

Linked Care: Mit IKT die Zusammenarbeit verbessern

Durchgängige Informationsversorgung in mobiler Pflege Der Umgang mit unterschiedlichsten Daten ist Alltag in der Pflege. Dabei stoßen viele verschiedene Systeme aufeinander – und der Datenfluss an Grenzen. Die Folge: Zeit- und Informationsverlust durch fehlende bzw. mehrfache Erfassung. Wie digitale Technologien die Zusammenarbeit aller Beteiligten in der ambulanten Pflege verbessern können, steht im Fokus des österreichischen Projekts Linked Care.

✦ Elisabeth Haslinger-Baumann; Franz Werner, Doris Zeidler, Theresa Galanos, Katharina Nopp

ZUSAMMENFASSUNG

*Digitale Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) können erhebliche Verbesserungen für die häusliche Pflege und die beteiligten Akteur*innen bringen. Ziel des Projektes Linked Care (2021-2025) ist es, dass Betroffene und deren An- und Zugehörige mit Menschen in Pflege- und Betreuungsberufen, Ärzt*innen sowie Therapeut*innen und Apotheken online effizient, sicher und niederschwellig direkt mit optimaler IT Unterstützung zusammenarbeiten können.*

Schlüsselwörter: *Linked Care, Ambulante Pflege, mobile Pflege, Informationstechnologie, IKT, Kommunikationstechnologie*

Alle Beschäftigten in den Gesundheitsberufen (Pflegeberufe, therapeutische Berufe, Betreuungsberufe, medizinische Berufe) sind gesetzlich dazu verpflichtet, ihre berufsbezogenen Tätigkeiten schriftlich zu dokumentieren (Rappold, Aistleitner 2017). Die Dokumentationsarbeit dient zur Planung und Bestätigung der geleisteten Maßnahmen an den Patient*innen/Klient*innen. Es besteht keine einheitliche Begrifflichkeit, unterschiedliche Begriffe wie Patient*innendokumentation, Pflegedokumentation oder Krankengeschichten werden verwendet, wenn die Leistungen der Berufsgruppen zu dokumentieren sind (ebd.).

Das stringente Führen der Dokumentation stellt die Gesundheitsorganisationen und die Gesundheitsprofessionist*innen vor große Herausforderungen. Auf individueller Ebene wird es oft als zu detaillierte und redundante Arbeit zum ohnehin übervollen täglichen Arbeitspensum erlebt und aus diesem Blickwinkel in den

Betreuungsberufen als besonders belastend beschrieben (Haslinger-Baumann et al. 2019). Schätzungen zufolge werden zum Beispiel in der Pflege etwa 30% der Arbeitsstunden für die Dokumentation aufgewendet. Diese Zeit kann nicht mit Patient*innen/Klient*innen verbracht werden, was wiederum dazu führen kann, dass Pflegekräfte Dokumentationsarbeiten entweder sehr reduziert, bzw. sogar in ihrer Freizeit erledigen, um mehr Zeit für die direkte Betreuung zur Verfügung zu haben (Mittermann 2019). Der Zeitaufwand für die Dokumentation ist hoch und zusätzlich steigt der Zeitbedarf für die direkte Pflege am Menschen. Die zunehmende Zahl pflegebedürftiger Menschen führt nicht nur zu einem Anstieg des objektiv messbaren, sondern auch des subjektiv erlebten Pflegeaufwandes sowie des gesamten Arbeitspensums. Zudem steigt die Komplexität der Erkrankungen und die Zahl chronischer Erkrankungen (Statistik Austria 2021). Multimorbiditäten erfordern ein ganzheitliches Gesundheits- und Krankheitsverständnis aller Gesundheitsprofessionist*innen und eine eng ineinander greifende Zusammenarbeit. Besonders der Bedarf an gut ausgebildeten Pflegepersonen steigt schneller und stärker als verfügbare Pflegepersonen vorhanden sind (Rappold & Jurazovic 2019).

