

Die „7 Schritte“ im Netzwerk Gemeinsam

Im Gesundheitswesen arbeiten viele verschiedene Professionen meist unabhängig und nebeneinander auf unterschiedlichen Informationswegen zusammen. Der/die Patient/-in selber muss in der Regel zwischen den verschiedenen Akteuren vermitteln und individuelle Daten bzw. Befunde an die entsprechenden Dienstleister weiterleiten. Dieses Vorgehen geht oft zu Lasten der Betroffenen, besonders bei Menschen mit Demenz.

Das Projekt Gemeinsam möchte dagegen eine multiprofessionelle Zusammenarbeit in einem sektorübergreifenden Netzwerk für eine bessere Demenzversorgung und –betreuung im Westmünsterland erproben. Im Netzwerk Gemeinsam arbeiten Akteure des Gesundheitswesens, wie z.B. Ärzte/Ärztinnen, Pflegende sowie Physio- oder Ergotherapeutinnen/-therapeuten in einem professionsübergreifenden Team zusammen. Dabei soll eine diversitätssensible Versorgung, die inklusiv, biografieorientiert, genderspezifisch und kultursensibel angelegt ist, gewährleistet werden. So können betroffene Menschen mit Demenz im Netzwerk Gemeinsam bestmöglich versorgt und betreut werden.

Der/die Patient/-in durchläuft insgesamt 7 Schritte im Netzwerk Gemeinsam. Diese sind:

1. Der/die Patient/-in oder ggf. ein Angehöriger wird in Legden und Umgebung von Unterstützern des Netzwerks Gemeinsam z.B. in der Apotheke oder Arztpraxis, beim Pflegedienst oder im Rathaus vom Bürgerservice angesprochen. Er/sie bekommt eine schriftliche Kurzinformation („Infokarte“) mit den wichtigsten Daten zum Projekt überreicht.

2. Wenn der/die potentielle Patient/-in bzw. sein Angehöriger Interesse zeigt, werden Kontaktdaten, wie Name oder Telefonnummer in das „Formular Kontaktdaten“ eingetragen. Dieser Schritt wird Erstkontakt genannt.

3. Die Informationen des Kontaktformulars werden innerhalb von 7 Tagen von denjenigen, die die Kontaktdaten aufgenommen haben, an die Hausarztpraxis Münsterland und/oder den Caritas Pflegedienst weitergeleitet.

4. Wenn die Daten eingegangen sind, wird mit den potentiellen Patienten kurzfristig ein Termin für ein Informationsgespräch vereinbart.

5. Nun wird das ausführliche Informationsgespräch über das Projekt mit dem potentiellen Patienten entweder in der Hausarztpraxis oder bei dem Caritas Pflegedienst geführt.

5a Wenn kein Interesse seitens der potentiellen Patienten besteht und die sog. Einschlusskriterien (u.a. älter als 40 Jahre, familiäre Disposition) nicht erfüllt sind, wird eine interne Begleitung und keine professionsübergreifende Fallbegleitung eingeleitet

5b Wenn Interesse seitens der Patienten besteht und die Einschlusskriterien erfüllt sind, erfolgt die Aufnahme in das Netzwerk Gemeinsam

In dem Informationsgespräch wird darüberhinaus der sog. Informationsbogen (ein Formular, das von allen verwendet wird) ausgefüllt, der zur Aufnahme in das Netzwerk dient. Darin werden z.B. Alter, Adresse, Vorerkrankungen des Patienten und die Problemstellung festgehalten. In diesem Formular wird auch festgehalten, ob und wann Rückmeldung an andere Professionen gegeben wurde. Dieses Formular kann im späteren Verlauf für den Austausch von Informationen genutzt werden. Die gesammelten Patientendaten werden in der sog. Patientenmappe gespeichert. Auf diese geschützte „Patientenmappe“ können alle beteiligten und autorisierten Gesundheitsdienstleister bei Bedarf zugreifen.

6. Nun ist der Patient offiziell im Netzwerk Gemeinsam aufgenommen und das Assessment und Diagnostik steht an. Dieses findet bei dem/derjenigen statt der den Patienten im Informationsgespräch in das Netzwerk aufgenommen hat. Falls weitere Assessments nötig sind, können verschiedene diagnostische Untersuchungen wie z.B. den „Uhrentest“ beim Arzt, das Pflegeassessment beim Pflegedienst oder u.a. eine Eigenanamnese hinzugezogen werden.

6a Daraus folgt die Therapieeinleitung, Überleitung des Patienten in ein therapeutisches Verfahren.

6b Wenn keine Demenz diagnostiziert wurde, wird bei erhöhtem Demenzrisiko ein Präventionsplan erarbeitet.

7. Der Patient befindet sich nun im professionsübergreifenden Transfer. Der Patient erhält im Rahmen der Therapie Zugang zu koordinierten Pflegeleistungen und Betreuungsmöglichkeiten, Beratungsangeboten in der Umfeld-Gestaltung, Möglichkeiten zur Teilnahme an ergotherapeutischen, physiotherapeutischen und weiteren sinnvollen Maßnahmen. Die Einnahme notwendiger Medikamente wird koordiniert und überwacht. Begleitend werden Angehörige umfassend informiert und können an diversen Schulungs- und Coachingmaßnahmen teilnehmen. Die beteiligten „Professionen“ tauschen sich während der multiprofessionellen Zusammenarbeit intensiv in Fallkonferenzen aus (z.B. in einer persönlichen Fallkonferenz vor Ort oder in einer Telefon- oder Skypekonferenz). Außerdem werden alle aufgenommenen Informationen in schriftlicher Form (z.B. durch den Informationsbogen) allen Beteiligten zur Verfügung gestellt.

Falls aufgrund individueller Veränderungen bzw. Ereignisse erneuter Handlungsbedarf besteht, werden entsprechende Informationen von demjenigen der das Informationsgespräch geführt hat oder derjenige der den Handlungsbedarf sieht, an die anderen Beteiligten im Netzwerk Gemeinsam weitergeleitet und ruft ggf. eine weitere professionsübergreifende Fallkonferenz ein.