

Elektronische Pflegeanamnese in der Lindenhofgruppe

Mut zum eigenen Weg

Weil kein bestehendes Instrument für die elektronische Pflegeanamnese unseren Anforderungen entsprach, entwickelten wir in der Lindenhofgruppe eine eigene Pflegeanamnese, inklusive Risikoeinschätzung und Austrittsmanagement. Inhaltlich setzen wir auf qualitative statt auf quantitative Daten und auf das Fachwissen der Pflege.

Text: Sabin Zürcher-Florin, Anna-Katharina Moser, Sabine Bigler / Foto: Lindenhofgruppe



Die Pflegeanamnese ist ein gezieltes und damit wirtschaftliches Sammeln von Informationen zur Steuerung des Pflegeprozesses und des Austrittsmanagements.

Im Sommer 2015 führten wir im Lindenhospital das in Deutschschweizer Akutspitälern weit verbreitete ePA-AC (siehe Box S. 20) als Anamnesetool für den elektronischen Pflegeprozess ein. Nach der Einführung zeigte sich rasch, dass ePA-AC von unseren Pflegefachpersonen nicht gut akzeptiert wurde. Kritikpunkte waren, dass sie viel Zeit für die häufigen Zustandseinschätzungen benötigten, diese aber für die Pflege-

planung wie auch für das Einlesen wenig nutzten. Komplexe Situationen liessen sich nur schwer abbilden. Wenig Glaubwürdigkeit wurde der Risikoeinschätzung geschenkt, da diese sehr schnell ein hohes Risiko angab, was häufig nicht der klinischen Einschätzung der Pflegefachpersonen entsprach. Von Seiten Fachentwicklung Pflege stellten wir die Wirtschaftlichkeit unserer Anwendung von ePA-AC in Frage:

Im Rahmen der Zustandserhebung generierten wir viele Informationen, die weder im Praxisalltag, noch für Datenanalysen genutzt wurden. Diese Rückmeldungen bewegten uns, im Rahmen eines Projekts zu prüfen, ob wir ePA-AC als Instrument beibehalten wollten.

Unterschiede zu Deutschland

In einem Gespräch mit einer Mitarbeiterin der ePA-CC GmbH wurde uns be-

Anamnese oder Assessment?

Einige Spitäler und Pflegeschulen der Deutschschweiz haben begonnen, den ersten Schritt des Pflegeprozesses nicht mehr Anamnese sondern Assessment zu nennen. Der aus dem Englischen übernommene Begriff Assessment wird nicht einheitlich interpretiert und genutzt. Laut Bartholomeyczik (2007) beschreibt Assessment im englischsprachigen Raum den ersten Schritt des Pflegeprozesses, während sich im deutschsprachigen Raum eingebürgert hat, diesen Begriff synonym für weitgehend standardisierte Instrumente zu nutzen. Anamnese bedeutet Krankengeschichte und kann eng gefasst nur als diese verstanden werden, beispielsweise bei Gordon (2013), die den ersten Schritt des Pflegeprozesses in Pflegeanamnese und körperliche Untersuchung sowie Pflegeassessment und funktionelle Gesundheitsmuster unterteilt. Gordon trennt damit zwischen der Krankengeschichte und dem Zustand bis zum Spitaleintritt und der Zustandsbeschreibung während der Hospitalisation (Assessment). Der Begriff Anamnese kann auch in einem weiteren Sinn verstanden werden und gemeinsam mit dem körperlichen Status die gesamte Informationssammlung bei Behandlungsbeginn bezeichnen, wie es in der Medizin üblich ist und in der Pflege lange Usus war. Meier und Fiechter bezeichneten 1993 den ersten Schritt des Pflegeprozesses schlicht als Informationssammlung: eine verständliche und übergeordnete Bezeichnung für alles, was die Pflege zu Beginn des Pflegeprozesses tut – eine ernsthafte dritte Option?



Instrument mit Fokus auf qualitative Daten sein und ein gezieltes und damit wirtschaftliches Sammeln von Informationen zur Steuerung des Pflegeprozesses und des Austrittsmanagements ermöglichen. Damit entschieden wir uns gegen den aktuellen Trend der Standardisierung und der Auswertbarkeit von Pflegedaten. Auf der Suche nach einem geeigneten Instrument stellten wir fest, dass kaum andere elektronische Instru-

wusst, dass ePA-AC, das für die Anwendung in Deutschland entwickelt worden war, schlecht mit unserer Kultur und unserem Pflegeverständnis harmonierte. Wir identifizierten zwei entscheidende Unterschiede in den Anforderungen:



Die Pflegeanamnese soll ein praxisorientiertes Instrument mit Fokus auf qualitative Daten sein.