Auf Organisationsebene ist ein zentraler Faktor, der auf die Durchgängigkeit der Dokumentationen hemmend wirkt, die doppelte Finanzierung von medizinischer Versorgung und Pflege bzw. Betreuung und die daraus resultierenden unterschiedlichen Zuständigkeiten, besonders im Hinblick auf die Effizienz der Systeme (Firgo & Famira-Mühlberger 2014). Dies bedeutet, dass zwar in den einzelnen Institutionen ein gutes Dokumentationssystem aufgebaut sein kann, jedoch dass spätestens beim Wechsel in eine andere Institution, bzw. in die mobile Gesundheitsversorgung kein Zugriff mehr auf die erfassten Dokumentationen möglich ist. Der Dokumentationsprozess beginnt von Neuem, die Daten werden neu erhoben sowie die darauf beruhende Planung und Durchführung der pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Maßnah-

men. In enger Verbindung mit den beschriebenen finanziellen bzw. zeitlichen Engpässen steht auch das Fehlen eines institutionalisierten interdisziplinären Austauschs. Dieser ist im mobilen Pflege- und Betreuungssetting noch ausgeprägter als in der stationären Versorgung. Bei lediglich 60% aller Anbieter*innen mobiler Dienste besteht eine Kooperation mit Berufsgruppen außerhalb des eigenen Angebots (Firgo & Famira-Mühlberger 2014).

Segmentierte Dokumentation

Ein weiterer hemmender Faktor ist die Heterogenität der Dokumentations- und Kommunikationssysteme der unterschiedlichen Anbieter*innen dieser Systeme. Diese erschwert einerseits die anschlussfähige Kommunikation innerhalb der verschiedenen mobilen Dienste, andererseits bildet die Nicht-Existenz einer obligatorischen einheitlichen Lösung eine massive Barriere zwischen den Gesundheitsprofessionen selbst, aber auch zwischen stationärer, teilstationärer und mobiler Gesundheitsversorgung. Ein weiterer Bereich ist der enorme Informationsverlust zwischen professioneller (formeller) und nicht professioneller (informeller) Pflege (durch An- und Zugehörige) und Betreuung. Die Inkompatibilität der angebotenen Dokumentationssysteme – ob digital oder analog – ist ebenfalls ein Hauptfaktor der nicht durchgängigen gesundheitsbezogenen Informations- und Kommunikationsversorgung.

Doch die Verständlichkeit, Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Dokumentation ist essentiell für eine qualitätsvolle Pflege und Betreuung. Wichtig dafür ist die Entwicklung einer standardisierten Sprache. Herausfordernd in den Betreuungsberufen, vor allem in der 24-h-Personenbetreuung, ist die Sprachbarriere (Haslinger-Baumann et al. 2019). Auch auf Patient*innen-/Klient*innenseite sind bestimmte Gruppen identifiziert, die nicht mit der professionellen Pflege/Therapie/Medizin interagieren können (z.B. Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit psychischen Erkrankungen). Die dadurch entstehende soziale und gesundheitsbezogene Benachteiligung, bzw. sogar mangelnde Versorgung von vulnerablen Gruppen ist bekannt (Pflegevorsorgebericht 2018). Hinzu kommt, dass die Betreuung und Pflege grundsätzlich vor allem informell und innerhalb der Familie geleistet wird (Statistik Austria 2021).

Diese Situationen weisen auf die Notwendigkeit eines umfassenden, durchgängigen Dokumentations- und Kommunikationssystems hin, das mehrere Informationsbereiche miteinander bündelt und interprofessionell niederschwellig zugänglich ist.

Das Projekt Linked Care

Ziel des Projekts Linked Care (2021-2025) ist eine technologiebasierte Kooperation und Kommunikation sowie ein Informationsaustausch zwischen Klient*innen/Patient*innen und deren Unterstützungssystem von An- und Zugehörigen, professionellen Betreuer*innen, Pflegekräften, Ärzt*innen, Therapeut*innen, aber auch Apotheken und Bandagisten. Es wird ein effizientes, sicheres und niedrighelliges digitales Tool mit optimaler IT-Unterstützung entwickelt, das auf Basis genormter Schnittstellen (IHE, HL7, FHIR basierend) aufbaut. Die gesamte Entwicklung wird in partizipativer Weise mit allen Zielgruppen erfolgen und im engen Austausch mit regionalen Stakeholdern aus Politik, Verwaltung und Ständesvertretungen stehen. Auch das Projektkonsortium setzt sich



Technologie nutzen: IT-Anwendungen können helfen, Sektorengrenzen zu überwinden.

