



Entwicklung eines Assessments zur Einschätzung des Pflegebedarfs bei Kindern

Wir schließen die Lücke



Zur Person

- Ausbildung zum Krankenpfleger an der Wannseeschule in Berlin
- 2001- 2010 beschäftigt am Klinikum Großhadern in München auf einer kardiologischen Intensivstation
- Fachweiterbildung Intensiv und Anästhesiepflege
- Studium Pflegemanagement an der FH Jena
- 2010-2012 kurzes Gastspiel als Stationsleitung am Klinikum Schwabing in München
- seit 2012 als stv. Pflegedirektor an den Kliniken St. Elisabeth in Neuburg/Donau beschäftigt



Zur Klinik

- Anzahl der Betten und Plätze im gesamten Krankenhaus: 321
- Schwerpunktlinik für Kinder- und Jugendmedizin
- Versorgungseinheit für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Erwachsenenlinik der Grund- und Regelversorgung
- stationäre Fälle 2013: 13.126



Ausgangssituation Ende 2013

- edv-gestützte Dokumentation soll auch in der Kinderklinik eingeführt werden
- Ein Assessment zur Erhebung des Pflegebedarfs bei Kindern von 0 – 4 Jahren ist nicht vorhanden
- Reine Maßnahmenplanung über LEP – Pakete

Reicht das aus?

Nein!



Plan: Entwicklung eines Assessments

•Zunächst Sammlung möglicher Phänomene, die den Pflegebedarf abbilden könnten

•**Beispiel:** *Ist das Kind selbständig bezüglich Essen?*

- Ja /Übernahme durch Angehörige
- Essen richten
- Hilfsmittel
- Anleiten
- Essen eingeben

Anleitungsbedarf Angehörige?

- Ja
- Nein



- Kontaktaufnahme mit der ePA-CC GmbH
- Terminvereinbarung für ein erstes Treffen
- 17.4.2014 Diskussion über inhaltliche Aspekte der vorliegenden Checklisten
- Theoretisches zugrunde liegendes Konzept?
- Erste Grobplanung für ein mögliches gemeinsames Projekt
- Nächstes Treffen für September 2014 avisiert



In der Zwischenzeit

- Ausbau der Checklisten durch die Kliniken St. Elisabeth
- **Beispiel:**

1.11 Ist der Hautzustand physiologisch?	1) Ja	2) Nein		1	2	
1.12 Wie ist das Körpergewicht?	1) Entsprechend der Perzentilen	2) Übergewicht	3) Untergewicht	1	2	3
1.13 Wie ist das Saugverhalten?	1) altersentsprechend	2) Schwaches, unrythmisches Saugverhalten	3) Unreifes Saug/Schluckmuster	1	2	3



24.9.2014

Treffen in Wiesbaden

- Ausarbeitung des Projektplanes und Festlegung der Verantwortlichkeiten



Kliniken St. Elisabeth

Zeitplan



#	Verantwortlich	Sep 14	Okt 14	Nov 14	Dez 14	Jan 15	Feb 15	Mrz 15	Apr 15	Mai 15	Juni 15	Juli 15	Aug 15	Sep 15	Okt 15	Nov 15	Dez 15	Jan 16	
1	Kooperationsvertrag ePA-CC und Kliniken St. Elisabeth																		
2	Bearbeitung Operationalisierung					Alpha Version		Beta Version											
2.1	Abstimmung ePA und KSE/ Interne Abnahme																		
3	Konsertierung Expertenbeirat							26.03.											
3.1	Anpassung der Inhalte																		
4	Papierversion und Handbuch																		
5	Adaption der Datenbank																		
6	Testung																		
6.1	strukturiertes Rückmeldeverfahren																		
6.2	Schulung der MA																		
6.3	Rückmeldungen systematisieren																		
6.4	Auswertung der Ergebnisse																		
7	Interne Konsertierung und Finalisieren																		
8	Verknüpfung																		
9	Auslieferung an Softwarefirmen gem. mit PKMS 2016																		



Oktober 2014

- Terminierung für ein erneutes Treffen in Wiesbaden

Warum?

