

Prozesse im klinischen Informationssystem weiterentwickeln und Pflegedokumentation optimieren

Weniger Administration – mehr Zeit für die Pflege

Pflegefachpersonen müssen zur Qualitätssicherung ihre Leistungen dokumentieren, so will es das Krankenversicherungsgesetz. Auch die Kontinuität in einem 24-Stunden-Betrieb verlangt nach lückenloser Dokumentation. Das Kantonsspital Aarau (KSA) hat dazu die Prozesse optimiert und die Pflegedokumentation verschlankt.

Text: Juliane Wenke-Zobler, Gabi Schmid, Antoinette Conca, Iren Bischofberger

Das Kantonsspital Aarau (KSA) stellte im Jahr 2010 die Pflegedokumentation von Papier auf ein elektronisches Klinikinformationssystem (KIS) um. Grundlegende Anforderungen an die Pflegedokumentation änderten sich dadurch nicht. So blieben klare, genaue und gut zugängliche Informationen auch weiterhin der Goldstandard (ANA, 2010). Vorteilhaft erhöhte sich durch das KIS die Informationsqualität aufgrund der besseren Lesbarkeit und ermöglichte dank Datenanalyse und -aufbereitung rasch verfügbare Kennzahlen (z. B. Sturzinzidenz). Gleichzeitig zeigten sich nach der Einführung Herausforderungen, die auch international bekannt sind (Lindsay & Lytle, 2021). So war die Dokumentation durch diverse Formulare oder Berichte nicht durchgängig. Auch konnten Inhalte wegen Lizenzbeschränkungen nicht direkt angepasst werden, sodass zum Beispiel Mehrfachdokumentationen über eine längere Zeit bestehen blieben. Ohne die nötige Steuerung durch KIS-Verantwortliche und definierte Anpassungsprozesse wurde die Pflegedokumentation unübersichtlich. Damit einher ging der subjektiv gefühlte erhöhte Aufwand für die Pflegedokumentation.

Pflegediagnosen und -ziele sollten individuell auf die Patientin bzw. den Patienten abgestimmt sein und auch mit ihnen besprochen werden.



Ziel und Vorgehen

Mehrere Projekte der letzten Jahre hatten zum Ziel, die Pflegedokumentation zu reduzieren und zu optimieren. Gestützt auf Aufträge der Pflegedirektion analysierte eine Projektgruppe aus Pflegeentwicklung, Pflege- und Fachexpert:innen, Stationsleitungen und KIS-Verantwortlichen die Situation. An mehreren Workshops diskutierten Mitarbeitende der Fachabteilung Pflegeentwicklung zusammen mit klinisch tätigen Pflegefachpersonen Anforderungen und Bedürfnisse. Eine Umfeldanalyse in mehreren Schweizer Spitälern bezog

Erfahrungen mit der Anamnese oder mit Screening- und Assessmentinstrumenten im KIS ein. Nachfolgend werden die entwickelten Dokumentationstools und Regeln beschrieben, die bei gleicher Qualität den Zeitaufwand merklich reduzierten.

Neue Pflegeanamnese und neues Assessmenttool

Die Pflegeanamnese und das Patient:innen-Assessment sind das Fundament der Pflege- und Austrittsplanung. Nach mehrjähriger Vorbereitung vereinfacht heute das PAAS (Pflegeanamnese und Assessment) die elektronische Pflegedokumentation. Es verhindert Doppelspurigkeiten, indem es eingetragene Pflegeinhalte automatisiert übernimmt und behandlungsrelevante Informationen bündelt, die nun in der Pflegedokumentation optimal sichtbar sind. Zudem wurden Einträge in den Pflegebedürftigkeits- und Austrittsberichten vereinfacht, denn Informationen werden nun automatisch aus der Pflegeanamnese, dem Austrittsmanagement, der Patient:innen-Kurve und der Pflegeplanung übernommen. Diese Vorteile und Zeitersparnis bestätigt eine diplomierte Pflegefachfrau und Berufsbildnerin. Sie betont, dass vor allem das Austrittsmanagement klar und übersichtlich ist, was wiederum die Schnittstelle zwischen Spital und Nachsorge verbessert.

