

# **Die Einführung einer interprofessionellen Anamnese und deren Einfluss auf die interprofessionelle Zusammenarbeit.**

**Ein Praxisprojekt Berufsgruppen: Pflege, Therapie, Sozialberatung und ärztlicher Bereich in einem mittelgrossen Akutspital in der Schweiz.**

vorgelegt von: Kathrin Hillewerth  
Langmauerstrasse 75, 8006 Zürich

## Inhalt

<b>1. AUSGANGSLAGE .....</b>	<b>3</b>
1.1 HINTERGRUND.....	3
1.2 PROJEKT .....	5
<b>2. BEGLEITFORSCHUNG.....</b>	<b>6</b>
<b>3. MEHRWERT DES PROJEKTES.....</b>	<b>7</b>
<b>4. ERSTE ERFAHRUNGEN UND KRITISCHE ERFOLGSFAKTOREN .....</b>	<b>8</b>
<b>5. QUELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>9</b>
<b>6. QUELLENVERZEICHNIS ZU ABBILDUNGEN UND TABELLEN .....</b>	<b>10</b>
<b>7. ANHANG 1.....</b>	<b>11</b>

## 1. Ausgangslage

Bei Eintritt in ein Spital wird in der Regel ein Anamnesegespräch zur Informationserhebung mit den Patientinnen und Patienten und ggf. mit deren Angehörigen geführt. Zusätzlich werden, je nach Situation, verschiedene Assessments erhoben. Ursprünglich war die Anamneseerhebung ein rein ärztliches Instrument zur medizinischen Diagnostik der Erkrankung. Seit einigen Jahren erheben auch Pflegende und andere Berufsgruppen eine spezifische Anamnese ihres Arbeitsbereiches. Diese Angaben und Ergebnisse dienen dazu, den Aufenthalt von Eintritt bis Austritt, vorausschauend und gezielt auf die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten, hin zu planen und Diagnosen und Therapien zu formulieren, die den Behandlungsprozess steuern (Alfaro-LeFavre, 2013; Füessl & Middeke, 2010; Weber & Kelley, 2007). Fachpersonen im Akutspital, wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Physio-, und Ergotherapeutinnen/-therapeuten, führen in der Regel das Anamnesegespräch mit den Patientinnen und Patienten mittels professionseigenen, vordefinierten Instrumenten. Obwohl eigentlich ein gemeinsames Behandlungsziel besteht, nämlich die bestmögliche Behandlung des individuellen Patienten, führt heute diese Professionstrennung zu Doppelbefragungen und defizitärem Wissen über schon erhobene oder komplementäre Daten, welche von der Eintrittsphase über den Aufenthalt im Spital und der Austrittsplanung von grosser Bedeutung sein können (Klapper, Lecher, Schaeffer, & Koch, 2001). Das Phänomen des „nicht Bescheid wissen“ über Anamnesedaten der jeweils anderen Professionen wurde in einer aktuellen Forschung in den USA und anderer Literatur beschrieben. Eine Absprache, welche Informationen von welcher Profession erhoben werden und welche Informationen übernommen werden, gibt es meist nicht. In der Regel werden die erhobenen Daten der einzelnen Berufsgruppen voneinander getrennt archiviert und nicht zu einer Gesamtanamnese zusammengeführt, um ein umfassendes Bild über die gesammelten Daten und der individuellen Situation der Patientinnen und Patienten zu erhalten.

### 1.1 Hintergrund

Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) ist ein zentrales Thema, wenn von der Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen die Rede ist. Der Alltag im Spital ist ohne IPZ nicht denkbar, denn die Prozesse laufen Hand in Hand und beinhalten unzählige Schnittstellen. So definiert das Bundesamt für Gesundheit die Interprofessionalität als eine Situation in der Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen und Professionen koordiniert und eng aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten. Mangelnde Transparenz in der Kommunikation, fehlende gemeinsame mündliche und schriftliche Austauschgefässe, unkoordinierte, unterschiedliche und inkomplette Informationen können zu Fehlern im Behandlungsprozess und zu Frustration des Behandlungsteams führen.

Die nationale Patientensicherheitskonferenz beschreibt als Ziel eine Verbesserung der Kommunikation, respektive die strukturierte Übergabe von Informationen innerhalb und zwischen den Professionen (Schwappach & Conen, 2012).