1. In Deutschland muss der Patienten-zustand regelmässig dokumentiert werden, um den Pflegebedarf nachzuweisen, in der Schweiz existiert keine solche Vorgabe.
2. Deutsche Teams verfügen über durchschnittlich weniger diplomiertes Pflegefachpersonal als in der Schweiz und ein Anamnesetool muss sich für Fach-

personen unterschiedlicher Ausbildungsniveaus eignen.

In der Lindenhofgruppe haben wir eine lange Tradition einer selbstbewussten Pflege und das Glück, über einen hohen Anteil an diplomierten und erfahrenen Pflegefachpersonen zu verfügen. Diese sind sich gewohnt, Entscheidungen auf Grund von Experteneinschätzungen zu treffen, wie beispielweise die Einstufung von Risiken oder die Entscheidung, wie ausführlich eine Anamnese je nach Patientensituation sein muss. Das systematische Abhaken von Punkten und eine automatisierte Risikoeinschätzung entsprechen nicht ihrer professionellen Vorstellung. Dies bewog uns, nach einem alternativen Anamneseinstrument zu suchen.

Entscheid für eigenes Instrument

Um zu eruieren, welchen Zweck eine Anamnese erfüllen soll, befragten wir einerseits unsere Pflegenden und luden andererseits Experten aus der Deutschschweiz zu einer Diskussionsrunde ein. Fachleute der medizinischen Codierung versicherten uns, dass sie weder aktuell noch in naher Zukunft Interesse an Daten aus der Pflegeanamnese haben. Wir zogen folgendes Fazit: Die Pflegeanamnese soll ein praxisorientiertes

Abbildung 1: Übersicht Anamneseinstrument

Elemente	Inhalte
Anamnese	Krankheitsgeschichte Wohn- und Lebensumstände, soziale Situation Systemfokussierte Anamnese: Aktivitäten des täglichen Lebens, zusätzlich Schmerzen, Wunden, Suchtmittel
Erweiterte Anamnese	Krankheitsmanagement Symptomerfassung Wohlbefinden, Spezielle Sterbevorbereitung, Wünsche nach dem Sterben Kinderspezifische Anamnese
Austrittsmanagement	Austrittsdatum, Zeit Zielaustrittszustand Material, Dokumente, Medikamente
Risikoerfassung	Dekubitus Sturz Delir Pneumonie
Pflegeaufwand	Eigenständiger Bereich der Pflege Delegierter Bereich der Pflege

mente existieren und diese unsere Anforderungen auch nicht erfüllen. Wir beschliessen deshalb, den Alleingang zu wagen und ein eigenes Instrument zu entwickeln. Die Geschäftsleitung gab uns grünes Licht und sprach die Entwicklungskosten gut.

Entwicklung der Anamnese

Eine Literaturrecherche zeigte, dass kein Goldstandard für die Anamnese existiert und wir schlugen darum einen praxisorientierten Weg ein. Die Befragung der Pflegefachpersonen hatte gezeigt, dass ihnen im Alltag folgende Daten wichtig sind: Prästationäre anamnestiche Daten, Einschätzung klinisch relevanter Risiken und Daten bezüglich der Austrittsplanung. Um den Grundsatz «beim Eintritt mit der Aus-

trittsplanung beginnen» konsequent umzusetzen, beschliessen wir, die Anamnese mit dem Austrittsmanagement zu koppeln. Die Inhalte des neuen Instruments setzen sich zusammen aus Juchlis Aktivitäten des täglichen Lebens, den funktionellen Gesundheitsverhaltensmustern nach Gordon und weitere Quellen für die erweiterte Anamnese wie beispielsweise das Instrument der Palliativabteilung des Kantonsspitals St.Gallen für die terminale Lebensphase, das auf dem Liverpool Care Pathway begründet ist.