Der Teufel steckt im Detail

Ein theoretisches Konzept muss her

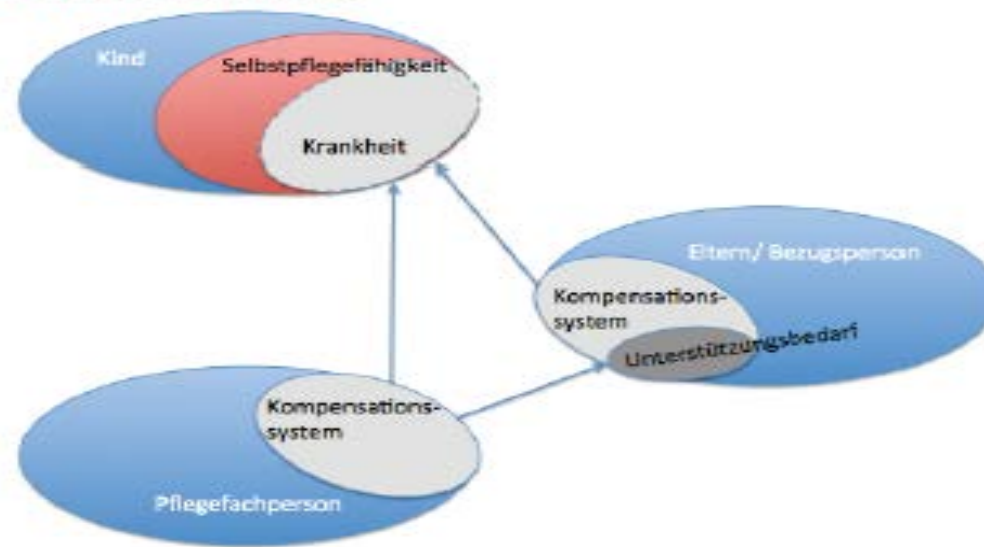


4.11.2014

- Ausarbeitung des theoretischen Bezugsrahmens
- Festlegung der relevanten Items
- Definition der Operationalisierung