Interprofessionelle Anamneseinstrumente sind für die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Qualität insbesondere bei chronisch kranken Menschen von grosser Bedeutung, um die Betreuung bewusst gemeinsam zu gestalten. Der Gewinn für Patientinnen und Patienten und ggf. ihre Angehörigen liegt darin, dass sie nicht doppelt zum gleichen Thema befragt werden, das Betreuungsteam gut über anamnestische Angaben informiert ist und dies zu einer gezielten Betreuungs- und Austrittsplanung führt (Atwal & Caldwell, 2002). Grundsätzlich soll der Einsatz von interprofessionellen Anamneseinstrumenten ein effizientes und effektives Arbeiten ermöglichen und die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern.

Nach einer Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed und Cinahl zeigt sich, dass das Thema IPZ insbesondere zwischen den Berufsgruppen der Pflege und des ärztlichen Bereiches erforscht wird. Zentrale Aspekte sind dabei die direkte Kommunikation, gegenseitige Haltungen und Wissen zum Berufsprofil, gemeinsame Zielsetzungen und Fachsprache sowie die Art der Dokumentation, welche Einfluss auf die IPZ haben (Atwal & Caldwell, 2002; Caldwell & Atwal, 2003). Allerdings liegen diese Forschungsarbeiten schon 15 Jahre zurück. Neuere Forschungsarbeiten beschäftigen sich mit den elektronischen Klinikinformationssystemen (KIS) und die Beeinflussung derselben in Bezug auf die interprofessionelle Kommunikation. Die Ergebnisse beschreiben, dass diese sowohl fördernd, aber auch ver hindernd wirken können, je nachdem, wie sie entwickelt wurden und den Alltagsprozess unterstützen (Bardach et al., 2017). Eine Literaturanalyse, welche sich mit der interprofessionellen Kommunikation zwischen pflegerischen und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen beschäftigt, zeigt bekannte Problematiken, wie die sprachliche Entfremdung durch getrennt entwickelten Fachjargon und klinische Konflikte aufgrund unterschiedlicher Sichtweisen der Professionen zum klinischen Alltag (Rosenthal-Schleicher & Meissner, 2017). Als Fazit der Forschungen wird das Entwickeln einer gemeinsamen Philosophie im interprofessionellen Team genannt, welche als Richtlinie für den Praxisalltag genutzt wird und so auch das Verständnis für die Grundwerte der Professionen gegenseitig fördert (Atwal & Caldwell, 2002; Caldwell & Atwal, 2003; Schärli et al., 2017). Es fehlen bisher Forschungsergebnisse im Zusammenhang zu gezielt interprofessionell entwickelten und gemeinsam genutzten Anamneseinstrumenten im KIS und deren Auswirkung auf die IPZ.

Das vorliegende Forschungsprojekt soll dabei helfen, Erkenntnisse zu generieren, inwiefern die Einführung einer interprofessionell entwickelten und genutzten Anamnese (IPA) zur Entwicklung der IPZ, einer gemeinsamen Haltung und des Wissens über das jeweils andere Berufsprofil beiträgt und so auch die Betreuungsqualität verbessert.

## **1.2 Projekt**

Einführung einer interprofessionellen Anamnese im Klinikinformationssystem am Spital Zollikerberg (Zürich).

Das Spital Zollikerberg ist ein Privatspital mit öffentlichem Leistungsauftrag und 200 Betten im Raum Zürich. Jährlich werden rund 10'000 stationäre und 35'000 ambulante Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen betreuet.

Das Spital wird seit 2010 organisatorisch bereits interprofessionell geführt: pflegerische und ärztliche Professionen führen ihre Kliniken auf Augenhöhe als Co-Klinikleitungen. Damit sollen strategisch die Interprofessionalität im Betrieb unterstützt und Prozesse im Sinne der Patientenzufriedenheit und Sicherheit gefördert werden.

Als erster Implementierungsschritt der IPA, wurde im April 2018 im KIS ein gemeinsames Tool für Pflegefachpersonen und ÄrztInnen eingeführt. In diesem dokumentieren beide Berufsgruppen auf der gleichen Plattform und unter den gleichen Kategorien und Untertiteln. Hierdurch und durch ein gegenseitiges Leserecht nehmen beide Berufsgruppen die erhobenen Informationen der jeweils anderen wahr. Die Benutzung dieser gemeinsamen Plattform wurde auf weitere therapeutischen Berufsgruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung) und die Mitarbeiter der Abteilung Sozialberatung erweitert (nur Leserecht).

