

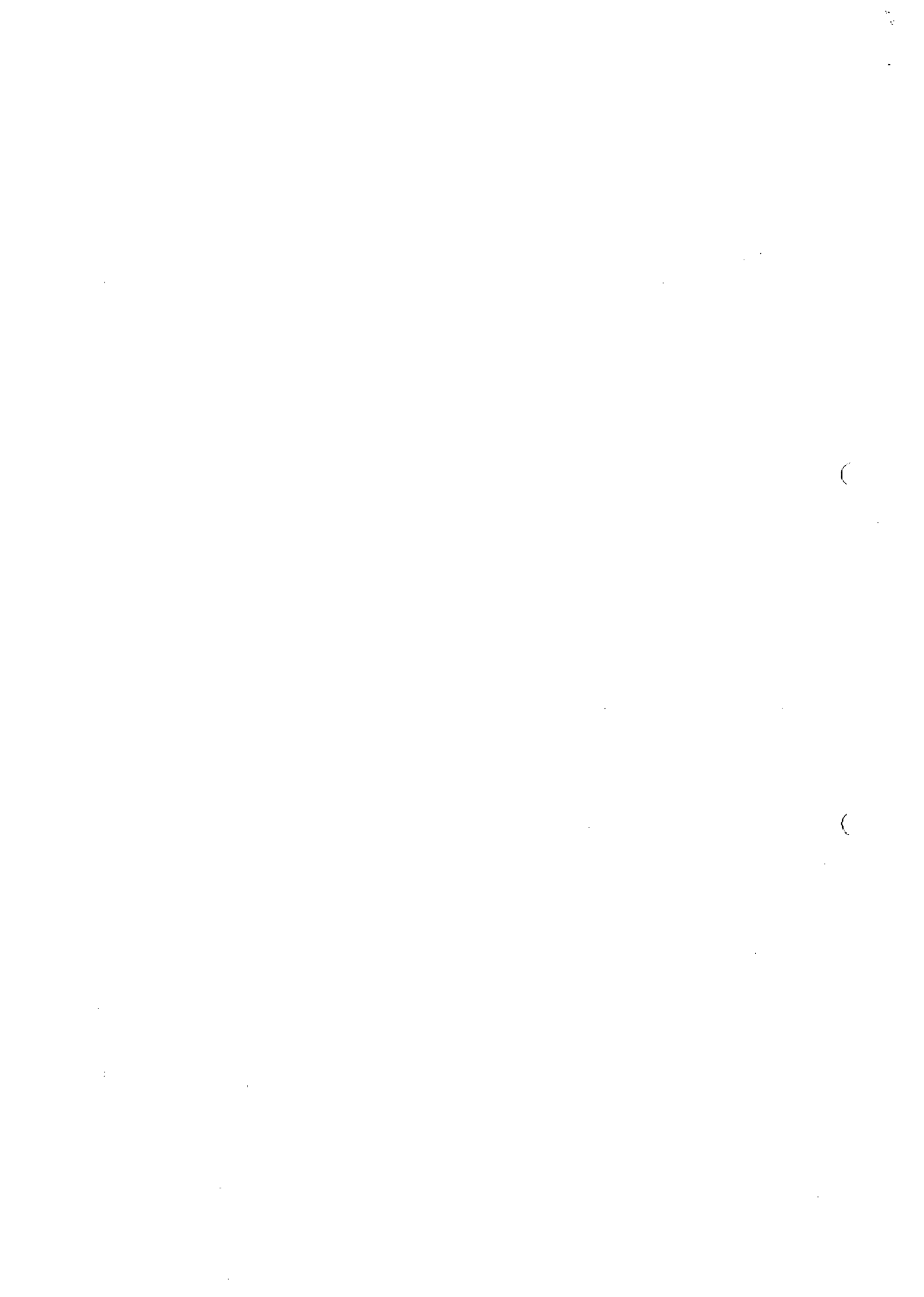
Projekt: Beratungspfleger
(Teil 1)

Dieter Liedtke
Marlies Wanjura

Diskussionspapier 10

Dezember 1988

Herausgeber: Senator für Gesundheit und Soziales Berlin;
Schriftleiter: Priv.-Doz. Dr. G. Meinlschmidt,
An der Urania 12, 1000 Berlin 30. Nachdruck, auch
auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.



Projekt Beratungspfleger (Teil 1)

Projektdesign

Der Aufbau der flächendeckenden häuslichen Krankenpflege durch Sozialstationen führt seit einigen Jahren zunehmend zu einer Verschiebung innerhalb des Gesundheitswesens. Die Entwicklung zugunsten der ambulanten Pflegedienste liegt in den meisten Fällen im Interesse aller Beteiligten:

Der Patient möchte zu Hause betreut werden und nicht länger als nötig im Krankenhaus liegen. Die Krankenhäuser behalten ihre Betten sinnvollerweise den Akutpatienten vor.

Die Krankenkassen und damit die Solidargemeinschaft aller Versicherter sind bestrebt die Kosten für das Gesundheitswesen nicht weiter steigen zu lassen.

Um diesen Interessen gerecht zu werden und die angestrebten Ziele zu erreichen, müssen die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zusammenarbeiten. Beteiligt an dieser Zusammenarbeit sind auf beiden Seiten Ärzte, Krankenpflegepersonal, Sozialdienste, Angehörige, sonstige Kontaktpersonen der Patienten und ehrenamtliche Helfer. Sie alle tragen als Pflegeteam dazu bei, daß der Krankenhausaufenthalt auf ein notwendiges Maß verkürzt werden kann. Voraussetzung für das Funktionieren und damit der Erfolg dieses Teams ist allerdings eine gute gegenseitige Information und eine enge Kooperation aller am Pflegeablauf Beteiligten.

