

Mario Gerdes (Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege)

Mühlenstraße 12

49624 Lönigen

Email: mariogerd@web.de

## **Facharbeit:**

# **Assessmentinstrumente in der Pflege**

## **Das ePA-AC, ein effektives und effizientes Modell für die Praxis**

Lönigen, den 25.05.11

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b><u>A</u> <u>Theoretischer Teil</u></b>	<b>2</b>
<b>2. Begriffsanalyse wichtiger Schlagwörter.....</b>	<b>2</b>
2.1 Assessment in der Pflege.....	2
2.2 Effektivität und Effizienz.....	3
<b>3. Assessmentinstrumente in der Pflege.....</b>	<b>4</b>
3.1 Vorkommen und Anwendung.....	4
3.2 Grenzen standardisierte Instrumente.....	5
3.3 Anforderungen an Assessmentinstrumente.....	8
<b>4. Das Instrument ePA-AC.....</b>	<b>11</b>
4.1 Entwicklung des ePA-AC.....	11
4.2 Ziele des ePA-AC.....	12
4.3 Aufbau des ePA-AC.....	14
4.4 Praktischer Umgang mit dem ePA-AC.....	15
4.4.1 <i>Umsetzungsmöglichkeit und –zeitpunkt</i> .....	15
4.4.2 Kodierung der Items.....	16
4.4.3 <i>SelbstPflegeIndex (SPI)</i> .....	17
4.4.4 <i>Risikodiagnostik</i> .....	17
4.5 Kritische Sichtweisen des ePA-AC.....	18
<b><u>B</u> <u>Untersuchungsplanung und Durchführung</u>.....</b>	<b>19</b>
<b>5. Empirischer Teil.....</b>	<b>19</b>
5.1 Methode.....	19
5.2 Erstellung des Fragebogens.....	19
5.2.1 <i>Kategorien</i> .....	20
5.2.2 <i>Überschrift</i> .....	21
5.3 Pretest.....	21
5.4 Überarbeitung des Fragebogens.....	22
5.5 Stichprobengröße.....	22
5.6 Datenerhebung.....	23
5.7 Datenauswertung.....	23
5.8 Ergebnis der Umfrage.....	25

	<b>Seite</b>
<b>6. Fazit.....</b>	<b>27</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>28</b>
<b>Anhang</b>	
Anhang A: ePA-AC, Kategorie Bewegung.....	30
Anhang B: ePA-AC, Kategorie Körperpflege.....	31
Anhang C: Screenshot ePA-AC.....	32
Anhang D: Bogen zur Mitarbeiterbefragung.....	33
Anhang E: Fragebogen zum Pretest.....	37
<b>Abkürzungen.....</b>	<b>39</b>
<b>Englische Zusammenfassung.....</b>	<b>40</b>
<b>Informationen zum Autor.....</b>	<b>41</b>

## 1. Einleitung

Standardisierte Assessmentinstrumente in der Pflege sind aus der täglichen Praxis nicht mehr weg zu denken. Eine individuelle Einschätzung des Patientenzustandes ist unabkömmlich, um eine speziell für den Patienten ausgelegte Pflege zu gewährleisten. Auch aus Sicht der Führungskraft kann es nur ein wichtiges Anliegen sein, dass die Pflegefachkräfte die Patientenzustände und deren Pflegebedürftigkeit richtig einschätzen.

Im Rahmen eines externen Praktikums seiner Fachweiterbildung für Leitungsaufgaben in der Pflege (FLP) ist der Verfasser dieser Arbeit auf das standardisierte Assessmentinstrument ePA-AC (ergebnisorientiertes PflegeAssessment Acute-Care), das unter anderem von Dirk Hunstein im Jahr 2002 entwickelt wurde, aufmerksam geworden. Das Praktikum absolvierte der Autor im St. Bonifatius Hospital in Lingen/Ems, eines von 14 Krankenhäusern in Deutschland, das mit dem ePA-AC arbeitet. Bis zu diesem Zeitpunkt war ihm die Existenz eines solchen Instruments für die Pflegepraxis, das mittels einer einmaligen Erhebung des Patientenzustands zugleich mehrere Risikoeinschätzungen vornimmt, nicht bekannt. Diese Tatsache war der Auslöser dafür, sich im Rahmen dieser Facharbeit näher mit diesem standardisierten Assessmentinstrument auseinander zusetzen.

Die Literaturrecherche zum Thema gestaltete sich aufgrund des sich noch entwickelnden Instruments schwierig, daher konnte der Autor nur auf geringe wissenschaftliche Literatur zurückgreifen.

Der erste Teil der Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema Assessmentinstrumente. Es wird der Frage nachgegangen, wie diese entstanden sind und wie sie angewendet werden. Des Weiteren werden die Grenzen und Risiken standardisierter Assessmentinstrumente beleuchtet, daran anschließend wird das Instrument ePA-AC beschrieben und auf Effektivität und Effizienz untersucht. Die Frage der Effizienz wird im empirischen Teil der Arbeit mittels einer quantitativen Studie bewertet. Dabei wird das ePA-AC auf die beiden relevanten Aspekte Zeit und Handhabung überprüft, die eine wichtige Rolle im Hinblick auf die Effizienz spielen. Der Verfasser führte die Befragung auf einer Abteilung des St. Bonifatius Hospitals durch, auf der er sein Praktikum absolvierte.

Abschließend fasst er seine gewonnenen Erkenntnisse aus der Befragung zusammen und erläutert, in wiefern die Aspekte der Effektivität und Effizienz des ePA-AC gegeben sind.

## **A Theoretischer Teil**

### **2. Begriffsanalyse wichtiger Schlagwörter**

Die Begriffsanalyse befasst sich mit der Klärung und Beschreibung von Begriffen. Die Notwendigkeit einer Begriffsanalyse wird darin gesehen, dass sie zu einer präzisen Sprache zwingt. Des Weiteren dient sie dem Leser zum besseren Verständnis verschiedener Begriffe. Ziel ist die Entwicklung einer einheitlichen Sprache und die wissenschaftliche Kommunikation zu fördern.

Zu Beginn werden die zentralen Begriffe „Assessment“, „Effektivität“ und „Effizienz“ definiert, die eine zentrale Bedeutung im Verlauf dieser Arbeit einnehmen. Der Begriff Assessment kann unterschiedlich genutzt und interpretiert werden, daher wird hier eine ausführlichere Art der Definition gewählt.

#### **2.1 Assessment in der Pflege**

Der Begriff Assessment ist aus dem heutigen Sprachgebrauch in der Pflege nicht mehr wegzudenken. Seit der Erarbeitung von Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) werden standardisierte Assessmentinstrumente in der Pflege immer häufiger empfohlen (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein, 2006).

In der Praxis haben sich verschiedene Assessmentinstrumente etabliert, die bestimmte Kriterien messen sollen. Aufgrund der unterschiedlichen Interpretationen dieses Begriffs, wird hier eine Definition aus der Psychologie verwendet. Die US-amerikanische psychologische Gesellschaft definiert Assessment wie folgt:

*„Assessment ist ein planvoller Problemlösungsprozess, in dem zuverlässige und relevante Informationen über ein Individuum, eine Gruppe oder Institution gesammelt werden, um informationsbasierte Entscheidungen zu treffen (Übersetzung der Autorin)“ (DeMers et al. 2000: 10. zit. in Bartholomeyczik & Halek, 2009, S.14).*

Grundvoraussetzung für die erfolgreiche Einschätzung bestimmter Kriterien ist demnach die zuverlässige Informationssammlung im Vorfeld, ohne die eine optimale Entscheidung über das weitere Vorgehen nicht möglich wäre. Im Anschluss an die Informationssammlung muss eine Bewertung dieser vorgenommen wer-

den. Sofern die Informationen als zuverlässig angesehen werden, müssen sie im Weiteren als Maßstab dienen und handlungsleitend sein.