In einem zweiten Schritt, soll ab November 2018 eine kombinierte Anästhesie- und Pflege-sprechstunde eingeführt werden, welche es ermöglicht anamnestische Daten schon vor dem Spitaleintritt in das Tool der IPA zu dokumentieren. Als dritter Schritt ist ab Frühling 2019 geplant, dass auch die therapeutischen Berufe und die Mitarbeiter der Sozialberatung in definierten Bereichen des Tools Eintragungen machen können.

Vor der Einführung des IPA-Tools war das gegenseitige Wissen der Professionen über die jeweils erhobenen Inhalte der Anamnese einseitig oder schlicht nicht gegeben. Die gegenseitigen Schwerpunkte und Fähigkeiten in der Anamneseerhebung waren Pflegefachpersonen und ÄrztInnen nicht klar.

Bei einer internen Befragung (2016) von vier Pflegefachpersonen und vier ÄrztInnen wurde

festgestellt, dass Letztere gar nicht wussten, wo die Anamnesedaten der Pflegefachpersonen im KIS zu finden waren. Sie versicherten aber, dass die Pflegefachpersonen zur Sozialanamnese grössere Kenntnisse hätten als sie selber. Die Pflegefachpersonen hingegen nutzten teilweise die Einträge des ärztlichen Bereiches und kopierten diese in ihre Anamneseregister, besonders in den Bereichen „Jetziges Leiden“ und „Systemanamnese“. Die therapeutischen Berufe nutzten die bestehenden anamnestischen Daten der ärztlichen und pflegerischen Anamnese selten, da es aufwändig war diese einzeln aufzurufen. Auch die Mitarbeiter der Sozialberatung bestätigten, dass es sehr kompliziert gewesen sei die Daten an verschiedenen Orten zusammen zu suchen, obwohl die Inhalte für ihre Arbeit sehr relevant wären.

Das gemeinsame Tool, welches es dem ärztlichen Bereich und den Pflegefachpersonen ermöglicht, in der gleichen Ansicht ihre erhobenen Daten aus dem Anamnesegespräch zu dokumentieren, wurde in einer Projektgruppe definiert, in der alle Chef-Ärzte und Pflegeexpertinnen der Klinik Medizin, Chirurgie, Frauenklinik und Anästhesie mitarbeiten. . Kategorien und Untertitel wurden festgelegt und Hauptverantwortungsbereiche definiert. So liegt bei der Formulierung des Jetzigen Leidens, der Systemanamnese und der Familienanamnese die Hauptverantwortung bei den Ärztinnen und Ärzten, während die Pflege bei Aspekten der Sozialanamnese den Lead hat. Ergänzende Hinweise der jeweils anderen Berufsgruppe werden jedoch bewusst gefördert.

Seit der Implementierung 2018 ist es Standard alle erhobenen Anamnesedaten der beiden Berufsgruppen in *einer* Dokumentationsansicht einzusehen und diese gegenseitig zu ergänzen (s. Anhang 1). Mit dem gezielten Einsatz der IPA erhofft sich die Projektgruppe eine Förderung der IPZ, in dem die Kompetenzen in der Anamneseerhebung klar geregelt und das jeweilige Wissen der Berufsgruppen erkannt, geschätzt und eingesetzt wird. Ausserdem wird eine Reduktion von Doppelbefragungen der Patientinnen und Patienten angestrebt sowie eine gezielte Planung des Aufenthaltes und des Spitalaustritts.

---

## 2. Begleitforschung

Das Praxisprojekt wird durch die Autorin mit einer Begleitforschung, welche Teil ihrer Ausbildung an der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit zur Pflegewissenschaftlerin (MScN) ist, verbunden. Das Ziel dieser Forschung liegt darin, zu evaluieren, inwiefern sich Veränderungen unter anderem in der Haltung und dem gegenseitigen Wissen zum Berufsprofil der Anwenderinnen und Anwender zur interprofessionellen Zusammenarbeit nach der Einführung einer elektronischen interprofessionellen Anamnese zeigen.

