



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences



Vom besseren Hören, Sehen, Fühlen und Verstehen:

Klinischen Untersuchung von Patienten durch nicht ärztliche
Gesundheitsfachpersonen

Dr. med. Ursula Klopstein, Dozentin Msc Pflege

Departement Gesundheit

Was erwartet sie?



Triage und
Ersteinschätzung



Grundsätze einer
medizinischen
Konsultation

Körperliche
Untersuchung



Klinische Techniken zur Einschätzung einer Patientensituation

Physical assessment in Nursing

Table 1 Overview of retrieved articles

<i>Country</i>	<i>Research Articles</i>	<i>Date Range</i>	<i>Non-Research articles</i>	<i>Date Range</i>
USA	9	1985–2005	3	1974,1977,1989
Canada	4	1992–2001		
Australia	6	1990–1999	1	1987
United Kingdom			4	1998–2005
New Zealand	2	1996, 2005	5	1984–2003
Totals	21		13	

Argumente Lynaugh and Bates:

- ▶ “. . . they can help **confirm hypothesis** growing out of the **nurse’s interview**: they **enhance** the investigation of **nursing problems**; they **increase the nurse’s capacity to make good decisions** about her patients, and they enable the nurse to manage a greater range of patient care problems.”



advanced physical assessment leading to diagnosis as a major change for nurses!

Klinisches Assessment in der Pflege

- ▶ klinische Untersuchung führt zu einer frühzeitigen Beurteilung
- ▶ hilft, fundierte Urteile zu fällen
- ▶ liefert vertretbarere Informationen, auf deren Grundlage eine allfällige Handlung begründet werden kann. (Shortridge et al. (1977))
- ▶ Komplikationen würden früher festgestellt, wenn Pflegende klinische Untersuchungen als Teil des Assessments eines Patienten anwendeten (Schare et al. (1988))



Strukturierter Ablauf einer Konsultation

1. Erste Eindruck: Was ich beobachte!
 - ▶ Muss bewusst gemacht werden. Ev hier schon Vitalwerte, Gewicht, Grösse
 2. Anamnese: Ich muss interessiert sein, an dem was mir der Patient erzählt! Offene Fragen, Leitsymptom identifizieren! (s. später)
 3. Ev Anamnese ergänzen (Grey Flags identifizieren)
 4. fokussierte körperliche Untersuchung durchführen
 5. Ev. Labor/RX etc.
-
- ▶ Immer: **Search first what kills first**

Beispiele

- ▶ Auf welche Parameter achten Sie beim ersten Eindruck?
- ▶ Was denken Sie sich, welche Gefühle löst die Patientin bei Ihnen aus?
- ▶ Welche Vorannahmen treffen Sie?

- ▶ Achtung Stigmatisierung!



Keine Randerscheinung sondern ein häufiges und folgenreiches Problem

Werkzeuge gegen kognitive Verzerrungen im klinischen Alltag

Marko Kovic

Dr. phil., Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, CEO der ars cognitionis GmbH, Zürich

Denkfehler und ihre Folgen

Denkarbeit in einem automatisierten Modus abspulen

Anchoring : die erste Information, welche wir erhalten, beeinflusst, wie wir weitere Informationen bewerten

Confirmation Bias: wir versuchen das, woran wir bereits glauben, zu bestätigen

Overconfidence : wir haben ein zu hohes Vertrauen in die Qualität unserer Entscheidungen

Availability Bias : wir orientieren uns bei Schlussfolgerung zu sehr an einprägsamen Bildern und Beispielen, die wir gerade im Kopf haben

kognitive Verzerrungen. Kognitive Verzerrungen sind Denkfehler, welche unmerklich auftreten, weil wir einen grossen Teil unserer

überall und immer, wenn Menschen Entscheidungen treffen, treten kognitiven Verzerrungen auf.

