

Der PACD am Kantonsspital Aarau

Bei Eintritt den Austritt bereits im Blick

Die Erfassung und Bewertung des «biopsychosozialen Risikos» ermöglicht es, bereits frühzeitig erkennen und entscheiden zu können, ob ein Patient nach einem stationären Aufenthalt auf Unterstützung in einer post-akuten Institution zu Hause angewiesen sein wird. Das Kantonsspital Aarau setzt dafür das Einschätzungsinstrument «Post-acute-care-discharge» (PACD) ein.

Text: Antoinette Conca et al. / **Fotos:** Kantonsspital Aarau

Die Zunahme von betagten, multi-morbiden und komplexen Patientenprofilen, die erhöhte Anforderungen an Behandlungs- und Prozessabläufen erfordern ein gut funktionierendes System vom Eintritt bis zum Austritt des Patienten. In der medizinischen Klinik des Kantonsspitals Aarau (KSA) wird hierfür mit einem innovativen, multidisziplinären und Abteilungs- und Spitalgrenzen überwindenden Ansatz gearbeitet. Mit Hilfe des genannten Instruments «Post-acute-care-discharge score» (PACD)

kann für jeden Patienten unter Berücksichtigung seines Alters bereits im Interdisziplinären Notfallzentrum (INZ) durch Erfassung seines Selbstständigkeitsgrades, seiner pflegerischen und sozialen Voraussetzungen vor Spitaleintritt sowie durch eine Beurteilung der Komplexität seines medizinischen Zustandes ein so genanntes «biopsychosoziales Risiko» erfasst werden.

Ein solches gibt Aufschluss darüber, ob nach einem Spitalaufenthalt eines Patienten wahrscheinlich Bedarf für eine Verlegung in eine postakute Institution besteht oder Hilfe zu Hause ausgebaut oder neu organisiert werden muss. Die Vorteile liegen auf der Hand: Bei Patienten mit hohem biopsychosozialen Risiko (PACD Wert ≥ 8) kann frühzeitig und in enger Absprache von Arzt, Pflege, Sozialdienst, Patient und Angehörigen unverzüglich eine Anschlusslösung für die Zeit nach Entlassung aus dem KSA vorbereitet werden. Dies verhindert unnötige Wartezeiten im Spital nach Erreichen der medizinischen Stabilität und Stress kurz vor dem Spitalaustritt. Ebenso wird das Risiko für Komplikationen reduziert, die abhängig von einer längeren Aufenthaltsdauer im Spital entstehen können, wie z.B. Infektionen mit multiresistenten Keimen sowie Sturz oder Delir in ungewohnter Umgebung.

Weitere Patientengruppen

Der PACD wurde von der Ärztin M. Louis Simonet und ihrem Team 2008 im Universitätsspital Genf auf der medizini-

schon Klinik entwickelt und an mehreren Hundert Patienten überprüft. Wir haben ihn erstmalig in der Deutschschweiz an die lokalen Bedürfnisse angepasst. Er wurde als Einschätzungsinstrument im KSA 2009/10 an Patienten mit Atemwegsinfekten eingesetzt. 2010/11 wurde die Risikoerfassung mit Hilfe des PACD auf andere Patientengruppen (Herzinsuffizienz, Sturz, Synkope, Harnwegsinfekt) erweitert (Ergebnisse siehe Box).

Bereits ausserordentlich frühzeitig und schweizweit einmalig schon durch das Notfallteam und systematisch auf Patienten mit Nachakutpflegebedarf aufmerksam zu machen, erscheint anfänglich ungewohnt, unterscheidet sich aber nicht grundsätzlich von beispielsweise einer Reaktion auf abnorme Laborwerte. Durch den Einbezug des PACD gelingt es, rasch ein post-akutes Pflege- oder Betreuungsdefizit zu erkennen, strukturiert und schnell Prioritäten zu setzen und die Situation gemeinsam im Pflege- und Ärzteteam gezielt zu analysieren. Durch eine verbesserte Effizienz und erhöhtes Problembewusstsein steigt die Qualität der Austrittsplanung.

Fallbeispiel: Frau B.

