

Pflegegeleitete Patientenpfade in der Uniklinik Balgrist

Dr. L. Imhof, PhD, RN¹, N. Zigan, MNS, RN¹, J. Seitz², R. Hauser¹

¹Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften – ZHAW Winterthur

²Uniklinik Balgrist



Inhalt

Vorstellung Praxisentwicklungsprojekt

Judith Seitz,
Pflegedienstleiterin

Wissenschaftliche Begleitung

Dr. Lorenz Imhof
Leiter Forschung und Entwicklung Pflege

Zeit für Ihre Fragen / Zeit für Diskussion

Judith Seitz;
Dr. Lorenz Imhof;
Nicole Zigan, Wiss. Mitarbeiterin ZHAW

Vorstellung Praxisentwicklungsprojekt **Von der Bezugspflege zu den pflegegeleiteten Patientenpfaden**



Orthopädie / Rheumatologie / Paraplegiologie

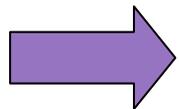
- 150 Betten
- 4590 Eintritte Stationär pro Jahr
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
- Pflegedienst Mitarbeitende 170
- Ausbildungsklinik für Pflegefachpersonen HF / FAGE

Geschichte des Projektes

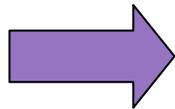
- Start Projekt “Bezugspflege” April 2009
- Kooperation / Wissenschaftlich begleitetes Projekt
- Ausrichtung geändert – pflegegeleitete Patientenpfade

Ausgangslage

- Gesundheitspolitisches Umfeld Einführung DRG 2012



Druck zur effizienteren Pflegeorganisation nimmt zu



Qualitätssicherung

Bezugspflege (BZ)

- Klientenzentriertes pflegerisches Versorgungssystem
- Eine Person übernimmt die Planung der Pflege für die Aufenthaltsdauer eines Patienten
- Fokus der Massnahmen liegt dabei auf der Neugestaltung der Rolle der verantwortlichen Pflegefachperson

Patientenpfade (klassisch)

- Darstellung von komplexen vernetzten Behandlungsabläufen (basieren auf Diagnosen)
- Leitlinien, als Handlungsempfehlungen zu verstehen
- Unterstützen Ärzte und Pflegende bei der Entscheidungsfindung
- Nehmen Bezug auf
Effizienz / Risiken / Kosten

Pflegegeleitete Patientenpfade

- Basieren auf Swiss-DRG
- Fokus aus Sicht der Patienten / Angehörigen
- Zielformulierung aus Patientensicht
- Pflege hat die Verantwortung für die Steuerung des Patientenpfades