Aus Erfahrung der letzten Jahre wissen wir, daß es immer wieder Probleme in der Zusammenarbeit von stationären und ambulanten Pflegebereichen gibt. Speziell die Überleitung von Patienten in die häusliche Krankenpflege leidet unter Informations- und Kooperationsdefiziten. Dies führt zu Problemen wie zum sogenannten "Drehtüreffekt", d.h. :

Der Patient wird mangelhaft in die häusliche Pflege geleitet, die Pflege scheitert und der Patient ist nach kurzer Zeit wieder im Krankenhaus.

Eine weitere Folge von unzureichender gegenseitiger Information ist eine vorschnelle Verlegung in ein Krankenhaus, trotz vorhandener Ressourcen beim Patienten und deren mögliche Förderung durch die ambulante Pflegedienste.

Der Beratungspfleger für häusliche Krankenpflege hat die Aufgabe, die bestehenden Probleme bei der Patientenüberleitung aufzunehmen, auszuwerten und auf ein verbessertes Informations- und Kooperationssystem hinzuwirken. Der bereits vor einiger Zeit eingeführte Pflegeüberleitungsbogen bietet hierbei einen konkreten Ansatz.

Folgende Ziele wurden für das Projekt formuliert:

1. Der Patient soll nach der Versorgung im Krankenhaus möglichst rasch und reibungslos in seine vertraute soziale Umgebung zurückgeführt werden.
2. Der Patient und seine Angehörigen sollen ermutigt werden, die pflegerischen und sozialen Hilfen der ambulanten Pflege vermehrt und frühzeitig in Anspruch zu nehmen.
3. Der Sozialdienst soll bei der Überleitung von Patienten in die häusliche Pflege durch krankenschwägerische Kompetenz ergänzt werden.
4. Das Humboldt-Krankenhaus soll dringend benötigt Akutbetten früher als bisher freibekommen.
5. Die Mitarbeiter des Krankenhauses sollen ständig über die aktuellen quantitativen und qualitativen Kapazitäten der Sozial-/Pflegestation informiert sein.
6. Die ambulanten Pflegedienste sollen eine Anlaufstelle für Probleme bei der Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus erhalten.
7. Die ambulanten Pflegedienste sollen ständig über den aktuellen Stand im medizinisch-pflegerischen Bereich des Krankenhauses auf dem laufenden gehalten werden.
8. Gemeinsame Fortbildung von Krankenpflegekräften, Ärzten und Sozialdiensten aus beiden Bereichen sollen Reibungsverluste und Defizite ausgleichen.

Ist-Analyse der Überleitungspraxis

In einer Ist-Analyse wurde als Projektvorlauf über den Zeitraum von 2 Monaten von den beteiligten 7 Sozialstationen in Reinickendorf 182 Patientenüberleitungen nach einem einheitlichen Erhebungsbogen erfaßt. Eine in unserem Hause erfolgte Auswertung ergab folgendes Bild:

In 2 Monaten wurden 182 Patienten an 7 Sozialstationen vermittelt.

1. Zuweisende Einrichtung
 - 1.1 15 % der Patienten kamen aus dem Humboldt-Krankenhaus
 - 1.2 38,5 % Patienten aus anderen Krankenhäusern
 - 1.3 14,5 % Patienten wurden von niedergelassenen Ärzten überwiesen.
 - 1.4 32 % der Patienten durch sonstige Einrichtungen (Sozialämter, Angehörige, Patient selber, Krankenkasse)

Fazit

Die quantitative Zuweisungsrate von 53,5 % der Patienten durch Krankenhäuser erscheint relativ hoch, gemessen an der realen Zahl der überwiesenen Patienten pro Monat insgesamt nur 48 verteilt auf 7 Sozialstationen ergibt pro Sozialstation rd. 7 Patienten. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint die Inanspruchnahme von Sozialstationen noch ausbaufähig.

2. Altersstruktur
 - 2.1 4,5 % der Patienten waren jünger als 60 Jahre
 - 2.2 5,5 % waren 60 bis 70 Jahre alt
 - 2.3 36 % waren 70 bis 80 Jahre alt
 - 2.4 54 % der Patienten waren älter als 80 Jahre

- 3. Verteilung männlich/weiblich
- 3.1 22 % der Patienten waren männlich
- 3.2 78 % der Patienten waren weiblich

Fazit

Diese demografischen Daten müssen Berücksichtigung bei der Bemessung von Sozialstationsgrößen und beim Personalbedarf finden.

- 4. Fragen zur Überleitung
- 4.1 Zeitliche Intervalle
72 % der Patienten wurden nicht rechtzeitig (2 Tage vor der Entlassung) gemeldet.
- 4.2 28 % der Patienten wurden den Sozialstationen frühzeitig avisiert.

Fazit

Verlängerung des zeitlichen Vorlaufs ist dringend erforderlich.

- 5. Inhaltliche Qualität der Überleitung
- 5.1 In 1,9 % der Fälle (d.h. bei 2 Patienten) wurde ein pflegeüberleitungsbogen ausgefüllt.
- 5.2 62 % der Überleitungen waren unzureichend bis falsch
38 % der Überleitungen können als ausreichend eingestuft werden.
Soziale und umfeldbezogene Aspekte fanden nur in 4 % der Überleitungen Berücksichtigung.

Fazit

Primäre Aufgabe des Beratungspflegers muß eine detaillierte inhaltliche Ausgestaltung der Überleitungsbogen zur Sicherstellung der häuslichen Krankenversorgung werden.

5.3 Angaben zu Pflegemaßnahmen

Von 182 Betreuungsfällen waren 31 % Insulinpatienten. Die Verordnungen beschränkten sich bei diesen Patienten ausschließlich auf die Dosiermenge, Angaben zum zeitlichen Intervall, Ernährung und sozialem Umfeld lagen nicht vor.