Positive Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit, die im Zusammenhang mit der interprofessionellen Anamnese stehen, können zukünftig dazu genutzt werden, weitere interprofessionelle Dokumentationsinstrumente zu entwickeln und auch andere Berufsgruppen in diesen Prozess mit einzubeziehen. Für die Bearbeitung der Fragestellung ist eine qualitativ-rekonstruktive Begleitforschung mit Gruppendiskussionen (Kruse 2015) vorgesehen. In dieser Forschung diskutieren Vertreter/innen der beiden Berufsgruppen miteinander zentrale Fragen zur IPA. Es geht dabei um die Erfassung der habitualisierten Praktiken und des konjunktiven Erfahrungsraums der alltagspraktischen Welt (Kruse 2015, Przyborski 2009, Bohnsack 2003).

Die Datensammlung erfolgt zu drei verschiedenen Zeitpunkten. Eine Gruppendiskussion vor der Einführung der IPA dient dazu eine analytische Kontrastfläche zu generieren. Zwei Gruppendiskussionen finden nach der Einführung der IPA nach drei und sieben Monaten statt.

Jahr: 2018																												
Teilschritte	Januar				Februar				März				April				Mai				Juni							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1. Datenerhebung vor Einführung IPA																												
Einführung der IPA																												
Jahr: 2018																												
Teilschritte	Juli				August				September				Oktober				November				Dezember							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
2. Datenerhebung nach Einführung IPA																												
Einführung der kombinierten Anästhesie & Pflegesprechstunde																												
3. Datenerhebung nach Einführung IPA																												
Jahr: 2019																												
Teilschritte	Januar				Februar				März				April				Mai				Juni							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Gesamtanalyse der Forschungsdaten																												
Evaluation der Ergebnisse mit Therapie und Sozialberatung																												

Abb.1 Projektzeitplan (Hillewerth, 2017)

### 3. Mehrwert des Projektes

Dieses Praxisprojekt ermöglicht es, dass aktuell sechs Berufsgruppen (Pflegefachpersonen, ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialberaterInnen; ErnährungsberaterInnen, ErgotherapeutInnen) ihre Abläufe im Prozess der anamnestischen Datenerhebung neu strukturieren, gemeinsame Erfahrungen in der Umsetzung machen und so eine neue gemeinsame Kultur entwickeln können, welche die Betreuung und Begleitung insbesondere von chronisch kranken Menschen verbessern kann. Gerade bei dieser vulnerablen Gruppe von Menschen ist es entscheidend, dass alle Informationen zusammen fließen, damit frühzeitig eine auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Betreuung erfolgen kann. Der zweite Schritt dieses Praxisprojektes, die Nutzung der IPA innerhalb der kombinierten Anästhesie- und Pflegesprechstunde ermöglicht es, Menschen mit besonderen Bedürfnissen vor dem Eintritt zu erkennen und wichtige Informationen innerhalb der IPA zu dokumentieren, welche dann dem Betreuungsteam schon vorbereitend vor dem Eintritt ins Spital zur Verfügung steht.

Ergänzend dazu können beispielsweise schon Massnahmen vorbereitet werden die der Delirprophylaxe dienen oder die Übertrittsplanung unterstützen.

Weiterhin können die Erkenntnisse zukünftig Diskussionsgrundlage für die Entwicklung, Anpassung und Einführung von interprofessionellen Dokumentationssystemen und gemeinsam genutzten Instrumenten in der Praxis sein und zeigen den Bezug zur IPZ auf.

---

#### **4. Erste Erfahrungen und kritische Erfolgsfaktoren**

Nach 3 Monaten Umsetzungserfahrung zeigt sich, dass die technische Lösung der IPA integriert in das Klinikinformationssystem stabil läuft. Erste Erkenntnisse aus Rückmeldungen im Alltag und der ersten beiden Gruppendiskussionen mit AssistenzärztInnen und Pflegefachpersonen zeigen, dass sie den Zugriff auf die Angaben der jeweils anderen Berufsgruppe schätzen. Sie sehen alle Informationen auf einen Blick und beziehen die schon vorhandenen Informationen aktiv in ihrer Anamneseerhebung mit ein, so dass Doppelbefragungen reduziert werden können. Hier ist die vorgegebene Form des elektronischen Tools von Vorteil, das keine Ausweichmöglichkeiten bietet. Durch die Nutzung der IPA sehen die AnwenderInnen den Gewinn in einem effizienten Arbeiten. Ein relevanter Erfolgsfaktor dürfte die aktive Unterstützung der Vorgesetzten beider Berufsgruppen, sowie die bereits vorhandene Kultur interprofessioneller Zusammenarbeit in der Institution darstellen.

