

Qualitätsbericht

Berichtszeitraum Januar bis Dezember 2014

Bunter Kreis Rheinland

Leitung: Dagmar Kirsche
QMB: Alexandra Bilz
stellv. QMB: Nadine Rosenfelder

Inhaltsverzeichnis:

1	Einführung.....	3
2	Wesentliche Entwicklungen und Innovationen.....	3
3	Qualitätspolitik und -ziele.....	4
3.1	Unterstützungsprozesse	4
3.1.1	Strategie und Politik.....	4
3.1.2	Management der Nachsorgeeinrichtung	6
3.1.3	Betriebliche Infrastruktur.....	8
3.1.4	Mitarbeiterqualifikation, Fort- und Weiterbildung	9
3.2	Kernprozess - Nachsorge.....	10
3.2.1	Intake.....	10
3.2.3	Hilfeplanung	12
3.2.4	Durchführung	13
3.2.5	Monitoring.....	14
3.2.6	Evaluation	15
4	Leistungsübersicht und Ergebnisse.....	16
5	Rückmeldungen von Patienten, Kunden und Partnern	16
6	Ergebnisse aus Audits.....	17
7	Status von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen.....	17
8	Öffentlichkeitsarbeit.....	17
9	Empfehlungen des QMB an die Leitung	18
10	Stellungnahme der Leitung.....	18
11	Anhang	19

1 Einführung

Mit dem vorliegenden Qualitätsbericht geben wir die Arbeit des Bunten Kreis Rheinland im Fachbereich Sozialmedizinischen Nachsorge im Kalenderjahr 2014 wieder.

Der Fachbereich der Sozialmedizinischen Nachsorge hat seinen Sitz im Zentrum für Kinderheilkunde in der Universitätsklinik Bonn.

2 Wesentliche Entwicklungen und Innovationen

Neben der in 2012 eröffneten Außenstelle an der Asklepios-Kinderklinik St. Augustin, wurden in 2014 Kooperationsverträge mit der Universitätsklinik in Köln, dem Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein Kemper Hof in Koblenz und dem GFO-Kliniken Bonn St. Marienhospital in Bonn geschlossen.

Der Verein deckt aktuell den Einzugsbereich der Uniklinik Bonn, der Asklepios Kinderklinik St. Augustin, der Uni-Kinderklinik in Köln und dem Kemperhof Koblenz, in einem Umkreis von ca.100 km um die UNI Klinik in Bonn ab.

Durch die flächenmäßige Ausweitung seiner Arbeit beschloss die Mitgliederversammlung am 22.03.2014, den Bunten Kreis Bonn-Ahr-Rhein-Sieg in Bunter Kreis Rheinland umzubenennen. Zur besseren Darstellung wird der Qualitätsbericht nur mit dem neuen Namen geschrieben.

3 Qualitätspolitik und -ziele

3.1 Unterstützungsprozesse

3.1.1 Strategie und Politik

Ziel	Messbarer Indikator	Ist-Wert 2014	Soll-Ende 2014	Termin	Maßnahme
Konzeptionierung der Arbeit des Bunter Kreis	- Regelmäßige Treffen der Bereichsleitungen zur Evaluierung der Arbeit	- 1	- 3	3 mal im Jahr	- Terminierung der Treffen - Verantwortliche für die Treffen festgelegt und Treffen inhaltlich vorbereitet
	- Erstellung eines Organigramms zur Darstellung der verschiedenen Arbeitsbereiche	- 0	- 1		- Organigramm wurde erstellt und die Verantwortlichkeiten festgelegt
	- Beratungseinheit mit Consulting	- 0	- 1		- Beratung mit Consulting zum Thema Aufbau einer Nachsorgeeinrichtung durchgeführt und ausgewertet
	- Konzeptentwicklung	- 0	- 0		- Das alte Konzept wurde bisher nicht überarbeitet und muss in 2015 dringend umgesetzt werden
Imagepflege	Besserer Bekanntheitsgrad in den versorgten Regionen	- 1		Regelmäßig	- Regelmäßige Treffen zur Evaluierung der Öffentlichkeitsarbeit
	- neue Flyer die, die Arbeit klarer darstellen	- 0	- 3		- Neugestaltung Logo Bunter Kreis Rheinland
	- Vereinheitlichung der Öffentlichkeitsarbeit	- 0	- 1		- Namensumbenennung
	- Corporate Identity	- 0	- 1		- Neugestaltung aller Broschüren und Flyer mit einheitlichem Aussehen für Wiedererkennungswert
Strategieentwicklung	Kooperation mit den Vertragskliniken				- Regelmäßige Evaluation der Zusammenarbeit

