

Erlanger Standard für OP-Dokumentation in der Pflege

Pálffy P, Kraska R, Oschem M, Wentz B

Medizinisches Zentrum für Informations- und Kommunikationstechnik, Universitätsklinikum Erlangen, Deutschland
peter.palffy@uk-erlangen.de

Einleitung und Fragestellung Die pflegerische OP-Dokumentation ist ein wichtiger Teil der klinischen Dokumentation, die das Krankenhaus im Rahmen seiner Dokumentationspflicht zu erbringen hat. Mangels geeigneter umfassender Standards wurde im Universitätsklinikum Erlangen im Laufe der letzten acht Jahre ein solcher allgemeiner fachübergreifender Dokumentationsstandard in Zusammenarbeit mit den OP-Leitungen entwickelt.

Umgesetzt ist dieser Standard im flächendeckend eingesetzten OP-Dokumentationssystem MCC ISOP (Fa. Meierhofer AG), das die Umsetzung der pflegerischen Dokumentation in optimaler Weise unterstützt.

Historie und Umfeld Seit der Einführung 1998 arbeiten im Universitätsklinikum Erlangen zehn operative Kliniken mit weiteren 17 angeschlossenen Abteilungen mit dem OP-Planungs- und OP-Dokumentationssystem der Fa. Meierhofer AG. Die OP-Pflegekräfte dokumentieren online im OP-Bereich auf hygienegerechten OP-Personalcomputern oder -Thinclients die anfallenden Dokumentationsinhalte.

Die verschiedenen Fachbereiche benötigen zum Teil unterschiedliche aber auch übergreifende Inhalte einer pflegerischen OP-Akte. Die Standardisierung der Dokumentation hatte drei Motivationspunkte: erstens eine Verringerung des technischen Aufwands für Customizing und statistische Auswertungen, zweitens eine einheitliche Art der Dokumentation mit einem hohen Wiedererkennungswert für die Anwender aus der Pflege mit einer fachübergreifend standardisierten Benutzerführung. Damit sollte auch die Umgewöhnung des Pflegepersonals bei Fachbereichswechseln entfallen. Drittens ermöglicht eine standardisierte Dokumentation erst eine bessere Vergleichbarkeit der einzelnen Fachabteilungen und damit die Grundlage für betriebswirtschaftliche Analysen.

Ergebnisse Im Zuge der sukzessiven Einführung des OP-Systems MCC ISOP wurden vor Ort im OP entweder ältere Eigenentwicklungen bzw. Papierlösungen abgelöst. In drei weiteren Bereichen gab es eine Testsoftware als Vorgängersystem. Mit der Umstellung der Software des Zentral-OP-Bereichs wurde 2001 mit Hilfe der OP-Leitung ein erster Standard etabliert, der im Wesentlichen die Allgemeinchirurgie mit den zugehörigen Fachabteilungen sowie die Urologie umfasste. Dieser Standard sollte dann auf das gesamte Klinikum ausgeweitet werden. Die inhaltlichen Vorarbeiten wurden vom Medizinischen Zentrum für Informations- und Kommunikationstechnik (MIK) im Arbeitskreis der OP-Leitungen vorgestellt und nach der Realisierung der gewünschten Korrekturen freigegeben. Die gesamte OP-Pflege arbeitet nun mit einem einheitlichen Standard (siehe Tab. 1).

Für die Polikliniken besteht die Möglichkeit, Standardfelder vorbelegen zu lassen. Ziel ist es genau die Vorgänge zu dokumentieren, die nicht bereits Bestandteil von bereits definierten OP-Prozessen sind oder von diesen abweichen. Solche Prozesse können beispielsweise in einem QM-Handbuch hinterlegt werden. Exemplarisch sei hier die Augenklinik genannt, die auf Grund der vielen kurzen Operationen nur sehr wenig Zeit für die OP-Dokumentation aufwenden kann. Hier empfiehlt sich der Einsatz von QM-gestützten Prozessen in Kombination mit dem Erlanger Standard für pflegerische OP-Dokumentation. Dies entlastet die OP-Pflege und ermöglicht zugleich die rechtliche Absicherung der pflegerischen Tätigkeit. Ein OP-Protokoll wird derzeit zusätzlich in Papierform aus den Datenbankinhalten der elektronischen OP-Akte generiert und als Dokument mit der Unterschrift der verantwortlichen Mitarbeiter versehen.