5.4 Pflegeangaben bei den verbleibenden 119 Patienten in Rangfolge:

85,7 %	Grundpflege
64,7 %	Mobilisation
14,0 %	Verbände
8,4 %	Einreibungen
7,6 %	Prophylaxen
3,4 %	Katheterspülung
1,7 %	Einläufe
0,8 %	physikalische Therapien
0,8 %	Sondenernährung

Fazit

Diese Rangfolge zeigt sehr anschaulich, daß der Nachbetreuungsbedarf von Krankenhäusern primär in der grundpflegerischen Betreuung gesehen wurde. Die Möglichkeit zur Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes auch auf die Behandlungspflege zurückzugreifen, wurde von Projektbeginn wie diese Analyse zeigt, nur sehr bedingt wahrgenommen. Gründe hierfür sind:

- a) Informationsdefizite bei Ärzten und Pflegekräften (Stationsleitungen) über die Möglichkeiten und Grenzen der häuslichen Krankenpflege.
- b) Fehlen von personellen Kapazitäten bei der geplanten organisierten Pflegeüberleitung, die soziale Überleitung wird durch dafür qualifizierte Sozialarbeiter wahrgenommen.
- c) Sozialstationen und ihre Mitarbeiter haben keine oder nur sehr wenige direkte Kontakte zum Krankenhaus aufgebaut. Der direkte ständige Ansprechpartner war nicht vorhanden.

5.5 Entlassungsvisiten und persönliche Übergabe:

In 3 % der Fälle wurden persönliche Übergabegespräche geführt.

In 8,5 % der Fälle fand ein Erstbesuch von Sozialstationen im Krankenhaus statt.

Fazit

Intensivierung von Gesprächen und Erstbesuchen.

5.6 Den Wünschen von Patienten nach einer bestimmten Sozialstation (Träger) wurde mir nur in 41 % der Fälle Rechnung getragen. In den restlichen 59 % der Fälle fand keine spezielle Befragung statt.

Fazit

Durch eine gezielte Befragung bei der Überleitungsplanung sollte der Wunsch des Patienten ermittelt und ihm nach Möglichkeit entsprochen werden.

In einem Vergleich zwischen den durch die Ist-Analyse ermittelten Defiziten und den formulierten Zielvorgaben für das Projekt Beratungspfleger kann festgestellt werden, daß die vor Projektbeginn zu erheblichen Reibungsverlusten führenden Problempunkte erfaßt wurden.

Umsetzung der gesteckten Ziele

Steigende Aufnahmezahlen im Humboldt-Krankenhaus sorgen seit Anfang des Jahres 1988 für eine durchgehende Auslastung der Bettenkapazität in nahezu allen Pflegebereichen. Der entstandene Druck auf die Verweildauer der Patienten fordert u.a. die vermehrte Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege.

Hierzu bieten im Bezirk Reinickendorf 7 geförderte Sozialstationen neben den anerkannten Sozialstationen und den freien Anbietern dem Humboldt-Krankenhaus ihre Zusammenarbeit an. Die Koordination zwischen beiden Pflegebereichen wird seit Jahren vom Sozialdienst wahrgenommen. Die zunehmende Inanspruchnahme, speziell der häuslichen Krankenpflege, hängt aber entscheidend davon ab, wie die Zusammenarbeit beider Pflegebereiche weiterentwickelt und verbessert

werden kann. Nur unter Einbeziehung des Pflegepersonals und durch eine frühzeitig geplante Pflegeüberleitung kann ein Einfluß auf die Verweildauer genommen werden, ohne gleichzeitig Qualitätsverluste in der Pflege hinnehmen zu müssen. Der Beratungspfleger nimmt hier eine zentrale Stellung bei der zukünftigen Pflegeüberleitung ein. Er bildet die notwendige fachliche Ergänzung zum Sozialdienst.

In Zusammenarbeit mit der gesamten Krankenhausleitung und dem Sozialdienst wurde der Beratungspfleger bei den Mitarbeitern des Krankenhauses vorgestellt.

Ein eigenes Büro, Telefon und ein Europetelefon schaffen die Rahmenbedingungen einer schnellen Erreichbarkeit sowohl für Krankenhausmitarbeiter als auch für die Sozialstationen. Begrenzte aber feste Sprechzeiten für Ärzte, Krankenpflegepersonal, Sozialstationen und Angehörige, die sich über pflegerische Möglichkeiten informieren wollen, haben dazu beigetragen, die häusliche Krankenpflege in das Bewußtsein der Benutzer stärker als bisher zu verankern. Das der Beratungspfleger heute von allen Krankenhausmitarbeitern und den Sozialstationen in gleicher Weise akzeptiert wird, liegt an der Kontinuität und der ständigen konkreten Mitarbeit und Hilfestellung die alle Beteiligten von ihm erhalten können.

Durch die direkte Mitarbeit und Beratung innerhalb der Pflegeüberleitung sind nach 6 Monaten Projektzeit die Zahlen der Überleitungen auf insgesamt 270 angestiegen und die Inhalte der Pflegeübermittlung haben eine andere Qualität. Gerade Schwerstpflegebedürftige und chronisch Kranke konnten häufiger aus dem Akutbereich in den häuslichen Bereich entlassen werden.

Ebenso werden Patienten aus dem Bereich der Ersten Hilfe/Aufnahmestation nach ambulanter Behandlung direkt in die Sozialstation vermittelt. Für eine selbständige Vermittlung durch das dortige Krankenpflegepersonal steht inzwischen ein vereinbarter Arbeitsablauf sowie eine gesonderte ärztliche Verordnung zur Verfügung.

Festzustellen ist, daß sich die Sozialstationen bei einer frühzeitig geplanten Entlassung als leistungsfähiger Partner des Krankenhauses erwiesen haben und den Patienten wie seinen Angehörigen eine Alternative zum Krankenhaus bieten.

