

Pflegerisches Wissen für Patienten und ihre Angehörigen

gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms
„Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“

Zeitraum:

Mai 2004 bis Juni 2005

Theoriepartner:

Pflege e.V., Berlin

- Prof. Christel Peutl-Bienstein, Vorstandsvorsitzende
- Dr. Angelika Zegelin, Fachbeiratsvorsitzende
- Lena Oesterlen, BScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin

Praxispartner:

- Klinikum Dortmund
- Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Ruhr-Universität Bochum
- Evangelisches Krankenhaus Hagen-Haspe
- Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf
- St. Bonifatius-Hospital Lingen
- Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Projektleitung:

Frau Prof. Peutl-Bienstein, Frau Dr. Zegelin

1 Einführung

Derzeit werden in Deutschland knapp 4,4 Millionen Menschen mit täglichem Pflege- oder Hilfebedarf von rund ebenso vielen Bürgern zu Hause versorgt - zumeist von ihren Angehörigen (Schupp 2004). Diese Zahlen und der Kostendruck im Gesundheitswesen steigen weiter an und führten bereits 1995 zum politischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ (SGB XI, §3). Neben dem Bedarf an häuslichen Versorgungsstrukturen wächst - z.B. aufgrund der immer frühzeitigeren Krankenhausentlassung - auch der Anspruch an die Pflegefähigkeiten der Bevölkerung.

Insbesondere beim plötzlichen Eintreten von Pflegebedürftigkeit, wie es häufig bei der Klinikentlassung älterer Patienten der Fall ist, ist mit einem dringenden Unterstützungsbedarf auch der Angehörigen zu rechnen (Uhlmann et al. 2005). Die Übergangssituation in die eigene Häuslichkeit ist für die Betroffenen in der Regel von Versorgungsbrüchen, Rollenkonflikten und anderen Negativerfahrungen bis hin zur Überlastung geprägt (Rischke 2002); teure und leidvolle „Drehtür-Effekte“ können entstehen. Während mehr und mehr Gesundheitseinrichtungen mit der Implementierung des nationalen Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2004) auf diesen Missstand reagieren, werden Patienten und ihre Angehörigen noch zu selten als aktive Partner für eine effektive rehabilitative Pflege angesehen (Uhlmann et al. 2005). Ein häufig von Wissenschaftlern und Betroffenen eingefordertes Schlüsselkonzept zur Förderung ihrer Selbsthilfekompetenzen stellt - flankierend zu anderen Maßnahmen - die umfassende Information dar (Wingenfeld 2005; Brüggemann et al. 2002).

2 Abstract

Das vorliegende Projekt entstand aus dem wachsenden Informationsbedarf von Patienten, die erstmals pflegebedürftig aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit entlassen werden, und deren Angehörigen. Ergänzend zu den Bestrebungen des mündlichen **Entlassungsmanagements** im Kontext des nationalen Expertenstandards wurde für die Betroffenen eine **Informationsbroschüre** zur Übergangsbewältigung entwickelt, an sechs Krankenhäusern an die Zielgruppe verteilt und mittels teilstandardisiertem Telefoninterview evaluiert (n=40). Die Ergebnisse zeigten eine durchweg positive Resonanz auf die Broschüre bei Interviewteilnehmern wie Klinikern. Vor allem bei Viellesern und pflegenden Angehörigen, die die Broschüre intensiv gelesen hatten, fielen die Bewertungen besonders gut aus. Konkrete Auswirkungen der Lektüre wurden bei einem Drittel der Befragten beschrieben, vornehmlich bei häuslichen Pflegesituationen, die noch nicht als eingespielt wahrgenommen wurden. Die **Evaluation** lieferte insgesamt einige relevante Hinweise zu Einflussfaktoren auf

den Nutzen schriftlicher Patienteninformation im Bereich des Entlassungsmanagements bei **Pflegebedürftigkeit**, verlangt aber nach weiterer generalisierbarer Forschung.

3 Projektziel

In diesem Projekt sollte ein schriftliches „Informationspaket“ erstellt und beurteilt werden, das erstmals pflegebedürftigen Patienten und ihren Angehörigen die Rückkehr aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit erleichtert und von den beteiligten Klinikpartnern im Alltag akzeptiert wird. Über die Paketverbreitung sollte das Projekt letztlich auch der Bekanntmachung des Pflege e.V. dienen.

4 Methoden

Bei dem Projekt handelte es sich um eine deskriptive, summative Evaluation einer Maßnahme zur Gesundheitsförderung durch Patienteninformation. Die Durchführung wurde in vier Phasen gegliedert, die der Konzeptualisierung, Erstellung, Implementierung und Evaluation des Informationspaketes dienen.

5 Durchführung des Projektes

5.1 Konzeptueller Rahmen

In der dreimonatigen Konzeptualisierungsphase wurden eine internationale Literaturrecherche und 16 teilstrukturierte Expertenbefragungen (Anlage 1) durchgeführt, um den Informationsbedarf der zu entlassenden Patienten und ihrer Angehörigen sowie die bestmögliche Vermittlungsform zu ermitteln. Dabei wurde schnell deutlich, dass bei eintretender Pflegebedürftigkeit vor allem eine Aufbereitung von Basiswissen zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen, bestehenden Hilfsangeboten und Strategien deren Nutzung zu erfolgen hatte. Mit einer Informationsbroschüre könne und müsse stärker über organisatorische und emotionale Aspekte aufgeklärt werden als über spezielle Pflegeprobleme und entsprechende Interventionen, die sehr individuell und besser über persönliche Anleitung zu vermitteln seien. Ein größtmöglicher Nutzen für die Zielgruppe war außerdem zu erwarten, wenn die Information frühzeitig, verständlich, kontextbezogen, professionell und nicht nur in schriftlicher, sondern zusätzlich in mündlicher Form vermittelt würde (Wingenfeld 2005; Kessels 2003; Fitzmaurice 2001; Arthur 1995).

5.2 Entwicklung des Informationspaketes

Um bereits mündliche Beratungsstrukturen vorzufinden und regionale Unterschiede zu reduzieren, wurden in der zweiten Projektphase vier Krankenhäuser aus Nordrhein-Westfalen als Praxispartner gewonnen, an denen bereits spezialisierte Mitarbeiter aus der Pflege oder dem Sozialdienst im Bereich Entlassungsmanagement tätig waren. In viermonatiger Zusammenarbeit wurde eine umfangreiche Informationsbroschüre für pflegebedürftige Patienten und deren Angehörige für die Entlassung in die Häuslichkeit entwickelt. Dabei wurden inhaltliche Anregungen aus der Konzeptualisierungsphase und das Gestaltungskonzept mit den Praxispartnern abgestimmt und von den Theoriepartnern nach den Prinzipien der „Wittener Liste zur Broschürenbeurteilung“ (Anlage 2) umgesetzt. Um die Validität und die Lesbarkeit zu erhöhen, wurden die Textentwürfe sukzessive einer Expertenprüfung durch Praxispartner, Pflegende und potentiell von Pflegebedürftigkeit betroffene Personen unterzogen und im Anschluss modifiziert. Abschließend wurde die Broschüre professionell layoutet und nach dem Druck durch bereits bestehende Materialien anderer Herausgeber ergänzt, die von den Projektbeteiligten als gut befunden worden waren (NHS 2001). Die gesamte Informationsmappe, an der außerdem ein Waschhandschuh mit einigen Warenproben befestigt wurde, ist als Anlage 3 beigelegt.