Experteneinschätzung

Bis heute gibt es keine Evidenz dafür, dass Risikoeinschätzungen, beispielsweise für Sturz oder Dekubitus, anhand standardisierter Instrumente genauer

sind als auf der Experteneinschätzung der Pflege basierende. Für andere Risikoeinschätzungen wie Pneumonie existieren bis heute keine Instrumente. Aus diesen Gründen und weil wir mit der Experteneinschätzung bereits langjährige positive Erfahrungen gemacht hatten, beschliessen wir, unser neues Instrument auf diesem Grundsatz aufzubauen. Wenn Pflegenden Risiken beurteilen, bietet dies gegenüber der automatisierten Einschätzung zudem den Vorteil, dass sie diese Fähigkeit regelmässig trainieren und die Zusammenhänge zwischen einzelnen Faktoren und einem Risiko präsent halten. Damit Pflegefachpersonen über das notwendige Know-how verfügen, stehen ihnen entsprechende Richtlinien und regelmässige Schulungen zur Verfügung.

STELLUNGNAHME VON ePA-CC GmbH

Regelbasierung versus Expertise

Voraussetzung für pflegerisches Handeln ist, dass im Rahmen der klinischen Entscheidungsfindung (diagnostischer Prozess) Informationen zum Patientenzustand gesammelt werden, diese in Form eines pflegefachlichen Urteils (Diagnose) zusammengefasst und gemeinsam mit dem Betroffenen reflektiert werden, um abschließend einen Interventionsplan aufzustellen.

Auch wenn die eingesetzten Werkzeuge differieren können, wird die Pflegefachperson im diagnostischen Prozess niemals aus ihrer fachlichen Expertise entlassen – auch dann nicht, wenn standardisierte Methoden zum Einsatz kommen. Die Methode epa («ergebnisorientiertes PflegeAssessment») ist ein Datenmodell zur Pflegeprozessdokumentation, Prozess-Steuerung und Kennzahlengenerierung aus Routinedaten. Die Umsetzung der Methode epa erfolgt primär mit den Basisassessments epaAC. Dieses Instrument ermöglicht es Pflegefachpersonen, den pflegerelevanten Zustand von Patienten mittels Punktwerten systematisch einzuschätzen. Diese Einschätzung ist die Basis für die klinische Entscheidungsfindung im pflegediagnostischen Prozess. Durch die routinehaft wiederholten Einschätzung werden Veränderungen und erzielte Ergebnisse transparent; pflegesensitive Ergebnisse (Outcomes) können ohne Zusatzaufwand direkt aus der Primärdokumentation nachgewiesen werden.

Zukünftige Entwicklung: Pflege 4.0

Wenn eine pflegerischen Primärdokumentation als Datenmodell konzipiert wurde, ergeben sich ganz neue Möglichkeiten einer agilen elektronischen Dokumentation, die den täglichen Workflow durch Entscheidungsunterstützung und Automatisierung erleichtert.

Zusammenfassung

In einer modernen Pflegedokumentation werden Informationen vernetzt und die Patientenversorgung z. B. durch Vorhersagen wahrscheinlicher Verläufe oder möglicher Risiken verbessert. Die unverzichtbare persönliche Expertise der Pflegefachperson kann durch die Nutzung «künstlicher Intelligenz» unterstützt werden. Für die Pflegeforschung ergeben sich vielfältige Möglichkeiten, den Wissenskörper der Pflege ohne Zusatzdokumentation weiter auszubauen.

Birgit Sippel, Geschäftsführende Gesellschafterin, ePA-CC GmbH



Rückmeldungen und Stichproben zeigen, dass das Instrument grösstenteils konsequent und adäquat angewendet wird.



Das neue Anamnese-Tool

Unser Instrument setzt sich zusammen aus den Teilen Anamnese, Austrittsmanagement, Risikoeinschätzung und Pflegeaufwand (Abbildung 1, S. 19). Das Instrument ist für ambulante und stationäre Patienten aller Fachgebiete mit Ausnahme der Geburtshilfe konzipiert. In der Anamnese entscheidet die Pflegenden je nach Patientensituation, welche Aspekte sie berücksichtigt. Bei einer Kurzhospitalisation kann sich die Anamnese auf die Frage beschränken «Gibt es etwas, das wir über Sie wissen sollten?» Für besondere Populationen wie Kinder oder Menschen in der terminalen Lebensphase stehen zusätzliche Anamnesemöglichkeiten zur Verfügung. Wir kombinieren standardisierbare und individuelle Erfassungen von Informationen, was sich darin zeigt, dass sowohl Freitextfelder wie auch Checkboxen und Links auf Screening- und

Assessmentinstrumenten zur Verfügung stehen. Abbildung 2 zeigt als Beispiel die Erfassung von Ausscheidung und Schmerz.

