

Sektorenübergreifende Prozesse: Lösungsansätze zur Sicherung der Versorgungsqualität

Risikomanagement Aktueller Stand 2013

05. September 2013, Hannover

Schwerpunkt Versorgungsforschung Demenz

1. Forschungsstrategien & Methoden
2. Versorgungsinterventionen
3. Versorgungsstrukturen
4. Implementierungs- und Disseminationsforschung



Inhalte

- Prozesse
- Kommunikation und Sicherheitsaspekte
- Lösungsansätze

Prozesse

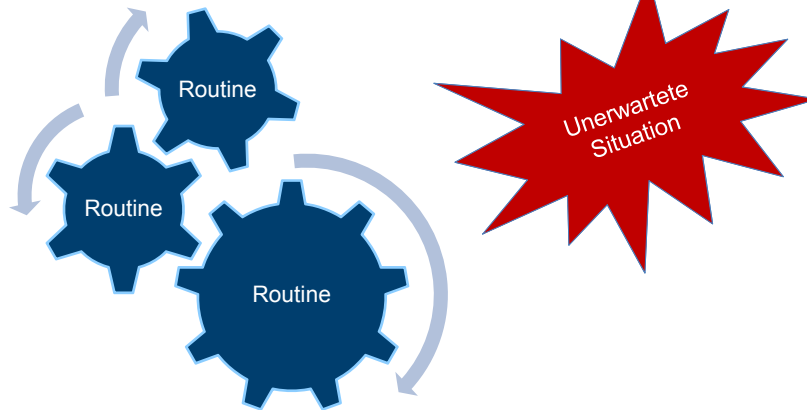
► Prozess

Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt:

- Typische Prozesse: diagnostisch, therapeutisch oder pflegerisch
- Einzelne Tätigkeiten (Prozeduren)
- Koordination (Wechselbeziehungen)
- Teilprozesse (z.B. Aufnahme, Entlassung)

[Sens et al. 2007]

Wenn Fehler im Prozess entstehen...



Prozesse

Sektoren-übergreifend

versus

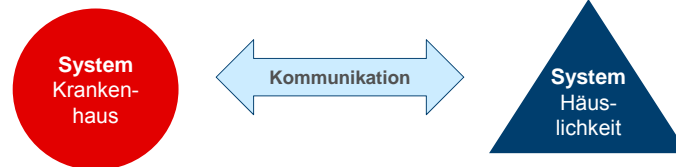
Setting-übergreifend



**Gesundheitseinrichtung
steht im Fokus**

**Geographischer und
sozialer Kontext**

[Sens et al. 2007]



► Unterschiede

- Strukturen und Prozesse
- Verantwortlichkeiten und Aufgaben
- Geographisch und sozial
- Gesetzgebung (z. B. SGB 5, SGB 11)
- Ökonomische Faktoren

[Lauche 2008, Buerschaper 2008, Höhmann et al. 1998]

► Probleme beim Austausch von Informationen

- Vollständigkeit
- Verifizierung
- Richtigkeit
- Timing etc.

► Auswirkungen (unerwünschte Ereignisse)

- Unnötige Wiederaufnahmen
- Verschlechterung des Allgemeinzustandes

► **Mögliche Ursachen für Fehler**

Organisation und Management

(z.B. Kritische Erfolgsfaktoren: fehlende Standards zur Informationsweitergabe)

Arbeitsumgebung

(z.B. schlechte telefonische Erreichbarkeit)

Team

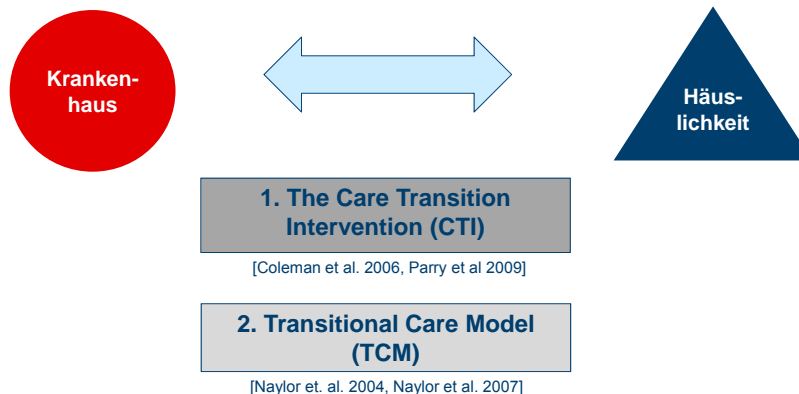
(z.B. nicht definierte Rollen, schlechtes Timing, schlechte Planung)

