



Auf dem Weg zur «massgeschneiderten» Pflege



Martin Marfurt

Funktion:

Pflegeexperte, Innere Medizin, Spital Ziegler (30–40%) und Projektstätigkeiten in KIS und Pflegequalität zu 40%

An der Spital Netz Bern AG seit:

Herbst 1993

Welche Ausbildung würden Sie nachholen, wenn Sie könnten?

Als Grundausbildung Bäcker oder Zeichner; und im Bereich Pflege z.B. Anästhesiepfleger, Schmerzpsychologie...

Aus welchem Misserfolg haben Sie am meisten gelernt?

Spontan kommen mir meine schriftlichen Abschlussarbeiten in den Sinn, aus denen ich gelernt habe, dass ein Urteil immer stark vom Betrachter abhängig ist. Und dass z.B. Lernende sich immer in einem starken Abhängigkeitsverhältnis befinden.

Wann bereitet Ihnen die Berufstätigkeit «Bauchschmerzen»?

Wenn ich über eine längere Zeit beobachte, dass Mitarbeitende zwar vollen Einsatz leisten, aber den eigenen und/oder gegebenen Ansprüchen nicht gerecht werden. Zum Beispiel wenn ich sehe, dass ein Mitarbeiter zwar ausstempelt, aber danach weiterarbeitet – das macht mir «Bauchweh».

e-Pa-AC – was heisst das genau und was ist es?

Die Abkürzung steht für «ergebnisorientiertes Pflegeassessment». Grundsätzlich handelt es sich dabei um ein in Deutschland entwickeltes Instrument zur Beschreibung des Patienten-zustandes. Ein strukturierter Fragebogen zu bestimmten Themen hilft uns festzustellen, in welchen Bereichen der Patient sich in einer Abhängigkeit befindet und worin er selbstständig ist. Auf dieser Basis können wir die zu erbringende Pflege begründen; dies ist das eigentliche Ziel. Durch die regelmässige Anwendung ergibt sich eine gewisse Überprüfung bezüglich Wirkung der ergriffenen Pflegemassnahmen.

(Siehe auch Box rechts.)

Die Pflege wird dadurch quasi «massgeschneidert»?

Genau, es geht in diese Richtung. Wichtig sind v.a. auch die mit dem Instrument verbundenen hinterlegten Risikoscreenings: aufgrund der beantworteten Fragen erhalten wir vom System sehr rasch eine Rückmeldung zu den vier wichtigen Pflegeethemen Dekubitus, Sturz, Pneumonie und Austrittsplanung. So kann – falls nötig – auch schon frühzeitig eine passende Nachbetreuung für die Heimkehr organisiert werden.

Welches sind die wichtigsten Unterschiede zur heutigen Arbeitsweise?

e-Pa-AC (kurz ePa) lässt uns bei jedem Patienten das gleiche Raster anwenden. Es ist klar strukturiert und gibt uns die Möglichkeit, systematischer zu arbeiten. Es wurde auch wissenschaftlich entwickelt und überprüft und enthält im Hintergrund viel theoretisches Wissen. Die Systematik ermöglicht Vergleiche und Auswertungen.

Was ist Ihre Funktion bezüglich ePa?

Mein Ziel ist es, den «Bogen zu spannen» zu den Pflegeinhalten. Wenn uns das Assessment ein Risiko anzeigt, was passiert dann? Welche Massnahmen können wir Pflegenden ergreifen, um das Risiko zu minimieren, um den Patienten

zu schützen? Welches sind die Inhalte, die Prozesse in diesem Zusammenhang? Dem Herunterbrechen auf die hauseigenen Inhalte, Prozesse gilt mein Augenmerk.

Wo ist ePa schon in Betrieb?

Bereits seit einem guten Jahr ist das System in Aarberg in Betrieb (siehe auch NETZ 2|08), hier im Ziegler seit Dezember 2008, kombiniert mit dem Massnahmenkatalog LEP3. Bis im Sommer folgen gestaffelt alle weiteren Standorte.

Welche ersten Rückmeldungen gibt es?

Das Instrument ist praktikabel, das ist sehr wichtig. Die schnelle Risikoerkennung mittels eines einzigen Assessments wird begrüsst; aber natürlich gibt es auch Grundsatzdiskussionen über Sinn und Unsinn...

Was ist der Nutzen für die Patienten?

Konkreten Nutzen gibt es in Verknüpfung mit den Inhalten: Wenn ein Dekubitusgefährdeter eben schneller auf eine druckentlastende Unterlage gebettet wird, eine Pneumonie durch gute Mundpflege eher verhindert werden kann. Dieses Wissen muss noch einfließen, muss auch eingeübt werden. Gerade in solchen Dingen besteht für mich eben auch die Chance dieses KIS-Projekts (nebst der Papierreduktion): genau hinschauen bei bestehenden Abläufen, Inhalten, Massnahmen. Ist alles da, gibt es Überflüssiges oder fehlt etwas? Dieser Teil muss noch kommen, damit es wirklich zum Nutzen wird in der Pflegepraxis, für den Patienten.

Und für die Pflege?

Nebst der Systematisierung ist es eine Abbildung der Pflege: was ist sie, was bringt sie? Weiter kann man in die Verknüpfung mit den Inhalten auch aktuelles Wissen einbringen aus dem Beruf. Diese Auseinandersetzung bleibt sonst oft auf der Strecke. Es bringt uns eine strukturierte Information in der Pflegedokumentation, eine klare Sprache, gute Lesbarkeit; man denke an Fehlermeldungen in der Pflege bezüglich Medikamentenfehlern...



Und mit der Zeit werden die Erkenntnisse auch wieder auf hausinterne Konzepte, Standards einwirken, bestimmte Muster in Patientengruppen und die Wirkung von Massnahmen aufzeigen.