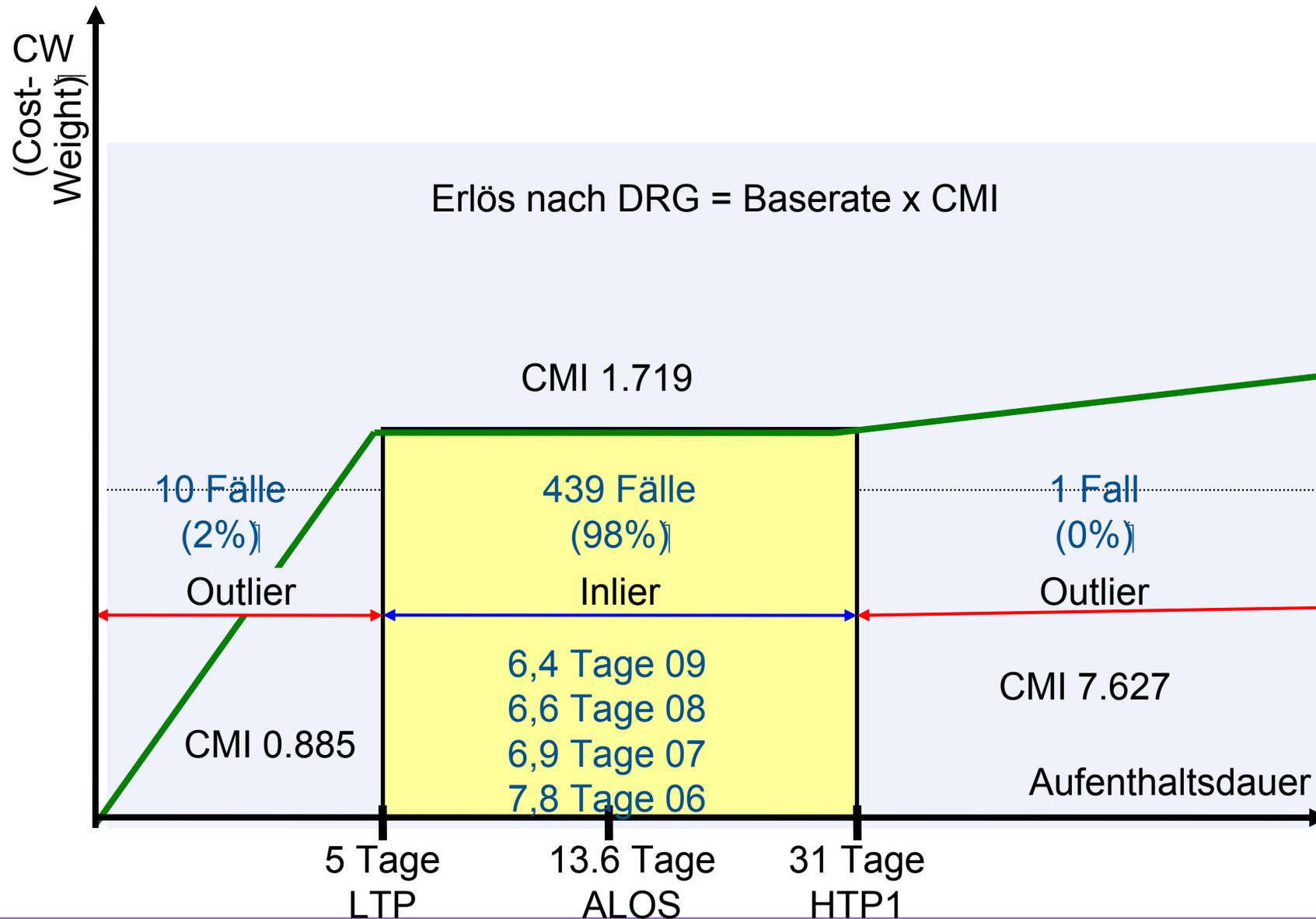
Was Versprechen wir uns von den pflegegeleiteten Patientenpfaden?

6 Pflegegeleitete Patientenpfade

DRG in der Orthopädie / Paraplegiologie

- Pfad 1 Totalendoprothese des Hüftgelenkes
- Pfad 2 Sonstige Exploration und Dekompression am Spinalkanal
- Pfad 3 Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette
- Pfad 4 Zehenamputation
- Pfad 5 Paraplegie komplett / inkomplett
- Pfad 6 Tetrapelgie komplett / inkomplett

DRG 209: «Eingriffe an Hüfte und Knie» im Jahr 2009



Nutzen für die Pflegepraxis / Forschungsbasiertes Projekt

- Verbesserung pflegerischer Leistungen durch:
 - Austrittsmanagement
 - Kontinuierliche Dokumentation der Qualität pflegerischer Leistungen.
 - Gewinnung neuer Erkenntnisse zur Effektivität des pflegerischen Patientenmanagement