Kognitive Verzerrungen machen sich im klinischen Alltag auf ganz unterschiedliche Art und Weise bemerkbar [7, 8]. Sie sind dabei kein Randphänomen, sondern ein sehr zentrales und folgenreiches Problem. So sind einige prominente Verzerrungen wie etwa Anchoring (die erste Information, welche wir erhalten, beeinflusst, wie wir weitere Informationen bewerten), Confirmation Bias (wir versuchen das, woran wir bereits glauben, zu bestätigen), Overconfidence (wir haben ein zu hohes Vertrauen in die Qualität unserer Entscheidungen) oder Availability Bias (wir orientieren uns bei Schlussfolgerung zu sehr an einprägsamen Bildern und Beispielen, die wir gerade im Kopf haben) bei der Mehrheit aller Ärztinnen und Ärzte zu beobachten [9]. Kognitive Verzerrungen als alltägliches Problem nimmt noch grössere Dimensionen an, wenn wir bedenken, dass im klinischen Alltag nicht nur Ärztinnen und Ärzte Entscheidungen treffen: Das weitere medi-

Résumé

Les erreurs de raisonnement routinières, appelées biais cognitifs, influencent la qualité de la prise de décision dans tous les domaines sociaux, y compris la médecine. Dans le quotidien clinique, elles sont à l'origine de nombreuses erreurs diagnostiques et thérapeutiques. Il existe deux stratégies pour réduire l'impact négatif des biais cognitifs: le debiasing et le nudging. Le debiasing a pour but de réduire de manière ciblée la tendance individuelle aux biais cognitifs. Le nudging vise à adapter le contexte d'action aux biais cognitifs en sorte que le comportement souhaité devienne plus probable. En tant que mesures de gestion de la qualité, le debiasing et le nudging peuvent avoir des effets positifs durables. Et cela d'autant plus que ces méthodes permettent d'améliorer la prise de décision du personnel médical, mais aussi le comportement des patients ou des visiteurs de l'hôpital, par exemple.

Debiasing

Debiasing bedeutet ganz allgemein, dass versucht wird, die individuelle Anfälligkeit für kognitive Verzerrungen zu reduzieren. Im medizinischen Kontext wird Debiasing bisweilen unter dem Stichwort «Cognitive Forcing» diskutiert [10]. Cognitive Forcing, zu Deutsch so viel wie kognitives Erzwingen, meint die

Cognitive Forcing!

...automatisierten Denkmodus in einen bedachteren und begründeten Denkmodus zu wechseln.. ..

gründeten Denkmodus zu wechseln. Cognitive forcing bedeutet in erster Linie, dass Know-how rund um kognitive Verzerrungen hilft, weniger anfällig auf kognitive Verzerrungen zu sein [11]: Je besser z.B. Ärztinnen und Ärzte über kognitive Verzerrungen Bescheid wissen, desto weniger anfällig werden sie dafür. Debiasing-Strategien im klinischen Kontext können aber auch in Richtung kognitiver Hilfsmittel gehen [12]: In konkreten Entscheidungssituationen helfen kognitive Hilfsmittel, das schnelle, routinisierte Denken zu einem überlegteren Denken zu wandeln. Wirksame kognitive Hilfsmittel sind beispielsweise die «erwäge das Gegenteil»-Strategie (aktiv überlegen, was für das Gegenteil der Schlussfolgerung z.B. bei einer Diagnose spricht) oder das gezielte Verlangsamten von Entscheidungsprozessen (z.B. im Voraus geplante



Erster Eindruck: Bestimmt oft das weitere Handeln!

- ▶ Klar werden über eigene Wahrnehmung
- ▶ Pflegezustand
- ▶ Verhalten
- ▶ Psychomotorik
- ▶ Gangbild, Sprache, Augenkontakt etc.
- ▶ Allgemeinzustand