Qualitätsbericht 2014
Bunter Kreis Rheinland

zur Sicherung der Nachsorge	stabilisieren				mindestens 1mal im Jahr
	- Asklepiosklinik Augustin	- 0	- 1		- Treffen mit dem Case Management der Asklepios-Klinik hat stattgefunden
	- Uniklinik Bonn	- 0	- 0		- Evaluation mit der Uniklinik Bonn hat nicht stattgefunden, muss dringend in 2015 überprüft werden
	Ausbau der Kooperationseinrichtungen				
	- Abschluss eines Kooperationsvertrages mit Uniklinik Köln	- 0	- 1	25.02.2014	- Kooperationsverhandlungen abgeschlossen und Vertrag im Februar 2014 unterzeichnet
	- Abschluss Kooperationsvertrag Kemper Hof Koblenz	- 0	- 1	28.03.2014	- Kooperationsverhandlungen abgeschlossen und Vertrag im Februar 2014 unterzeichnet
	- Abschluss Kooperationsvertrag Marienhospital Bonn	- 0	- 1	22.05.2014	- Kooperationsverhandlungen abgeschlossen und Vertrag im Februar 2014 unterzeichnet

3.1.2 Management der Nachsorgeeinrichtung

Ziel	Messbarer Indikator	Ist-Wert 2014	Soll-Ende 2014	Termin	Maßnahme
Ausbau der Leistungsstrukturen	Schaffung einer Leitungsstelle - Leitungsstelle ohne weitere Aufgaben in der Nachsorgetätigkeit - Klare Aufgabenstrukturierung	- 0	-1	- Ende 2014	- Ausschreibung der Stelle der Teamleitung Bonn - Einarbeitung und Besetzung der Stelle - Stellenbeschreibung Nachsor geleitung
	Aufbau der verschiedenen Nachsorgeteams mit allen notwendigen Professionen - Team St. Augustin	- 3	- 4	- Ende 2014	- Teamleitungsposition besetzt und Stellenbeschreibung erstellt - Sozialpädagogin vorhanden - Case Managerinnen vorhanden - Psychologin vorhanden - Arztstelle nicht besetzt
	- Team Bonn	- 3	- 4	- Ende 2014	- Teamleitungsposition besetzt und Stellenbeschreibung erstellt - Sozialpädagogin vorhanden - Case Managerinnen vorhanden - Psychologin vorhanden - Arztstelle nicht besetzt
	- Team Köln	- 0	- 3	- Ende 2014	- Teamleitungsposition besetzt und Stellenbeschreibung erstellt - Sozialpädagogin vorhanden - Case Managerinnen vorhanden - Psychologin vorhanden - Arztstelle nicht besetzt

Qualitätsbericht 2014
Bunter Kreis Rheinland

	- Team Koblenz	- 0	- 2	- Ende 2014	- Teamleitungsposition besetzt und Stellenbeschreibung erstellt - Sozialpädagogin nicht vorhanden - Case Managerinnen vorhanden - Psychologin vorhanden - Arztstelle nicht besetzt
Kontinuierliche Entwicklung und Überprüfung der Organisationsstrukturen	- Organigramm erstellen und ständig aktualisieren -	- 0	- 1	- fortlaufend	-
Strategieentwicklung zur Sicherung der Nachsorge	- Mitarbeiterhandbuch aktualisieren - Dokumente für alle Mitarbeiterinnen zugänglich machen - Kommunikation zwischen allen Mitarbeiterinnen sichern - Regelmäßige Teamsitzungen	- 0 - 0 - 1 - 1	- 1 - 0 - 1 - 1	- fortlaufend	- Mitarbeiterhandbuch wurde komplett überarbeitet, - Alle Dokumente mit neuem Logo - Für alle neuen Teams alle Dokumente erstellt - Telekom-Cloud erstellt - Nachsorgedokumente für alle Mitarbeiterinnen online zugänglich - Verfahrensanweisung für Fallbesprechung und Teamsitzungen erstellt
Prozessentwicklung	Sicherung der Qualität der Arbeit - Verfahrensanweisung zur Einarbeitung - Verfahrensanweisung für Mitarbeitergespräche	- 0 - 0	- 1 - 1	- 08.4.2014 - 08.04.2014	- Standardisiertes Formular zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen - Standardisiertes Formular für Mitarbeitergespräche Es fehlt: - Übersicht über alle Mitarbeiterunterlagen - Regelmäßige Mitarbeitergespräche und Übersicht darüber