- Qualitätsindikatoren stehen zur Verfügung

Zukünftige Anforderungen aus pflegerischer Sicht

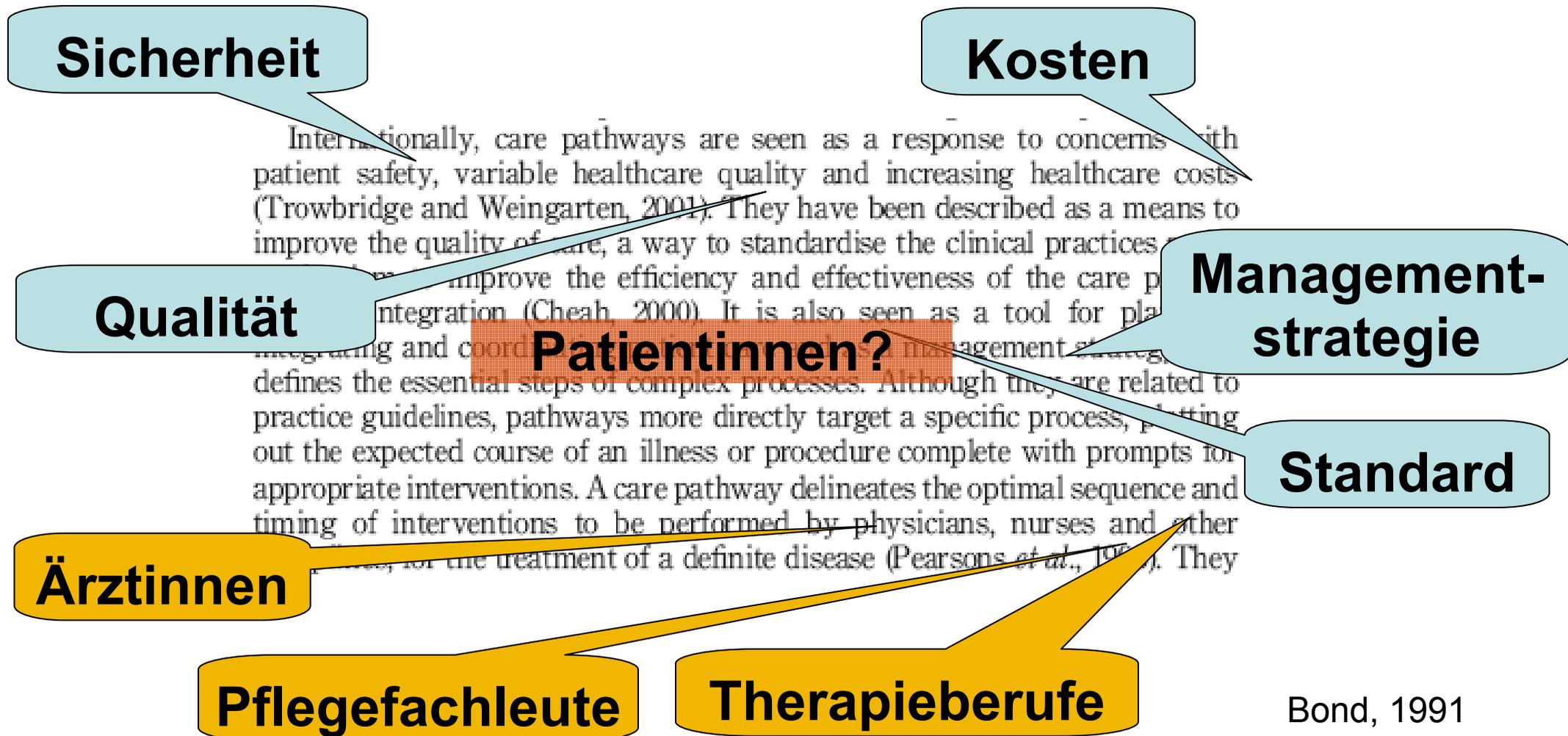
- Der Patientenprozess bedarf einer zentralen Steuerung unter pflegerischer Federführung
- Die Einführung von Qualitätsindikatoren unterstützen eine gute Positionierung innerhalb des Benchmarks

Wie wird das erreicht?