Individuum

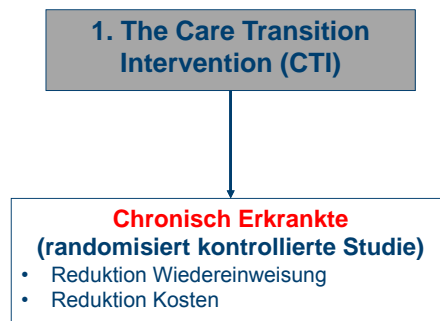
(z.B. nicht definierte Verantwortlichkeiten oder Inhalte)

[in Anlehnung an Laswell 1946, Badke-Schaub 2008 & Wong et al. 2008, Stiftung für Patientensicherheit 2007]

► **Maßnahmen zur Verbesserung von
Überleitungsprozessen (vulnerable Patientengruppen)**

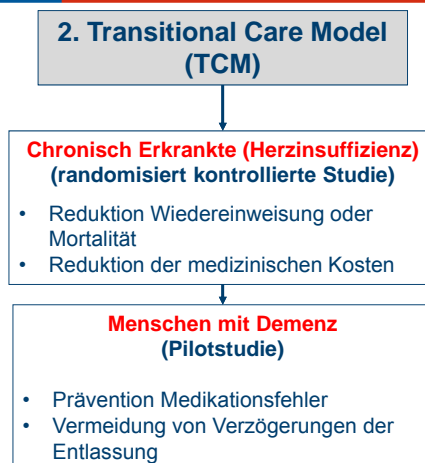


► Zielgruppe, Effekte:



[Coleman et al. 2006, Parry et al 2009]

► Zielgruppe, Effekte:



[Naylor et. al. 2004, Naylor et al. 2007]

1. The Care Transition
Intervention (CTI)

2. Transitional
Care Model (TCM)

Follow-up-Prozesse
Folgetermine

Stärkung der
Eigenverantwortlichkeit
des Patienten und des
Angehörigen
(Evaluation)

Starke koordinative
Unterstützung
des Patienten und des
Angehörigen
(BETREUUNG)

[Coleman et al. 2006, Parry et al 2009]

[Naylor et al. 2007]

1. The Care Transition
Intervention

a) Medikations-
selbstmana-
gement

b) Patientenzentrierte
Akte für den
Informationsaustausch
(incl. Transfer-
Checkliste)

c) Rechtzeitige
Folgetermine

d) Liste mit
Warnhinweisen

[Coleman et al. 2006, Parry et al 2009]

1. The Care Transition Intervention

Ziel:

Aktive Rolle von Patienten und Angehörigen zur Verbesserung der Versorgungskoordination und -kontinuität

Kernelemente:

1. Patientenzentrierte Akte für den Informationsaustausch in Patientenhand

- Der Patient und sein Angehöriger sind für die Aktualität und Weitergabe an zuständige Versorger verantwortlich

2. Hausbesuche und Anrufe durch einen Überleitungscoach

[Coleman et al. 2006, Parry et al 2009]

1. The Care Transition Intervention

Persönliche Patientenakte

- Problemliste
- Medikation und Allergien
- Liste von Warnhinweisen oder Warnsymptomen bezogen auf die chronische Erkrankung
- Freizeile für eigene Fragen
- Absprachen

Überleitungscoach (spezialisierte Pflegefachkräfte, Ärzte, Medizinische Fachangestellte)

- Stimulierung einer aktiven Rolle während Überleitungen
- Kompetenzen:
 - „Medication Reconciliation“
 - Patientenedukation: Kommunikation von Gesundheitsbedürfnissen sowie Unabhängigkeit

[Coleman et al. 2006, Parry et al 2009]

Prozeduren

1. Krankenhausbesuch 48 – 72 Stunden vor Entlassung:

- Erläuterung der persönlichen Patientenakte

2. Hausbesuch nach Entlassung:

- Evaluation der Medikamentenverordnungen (pre- und post Krankenhausaufenthalt, freiverkäuflicher Medikamente und sonstige verschriebene Medikamente)
- Sicherstellung, dass der Patient die Zielsetzung, die Hinweise und potentielle Nebenwirkungen der Medikamente versteht
- Medikationswidersprüche: Gemeinsame Planung mit dem Patienten den Arztkontakt (Telefonat, Dokumentation des Widerspruchs und Nachsorgetermin)

[Coleman et al. 2006, Parry et al 2009]