3.1.3 Betriebliche Infrastruktur

Ziel	Messbarer Indikator	Ist-Wert 2014	Soll-Ende 2014	Termin	Maßnahme
Verbesserung der Infrastruktur	Büro St. Augustin - Überprüfung der notwendigen Infrastruktur	- 1	- 1	- Ende 2014	- Software aktualisiert - Büroausstattung vorhanden - Dienstauto vorhanden
	Büro Bonn - Arbeitsplätze für alle Mitarbeiterinnen - Mitarbeiterinnen verfügen über notwendige Arbeitsmaterialien - Prozessausrüstung (Hard- und Software) vorhanden - Mitarbeiterinnen sind mit Arbeitsplatz zufrieden	- 3	- 4	- Ende 2014	- Hardware für alle Mitarbeiterinnen angeschafft - Wlan eingerichtet - Weitere Büromöbel für weiten Arbeitsplatz angeschafft - Dienstwagen vorhanden
	Büro Köln	- 3	- 4	- Ende 2014	- Noch keine Räume vorhanden - Anschaffung aller notwendigen Materialien in 2015
	Büro Koblenz	- 0	- 3	- Ende 2014	- Noch keine Räume vorhanden - Anschaffung aller notwendigen Materialien in 2015

3.1.4 Mitarbeiterqualifikation, Fort- und Weiterbildung

Ziel	Messbarer Indikator	Ist-Wert 2014	Soll-Ende 2014	Termin	Maßnahme
Weiterbildung der Mitarbeiterinnen zur Qualitätssicherung	- Erstellen eines Fortbildungsplanes	- 1	- 1	- Ende 2014	- Fortbildungsplan erstellt - Fortbildungsangebote für alle Mitarbeiterinnen zugänglich
	- Darstellung notwendiger Weiterbildungen für die Qualitätssicherung	- 0	- 1	- Ende 2014	- Ziel wurde nicht erreicht und muss in 2015 umgesetzt werden
	Interne Fortbildungen	-	- 10	- Ende 2014	- Standardisierter Ablauf von Fallbesprechungen und Teambesprechungen - Ablauf der Sozialmedizinischen Nachsorge nach der Case Management Methode - Aufgaben innerhalb der Sozialmedizinischen Nachsorge einer Nachsorgeschwester - Einführung in den Externen Speicher „Cloud“ - Weiterbildung über die laufend überarbeiteten Dokumente - Einführung/Schulung ICF-Bogen und Hilfeplanerstellung - Supervision - Kollegiale Fallberatung - Weiterbildung zu Netzwerken, Vorstellung neuer Netzwerkpartner und Struktur in Bonn und Rhein-Sieg-Kreis
	Externe Fortbildungen	- 0	- 3	- Ende 2014	- Frau Kirsche hat die Weiterbildung zur Fachkraft für Geschwister chronisch kranker und/oder behinderter Menschen beendet - Frau Dubois, hat ihre Weiterbildung als Diabetesassistentin abgeschlossen - Frau Trusch Teilnahme am Seminar zur Trauerbegleitung

3.2 Kernprozess - Nachsorge

3.2.1 Intake

Im Intake erfolgt die Fallaufnahme. Aufgrund der unterschiedlichen Standorte erfolgt diese Phase entweder durch von uns auf den jeweiligen Stationen tätigen Nachsorgeschwestern bzw. in Zusammenarbeit mit dem Entlassmanagement der jeweiligen Kliniken.

Ziele, Intake

Ziel ist die Übergabe des Falles durch die Kliniken, mit dem Einverständnis der Eltern, an die jeweilige Teamleitung der Außenstelle. Dies soll frühzeitig vor der Entlassung, im besten Fall mindestens zwei Wochen vorher, geschehen.

Maßnahmen, Intake

Zur Information der ärztlichen Mitarbeiter und Schwestern der Kliniken, ist ein Stationsordner entwickelt worden. Dieser befindet sich in der UNI-Klinik in Bonn und Köln, sowie im Kemper Hof auf den Stationen. Hier ist deutlich beschrieben, welche Fälle einen Anspruch auf Sozialmedizinische Nachsorge haben, welche Indikationen erfüllt sein müssen und wie diese an uns übergeleitet werden können. Anforderungen kommen in Bonn und Koblenz stets von den Stationen. In der UNI Klinik in Köln aktuell noch über die klinische Sozialarbeit, sowie von der Psychologin des SPZ. In den Kliniken werden die Eltern über unser Angebot informiert und stimmen diesem dann zu.

In der Kinderklinik in Sankt Augustin fallen die Kinder den CM's in der Phase des Entlassmanagements und bei Visite auf. Weiter finden regelmäßige Treffen statt, bei denen Kinder z.T. besprochen und Neuerungen, bzw. Schwerpunkte unserer Arbeit, auch in dieser Phase, deutlich gemacht werden. Die Eltern werden in der Regel von den CM's der Klinik über unser Angebot informiert und stimmen diesem dann zu.

Liegt das Einverständnis der Eltern vor erfolgt an allen Kliniken das Intake und Assessment durch den jeweiligen Standort.