Beispiel für angewandte Pflegeforschung

Pflegegeleitete Patientenpfade

kritische Auseinandersetzung mit (interdisz.) Patientenpfaden



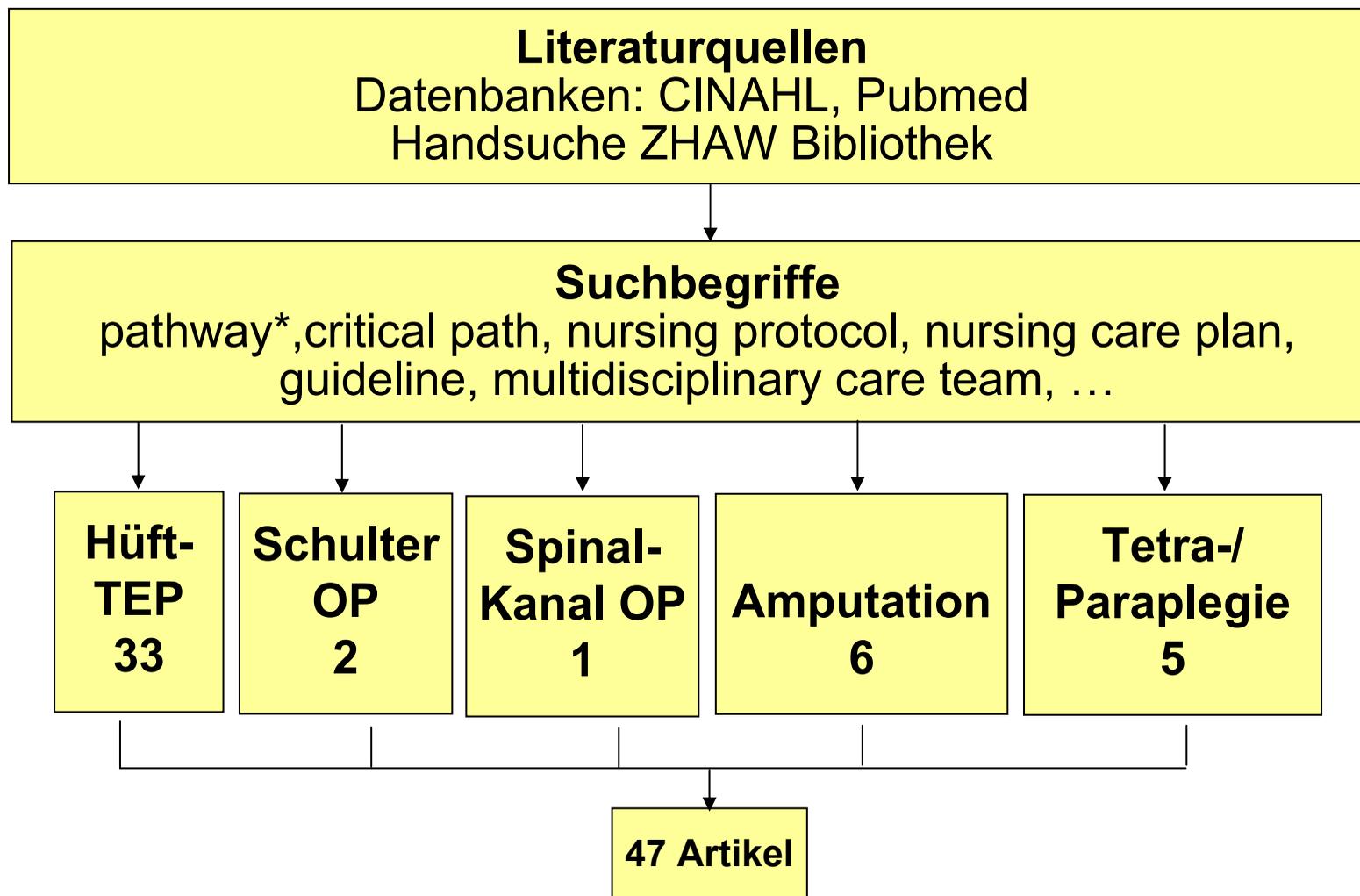
Bond, 1991

Integrative Literaturreview

- Studien
- Literaturreviews
- Konzeptdefinitionen
- Guidelines

Ziel: Darstellung der Elemente eines Patientenpfades

Verwendete Literatur



Beispiel: Organisationszentrierter Ansatz

Organisationsbezogen

Hierarchisch

Stark standardisierte Abläufe

Keine Ziele formuliert

	PARR (Day 0)	Post-op 12 hours (Day 0)	Day 1
Date			
Assessment/Monitoring	A- Airway, B- Breathing, C - Circulation Vital signs as per PARR protocol Oximetry Dressing, drainage Pain level Level of consciousness Intake & output Spinal level pm Peripheral Vascular assessment	Systems assessment Pain assessment Neurovascular and vital signs per hospital protocol Intake and output Skin assessment Monitor dressing O ₂ saturation q shift and pm Assess pre-admission meds/home O ₂ use	Systems assessment Pain assessment Neurovascular & vital signs per hospital protocol Intake and output O ₂ saturation q shift and pm Skin assessment Assess for calf tenderness Assess for bowel sounds Monitor dressing Assess for transfusion if hgb is <80 Patient hemodynamically stable
Consults		Medical follow-up pm Notify dietician if meets nutritional risk criteria	Medical follow up pm Geriatric consult for discharge planning pm Dietary follow-up pm
Tests/Diagnostics			CBC, sodium, potassium, chloride, CO ₂ , ionized calcium, magnesium If acute confusion occurs: follow Delirium Protocol, if in place on site or consult geriatrics
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> Maintain O₂ at 4L/min/nasal canula Extubation pm Temp control IV as ordered Operative site dressing & drain care pm Discharge by nurse if O₂ Sat 90% PARR Recovery Code 1-3 	<ul style="list-style-type: none"> Titrate O₂ to keep O₂ sat > 90% DB and C Reprime hemovac Q shift and pm Reinforce dressing pm Catheter care bid Skincare including heels Q4H 	<ul style="list-style-type: none"> O₂ titrated as indicated DB and C Reinforce dressing pm Catheter care BID pm Reprime hemovac Q shift and pm Skincare including heels Q4H Self care with assistance