5.3 Implementierung der Informationsmappe

Stichprobe und Setting

Die dritte Projektphase beinhaltete die Verteilung der erstellten Informationsmappen von den Entlassungsexperten an die Zielgruppe: erstmals pflege- bzw. hilfebedürftige Patienten oder deren Angehörige kurz vor der Krankenhausentlassung in die Häuslichkeit bis wenige Wochen danach. Identifiziert wurde sie von den jeweiligen Entlassungsexperten der beteiligten Praxispartner nach folgenden Kriterien:

Einschlusskriterien:	Ausschlusskriterien:
- erstmalige Beantragung einer Pflegestufe	- Entlassung nicht direkt nach Hause
- Pflege- bzw. Hilfebedarf der „Pflegestufe 0“	- sterbend (voraussichtl. nächste 4 Wochen)
	- Hilfebedarf resultiert aus Behinderung
	- unter 18 Jahre
	- des Lesens oder der deutschen Sprache nicht mächtig
	- keine Teilnahmezustimmung

Es handelte sich um eine Gelegenheitsstichprobe, deren Größe bei einer sechswöchigen Implementierungsphase von den Experten auf ca. 100 geschätzt wurde. Abzüglich zu erwartender Ablehnungen, Rücktritte u.a. der potenziellen Teilnehmer sollte der endgültige Stichprobenumfang bei mindestens 50 liegen, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

Aufgrund von anfänglichen Schwierigkeiten bei der Erreichung dieser angestrebten Größe wurden der Verteilungszeitraum schließlich auf 11 Wochen erhöht, die Daten einer Klinik ausgeschlossen und zwei weitere Krankenhäuser kurzfristig zur Ausgabe der Mappen hinzugezogen (vgl. Kapitel 9). So flossen letztlich die Daten folgender Implementierungsformen in die Hauptanalyse ein:

	Weg Projektgruppe - Praxis	Mappenübergabe		
		in Entlassungsgespräch eingebettet	durch Personen/ Berufsgruppe	im Fachbereich
Haus 1	direkt	ja	3 x Pflege	Neurologie Angiologie u.a.
Haus 2	direkt	ja	1 x Pflege 1 x Sozialdienst	diverse
Haus 3	direkt	ja	1 x Pflege	diverse
Haus 4	Multiplikator	nein	1 x Pflege	Pulmologie u.ä.
Haus 5	Multiplikator	ja	2 x Sozialdienst	Geriatric Gastroenterologie
(Haus 6)	(Multiplikator)	(ja)	(3 x Sozialdienst)	(diverse)

Übergabe

Die Zielgruppe bekam die Informationsmappen von den Entlassungsexperten im Rahmen ihres Entlassungsgesprächs mit einem Informationsschreiben und einer Einverständniserklärung der Theoriepartner (Anlage 4) überreicht. Für den Übergabevorgang wurden einige Strategien vereinbart, die es möglichst zu vermeiden galt (Anlage 5), um möglichst realitätsnahe Gesprächs- und Lesebedingungen zu erhalten: Zum einen sollte das Entlassungsprocedere mit eigenen Worten so natürlich wie möglich ablaufen, zum anderen sollten die Teilnehmer möglichst unvoreingenommen am Projekt teilnehmen. Die Evaluationsergebnisse sollten somit vergleichbarer, aber nicht positiv verzerrt und somit aussagekräftiger sein.

Während der Implementierungsphase standen die Praxis- und Theoriepartner in regelmäßigem telefonischen oder schriftlichen Kontakt. Die ausgefüllten Einverständniserklärungen der Patienten bzw. Angehörigen wurden den Theoriepartnern per Fax zugestellt.

5.4 Evaluation

Datenerhebung

Die Empfänger der Informationsmappen wurden etwa zwei Wochen nach der Entlassung in die Häuslichkeit von einer Theoriepartnerin telefonisch kontaktiert und um ein kurzes Evaluationsinterview gebeten. Ein ggf. weiterer Gesprächstermin wurde nach den Wünschen der Teilnehmer festgelegt. Für das Evaluationstelefonat wurde ein selbst entwickelter, halbstandardisierter Frageleitfaden verwendet, in dessen Einleitung die Interviewpartner immer um größtmögliche Offenheit und Kritik gebeten wurden. Auch bei der Fragestellung wurde auf negative Formulierungen geachtet, um die zu erwartenden Positiv-Tendenzen zu verringern (Anlage 6). Der Fragebogen wurde nach Durchführung der ersten sieben Interviews modifiziert. Außerdem wurde auch den Praxispartnern ein standardisierter Kurzfragebogen zugestellt, in dem vor allem ihre Wahrnehmungen während der Implementierungsphase und ein generelles Projekt-Feedback abgefragt wurden (Anlage 7).

Datenauswertung

Für die Datenanalyse wurden von den Theoriepartnern die Angaben aus den Einverständniserklärungen sowie den Evaluationstelefonaten der Teilnehmer herangezogen. Während quantitative Daten mittels Statistik-Software SPSS deskriptiv ausgewertet wurden, wurden einige qualitative Daten als String-Variablen eingegeben und anschließend in inhaltsbezogenen Kategorien zusammengefasst. Als Zielkriterien wurden vorrangig die Beurteilungen und beschriebenen Auswirkungen der Informationsbroschüre angesehen. Bei Umkodierungen bzw. Klassenbildungen von Variablen wurde versucht, das zu erwartende Positiv-Bias zu reduzieren. Schließlich wurden speziell die Interviews mit negativen Werturteilen nochmals genauer untersucht. Die ausgefüllten Kurzfragebögen der Praxispartner wurden inhaltlich zusammengefasst. Nach Abschluss der Datenanalyse fand eine Ergebnispräsentation der Theoriepartner für alle Projektbeteiligten statt, deren Teilnehmer um Stellungnahmen, eine abschließende Projektevaluation und weiterführende Anregungen gebeten wurden.

6. Ergebnisse

6.1 Ergebnisdarstellung

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden in 11 Wochen an 6 Krankenhäusern 82 Informationsmappen an Patienten bzw. deren Angehörige ausgegeben. 65 der Teilnehmerdaten fanden ihren Weg zu den Theoriepartnern, von denen 40 aus 5 Häusern in die Hauptanalyse einbezogen und 25 ausgeschlossen wurden. In 17 dieser 25 Fälle hatte aufgrund von Teilnahme-Ablehnung, Tod oder zu schlechtem Allgemeinzustand, Verlegung des Pflegebedürftigen in eine andere Einrichtung sowie Nicht-Ereichens der Teilnehmer kein Evaluationsgespräch stattfinden können. Bei den übrigen acht der 25 Datensätze hingegen waren trotz des Vorliegens von Ausschlusskriterien Interviews geführt worden: Dreimal handelte es sich um noch nicht entlassene Patienten, je zweimal um Verlegungen in andere Einrichtungen und um Pflegebedürftige aufgrund von Behinderungen, in einem Fall lag eine stark von den vereinbarten Strategien abweichende Mappenübergabe vor. Einrichtungsbezogen ergab sich folgende Verteilung:

	Hauptanalyse (n)	Ausschluss (n)	Gesamt (n)
Haus 1	17	15	32
Haus 2	8	2	10
Haus 3	2	2	4
Haus 4	9	4	13
Haus 5	4	-	4
Haus 6	-	2	2
Gesamt	40	25	65

Die weitere Ergebnisdarstellung bezieht sich jedoch auf die 40 Kern-Datensätze: 23 der 40 pflegebedürftigen Patienten waren weiblich, 17 männlich. Ihr Alter lag zwischen 39 und 86, im Durchschnitt bei 72 Jahren. Dem Setting entsprechend führte bei den meisten Patienten eine Krebs- (n=7), chronische Lungen- (n=7), Herz-/Gefäß- (n=6), Demenz- (n=5) oder neurologische Erkrankung (n=5) zum Hilfebedarf, vier Patienten waren multimorbid. Häusliche Pflege wurde in 19 Fällen allein durch Angehörige, in 21 Fällen (auch) durch den ambulanten Pflegedienst erbracht, der teilweise nach kurzer Zeit wieder abgesetzt wurde oder nur zur Behandlungspflege kam. 23 Befragte gaben an, die Pflegesituation sei schon relativ gut eingespielt, neun behaupteten das Gegenteil und acht beschrieben die Situation als erträglich.