Anpassungen in der Risikoerfassung

Das KSA hat sich im Zuge der Anpassungen der Dokumentation entschieden, die klinische Risikoeinschätzung aus dem Lindenhofspital zu übernehmen (Zürcher et al., 2018). Der Aufwand für die Erfassung und Dokumentation der klinischen Risikoeinschätzung zu Sturz, Dekubitus und Pneumonie konnte so reduziert werden. Eine Datenanalyse dieser Kennzahlen im Projekt «nutzerorientierte Kennzahlen» ergab, dass die Einschätzungen während des Aufenthalts und zwischen den Fachbereichen kaum variieren. Daher wird das Risiko statt bisher täglich neu nur noch bei der klinischen Ersterfassung oder bei einer Zustandsveränderung (z. B. nach einer Operation) standardisiert eingeschätzt. Zudem wird aktuell eruiert, wie präzise beispielsweise die kli-

HINTERGRUND

Warum Datenaustausch

Pflegende erfassen täglich viele Daten in ihrer klinischen Praxis, jedoch oft unstrukturiert, also für den Computer nicht lesbar. Für den nahtlosen Datenaustausch (z.B. fürs EPD) müssen diese jedoch interoperabel sein. Salopp gesagt: Die Daten müssen in einer Sprache erfasst werden, welche die Computer untereinander austauschen können. In der Schweiz wird die medizinische Klassifikation SNOMED CT dazu verwendet. Darin ist seit 2020 internationale Pflegeklassifikation ICNP integriert und wird nun in die verschiedenen Sprachen übersetzt. Der SBK hat bis Mitte 2023 an der deutschen Übersetzung aktiv mitgewirkt, die mit dem nächsten Release auch in der Schweiz verfügbar sein wird.

nische Einschätzung des Pneumonie-risikos eine Pneumonie vorhersagen kann und wie die Erkenntnisse für die Praxis umgesetzt werden können.

Pflegediagnosen im Blick

Pflegediagnosen und -ziele sollten individuell auf die Patientin bzw. den Patienten abgestimmt sein und auch mit ihr, resp. ihm besprochen werden – ein Prozess, der am KSA in Bezug auf die Personenzentrierung im Gange ist. Pflegediagnosen werden allerdings nur noch dann erstellt, wenn sie voraussichtlich einen klaren klinischen Nutzen in komplexen Situationen haben. Personenzentriertheit steht hier vor Standardisierung. Findet sich kein pas-

Autorinnen

Juliane Wenke-Zobler MScN, klinische Pflegewissenschaftlerin, Kantonsspital Aarau, juliane.wenke@ksa.ch

Iren Bischofberger PD Dr., klinische Pflegewissenschaftlerin, Kantonsspital Aarau

Gabi Schmid MAS FH, Fachexpertin Geriatric Care, Kantonsspital Aarau

Antoinette Conca MNS, cand. PhD und bereichsführende Pflegeexpertin, Kantonsspital Aarau

sender Titel für die vorgegebene Pflege-diagnose (nach NANDA-Katalog), kann ein Freitext via Pflegeziele formuliert werden. Die Besprechung und Evaluation dieser Ziele soll direkt am Patient:innen-Board im Zimmer ohne zusätzliche Dokumentation im KIS erfolgen. Damit sind die Pflegeziele für Patient:innen und allenfalls auch Angehörige sowie das gesamte Behandlungsteam transparent. Auch die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team soll dadurch gefördert werden.

Effizienter Pflegeverlaufsbericht

Pflegefachpersonen sollen aufgrund ihrer klinischen Einschätzung bestimmen können, wie ausführlich sie gewisse alltägliche Beobachtungen im Pflegeverlaufsbericht dokumentieren. Dabei fokussieren sie auf Abweichungen von der Norm im pflegerischen Verlaufsbericht. Zwei Beispiele dazu: Die neue



Ich finde es wichtig, dass wir unseren Fokus wieder vermehrt auf unsere Pflegekompetenz legen und selbst abschätzen, was wir dokumentieren.