! INFO

Beispiele digitaler Gesundheitssysteme

- Europäische Kommission: CEF Digital Connecting Europe
ec.europa.eu/cefdigital/
- Patientenportal des Department of Veterans Affairs (VA), USA: My HealtheVet
myhealth.va.gov/mhv-portal-web/home
- eHealth Portfolio Schweizerische Post
post.ch/de/geschaeftsloesungen/digital-health

aus Vertreter*innen der Pflege, Technik, Wissenschaft und Praxisexpert*innen zusammen, die für eine ganzheitliche, passgenaue Entwicklung von Linked Care sorgen.

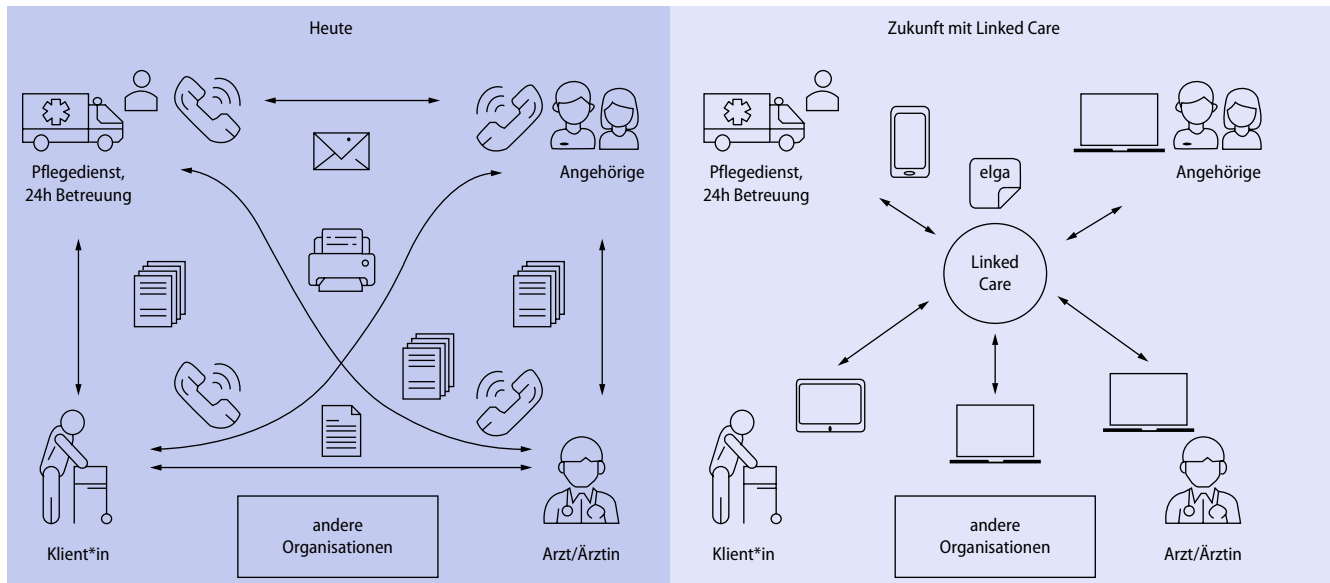
Entwicklung adressiert an drei Zielgruppen

Die erste Zielgruppe sind Betroffene, die ihre gesundheitliche Versorgung in partizipativer Weise durchgängig in unterschiedlichen Settings (mit)gestalten, hier Patient*innen oder Klient*innen genannt. Die zweite Zielgruppe umfasst Gesundheitsprofessionist*innen wie Pflege/Betreuung, Therapie und Medizin, soziale Arbeit, psychosoziale Dienste, die evidenzbasierte und qualitativ hochwertige Versorgung anbieten, aber auch die informelle Pflege und Betreuung. Die dritte Zielgruppe sind Gesundheitsdienstleister wie Krankenhäuser, Sozialhilfverbände, Rehabilitationskliniken oder gesetzliche Versicherungen, die eine effektive und effiziente Versorgung sicherstellen.

