenswerter, da die meisten Patienten im Großraum Nürnberg-Erlangen-Fürth entlassen wurden, wo für alle Therapien nach übereinstimmender Meinung von Krankenkassen und MDK ein ausreichendes Angebot zur Verfügung stehe.

Insgesamt zeigen 86,48% der entlassenen Patienten einen stabilen oder verringerten Pflegebedarf sechs Wochen nach Entlassung. Dies spricht für eine gute Entlassungsplanung und valide prognostische Einschätzung des weiteren Verlaufes.

Literatur:

Schmidt, Ralf: „Pflegekonzept zur Anbahnung der häuslichen Wiedereingliederung“
Die Schwester/Der Pfleger 10/01, Seite 814 - 819

Korrespondenzadresse:

Ralf Schmidt, Pflegedienstleiter
Fachklinik Herzogenaurach
In der Reuth 1
91074 Herzogenaurach

Tel.: (0 91 32) 83-31 01
Fax: (0 91 32) 83-31 79
Email: heike.eckhof@fachklinik-herzogenaurach.de