Erster Eindruck

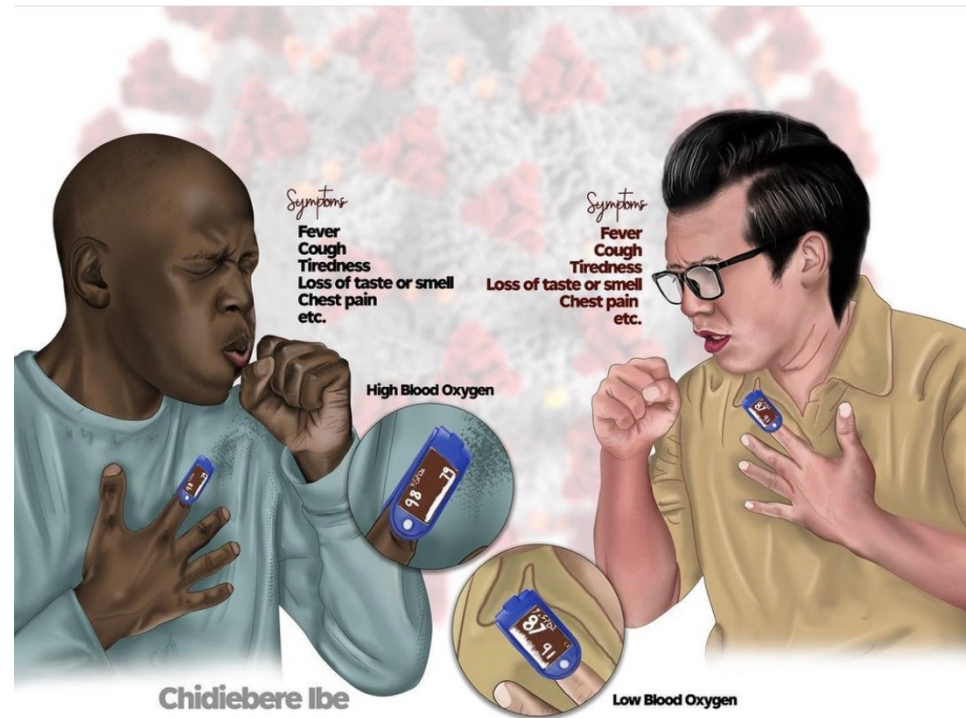
► Was?



Adobe Stock | #303414814

Vitalzeichen: Umgang mit einzelnen Werten

- Blutdruck: Achtung Messtechnik!
- Puls
- Sauerstoff
- Temperatur
- Veränderungen sind relevant!
- Im Notfall primär!
- Messtechnik immer überprüfen



ANAMNESE



Merke

M!

Die Anamnese ist nach wie vor oder gerade wegen der vielen laborchemischen und apparativen Möglichkeiten der bei Weitem wichtigste Teil der Diagnostik.

Battegay E. (Herausgeber) 2012. Siegenthalers Differenzialdiagnose, Innere Krankheiten - vom Symptom zur Diagnose. 20. Auflage 2012. Thiemeverlag



Fokussierte Anamnese

- ▶ Moment des Beziehungsaufbaus
- ▶ Leitsymptom?
- ▶ Differenzierung des Leitsymptoms:
 - ▶ Seit wann, wo genau, wie genau, was bessert, was verschlechtert, warum (eigene Erklärungen?), warum gerade jetzt?
- ▶ Andere Leitsymptome: Husten, Schwindel, Müdigkeit, Übelkeit etc.
- ▶ Allgemeinsymptome: Müdigkeit, Fieber, Gewichtsverlust
- ▶ Anderes wurde oft schon bei Eintritt erfragt: Medikamente, Allergien, Noxen

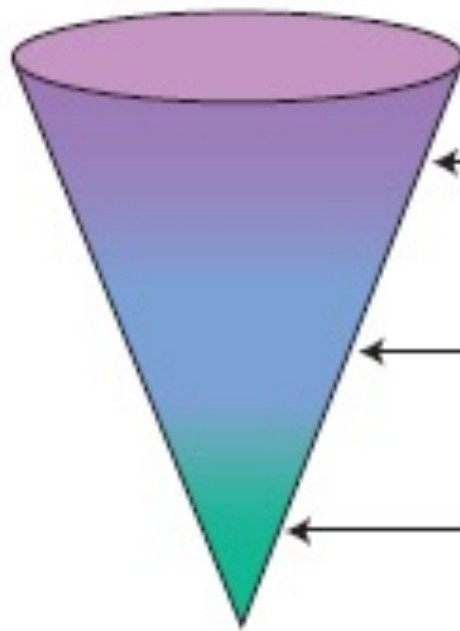
Search the hidden fear!