Die graphische Darstellung und Übersichtlichkeit des Anamnesetools ist durch die Gegebenheiten des KIS-Programms limitiert. Ebenso hat sich die Programmierung an den vorgegebenen Möglichkeiten zu orientieren. Anfangsschwierigkeiten bereitete die Umgewöhnung der bisherigen eigenen Arbeitsabläufe und die Nutzung einer gemeinsamen Fachsprache.

## 5. Quellenverzeichnis

- Alfaro-LeFavre, R. (2013). *Pflegeprozess und kritisches Denken, Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber verlag, Hofgrede AG.
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration ? *Nordic College of Caring Sciences*, 16(4), 360–367.
- Bardach, S. H., Real, K., & Bardach, D. R. (2017). Perspectives of healthcare practitioners : An exploration of interprofessional communication using electronic medical records. *Journal of Interprofessional Care*, 31:3, 300-  
<http://doi.org/10.1080/13561820.2016.1269312>
- Bohnsack, R. (2003). *Rekonstruktive Sozialforschung, Einführung in qualitative Methoden*. Opladen: Leske+Budrich.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2017). *Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020*.
- Caldwell, K., & Atwal, A. (2003). The problems of interprofessional healthcare practice in hospitals. *British Journal of Nursing*, 12(20), 1212–1218.
- Füessl, H. S., & Middeke, M. (2010). *Anamnese und Klinische Untersuchung* (4. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Klapper, B., Lecher, S., Schaeffer, D., & Koch, U. (2001). Patientendokumentation. Sicherung interprofessioneller Kommunikation im Krankenhaus. *Pflege*, 14(6), 387–393.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz (Grundlagentexte Methoden)*. Frankfurt: Beltz Juventa.
- Przyborski, A. (2009). *Qualitative Sozialforschung*. (Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, Ed.). München.
- Rosenthal-Schleicher, K., & Meissner, A. (2017). Wenn zwei sich streiten, leidet der Dritte....., Herausforderungen und Chancen im interprofessionellen Dialog zwischen pflegerischen und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. *Pflegewissenschaft*, 9/10, 440–448.
- Schärli, M., Müller, R., Martin, J., Spichinger, E., & Spirig, R. (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen und Ärzteschaft. *Pflege*, 30, 53–63.
- Schwappach, D., & Conen, D. (2012). Patientensicherheit – wen kümmert es ? Patient Safety – who cares ? *CLINOTEL-Journal-Interdisziplinäre Beiträge Zum Krankenhaus-Management*, 1–16. Retrieved from <http://www.clinotel-journal.de/article-id-006.html>
- Weber, J., & Kelley, J. (2007). *Health Assessment in Nursing* (3. Auflage). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

---

## **6. Quellenverzeichnis zu Abbildungen und Tabellen**

Abb.1. Hillewerth (2018) Projektzeitplan



Praxisprojekt - interprofessionelle Anamnese (IPA)  
 Autorin: Kathrin Hillewerth

Beispiel IPA 2

Interprofessionelle Anamnese Status **erstellt**

Erhoben am (Arzt) 03.07.2018 01:28  
 Erhoben von [Redacted]  
 Erhoben am (Pfleger) 03.07.2018 10:16  
 Erhoben von [Redacted]  
 Ergänzt durch [Redacted]  
 Zuständiger Kaderarzt [Redacted]

**Jetziges Leiden** Auswahl  
 aus ärztlicher Sicht  
 Notfallmässige Selbstzuweisung bei progredienter Dyspnoe. Der Patient war bis zum 30.06.18 in domo aufgrund einer Infektexazerbation mit Haemophilus influenzae bei bekannter COPD hospitalisiert, der Austritt erfolgte bei gutem Allgemeinzustand in [Redacted] wo der Patient mit seiner Ehefrau wohnhaft ist. Die etablierte Co-Amoxicillintherapie wurde bis zum Eintrittstag eingenommen, bis zum Vortag erhielt der Patient einen Prednisonstoss. Die Vorstellung erfolgt nun bei seit dem Mittag beständigem stärkeren Dyspnoegefühl mit Sättigungsabfällen bis 82% ohne Sauerstoff. Zudem bestehe ein etwas verstärkter Husten mit gelblichem Auswurf. Kein Fieber, keine sonstigen Symptome.  
 aus pflegerischer Sicht  
 aus pflegerischer Sicht