State of the Art

Gesundheitsdokumentationssysteme gibt es in vielen Ländern, diese inkludieren allerdings weder alle notwendigen Professionen und Institutionen (medizinische/pflegerische/therapeutische Dienstleister sowie Krankenhäuser, Pflegeheime, mobile Pflege und Betreuung, Apotheken, Bandagisten), noch funktionieren sie durchgängig auf digitaler Ebene. Einmal in einer Organisation integriert, sind andere Organisationen oder Dienstleister*innen davon ausgeschlossen. Dienstleistungen wie Besuchsdienste, häusliche Dienste, Essensdienste müssen extra organisiert werden. In der Europäischen Union und in den Vereinigten Staaten von Amerika gibt es bereits einige digitale Entwicklungen, die interdisziplinär und in-

Abb. 1: Linked Care – Versorgung verbessern durch besseren Datenaustausch



terprofessionell und sogar zwischen unterschiedlichen Gesundheitssettings angewendet werden können. Zum Beispiel gibt es Anbieter von e-Health Lösungen für ein integriertes elektronisches Gesundheitsnetzwerk, das Klient*innen/Patient*innen, Pflegeteams und Ärzt*innen zusammenbringt und über das relevante Gesundheitsdaten ausgetauscht werden können. Diese Systeme sind jedoch vornehmlich für das klinische Umfeld und weniger für die häusliche Pflege und Betreuung konzipiert (z.B. eHealth Portfolio der Schweizer Post). Außerdem bezieht es keine An- und Zugehörigen oder Therapeut*innen ein. In den USA ist beispielsweise das Portal My HealthVet für Kriegsveteranen verfügbar, um Rezepte zu erneuern, Arzttermine zu organisieren, Gesundheitsteams zu kontaktieren oder Informationen abzurufen. In Europa ist der settingübergreifende Datenfluss im Gesundheitswesen ebenfalls teilweise etabliert, insbesondere in der CEF Digital Connecting Europe. Patient Summaries, ePrescriptions und eDispensation, werden derzeit eingeführt.

Mobile digitale Informationsangebote und Anwendungen stehen auch in Österreich bereits zur Verfügung und werden aktiv genutzt. Diese bilden mit den zentralen IT Infrastrukturen, wie die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) und eCard, eine Basis, auf die aufgebaut werden kann. Es können innovative IT Lösungen für mobile Dienste, pflegende An- und Zugehörige, Ärzt*innen, Therapeut*innen, Pflegepersonen aber auch Apotheken und Bandagisten entstehen. Einerseits kann der Informationsfluss der Klient*innen-zentrierten Gesundheitsdaten verbessert, andererseits auch Kennzahlen zur Optimierung der ganzheitlichen Pflege und Betreuung gezogen werden. Diese Potentiale werden zunehmend von Institutionen und Softwareherstellern – auch im Projekt Linked Care – genutzt. So soll zukünftig eine Analyse von großen Gesundheitsdaten zur Optimierung der Gesundheitsversorgung möglich sein.

Methoden: Designorientiert, ethisch, analytisch

Für die gesamte Entwicklung in der Projektlaufzeit wird der nutzer*innenzentrierte Design-Ansatz (human centered Design, Arnold 2016) angewendet; er ist die Basis für die generelle methodische Herangehensweise. Anhand eines partizipativen Vorgehens (Wright, Block, Unger 2007) wird die Teilhabe von Personen und Gruppen ermöglicht, die schwer zugänglich sind. Darüber hinaus wird ein mixed Methods Ansatz verfolgt. Dieser beinhaltet eine Literaturrecherche (Polit, Beck, Hungler 2005), eine Dokumentationsanalyse (Salheiser 2014) zur Art und Weise der Nutzung von bestehenden Dokumentationssystemen und jeweils leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews (Bohnsack 2015), Einzelinterviews (Kruse 2015), und Expert*inneninterviews (Mayring 2015). Weiterhin werden leitfadengestützte und adaptierte Cultural-Probes Studies – Forschungstagebücher (Gavner et al. 2004) eingesetzt.