Wird der Arbeitsalltag einfacher für Sie?

In einem ersten Schritt bedeutet es einen höheren Aufwand, bis man sich damit auskennt, auch weil die etappenweise Einführung einen Medienbruch bewirkt. Die zeitliche Einsparung sehe ich dann aber schlussendlich darin, dass die Fragen definiert und die Antworten skaliert sind – ich muss also nicht alles jedes Mal notieren, sondern kann einfach ankreuzen bzw. Zahlenwerte setzen.

Geht die Empathie hinter einem Laptop «verloren»?

Ich hoffe nicht. Es wird einzelne Situationen geben, in denen Patienten irritiert sein werden, weil ein Teil der Aufmerksamkeit dem Laptop gilt. Aber ich sehe es weiterhin so, dass die Pflegenden Unterstützung geben wird beim Mobilisieren, bei der Körperpflege, bei der Gesprächsführung usw. und aufgrund der erbrachten Leistung den Patientenzustand «im stillen Kämmerlein» elektronisch erfasst. Das Laptop wird aber schon ans Patientenbett kommen, beispielsweise bei der Visite.

Hat ePa Einfluss auf den Skillmix eines Pflgeteams?

Die Erkenntnisse aus dem System kann man sicher als Basis nutzen für diese wichtige Grundsatzdiskussion: Welche Patienten haben wir, und welche Fähigkeiten brauchen wir für deren Behandlung?

Ist der PC in der Pflege schon so selbstverständlich wie die Blutabnahme?

Für mich ist es eindrücklich, bei Schulungen zu sehen, dass die jungen Pflegenden das Medium einfach beherrschen. Sie sind damit aufgewachsen. Aber der PC ist eine Herausforderung für ältere Mitarbeitende, die vielleicht teilweise auch den Eindruck hatten, sie kämen darum herum. Sie müssen sich zusätzlich zum eigent-

lichen Programm auch noch PC-Basiswissen aneignen – was auch für die Kursleiter eine Herausforderung ist.

Ist ePa = KIS?

KIS hat verschiedene Teilbereiche, einer davon ist die Pflege. Das Pflegeassessment ist eines der Instrumente, um unsere Pflegeleistung abzubilden.

Ist e-Pa auch ein Wundermittel gegen den Mangel an Pflegepersonal?

Ganz sicher nicht! Und ich hoffe auch nicht, dass es dann primär für die Einsatzplanung des Pflegepersonals genutzt wird. Es kann Hinweise geben, aber sicher nicht die bereits laufenden Diskussionen in den Pflgeteams ersetzen. Ich denke, der Vorteil ist mehr auf Patientenseite, mit dem schnellen Erkennen von Risiken, sogar durch Anfänger oder auch andere Berufsgruppen, welche die Risiken kennen müssen. Ich denke, so ein ePa kann eine FaGe ausfüllen, auch eine langjährige Pflegehilfe, weil man durch die Fragen geführt wird und dann die Rückmeldung zum Risiko erhält. Liegt dann ein entsprechender Massnahmenplan vor, erhöht sich auch die so wichtige Patientensicherheit.

...und die Pflege profitiert auch wieder, weil frühere Behandlung von Risiken nur Vorteile bringt...

Sicher – es ist motivierend, weil eine Qualitätsverbesserung dann auch belegt werden kann. Schlussendlich ist dies das Ziel unserer Arbeit, und wenn wir darin durch ePa unterstützt werden, sehen wir auch den Sinn darin – und müssen uns wiederum keine Sorgen mehr machen um die Akzeptanz des Instruments.

Was halten Sie persönlich von ePa?

Für mich ist es zurzeit das überzeugendste Instrument zur Abbildung der Pflegeleistung. Es ist im deutschen Sprachraum entwickelt worden und damit gut verständlich, es ist – wie ich auf meiner Abteilung sehe – praktikabel und es wird handlungsleitend. Auch der Kontakt zum Entwicklerteam war ein grosses Plus.

Klinikinformationssystem (KIS) und Pflegeleistung

Mit dem ergebnisorientierten Pflegeassessment ePa und dem LEP3-Massnahmenkatalog bilden wir die geplante und geleistete Pflege im KIS ab.

Ein standardisiertes Assessment als Ausgangspunkt für die Pflegeplanung und als Begründung der erbrachten Pflege – wie geht das?

Bei jedem stationären Patienten wird bei Ein- und Austritt eine ePa ausgefüllt. Weitere Einschätzungen werden im Intervall von 2–3 Tagen durchgeführt.

Eine ePa bildet 10 pflegerelevante Themen über 52 Items (Aussagen) ab. Die einzelnen Aussagen werden gewichtet (4 Stufen: vollständige Abhängigkeit bis Selbstständigkeit). Wenn eine ePa abgeschlossen ist, wird automatisch ein Risikoscreening durchgeführt, und Sie erhalten den Hinweis, ob aufgrund des aktuellen Patientenzustandes Risiken bestehen für Dekubitus, Pneumonie, Sturz oder Mangelernährung. Zudem erhalten Sie einen Hinweis zum Selbstpflegeindex (alt Casemanagementscore), welcher aufzeigt, ob ein Patient nach Spitalaustritt voraussichtlich Unterstützung durch die Spitex oder Angehörige benötigt – was dann auch frühzeitig geplant werden kann.

Die abgebildeten Risiken können mit Leitlinien und hausinternen Konzepten verknüpft werden.

Neben den bereits vorhandenen Möglichkeiten sind im ePa weitere Screenings geplant zu den Themen «palliative Situation» und «Flüssigkeitsdefizit».

Links:

Intranet: http://iwww.spitalbern.ch/kis/epa_ac.html

Internet: <http://www.epa-online.info/>