Die Evaluationsgespräche wurden durchschnittlich 21 Tage nach der Entlassung geführt, das früheste davon nach 14, das späteste nach 39 Tagen, je nach Erreichbarkeit oder Wunsch der Teilnehmer. Von den Interviewpartnern waren 25 weiblich und 15 männlich, in 29 Fällen waren dies Angehörige, in 11 Fällen die Betroffenen selbst. Die Gesprächsdauer betrug zwischen 10 und 61, im Durchschnitt ca. 26 Minuten.

Evaluation

Leseverhalten:

Etwa ein Drittel der Evaluationstelefonate konnte unverzüglich nach den angekündigten zwei Wochen stattfinden. Ein weiteres Drittel der Interviewteilnehmer hatte die Broschüre bis dahin noch nicht gelesen, und das letzte Drittel war zunächst nicht zu erreichen oder hatte keine Zeit und bat deshalb um einen späteren Evaluationstermin. In aller Regel (n=36) wurde die Informationsmappe auch erst nach der Entlassung angeschaut. 23 der 40 Befragten gaben im Interview schließlich an, die entwickelte Broschüre „Rückkehr aus dem Krankenhaus“ bis zum Zeitpunkt des Telefonates nur überflogen zu haben, 17 hatten sie intensiv gelesen. Knapp ein Drittel von 28 Teilnehmern äußerte außerdem, sowieso nicht gerne zu lesen, 12 wurden gar nicht zu ihrer „Leseleidenschaft“ befragt. 11 von 22 befragten Teilnehmern waren sich letztlich absolut sicher, sie hätten die Broschüre auch gelesen, wenn sie nicht an der Umfrage teilgenommen hätten, 11 waren sich unsicher. Darüber hinaus gab je ein Drittel der Befragten (n=36) an, die anderen Informationsmaterialien aus der Mappe nicht oder nur teilweise angesehen zu haben.

Broschürenkritik:

Im Allgemeinen wurde die Broschüre von den Gesprächspartnern als „informativ, aufschlussreich, aufklärend, hilfreich“ bezeichnet und auf einer Skala mit der Bestnote 10 durchschnittlich mit 8,25 Punkten bewertet (n=40). Das Minimum lag bei 5, das Maximum bei 10 Punkten. Im Übrigen ergaben die 8 ausgeschlossenen Datensätze bzgl. der Broschürenbeurteilung keine auffällig anderen Werte: Sie lagen zwischen 7 und 10 mit einem sogar besseren Mittelwert von 8,75. Einige Interviewteilnehmer (n=7) gaben sogar an, die Lektüre bereits Nachbarn oder Bekannten mit entsprechendem Informationsbedarf empfohlen oder weitergereicht zu haben.

Die interessantesten Themen waren für 25 Personen die Pflegestufen mit ihren differenzierten Einteilungen und Zeitkorridoren, dem MDK-Besuch, Einstufungs-Widerspruch und Pfl egetagebuch. Für je acht Leser waren zudem das Vorwort für die pflegenden Angehörigen sowie das Kapitels zum ambulanten Pflegedienst interessant, 10 betonten wiederum die Bedeutung der weiteren (ambulanten) Hilfsmöglichkeiten.

Anregungen zur inhaltlichen Verbesserung der Broschüre konnten nur von fünf Gesprächspartnern formuliert werden: Die Broschüre solle mehr an den pflegenden Angehörigen als den Pflegebedürftigen ausgerichtet werden, sie solle noch mehr zu Kosten- und Abrechnungsfragen Stellung nehmen, der Verweis auf Paragrafen aus der Pflegeversicherung fehle und sie sei nicht detailliert bzw. kritisch genug, um wirklich eine konkrete Handlungshilfe darstellen zu können. Für letzteren Aspekt seien Listen über regionale Pflegebüros, Pflegedienste, Essenbringdienste sowie kritische Bewertungen deren Angebote vonnöten. Dazu kam die Bitte um ausführlichere Klärung der Funktion des beigelegten Pfl egetagebuches.

Auf die Frage zum Wunsch nach Themen der direkten, „praktischen“ Pflege kamen folgende Antworten immer erst nach der Nennung von Beispielen: (Sonden-)Ernährung, Körper- bzw. Mundpflege, Lagerung und Mobilisierung, Umgang mit aggressiven und verwirrten Pflegebedürftigen. Diagnosebezogene Informationen wurden an dieser Stelle scheinbar kaum vermisst, sondern vom (Haus-)Arzt erwartet.

Die Evaluation zur Auswirkung der Broschürenlektüre ergab bei 14 von 38 Teilnehmern keine bewussten Veränderungen, 10 Leser fühlten sich allgemein besser informiert und „für alle Fälle“ vorbereitet. 14 Befragte äußerten unmittelbare Effekte der Broschürenlektüre, indem sechs eine psychische Entlastung oder Motivation empfanden und acht konkret handelten: Sie initiierten oder nahmen Abstand von einem Widerspruchsgutachten, trommelten den „Familienrat“ zusammen, brachten neu gewonnenes Wissen erfolgreich bei der MDK-Begutachtung ein, kamen Beratungsempfehlungen nach oder änderten sogar ihr Gesundheitsverhalten aus Angst vor einer späteren Pflegebedürftigkeit.

Bewertung von Umfang, Layout und Sprache:

29 der 40 Interviewpartner empfanden den Umfang der Broschüre als angemessen, 10 als zu lang und einer als zu kurz. Dabei konnten von den Befragten keine inhaltlichen Kürzungsvorschläge gemacht, sondern nur vermutet werden, dass ein so umfangreiches Heft den Leser „abschrecken“ würde. Die Gestaltung - Übersichtlichkeit, Bilder, Farbgebung, Schrift, Mappenform usw. - wurde, bis auf winzige Details, von allen Teilnehmern durchweg positiv beurteilt, ebenso die Sprache.