Es wird somit deutlich, dass die Informationssammlung eine Grundvoraussetzung ist, um das vorgegebene Problem strukturiert anzugehen und es nach bestimmten Standards untersuchen zu können.

In der Praxis werden dazu meistens Instrumente verwendet, bei denen die gesammelten Informationen zu einem Gesamtpunktwert zusammengefasst werden, von dem das weitere Vorgehen abhängig ist. Hier können beispielsweise die Dekubitusrisikoskalen genannt werden, die alle einen Cut-Off-Punktwert haben. Anhand des Richtwertes können Patienten entweder als gefährdet oder nicht gefährdet eingestuft werden (z.B. Braden et al. 1994). Der Cut-Off-Punktwert legt fest, wann ein Ergebnis als positiv oder negativ anzusehen ist. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die starre Nutzung dieser Instrumente nicht immer sinnvoll ist. Beispielsweise wurde die Punkteverteilung der Nortonskala im Laufe der Zeit verändert. Darüber hinaus ist für die Braden-Skala nachgewiesen, dass die optimalen Punktwerte für gute prognostische Aussagen an den ersten fünf postoperativen Tagen täglich schwanken (vgl. Bartholomeyczik & Halek, 2009).

Eine ständige Veränderung und Überarbeitung lässt natürlich an der Zuverlässigkeit dieser Instrumente zweifeln und stellt deren Anwendung in Frage. Auf die Validität solcher standardisierter Instrumente und deren Grenzen wird in Kapitel 3.2 näher eingegangen.

## **2.2 Effektivität und Effizienz**

Der Begriff Effektivität beschreibt das Verhältnis von erreichtem Ziel zum definierten Ziel. Er soll die Wirkung einer Maßnahme beschreiben.

*„Effektivität ist die Wirksamkeit einer Intervention (einer Maßnahme), Prozedur, Dienstleistung oder anderweitigen Maßnahmen in realen Situationen unter Alltagsbedingungen für eine definierte Population (Bevölkerung)“ (Bartholomeyczik et al., 2008, S. 17).*

Effektivität ist nicht zu verwechseln mit dem Begriff Effizienz, der sich in erster Linie mit dem nötigen Aufwand beschäftigt, der zur Zielerreichung notwendig ist. Unter Effizienz versteht man demnach die Wirkung oder das Ergebnis im Verhältnis zum Aufwand, welches dann in ökonomischen Begriffen, Ressourcen

oder Zeit ausgedrückt wird. Das Ergebnis wird immer in Beziehung zum Aufwand gesetzt. Bei der Effektivität steht das Ergebnis für sich allein (vgl. Bartholomeyczik et al., 2008).

Anhand eines Beispiels aus der Praxis werden diese beiden Begriffe noch mal verdeutlicht:

Eine Person möchte mit einem Auto möglichst schnell von A nach B gelangen. Wenn die Person einen Sportwagen benutzt, ist sie schneller als mit einem normalen PKW. Daher ist der Sportwagen effektiver. Der normale PKW ist zwar langsamer, hat aber auch weniger Energieverbrauch. Wenn die Person es also auch mit dem PKW rechtzeitig (wenn auch langsamer) zum Zielort schafft, dann ist dieses effizienter.

### **3. Assessmentinstrumente in der Pflege**

Seit Einführung der Expertenstandards in der Pflege seitens des DNQP ist die Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten immer häufiger geworden. Sie geben einerseits Aufschluss über Aspekte der Pflegebedürftigkeit, andererseits nehmen diese Instrumente Risikoeinschätzungen vor, z.B. die der Dekubitusgefahr. Im folgenden Abschnitt werden Assessmentinstrumente genannt und es wird auf deren Vorkommen und Anwendung eingegangen.

#### **3.1 Vorkommen und Anwendung**

In der Pflegepraxis kommen Assessmentinstrumente in erster Linie als Skalen oder als kurze Checklisten zur Anwendung. Mit Hilfe dieser standardisierten Instrumente soll eine Einschätzung der Pflegediagnostik und der Risikodiagnostik vorgenommen werden.

Einerseits gibt es Instrumente, die eigens dafür angelegt sind, ein breites Spektrum der Pflegebedürftigkeit zu erfassen. An dieser Stelle wird als Beispiel das Resident Assessment Instrument (RAI, Garm-Homolova et al., 1999) genannt, das aus dem Amerikanischen kommt und für die stationäre Altenpflege übernommen wurde. Andererseits sind Screeninginstrumente angelegt, die einen Überblick über wichtige Aspekte der Pflegebedürftigkeit geben. Hier zu nennen sind beispielsweise die Pflegeabhängigkeitsskala PAS (Lohmann 2004), oder speziell für das Akutkrankenhaus entwickelte ePA-AC (Hunstein et al. 2005), auf welches im späteren Verlauf ausführlicher eingegangen wird. Die Einschätzungsinstrumente zur Risikoerfassung sind in der Praxis am häufigsten. An dieser Stel-

le wird auf eine Möglichkeit der Diagnostik zur Dekubitusgefahr eingegangen. Es wird deutlich, dass sich in den letzten Jahren viel getan hat und veraltete Instrumente nicht mehr den neuesten Qualitätsanforderungen entsprechen. War vor über 20 Jahren noch die Nutzung der Nortonskala zur Diagnostik des Dekubitusrisikos üblich, werden heute längst andere Dekubituskalen empfohlen (DNQP 2004) (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein, 2006).

Weit verbreitet sind nicht nur die Instrumente zur Einschätzung der Dekubitusgefahr. Es gibt noch sehr viel andere Assessmentinstrumente zur Risikoerkennung, wie z.B. zur Einschätzung von Bewusstsein (beispielsweise die Glasgow Coma Scale) oder zur Erkennung von Mangelernährung oder dem Sturzrisiko.

Die Handhabung der meisten Instrumente ist sehr einfach. Damit ein großer Schreibaufwand entfällt, sind die meisten Einschätzungsverfahren so angelegt, dass der Anwender nur das zutreffende Merkmal ankreuzen muss. In der Regel werden die Kreuze in Zahlen umgewandelt, sodass sich dann mit diesen ein messbares Ergebnis erzielen lässt. Wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, kann anhand der Cut-Off Punktevergabe erkannt werden, ob ein Risiko vorliegt oder nicht.

Es gibt jedoch zwei weitere Gründe, warum standardisierte Instrumente immer mehr Einzug in die Pflegepraxis erhalten. Zum einen erhöht sich in allen Pflegebereichen der Dokumentationsaufwand erheblich. Durch die standardisierten Instrumente erhofft man sich eine deutliche Vereinfachung. Zum anderen besteht nach Einführung der DRG-basierten Finanzierung die begründete Befürchtung, dass pflegerische Leistungen unzureichend berücksichtigt werden. Hier sollen Assessmentinstrumente als Grundlage für die Transparenz pflegerischer Leistungen und möglichst für ein gut begründetes Personalbemessungssystem genutzt werden (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein, 2006).

