



## **Akut- und Übergangspflege Prozesse, Erfahrungen und erste Resultate**

**Dr. med. Markus Anliker  
Facharzt für Allgemeinmedizin spez. Geriatrie  
Leitender Arzt Lindenfeld, Suhr**

**Mai 2012**

---

1

### **Interessen an AÜP**

- **Die betroffenen Menschen – wieder nach Hause**
  - **Die Angehörigen – gut vorbereitet wieder nach Hause**
  - **Die formellen Helfer zu Hause – gut vorbereitete Rückkehr nach Hause**
  - **Die Spitäler – Austrittsplanung für geriatrische Patienten ist nicht ihre Stärke**
  - **Die Anbieter – interessantes Angebot für interessierte Mitarbeiterinnen**
  - **Die Finanzierer – Vermeidung von stationärer Langzeitpflege**
- 

2

## Zielsetzung der ÜP

---

- **Rückkehr nach Hause**
    - Selbstständigkeit fördern, damit es wieder geht
    - Beibehalten der Wohn- und Lebensgewohnheiten
    - Kompensations-Strategien suchen und trainieren
  - **Austritt vorbereiten (formelle und informelle Helfer organisieren)**
  - **Verhinderung / Verzögerung des Heimeintritts**
- 

3

## Geriatrisches Assessment

---

- **Umfassende interdisziplinäre Standortbestimmung**
  - **Identifizieren von Ressourcen und Defiziten**
  - **Definieren des vorhandenen Kompetenzprofils**
  - **Grundlage für realistische Ziele**
  - **Grundlage zur Definition der konkreten Massnahmen**
- 

4

## **Resident Assessment Instrument RAI-ÜP**

---

- **Internationales Instrument**
  - **Identische Fachsprache wie stationäre Langzeitpflege und Spitex**
  - **RAI-NH (für Alters- und Pflegeheime)**
  - **RAI-HC (für Spitex)**
  - **RAI-D/N (Tages- und Nachtangebote)**
  - **Datenbasis für abgestufte Tarifierung**
  - **Datenbasis für Evaluation**
- 

5

## **ÜP-Team**

---

- **Aufnahme/Austritt - Fachperson**
  - **Pflegefachteam**
  - **Ergotherapie**
  - **Physiotherapie**
  - **Logopädie**
  - **Geriatrisch geschulte ärztliche Fachperson**
  - **Motivation, interdisziplinär zu arbeiten und mit den Fachleuten in der Situation „zu Hause“ zusammenzuarbeiten**
- 

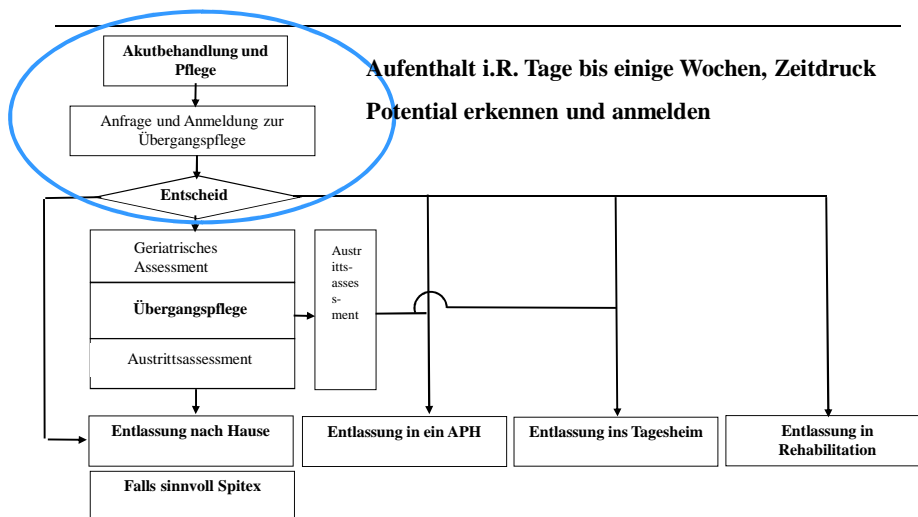
6

## Spezifische ÜP-Interventionen

- Geriatrisches Assessment
- Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie
- Pflegetraining
- Absprachen/Koordination mit:
  - Informellen Helfern (u.a. Angehörigen)
  - Formellen Helfern (u.a. Spitex)
  - Hausärzten, Spezialärzten
  - Heimen, Tagesstätten
- Hausbesuche, Probeaufenthalte zu Hause