Kritik am Beratungsangebot:

Bei den Fragen zur Übergabe der Informationsmappe im Krankenhaus wurde deutlich, dass 25 von 38 befragten Teilnehmern mit der erfolgten Entlassung zufrieden, 10 unzufrieden und drei nicht dabei waren. Die unzufriedenen Personen führten ihre Kritik aber weniger auf den mangelnden Broschürenbezug denn auf die mangelnde Beratung an sich zurück. Die Evaluation zur Nutzung von Beratungsmöglichkeiten machte deutlich, dass 23 Teilnehmer

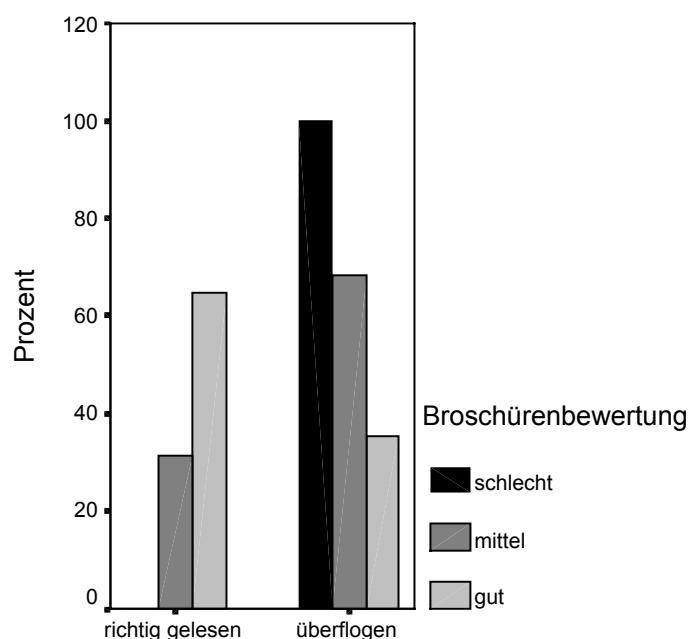
bisher keine weitere Beratung in Anspruch genommen hatten, acht nutzten dafür hauptsächlich den Pflegedienst und die restlichen neun andere Anlaufstellen wie z.B. Kasse, Hausarzt oder Angehörige (n=40). Dementsprechend gaben die meisten von 33 Befragten als potentiellen Ansprechpartner den Pflegedienst und den (Haus-)Arzt an (je n=9).

Anregungen zur Fortführung des Projektes:

Sechs Gesprächspartner äußerten den Wunsch nach der Verbesserung oder Ausweitung des klinischen Entlassungsmanagements, fünf nach der leichteren oder früheren Zugänglichkeit der Informationsmaterialien. Drei Teilnehmer monierten die ungerechten gesetzlichen Vorgaben zur Anerkennung der Pflegebedürftigkeit, zwei hielten es für wichtig, Einfluss auf die langen Wartezeiten bei Pflegehilfsmitteln zu nehmen. Den Vorschlag einer Telefon-Hotline für Pflegefragen hielten zwei Drittel von 36 Befragten für gut, ein Drittel lehnte diese Service-Idee ab. Fünf dieser 12 Personen entgegneten, sie bevorzugten dann eher einen direkten Ansprechpartner „aus Fleisch und Blut“ zur moralischen Unterstützung oder Führung des „Papierkriegs“.

Auffällige Zusammenhänge:

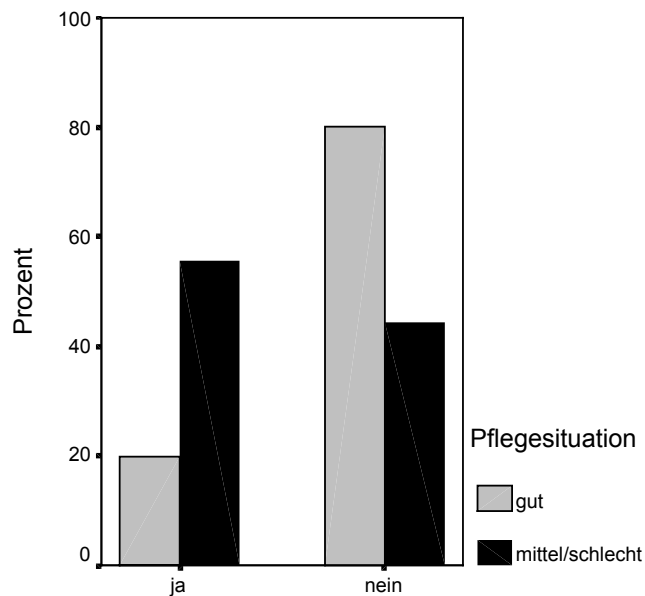
Bei der Klassenbildung schlechter (1-6 Punkte), mittlerer (7-8 Punkte) und guter (9-10 Punkte) Broschürenbeurteilung, anschließender Kreuztabellierung potentieller Einflussvariablen und Signifikanztestung wurde deutlich, dass „Leseratten“ die Broschüre tendenziell besser bewerteten als Personen, die ungern lesen. Wie in den folgenden Abbildungen 1 ersichtlich wird, fällten außerdem Personen, die sie intensiv gelesen hatten, bessere Urteile:



Intensität des Lesens der Broschüre

		Intensität des Lesens		Gesamt
		richtig gelesen	überflogen	
Broschürenbe- wertung	schlecht	0	4	4
	mittel	6	13	19
	gut	11	6	17
Gesamt		17	23	40

Des Weiteren beschrieben pflegebedürftige Teilnehmer seltener konkrete Auswirkungen der Broschürenlektüre als pflegende Angehörige. Auch und besonders bei einer besser eingespielten Pflegesituation konnten von den Befragten seltener Wirkungen auf die Psyche oder in Form von Handlungen formuliert werden, wie in den folgenden Abbildungen 2 dargestellt ist:



Auswirkungen der Broschürenlektüre

		Auswirkungen der Lektüre		Gesamt
		ja	nein	
Pflegesituation eingespielt	gut	4	16	20
	mittel/schlecht	10	8	18
Gesamt		14	24	38

Weitere Analysen ergaben schwache Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht und der „Rolle“ der Interviewteilnehmer: So beurteilten Frauen und pflegende Angehörige die Broschüre etwas besser als Männer und die Pflegebedürftigen selbst. Es stellte sich jedoch heraus, dass die Angehörigen auch intensiver gelesen hatten (vgl. Abb. 1). Darüber hinaus zeichnete sich die leichte Tendenz ab, dass Personen, die die Broschüre nur überflogen und schlechtere Bewertungen abgegeben hatten, auch seltener Auswirkungen der Lektüre beschreiben konnten. Weitere bedeutsame Zusammenhänge der Broschürenbewertung und -auswirkung, z.B. mit der Erkrankung, dem Zeitraum seit Entlassung oder inhaltlicher Kritik der Interviewpartner, konnten bei der kleinen Stichprobe nicht festgestellt werden.

Betrachtet man nun die vier als schlecht klassifizierten Broschürenbewertungen mit nur 5 und 6 Punkten genauer, fällt vor allem ins Auge, dass drei Befragte bei der Beurteilung darauf hinwiesen, sie hätten die Broschüre kaum gelesen oder hätten keine Vergleichsmöglichkeit (vgl. Abb. 1). Alle drei benannten auch keine sie interessierenden Themen und beschrieben ihre Versorgungssituation als gut. Dennoch bezeichneten sie die Broschüre nicht als überflüssig, sondern als informativ oder anregend; sie diene zum gelegentlichen Nachschlagen. Weiterhin fielen hier auch die kurzen Gesprächsdauern mit einem Mittelwert von knapp 15 Minuten auf. Das vierte Telefonat mit einem schlechten Werturteil dauerte hingegen 38 Minuten und wurde dann abgebrochen, weil der Interviewpartner zur Toilette musste. Hierbei handelte es sich um einen auffällig frustrierten Teilnehmer, der sich von den Krankenhausärzten schlecht behandelt und mit seinen körperlichen Beschwerden nicht ernstgenommen fühlte. Er nutzte das Telefonat eher als Klagemauer, weinte zwischendurch und ermöglichte keine strukturierte Befragung.