Fortbildung

Eine erste Fortbildungsveranstaltung im Hause hatte das Ziel die Erweiterung des Wissenstandes bei Ärzten und Pflegepersonal zu den Möglichkeiten der häuslichen Krankenpflege aufzuzeigen, die vorhandenen Kapazitäten der Sozialstation vermehrt zu nutzen. Teilnehmer waren 7 Sozialstationen und ihre Mitarbeiter und ca. 60 bis 70 Mitarbeiter des Krankenhauses.

In ständigen Gruppengesprächen im ärztlichen und pflegerischen Dienst konnte das Wissen, am Einzelfall des Patienten orientiert, erweitert werden.

Sogenannte Dauerpflegefälle immer wiederkehrende Patienten wurden häufiger als bisher in die häusliche Krankenpflege übergeleitet und verblieben dort.

Pflegeüberleitungsbogen

Neben der Information und Beratung bildet die breite Einführung des Pflegeüberleitungsbogens und des neuen Arbeitsablaufes zur Pflegeüberleitung mit dem Ziel der selbständigen Pflegeüberleitung durch das Stationspersonal einen Schwerpunkt der Arbeit. Der Pflegeüberleitungsbogen und dessen Handhabung wurde zusammen mit dem Arbeitsablauf Pflegeüberleitung den Gruppenschwestern/pflegerinnen aller Pflegebereiche vorgestellt. Zusätzlich wurde das Adressenverzeichnis der Berliner Sozialstationen in den Pflegegruppen hinterlegt.

In den Pflegegruppen selber wurde die Verbesserung der Zusammenarbeit mit der häuslichen Krankenpflege begrüßt. Die selbständige Überleitung wird jedoch von vielen Gruppen abgelehnt. Als Gründe hierfür werden der straffe Tagesablauf und der damit verbundene Zeitmangel angegeben. Das aufwendige Heraussuchen der Sozialstationen und das mitunter mehrmalige Telefonieren nach Absagen durch die Sozialstationen benötigt viel Zeit, die dem Pflegepersonal nicht zur Verfügung steht. Es wird hier auf den Sozialdienst bzw. auf den Beratungspfleger verwiesen.

Aus der beigelegten Graphik geht hervor, wie die Überleitungswege praktiziert werden. Dabei wird auf die Erweiterung der Verlaufszeit zur Patientenentlassung hingearbeitet um Pflegeziele und Pflegemaßnahmen dokumentieren zu können und flankierende soziale Hilfen sowie die Kostensicherung für den Patienten einleiten zu können.

Der häusliche Krankenpflege muß die Gelegenheit gegeben werden, die Pflege materiell und personell vorzubereiten und ggf. einen Erstbesuch im Krankenhaus durchführen zu können. Zunehmend wird der Beratungspfleger häufiger und frühzeitiger in die Pflegeüberleitung eingeschaltet. Es gilt jedoch festzustellen, daß teilweise immer noch der zeitliche Rahmen zur Pflegeüberleitung von ärztlicher Seite zu eng gesteckt wird. Die Einstellung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse wird hier u.a. dafür verantwortlich gemacht. Dies läßt die Beteiligten innerhalb der Pflegeüberleitung dann nur noch notdürftig reagieren statt geplant und gezielt agieren.

Wie aus der Graphik und dem geschilderten Arbeitsablauf ersichtlich, ist eine enge Kooperation zwischen dem Sozial-

dienst und dem Beratungspfleger entstanden. Die pflegerische Überleitung wird als kompetente und notwendige Ergänzung zur sozialen Überleitung gesehen und inzwischen akzeptiert.

Beratung der Angehörigen und Patienten

Patienten und Angehörige werden auf das differenzierte Angebot der Sozialstation durch die Entlassungsgespräche aufmerksam gemacht. Sie werden ermutigt sich frühzeitig auf eine Entlassung in den häuslichen Bereich einzustellen, da dieses Angebot die Pflege und weitere Lebensführung in ihrer gewohnten Umgebung sichern hilft.

Jeder Pflegeüberleitung geht daher ein klärendes Gespräch mit dem Patienten durch den Beratungspfleger voraus. Hier werden dem Patienten die Möglichkeit spezieller und allgemeiner Krankenpflege dargelegt. Er wird auf evtl. notwendigen Pflegehilfsmittel hingewiesen und auf die Möglichkeit einer zusätzlichen Haushaltshilfe im Rahmen der verordneten Hauskrankenpflege (7-Tage-Regelung).

Die irrtümliche Vorstellung von einer nur Haushaltshilfe, geleistet durch die Hauskrankenpflege, muß immer wieder korrigiert werden, da die Haushaltshilfe nur eine Zusatzleistung der Krankenkasse zur Krankenpflege ist. Gerade hier werden den Patienten von ärztlicher Seite immer noch zuviele Versprechungen gemacht, ohne daß dafür auf Dauer eine Kostensicherung für den Patienten bzw. die Sozialstationen gegeben ist.

Bei richtiger Aufklärung und Unterweisung und Beratung müssen Patienten nicht deshalb länger im Krankenhaus verbleiben, weil niemand ihren Haushalt versorgt. Hier erfolgt stets eine Absprache mit dem Sozialdienst des Krankenhauses.

Zwischenbilanz

Von Anfang April bis Ende Juni 1988 fand die allmähliche Umsetzung der aufgeführten Ziele statt. Die klaren Arbeitsschritte bei der Überleitung, die ständig anleitende und tätige Begleitung bei der Überleitung tragen dazu bei, daß sich die inhaltliche Qualität der Pflegeüberleitung wesentlich verbessert hat. Kein Patient der heute häusliche Krankenpflege benötigt, verläßt das Humboldt-Krankenhaus ohne geplante Pflegeüberleitung und einen Pflegeüberleitungsbogen.