Pflegefachfrau KSA



Richtlinie «Runden in der Nacht» besagt, dass das Schlafverhalten nur dann dokumentiert wird, wenn es von der erwarteten Situation abweicht. Hat die



Je besser die Qualität der Daten ist, die Pflegenden zur Verfügung steht, und je kürzer die Dokumentationszeit, desto mehr Zeit bleibt ihnen für die Pflege.

Patientin geschlafen, wird dies nicht dokumentiert, da dies der erwarteten Situation entspricht. Die Fachexpert:innen stehen den Pflegefachpersonen auf den Stationen bei dieser Umstellung hin zu einer prägnanten Dokumentation unterstützend zur Seite. Die Veränderung von Gewohnheiten erfordert Zeit und kontinuierliche Anregungen.

Standardisierte Pflegedokumentation

Aktuell gehen wir dem Wunsch von Pflegefachpersonen nach, den Dokumentationsaufwand bei Routineinterventionen im Pflegeprozess weiter zu reduzieren. Dies lässt sich anhand von «Variablenpaketen» zusammenfassen. Diese Pakete beinhalten Pflegemaßnahmen, die standardisiert täglich anfallen, aber keine relevante pflegerische Planung benötigen. Dies ist zum Beispiel «die Pflegevisite durchführen» oder «das Bett zurecht machen». Deshalb können diese Massnahmenpakete im KIS gebündelt in einer Zeile dargestellt werden. Das fördert die übersichtlichere Darstellung, verbessert die Orientierung am Bildschirm und verkürzt die Dokumentationszeit durch weniger Klicks.

Fazit

Anpassungen in der elektronischen Pflegedokumentation sind ein komplexes und oft mehrjähriges Unterfangen und als kontinuierlicher Verbesserungsprozess zu verstehen. Perspektiven und Bedürfnisse verschiedenster Personen in einer Organisation sind zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere klinisch tätige Pflegefachpersonen, damit ihre Erfahrungen und die Machbarkeit im Pflegealltag berücksichtigt sind. Zudem sind KIS-Verantwortliche eine wichtige Schaltstelle zwischen KIS-Nutzenden und IT-Entwickler. Wenn sich durch diese orchestrierten Anstrengungen der Dokumentationsaufwand reduzieren lässt, fördert dies «patient care not paper care» (Paterson et al., 2021).

Ausblick

Auch zukünftig wird sich die Pflegedokumentation am KSA weiterentwickeln. Entwicklungspotenziale sind eine verbesserte Visualisierung der wesentlichen Datenelemente, die Begrenzung von Datenzeilen, die Nutzung von Spracherkennung und die Integration mobiler Technologien (Lindsay & Lytle, 2022). Damit soll die Effizienz im Pflegealltag weiter gesteigert werden und letztlich mehr Zeit für die Betreuung der Patientinnen und Patienten ermöglichen.

Dokumentation/Organisation anders spezifiziert	
Eine Intervention im Zusammenhang mit der fallbezogenen Dokumentation und Organisation, die nicht Inhalt von LEPmatrix ist.	
Katalog: LMPFL / Version: 3.3.1 / SID: 1.16.3.1	
Dauer der Intervention:	46 Min
Anzahl Pflegepersonen, die für die Durchführung geplant sind:	1
Bemerkung	Pflege Routineprozesse (beinhaltet folgende Interventionen): <ul style="list-style-type: none"> - Bett zurechtmachen (3min) - Patientendokumentation führen (5min) - Multidisziplinäre Behandlung koordinieren (3min) - Visite mit Ärztin/Behandlungsteam durchführen (15min) - Fall mit Ärztin/Behandlungsteam besprechen (Kardex Visite) (5min) - Pflegevisite durchführen (2PPx5min) - Gespräch zum Pflege-/Behandlungsprozess durchführen (5min)

Abbildung 1 Ein Auszug aus dem KIS-Variablenpaket Dokumentation



Das vollständige Literaturverzeichnis ist erhältlich bei der Redaktion oder bei juliane.wenke@ksa.ch