Die 81-jährige Frau B. hat Atemnot, Schmerzen beim Atmen, Fieber und fühlt sich sehr schwach. Als sich ihr Zustand verschlimmert, wird sie mit der Ambulanz abends ins Interdisziplinäre Notfallzentrum des KSA gebracht. Die Verdachtsdiagnose Pneumonie bestätigt

Die AutorInnen

Antoinette Conca, MNS, wissenschaftliche Mitarbeiterin Fachabteilung Pflegeentwicklung, **Katharina Regez**, Höfa I, Study nurse, **Ursula Schild**, Höfa I, Study nurse, **Barbara Reutlinger**, MNS, Leiterin Pflege/MTTD, Mitglied der Geschäftsleitung, Dr. **Petra Schäfer**, RN, Leiterin Fachabteilung Pflegeentwicklung, **Ruth Schweingruber**, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Assistentin Leiterin Pflege/MTTD, **Petra Tobias**, Bereichsleiterin Pflege INZ, Dr. med. **Ulrich Bürgi**, Chefarzt und Bereichsleiter INZ, **Susanne Schirlo**, Bereichsleiterin Pflege Medizin, Prof. Dr. med. **Beat Müller**, Chefarzt und Bereichsleiter Medizin, Mitglied der Geschäftsleitung und Dr. med. **Werner Christian Albrich**, Oberarzt Infektiologie für das OPTIMA Team Kantonsspital Aarau.
Kontakt: antoinette.conca@ksa.ch



Auf der Chefvizite besprechen die Ärzte und die Ärztin gemeinsam mit den Pflegefachpersonen das Austrittsprozedere.

sich. Die Ärzte informieren Frau B., dass sie zur Stabilisierung ihres Zustandes und der Verabreichung von intravenösen Antibiotika auf der medizinischen Klinik bleiben muss. Die Pflegefachfrau informiert sich bei Frau B. bereits im INZ, ob sie in den beiden Wochen vor Spitaleintritt für Aktivitäten des täglichen Lebens Hilfe in Anspruch nehmen musste und ob sie mit jemandem im gleichen Haushalt wohnt, auf dessen Hilfe sie zählen kann. Die ärztliche Einschätzung der aktuell medizinischen Probleme, die Höhe des Lebensalters, der Grad der Hilfsbedürftigkeit und die Frage, ob zu Hause Hilfe gesichert ist oder nicht, bestimmen den Wert des errechneten Risikoscores im elektronischen Dokumentationssystem.

Frau B. wohnt alleine, konnte bereits vor Spitaleintritt nicht mehr ohne Begleitung mit öffentlichen oder privaten Transportmitteln reisen und braucht Unterstützung im Haushalt. Bereits bei der Verlegung auf die Station ist klar, dass hier ein erhöhtes Risiko für eine pflegerische Nachversorgung besteht. Für eine genaue Analyse der Situation sind die wichtigsten Hinweise bereits gesammelt worden. Beim pflegerischen Assessment wird jetzt

mit Hilfe des Erfassungsinstrumentes ePA-AC und der Anamnese der Zustand differenziert erhoben. Der Selbstpflegeindex (SPI), ein Wert aus dem ePA-AC, gibt Auskunft darüber, ob und in welchem Mass für die Aktivitäten des täglichen Lebens Hilfe beansprucht wird.

Angehörige einbezogen

Der SPI wird in den ersten drei Tagen und danach regelmässig alle drei Tage wiederholt, um den Verlauf beurteilen zu können. Mit den Angehörigen und im multidisziplinären Team werden mögliche Varianten diskutiert, wie und wo sich Frau B. nach der medizinischen Stabilisierung weiter erholen könnte, damit sie schnell wieder auf die Beine kommt und in ihre Wohnung zurückkehren kann. Das Behandlungs- und Betreuungsteam schätzt den Bedarf an post-akuter pflegerisch/rehabilitativer Nachversorgung aufgrund der Entwicklung der ersten Tage, der Einschränkungen der funktionalen Fähigkeiten, der pulmonalen Infektsituation, der übrigen medizinischen Probleme und des Allgemeinzustandes ein. Mit dem Sozialdienst werden verschiedene Möglichkeiten wie pulmonale Rehabilitation, Kur

Ergebnisse der Pflegeforschung

Hohe Trefferquote

Die Trefferquote bei der Einschätzung am 1. Tag ist im KSA erstaunlich hoch (höher als am 3. Tag). Bei 82% der Patienten mit Atemwegsinfekten, die nach dem Spitalaufenthalt in eine post-akute Institution verlegt wurden, wurde dies bereits bei der Erfassung auf der Notfallstation erkannt; bei der erweiterten Patientengruppe in der Zwischenauswertung sogar bei 86%. Die Richtig-Negativ-Rate betrug bei Atemwegsinfektpatienten 55% und bei der erweiterten Patientengruppe 69%. Der PACD besitzt damit grosses Potenzial als Screening-Instrument im Rahmen eines evidenzbasiertes Entlassungsmanagements.