Medications	Analgesic, other meds as condition indicates and as ordered	IV N/S as ordered Analgesic solepidural as ordered Antiemetic IV/sc Anticoagulant as ordered Antibiotics as ordered Pre admission medication as ordered	IV N/S as ordered Analgesic sc/ipo as ordered Antiemetic IV/sc/ipo Anticoagulant as ordered Pre-admission medication as ordered Patient verbalizes adequate pain control during prescribed activity
Nutrition	NPO	NPO → sips for meds only	NPO → full fluids Bowel sounds audible in 4 quadrants
Activity	Bed rest Deep breathing	Bedrest with pillow between legs (for Austin Moore) Ankle/leg exercises Position change Q2H Identify stability score	Standing/sitting in chair as tolerated (high chair for Austin Moore) Pillow between legs when sitting or lying in bed (for Austin Moore) Position Q2H Ankle/leg exercises Weight bearing per stability score
Teaching	<ul style="list-style-type: none"> Orientate to surroundings Reinforce deep breathing Patient discharged to unit in awake, stable condition per discharge criteria standard	Reinforce pre-op teaching Initiate hip precaution teaching (Austin Moore) Notify spokesperson re: patient being back from OR Introduce discharge planning to patient/family and begin to identify options	Reinforce pre-op teaching Review hip precaution (Austin Moore) Review Care Path Days expectation Begin to identify patient as candidate for particular discharge plan – home/out of region facility/Glenrose/Geriatric Rehab/Subacute Program/ Continuing care
Discharge Planning		Participate in post-op care	Actively participate in daily activities, discharge planning, care Patient/family verbalizes understanding of plan of care

12:25 PM INSTRUCTIONS: 1. Initial the activity &/or outcome (full signature in log); 2. Code Ø for variance (chart on variance tracking); 3. Blank indicates not done