OP-Akte	Ärztliche Dokumentation	Kodierung	Prä- und Postoperative Diagnosen und Prozeduren
		Kodierungsfreitexte	zu Diagnose und Prozedur
		Arzt OP	Operationskennzahlen, ASA (AN), CDC, Dringlichkeit, Nachricht an Station
		Arzt Eingriff	Weiterbildungskatalogziffern nach WBO der Bayerischen Ärztekammer
	Pflegerische OP-Dokumentation	OP-Zeiten	- Abruf Station, Einschleusen, Beginn Anästhesie (AN), Freigabe OP (AN), Patient im Saal, Freigabe Schnitt (OP-Pflege), Erster Schnitt, letzte Naht, Ende OP, Ende Anästhesie (AN), Saal leer, Ausschleusen - Eingriff Beginn, Eingriff Ende
		Personal	Personalfunktion, Name, Vorname, Anwesenheitszeiten
		Pflege OP	- Administratives: Rüstzeiten, Wartezeiten, Narkose, Hygiene - Pflege OP: Lagerungen, Instrumente/Sterilitätskontrolle, Zählkontrollen, Katheter, Drainagen, Allergien - Medikamente, Spülungen, Implantate: Medikamente, Spülungen, Fibrinkleber, Implantate - Geräteinsatz: HF-Chirurgie, Röntgenaufnahmen, sonstige Geräte, Blutsperrn/-leeren - Besonderheit: Verletzungen, Komplikationen, Untersuchungen, Forschungsaufwände
		Pflege Anästhesie	Rüstzeit, Präsenzzeiten, Patientenübernahme
	OP-Bericht	Transkription nach Diktat oder mittels Textblöcke	Diktatinfo, nachrichtlich an, Vorgeschichte und Indikation, 1-3 OP-Berichte (Verlauf)

Tab.1: Übersicht des Erlanger Standards für ärztliche und pflegerische OP-Dokumentation

Diskussion Die Existenz eines Standards für die pflegerische OP-Dokumentation ist das Ergebnis einer langjährigen Entwicklung und Umsetzung von Anforderungen seitens der OP-Pflege. Die OP-Prozesse werden zunehmend nicht zuletzt unter dem Aspekt der DRGs zunehmend auf die wirtschaftlichen Konsequenzen durchleuchtet. Damit Fachabteilungen untereinander vergleichbar werden, ist es unabdingbar, deren Dokumentation zu standardisieren. Ressourcen- und Personalplanung benötigen auf einer sorgfältigen Dokumentation basierenden Berechnungsgrößen. Dem Anwender müssen jedoch auch die Auswirkungen der Dokumentation erläutert werden. Etwaige Fehldokumentation verfälschen klinikbezogene Ergebnisse oft zu deren eigenem Nachteil.

Bei Fachbereichswechseln des OP-Personals entfällt der Schulungsaufwand für das OP-Dokumentationssystem, ein nicht zu vernachlässigender Aspekt bei einer hohen Anzahl an Pflegekräften.

Ziel dieses Standards war es auch, die Dokumentation systemunabhängig zu gestalten, um bei einem späteren Wechsel der Dokumentationssoftware dem Anwender einen hohen Wiedererkennungswert anbieten zu können. Eine Software ist nur ein Werkzeug für eine Aufgabe, inhaltlich entscheidet der Anwender über deren Sinn und Nutzen im Praxisalltag.

Literatur

- [1] Pálffy P, Oschem M, Wentz B. Einführung eines klinikumsweiten OP-Dokumentationssystems im Universitätsklinikum Erlangen-Nürnberg. In: Abstract Volume GMDS 1999, Heidelberg 1999: 324-325.
- [2] Wentz B, Pálffy P, Oschem M, Prokosch H-U, IT-gestützte OP-Dokumentation am Universitätsklinikum Erlangen im Kontext einer DRG-basierten Abrechnung. In: Abstract Volume GMDS 2005, Freiburg
- [3] Koeve A, Koeve D, Ärztliche Aufzeichnungen und Recht, Thieme Verlag 1993