Identifikation des LS und Anamnese gibt Information zu:

- ▶ Verlauf, Leidensdruck, Auswirkungen, Schwere des Leidens
 - ▶ Frühere Leiden, Krankheiten
 - ▶ Wichtige Informationen zu aktuellen Therapien, Allergien, Noxen etc.
 - ▶ Überblick über das Körpersystem (Systemanamnese = Big Picture)
 - ▶ Anamnese ist ein wichtiger Teil der Erhebung des mentalen Status
 - ▶ Weiter: Familien-Sozial-Persönliche- Anamnese
-
- ▶ Beurteilung der Dringlichkeit!
 - ▶ Identifizierung von Grey Flags!



Hypothesenbildung



First, open-ended questions to hear "the story of the symptom" in the patient's own words

Then more specific questions to elicit "the seven features of every symptom"

Finally, the yes-no questions or "pertinent positives and negatives" from the relevant section of the review of systems

Each symptom has its own "cone," which becomes a paragraph in the History of Present Illness in the written record.

Körperliche Untersuchung

Mentimeter 1

Was untersuchen?

- ▶ Je nach Leitsymptom!
- ▶ Fokussiert nach Organsystemen

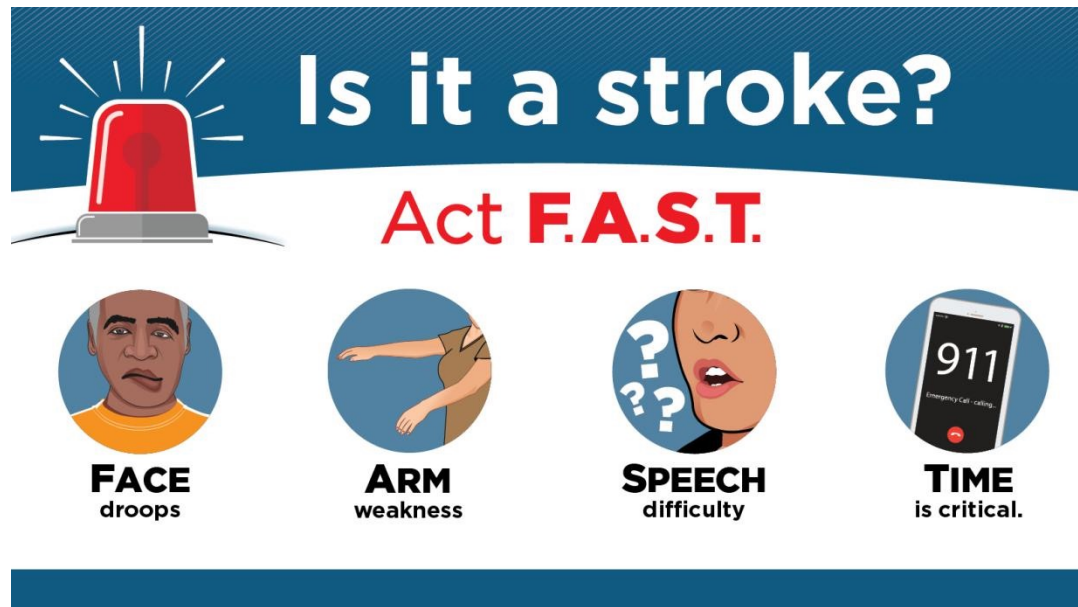
<https://www.doctors.today/a/als-arzt-im-gefaengnis-langeweile-kommt-hier-nie-auf-1981863>

Techniken der körperlichen Untersuchung:

- ▶ Inspektion: Gang, Haltung, Hautfarbe, Effloreszenzen, Asymmetrien etc.
- ▶ Palpation
- ▶ Perkussion
- ▶ Auskultation

Ziel der körperlichen Untersuchung

- ▶ Hypothesen festigen
- ▶ Weitere Red Flags identifizieren:
 - ▶ Purpura, Zyanose, Stauungszeichen, Rhythmusstörungen, Neurologische Ausfälle, kardiale Krisen, Suizidalität etc.