Hüft-TEP: Edmonton Canada

Beispiel 2: Patienten / familienzentrierter Ansatz

Abweichungen vom Plan sind eventuell nötig um den Patienten korrekt zu behandeln

Erwartetes Ergebnis beim Patienten und der Familie

Sicherer i/v-Zugang wenn nötig
Schmerzmittel: _____

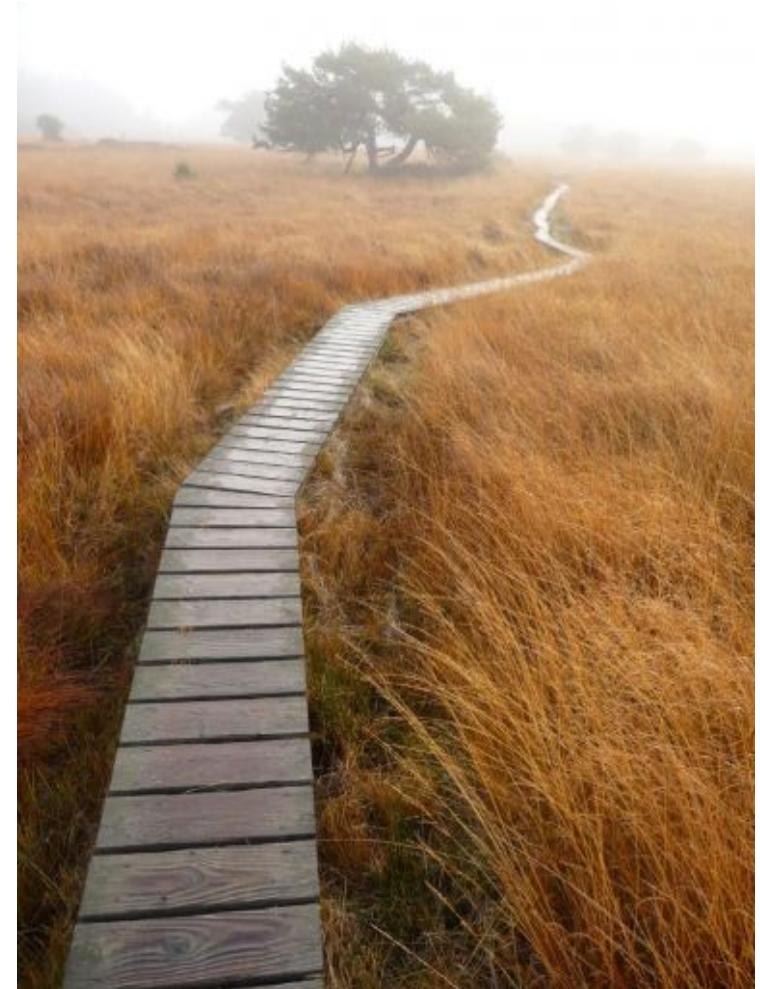
Subacute Inpatient Clinical Pathway		HOSPITAL			
<p>EXPECTED PATIENT/FAMILY OUTCOMES: The patient will be taken off the backboard within 6 hours The patient will be placed on a Rotorest bed on admission The patient will be fused within 72 hours if applicable The patient will verbalize understanding/acceptance of rehab plans/goals by discharge</p>					
<p>NECESSARY TO PROPERLY TREAT A PATIENT. THE MD HAS ULTIMATE DISCRETION IN PATIENT MANAGEMENT.</p>					
Critical Care	Phase 2: Acute Critical Care (Target: 3 days)	Phase 3: Mobility and Weaning (Target: 14 days)	Phase 4: Pre-Rehab		
<p>Requiring ICU care and all to be placed on the</p> <p>change q 14 days)</p> <p>4. Vent settings per Trauma or Incentive Spirometer q 1 hr</p> <p>5. Treatments appropriate</p> <p>CDs (no piexipulses)</p> <p>splits per PT</p> <p>s per OT as needed</p> <p>with 20 meq KCL at</p> <p>cc/hr</p> <p>11. Pepcid 20 mgs IV q 12 hr</p> <p>12. Methylprednisolone drip</p> <p>13. Pain Med</p> <p>14. Muscle Relaxant</p> <p>isivial for systolic BP < 90 mm Hg</p> <p>30 cc q 4 hr per NG for pH < 5</p> <p>Rotorest Bed, start rotation at 20 increase by 10 degrees every 1 at 40 degrees. rotation at least 18 hours a day</p> <p>0 minutes post admission</p> <p>BC, SMA 18</p> <p>-spine x-ray post traction</p> <p>nt</p> <p>Consults</p> <p>24. Social Worker</p> <p>25. Rehab Consult</p> <p>26. Discuss injury, plan of care</p>	<p>Hero placed if appropriate</p> <p>Spinal Stabilization if appropriate (Target: PID 2)</p> <p>Tracheostomy if needed (Target: PID 3)</p> <p>Secure enteral access if needed (Target: PID 3)</p>	<p>Benin slow wean protocol</p> <p>Abdominal Binder to be worn when patient is OOB and in chair</p> <p>5000 u Heparin SQ BID or Lovenox 30mgs BID</p> <p>Begin bowel program: Dulcolax suppository PR every AM, hold only if no BM</p> <p>Colace 100 MGS po BID</p> <p>Clear liquids or Tube Feeds (Target:PID 5)</p> <p>OOB chair BID with ROHC pad under buttocks, up no longer than 2 hrs</p> <p>GU consult for neurogenic bladder evaluation</p>			
<p>All Interventions require a</p>		<p>D/C PLANNING & EDUCATION</p>			

