Erfahrungen mit einem neuen Patienten-Eintrittsprozedere

Autor(en): **Thölke, Daniela / Zink, Robert**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): **- (1997-1998)**

Heft 58

PDF erstellt am: **23.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-790093

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Erfahrungen mit einem neuen Patienten-Eintrittsprozedere

von med. pract. Daniela Thölke, Assistenzärztin
und Dr. Robert Zink, Stadtarzt, Krankenheim Käferberg

Mitte 1996 wurde im Krankenheim Käferberg in Zusammenarbeit von Stadtärztlichem Dienst und Pflegedienst ein neues Patienten-Eintrittsprozedere als Versuchsprojekt durchgeführt.
Ich habe in meinem Fremdjahr als Assistenzärztin, das nun bald zu Ende geht, dieses Projekt mit Interesse begleitet. Im folgenden möchte ich nun das Projekt und unsere ersten Erfahrungen damit vorstellen.
Um zu verdeutlichen, was mit dem "Eintrittsprozedere" gemeint ist, werde ich zunächst die "alte" und die "neue" Form gegenüberstellend beschreiben:

Die "alte" Form
Die Patientin/der Patient wird zusammen mit den begleitenden Angehörigen von der Oberschwester ins Arztbüro geführt. Dort findet das Eintrittsgespräch mit vollständiger Anamneseerhebung, allgemeiner Information, Besprechung des Prozederes usw. statt. Anschliessend wird die Patientin/der Patient auf die Abteilung gebracht und dem Pflegepersonal "übergeben". Arzt/Ärztin informiert die Stationsleiterin anschliessend über das Eintrittsgespräch und gibt erste Verordnungen.

Die "neue" Form
Die Patientin/der Patient wird zusammen mit den Angehörigen von der Oberschwester direkt auf die Abteilung begleitet. Die Stationsleiterin hilft der Patientin/dem Patienten beim Beziehen des Zimmers. Im Laufe der ersten Stunden wird die Patientin/der Patient vom Arzt/von der Ärztin im Zimmer besucht und begrüsst. Erste anamnestische Angaben werden erhoben, evtl. ein somatischer Kurzstatus gemacht, erste Verordnungen gegeben und ein Termin für ein ausführliches Eintrittsgespräch mit der Stationsleitung und den Angehörigen vereinbart.
Die körperliche Untersuchung und das Eintrittsgespräch finden im Verlaufe der ersten 10 Tage statt. Die Stationsleiterin oder ihre Stell-

vertretung ist beim Eintrittsgespräch dabei und übernimmt aktiv einen Teil der Anamneseerhebung (Biographie).

Warum ein neues Eintrittsprozedere?

Ganz allgemein stellen wir fest, dass die alte Form für alle Beteiligten eine unnötige Stress-Situation provozierte. Unsere durch den Krankenheimeintritt per se schon sehr verunsicherten Patienten und ihre Angehörigen wirken im Eintrittsgespräch in der Regel angespannt und überfordert. Meistens haben sie erst am Vortag den Eintrittstermin ins Krankenheim erhalten. Der Fokus der Aufmerksamkeit ist daher auf die Tatsache des "Krankenheimeintritts an sich" mit all' seinen momentanen und langfristigen Implikationen gerichtet, führt doch dieser Schritt für die betroffenen Familien zu tiefgreifenden, fast immer sehr ambivalent besetzten familien-systemischen Veränderungen von hoher emotionaler Belastung. Der Krankenheimeintritt bedeutet für unsere Patienten den Eingang in einen neuen, meistens den letzten Lebensabschnitt. Sie sind bekanntlich konfrontiert mit zahlreichen relevanten Verlusten (Wohnung, Lebensraum, Beziehungen, Selbständigkeit usw.), was entsprechende Verunsicherung und Trauerreaktion hervorruft. Viele sogar demente Patienten erleben sehr bewusst das Ankommen an dem Ort, wo sie einmal sterben werden. Die Angehörigen kämpfen in der Regel mit widerstrebenden Gefühlen von Erleichterung über die familiäre Entlastung und quälenden Schuldgefühlen über das "Abschieben" des alten Familienmitgliedes.

Die vordringlichste Frage der Angehörigen bei Eintritt ist meistens ganz einfach: "Was ist das für ein Ort, wo ich meine alte Mutter, meinen alten Vater für immer hinbringe?" Das primäre Interesse gilt verständlicherweise ganz konkreten und praktischen Fragen der Unterbringung: dem Zimmer, den Bettnachbarn, den primären Bezugspersonen in der Pflege, der Alltagsorganisation (Besuchszeiten usw.).