Feedback Praxispartner:

Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen des Entlassungsmanagements in den Kliniken und dem mangelnden Eingreifen der Theoriepartner in diesen Bereich bestätigten die Rückmeldungen der Praxispartner ein wenig homogenes Bild der Situationen und Strategien der Mappenübergabe. Die beteiligten Klinikpartner konnten dadurch jedoch einen geringen Zusatzaufwand und eine hohe Akzeptanz im Praxisalltag bestätigen. Sie nahmen außerdem ein hohes Interesse der Patienten bzw. Angehörigen an den Broschüren und eine breite Teilnahmebereitschaft wahr. Größter Kritikpunkt der Praxispartner waren die engen Ein- und Ausschlusskriterien der Zielgruppe, welche ihnen die Identifizierung geeigneter Teilnehmer erschwerte und zu einer weit geringeren Stichprobengröße führte als erwartet.

6.2 Diskussion

Das Hauptanliegen des Projektes, von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen den Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit mittels einer Informationsbroschüre zu erleichtern, scheint grundsätzlich erreicht worden zu sein: Die Beurteilungen fallen ganz überwiegend positiv aus, scheinbar unabhängig von wichtigen Einflussfaktoren wie Erkrankung oder häuslicher Pflegesituation (Bubela & Galloway 1990). Auch wenn die Ergebnisse nicht verschleiern, dass über schriftliche Information längst nicht alle Betroffenen erreicht werden können, empfindet keiner der Befragten die Broschüre als nutzlos, im Gegenteil: Über ein Drittel kann sogar positive Auswirkungen der Lektüre benennen, womit die Erwartungen der Theoriepartner übertroffen wurden. Darüber hinaus genießen die Informationsmaterialien die angestrebte Akzeptanz im Klinikalltag und tragen - wie die Weiterempfehlung sowie eine hohe Nachfrage auch nicht oder nur indirekt Projektbeteiligter seit der Implementierung beweisen – auch zur Bekanntmachung des Pflege e.V. bei. Des Weiteren können relevante Hinweise bzgl. der Rahmenbedingungen des Lesens, Wertens und Umsetzens der Betroffenen für weitere Forschungsansätze zur Patienteninformation ausgemacht werden.

Aufgrund zu kleiner Fallzahlen kann jedoch nicht von signifikanten Zusammenhängen der Einflussvariablen gesprochen werden. Zudem lagen unterschiedliche Teilnahmebedingungen der Praxispartner am Projekt, verschiedene Formen des Entlassungsmanagements sowie der Broschürenübergabe, schwer zu operationalisierende Evaluationskriterien und ein dementsprechend nur teilstandardisierter Fragebogen vor. Trotz einiger methodischer Vorbeugungsmaßnahmen ist des Weiteren anzunehmen, dass die Broschüre im vorliegenden Evaluationsprojekt besser gelesen und beurteilt wurde als unter „normalen“ Bedingungen. Somit sind die Ergebnisse nicht als verallgemeinerbar und weiterführende Interpretationen als Trends zu betrachten. Sie bedürfen einer Überprüfung in größer angelegten Studien mit kontrollierten Bedingungen und weiteren Zielgruppen.

6.3 Schlussfolgerungen/Ausblick

Sowohl die Evaluationsergebnisse als auch die hohe Nachfrage nach der entwickelten Broschüre bestätigen den in der Literatur beschriebenen hohen Bedarf von Betroffenen wie Akteuren an schriftlichem Informationsmaterial zum Thema Pflegebedürftigkeit. Bezogen auf den Klinikbereich wird somit die Bedeutung des kombinierten Entlassungsmanagements aus „face-to-face“-Beratung und schriftlicher bzw. telefonischer Information unterstrichen. Als zentrales Feld für die nachhaltige Sicherung der häuslichen Versorgung nach einem akuten Krankheitsereignis kann und muss hier den individuellen Einflussfaktoren frühzeitig und sensibel komplementär begegnet werden.

Weiterhin ist deshalb geplant, die Projektergebnisse in einem Zeitschriftenartikel zu publizieren, die Broschüre entsprechend den gesammelten Hinweisen zu modifizieren und in großer Auflage über Internet, Kongresse, Kliniken und weitere Gesundheitszentren zu vertreiben. Dabei ist eine noch gezieltere Zuschneidung der Texte auf pflegende Angehörige, eine evtl. Erweiterung der Zielgruppe auf Patienten mit Pflegestufe sowie der Verteilungssettings auf z.B. Krankenhäuser ohne Entlassungsmanagement, Kurzzeitpflege- und Rehabilitationseinrichtungen anzustreben. Etwas aufwändiger würde sich die Ausweitung auf ambulante Institutionen wie Arztpraxen, Apotheken oder Sozial- bzw. Pflegedienste gestalten, die aber besonders geeignet erscheinen, Personen mit schleichend zunehmendem Pflegebedarf oder deren Angehörige zu identifizieren und ihnen die Broschüre im Kontext eines gesundheitsbezogenen Gespräches zu überreichen.

Aufbauend auf dieser Basis-Broschüre lassen sich weitere schriftliche Informationsunterlagen zu speziellen Diagnosen wie Schlaganfall oder Pflegeproblemen wie Schmerz vor allem für langfristig Pflegebedürftige entwickeln. Darüber hinaus ist nach den positiven Reaktionen der Befragten der Aufbau einer telefonischen Pflege-Hotline und aufgrund der schlechten Ergebnisse bei Nicht-Lesern eine weitergehende mediale Aufbereitung anzudenken.

Treibt man die mit den Projektergebnissen beschriebenen Trends voran und sichert ihre Gültigkeit durch weitere Forschung ab, ist davon auszugehen, dass auf diese Weise tatsächlich Selbsthilfefähigkeiten gestärkt, einer Überforderung vorgebeugt und Bürger als Partner der Pflege gewonnen werden können. Langfristig könnten damit Krankenhausaufenthalte vermieden sowie eine Kostenreduktion im Gesundheitswesen angestrebt werden.

7 Empfehlungen für andere Pflegeinstitutionen

Grundsätzlich empfiehlt es sich für eine aussagekräftige Evaluation dieser Art, anhand von klar operationalisierten Zielkriterien Ursache-Wirkungs-Beziehungen zu untersuchen; denk- und durchführbar wäre hier z.B. ein quasi-experimentelles Design mit Kontrollgruppe oder Prä-Post-Test. Unerlässlich dafür ist das Hinarbeiten auf eine weitaus größere Stichprobe als tatsächlich „benötigt“, da die Verluste an auswertbaren Daten – wie im vorliegenden Projekt – immer wieder enorm sind. Von Vorteil bei der Beurteilung eigens entwickelter Materialien wäre außerdem eine externe Evaluation, um unbeeinflusstere Ergebnisse zu erhalten. Als Methode der Datenerhebung haben sich hier Telefoninterviews bewährt; zu empfehlen wäre dabei eine Beschränkung auf die wesentlichsten Variablen.