Im folgenden Kapitel wird auf die Grenzen standardisierter Instrumente eingegangen. Es wird unter anderem beschrieben, warum die Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten auch kritisch anzusehen ist.

### **3.2 Grenzen standardisierter Instrumente**

Im ersten Teil dieses Kapitels geht der Autor auf die Voraussetzungen des Anwenders eines Assessmentinstrumentes ein. Eine korrekte Handhabung mit dem Instrument ist unabkömmlich. Wenn dieses nicht gegeben ist, kann das Instrument auch nicht das messen, was es messen soll.



*„Die Nutzung von Assessmentinstrumenten verlangt grundsätzlich eine spezifische Expertise<sup>1</sup>. Die Auslegung von Ergebnissen der Informationssammlung mit diesem Instrument erfordert die Interpretation vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Pflegenden, der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Lebenswelt des Patienten oder Pflegebedürftigen (Schrems 2007). Hermeneutische Kompetenz in dem Sinne, den Fall auch aus der Sicht des Falles rekonstruieren zu können, ohne dabei die professionelle Sicht aufzugeben, ist neben den Kenntnissen der wissenschaftlichen Grundlagen Voraussetzung für eine gute Pflegediagnostik“ (Bartholomeyczik & Halek, 2009, S. 16).*

Unumgänglich für die Nutzung der Assessmentinstrumente ist also die Berufserfahrung des Anwenders, denn nur diese gewährleistet eine korrekte Einschätzung der Patienten oder Pflegebedürftigen. Von besonders großer Bedeutung ist es, dass die Einschätzungsergebnisse Konsequenzen haben müssen, indem z.B. durch Punktwertkombinationen nachfolgende Prozesse resultieren. Überflüssig ist es dann, wenn ein Instrument ausgefüllt, abgeheftet und im Ordner oder Computer fortan ein unberührtes Dasein fristet. Eine Diagnostik ohne Folgen ist eine überflüssige Diagnostik (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein, 2006). Aus der Einschätzung müssen also unbedingt Konsequenzen gezogen werden, was in der täglichen Praxis jedoch nicht immer konsequent durchgeführt wird. Assessmentinstrumente müssen theoretische Gütekriterien besitzen, bevor sie empfohlen werden können. Dabei handelt es sich um die Reliabilität und die Validität, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll.

*„Instrumente sollen danach untersucht werden, ob verschiedene Nutzer in derselben Situation, also bei demselben Patienten auch zu demselben Ergebnis kommen (Interraterreliabilität). Ein Instrument ist wenig hilfreich, wenn es nur vom Anwender abhängt, welches Ergebnis dabei herauskommt“ (Bartholomeyczik & Hunstein, 2006, S. 317).*

Außerdem ist es von großer Bedeutung, dass untersucht wird, ob das Instrument das gleiche Ergebnis erzielt, wenn es zu verschiedenen Zeitpunkten eingesetzt wird (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein, 2006).

---

<sup>1</sup> Fachkenntnis ([www.duden.de](http://www.duden.de))

Ein Assessmentinstrument ist also nur reliabel, wenn verschiedene Nutzer in derselben Situation zum gleichen Ergebnis kommen. Ebenso muss bei einer Anwendung des Instrumentes zu verschiedenen Zeitpunkten das gleiche Ergebnis erzielt werden.

Die Frage nach der Validität eines Instrumentes ist durchaus schwieriger zu beantworten. Es stellt sich dabei die Frage, ob das Instrument wirklich das misst, was es messen soll. Validitätsuntersuchungen gestalten sich sehr häufig schwierig, weil es oft keinen wissenschaftlich untersuchten Standard gibt, mit dem das zu messende Objekt verglichen werden kann.

*„Leider müssen die meisten Validitätsuntersuchungen unzählige Kompromisse eingehen, weil es in der Regel keinen Goldstandard für das zu messende Objekt gibt. [...] Ideal sind Situationen, in denen ein neues Instrument tatsächlich mit einem Goldstandard verglichen werden kann. Im Gesundheitsbereich sind dies manchmal Laborparameter, wie dies z.B. beim Thema Mangelernährung lange Serumalbumine waren, die inzwischen allerdings relativ kritisch gesehen werden (Bauer et al. 2006)“ (Bartholomeyczik & Halek, 2009, S. 19).*

Trotz der bekannten Problematik sind standardisierte Assessmentinstrumente weit verbreitet und finden regelmäßige Anwendung. Es stellt sich die Frage, warum Assessmentinstrumente, obwohl sie nicht als valide angesehen werden, in der Pflegepraxis an der Tagesordnung sind. Die Antwort geben Bartholomeyczik und Halek in ihrem Buch am Beispiel zur Einschätzung eines Dekubitusrisikos.

*„Eine systematische Übersichtsarbeit zu Dekubitus-Risikoskalen zeigt allerdings auch positive Wirkungen durch ihre Anwendung (Pancarbo-Hidalgo et al. 2006). Die Risikovorhersage mit der Nutzung der Braden- oder Norton-Skala ist genauer als die klinische Einschätzung. Auch konnte gezeigt werden, dass die Anwendung einer Dekubitusrisikoskala dazu führt, dass die Intensität und Effektivität von präventiven Maßnahmen zunimmt“ (Bartholomeyczik & Halek, 2009, S. 20).*

Die Pflegepraxis richtet sich nach den Leitlinien des DNQP. Selbst wenn die Reduzierung der Dekubitusprävalenz durch die Nutzung der Einschätzungsinstru-

mente nicht nachgewiesen werden konnte, zeigen sie dennoch positive Ergebnisse durch deren Anwendung.

Die Aussage von Bartholomeyczik & Halek ist zum einen nachvollziehbar, zum anderen aber auch als kritisch zu betrachten. Durch Anwendung der Skalen zur Risikoermittlung nimmt sicherlich die Intensität und Effektivität von Präventivmaßnahmen zu. Andererseits ist die Nortonskala ein Instrument, welches von der Expertengruppe als sehr skeptisch betrachtet wird. Die aktuellsten wissenschaftlichen Studien raten sogar von einer Verwendung spezieller Assessmentinstrumente ab. Das DNQP schreibt dazu in seiner aktuellsten Ausgabe:

*„Ein spezifisches Assessmentinstrument für die Erfassung von Dekubitusrisikofaktoren oder des Dekubitusrisikos wird nicht empfohlen, da sich in den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen keine Belege finden, die die Anwendung eines solchen Instrumentes für die Dekubitusrisikoeinschätzung unterstützen. [...] Die Aussagekraft dieser Studien ist durchgängig aufgrund des Fehlens eines gültigen Goldstandards für die Validierung von Dekubitusrisikoskalen limitiert“ (DNQP, 2010, S. 25/26).*

Die Feststellung des Dekubitusrisikos soll laut Empfehlung des DNQP durch die Einschätzung einer Pflegefachkraft erfolgen. Durch eine Beobachtung des Patienten soll sie vorliegende Risikofaktoren wahrnehmen und dementsprechende Maßnahmen einleiten.

Zusammenfassend kann hier gesagt werden, dass standardisierte Instrumente nicht immer als effektiv anzusehen sind. Dies muss aber nicht gleichzeitig heißen, dass eine Ineffektivität vorliegt, denn dass Assessmentinstrumente ihren Nutzen haben, ist unumstritten.