7

## ÜP-Ablauf



8

## ÜP-Aufnahme-Prozedere

---

- Anfragende Person
  - Identifikation der Klientin
  - Information bei Anmeldung
  - Angaben zu den Kontaktpersonen
  - Umfeld der Klientin
  - Aktuelle kognitive Fähigkeiten
  - Verhaltensauffälligkeiten
  - Inhalt der Anfrage
  - **Entscheid (durch ÜP-Team)**
- 

9

## Aufnahme-Kriterien

---

- Akutbehandlung abgeschlossen
  - Klientin ist motiviert für die Rückkehr nach Hause
  - Dieses Ziel wird von Fachleuten als realistisch eingestuft
  - Das Ziel ist in einer absehbaren Frist realisierbar
- 

10

## Ausschlusskriterien

- **Das Ziel der Rückkehr nach Hause ist nicht realistisch**
- **Der Gesundheitszustand ist instabil und benötigt den Rahmen eines Akutspitals oder einer Spezialklinik**
- **Die notwendigen Massnahmen übersteigen die Möglichkeiten der ÜP**
- **Das Ziel kann mit einfacheren Massnahmen erreicht werden (z.B. Kurhaus)**

11

## MDS-ÜP-Entscheid

**ENTSCHEID**

Übergangspflege wird befürwortet  
0. JA                      1. NEIN

Wenn DD1 = 0: Weiter mit DD3a

**ABLEHNUNGS-GRÜNDE**

Wenn DD1 = 1 kreuzen Sie alles Zutreffende an

eine Rückkehr nach Hause wird als nicht realistisch eingestuft .....

fehlende Kooperation von Klientin / Umfeld .....

ausserhalb der ÜP- Kompetenzen .....

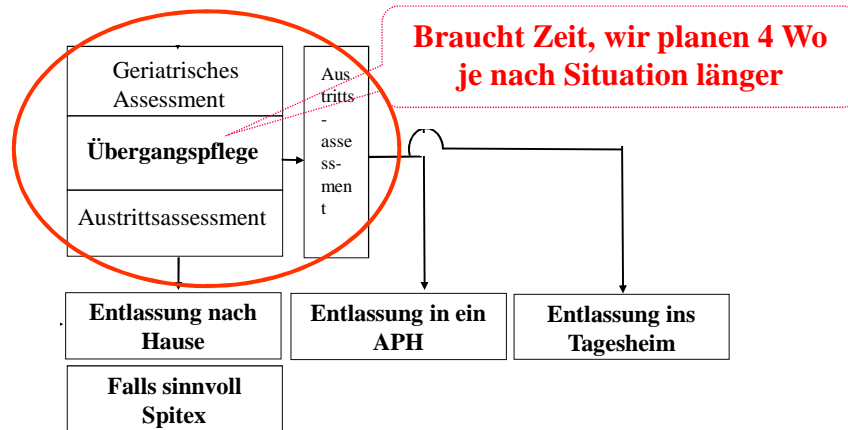
ÜP-Verlegung nicht nötig, baldige Entlassung ins Umfeld erscheint möglich .....

in absehbarer Zeit steht kein Platz auf der ÜP zur Verfügung .....

andere Gründe: .....