Ärztin und Pflegefachmann nehmen am Eintrittstag eine erste Beurteilung vor.



Petra Schäfer-Keller (stehend), Beat Müller und Jessica

PACD am 1. Tag: Zeitaufwand rund 10 Minuten

Erfassung und Berechnung PACD (Post-acute care discharge score) bei Eintritt (innerhalb der ersten 24 Stunden)

Anzahl aktiver medizinischer Probleme, die Intervention nötig machen (gem. Auskunft Arzt)

Leben Sie mit jemandem im gleichen Haushalt, der Ihnen zu Hause helfen kann?
 ja = 0 Punkte nein = 4 Punkte

zu Hause selbständig in allen Belangen (= 0 Punkte)
 (wenn «zu Hause selbständig», können Sie die folgenden Fragen zu ADL/IADL weglassen)

Anzahl der Einschränkungen bei den ADL und IADL (pro Einschränkung + 1 Punkt)

<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> Transfer Bett/Stuhl	<input type="checkbox"/> Kochen
<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> Ortswechsel (Auto/Tram)	<input checked="" type="checkbox"/> Hausarbeit
<input type="checkbox"/> Ausscheidung	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Einkaufen	<input checked="" type="checkbox"/> Medikamente

Alter: 87 (Punkte) >=100 (+5) >=90 (+4) >=80 (+3) >=70 (+2) >=60 (+1)

PACD

Gesamttotal Punkte:

oder Übergangspflege diskutiert. Der Sozialdienst stellt Frau B. und ihren Angehörigen Unterlagen zu den Angeboten und Bedingungen zusammen. Mit der richtigen Behandlung sinkt das Fieber schnell, die intravenöse Antibiotikatherapie kann bald auf Tabletten umgestellt werden. Frau B. fühlt sich schon besser, aber noch immer sehr schwach. Bereits das Zähneputzen erschöpft sie, was bis vor kurzem noch kein Problem war. Medizinisch wird sie relativ rasch als stabil eingeschätzt. Bevor sich Frau B. jedoch wieder sicher und eigenständig zu Hause selber versorgen kann, braucht sie aber noch Ruhe, Entlastung und ein Aufbautraining. Dank der frühen Organisation einer Anschlusslösung kann sie nun, da sie die akutmedizinische Versorgung nicht mehr braucht, zeitnah mit dem Alltagstraining beginnen und in die Übergangspflege übertreten.

Heimeinweisung verhindern

Wie wichtig eine frühzeitige Austritts- und Zielplanung sein kann, zeigt sich insbesondere bei Menschen im höheren Lebensalter. Sie laufen bei einer längeren Hospitalisation erwiesenermassen neben dem Infektrisiko Gefahr, funktionale Fähigkeiten sowie die Unabhängigkeit in den Aktivitäten ihres täglichen Lebens zu verlieren. Erstaunliche fünfzig Prozent aller Einschränkungen bei älteren Menschen entstehen während einer Hospitalisation, und über fünfzig Prozent der

PACD am 3. Tag: Zeitaufwand 2 Minuten

Anzahl aktiver medizinischer Probleme, die eine Intervention nötig machen (bei Eintritt) =

Leben Sie mit jemandem im gleichen Haushalt, der Ihnen zu Hause helfen kann?
 ja nein

Hatten Sie unmittelbar vor der Hospitalisation Hilfe nötig, um Ihre Medikamente richten und einnehmen zu können?
 ja nein

Selbstständigkeit beim Baden oder Duschen aktuell?
 unselbstständig selbstständig

Selbstständigkeit beim Transfer vom Bett zum Stuhl aktuell?
 unselbstständig selbstständig



Meier in einer Fallbesprechung.



Beim pflegerischen Assessment mit PACD am dritten Tag.