Mit der Validität und der Reliabilität sind in diesem Kapitel bereits zwei wichtige Aspekte angesprochen worden, die ein Assessmentinstrument unbedingt aufzuweisen hat. Es gibt jedoch noch weitere Anforderungen, die unabkömmlich sind, auf die im nächsten Abschnitt näher drauf eingegangen wird.

### **3.3 Anforderungen an Assessmentinstrumente**

Insgesamt vier Qualitätsmerkmale hat ein Einschätzungsinstrument aufzuweisen, damit es den Anforderungen entspricht. Dazu zählen die Reliabilität und Validität, die bereits in Kapitel 3.2 beschrieben wurden. Außerdem muss klar beschrieben

sein, ob die Entwicklung des Instrumentes auf theorie- oder empiriebasierten Inhalten beruht. Das vierte Qualitätsmerkmal ist die Praktikabilität, auf die am Ende dieses Kapitels näher eingegangen wird.

Ob ein Instrument auf theorie- oder empiriebasierten Inhalten beruht, ist nur dann zu klären, wenn bekannt ist, wie das Instrument entwickelt wurde und mit welcher Begründung die darin vorkommenden Inhalte angesprochen werden. Weiter muss geklärt sein, ob die Inhalte auf einem begründeten Konzept beruhen. Es sollte außerdem deutlich werden, aus welchem Grund Formulierungen für Fragen oder Items<sup>2</sup> gewählt wurden. Die hinterlegten Begriffe müssen eindeutig und klar definiert sein. Diese Qualitätsmerkmale sind so ungemein wichtig, da die meisten Instrumente, die in der Pflege verbreitet sind, oft inhaltlich damit begründet werden, dass sich die Notwendigkeit des Instrumentes aus der Praxis heraus ergab (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein, 2006).

In diesem Zusammenhang ist der Begriff „Praxis“ ein gutes Stichwort. Der Umgang mit dem Instrument und die damit verbundene Praktikabilität ist ein wichtiger Aspekt, denn wird der Mitarbeiter nicht in die Handhabung eingewiesen, können hieraus auch keine verwertbaren Ergebnisse resultieren.

*„Natürlich ist ein wissenschaftlich noch so gut getestetes Instrument wenig hilfreich, wenn es nicht praxistauglich ist. Deswegen sollte es vor einer großen Verbreitung erst in der Praxis erprobt werden“ (Bartholomeyczik & Hunstein, 2006, S. 317).*

Andererseits ist die Nutzbarkeit eines praktikablen Instrumentes fraglich, wenn es nicht als valide oder reliabel bewertet wird. Es müssen also alle Kriterien Berücksichtigung finden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass standardisierte Instrumente pflegerisches Denken transparent und bewertbar machen. Es ist in jedem Fall unabhömmlich Mitarbeiter zu schulen. Der entscheidende Punkt ist allerdings, dass standardisierte Assessmentinstrumente zu einer Diagnostik mit Folgen im pflegerischen Bereich führen müssen.

---

<sup>2</sup> Ein Item ist ein Element eines Fragebogens, eines Tests oder einer Skala, das im Rahmen der (Markt-) Forschung eine Auskunftsperson zu einer verwertbaren Reaktion veranlassen soll. ([www.marketing.ch](http://www.marketing.ch))

Im folgenden Kapitel wird auf das Instrument ePA-AC eingegangen. Das Besondere an diesem Assessment ist, dass dieses der Einschätzung mehrerer Risiken dient, wie z. B. dem Dekubitus-, Sturz- und Pneumonierisiko.

#### 4. Das Instrument ePA-AC

Beim ePA-AC handelt es sich um ein vollstandardisiertes Assessmentinstrument, welches speziell für die Anwendung in Akutkrankenhäusern entwickelt wurde. Zur Entstehungsgeschichte sowie auf die Inhalte des Instrumentes wird im nächsten Kapitel eingegangen.

##### 4.1 Entwicklung des ePA-AC

Das ePA-AC wurde durch die Dr. Horst Schmidt Klinik (HSK) in Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke konzipiert. Die Entwicklung des Instruments begann im Jahr 2002, im darauf folgenden Jahr kam das ePA-AC zum ersten Mal zur Anwendung. Die klinische Testphase lief von 2004 – 2008. Im Mai 2008 wurde das Konzept ePA-AC zur Weiterentwicklung an das ePA Competence Center übergeben.

Das ePA-AC gibt Aufschluss über die Erhebung von Daten zu Pflegeaufwand und –qualität sowie zur Pflegeplanung. Wesentliche Merkmale der Pflegebedürftigkeit werden durch Screening von Patientenfähigkeiten und -zuständen erhoben. Durch die Gewichtung von bestimmten Fähigkeitseinschränkungen durch Punktwerte erfolgt zusätzlich ein Risikoassessment für Dekubitus, Sturz, Pneumonie und für ein Versorgungsdefizit nach Entlassung (vgl. Helberg et al., 2010). In der neusten Version des ePA-AC 2.0 von Mai 2010 ist zusätzlich die Abklärungserfordernis für die Verwirrtheit, Delir und Demenz aufgenommen worden. Der Ursprung dieses Projektes liegt unter anderem darin begründet, Ergebnisse der Pflege messbar zu machen.

*„Neben diesem Auftrag, Ergebnisse der Pflege messbar zu machen, wurde die Entwicklung des ePA-AC durch Überlegungen zur praktischen Umsetzung der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) beeinflusst“ (Bartholomeyczik & Halek, 2009, S. 60).*

Als Intention des ePA-AC gilt, eine umfassende Risikodiagnostik anhand der Einschätzung von Patientenzuständen durchzuführen. Dieses soll anhand der Bewegungsfähigkeit verdeutlicht werden.

Die Bewegungsfähigkeit spielt bei fast allen bisher veröffentlichten DNQP-Standards eine Rolle. Der Gedanke zielt darauf ab, die Pflegenden nicht mit einer

Vielzahl von unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten zu konfrontieren, sondern wesentliche Daten nur einmal erheben zu müssen und die hieraus gewonnenen Erkenntnisse für alle weiteren Schritte (Differenzialdiagnostik, Ableitung der erforderlichen weiteren Handlungsschritte und abschließende Ergebnisbewertung) zentral zur Verfügung zu stellen (vgl. Bartholomeyczik & Halek, 2009).

Somit kann durch die einmalige Einschätzung der Bewegungsfähigkeit nicht nur die Einschätzung des Dekubitusrisikos vorgenommen werden. Das ePA-AC ermittelt zusätzlich die Gefahr von Pneumonie, Sturz und poststationärem Versorgungsdefizit, was für die Pflegenden eine deutliche Zeitersparnis bedeutet.

Solch ein Instrument sollte auch die in Kapitel 3.3 dargestellten Gütekriterien, die ein Assessment enthalten muss, erfüllen können. Neben der Praktikabilität muss es zuverlässig und gültig sein. Daher wurden multizentrische Studien durchgeführt, die folgende Gütekriterien überprüft und belegt haben: Feasibility<sup>3</sup>, Interraterreliabilität sowie verschiedene Aspekte der Validität. Durch den Entwicklungsprozess ist bereits die Praktikabilität sichergestellt, auf die in Kapitel 4.4, sowie im empirischen Teil noch näher eingegangen wird (vgl. Bartholomeyczik & Halek, 2009).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, das ePA-AC ist in seiner Form anwendbar, zudem sind Kriterien der Validität und Reliabilität gegeben. Der Aspekt der Effektivität wird somit erfüllt, denn das ePA-AC misst wirklich das was es messen soll.