12

## ÜP-Ablauf



13

## MDS-ÜP- Pflgetraining

**Anzahl der Tage** mit entsprechend durchgeführten Massnahmen von 15 Min. oder mehr – bezogen auf die letzten 7 Tage – eintragen.  
(0 = keine Massnahme oder weniger als 15 Min. täglich)

a. Passive Beweglichkeit	0
b. Aktive Beweglichkeit	7
c. Handhabung von Schienen / Splints / Prothesen / Stomapflege	0
d. Bewegung im Bett	0
e. Transfer	0
f. Gehen	7
g. Ankleiden / Körperpflege	4

14

## MDS-ÜP- spezifisch Interventionen (1)

<b>c. SPEZIFISCHE ENTLASSUNGS-INTERVENTIONEN</b>	
0. INTERVENTION schon STATTFUNDEN	
1. TERMIN UND verantwortliche PERSON für die Intervention SIND FESTGELEGT	
2. VORGESEHEN, aber Termin und Verantwortlichkeit sind noch nicht fest gelegt	
3. Intervention wahrscheinlich NICHT NOTWENDIG / NICHT VORGESEHEN	
9. Notwendigkeit der Intervention wurde NOCH NICHT GEKLÄRT	
<b>a. Erste Absprache mit Klientin und/oder Angehörigen</b> – Interdisziplinäre Besprechungen mit der Klientin unter diesem Punkt kodieren	<b>0</b>
<b>b. Folge-Absprache mit Klientin und/oder Angehörigen</b> – Interdisziplinäre Besprechungen mit der Klientin unter diesem Punkt kodieren	<b>0</b>
<b>c. Weitere Absprache mit Klientin und/oder Angehörigen</b> – Interdisziplinäre Besprechungen mit der Klientin unter diesem Punkt kodieren	<b>3</b>
<b>d. Interdisziplinäre ÜP-interne Planungsbesprechung</b>	<b>0</b>
<b>e. Absprache/Abklärungen mit Spitex</b>	<b>0</b>

15

## MDS-ÜP- spezifisch Interventionen (2)

<b>c. SPEZIFISCHE ENTLASSUNGS-INTERVENTIONEN</b>	
0. INTERVENTION schon STATTFUNDEN	
1. TERMIN UND verantwortliche PERSON für die Intervention SIND FESTGELEGT	
2. VORGESEHEN, aber Termin und Verantwortlichkeit sind noch nicht fest gelegt	
3. Intervention wahrscheinlich NICHT NOTWENDIG / NICHT VORGESEHEN	
9. Notwendigkeit der Intervention wurde NOCH NICHT GEKLÄRT	
<b>f. Absprache/Abklärung mit nachbetreuenden Ärztinnen</b>	<b>0</b>
<b>g. Absprache/Abklärung mit nachbetreuender Therapie</b>	<b>3</b>
<b>h. Absprache/Abklärungen mit Tagesheim</b>	<b>3</b>
<b>i. Absprache mit Sozialdienst / Koordinationsstelle</b>	<b>0</b>
<b>j. Absprache mit anderer Person/Instanz,</b> die in der Behandlung/Pflege/ Betreuung engagiert sein wird	<b>3</b>
<b>k. Hausbesuch mit der Klientin</b>	<b>0</b>
<b>l. Hausbesuch ohne die Klientin durch eine Fachperson des ÜP-Teams</b>	<b>3</b>
<b>m. Probeaufenthalt zu Hause vor definitiver Entlassung</b>	<b>3</b>

16



## Ausgewählte Resultate

- **Eintritt**
- **Alter / Geschlecht**
- **ADLs / Kognition**
- **Aufenthaltsdauer**
- **Austritt wohin**
- **Veränderung: Medikamente/ADL-Selbständigkeit**
- **Spitex**

