

|  |
| --- |
| **Zusätzlicher Antrag auf** **Zertifizierung****als****Comprehensive Stroke Unit (cSU)**(= Erweiterte Stroke Unit) |

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung/Klinikum: |       |
| Abteilung/Klinik: |       |
| Anschrift: | Straße Haus-Nr. |
|  | PLZ Ort |
| Direktor/Chefarzt: |       |
| SU-verantwortlicher Arzt (QMB): |       |
| Funktion: |       |
| Telefon: |       |
| E-Mail: |      @      |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Klinik  |  |  |  |
|  | a) Regionale Stroke Unit | [ ]  |  |
|  | b) Überregionale Stroke Unit | [ ]  |  |
|  | c) Datum der Zertifizierung:  |       |  |
|  | Bemerkungen:       |  |  |
|  | *Ad 01: Eine aktuell gültige Zertifizierung durch die DSG/SDSH als regionale/überregionale Stroke Unit ist Grundvoraussetzung für das Zusatz-Zertifikat „Comprehensive Stroke Unit“. Eine Zertifizierung als Comprehensive Stroke Unit ist nur möglich, wenn Monitoring-Betten und nicht monitorisierte sog. Enhanced Care-Betten in derselben räumlichen Einheit zusammengeführt sind.* |  |  |
| Anzahl der monitorisierten und nicht-monitorisierten Betten  |  |  |  |
|  |  a) monitorisierte Betten (MB) |       |  |
|  |  b) nicht-monitorisierte Betten (NMB, Enhanced Care-Betten) |       |  |
|  | *Ad 02: Quote von Monitorbetten (MB) und Nicht-Monitorbetten (NMB): 1:1 bis 1:2 (Min.-Max.)*  |   |  |
|  | Erläuterungen:       |  |  |
| Ärztliche Versorgung |  |  |  |
|  | a) Ärztlicher Stellenschlüssel:       Assistenzärzte       Oberärzte |  |  |
|  | *Ad 03a: Bei ≥ 16 Betten der gesamten Einheit (SU + cSU) mindestens 0,5 VK Arzt zusätzlich in der Regeldienstzeit (bei höheren Bettenzahlen entsprechende Anpassung des Personalschlüssels erforderlich).* |  |  |
|  | b) Ist das ärztliche Personal für die gesamte Stationseinheit (MB und NMB) zuständig? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | c) Finden am Wochenende und Feiertagen regelhaft ärztliche Visiten statt? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Bemerkungen:       |  |  |
|  | *Ad 05b: Das ärztliche Personal der MB und NMB sollte identisch sein. Zuständigkeit derselben Ober-/ Fachärzte -und Assistenzärzte. Sofern für sehr großen Einheiten mehrere Ärzte in derselben Schicht eingesetzt werden, muss eine klare Teambildung erkennbar sein.**Am Wochenende und an Feiertagen sollte eine fachärztliche Visite erfolgen.* |  |  |
| Pflegerische Versorgung |  |  |  |
|  | a) Anzahl der examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, die der cSU (NMB) zugeordnet sind: |       |  |
|  | b) Anzahl der examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit Zusatzqualifikation Weiterbildung) in der speziellen DSG-SU-Pflege: |               |  |
|  | *Ad 06a: Erforderliche VK-Quote für Comprehensive Stroke Unit: 0,4 VK/NMB.**Gemeinsamer Pflegepool (mit eigenem Dienstplan) für gesamte cSU (MB + NMB), mindestens 2/3 der Pflegekräfte muss kontinuierlich im MB-Bereich eingesetzt werden. Feste Teambildung obligat.* *Nachweise sind beim Audit vorzulegen.**Ad 06b: Comprehensive Stroke Unit: mindestens 1 Pflegekraft des cSU-Team sollte, zusätzlich zum pflegerischen Kernteam der SU (MB) das Zertifikat des Stroke Unit- Pflegekurses der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft besitzen.* *Nachweise sind beim Audit vorzulegen.*  |  |  |
|  | Erläuterungen:       |  |  |
| Therapeutische Versorgung |  |  |  |
|  | a) Ist das Therapeutenteam für die gesamte Stationseinheit (MB und NMB) zuständig? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | b) Finden bei bestehender Indikation mind. 1 x täglich Therapien statt?  | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | c) Ist das Therapeutenteam an 7 Tagen/Woche verfügbar? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | d) Anzahl zusätzlicher Therapeuten für die cSU |  |  |