Prozeduren

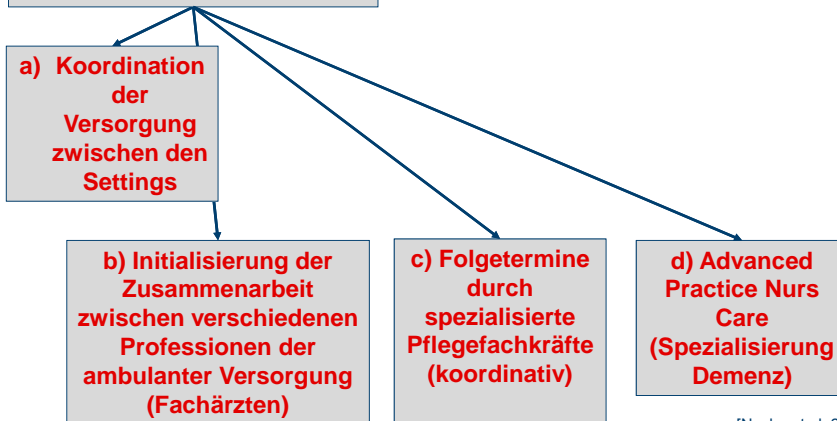
3. Telefonate 3x innerhalb von 28 Tagen nach Entlassung:

Veranlassung der Einbeziehung des Hausarztes, wenn notwendig:

- **1. Anruf:**
Evaluierung, ob ein angemessener Service erfolgt ist (z.B. Hilfsmittel, Medikamentenversorgung)
- **2. und 3. Anruf:**
Evaluierung des Fortschritts anhand zuvor festgelegter Ziele (z.B. Kontakte zu Versorgern, persönliche Patientenakte, Patientenrolle und Selbstmanagement)

[Coleman et al. 2006, Parry et al 2009]

2. Transitional Care Model



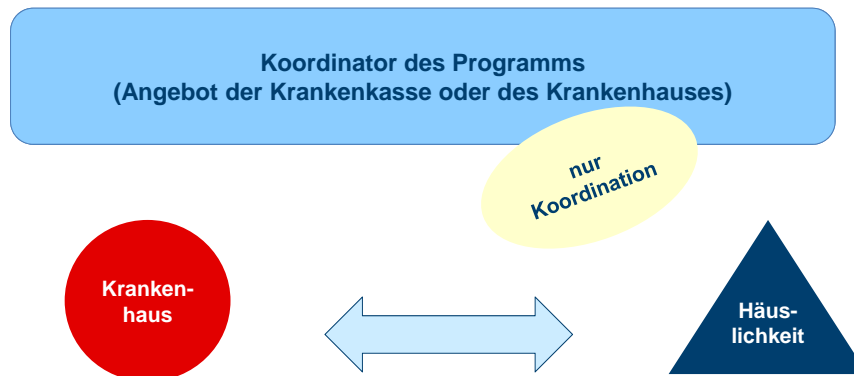
[Naylor et al. 2004]

2. Transitional Care Model

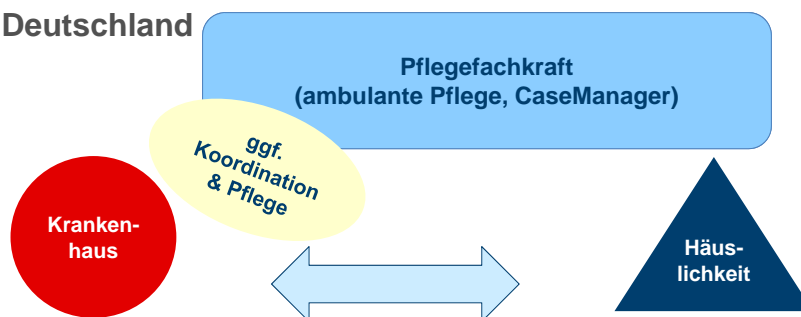


[Naylor et al. 2007]

► USA



► Deutschland



§ 7a SGB XI Pflegeberatung

- **Individuelle Beratung, Versorgungsplan:**
 - Sozialleistungen
 - gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative, medizinische, pflegerische und soziale Hilfen

► Übertragbare Konzepte?

- Expertenstandard Entlassungsmanagement
(Ebene der übergeordneten Qualitätsanforderungen basierend auch auf TCM)
- Überleitungsprogramme USA
(Leitlinien- Protokollcharakter, Operationalisierungshilfen, längere Follow-up-Zeiten eingeplant)

- Patientengerechte Unterstützung (Follow-up)
- Überleitungscoachs: Unterstützung des sektoren- und settingübergreifenden Informationsaustauschs für Patienten, Angehörige und Leitungserbringer
- Prozessneugestaltung: Nahtlose Übergänge unter Beachtung von Sicherheitsaspekten

Kontakt

Silke Kuske

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
Stockumer Straße 12
D-58453 Witten
Tel: 02302-926-242

silke.kuske@dzne.de