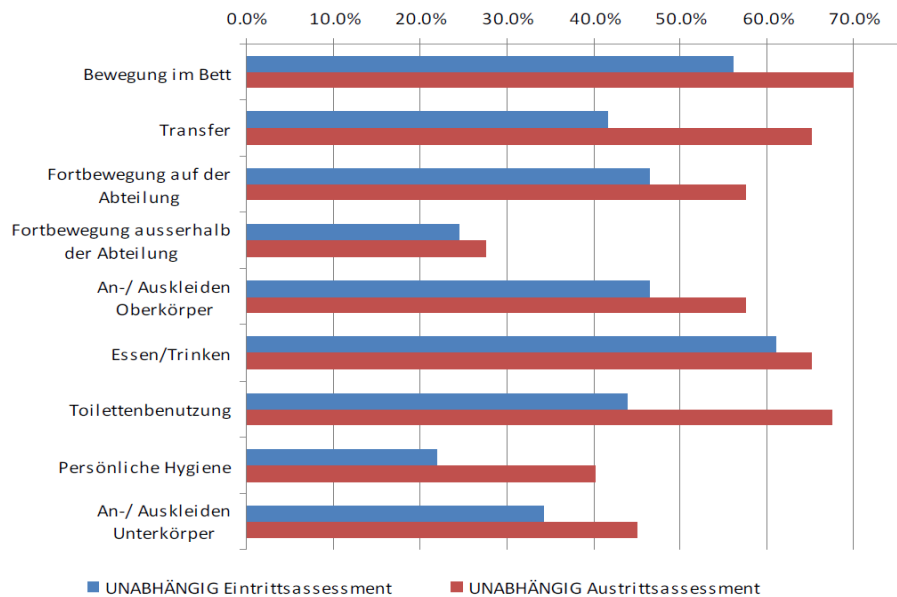
17

## Alter und Geschlecht

		Altersgruppen				
		unter 65 Jahren	65 bis 79 Jahre	80 bis 89 Jahre	90 und äl- ter	Gesamt
männlich	Anzahl	1	8	8	0	17
	in %	5.9%	47.1%	47.1%	.0%	100.0%
weiblich	Anzahl	2	5	15	1	23
	in %	8.7%	21.7%	65.2%	4.3%	100.0%

18

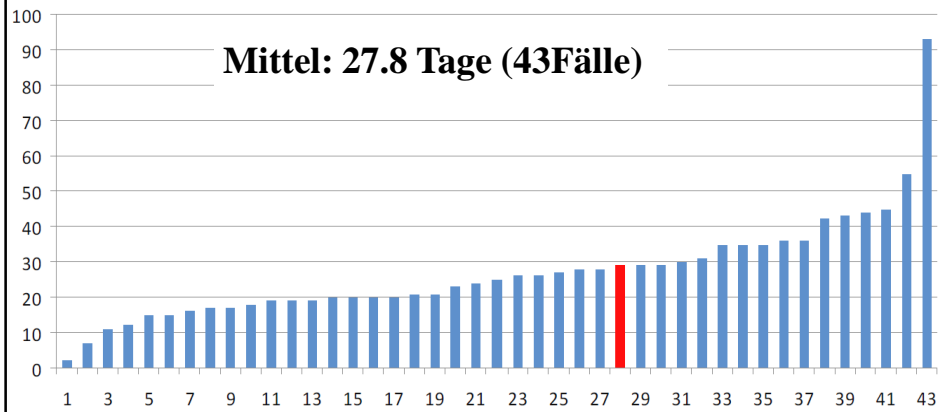
## Verbesserung der ADLs



## Kognition

- **Ca.  $\frac{3}{4}$  der Klientinnen in der ÜP verfügen über intakte kognitive Ressourcen**
- **Wenn das familiäre Umfeld mitmacht können auch Menschen mit kognitiven Schwierigkeiten nach Hause zurückkehren**
- **Individuelle Evaluation ist wichtig**

## Aufenthaltsdauer in Tagen



21

## ÜP verändert

Assessmenttyp	ADL-Index	
	Mittelwert	Anzahl
ÜP-Erstbeurteilung	7,10	41
ÜP-Austrittsbeurteilung	6,13	40

Assessmenttyp	Anzahl Medikamente	
	Mittelwert	Anzahl
ÜP-Erstbeurteilung	6,56	41
ÜP-Austrittsbeurteilung	6,15	40