**Aus Notfallprotokoll Pflege:**  
 stat. bis Samstag. Heute wieder zunehmende Verschlechterung mit der Atmung, 83 gemessen, daher erneute Vorstellung bei uns  
 Pat. hat eine stark ausgeprägte Dyspnoe, diese wird nicht besser/schlechter bei Bewegung oder in Ruhe

**Persönliche Anamnese** Auswahl

**Familienanamnese** Auswahl

**Erweiterte Systemanamnese** Auswahl

**Allgemeines** aus ärztlicher Sicht Auswahl  
 Nikotin (sistiert 1978, nicht erinnerlich wieviel Konsum täglich), Alkohol (1 Glas Wein/Tag)  
**B-Symptomatik (Fieber, Nachtschweiss, Gewichtsverlust)** aus ärztlicher Sicht  
 Kein Fieber, kein Nachtschweiss, Gewichtsverlust in letzter Zeit (nicht klar wieviel, nicht gewollt).  
**Allergien** aus ärztlicher Sicht CAVE  
**Noxen** aus ärztlicher Sicht  
**Kopforgane** aus ärztlicher Sicht  
 Keine Hals-/Nasen-/Ohrenbeschwerden, keine Schilddrüsenprobleme bekannt.  
**Cardiovascular** aus ärztlicher Sicht  
 Keine Angina pectoris, keine Palpitationen, Dyspnoe NYHA IV, keine Orthopnoe, keine Ödeme.  
**Pulmonal** aus ärztlicher Sicht  
 Husten mit weisslichem Auswurf.  
**Gastrointestinal** aus ärztlicher Sicht  
 Appetit normal, keine Nausea, kein Erbrechen, keine Bauchschmerzen. Stuhlgang eher obstipiert, keine Blutbeimengungen.  
**Urogenital** aus ärztlicher Sicht  
 Keine Nierenkrankungen, keine Pollakisurie, keine Dysurie, keine Hämaturie.

**Allgemeines** aus pflegerischer Sicht  
 Keine SZ, keine Schlafprobleme  
**B-Symptomatik (Fieber, Nachtschweiss, Gewichtsverlust)** aus pflegerischer Sicht  
 Gewichtsverlust in letzter Zeit  
**Allergien** aus pflegerischer Sicht  
 keine Allergien  
**Noxen** aus pflegerischer Sicht  
 siehe Arzt  
**Kopforgane** aus pflegerischer Sicht  
 keine Probleme, Pat. trägt eine Brille. Pat. gibt Schwindel an, hat deshalb auch einen Gehstock. Laut Ehefrau besteht der Schwindel schon seit längerer Zeit.  
**Cardiovascular** aus pflegerischer Sicht  
 Pat. hat eine künstliche Herzklappe seit ca. 5 Jahren  
**Pulmonal** aus pflegerischer Sicht  
 Pat. hat starke Dyspnoe und Auswurf.  
**Gastrointestinal** aus pflegerischer Sicht  
 Neigt eher zu Obstipation, normalerweise normaler Stuhlgang. Nimmt regelmässig Mexicol ein.  
**Urogenital** aus pflegerischer Sicht  
 Pat. hat momentan Schwierigkeiten mit Wasser lösen, funktioniert nur wenn Pat. hustet dann kommt eine kleine Menge Urin.

**Bewegungsapparat** aus ärztlicher Sicht Auswahl  
 Keine Gelenkbeschwerden, keine Bewegungseinschränkungen.  
**Neurologisch** aus ärztlicher Sicht  
 Keine Kopfschmerzen, keine Paresen. Keine Synkopen, leichter Schwindel beim schnellen Aufstehen.  
**Haut** aus ärztlicher Sicht  
 Keine Hautprobleme, keine schmerzhaften Lymphknoten.

**Bewegungsapparat** aus pflegerischer Sicht  
 Pat. ist ohne HiMi in Begleitung von 1 PP mobil. Pat. ist vor ca. 3 Monaten über ein Einkaufswagen gestürzt und hatte ein Hämatom an der li. Hüfte. Jedoch keine weitere Verletzungen.  
**Neurologisch** aus pflegerischer Sicht  
 Pat. trägt Hörgeräte bds. Ist 4 fach orientiert  
**Haut** aus pflegerischer Sicht  
 Hat trockene Haut