- ▶ Verlauf beobachten

Clinical Reasoning (nach H. Stoll 2012)

- 1. Assessment:** Sammeln von Daten (subjektiv/objektiv) bezüglich des Gesundheitszustandes eines Pat. und seines Umfeldes)
- 2. Judgement:** Beurteilen, werten der Befunde. Dringlichkeit!
- 3. Decision Making:** Differentialdiagnostisches Denken, Implementation von Handlungsvorschlägen

Pressierte?



https://ast.ftcdn.net/v2/img/01/33/96/32/1000_F_133963205_U1S1wSsa1zWUjFhEJF3dYforTIGB1a.jpg

- ▶ Triage ist nicht gleich Ersteinschätzung
- ▶ Triage meint: Bestimmung einer Reihenfolge der Behandlung nach Dringlichkeit
- ▶ Ersteinschätzung erfordert:
 - ▶ Erkennung abwendbarer gefährlicher Krankheitsverläufe mit hoher Behandlungsdringlichkeit durch strukturiertes Vorgehen
 - ▶ Ev. Algorithmus basierte Entscheidungen
 - ▶ Dokumentation

Mentimeter 2



RED FLAGS

EXPERTENKONSENS - CONSENSUS D'EXPERTS



Alarmsymptome der Medizin
Symptômes d'alarme en médecine

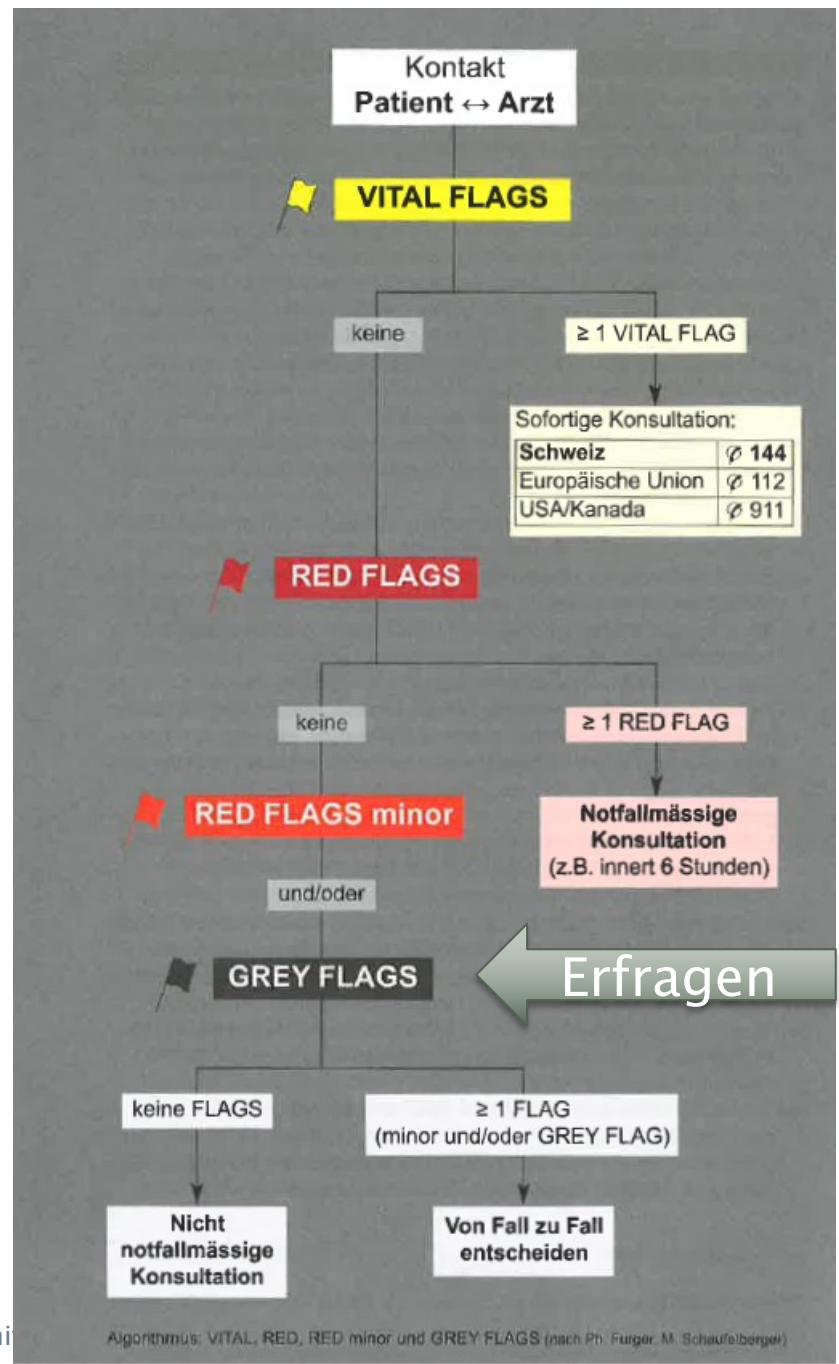
Mireille SCHAUFELBERGER
Andreas MEER
Philippe FURGER
Hay DERKX
et al.