Ein besonderer Schwerpunkt wird auf die Ethik gelegt, da ein starker Fokus auf die Wahrung der Autonomie und Selbstbestimmtheit der Klient*innen/Patient*innen gelegt wird. Weiter enthält die Entwicklung der integrierten digitalen Kommunikations- und Informationssoftware gesundheitsbezogene Daten, die über die Regelungen der DSGVO hinausgehend, eines besonderen ethischen Fokus bedürfen. Dies soll u.a. durch „MEESTAR Workshops“ (Manzeschke et al. 2013) sichergestellt werden. Die Entwicklung soll auch auf europäischer Ebene eine Vorreiterrolle einnehmen und anschlussfähig sein. Eine Delphi-Studie (Häder & Häder 2014) wird durchgeführt, um den transnationalen Austausch und die internationale Schwerpunktsetzung zu fördern (Abb. 1).

Besser versorgen und vernetzen

Die Ergebnisse des Projekts Linked Care tragen dazu bei, die Gesundheitsversorgung im mobilen Bereich vernetzter und dadurch

sicherer und qualitätsvoller gestalten zu können. Das führt zu einer subjektiv erleichterten Situation und einer objektiven Effizienzsteigerung in der Gesundheitsversorgung und soll ebenso zu einer Stärkung der Selbstbestimmtheit und Autonomie der Klient*innen/Patient*innen beitragen. Forschungsmethodisch werden innovative Methoden eingesetzt, die eine Weiterentwicklung der partizipativen Produktentwicklung im User Centered Design ermöglichen.

Zukunftsorientierte digital unterstützte Prozesse in Pflege und Betreuung können nur durch längerfristige, bereichsübergreifende Umstellungen und Anpassungen erreicht werden. Durch Einbeziehung von Ärzt*innen, Therapeut*innen (z.B. Ergotherapie), Pfleger*innen (z.B. mobile Pflege), Betreuer*innen (z.B. 24-h-Betreuung), aber auch teilstationärer Einrichtungen (z.B. Tageszentren), den Pflegebedürftigen selbst und deren An- und Zugehörigen in eine umfassende Dokumentations- und Kommunikationsplattform wird es möglich, alle am Versorgungsprozess Beteiligten mit relevanten Informationen zu versorgen und zu vernetzen.

Kernstück von Linked Care ist die Entwicklung einer österreichweiten, interdisziplinären, digitalen Plattform, auf der Indikatoren des Gesundheitszustandes, eine Beschreibung des Leistungsumfangs (z.B. der erforderlichen Pflege) sowie eine Beschreibung von aktuellen Veränderungen (inkl. erforderlichem Handlungsbedarf für andere Professionen) abgebildet werden. Eingaben, beispielsweise von mobilen Diensten, werden automatisch dokumentiert und die behandelnden Berufsgruppen (z.B. Ärzte) informiert. Diese können direkt und ohne Medienbrüche über die Plattform reagieren (z.B. Anpassung von Therapien). Das Hauptaugenmerk liegt auf der übersichtlichen Darstellung des IST-Zustandes der betreuten Person, angepasst an die Rolle derjenigen, die die Anfrage nach dem Gesundheitszustand stellen. Dies geschieht unter Berücksichtigung der gesetzlichen, pflegerischen und ethischen Fragen der Informationsweitergabe im regionalen und nationalen Umfeld.

Aktueller Stand im Projekt ist die Umfeld- und Nutzer*innenerhebung. Erste Ergebnisse zeigen, dass die relevanten Schnittstellen in der mobilen Versorgung neben der settingspezifischen Schnittstelle Krankenhaus zu mobilen Diensten vor allem an der Schnittstelle mobile Pflege und niedergelassene Ärzt*innen bzw. zu therapeutischen Berufsgruppen liegt. Weiter werden generelle interdisziplinäre Barrieren (z.B. mangelnde Kommunikation zwischen den Gesundheitsprofessionen) angesprochen.