Beurteilung, Intake

Aktuell ist zu sagen, dass die Auswahl an Patienten in den einzelnen Kliniken durch die jeweiligen Stationen und das Case Management effektiv ist. Alle Außenstellen sind mit Nachsorgefällen ausgelastet. Ob allen Familien, deren Kinder aus fachlicher Sicht Nachsorge benötigten, diese Leistung auch angeboten wird, ist jedoch nur anzunehmen, bzw. ist von auszugehen.

Verbesserungspotential, Intake

In 2015 kann sicherlich ein weiterer Fokus auf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten gelegt werden, um Kinder die erst nach einem Klinikaufenthalt auffallen, adäquat versorgen zu können. Weiter ist es sicherlich sinnvoll die Kliniken auf eine frühzeitige Anbindung an uns hinzuweisen.

3.2.2 Assessment

Im Assessment wird der individuelle Versorgungsbedarf des Patienten und der Familie geprüft. Dies dient im Anschluss der HP Erstellung.

Ziele, Assessment

Grundlage des Assessment sind die Kriterien des ICF. Die Erhebung erfolgt durch die zuständige Nachsorgemitarbeiterin, bzw. aus den ersten Informationen der Klinik und der Bedarfe der Eltern.

Zunächst sind die gewonnenen Informationen des Klinikpersonal zur Erhebung der individuellen Problem- und Bedürfnislagen relevant, jedoch auch die der Eltern und, nach dem Erstgespräch die Informationen der Nachsorgemitarbeiterin. Mit Hilfe dieser Informationen wird der Versorgungsbedarfes als Grundlage zur Erstellung des Hilfeplanes genutzt.

Maßnahmen, Assessment

Es wird ein erstes Helfergespräch mit möglichst allen am Fall beteiligten initiiert. Die aktuelle Problem-, Bedarfslage wird deutlich gemacht, vorhandene Ressourcen der Familie aufgedeckt und geplant in wie weit die Nachsorge bereits noch während des stationären Aufenthaltes Aufgaben übernimmt.

Findet die Anbindung an die Nachsorge über einen niedergelassenen Arzt statt, so findet auch hier ein intensiver Austausch statt, bei dem der Bedarf und vorhandene Ressourcen offen gelegt werden.

Beurteilung, Assessment

Der intensive Austausch mit den Kliniken/Stationen der behandelnden Patienten ist notwendig um vorab eine entsprechende Grundlage für die Versorgung zu entwickeln. Es ist sinnvoll die Bedarfs- und Ressourcenanalyse von allen Beteiligten und der Familie selber in die Hilfeplanung mit zu übernehmen. So ist garantiert, dass alle Bereiche, d.h. der medizinische, der soziale und der psychologische Bedarf erkannt ist und abgedeckt und eine lückenlose Nachsorgeplanung erstellt wird.

Fallkonferenzen zur Entlassung eines Patienten, insbesondere bei Kindern mit einem komplexen Interventionsbedarf, haben sich als sinnvoll gezeigt. So sind alle an der Versorgung beteiligten gleichermaßen informiert, es kommt in der Regel dann nicht zu einer über- oder Doppelversorgung.

Verbesserungspotential, Assessment

Ein regelmäßigerer Austausch, regelmäßige Helfergespräche, an allen Kliniken würden die allg. Hilfeplanung und den Prozessablauf unterstützen.

zukünftige Ziele, Assessment

Es ist langfristig zu planen, in wie weit ein regelmäßiger Austausch und Helfergespräche innerhalb der einzelnen Standorte und Kliniken implementiert werden kann.

3.2.3 Hilfeplanung

In der Hilfeplanung wird festgelegt, welche individuellen Ziele verfolgt werden und welche Versorgungsleistungen wie, von wem und bis wann zu erbringen sind.

Ziele, Nachsorgeplanung

Mit der Erstellung des Hilfeplanes wird im Vorfeld durch die Case Managerinnen und im während interdisziplinärer Fallbesprechungen, mittels des ICF-Bogen und den erhobenen Bedarfen, ein individueller Leitfaden für die Nachsorge des Patienten und dessen Familie entwickelt. Dieser begründet die notwendigen Interventionen in allen Bereichen und ist definiert nach Intervention, wer welche Aufgabe hat und in welchem Zeitraum dies umzusetzen ist.

Maßnahmen, Nachsorgeplanung

Nach der ersten Fallbesprechung des Patienten erstellt die zuständige Case Managerin den Hilfeplan, im Idealfall noch während der Entlassung des Kindes. Für die schriftliche Dokumentation des Hilfeplanes wurden auf ein standardisiertes Dokument entwickelt. Zum einen richtet es sich nach den bestehenden Vorgaben, Ziele können und sollen jedoch ebenso individuelle beschrieben werden. Der HP wird im Anschluss in der Akte zur Einsicht aller in der Akte hinterlegt.