523

Para/Tetraplegie Louisville USA

Pflegegeleiteter Patientenpfad

- **Analyse der bestehenden Richtlinien**
- **Fokusgruppeninterviews**
 - Zielsetzungen
 - Patienten- / Familienperspektive
 - Empowerment
 - Klare Verantwortlichkeiten
 - Verbindlichkeit



Beispiel 3: Pflegegeleitete Patientenpfad

Patientinnen und Angehörige haben die Gelegenheit, wichtige Informationen in die Pflegeanamnese einfliessen zu lassen

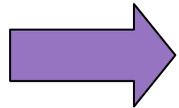
Patientinnen und Angehörige können sich auf den Informationsfluss innerhalb des Behandlungsteams verlassen

Der Pflegeplan ist vorhanden. Patientinnen und Angehörige sind mit dem Inhalt einverstanden

11.	Start Pflegeprozess	Patient/-in, Angehörige haben die Möglichkeit, wichtige Informationen in die Pflegeanamnese einfliessen zu lassen.	<ul style="list-style-type: none"> Pflegeanamnesegespräch führen Bei Bedarf Schmerzanamnese erheben Wissens- und Schulungsbedarf erheben Schulung, Beratung, Training gemäss Leitfaden planen
12.		<p>Patient/-in, Angehörige haben die Möglichkeit ihre Bedürfnisse und Ziele in die Pflegeplanung einzubringen.</p> <p>Patient/-in, Angehörige werden in der Austrittsplanung unterstützt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Anliegen von Patient/-in, Angehörigen zum Spitalaufenthalt aufnehmen Anliegen von Patient/-in, Angehörigen zum Spitalaustritt aufnehmen Austrittsmanagement mit Patient/-in, Angehörigen besprechen (Hospitalisationsdauer ca. 4-7 Tage, Alter/Schmerz abhängig, Austrittszeit regulär 9-30 Uhr). Unterstützungsbedarf nach Austritt mit Patient/-in, Angehörigen abklären (Körperpflege, Mobilität). Besonderheiten zum Austrittsmanagement mit dem Arzt / der Ärztin besprechen
14.	Koordination pflegerischer-ärztlicher Dienst	Patient/-in, Angehörige können sich auf den Informationsfluss innerhalb des Behandlungsteams verlassen.	<ul style="list-style-type: none"> Geplanteten Austrittstermin im Wohnosp Austrittsplanung dokumentieren
15.	Fortsetzung Pflegeprozess	Pflegeplan für den Patient / die Patientin ist vorhanden. Patient/-in, Angehörige sind mit dem Inhalt einverstanden.	<ul style="list-style-type: none"> Pflegeplanung erstellen (Pflegediagnosen, Ziele, Interventionen, geplante Evaluationen) Pflegeplanung mit Patient/-in, Angehörigen besprechen