Die größten Medienbrüche liegen, aufgrund der segmentierten berufsgruppenspezifischen und organisationspezifischen Dokumentation, am fehlenden zeitnahen Informationsaustausch der relevanten medizinischen Informationen mit den Pflegepersonen. Diese sind somit in ihrem unmittelbaren pflegerischen Versorgungsauftrag behindert, da dieser gleich nach der Spitalsentlassung beginnen soll, bzw. bei akuter Erkrankung zu Hause zeitnah starten muss. Die Pflegepersonen kommen dadurch in ein gesetzliches und ethisches Spannungsfeld. Auch die Weiterverordnung von Arzneimitteln und Hilfsmitteln, bzw. Heilbehelfen ist ein umständliches und ressourcenaufwändiges Unterfangen. Durch eine häufig verbale Informationsweitergabe ergibt sich eine höhere Fehleranfälligkeit. Um eine zeitnahe hochwertige Gesundheitsversorgung sicherstellen zu können, sind derzeit noch viele zeitraubende Informationsschleifen nötig, Telefonate, Mails und persönliche Gespräche sind zu führen, bis die nötigen Prozesse in Gang kommen. ►►

FAZIT

*Im Leitprojekt Linked Care besteht die größte Innovation darin, dass durch den breiten Einsatz von IKT (digitale Informationstechnologie und Kommunikation) und einer starken Vernetzung der verschiedenen Organisationen und beteiligten Gesundheitsprofessionist*innen eine multiprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht wird. Sie schafft die Basis für eine adäquate, evidenzbasierte und umfassende Gesundheitsversorgung zu Hause.*

Dies soll auch durch die Einbindung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) und des gesetzlichen Gesundheitsversicherungssystems abgesichert werden.

*Durch den nutzer*innenzentrierten Designansatz werden passgenaue Softwarelösungen und Schnittstellen der Informationsweitergabe und Kommunikation in der mobilen Gesundheitsversorgung entwickelt und getestet. Dies soll zur Stärkung der Autonomie von Patient*innen und Klient*innen beitragen und eine hohe Betreuungsqualität im privaten Setting gewährleisten.*

Das Forschungsprojekt wird von der Österreichischen Forschungsförderungsgesellschaft (FFG) unter der Förderungsnummer 884194 gefördert. Projektpartner sind: Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit, Johanniter Österreich Ausbildung und Forschung gem. GmbH, Wiener Rotes Kreuz- Rettungs-, Krankentransport-, Pflege- und Betreuungsgesellschaft m.b.H., Volkshilfe Gesundheits- und Soziale Dienste GmbH (GSD GmbH), Volkshilfe Wien gemeinnützige BetriebsGmbH, Myneva Carecenter Software GmbH, Loidl-Consulting & IT Services GmbH, Compugroup Medical CGM, Österreichische Apotheker-Verlagsgesellschaft m.b.H, Stesgal Informationstechnologie GmbH, Fachhochschule Campus Wien, Fachhochschule Technikum Wien, Universität Wien.

► Eine umfangreiche Literaturliste erhalten Sie über das eMagazin der PflegeZeitschrift und auf springerpflege.de

Autorenkontakt:

FH-Prof.in Mag.a Dr.in Elisabeth Haslinger-Baumann, DGKP, Pflegewissenschaftlerin, Leiterin des Kompetenzzentrums für Angewandte Pflegeforschung der FH Wien
E-Mail: elisabeth.haslinger-baumann@fh-campuswien.ac.at

Ko-Autoren: FH-Prof. Dipl.-Ing. Mag. Dr. techn. Franz Werner, med. Informatiker, Studiengangsleiter Health Assisting Engineering, **Mag. Doris Zeidler**, Pflegewissenschaftlerin, Psychologin, Researcher im Kompetenzzentrum Angewandte Pflegeforschung, **Theresa Galanos**, BA MA: Soziologin, Researcher im Kompetenzzentrum Angewandte Pflegeforschung, **Katharina Nopp**, BSc BSc MSc, Ergotherapeutin, Junior Researcher am Studiengang Health Assisting Engineering

Alle Autoren: FH Campus Wien