22

## Austritt wohin

Austritt aus dem Übergangspflegeprogramm	Anzahl	in %
in den eigenen Haushalt	32	80.0%
in einen anderen Privathaushalt	0	.0%
in eine Alterswohnung (neu)	0	.0%
in eine Langzeitpflegeinstitution	6	15.0%
in eine somatische Klinik	1	2.5%
in eine Psychiatrische Klinik	0	.0%
in eine Rehabilitationsklinik	1	2.5%
Verstorben	0	.0%

## Interventionen zu Hause

Spitex - Pflegeleistungen	27	67.5%
Spitex - Hauswirtschaftliche Leistungen	6	15.0%
Tagesheim	4	10.0%
regelmässiges Essen in einer Institution	6	15.0%
Mahlzeitendienst	6	15.0%
ambulante Physiotherapie	4	10.0%
ambulante Ergotherapie	1	2.5%

## **Erfahrungen**

---

- **Übergangspflege ist wirksam**
  - **Die Aufnahme-Selektion ist entscheidend**
  - **Die Spitalärzte kennen das Angebot noch zu wenig**
  - **Die Sozialdienste haben eine Schlüsselfunktion**
  - **Enge Zusammenarbeit mit den Zuweisern ist wichtig**
  - **Enge Zusammenarbeit mit den Profis zu Hause ist wichtig (v.a. Spitex)**
  - **Flexible Aufenthaltsdauer ist wichtig, - lange genug**
  - **Jemand muss die spezifische Arbeit bezahlen**
- 

25

## **Stärke AÜP zu Kurhaus**

---

- **Behandlungsdauer 2-4 Wochen ev. länger**
  - **Keine Kostengutsprache-Diskussion mit den KK**
  - **Qualifizierte Pflege ist gewährleistet (Nachtwache)**
  - **liniknahe – unkomplizierte fachärztliche Nachkontrollen beim Operateur, - falls notwendig**
  - **wohnortnahe**
  - **geriatrisch dosiertes Training**
    - **Einfache realistische Zielsetzung**
  - **geriatrische Revision der Medikation**
- 

26

## AÜP zu Langzeitpflege

---

- **Rückkehr nach Hause**
  - **Behandlungsdauer 2-4 Wochen ev. länger**
  - **Geriatrisch dosiertes Training**
    - Einfache realistische Zielsetzung
    - Täglich u.U. mehrmals
    - kurze Sequenzen
  - **Vorbereitung der Rückkehr nach Hause**
  - **Absprache mit den Helfern zu Hause**
- 

27

## AÜP-Finanzierung

---

- **1. – 14.Tag AÜP-spezifisch**
    - Klient/-in: Hotellerie Fr. 127.-/d (2-er-Zimmer)
    - Krankenversicherer Pflege Fr. 75.60 /d **340.-**
    - Krankenvers. Arzt/Medi/Th Fr. 45.-/d
    - Kanton Fr. 92.40/d
  - **15. bis x.Tag Temporär-Taxe analog Langzeit**
    - Klient/-in: Hotellerie Fr. 137.-/d
    - Klient/-in: Anteil Pflege max. Fr. 21.60/d **295.-**
    - Krankenvers. Pflege nach 12-stufigen Langzeitsystem (z.B.72.-)
    - Krankenvers. Arzt/Medi/Th Fr. 19.50/d
    - Kanton nach 12-stufigen Langzeitsystem (z.B. 44.80)
- 

28

## **Erfahrungen im Lindenfeld 2012**

- **Viele Anmeldungen sind noch nicht gut begründet, - Palliative-Patienten**
- **Im Spital fehlen die Sprache und Methodik der Geriatrie**
- **Grosser Aufwand für die Aufnahmeselektion**  
(KLV 7: Koordinationsleistungen in klinisch komplexen Situationen)
- **Viele Anmeldungen kommen aus den Rehabkliniken**
- **Die hohen Kosten der Selbstbeteiligung sind eine Hürde**
- **Daten sind gefragt (Curatime und Assessment)**