Austrittsmanagement

Damit relevante Informationen für das Austrittsmanagement prominent sichtbar sind, werden die wichtigsten Angaben in einer farbig hinterlegten Kopfzeile angezeigt (Abbildung 3).

Risikoerfassung

Wir legen uns auf die in unserem Setting wichtigsten Risiken Dekubitus, Sturz, Delir, Pneumonie und Mangelernährung fest, wobei die Risiken, die sich rasch ändern können, täglich eingeschätzt werden (Dekubitus, Sturz, Delir, Pneumonie) und das stabilere Risiko für Mangelernährung primär im Rahmen der Anamnese. Aufgrund der Experteneinschätzung der Pflege werden die Risiken den drei Stufen grün, orange und rot zugeordnet.

Der Entscheid für diese dreistufige Einschätzung beruht auf der guten Erfahrung mit diesem System und dem expliziten Wunsch der Pflegefachpersonen. Bei Unsicherheit stehen als Einschätzungshilfen Instrumente (Bsp. Nortonskala) sowie Links auf entsprechende Richtlinien zur Verfügung. Die aktuelle Risikoeinschätzung wird als Kopfzeile im Register Pflegeprozess dargestellt (Abbildung 4).

Pflegeaufwand

Inspiziert durch den Selbstpflegeindex von ePA-AC integrierten wir in unserem Instrument eine Abbildung des Pflegeaufwandes. Da im Akutspital der medizinisch-therapeutische Bedarf hoch sein kann, war es uns wichtig, diesen zu berücksichtigen und wir entschieden uns für eine Einstufung anhand des eigenständigen und delegierten Bereichs der Pflege.

Die Zuteilung zu den zwei Bereichen in je vier Stufen erfolgt anhand eines Rasters, das auf dem früheren Modell der Leistungserfassung der Berner Privatspitäler basiert. Die Rubrik kann optional genutzt werden, um die Planung, den Skill-Grademix und die Gesamtübersicht über die Abteilung zu erleichtern.

Erste Erfahrungen und Ausblick Im März 2018 führten wir in der gesamten Lindenhofgruppe die neue Anamnese ein. Die Einführung verlief problemlos, es tauchten kaum Fragen und

nur wenige technische Probleme auf. Rückmeldungen und Stichproben zeigen uns aber, dass das Instrument grösstenteils konsequent und adäquat angewendet wird. Die Pflegefachpersonen äussern, die Anamnese nun wieder regelmässig zum Einlesen zu nutzen. Nach der Anwendung eines vollstandardisierten Instrumentes während der letzten Jahre, müssen sich die Pflegefachpersonen wieder daran gewöhnen, auf Grund der klinischen Situation zu entscheiden, welche Inhalte der Anamnese für einen Patienten relevant sind. Im März 2018 hat die Solothurner Spitäler AG beschlossen, die Anamnese der Lindenhofgruppe einzuführen, was uns Anerkennung und Motivation zugleich ist. Es bietet uns die Chance, das Instrument gemeinsam zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Dass wir dabei spitalübergreifend zusammenarbeiten und Wissen sowie Ressourcen in der Fachentwicklung bündeln, scheint uns zukunftsweisend. Unsere Vision für die patientenzentrierte Anamneseerhebung geht weiter:

Patientinnen und Patienten füllen die Anamnese vor Spitaleintritt zu Hause elektronisch aus und vertiefen sie dann mit den Pflegenden im Gespräch.

Das Literaturverzeichnis ist in der digitalen Ausgabe (www.sbk-asi.ch/app) verfügbar oder erhältlich bei: sabin.zuercher@lindenhof.ch

Autorinnen

- Sabin Zürcher-Florin**, dipl. Pflegefachfrau, Master of Science in Pflege, Leiterin Fachentwicklung Pflege Lindenhofgruppe. sabin.zuercher@lindenhofgruppe.ch
- Anna-Katharina Moser**, dipl. Pflegefachfrau, Master of Science in Pflege, Pflegeexpertin Lindenhofgruppe. anna-katharina.moser@lindenhofgruppe.ch
- Sabine Bigler**, dipl. Pflegefachfrau, Master of Science in Pflege, Pflegeexpertin, Lindenhofgruppe. sabine.bigler@lindenhofgruppe.ch

Abbildung 2: Informationserfassung mittels Checkboxes, Dropdown-Listen, Links auf Instrumente und Freitext

Abbildung 3: Kopfzeile Austrittsmanagement

Abbildung 4: Darstellung des Pflegeaufwandes und der aktuellen Risikoeinschätzung