Grundverständnis





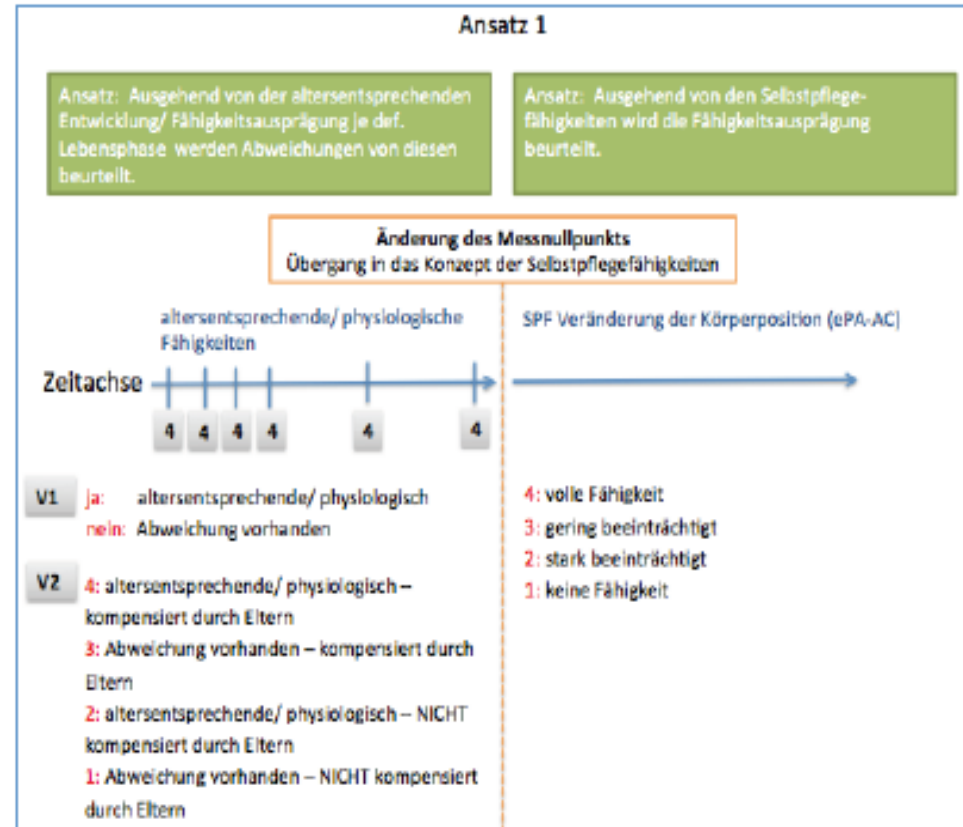
Zentrale Aufwandsfaktoren

- entwicklungsbedingte Aufwandsfaktoren
 - krankheitsbedingte Aufwandsfaktoren
 - unterstützungsbedingte Aufwandsfaktoren
-
- die entwicklungsbedingten Aufwandsfaktoren sind immer vorhanden, da das Kind als unfertiges Wesen geboren wird und somit eines unterstützenden Systems bedarf (Brut- oder Nestpflege) (hierzu kann man ja die Faktoren definieren)
 - krankheitsbedingte Aufwandsfaktoren können durch das unterstützende System kompensiert werden, weiterhin können krankheitsbedingte Faktoren die entwicklungsbedingten Faktoren beeinflussen (schlimmstenfalls bis hin zu Entwicklungsverzögerungen)
 - ist das unterstützende System nicht in der Lage aufgrund der Krankheit kompensatorisch einzugreifen, muss ein professionelles System (Krankenpflege) die Aufgabe übernehmen
 - professionelle Pflege wird hinsichtlich des unterstützungsbedingten Aufwands anleitend oder beratend tätig
 - das Nichtvorhandensein eines unterstützenden Systems hat zur Folge, dass immer professionelle Pflege aktiv wird und ggf. ein unterstützendes System mit aufbaut (z.B. bei Neonaten)

(vgl.: O. Hübler)



Ansatz 1





Ansatz 2





Ansatz 3

Checklisten (0-1 Jahre und 1-4 Jahre)

1. <u>Einschätzung des Pflegebedarfs hinsichtlich krankheitsbedingter Einschränkungen / funktionaler Fähigkeiten</u>				Datum: HZ:	Datum: HZ:	Datum: HZ:	Datum: HZ:
1.01 Wie mobil ist das Kind?	1) Mobil ohne Hilfe 2) benötigt Hilfe einer Person	3) Braucht Hilfe einer Person sowie Hilfsmittel 4) Zeigt keine Eigenaktivität	0) Bettruhe	1 2 3 4 0	1 2 3 4 0	1 2 3 4 0	1 2 3 4 0
1.02 Hat das Kind Störungen in der Motorik?	1) Nein	2) Ja	0) N.b.	1 2 0	1 2 0	1 2 0	1 2 0
1.03 Wie aktiv ist das Kind?	1) Ausreichende Kraft/Energie 2) Einzelne umfangreiche Aktivitäten	3) Kurze Aktivitäten möglich 4) Keine Eigenaktivität möglich	0) N.b.	1 2 3 4 0	1 2 3 4 0	1 2 3 4 0	1 2 3 4 0
1.04 Hat das Kind Schlafstörungen?	1) Nein	2) Einschlafstörung 3) Durchschlafstörung	4) gestörter Schlaf/Wachrythmus	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4



Welcher Ansatz???

Ansatz 2.