Wie schon erwähnt, gibt das ePA-AC Hinweise auf die Risikobereiche Dekubitus, Sturz, Mangelernährung, nosokomiale Pneumonie, poststationäres Versorgungsdefizit sowie Verwirrtheit, Delir und Demenz. Auf die genauen Ziele des ePA-AC wird im Folgenden näher eingegangen.

#### **4.2 Ziele des ePA-AC**

Das Assessmentinstrument ePA-AC macht nicht nur Aussagen über Fähigkeiten von Patienten oder nimmt eine Risikoeinschätzung vor, sondern liefert beispielsweise auch wichtige Informationen zu DRG-relevanten Patientenzuständen und garantiert eine MDK-sichere Dokumentation. Zur besseren Übersicht werden in der folgenden Abbildung die Ziele des ePA-AC aufgeführt.

---

<sup>3</sup> Durchführbarkeit, Machbarkeit ([www.duden.de](http://www.duden.de))

1. Das Instrument soll Aussagen über die Fähigkeiten eines Patienten geben, für sich selber zu sorgen, indem Kennzeichen und Symptome pflegerelevanter Phänomene im Akutkrankenhaus standardisiert erfasst und bewertet werden.
2. Veränderungen im Bezug auf die Fähigkeiten von Patienten im Verlauf des Versorgungsprozesses sollen dargestellt werden.
3. Das ePA-AC soll Informationen über den poststationären Pflegeaufwand voraussagen können.
4. Durch das Verwenden von Triggerpunkten werden nachfolgende Prozesse, wie z.B. Leitlinien und/oder eine differenzierte, vertiefende Diagnostik angesteuert.
5. Eine Risikoeinschätzung von Dekubitus, Sturz, Mangelernährung, nosokomialer Pneumonie sowie poststationärem Versorgungsdefizit wird erhoben (nach der neuen Version werden auch die Schwerpunkte der Verwirrtheit sowie der Demenz und Delir berücksichtigt).
6. Pflegehandlungen werden initiiert.
7. Das ePA-AC gibt Informationen über DRG –relevante Patientenzustände. Es versichert zudem eine MDK –sichere Dokumentation.
8. Das Instrument soll standardisierte Hinweise zur Schwere der Pflegebedürftigkeit zulassen.
9. Durch die Ermittlung von Routinedaten soll Pflege messbarer werden.
10. Die Epidemiologie von Pflegebedürftigkeit im Akutkrankenhaus soll transparent gemacht werden.

Abb. 1: Ziele des ePA-AC, eigener Entwurf des Autors, (vgl. Bartholomeyczik & Halek, 2009)

Anhand der Tabelle ist zu erkennen, dass das Instrument Patienten erfasst, die ein poststationäres Versorgungsdefizit aufweisen. In diesem Punkt hebt sich das Assessment von anderen Instrumenten ab. Außerdem wird die Pflege im Akutkrankenhaus transparenter. Die Pflegebedürftigkeit lässt sich durch das ePA-AC begründen und bewerten.

Nachdem die Ziele nun bekannt sind, wird im nächsten Abschnitt auf den Aufbau des ePA-AC eingegangen. Zudem wird erläutert, warum dieses Assessment nicht auf einer Pflgetheorie beruht.



### 4.3 Aufbau des ePA-AC

Das Assessmentinstrument ePA-AC ist so konzipiert, dass es in den unterschiedlichsten pflegerischen Einrichtungen eingesetzt werden kann. Um dies zu ermöglichen, ist das ePA-AC bewusst nicht auf einer Pflege Theorie abgestimmt. Dies ist auch nicht zwingend notwendig, denn bis heute ist nicht belegt, dass die Anwendung einer bestimmten Theorie zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führt (vgl. Bartholomeyczik & Halek, 2009).

Beeinflusst wird der theoretische Hintergrund aber durch die Pflege Theorie nach Orem (1985), in der beschrieben ist, dass das Individuum normalerweise in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen. Bei bestehender Beeinträchtigung dieser Fähigkeiten kann es dazu kommen, dass der Einsatz beruflich Pflegenden unumgänglich wird. Der Selbstpflegeindex spielt in dem Assessmentinstrument ePA-AC demnach eine große Rolle. Das zu erwartende Versorgungsdefizit wird hier errechnet, welches der Patient nach dem stationären Aufenthalt zurück behält.

Grundsätzlich setzt sich das ePA-AC aus zwei Teilen zusammen. Zum einen gibt es stabile/unveränderliche Stammdaten (z.B. Versorgungsform zu Hause oder der BMI), zum anderen wird von veränderlichen Patientenfähigkeiten und –zuständen gesprochen. Diese werden in den nun folgenden zehn Kategorien mit insgesamt 54 Items (nach Version 2.0) erfasst:

1. Bewegung	6. Kommunikation/ Interaktion
2. Körperpflege und Kleiden	7. Schlafen
3. Ernährung	8. Atmung
4. Ausscheidung	9. Schmerzen
5. Kognition/ Bewusstsein	10. Dekubitus/Wunden

Tab. 1: ePA-AC Kategorien, eigener Entwurf des Autors

Nach diesen zehn genannten Kategorien ermittelt sich täglich der neue Patientenzustand. Jede Kategorie besitzt eine unterschiedliche Zahl an Items, die von der Pflegefachkraft einzuschätzen sind.

Um auf die Praktikabilität des Instruments näher einzugehen, werden im folgenden Abschnitt grundsätzliche Schritte der Erhebung erläutert. Außerdem wird auf die Risikodiagnostik näher eingegangen.

#### **4.4 Praktischer Umgang mit dem ePA-AC**

Die Erläuterung des praktischen Umgangs mit dem ePA-AC erfolgt anhand der Papierversion 2.0. Als Grundlage beruft sich der Autor auf das Anwender-Handbuch ePA-AC 2.0, das zur Erarbeitung des nun folgenden Kapitels zur Hilfe genommen wurde.

Die elektronische Version (Software) unterscheidet sich bezüglich der allgemein gültigen Regeln nicht von der Papierversion. Unterschiede gibt es lediglich im Aufbau der Bildschirmmasken oder der Verknüpfung zu nachfolgenden Prozessen. Dies ist abhängig von der verwendeten Software (vgl. Anwender - Handbuch ePA-AC Version 2.0, Stand Mai 2010).

##### *4.4.1 Umsetzungsmöglichkeit und -zeitpunkt*

In Anlehnung an die Expertenstandards des DNQP wird eine Ersteinschätzung des Patienten durch die Pflegefachkraft innerhalb der ersten 24 Stunden vorgenommen. Wie es auch der Pflegeprozess im ersten Schritt vorsieht, werden Stammdaten erhoben, welches eine erste Grobeinschätzung der Selbstpflegefähigkeiten zur Folge hat. Tritt der Fall auf, dass es bei der Ersteinschätzung zu Einschränkungen kommt, müssen alle Items der entsprechenden Kategorie(n) auf dem Erhebungsbogen eingeschätzt werden.