8 Zusammenarbeit der Kooperationspartner

Die enge Zusammenarbeit mit den Praxispartnern erwies sich durch die frühzeitige Einbringung ihres praktischen Erfahrungsschatzes als unerlässlich, aufgrund ihres anhaltenden Engagements als sehr fruchtbar und hat sich bewährt. Die Durchführungsverantwortung für die jeweilige hausinterne Multiplikation und Implementierung wurde an die Praxispartner abgegeben, wobei es lediglich in einem Haus zu Schwierigkeiten kam. Ansonsten war über regelmäßige Sitzungen, Telefon-, E-Mail- und Fax-Kontakte ein unkomplizierter Informationsaustausch möglich.

9 Schwierigkeiten und Lösungen im Projekt

Bei der Verteilung der entwickelten Materialien ergaben sich insbesondere Probleme bei der Erreichung der angestrebten Stichprobengröße. Am Haus 6 stellten sich interne Kommunikationsschwierigkeiten heraus, die zu einer wochenlangen Verzögerung der Mappenausgabe und bestimmten Übergabebedingungen des Sozialdienstes führten (Anlage 8). Die dadurch zu erwartende mangelnde Vergleichbarkeit der Evaluationsergebnisse führte schließlich zum Ausschluss der Daten aus der Hauptanalyse. Wie alle anderen Praxispartner telefonisch rückmeldeten, entsprachen außerdem weit weniger Patienten als erwartet den strengen Ein- und Ausschlusskriterien, weshalb sich die Theoriepartner für die kurzfristige Gewinnung weiterer klinischer Kooperationspartner entschieden. Dieser Prozess führte - neben einer weiteren wochenlangen Verzögerung des Projektes - zu einer Erhöhung des Stichprobenumfangs um 6 Teilnehmer, so dass eine Aufweichung der Ein- und Ausschlusskriterien umgangen werden konnte.

10 Veröffentlichungen zum Projekt

Pflege e.V. (Hrsg.; 2005): Projekt-Broschüre „Rückkehr aus dem Krankenhaus. Eine Handreichung zur Bewältigung der häuslichen Pflegesituation“

Projektbeschreibung Internet: www.stiftung-pflege.com

Pressemitteilung zur erfolgreichen Wettbewerbsteilnahme am Deutschen Präventionspreis 2005: www.deutscher-praeventionspreis.de

11 Literaturhinweise

- Abt-Zegelin A. (2005): Grundlagen der Patientenedukation - Teil 2. Studienbrief Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke.
- Abt-Zegelin A. (2003): Häusliche Pflegeschulung. Höchste Zeit für fundierte Programme. Forum Sozialstation 120, 22-24.
- Arthur, V.A.M. (1995): Written patient information: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing 21, 1081-1086.
- Brüggemann R., Osterbrink J. & Benkenstein J. (2002): Pflegeüberleitung: die Sicht der Patienten und notwendige Konsequenzen für die Organisation Krankenhaus. Pflege 15, 79-85.
- Bubela N. & Galloway S. (1990): Factors influencing patients' informational needs at time of hospital discharge. Patient Education and Counseling 16, 21-28.
- Büker C. (2004): Schulung und Beratung von pflegenden Angehörigen. Eine Initiative des PIZ Lippstadt. Pflegen Ambulant 15, 16-17.
- Buijssen H. (1996): Die Beratung von pflegenden Angehörigen. Weinheim: Beltz PVU.
- Dangel B. (2004): Pflegerische Entlassungsplanung. Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard. München: Elsevier.
- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.; 2004): Überleitung und Case Management in der Pflege. Hannover: Schlütersche.
- Dixon-Woods M. (2001): Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient information leaflets. Social Science & Medicine 52, 1417-1432.
- DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.; 2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. FH Osnabrück.
- Fitzmaurice D.A. (2005): Written information for treating minor illnesses. British Medical Journal 322, 1193-1194.
- Kessels R.C.R. (2003): Patients' memory for medical information. Journal of the Royal Society of Medicine 96, 219-222.
- Klug-Redmann, B. (1996): Patientenschulung und -beratung. Wiesbaden: Ullstein-Mosby.
- London F. (2003): Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Bern: Huber.
- NHS, National Health System Greater Glasgow (2001): Guidelines for improving patient and public information. [1.4.2005:] <http://www.show.scot.nhs.uk/ggpct/news/improve.htm>
- Øvretveit J. (2002): Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Bern: Huber.
- Rischke S. (2002): Wie erleben pflegende Angehörige die Pflegeüberleitung ihres Familienmitgliedes in die häusliche Umgebung im Hinblick auf Beratungs- und Unterstützungsleistungen? Unveröffentlichte Diplomarbeit, FH Osnabrück.
- Schaeffer D. & Ewers M. (2002): Ambulant vor stationär. Bern: Huber.
- Schupp J. (2004): Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Wochenbericht des DIW Berlin 71, 289-294.
- Stockmann R. (2000): Evaluationsforschung. Opladen: Leske & Budrich.
- Uhlmann B., Bartel D. et al. (2005): Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung - die Perspektive von Patienten und Angehörigen. Pflege 18, 105-111.

Wingenfeld K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Bern: Huber.

12 Kontaktadresse

Prof. Christel Bienstein
Vorstandsvorsitzende
Pflege e.V.
Geisbergstraße 39
D-10777 Berlin
Tel. 030 / 21 91 57 20
E-Mail: kontakt@stiftung-pflege.com

Anhang

- **Anlage 1: Expertenbefragung**
- **Anlage 2: Wittener Liste zur Broschürenbeurteilung**
- **Anlage 3: Informationsmappe**
- **Anlage 4: Patienteninformation, Einverständniserklärung**
- **Anlage 5: Vereinbarungen zur Mappenübergabe**
- **Anlage 6: Evaluationsfragebogen**
- **Anlage 7: Fragebogen zur Mappenübergabe**
- **Anlage 8: Einlegeblatt Haus 6**

Anlage 1: Expertenbefragung

16 Befragte, in Nordrhein-Westfalen tätig:

5 Pflegende aus der ambulanten und der Kurzzeitpflege, 1 Leiterin der Arbeitsgemeinschaft Pflege-Überleitung, 5 weitere Entlassungsmanagerinnen aus Krankenhäusern der Allgemeinversorgung, 2 Patientenbegleiter aus Pflegekassen, 2 Beraterinnen aus städtischen Pflegebüros und 1 Mitarbeiterin des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

Frageleitfaden:

- Wie schätzen Sie das Gesamtkonzept des Projektes ein (z.B. Patientenbroschüre, Setting, Stichprobe)?
- Welche Fragen stellen pflegebedürftige Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, und ihre Angehörigen?
- Welche Informationsunterlagen empfehlen Sie den Betroffenen?
- Welche Inhalte sollten in „unsere“ Broschüre aufgenommen werden, welche nicht?
- Wie sollte die Broschüre gestaltet sein?

Anlage 2: Wittener Liste zur Broschürenbeurteilung

1. Zielgruppe und Ziel angegeben?
2. Alltagbezug vorhanden? Relevanz der Information?
3. Positive Bewältigung beabsichtigt? Persönliche Ansprache?
4. Umfang und Schriftgröße?
5. Verständlichkeit?
6. Layout/Überschriften/Abbildungen/Gliederung?
7. Neuzeitliches Wissen/Literaturstützung/Quellen/Datum?
8. Autorenhinweise/Finanzierung/Abhängigkeit?
9. Weiterführende Hinweise/Adressen?
10. Vollständigkeit?