Nach Abstimmung der definierten Leistungen mit den Eltern durchläuft der HP nach ca. der Hälfte der Nachsorgezeit, ggf. früher eine weitere Fallbesprechung. Ggf. werden Ziele dann ergänzt, bzw. abgeändert.

Beurteilung, Nachsorgeplanung

Eine Hilfeplanung ist sinnvoll, um möglichst alle Bedarfe abzudecken und die Nachsorge effizient zu planen. Aufgrund der zeitlichen Beschränkung der Nachsorge wird mittels des Hilfeplans eine Prioritätenliste erstellt, um die wesentlichen notwendigen Interventionen zeitgerecht durchführen zu können. Der Hilfeplan ist Kerninstrument der Nachsorge, durch ihn ist es möglich mit allen an Prozess beteiligten die Nachsorge transparent zu machen, um so eine Doppelversorgung oder Unterversorgung zu vermeiden. Weiter kann so die Nachsorge zu anderen Bereichen deutlich abgegrenzt werden und der zeitliche Rahmen bleibt gewahrt.

Verbesserungspotential, Nachsorgeplanung

Regelmäßig, strukturierte Fallbesprechungen zur Erstellung des Hilfeplans sind notwendig. Die Handhabung und Vereinfachung des Prozess der Erstellung ist verbesserungswürdig.

zukünftige Ziele, Nachsorgeplanung

Für die zeitnahe und unkomplizierte Erstellung der Nachsorgeplanung ist es sinnvoll, ein Dokument zu erstellen, bei dem die Beschreibung der Ziele, notwendigen Interventionen usw. einfach zu notieren sind, um so wertvolle Zeit zu sparen. Für eine Arbeitserleichterung wäre es sinnvoll, den HP extern zu

speichern. So ist sichergestellt, dass alle am Prozess Beteiligten stets Zugang haben und immer die aktuellste Version vorliegen haben. Dies ist für 2015 bereits geplant.

Weiter ist notwendig im Team den Sinn und die Wirkung des HP stets zu verdeutlichen und im kontinuierlichen Prozess von internen Fortbildungen die Erstellung und Umsetzung regelmäßig zu besprechen. Insbesondere bei neuen Kolleginnen ist darauf zu achten, dass diese bereits in der Phase der Einarbeitung Grundlegende Kenntnisse der Erstellung und Umsetzung des HP erlangen.

3.2.4 Durchführung

In der Durchführung der Nachsorge werden die einzelnen Versorgungsleistungen zur Vernetzung und Koordinierung (Steuerungsleistungen) sowie zur Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen erbracht.

Ziele, Durchführung

Ziel ist, unter Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten / dessen Familie ein nachhaltiges Versorgungsnetzwerk aufzubauen, um eine langfristige Bewältigung und Integration der Erkrankung in den Familienalltag zu erreichen, sowie weitere nicht notwendige stationäre Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Die notwendigen Therapien sollen gesichert und so der Behandlungserfolg nachhaltig gesichert werden.

Maßnahmen, Durchführung

Fallführend ist die jeweilige CM des Bunten Kreis. Sie koordiniert die Versorgung. Sind weitere Professionen, z.B. zu Sozial- oder Psychosozialen Beratung notwendig informiert diese die Kolleginnen, bzw. bindet an das bestehende Netzwerk an. Sind weitere Professionen im Fall involviert, so ist ein regelmäßiger Austausch, in Form von Fallbesprechungen notwendig. Alle geleisteten Tätigkeiten werden mittels der Patientendokumentation geführt und in der Akte hinterlegt.

Beurteilung, Durchführung

Es ist sinnvoll, dass die jeweilige CM den Fall koordiniert. Sie hat dadurch den Überblick über den Fall und kann weitere Interventionen initiieren oder weitere Professionen involvieren. Um sich regelmäßig abzustimmen haben sich Fallbesprechungen zu Beginn, im Verlauf und abschließend am Ende bewährt.

Die Patientendokumentation dient gleichzeitig als Abrechnungsgrundlage bei den Krankenkassen, sie wird am Ende der Nachsorge von der Teamleitung mit der Rechnung an die Kostenträger übersandt. Da diese nicht inhaltlich genau beschrieben ist, sondern lediglich die erbrachte Leistung beschreibt, wird eine Dokumentation zur internen Nutzung, stichpunktartig geführt. Dies ist sinnvoll, um Daten oder interne Informationen, z.B. im Vertretungsfall, weiter geben zu können.

Verbesserungspotential, Durchführung

Wichtig ist das alle Mitarbeiterinnen gleichermaßen den HP umsetzen und ein regelmäßiger, besonders bei komplexen Fällen, Austausch besteht.

Regelmäßige interne Fortbildungen zum Thema und intensive Einarbeitung neuer Kolleginnen sind notwendig.

zukünftige Ziele, Durchführung

Intensive Einarbeitung neuer Kolleginnen zum Thema, sowie eine Struktur des regelmäßigen Austauschs schaffen.