Ausschnitt aus Patientenpfad 1 Hüft-TEP

Evaluationskriterien



Literaturreview

Pat/Angehörige

Pflegepersonal

**Interdisziplinäre
Zusammenarbeit**

Kosten

Evaluationskriterien

Pat/Angehörige
151 Indikatoren



Ergebniskriterien

Zufriedenheit

Persönliche Beziehung

Patientenautonomie

Wirksamkeit

Funktioneller Status

Lebensqualität

Sicherheit

Schmerzen

Evaluationskriterien

Pflegepersonal
20 Indikatoren



Ergebniskriterien

Zufriedenheit

Rolle

Stress

Sicherheit

Situationsbezogene Gefühle

Personalfluktuatation

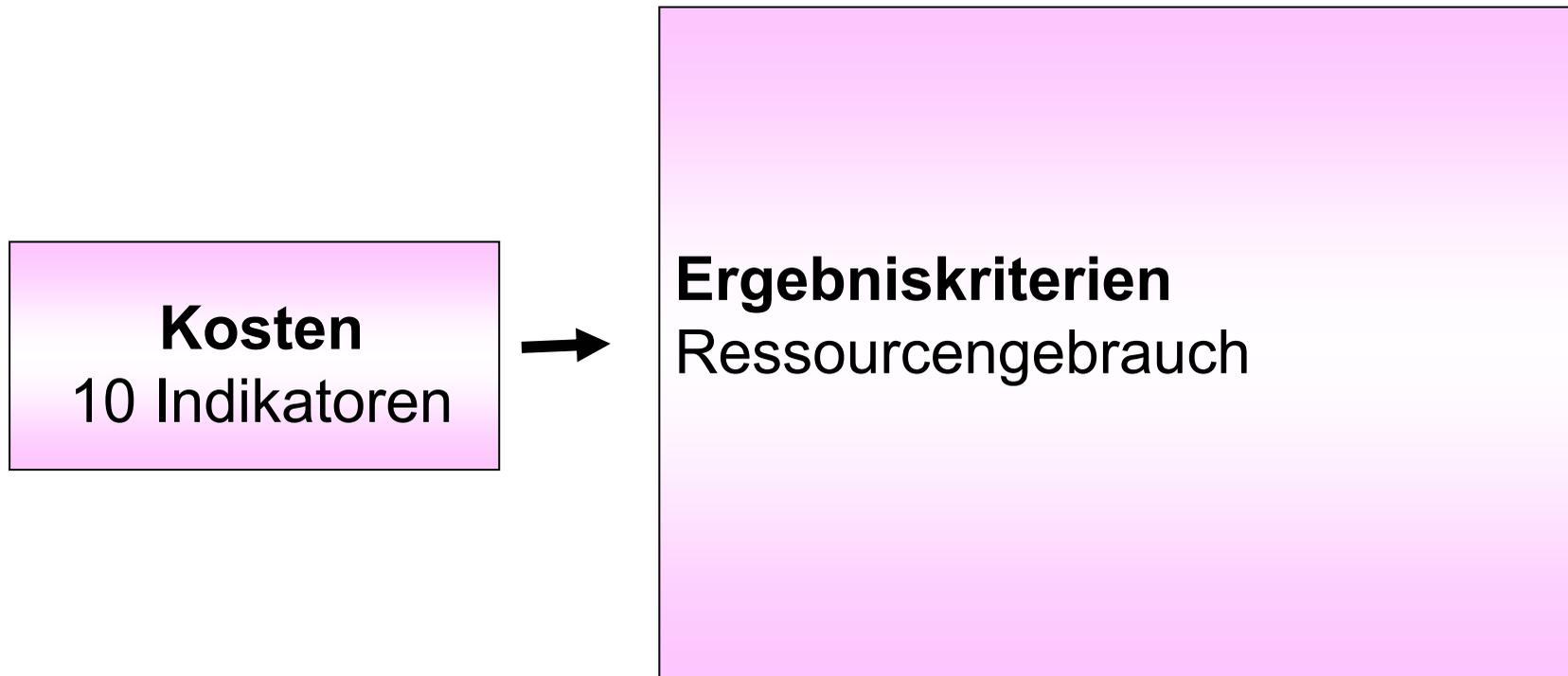
Evaluationskriterien

**Interdisziplinäre
Zusammenarbeit**
25 Indikatoren



Ergebniskriterien
Erreichbarkeit
Angemessenheit
Effizienz
Kommunikation
Arbeitsumgebung

Evaluationskriterien



Pflegegeleitete Patientenpfade

Ist mehr als „Patientenpfade von Pflegenden“ geleitet

Merkmale

- Kompetent und systematisch
- Basiert auf „Caring“ (Zentriert auf Patientin und Angehörige)
- Empowerment
- Den Alltag wieder herstellend
- 24x7 (24 h / 7 Tage) Verfügbarkeit
- Kontinuität und organisationsübergreifend

Vielen Dank

- **Judith Seitz** (judith.seitz@balgrist.ch)
Pflegedienstleitung, Balgrist
- **Dr. Lorenz Imhof, PhD, RN** (lorenz.imhof@zhaw.ch)
Leiter Forschung und Entwicklung Pflege, ZHAW
- **Nicole Zigan, MScN** (nicole.zigan@zhaw.ch)
Wiss. Mitarbeiterin, Forschung und Entwicklung Pflege, ZHAW