Die „Wittener Liste zur Broschürenbeurteilung“ entstand aus der Zusammenstellung von Kategorien anderer Verfahren und wurde ergänzt durch eigene Erfahrungen. Es existiert bisher kein entsprechendes Assessment für pflegebezogene Texte im deutschen Sprachraum; die Liste orientiert sich an den Qualitätskriterien des Netzwerkes Patientenedukation in der Pflege (www.patientenedukation.de). Heringezogen wurden das Discern-Instrument (www.discern.de), einschlägige Fachliteratur (z.B. London 2003; NHS 2001; Klug-Redmann 1996) und Forschungsberichte (z.B. Arthur 1995).

Anlage 3: Informationsmappe

- Pflege e.V. (2005): Projekt-Broschüre „Rückkehr aus dem Krankenhaus. Eine Handreichung zur Bewältigung der häuslichen Pflegesituation“
- Pflege e.V. (2005): Kopiervorlage „Pflegetagebuch“
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Broschüre „Pflegeversicherung“
- AOK Gesundheitskasse (2004): Merkblatt „Pflege-Ratgeber“
- Barmer Ersatzkasse (2004): Merkblatt „Wohnraumanpassung“
- Flyer Pflege e.V.
- Notizzettel
- Warenproben: - Waschhandschuh
- Erfrischungstuch
- Wasch- und Pflegelotion
- Pflegeöl
- Zahnputztabletten
- Stift
- Lesezeichen



Patienteninformation zur Entlassung - auch für Angehörige -

Liebe Patientin,
lieber Patient,

Sie werden voraussichtlich in nächster Zeit aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen. Dort werden Sie vermutlich weiterhin die Hilfe von Angehörigen oder professionellen Helfern bei pflegerischen Tätigkeiten benötigen. Um Menschen wie Sie in dieser Übergangssituation besser unterstützen zu können, haben wir, der Pflege e.V. (künftig Stiftung Pflege), ein Projekt initiiert, um ein „Informationspaket“ für Sie zusammenzustellen.

Da wir erfahren möchten, ob Sie die Projektunterlagen hilfreich finden oder nicht, brauchen wir Ihre Mitwirkung: Die Entlassungsexperten der Klinik überreichen Ihnen eines unserer Informationspakete. Wir möchten dann **2 Wochen nach der Entlassung** telefonischen Kontakt zu Ihnen aufnehmen, um Ihre Meinung darüber zu erfahren. Mithilfe Ihrer Kritik kann der Pflege e.V. das Informationspaket stetig verbessern.

Für die telefonische Kontaktaufnahme durch eine Mitarbeiterin des Vereins benötigen wir folgende Angaben von Ihnen oder vom Krankenhaus über Sie (siehe Einverständniserklärung):

- Name und Telefonnummer
- Angaben zur häuslichen Versorgung: Ort und Personen
- Alter und Geschlecht des Patienten
- Diagnose, die zum Pflegebedarf geführt hat

Selbstverständlich verpflichten wir uns, diese Angaben anonym zu behandeln und nur für dieses Projekt zu verwenden. Außerdem können Sie jederzeit von Ihrer Teilnahme am „Telefoninterview“ zurücktreten, ohne Nachteile befürchten zu müssen.

Wir danken Ihnen im Namen des Pflege e.V. für die Mithilfe und wünschen Ihnen alles Gute für eine gesunde, glückliche Zeit zu Hause!

Dr. Angelika Zegelin

(Krankenschwester
Pflegerwissenschaftlerin)

Lena Oesterlen

(Krankenschwester
Pflegerwissenschaftlerin)

Anlage 4: Patienteninformation, Einverständniserklärung

So erreichen Sie uns im Pflege e.V.:

Telefon: **030/21915720** oder E-Mail: **kontakt@stiftung-pflege.com**

Einverständniserklärung

Ich habe die Patienteninformation erhalten und erkläre mich bereit, an einem telefonischen Interview durch den Pflege e.V. teilzunehmen. Folgende Daten stelle ich dafür zur Verfügung:

- Name und Tel. des Interviewpartners:

.....

- Angaben zur häuslichen Versorgung:

- Wo (eigene/andere Häuslichkeit)?

- Durch wen (ambul. Pflegedienst, Angehörige)?

.....

- Alter und Geschlecht des Pat.:

- Diagnose, die zum Pflege-/Hilfebedarf geführt hat:

.....

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn oder Angehörige

ggf. Bemerkungen der Entlassungsexpertin :

z.B. zum Grund der Teilnahme-Ablehnung, zur Übergabesituation, zum Hilfebedarf, zur häuslichen Versorgung o.ä.

Anlage 5: Vereinbarungen zur Mappenübergabe

Folgendes Verhalten ist möglichst zu vermeiden:

- Zielaussagen wie „Die Stiftung Pflege will ... verbessern/von Ihnen dann wissen, ...“
- Bewertung der Broschüre („... eine hilfreiche Broschüre mit guten Tipps ...“)
- Aussprechen einer direkten Leseempfehlung, -anleitung
- detaillierte Beschreibung der Broschüreninhalte
- Vorwegnahme von Inhalten des Telefoninterviews
- ausführliche Projektinfo, die nicht unbedingt erforderlich ist/erfragt wird
- die Betroffenen zur Teilnahme drängen.

Anlage 6: Fragebogen Telefonevaluation

Telefoninterview zur Evaluation des Projektes „Informationsmappe (Stiftung) Pflege e.V.“

Eckdaten:		Code _____
Name Interviewpartner für Rückfragen		
„Rolle“ (Pat., Schwiegertochter, Ehemann)		
Telefonnr.		
Krankenhaus		
Daten Paketübergabe und Entlassung		E:
Daten des Anrufs		
Ggf. Wunschtermin nächster Anruf		

Gesprächseinleitung (so oder ähnlich):

... von der Stiftung Pflege, guten Tag Herr/Frau ... ,
ich habe Ihre Telefonnr. von der Frau ... aus dem ... bekommen. Es geht um die große Informationsbroschüre, die Sie bei der Entlassung (von ...) mitbekommen haben; können Sie sich daran erinnern? ... Sie hatten sich ja damals frdl.weise bereit erklärt, am Telefon Ihre Meinung zu der Broschüre zu sagen und deshalb rufe ich jetzt an - ich habe einen kurzen Fragebogen dazu vorbereitet und wollte fragen, wann Sie dafür etwa 15 Min. Zeit hätten?

– evtl. Broschüre ans Tel. holen! -

Ich möchte Sie nur vorher noch bitten, ruhig ganz ehrlich mit Ihrer Kritik zu sein, ganz offen zu sagen, was Ihnen nicht gefallen hat, oder auch, was Sie gar nicht gelesen oder nicht verstanden haben, gerade DAS wäre sehr wichtig für uns, damit wir die Broschüre für andere Leser noch verbessern können.

Haben Sie vorher noch Fragen?