Krankenhausmitarbeiter und der Beratungspfleger konnten in problematischen Einzelfällen schon während der Liegezeit im Krankenhaus den Kontakt mit der Sozialstation der Häus-

lichkeit der Betroffenen herstellen und so eine frühzeitige Entlassung der Patienten in deren Interesse einleiten.

Es konnten Patienten aus der Neurologie, Nephrologie, Gynäkologie und Urologie vorzeitig entlassen werden, bei denen eine umfassende spezielle Krankenpflege erforderlich und eine Versorgung im häuslichen Bereich für die Krankenhausmitarbeiter bei der Beratung unvollstellbar erschienen wäre. Dieser erreichte gute Standard ist auf die ständige Präsenz und praktische Unterstützung des Beratungspflegers zurückzuführen. Ein Versuch, während der vierwöchentlichen Urlaubszeit des Beratungspflegers die Pflegeüberleitung ganz den Pflegekräften zu übertragen, hat erwartungsgemäß nur in wenigen Teilbereichen funktioniert.

Nach 6monatiger Projektdauer sind bereits neue Möglichkeiten und Wege der Zusammenarbeit für beide Pflegebereiche deutlich geworden. Die bisherigen Erfahrungen haben aber auch gezeigt, daß die direkte und frühzeitige Patientenüberleitung von der Station in die Sozialstation durch das Pflegepersonal selbst z.Z. nicht die nötige Verlässlichkeit bringt. Der Beratungspfleger in Kooperation mit dem Sozialdienst muß daher in der erreichten und noch zu erwartenden Verbesserung der Pflegeüberleitung auch zukünftig eine zentrale Stellung einnehmen.

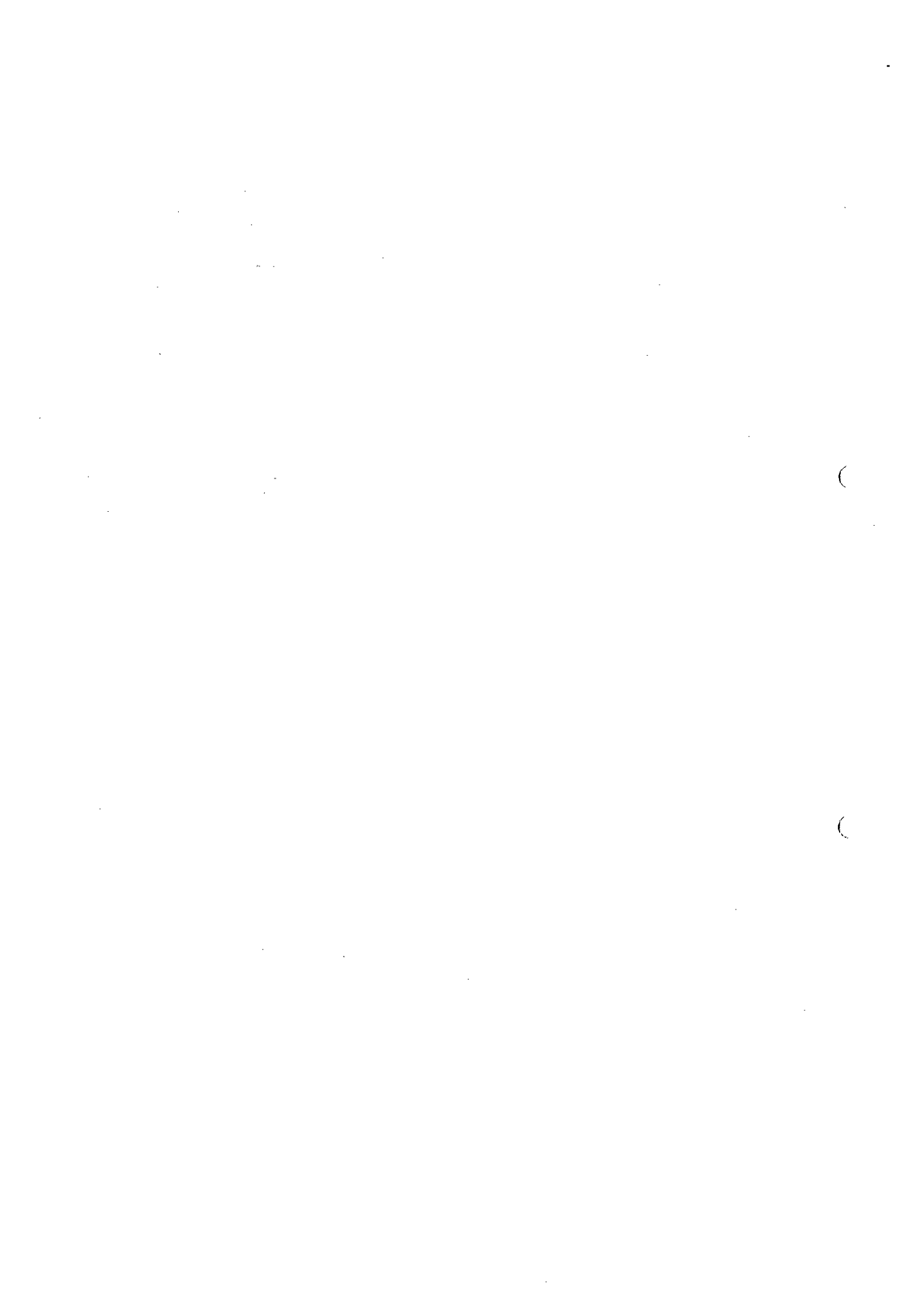
Im Interesse der Patienten und beider Pflegebereiche, verbunden mit der Aussicht auf die zunehmende Inanspruchnahme der Sozialstationen durch das Krankenhaus, wird der Beratungspfleger vorliegende Aufgaben weiter intensivieren und ausbauen:

- Klärung der aktuellen Leistungskapazitäten der kooperierenden Sozialstationen durch das Führen eines entsprechenden Pflegeplatznachweises im häuslichen Bereich (Auslastung/Personalbedarf, Fortbildungsbedarf usw.).
- Mitarbeit bei der Pflegeplanung und die Gewährleistung des schriftlichen Berichtssystems.
- Abklärung einer möglichen Weiterversorgung durch häusliche Krankenpflege schon zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme (spezielles Infoheft für Reinickendorfer Bürger im Krankenhaus ist in Arbeit).
- Einführung einer Sprechzeit für Angehörige / bereits geschehen.
- Teilnahme an Stationsvisiten spezieller Pflegevisiten.
- Beratungsgespräche mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst im Sinne einer Entlassungskonferenz.
- Weiterführung der Arbeitsgruppe mit den Sozialstationen

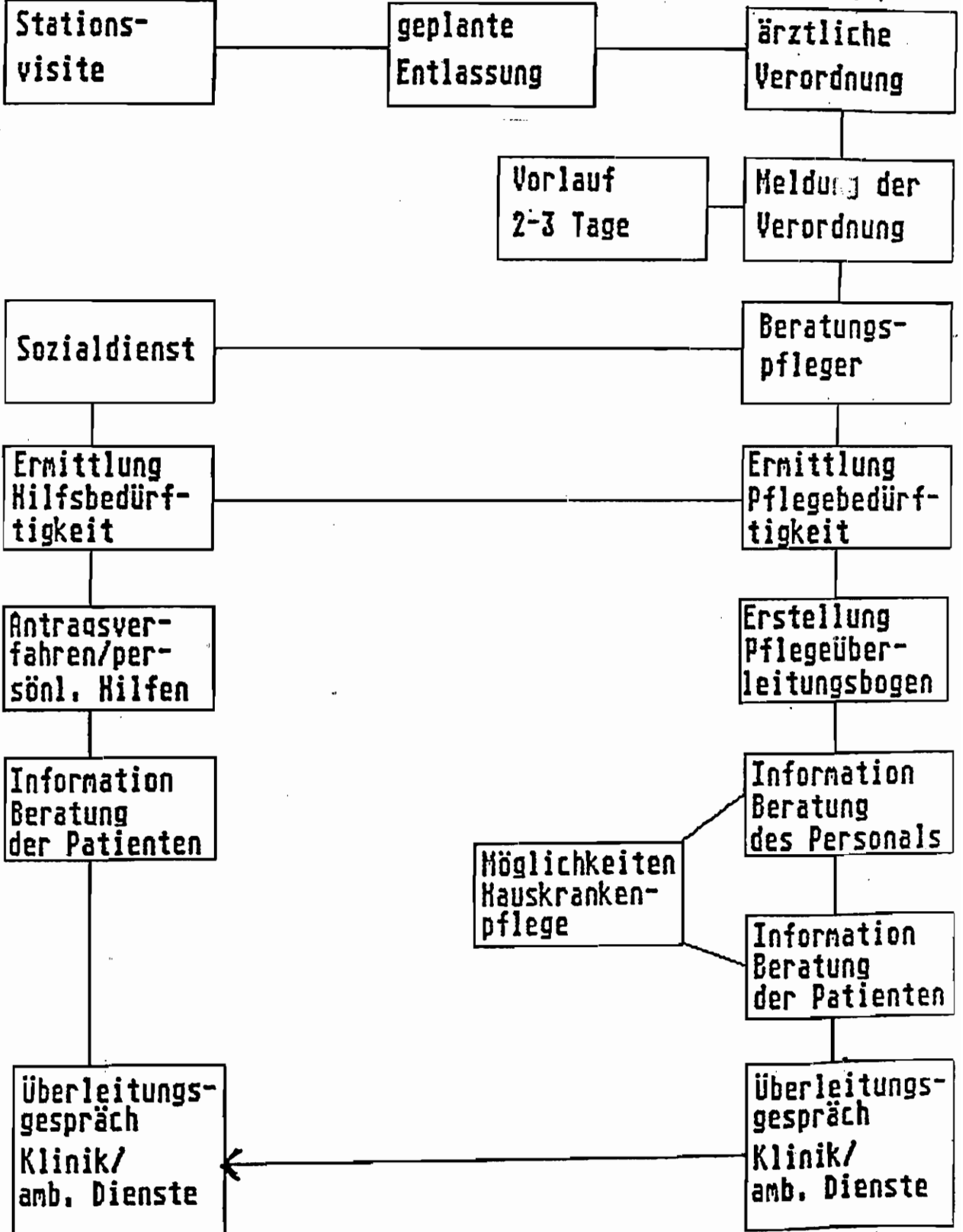
unter Hinzunahme eines Mitarbeiters aus dem Sozialdienst und dem Pflegebereich mit dem Ziel des weiteren Ausbaues der Zusammenarbeit weiterer gemeinsamer Fortbildungen.