SPF Veränderung der Körperposition	
<ul style="list-style-type: none">• Positionswechsel im Bett• stabile Sitzposition halten• aufstehen aus Sitzender Position <p>Stabile Sitzposition halten: Mit diesem Item wird eingeschätzt, wie selbständig die Person auf dem Bett oder Stuhl frei (ohne Rücken- oder Seitenstütze) sitzen kann.</p>	
4: selbständig	<ul style="list-style-type: none">- Kind beherrscht die stabile Kopf- und Rumpfkontrolle, es kann sich ohne Hilfestellung aufsetzen und selbständig sitzen- Kind benötigt keinerlei personelle Hilfe mehr und gilt nun als selbständig <p>Hinweis: Mit 9 Monaten beherrscht ein Kind die stabile Kopf- und Rumpfkontrolle, es kann sich ohne Hilfestellung aufsetzen und selbständig sitzen.</p>
3: überwiegend selbständig	<ul style="list-style-type: none">- Kind kann relativ stabil sitzen, indem es sich selbst abstützt.- Kind benötigt lediglich noch Hilfe beim Aufsetzen sowie gelegentliche Hilfe beim Aufrechterhalten der Stabilität im Sitzen. Damit kann es den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen. <p>Hinweis: Mit 8 Monaten kann das Kind relativ stabil sitzen, indem es sich selbst abstützt.</p>
2: überwiegend unselbständig	<ul style="list-style-type: none">- Kind zeigt mit dem Erlernen der Kopfkontrolle erste Aktivitäten im Entwicklungsverlauf zum Sitzen.- Ein erheblicher Teil der Handlungsschritte muss jedoch noch durch eine Pflegeperson oder Eltern geleistet werden, indem das Kind beim Sitzen gestützt oder gehalten werden muss. Somit bedarf es noch in erheblichem Maße der personellen Hilfe. <p>Hinweis: Mit 6 Monaten zeigt ein Kind mit dem Erlernen der Kopfkontrolle erste Aktivitäten im Entwicklungsverlauf zum Sitzen. Es sind nun geringe Ressourcen vorhanden, mit denen es sich beteiligen kann.</p>
1: unselbständig	<ul style="list-style-type: none">- Kind kann keinerlei Aktivitäten oder Teilhandlungen im Hinblick auf das Sitzen ausüben- Kind befindet sich noch in einem Stadium völliger Abhängigkeit von personeller Hilfe oder der Hilfe der Eltern <p>Hinweis: Unter 6 Monaten kann ein Kind keinerlei Aktivitäten oder Teilhandlungen im Hinblick auf das Sitzen ausüben.</p>



Items bezogen auf Eltern/ Bezugspersonen

Item wird übergeordnet, als alleinstehendes Item beurteilt

Anwesenheit/ Abwesenheit der Eltern/ Bezugsperson	
Beurteilt wird die Anwesenheit bzw. die Abwesenheit der Eltern/ Bezugsperson bezogen auf den aktuellen Klinikaufenthalt.	
0: abwesend	Eltern sind den überwiegenden Teil des Tages nicht bei dem zu versorgenden Kind anwesend.
1: anwesend	Eltern sind den überwiegenden Teil des Tages bei dem zu versorgenden Kind anwesend.

Item wird für jede der 10 ePA-Kategorien beurteilt

Kompensatorische Fähigkeit der Eltern/ Bezugsperson	
Die Kompensatorische Fähigkeit der Eltern bezieht sich auf die Fähigkeit zur Übernahme von Leistungen/ Handlungen die im Zusammenhang mit dem zu versorgenden Kind stehen.	
4: volle Fähigkeit	Eltern bewältigen alle anfallenden Handlungen selbständig.
3: Anleitung	Pflegefachperson <i>leitet</i> Eltern an, z.B. zu speziellen Lagerungstechniken, wenn diese durch mangelnde Kenntnisse diese Lagerung nicht selbstständig durchführen können.
2: Unterstützung	Pflegefachperson <i>unterstützt</i> die Eltern, die durch Angst, Hilflosigkeit oder Unsicherheit der Hilfe bedürfen, durch ihre Gegenwart oder durch verbalen Zuspruch.
1: keine Fähigkeit	Pflegende <i>handelt für</i> die Eltern, indem sie z.B. den richtigen Zeitpunkt für eine Bedarfsmedikation bestimmt, solange die Eltern über keine ausreichenden Kenntnisse im Umgang mit Medikamenten verfügen



•Mögliche neue Items im ePA-Kids (Auswahl)

- - Auf Kategorienebene**
 - Eltern/ Bezugsperson betreffend:*
 - Kompensatorische Fähigkeit/ Unterstützungsbedarf** der Eltern/ Bezugsperson
 - Fähigkeit **veränderte Lebenssituationen zu bewältigen** [bezieht sich nur auf Kategorienebene „Kommunikation und Interaktion“]
 - Kind betreffend:*
 - Altersentsprechende Entwicklung** des Kindes
 - Auf Itemebene**
 - Mundstatus**
 - Stillen** [bis Alter X einblenden]
 - Saugverhalten** [bis Alter X einblenden]
 - Erbrechen**



Weiteres Vorgehen

- Inhaltliche Ausarbeitung
- Testung
- Validierung
- Verknüpfung mit LEP-Maßnahmen
- Auslieferung an die KIS-Hersteller

Ziel: Ende 2015 Projektabschluss



Kliniken St. Elisabeth
Neuburg an der Donau

Fragen???