2. Auflage - 2^{ème} édition

deutsch & français



2018



Erfragen

Dringlichkeit	Point - of - Care	Handlungsweise
Vital Flag	144	CRP Bereitschaft Unmittelbare Einweisung
Red Flag	Notfalldienst Gefängnis-arzt/ -ärztin	Sofortige ärztliche Beurteilung
Red Flag Minor/ Grey Flags	Untersuchung durch Gefängnis-arzt/ -ärztin so bald als möglich	Die medizinische Behandlung muss nicht sofort erfolgen, sollte aber nicht übers Wochenende verschoben werden
Nicht dringlich	Nur durch Pflege zu bearbeiten	Ärztliche Beurteilung nur, wenn Beschwerden sich verändern und nicht weg gehen

Beispiel Thoraxschmerzen

- ▶ Immer bedrohlich.... Ausser?



Thoraxschmerzen

VITAL ← unverzügliche Spitaleinweisung + CPR-Bereitschaft

Erklärungen zu den VITAL FLAGS → s. 9, insbesondere:

144

- █ Synkope
- █ Präsynkope bzw. Unwohlsein/Schwindelgefühl (potentiell zerebrale Minderperfusion)
- █ Neurologisches Defizit:
 - Patient komatös (GCS ≤ 8, s. 58)
 - Krampfanfall
 - Akutes neurologisches Defizit (motorisch, sensorisch, Hirnnerven)
 - Akuter Verwirrheitszustand
- █ Retrosternalschmerz ± Ausstrahlung in:
 - Bauch
 - Rücken
 - Hals, Kiefer
 - Nacken
 - Arme (links oder rechts oder beidseits)
- █ Bekannte Herzkrankheit und Schmerzen, ähnlich wie bei einem früheren koronaren Ereignis (Myokardinfarkt, Angina pectoris)
- █ Schwitzen, blasse/feuchte Haut (DD: akutes Koronarsyndrom)
- █ Akute Dyspnoe (DD: massive Lungenembolie, s. 62 ff) → s. 33
- █ Folgende VITAL FLAGS können je nach Situation auch RED FLAGS sein (DD: akutes Koronarsyndrom, Aortendissektion, massive Lungenembolie, Spannungspneumothorax, maligne Arrhythmie):
 - Plötzlicher Schmerzbeginn
 - Atemabhängige Thoraxschmerzen
 - Nausea und/oder Erbrechen → s. 35
 - Herzklopfen, Herzrasen → s. 26
 - Risikofaktoren für eine thromboembolische venöse Krankheit (TVT/LE; siehe s. 62 ff)
 - Kardio-/zerebrovaskuläre Risikofaktoren, s. 11
 - Vorgeschichte von belastungsabhängigen Thoraxschmerzen
 - Vorgeschichte von Thoraxschmerzen in Ruhe

RED FLAGS ← sofortige ärztliche Untersuchung (innert 6 Stunden)

- Fieber > 38,3°C → s. 37
- Milde bis mittelschwere Dyspnoe → s. 33
- Bluthusten (Hämoptoe)
- Medikamente/Toxika:
 - PDE-5-Hemmer:
 - Avanafil SPEDRA®
 - Sildenafil VIAGRA®
 - Tadalafil CIALIS®
 - Vardenafil LEVITRA®
 - ± Nitrat
 - Kokain u.a. kardiotoxische Substanzen

Beispiel Leitsymptom Rückenschmerzen

▶ Meist harmlos... aber wann nicht?