über 85-Jährigen verlassen das Spital mit einer zusätzlichen Einschränkung. Noch ein Jahr danach hat sich die Hälfte der ehemaligen Patienten nicht wieder auf das Ausgangsniveau erholt, mit gravierenden Folgen wie Tod oder Pflegeheimweisung. Wenn der Schweregrad der medizinischen Erkrankung und die Versorgungssituation zu Hause dies zulassen, ist die Behandlung und Betreuung zu Hause deshalb eindeutig vorzuziehen. Zu Beginn einer Akutversorgung im Spital stehen die Bereiche medizinische Diagnostik und Therapie sicher im Vordergrund, die Prioritäten der Patienten nach

einsetzender Besserung des Gesundheitszustands verschieben sich dann aber häufig auf zukünftige Alltagsbewältigung. Der Bedarf verändert sich hin zu einer intensivierten Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, wobei körperliche, psychologische und soziale Aspekte eine grosse Rolle spielen. Auch das Bedürfnis nach Anleitung und auf den Austritt vorbereitende Gespräche sind in der Nachakutphase vermutlich deutlich grösser als während der Akutphase. Dies sind Aufgabenbereiche, die zu einem grossen Teil in den Zuständigkeitsbereich der Pflege fallen.

Immer am richtigen Ort

Das Ziel der medizinischen und pflegerischen Einschätzung der Gesamtsituation muss immer sein, den Patienten zeitgerecht und sicher an dem für ihn richtigen Ort zu betreuen, das heisst wenn möglich zu Hause in seiner vertrauten Umgebung. Im KSA wird mit der bevorstehenden Implementierung eines Triage-Instrumentes zur Gesamtprozessoptimierung diesem Ziel zukünftig noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt.

Eine treffsichere Ersteinschätzung der Situation, gute multidisziplinäre Zusammenarbeit und die Kommunikation über die Berufs-, Abteilungs- und Institutionsgrenzen (Spital – post-akute Versorger¹) hinaus sind dabei absolut zentral. ■

¹ Rehabilitationen, Kurhäuser, Spitex-Organisationen, Langzeitinstitutionen, etc.

Literatur

Albrich, W. C., Ruegger, K., Dusemund, F., Bossart, R., Regez, K., Schild, U., Conca, A., Schuetz, P., Sigrist, T., Huber, A., Reutlinger, B., & Müller, B. Optimised patient transfer using an innovative multidisciplinary assessment in Kanton Aargau (OPTIMA I): an observational survey in lower respiratory tract infections. *Swiss Med Wkly*, 141, 2011, w13237.

Conca, A., Bossart, R., Regez, K., Schild, U., Wallimann, G., Schweingruber, R., Hantikainen, V., Tobias, P., Albrich, W. C., Ruegger, K. et al. OPTIMA – Optimierter Patienten-Transfer durch innovatives multidisziplinäres Assessment – Projektbeschreibung der Phase I. *PrInterNet – Zeitschrift für Pflegewissenschaft* 2012: 291–298.

Covinsky, K. E., Pierluissi, E., & Johnston, C. B. Hospitalization-associated disability: «She was probably able to ambulate, but I'm not sure». *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 306(16), 2011: 1782–1793.

Grosse Schlarmann, J. Der CMS® im ePA®. Verschiedene Qualitätsdimensionen eines Instruments. Eine empirische Analyse. *Master of Science in Nursing Der CMS® im ePA®, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten/Herdecke*, 2007.

Louis Simonet, M., Kossovsky, M. P., Chopard, P., Sigaud, P., Perneger, T. V., & Gaspoz, J. M.. A predictive score to identify hospitalized patients' risk of discharge to a post-acute care facility. *BMC Health Serv Res*, 8, 2008, 154.

Eine ausführliche Literaturliste kann bei der Erstautorin bezogen werden.

Weitere Informationen

Die Erkenntnisse zum PACD wurden an in- und ausländischen Tagungen vorgestellt, die Powerpointpräsentationen mit weiteren Informationen zum multiprofessionellen Projekt «Optimierter Patiententransfer im Kanton Aargau» (OPTIMA): sind frei zugänglich unter:

www.schp.ch/data/documents/Praesentationen/einzelne%20PDFs/C2%20Conca.pdf

www.dbfk.de/VeranstaltungenBV/PraesentationenKonstanz2011/17.45-18.10-Conca-2011-09-19.pdf

Die AutorInnen sind sehr interessiert an einem fachlichen Austausch. Gerne informieren sie Sie auch auf Voranmeldung persönlich über das OPTIMA-Projekt.