**Erweiterte Sozialanamnese** Auswahl

**Bezugspersonen** aus ärztlicher Sicht Auswahl  
**Wohnsituation** aus ärztlicher Sicht  
**Soziales Umfeld** aus ärztlicher Sicht  
**Familien- / Beziehungssituation / Rollen** aus ärztlicher Sicht  
**Muttersprache / Sprachen** aus ärztlicher Sicht  
**ATL / Selbstpflegedefizit** aus ärztlicher Sicht  
**Gewohnheiten (z.B. Ernährung, Tagesrhythmus)** aus ärztlicher Sicht  
**Beschäftigung / Hobbies** aus ärztlicher Sicht  
**Externe Unterstützung (z.B. Spitex)** aus ärztlicher Sicht  
**Medikamentenmanagement** aus ärztlicher Sicht  
**Wissen (Diagnose, OP, Therapie)** aus ärztlicher Sicht  
**Erfahrungen (Spital,...)** aus ärztlicher Sicht  
**Ziele & Erwartungen an den Aufenthalt** aus ärztlicher Sicht  
**Umgang mit aktueller Situation** aus ärztlicher Sicht  
**Werte und Überzeugungen** aus ärztlicher Sicht

**Bezugspersonen** aus pflegerischer Sicht  
 Ehefrau  
**Wohnsituation** aus pflegerischer Sicht  
 Pat. wohnt in einer Alterssiedlung in [Redacted] einer Ehefrau.  
**Soziales Umfeld** aus pflegerischer Sicht  
 guter und regelmässiger Kontakt im sozialen Umfeld. Dadurch das Pat. in einer Alterssiedlung wohnt wieder mehr Kontakte geknüpft.  
**Familien- / Beziehungssituation / Rollen** aus pflegerischer Sicht  
 Pat. hat zwei Kinder und drei Enkel. Sie haben ein sehr enges Verhältnis zueinander.  
**Muttersprache / Sprachen** aus pflegerischer Sicht  
 Deutsch  
**ATL / Selbstpflegedefizit** aus pflegerischer Sicht  
 s/s  
**Gewohnheiten (z.B. Ernährung, Tagesrhythmus)** aus pflegerischer Sicht  
 Das Frühstück gerne zur korrekten Zeit, liest tgl. Zeitung  
**Beschäftigung / Hobbies** aus pflegerischer Sicht  
 Kartonage Arbeiten, Kärtchen basteln  
**Externe Unterstützung (z.B. Spitex)** aus pflegerischer Sicht  
 Konnte der Pflege vom [Redacted] rufen falls er Hilfe benötigte. Sonst keine Unterstützung.  
**Medikamentenmanagement** aus pflegerischer Sicht  
 Nimmt Medis s/s zu sich, organisiert diese auch s/s.  
**Wissen (Diagnose, OP, Therapie)** aus pflegerischer Sicht  
 im Moment sei es für Pat. genügend Wissen, im weiteren Verlauf möchte Pat. aber schon noch gerne mehr erfahren über das Procedere.  
**Erfahrungen (Spital,...)** aus pflegerischer Sicht  
 War schon mehrmals im Spital, auch bei uns. Hatte gute Spitalerfahrungen ausser in einem Spital.  
**Ziele & Erwartungen an den Aufenthalt** aus pflegerischer Sicht  
 Gesund werden, wäre froh wenn er wieder besser atmen könnte.  
**Umgang mit aktueller Situation** aus pflegerischer Sicht  
 Pat. kann gut damit umgehen, er äussert dass er nun eingesehen hat das er beim letzten Spitalaufenthalt zu früh entlassen wurde.  
**Werte und Überzeugungen** aus pflegerischer Sicht  
 Pat. braucht Erholung und Ruhe, ist ihm sehr wichtig das er dies hat.

**Emotionale Integrität (Angst, Trauer, Verzweiflung)** aus ärztlicher Sicht Auswahl  
**Copingstrategien** aus ärztlicher Sicht  
**Verhalten bzgl. Gesundheitsförderung** aus ärztlicher Sicht  
**Patientenverfügung (vorhanden?)** aus ärztlicher Sicht

**Emotionale Integrität (Angst, Trauer, Verzweiflung)** aus pflegerischer Sicht  
 Keine Angst, Trauer, Verzweiflung  
**Copingstrategien** aus pflegerischer Sicht  
 Sprechen mit der Ehefrau  
**Verhalten bzgl. Gesundheitsförderung** aus pflegerischer Sicht  
 Macht nicht viel zu Hause  
**Patientenverfügung (vorhanden?)** aus pflegerischer Sicht  
 Ja, ist beim Pat. zu Hause