3.2.5 Monitoring

Im Monitoring wird auf der Basis der Hilfeplanung geprüft, ob während des Versorgungsprozess die vereinbarten Ziele erreicht, bzw. umgesetzt wurden.

Wird deutlich, dass sich die Versorgungssituation geändert hat, Ziele neu definiert oder ergänzt werden müssen findet ein Re-Assessment statt. Hier werden alle zusätzliche Informationen zum individuell vorliegenden Versorgungsbedarf erhoben und der HP entsprechend Verändert.

Ziele, Monitoring

Das Monitoring soll regelmäßiger Bestandteil der Fallbesprechungen sein und die Nachsorge systematisch begleiten.

Maßnahmen, Monitoring

In den Fallbesprechungen wird von der zuständigen Case Managerinnen regelmäßig über die Fortschritte in der Nachsorge berichtet: nach 4 Wochen, nach 8 Wochen, nach 12 Wochen bzw. am Ende der Nachsorge oder außerplanmäßig bei Problemen in der Leistungserbringung oder Zielerreichung. Es wird hierbei geprüft, ob die geplanten Ziele mit den eingeleiteten Maßnahmen in dem festgelegten Zeitraum erreicht werden konnten, ob Zieländerungen sinnvoll sind oder ob die Nachsorge ggf. verlängert werden muss.

Beurteilung, Monitoring

Die Mitarbeiterinnen schätzen die prozessbegleitende interdisziplinäre Diskussion über die Fortschritte und Probleme im Verlauf der Nachsorge. Um möglichst alle Fälle zu besprechen, werden neben den Besprechungen im Team, Fälle auch außerhalb in Fallbesprechungen diskutiert.

Die gemeinsame Hilfeplanung und das regelmäßige gemeinsame Monitoring im Team, bzw. in interdisziplinären Fallbesprechungen sichert die notwendige Beteiligung aller Berufsgruppen an der sozialmedizinischen Nachsorge

Verbesserungspotential, Monitoring

Strukturierte Einberufung von Fallbesprechungen, wenn Fälle nicht im Kleinteam besprochen werden.

zukünftige Ziele, Monitoring

Siehe oben.

3.2.6 Evaluation

Die Evaluation schließt den Case Management Prozess ab. Auf der Basis der Hilfeplanung wird geprüft, ob alle notwendigen Leistungen erbracht und die Ziele erreicht wurden.

Ziele, Evaluation

Am Ende jeder Nachsorge ist innerhalb der Fallbesprechungen zu prüfen, ob alle Ziele des individuellen Hilfeplanes erreicht wurden. Die Ergebnisse der Nachsorge werden mittels eines Abschlussberichtes verschriftlicht und an die an der Versorgung beteiligten, notwendigen Akteure, geschickt.

Mittels der Elternbefragung und Evaluation dessen, wird die Kundenzufriedenheit, zentral in Augsburg ermittelt.

Maßnahmen, Evaluation

Nach Abschluss einer Nachsorge berichtet die Case Managerin im Nachsorgeteam über die Leistungen und Ergebnisse, bevor sie einen zusammenfassenden Bericht erstellt, der an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an weitere Akteure im Fall, geschickt wird.

Zur Abfrage der Beurteilung der Nachsorge durch die Eltern einerseits und die Nachsorge-Mitarbeiterin andererseits werden die vom Bundesverband Bunter Kreis erarbeiteten Fragebögen eingesetzt, die eine anonyme Auswertung ermöglichen.

Beurteilung, Evaluation

Die Erstellung der Abschlussberichte bedeutet immer noch einen beachtlichen Arbeitsaufwand. Mittels eines Bausteinsystems, welches individuell zu ergänzen ist, ist das Schreiben des Abschlussberichtes bereits vereinfacht.

Verbesserungspotential, Evaluation

Zukünftig sollte bei den Abschlussberichten weiter an einer Verbesserung der Handhabung gearbeitet werden.

Ggfs. ist auch hier die individuelle Leistung der Mitarbeiterinnen zu berücksichtigen und interne Schulungen sollten angeboten werden.

zukünftige Ziele, Evaluation

Der Zeitaufwand für die Erstellung des Abschlussberichtes zukünftig noch weiter reduziert und begrenzt werden.

Interne Schulung zum Thema anbieten.