Aus obigen Überlegungen heraus, welche die psychosoziale Komplexität eines Krankenheimeintritts nur andeuten können, wird offensichtlich, dass es für Patienten und Angehörige nicht sehr naheliegend ist, quasi "unbesehen" - d.h. vor der Besichtigung der zukünftigen Heimat - dem Arzt oder der Ärztin detaillierte Informationen über die gesamte Anamnese geben zu müssen und sogar ethische Fragen von grosser Tragweite zu besprechen.

Auch aus praktischen Überlegungen heraus befriedigte uns das bisherige Vorgehen nicht mehr. Die "alte" Form lehnt sich stark an die Gegebenheiten im somatischen Akutbereich an, wo die sofortige umfassende Anamneseerhebung für Diagnostik und Therapie zweifellos unerlässlich ist. - Bei unserem Patientengut stellen sich jedoch im allgemeinen keine akuten somatischen Probleme. Die meisten Patienten kommen direkt aus Akutspitälern oder anderen ärztlich geführten Institutionen. Diagnostik und Therapie sind bereits erfolgt.
Es war uns ein Bedürfnis, die Aufnahmesituation dem vielschichtigen und langfristigen Auftrag an ein Krankenheim anzupassen.

Des weiteren entsprach die "alte Form" des Eintrittsgesprächs unseren Vorstellungen und unserer täglichen Praxis in Bezug auf interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht mehr. Die Stationsleiterin ist im Alltag die Hauptansprechpartnerin sowohl für Patienten und Angehörige als auch für den Arzt/die Ärztin und die Paratherapeuten. Möchte eine Patientin/ein Patient einen Arzt sehen, wendet sie sich primär an die Stationsschwester - andererseits informiert sich der Arzt bei der täglichen Hausvisite ebenfalls bei ihr über den Gesundheitszustand der Patienten. Die Stationsleiterin ist also im Alltag "die Drehscheibe der Information" zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, insbesondere aber zwischen Patienten und Ärzten.
Ausserdem wird die Pflegeplanung "biographiebezogen" ausgerichtet, d.h. die Pflegenden versuchen möglichst viele frühere Aktivitäten, Interessen und Gewohnheiten in die individuelle Pflegeplanung zu integrieren.
Es erschien uns daher wichtig, dass die Stationsleiterin in ihrer Mittelpunktstellung bereits von Anfang an in das Eintrittsprozedere miteinbezogen wird und insbesondere aktiv am Eintrittsgespräch teilnimmt, wie es z.B. in vielen Psychiatrischen Kliniken längst praktiziert wird.

Unsere ersten Erfahrungen

Mit der "neuen" Form des Eintrittsprozederes wurde für unsere Patienten und ihre Angehörigen sicherlich eine adäquate "Begrüssungssituation" geschaffen, die den weitreichenden Veränderungen im Helfersystem Raum und Zeit gibt. Es entstand eine Verlangsamung im Eintrittsprozess, was insgesamt "natürlicher" und nicht zuletzt angstreduzierend wirkt.

Der Fokus der Aufmerksamkeit bei Eintritt wurde verschoben von den medizinischen Symptomen und Diagnosen auf praktische und ressourcenorientierte Gesichtspunkte des Umzugs ins Krankenheim. Entsprechend dem späteren Alltag ergibt sich ausserdem von Anfang an eine Schwerpunktverlagerung der Patientenorientierung vom Arzt auf die pflegende Bezugsperson, die primär die verschiedenen Dienste zusammenführt.

Positiv erscheint uns auch die Betonung des Interdisziplinären, wenn auch in der Praxis des Eintrittsgesprächs oft noch Unklarheiten in Bezug auf die Aufgaben- und Rollenverteilung in der Gesprächsführung bestehen. Die Strukturierung des nun gemeinsam geführten Gesprächs ist sicherlich noch entwicklungsbedürftig und bedeutet auch weiterhin eine Herausforderung an die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Auch zeigt sich, dass es im Alltag oft gar nicht so einfach ist, einen gemeinsamen Termin zu finden.

Als wertvoller "Nebeneffekt" der neuen Form bleibt zu erwähnen, dass durch den geringeren Zeitaufwand für den Arzt/die Ärztin an einem Tag problemlos auch mehrere Eintritte erfolgen können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass unsere bisherigen einjährigen Erfahrungen mit dem neuen Eintrittsprozedere erfreulich positiv sind, so dass dieses Projekt gerne auch anderen Krankenheimen zur Nachahmung empfohlen werden kann.