|  |  Physiotherapeuten: |       |  |
|  |  Ergotherapeuten: |       |  |
|  |  Sozialarbeiter: |       |  |
|  |  Logopäden: |       |  |
|  |  Neuropsychologen: |       |  |
|  | Erläuterungen::       |  |  |
|  | *Ad 07b: Das Behandlungsteam der Monitoring- und Enhanced Care-Phase muss identisch sein (Therapie aus einer Hand-Prinzip).* *Bei bestehender Indikation mind. 1 x tägliche Therapie unter Einschluss von Wochenenden und Feiertagen durch das therapeutische Team erforderlich.**Nachweise sind beim Audit vorzulegen.* |  |  |
| Zielkriterien |  |  |  |
|  | a) Sind im ärztlichen und pflegerischen Manual die Verfahrensabläufe der cSU beschrieben? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | b) Werden die individuellen Behandlungserfolge – und Ziele am Ende der Monitoringphase definiert und schriftlich dokumentiert? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | c) Werden die Behandlungsziele regelmäßig überprüft? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Erläuterungen:       |  |  |
|  | *Ad 08 b: Nachweise sind beim Audit vorzulegen.* |  |  |
| Finden tägliche Teambesprechungen statt? |  | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  |  Erläuterungen:       |  |  |
|  | *Ad 09: Die tägliche Teambesprechung (Team = ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal und Sozialdienst) soll auch die enhanced-Care Patienten miteinbeziehen.* |  |  |
| Klinische Verlaufsdokumentation |  |  |  |
|  | a) Wird die NIH-Stroke Scale täglich ermittelt und dokumentiert? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Wenn ja, durch wen:       |  |  |
|  | b) Werden bei Entlassung mRS und Barthel-Index erhoben und dokumentiert? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Wenn ja, durch wen:       |  |  |
|  | c) Werden die Befunde und die Behandlung der Therapeuten regelmäßig dokumentiert und an die weiterbehandelnde Institution übermittelt? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Erläuterungen:       |  |  |
|  | *Ad 10c: Nachweise sind beim Audit vorzulegen.* |  |  |
| Risikofaktoren-Management und Sekundärprävention |  |  |  |
|  | a) Führen Sie Schulungen zu folgenden Themen durch? |  |  |
|  | Blutdruckmanagement | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Ernährung, Gewicht | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Lebensstil | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Nikotinentwöhnung | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Diabetes mellitus | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Sonstige:      *Ad 11a: Nachweise sind beim Audit vorzulegen* | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | b) Werden individuelle Zielwerte der Sekundärprävention (RR, LDL, HbA1a etc.) festgelegt und schriftlich fixiert? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | c) Erfolgt eine umfassende Aufklärung über Indikation, Nutzen und Risiko einer oralen Antikoagulation? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Erläuterungen:       |  |  |
| Aufklärung und Beratung |  |  |  |
|  | a) Verwenden Sie schriftliches Informationsmaterial? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Wenn ja. welches Material liegt vor?       |  |  |
|  | b) Gibt es spezielle Beratungsangebote für Angehörige?  | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Wenn ja. welche?       |  |  |
|  | Erläuterungen:       |  |  |
|  | *Ad 12: Nachweise sind beim Audit vorzulegen.* |  |  |
| Planung Nachsorge |  |  |  |
|  | a) Existiert ein Nachsorgekonzept? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  | Wenn ja, bitte beschreiben:       |  |  |
|  | Erläuterungen:       |  |  |
|  | **Allgemeine Notizen:**      |  |  |