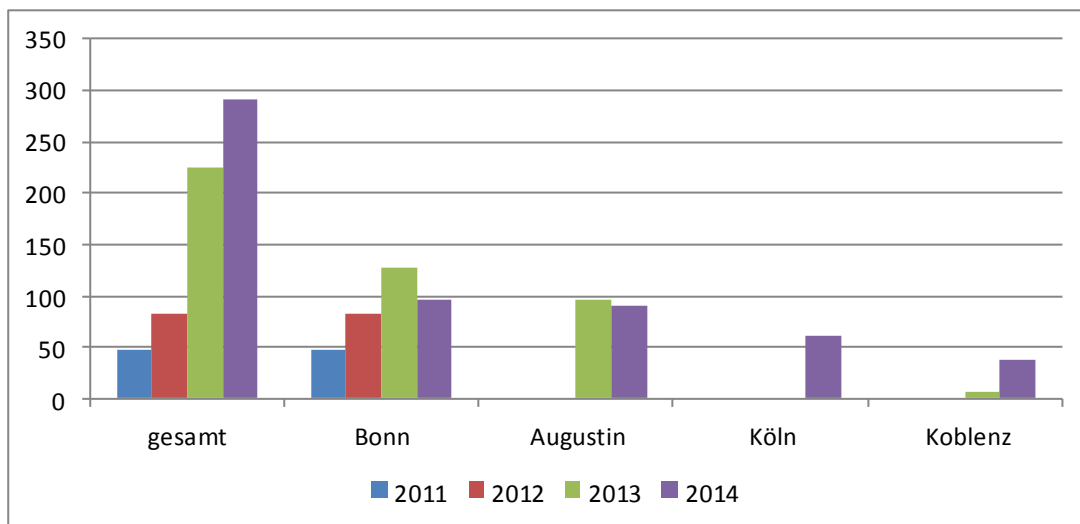
Von der neu konzipierten Evaluation des Bundesverbandes wird eine valide Rückmeldung von Verbesserungspotential erwartet.

4 Leistungsübersicht und Ergebnisse

In 2014 wurden durch das Nachsorgeteam Bonn 97 (Marienhospital und Uniklinik Bonn) Familien, durch Das Nachsorgeteam St. Augustin 90 Familien und durch das Nachsorgeteam Köln 62 Familien und durch das Koblenzer Nachsorgeteam 37 Familien in die Sozialmedizinische Nachsorge aufgenommen und begleitet.

Für die insgesamt 292 Nachsorgefamilien wurden für 247 Familien Anträge auf Kostenübernahme bei der gesetzlichen Krankenkasse gestellt, davon wurden fünf abgelehnt und vier gekürzt. Bei den privaten Krankenkassen wurden insgesamt 39 Anträge gestellt, abgelehnt 18, und 2 gekürzt. Es wurde keine Familie mit einem Förderanspruch nach §43 Abs. 2 SGB V aus personellen-, finanziellen- oder aus Kapazitätsgründen abgelehnt.

Entwicklung der Nachsorgezahlen 2013 und 2014:



5 Rückmeldungen von Patienten, Kunden und Partnern

Die Teilnahme an der zentralen Evaluation des Bundesverbandes konnte für den Bunten Kreis Rheinland noch keine Aussage über die Zufriedenheit der Patientenfamilien darstellen.

Die persönlichen Rückmeldungen der Patientenfamilien an die Nachsorgeschwestern sind sehr positiv. Gemessen an den Rückläufen von Postkarten, Dankeskarten wird die Arbeit sehr geschätzt und auch nach dem Ende der Nachsorge besteht oft ein positiver Kontakt von den Familien zur Nachsorgeeinrichtung.

6 Ergebnisse aus Audits

6.1. Interne Audits

Im Oktober 2014 fanden interne Audits statt. D.h. Die Dokumentation und der Prozessablauf der Sozialmedizinischen Nachsorge wurden fortlaufend evaluiert und entsprechend angepasst. Diese Anpassungen wurden an die Mitarbeiterinnen in Form von internen Fortbildungen weitergegeben und in den Prozessablauf implementiert. Aufgrund der weiter steigenden Mitarbeiterinnenzahl und der Eröffnung neuer Außenstellen zeigt sich die starke Notwendigkeit, nach wie vor an den standardisierten Abläufen zu arbeiten, bzw. diese weiter zu optimieren um eine gleichbleibende Qualität innerhalb der Nachsorge und der einzelnen Teams zu gewährleisten.

Strukturell wurde in 2013, sowie in 2014 ein Verbesserungsbedarf bei den Abläufen von Teambesprechungen und Fallbesprechungen gesehen. Entsprechende Standards hierzu wurden schriftlich festgelegt, innerhalb des Teams weitergegeben und erfolgreich umgesetzt. Es wurden klare Vorgaben erstellt, welchen Inhalt und welche Form Teambesprechungen bieten sollten. Es zeigt sich, dass durch diese Standardisierung die Teambesprechungen effizienter wurden und strukturierter durchzuführen sind. Die vereinbarten Änderungen in Dokumenten oder Arbeitsabläufen werden von QMB und NL freigegeben, per Mail verschickt, von jeder Mitarbeiterin die Kenntnisnahme bestätigt und im Mitarbeiterhandbuch abgelegt.