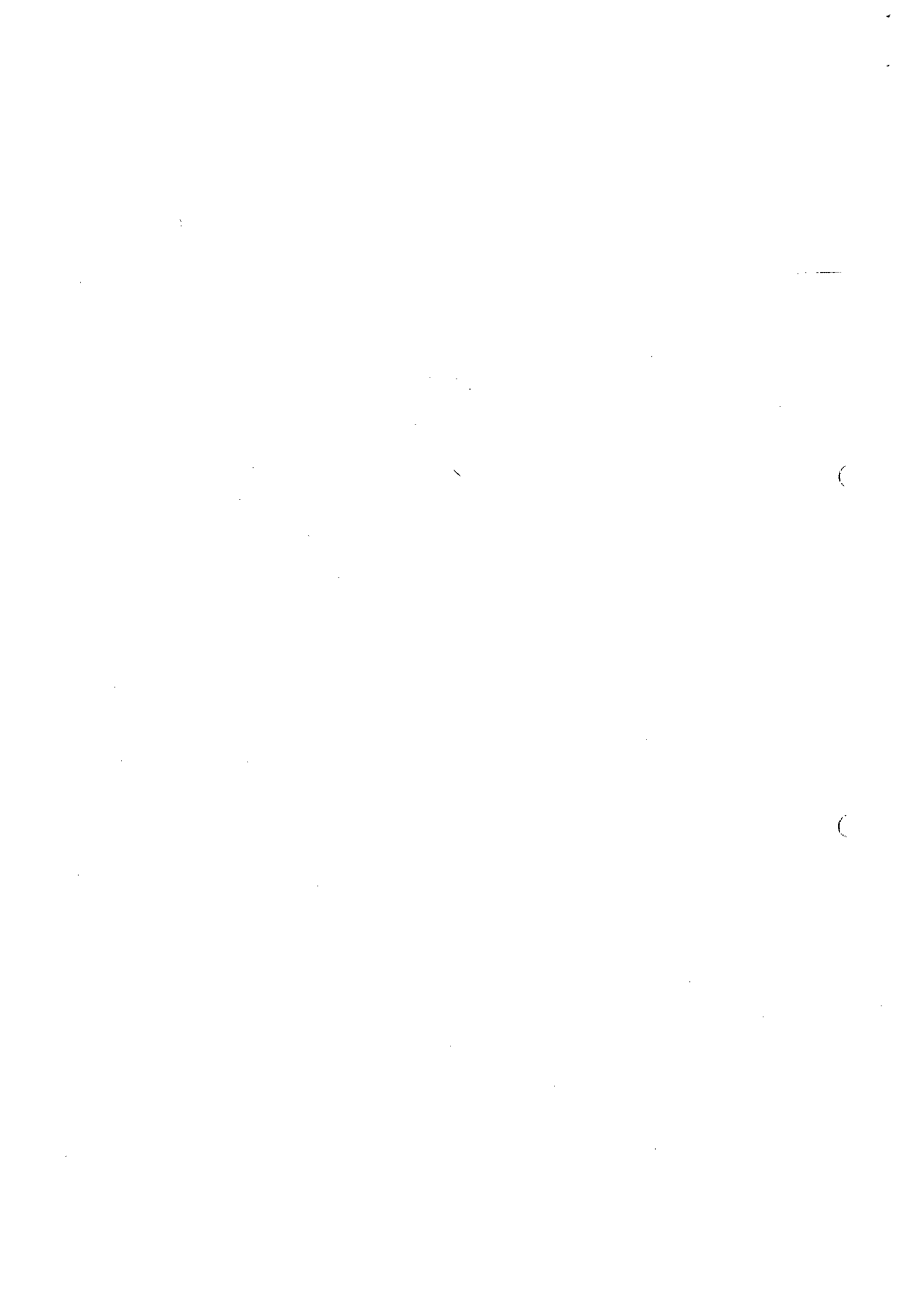
- Ermittlung von Ursachen die eine frühzeitige Entlassung verhindern und Entlassung verhindern und Erarbeitung von Lösungsschritten.

Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden, daß durch die Finanzierung einer Vollzeitstelle Krankenpfleger als Beratungspfleger im Humboldt-Krankenhaus an einem zentralen Punkt in der Schnittstelle zwischen dem stationären und ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung, die Kooperation zwischen beiden sich positiv entwickelt hat.



Arbeitsablauf
Beratung/Mitarbeit





Pflegeüberleitungsbogen

- 1. Ausfertigung für Hausarzt
- 2. Ausfertigung für Sozialstation
- 3. Ausfertigung für Krankenakte

_____ (Name des Patienten)	
_____ (Anschrift)	
_____ Geburtsdatum	_____
_____ Telefon	_____

Krankenhaus: _____

Anschrift: _____

Abteilung/Station: _____

Telefon: _____

Name

Anschrift

Telefon

Sozialstation/Pflegestation: _____

Hausarzt: _____

lebt der/die Patient(in) allein ja nein

Angehörige/Kontaktperson _____ Telefon _____

können Angehörige/Kontaktpersonen die pflegerische Versorgung durchführen? ja teilweise nein

Besondere Probleme (z. B. Unverträglichkeiten)