Rückenschmerzen - Lumbalgie

VITAL ← unverzügliche Spitaleinweisung + CPR-Bereitschaft

Erklärungen zu den VITAL FLAGS → s. 9, insbesondere:

Ø 144

- Neurologisches Defizit:
 - Radikuläres Syndrom (Dermatome s. 56) mit motorischem Defizit
 - Gehunfähigkeit
- Wandernde Schmerzen mit Verdacht auf Aortendissektion

RED FLAGS ← sofortige ärztliche Untersuchung (innert 6 Stunden)

- Elemente, welche auf ein Cauda equina Syndrom hinweisen:
 - Sensibilitätsstörungen im Bereich von Damm und Oberschenkelinnenseite (Reithosenanästhesie), siehe Dermatome s. 56
 - Neu aufgetretene Sphinkterstörungen (autonome Neuropathie):
 - Harnretention (Unmöglichkeit Wasser zu lösen) gefolgt von einer Pseudoinkontinenz (Überlaufblase)
 - Stuhlinkontinenz (Sphinkterstörung)
 - Obstipation (Darmatonie)
- Schmerz 8-10/10
- Fieber > 38.3°C → s. 37
- Ausstrahlung (je nach Situation, kann dies eine VITAL FLAG sein):
 - Arme (ein- oder beidseitig)
 - Brust (ist bei Verdacht auf Aortendissektion eine VITAL FLAG!)
 - Bauch, Leisten, Hoden
- Bekanntes Aortenaneurysma
- Neue Miktionsbeschwerden → s. 32 (DD: Zystitis, Pyelonephritis)
 - Pollakisurie
 - Dysurie
 - Hämaturie
- Sturz, Wirbelsäulentrauma während der letzten 2 Wochen
- Verhebetauma («lifting injury») während der letzten 2 Wochen

RED FLAGS minor ← Arztbesuch je nach Situation (manchmal sofort)

- Radikuläre Symptomatik ohne motorisches Defizit, siehe Dermatome s. 56
- Schmerz 4-7/10
- Zunehmender Schmerz
- Osteoporose:
 - Primär
 - Sekundär (z.B. systemische Kortikoidtherapie)
- Zusätzliche Bauchschmerzen → s. 29

GREY FLAGS: Risikosituationen - Risikofaktoren

Wenn GREY FLAGS vorhanden sind, oder diese zusammen mit RED FLAGS minor auftreten, kann eine sofortige Konsultation erforderlich sein.

Erklärungen zu den GREY FLAGS → s. 10, insbesondere:

- Tumorleiden (aktiv oder nicht)
- Status nach Lumbalpunktion

Los geits

TRAINING



COACHING



TEACHING



KNOWLEDGE



DEVELOPMENT



LEARN



EXPERIENCE



SKILLS

Adobe Stock | #136928973



Berner Fachhochschule

<https://www.bfh.ch> › weiterbildung › clinical-assessm... ⋮

CAS Clinical Assessment und Decision Making

Im **Fachkurs Clinical Assessment** lernen Sie, die grundlegenden Methoden des **Clinical Assessment** anzuwenden (Anamneseerhebung, Inspektion, Palpation, ...).
[Steckbrief](#) · [Inhalt + Aufbau](#) · [Organisation + Anmeldung](#)



Ostschweizer Fachhochschule

<https://www.ost.ch> › gesundheit › weiterbildungskurse ⋮

Seminar Clinical Assessment | OST

Das Seminar **Clinical Assessment** vermittelt Pflegefachpersonen erweiterte Kompetenzen im klinischen Denken und Handeln und dadurch mehr Sicherheit beim ...



ZHAW

<https://www.zhaw.ch> › Gesundheit › Weiterbildung ⋮

Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung

Klinisches **Assessment** und körperliche Untersuchung · Diplomierte Pflegefachpersonen aller Fachrichtungen im Akut- und Langzeitbereich, im stationären oder ...