Es gibt auch Patienten, die bei der Aufnahme keine Einschränkungen in ihren Fähigkeiten aufweisen. Dieses wird mit einem Kreuz im Stammbblatt unter „keine Beeinträchtigung“ festgehalten. Sollte sich der Zustand des Patienten im Verlauf der Behandlung verändern, die Selbstpflegefähigkeiten abnehmen, so wird ein differenzierter Erhebungsbogen angelegt. Auf dem Stammbblatt wird unter „Veränderungen im Verlauf“ markiert, dass ein Anlegen des Erhebungsbogens zeitversetzt zum Aufnahmedatum notwendig wurde. Das zugehörige Datum wird im Feld „ePA angelegt am“ eingetragen. Bei der EDV – Version erfolgt dieser Schritt automatisch durch das Vornehmen einer Zwischeneinschätzung.

Die Wichtigkeit dieser Zwischeneinschätzungen von Patienten zeigt sich darin, dass sie Veränderungen der Patientenzustände aufzeigen. Außerdem können Verläufe der Patientenzustände während des stationären Aufenthalts wesentlich transparenter dargestellt werden. Zwischeneinschätzungen sollten laut Empfehlung des ePA-AC Handbuches täglich vorgenommen werden. Der Hintergrund ist, dass das ePA-AC mit einem Diagnose- oder Maßnahmenkatalog (z.B. LEP = Leistungserfassung in der Pflege) verknüpft ist, welcher durch die tägliche ePA-

AC Einschätzung die Begründung der erhobenen Maßnahmen findet. Sollte sich der Patientenzustand nicht verändern, werden die Maßnahmen weitergeführt wie bisher. Dies wirkt sich auf einen wesentlich geringeren Dokumentationsaufwand aus.

Die Beurteilung des Patientenzustandes wird von einer Pflegefachkraft vorgenommen, die den Patienten betreut hat. Nur so kann eine individuelle Einschätzung vorgenommen werden. Eine zeitnahe Bewertung ist ebenso unabkömmlich wie die Tatsache, dass augenblickliche Zustände von Patienten beurteilt werden sollen und nicht potentielle Fähigkeiten sowie die Selbsteinschätzung des Patienten. Bei schwer einschätzbaren Patienten wird empfohlen, sich mit Kollegen zu beraten oder dies im Rahmen der Übergabe im Team zu diskutieren.

#### *4.4.2 Kodierung der Items*

Die Items der Kategorien sind durchweg skaliert. Dies bedeutet das Patientenzustände und Fähigkeiten nach Zahlenwerten ausgedrückt werden. Die fähigkeitsbezogenen Items weisen vier Ausprägungsgrade auf. Da es im ePA-AC hauptsächlich darum geht, Fähigkeiten zu erfassen, verwendet man die hohe Zahl (4) für ein großes Vorhandensein an Fähigkeiten. Die niedrige Zahl (1) wird dann angewendet, wenn Fähigkeiten nicht oder nur eingeschränkt vorhanden sind. Daher gilt folgendes:

4 = volle Selbstpflegefähigkeit/ keine Beeinträchtigungen

1 = keine Selbstpflegefähigkeit/ vollständige Beeinträchtigung

Die Werte 2 und 3 liegen dazwischen. Für alle Items gilt folgende Faustregel:

Bei der Bewertung eines Items mit der Zahl 1 oder 2 liegt immer ein erhöhtes Risiko vor. Bei dieser Bewertung muss diesem Item eine erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Es gibt jedoch auch Items, bei der die Viererskalierung nicht sinnvoll ist. Dies ist dann der Fall, wenn Items nur mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können (z.B. bei der Frage nach einem veränderten Gangbild). In diesem Fall werden zutreffende Aussagen mit 1 und negative Antworten mit 4 bewertet.

Zum besseren Verständnis sind im Anhang die Kategorien „Bewegung“ und „Körperpflege“ abgebildet. Die Schaubilder dieser zwei Kategorien verdeutlichen, wie sie aufgebaut sind und dass es Einschätzungen gibt, bei der die Viereskalierung nicht sinnvoll eingesetzt werden kann (siehe Anhang A + B). Die beiden Kategorien werden anhand der EDV-Version dargestellt.

#### 4.4.3 SelbstPflegeIndex (SPI)

Um ein potentielles poststationäres Versorgungsdefizit auszuschließen, wurde der SPI entwickelt. Dieser errechnet sich durch die Einschätzung von neun funktionalen und einem kognitiven Item. Da die Items in einer Viererskalierung vorliegen, bedeutet ein SPI von 10 eine totale Abhängigkeit. Ein SPI von 40 bedeutet dagegen eine totale Selbständigkeit.

Der SPI wurde entwickelt, um der Forderung des Expertenstandards nach einem „Entlassungsmanagement“ nachzukommen. Befindet sich der SPI des Patienten nach seiner ePA-AC Einschätzung unter 32, besteht ein poststationäres Versorgungsdefizit.

Anhand des Screenshots (Anhang C) ist gut zu erkennen, wie übersichtlich der SPI und das Dekubitusrisiko auf der Startseite der EDV – Version dargestellt werden. Täglich werden die ermittelten Ergebnisse in einer Graphik angezeigt. Es kann festgestellt werden, ob ein Risiko vorliegt und wie die Entwicklung des Patienten im Verlauf des Aufenthaltes ist. Außerdem sind die zehn Kategorien zur Risikoeinschätzung unten am Bildschirm aufgeführt. Des Weiteren wird unter dem Punkt „Ergebnisse“ aufgeführt, ob ein Sturz- oder Pneumonierisiko besteht. Ist das Ergebnis positiv, wird im danebenliegenden Feld der Grund des Risikos angezeigt. Der Anhang C ist beruht auf die Umsetzung von Siemens medico//s. Das Design der Darstellung kann sich von denen anderer Softwareanbieter unterscheiden

#### 4.4.4 Risikodiagnostik

Durch die Einschätzung der zehn Kategorien wird eine Ermittlung von unterschiedlichen Risikobereichen unternommen, auf die im weiteren Verlauf näher eingegangen wird.

**SelbstPflegeIndex:** Durch den SPI, wie bereits in Kapitel 4.4.3 beschrieben, wird die Gefahr des poststationären Versorgungsdefizits errechnet. In der Papierversion des ePA-AC sind die Felder, die sich auf den SPI beziehen, grün hinterlegt. Der Richtwert (32) des SPI ist einrichtungsbezogen festzulegen, da in Einrichtungen unterschiedliche Schwerpunkte zu finden sind.

**Dekubitusrisiko:** Zur Einschätzung des Dekubitusrisikos wurde die Braden Skala in das ePA-AC integriert. Die blauen Felder stehen für die Ermittlung des Risikos, wobei die Abstufung erneut einrichtungsbezogen festgelegt werden sollte. Auch hier gilt, je höher der Punktwert desto unwahrscheinlicher das Dekubitusrisiko.

Pneumonierisiko: Zur Ermittlung von Risikoindikatoren für die Entwicklung einer nosokomialen Pneumonie sind die gelb hinterlegten Felder maßgebend. Ein Risiko besteht dann, wenn eines dieser Felder mit der Ausprägung eins oder zwei eingestuft wird.

Sturzrisiko: Die in der Papierversion rosa hinterlegten Felder spielen hier die gleiche Rolle wie zuvor die gelb hinterlegten. Eine prinzipielle Gefahr besteht dann, wenn die Einschätzung mit eins oder zwei getroffen wurde.