Diät: _____

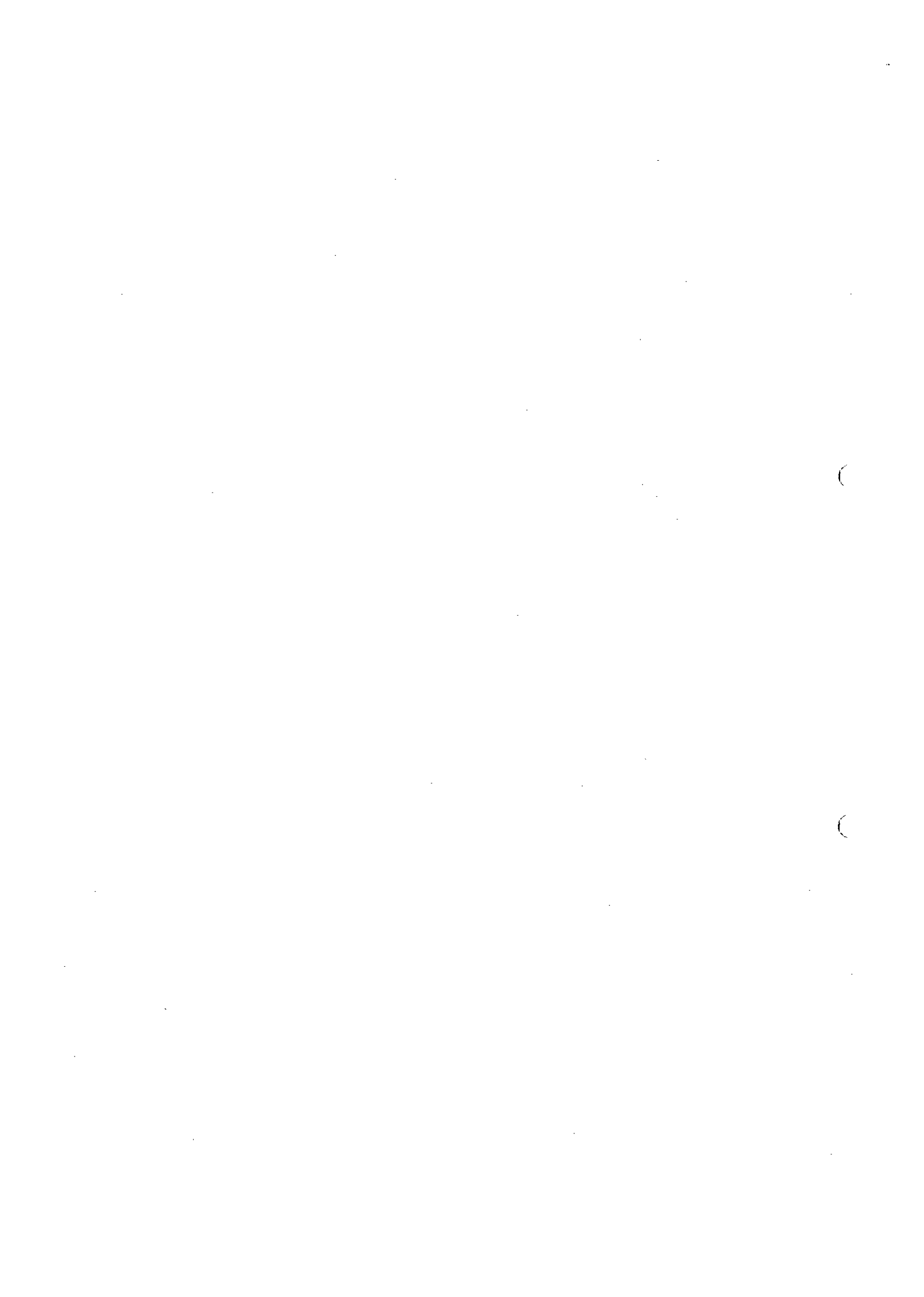
Art und Grad der Pflegebedürftigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung

Psychischer Zustand

- ohne Besonderheiten
- desorientiert und verwirrt
- zeitweise am Tage nachts
- unruhig am Tage nachts
- apathisch
- sonstiges _____

Physischer Zustand

- Bettlägerigkeit
- Lähmungen
- Sprachstörung
- Schluckstörung
- schwere Sehstörung
- Schwerhörigkeit
- Dekubitus
- Urininkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Sonstiges: _____



Ist auf die Hilfe anderer angewiesen :

- Gehen auf ebenem Boden
- Treppen und öffentl Verkehrsmittel
- Aufstehen und Zubettgehen
- An- und Auskleiden
- Körperhygiene (sich waschen)
- Mahlzeiten zubereiten/einnehmen
- WC benutzen
- hauswirtschaftliche Verrichtungen
- Medikamenteneinnahme
- _____

Hilfsmittel

- | | werden benötigt und
sind
vorhanden | nicht
vorhanden |
|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stützstrümpfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Stock | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gehgerät/Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Prothesen (Zähne Bein) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Krankenbett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nachtstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hörapparat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> weitere benötigte Hilfsmittel: | | |

Pflegemaßnahmen

Dauerkatheter: ja zuletzt gewechselt am: _____
 nein zuletzt entfernt am: _____

Mobilisation/Kontrakturprophylaxe _____

Anus praeter _____

Dekubitus (einschl Prophylaxe) _____

Hautpflege/Intertrigoprophyaxe _____

Verbände, Wundpflege _____

Einlauf/Spülungen _____

Einreibungen/Inhalationen _____

Pneumonieprophylaxe _____

Soor-Parotitisprophylaxe _____

Thromboseprophylaxe _____

psychosoziale Betreuung _____

Sonstiges _____

Stationsschwester/Pfleger

Datum

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß die zu meiner pflegerischen Versorgung notwendigen Informationen an die mich betreuende Sozialstation/Pflegestation weitergeleitet werden

(

(

In dieser Reihe erscheinen:

1. Meinlschmidt, Gerhard : Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose. 1986.
2. Imme, Uwe : Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen. Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht. 1986.
Meinlschmidt, Gerhard
Wanjura, Marlies
3. Imme, Uwe : Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Eine statistische Analyse. 1986.
Meinlschmidt, Gerhard
4. Meinlschmidt, Gerhard : Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse. 1988
Völker-Oswald, Ingrid
5. Meinlschmidt, Gerhard : Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse. 1988.
6. Referat Sozial- und : Die Jugendzahnpflege 1986. Eine
Medizinalstatistik, : Untersuchung über den Zahnstatus bei
EDV-gestützte Fach- : Kindern und Jugendlichen in Berlin
informationssysteme; : (West). 1988.
Mader;
7. Referat Sozial- und : Ergebnisse der Schulentlassungs-
Medizinalstatistik, : untersuchungen 1985/86 in Berlin
EDV-gestützte Fach- : (West) nach Kriterien des Jugend-
informationssysteme : arbeitsschutzgesetzes. 1988.
8. Referat Sozial- und : Sozialhilfeempfänger in sozialver-
Medizinalstatistik, : sicherungspflichtiger Beschäftigung.
EDV-gestützte Fach- : Statistischer Erfahrungsbericht zum
informationssysteme : 500er-Programm. 1988.
9. Meinlschmidt, Gerhard : Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zu-
rück ins Berufsleben.
Grundgedanken zum Berliner Modell
der Beschäftigung von arbeitslosen
Sozialhilfeempfängern, eine empiri-
sche Einstiegsstudie, die zu diesem
Problemkomplex bei den Berliner Ar-
beitgebern durchgeführt wurde.