- bin selbst Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin
- bisher Verteilung in vier/sechs Kliniken in NRW, zukünftig aber auf ganz Deutschland ausweiten, deshalb vorher Umfrage unter den bisherigen Lesern
- auf Anonymität der Daten hinweisen
- evtl. bitten, „möglichst kurz auf meine Fragen zu antworten, weil ich das alles mitschreiben muss und damit das für Sie nicht länger als 15 Minuten dauert“

Kurze Überprüfung der Angaben zur Pflegesituation:

Häusliche Situation:		
Wer wird gepflegt?	Alter:	Geschlecht:
	Häuslichkeit von:	
	Diagnose > PBedarf:	
Wer pflegt?	Ambul. PDienst:	
	Angehörige:	
PSituation gut eingespielt oder noch Schwierigkeiten?	PStufe bewilligt? MDK-Besuch erfolgt?	
Broschüre „Rückkehr aus dem Krankenhaus“:		
1a. Haben Sie schon Zeit gefunden, sich die Broschüre anzusehen?	<input type="checkbox"/> ja, durchgelesen <input type="checkbox"/> mal überflogen	
1b. Schon vor der Entlassung?	Vor / nach E _____ Tage vor E bekommen	
1c. Eher von vorne nach hinten oder best. Themen rausgesucht?	<input type="checkbox"/> von vorne <input type="checkbox"/> nach Themen	

Anlage 6: Fragebogen Telefonevaluation

2a. Welches Thema hat Sie denn am meisten interessiert?	
2b. Wie hat Ihnen die Broschüre insgesamt gefallen? Skala 1-10: _____	
2c. Was hat Ihnen nicht gefallen oder Sie besonders geärgert?	
2d. War etwas unklar oder einfach falsch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (- was?)
2e. Haben Sie denn mal nach einer Information gesucht, die Sie nicht gefunden haben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (- welche?)
2f. Was glauben Sie, hat die Broschüre an Ihrer Situation geändert?	
2g. Sie sind aber nicht durch die B. selbst aktiv geworden, haben etwas organisiert o. nachfragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> doch (- was?)
2h. Haben Sie auch das Vorwort gelesen (psych. Belastungen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (- was damit anfangen?)
3a. Wie fanden Sie den Umfang, die Länge der Broschüre?	<input type="checkbox"/> genau richtig <input type="checkbox"/> zu lang (- inwiefern?) <input type="checkbox"/> zu kurz (- inwiefern?)
3b. Lesen Sie denn gern und viel?	ja / nein evtl. Beruf:
3c. Hätten Sie die B. gern noch übersichtlicher gehabt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (- inwiefern?)
3d. Was würden Sie an der Aufmachung/Gestaltung verändern?	
3e. Sind Sie mit der Sprache in der B. zurechtgekommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, nicht so gut (- inwiefern?)
4a. Hätten Sie sich gewünscht, dass die Fr. ... im KH intensiver auf die Inhalte der B. eingegangen wäre?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (- inwiefern?)
4b. Haben Sie sich noch andere Info.unterlagen besorgt o. sich noch irgendwo beraten lassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (- wo?)
4c. Wer ist denn jetzt Ihr Ansprechpartner, wenn Sie noch Fragen haben?	
4d. Würden Sie denn nicht sagen, dass die B. eigentl. überflüssig ist, dass es genug Beratungsangebote gibt?	<input type="checkbox"/> nein, nicht überflüssig (- inwiefern?) <input type="checkbox"/> ja, doch
4e. Für welche Menschen würden Sie diese B. denn besonders empfehlen?	
4f. Hat noch jemand außer Ihnen die B. angesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (- wer / wie gefallen?)
5a. Haben Sie sich auch die anderen Unterlagen aus der weißen Mappe angesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (- inwiefern?)
5b. Haben Sie auch die Beigaben aus dem Waschhandschuh bekommen – konnten Sie denn was damit anfangen?	<input type="checkbox"/> ja (- inwiefern?) <input type="checkbox"/> nein
6a. Welche Hilfen hätten Sie zusätzlich (zur B.) gebraucht?	
6b. Unsere Ideen:	- Hotline einrichten (zur B. / allg. zum Thema PB) - Prakt. Pflegethemen: z.B. Mobilisierung, Inkontinenz, Sz.
7. Glauben Sie, Sie hätten überhaupt in die B. reingeschaut, wenn Sie nicht gewusst hätten, dass ich Sie anrufe?	

Anlage 6: Fragebogen Telefonevaluation

So, das war's jetzt von meiner Seite, vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, Frau/Herr ... Haben Sie denn vielleicht noch Fragen an mich? ... Dann wünsche ich Ihnen alles Gute, auch für Ihre/n!

Bemerkungen zur Tel.dauer, Person, Interview usw.:

Anlage 7: Kurzfragebogen Praxispartner

Liebe ProjektteilnehmerInnen,

um einen Überblick über die Verteilungsphase der Informationsmappen und Ihre Erfahrungen während dieser Zeit zu bekommen, sind wir noch mal auf Ihre Hilfe angewiesen: Wir möchten Sie zum Abschluss um eine (kurze) Beschreibung der links aufgeführten Aspekte bitten – als Lauftext oder stichwortartig (grau hinterlegt = besonders wichtig). Die meisten Fragen beziehen sich auf Ihre allgemeinen, ungefähren Gesamteindrücke oder Durchschnittswerte und müssen nur „ungefähr“ beantwortet werden!

Vielen Dank im Voraus!

Beschreibung zur Übergabe (ÜG) der Informationsmappen	
Wie viele Mappen insgesamt verteilt?	
Mit welchen Schwierigkeiten war die TeilnehmerInnenauswahl bzgl. der Einschlusskriterien verbunden?	
Wie viele Personen für die ÜG der Infomappen zuständig?	
ÜG wie viele Tage vor Entlassung?	
ÜG vor/bei/nach regulären Entlassungsgesprächen oder gesondert?	
ÜG an Pat. oder an Angehörige?	
Wann hat sich eine „ÜG-Routine“ eingestellt?	
Wie sah diese aus (Wortlaut und Ablauf bzgl. Projektbeschreibung, Mappen-ÜG, Einverständniserklärung)?	
Wie viele Tage zwischen Mappen-ÜG und der schriftl. Einverständniserklärung?	
Wer hat Interviewpartner bestimmt?	
Positive/negative Reaktionen der Befragten auf das Angebot einer Infomappe an sich?	
Pos./neg. Reaktionen auf die Teilnahmebefragung/Tel.interviews (z.B. Irritation, Ablehnung)?	
Weitere Unterlagen beigelegt/überreicht o. auf andere Beratungsstellen/-personen verwiesen?	
Möglichkeit für Pat., sich nach Entlassung ans KH zu wenden?	
Spätere Rückfragen zu Mappen-Inhalten (welcher Art)?	
Sonstige Auswirkungen auf Ihre alltägliche Praxis (Aufwand, Kommunikation o.ä.)?	
Allg. Verbesserungsvorschläge/Anmerkungen (auch aus Sicht der Konzeptbeteiligten)?	

(Krankenhaus 6)

Soziale Beratung

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten und Angehörige,

Diese Informationsmappe wird Ihnen überreicht im Rahmen eines Projektes des Pflege e.V. (künftig Stiftung Pflege), von dem auch die beiliegende Broschüre „Rückkehr aus dem Krankenhaus“ erstellt wurde. Für deren Inhalt sind wir daher nicht verantwortlich.

Neben vielen wichtigen Informationen enthält sie leider auch einige missverständliche Formulierungen.

Darauf haben wir Sie bereits in der persönlichen Beratung hingewiesen.

Sollten Sie zu einzelnen Themen noch Informationen wünschen, beraten wir Sie gerne - auch telefonisch in der ersten Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Mit den besten Wünschen für Ihr persönliches Wohlergehen
grüßt Sie

die Soziale Beratung im Krankenhaus