Mangelernährung: Mit dem Stammbblatt und den Einschätzungen der Kategorien des ePA-AC ermitteln sich Hinweise, die eine Mangelernährung aufzeigen.

Abklärungserfordernis Verwirrtheit/ Delir/ Demenz: Nähere Hinweise auf die Notwendigkeit einer tiefgehenden Diagnostik geben die in der Papierform mit einer roten Eins gekennzeichneten Items.

Zum Zeitpunkt der Herausgabe der Version 2.0 stand bereits die Berücksichtigung des „Palliativ-Konsil“ im Raum. Da die Testung jedoch noch nicht abgeschlossen ist, wird sie hier nur am Rande erwähnt.

Da ein Instrument nicht nur positive Aspekte aufweist, werden im folgenden Kapitel Punkte angesprochen, die kritisch hinterfragt werden.

#### **4.5 Kritische Sichtweisen des ePA-AC**

Das Assessment ermittelt eine Fülle von Risiken, die der Patient aufweist. Jedoch gibt es Bereiche, vor allem im kognitiven Bereich, für die bisher noch keine geeigneten Messinstrumente entwickelt wurden. Beispielsweise können hier Phänomene wie Angst und Trauer genannt werden, die nur schwer mit einem oder maximal zwei Items valide zu messen sind (vgl. Bartholomeyczik & Halek, 2009). Zur Ermittlung des Dekubitusrisikos hat das ePA-AC die Braden Skala eingebaut. Doch wie bereits in Kapitel 3.2 beschrieben, empfiehlt der DNQP nicht die Anwendung von Assessmentinstrumenten zur Dekubitusrisikoerfassung, sondern legt primär Wert auf die Fachkenntnisse der Pflegekraft.

Bei der Einschätzung von Patientenzuständen arbeiten meist mehrere Personen mit dem Assessment. Hier stellt sich die Frage, ob die Beurteilung des gleichen Patientenzustandes von einer anderen Pflegeperson identisch beurteilt worden wäre.

Im nun folgenden empirischen Teil wird unter anderem auf diese Frage näher eingegangen. Ebenso steht die Effizienz des ePA-AC im Mittelpunkt der nun folgenden quantitativen Studie.

## **B Untersuchungsplanung und Durchführung**

### **5. Empirischer Teil**

Um die Effizienz des ePA-AC aufzeigen zu können, wird die derzeitige Situation anhand eines selbst entwickelten Fragebogens erhoben. Die Studie wird an einem Testkrankenhaus durchgeführt, das seit circa einem Jahr mit dem ePA-AC arbeitet. Anhand der Ergebnisse der Befragung lässt sich darstellen, in wieweit das Instrument effizient ist und wo es noch Handlungsbedarf gibt.

Die zu überprüfende Hypothese der Arbeit lautet:

Die Effizienz des ePA-AC lässt sich anhand des entwickelten Fragebogens erheben.

#### **5.1 Methode**

Zur Untersuchung der formulierten Hypothese wurde ein quantitatives Studiendesign gewählt, das sich auf alle Vorgehensweisen zur numerischen Darstellung empirischer Sachverhalte bezieht. Ziel dieser Studie ist es, theoretische Annahmen deduktiv zu prüfen, d.h. Ansichten sind vom Einzelnen auf die Gesamtheit abzuleiten. Quantitative Studien beinhalten unter anderem eine Stichprobenauswahl oder eine Datenerhebung und –analyse (vgl. Fleddermann, A., 2010). Die Hauptgütekriterien der quantitativen Forschung Objektivität, Reliabilität und Validität werden in Kapitel 5.2 näher beschrieben.

Das zur Datenerhebung verwendete Instrument ist ein speziell für diese Erhebung konstruierter Fragebogen, der vom Autor entworfen wurde.

#### **5.2 Erstellung des Fragebogens**

Zu Beginn der Fragebogenerstellung steht die Sammlung möglicher Fragen, anhand derer sich die Effizienz des ePA-AC messen lässt. Die so gewonnenen 18 Items lassen sich in zwei Kategorien aufteilen, in die der „Handhabung“ und der „Zeit“.

Um zu überprüfen, ob der konstruierte Fragebogen (siehe Anhang D) den wissenschaftlichen Anforderungen entspricht, wird dieser anhand der drei in der quantitativen Forschung dominierenden Gütekriterien untersucht.

Um die Qualität und Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen sichtbar zu machen, wurden Gütekriterien entwickelt. Die drei in der quantitativen Forschung geltenden Haupt-Gütekriterien sind Objektivität, Reliabilität und Validität.

Die Objektivität soll sicher stellen, dass die Testergebnisse unabhängig von der Person entstanden sind, die den Test ausgewertet hat (vgl. Mayer, 2002). Diese wird erreicht, in dem die Rahmenbedingungen und Testanweisungen für alle identisch sind. Um eine objektive Auswertung zu ermöglichen, ist es sinnvoll, die Befragung anonym durchzuführen, da dem Testleiter nach seinem Praktikum alle Probanden persönlich bekannt sind.

*„Reliabilität (Zuverlässigkeit, Beständigkeit) zeigt an, ob wiederholte Messungen eines Gegenstandes oder Vorganges mit einem Messinstrument immer die gleichen Werte liefern. Wenn man dasselbe Instrument mehr als einmal zur Messung eines bestimmten, normalerweise gleich bleibenden Verhaltens verwendet, dann müssen die Ergebnisse ähnlich sein, wenn es reliabel ist“ (Mayer, H., 2002, S. 79).*

Eine Testwiederholung mit den gleichen Probanden muss zu gleichen Ergebnissen kommen, damit der Test reliabel ist. Die Reliabilität eines Tests stellt somit eine Voraussetzung für die Wiederholbarkeit von Testresultaten unter identischen Bedingungen dar.

Mit der Validität (Gültigkeit) soll deutlich werden, ob ein Instrument wirklich das misst, was es messen soll. So ist z.B. ein Instrument, das Angst messen soll, aber eigentlich Stress misst, nicht als valide anzusehen (vgl. Mayer, 2002). In diesem Fall soll der Fragebogen die Effizienz des ePA-AC messen. Dieses wird auch erreicht, denn die zwei Kategorien „Zeit“ und „Handhabung“ sind wichtige Kriterien, um Effizienz messbar zu machen. Darauf wird im Folgenden näher eingegangen.

### *5.2.1 Kategorien*

Um der Frage der Effizienz nach zugehen, sind in der quantitativen Studie die beiden Kategorien „Zeit“ und „Handhabung“ gewählt worden. Bei der Ermittlung der Effizienz geht es um den Aufwand, der nötig ist, das Ziel des ePA-AC zu erreichen.

*„Unternehmen und die hierin ablaufenden Prozesse sind effektiv, wenn sie die beabsichtigten Ziele erreichen, und nur dann effizient, wenn dies*

*mit einem Minimalaufwand an eingesetzten Ressourcen geschieht“*  
([www.refa.de](http://www.refa.de)).

Die Items der beiden Kategorien „Zeit“ und „Handhabung“ sind so formuliert, dass sich der Aufwand zum Erreichen des Ziels bestimmen lässt. Mit Aufwand ist nicht nur der zeitliche Aspekt gemeint, sondern auch der Aufwand, der nötig ist, um mit dem Instrument ePA-AC arbeiten zu können.

Abschließend kann festgestellt werden, dass der Autor zwei wichtige Kriterien in seiner Befragung berücksichtigt hat, welche die Effizienz des ePA-AC messen und die den Gütekriterien entsprechen.