6.2. Externe Audits

In 2014 fand kein externes Audit statt. Die Re-Akkreditierung wurde in 2012 und damit eine Anerkennung als Hospitationsstätte für 2013 erreicht. Das die nächste Re-Akkreditierung ist in 2015 geplant.

7 Status von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen

Zur Sicherung der Qualität der Nachsorgeeinrichtung wurde eine Qualitätsbeauftragte eingesetzt, die regelmäßig Arbeitsabläufe und die Sicherung der Qualität in Struktur und (Arbeit von Qualitätsteams und -zirkeln) überprüft.

8 Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit wurde in 2014 an die neuen Standards zur Imagepflege und dem neuen Corporate Identity angepasst. Das betrifft die Neugestaltung der Flyer für alle Standorte, Neuentwicklung von Flyer für die ambulanten Angebote, Visitenkarten, Vorträge und Powerpoint-Präsentationen.

Folgendes wurde 2014 geplant und koordiniert:

- eine regelmäßig erscheinender Newsletters, in dem Inhalte zur Arbeit des Bunten Kreis Rheinland für Mitglieder, Freunde, Förderer und Interessierte kommuniziert wird
- Durchführung, Begleitung und Ausrichtung von Events und diese durch Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit (Presse, Print, Plakate, Flyer, Gestaltung usw.), platzieren
- Erstellung von allg. Pressemitteilungen

- Redaktionelle Beiträge für Newsletter, Homepage, Social Media usw. erstellen
- Pflege der Homepage, sowie Redaktionelle Beiträge zur Kommunikation der Projektinhalte des Vereins
- Grafische Aufbereitung zur Kommunikation der Projektinhalte (Flyer, Handout)
- Konzepterstellung für Veranstaltungen und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit

9 Empfehlungen des QMB an die Leitung

Im allg. ist zu sagen, dass sich eine insgesamt positive Entwicklung des Bunten Kreis Rheinland in 2014 abgezeichnet hat. Innerhalb der Sozialmedizinischen Nachsorge wird planvoll die Arbeit umgesetzt, Qualitätskriterien und Abläufe sind implementiert und werden eingehalten und unterliegen einem stetigem Monitoring hinsichtlich Planung, Zieldefinierung, Handlung, Ausarbeitung und Umsetzung.

Aufgrund der steigenden Fallzahlen und dem damit einhergehenden Wachstum des Vereins ist zukünftig darauf zu achten, dass neu eingestellte Mitarbeiterinnen zeitnah mit der Methode Case Management und den dazugehörigen Unterlagen, Erstellung von Hilfeplänen usw. geschult werden, um einen gleichbleibenden Qualitätsstandart auch zukünftig zu halten.

Bei weiterem Wachstum ist langfristig zu empfehlen, dass sich eine wirkungsvolle Kommunikationsstruktur innerhalb der Kleintteams, als auch auf Leitungsebene etabliert. Mittels Austausch und Kommunikation ist es möglich nachhaltig die Arbeit innerhalb der Sozialmedizinischen Nachsorge, die Schnittstellenarbeit zu den Ambulanten Angeboten und zum Bereich Öffentlichkeitsarbeit bedarfsorientiert zu planen, Kundenzufriedenheit herzustellen, Ressourcen (personell, wie auch finanziell) zu schonen und die Arbeit des Bunten Kreis Bonn-Ahr-Rhein-Sieg nachhaltig zu sichern.

10 Stellungnahme der Leitung

Nach wie vor sind regelmäßigen Treffen der Nachsorgeleitung zur Besprechung der Arbeitsabläufe und Implementierung der Nachsorgestandards eine gute Grundlage zur Überprüfung der Qualitätsstandards im Bereich der sozialmedizinischen Nachsorge. Es zeigt sich, dass die vom Bundesverband erarbeiteten Standards hilfreich sind, eigene Arbeitsabläufe zu überprüfen und hinsichtlich der Qualitätssicherung zu hinterfragen. Das betrifft zum einen die Arbeitsabläufe selbst aber auch die eingesetzten Methoden wie Vorlagen oder Verfahrensanweisungen für alle Arbeitsabläufe oder das Mitarbeiterhandbuch.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass es für die Umsetzung von Standards in der Arbeit und die Strukturierung von Arbeitsabläufen wichtig ist, eine Qualitätsbeauftragte zu benennen, in deren Verantwortung es liegt, die Nachsorge und die Umsetzung der Case Management Prozesse kritisch zu hinterfragen.

11 Anhang

1. Formblatt zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen
2. Formblatt für Mitarbeitergespräche
3. Verfahrensanweisung Fallbesprechung
4. Verfahrensanweisung Teamsitzung