### *5.2.2 Überschrift*

In der Befragung wird mit der 4 stufigen Likert-Skala gearbeitet. Die Antwortmöglichkeiten variieren von „trifft zu“ bis „trifft nicht zu“.

Eine ungerade Zahl an Antwortmöglichkeiten ist ebenso denkbar, hier ist jedoch eine zunehmende Neutralität der Befragten zu erwarten. Um dies zu vermeiden und ein möglichst aussagekräftiges Ergebnis vorweisen zu können, hat sich der Autor für die 4 stufige Likert-Skala entschieden.

Die Likert Skala ist ein Instrument der Einstellungsmessung. Durch summierte Einschätzungen soll die Haltung von Personen zu einem Themengebiet untersucht werden. Dieses Verfahren zählt zu einem der am häufigsten angewandten Instrumente in der Wirtschaftssoziologie (vgl. [www.wirtschaftslexikon24.net](http://www.wirtschaftslexikon24.net)).

Zum Abschluss erfolgt die Formulierung des einleitenden Instruktionstextes des Fragebogens. In diesem Text wird den Teilnehmern der Kontext der Erhebung aufgezeigt sowie das notwendige Wissen für das fachgerechte Ausfüllen des Fragebogens vermittelt.

### **5.3 Pretest**

Vor der eigentlichen Befragung wurde ein Pretest durchgeführt. Der Fragebogen wird dadurch u.a. auf die Handhabung und Verständlichkeit überprüft.

*„Nach der Erarbeitung des Erhebungsinstruments sollte ein Vortest (Pre-test) durchgeführt werden. Er dient zur inhaltlichen und formalen Überprüfung des Forschungsinstruments. Aber auch der Umgang mit dem Instru-*



*ment kann zu diesem Zeitpunkt geübt und die Handhabbarkeit überprüft werden“ (Mayer, H., 2002, S. 196).*

Der Test wurde mit fünf Mitarbeitern des Autors durchgeführt. Diese weisen ähnliche Charakteristika auf wie die Zielgruppe. Der Altersdurchschnitt liegt bei den Testpersonen des Pretests bei 35,6 Jahren und bei dem zu untersuchenden Teilnehmern bei 38,7 Jahre. Es wurden vier weibliche und eine männliche Personen befragt, da dieses dem Geschlechterverhältnis der Testgruppe entspricht. Der Pretest wurde ausschließlich mit examinierten Pflegefachkräften durchgeführt, da die zu untersuchende Gruppe ebenfalls aus examiniertem Fachpersonal besteht. Das Instrument ePA-AC war den Mitarbeitern, mit denen der Pretest durchgeführt wurde, nicht bekannt. Der Autor entschied sich dennoch für diese Gruppe, da es beim Pretest nicht um die Beantwortung der Items geht, sondern lediglich um die Verständlichkeit und Übersicht des Fragebogens.

Der Pretest zeigte, dass die Fragen verständlich und in einem angemessenen Zeitraum von 15 Minuten zu beantworten sind. Außerdem wurde die Aufgabenstellung klar formuliert, sodass der Fragebogen zur Anwendung kommen konnte (siehe auch Pretest im Anhang E). Die Auswertung des Pretest zeigte aber auch, dass der Fragebogen in Bezug auf die Übersichtlichkeit noch optimiert werden könnte.

#### **5.4 Überarbeitung des Fragebogens**

Eine Überarbeitung des Fragebogens war nicht erforderlich, da das Ergebnis des Pretest sehr positiv ausgefallen ist. Lediglich an der Darstellung der Antwortmöglichkeiten wurden kleine Veränderungen vorgenommen, wodurch dem Probanden durch eine bessere Übersichtlichkeit das Ausfüllen des Fragebogens leichter fallen sollte.

#### **5.5 Stichprobengröße**

Die Datenerhebung fand auf der neurochirurgischen-/ orthopädischen-/ unfallchirurgischen Station des St. Bonifatius Hospitals Lingen/Ems statt. Wie in der Einleitung bereits erwähnt, absolvierte der Autor im Rahmen seiner Fachweiterbildung ein fünfwöchiges Praktikum in dieser Abteilung. Seit Dezember 2009 findet das ePA-AC dort seine Anwendung. Das Team setzt sich aus insgesamt 32 Mitarbeitern zusammen. An der Befragung nehmen 26 Mitarbeiter teil, davon 25

examinierte Pflegefachkräfte und eine Arzthelferin, die unter ständiger Anleitung mit dem ePA-AC arbeitet. Unter den 25 examinierten Fachkräften arbeiten drei Mitarbeiter, die die Fachweiterbildung für Leitungsaufgaben in der Pflege (2) bzw. ein Pflegemanagement - Studium (1) absolviert haben. Weiterhin sind sechs Praxisanleiter auf der Station tätig. An der Befragung nehmen zwei examinierte Fachkräfte nicht teil. Sie haben die Grundkenntnisse mit dem Umgang noch nicht erworben. Außerdem sind vier Hauswirtschafterinnen von der Befragung ausgenommen, da sie keinen Umgang mit dem ePA-AC vorweisen können.

An der Umfrage nehmen 23 weibliche und drei männliche Mitarbeiter/-innen teil. Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 38,7 Jahre. Der jüngste Proband ist 25 Jahre, der Ältteste 60 Jahre.

Vor der Befragung hat der Autor sich das mündliche Einverständnis der stellvertretenden Pflegedienstleitung des St. Bonifatius Hospitals sowie der Stationsleitung eingeholt.

### **5.6 Datenerhebung**

Um bei der Befragung das Kriterium der Objektivität einzuhalten, wurde der Fragebogen von der Zielgruppe anonym ausgefüllt. Im Pausenraum der Abteilung wurde eine abschließbare Box aufgestellt, in der die Mitarbeiter den ausgefüllten Fragebogen einwerfen mussten.

### **5.7 Datenauswertung**

Von den 26 ausgegebenen Fragebögen sind 14 Bögen vollständig ausgefüllt zurückgegeben worden. Dies entspricht einer Quote von 54%. Aus den Antworten wurden zu jedem Item Mittelwerte errechnet. Um die Ergebnisse zu visualisieren werden diese mittels Balkendiagramme für beide Kategorien dargestellt. Für jede Antwortmöglichkeit vergibt der Autor Punkte, um so die Mittelwerte errechnen zu können. Zur besseren Verständlichkeit dient die folgende Aufstellung:

Trifft zu	=	1 Punkt
Trifft eher zu	=	2 Punkte
Trifft eher nicht zu	=	3 Punkte
Trifft nicht zu	=	4 Punkte

Das Ergebnis der Umfrage zeigt, dass die Mitarbeiter, bezogen auf den Aspekt der Zeit, mit dem ePA-AC sehr zufrieden sind. Besonders hervorzuheben ist hier die Frage sieben, die von allen Probanden mit „Trifft zu“ bewertet wurde. Hier geht es darum, dass nach der Einschätzung eines Patienten sofort ein Ergebnis vorliegt. Außerdem ist zu erkennen, dass der Mitarbeiter nach Abschluss der Einarbeitungszeit sehr schnell eigenständig mit dem ePA-AC arbeiten kann. Des Weiteren lässt sich anhand der Frage fünf erkennen, dass die Einschätzung eines Patientenzustandes einen Zeitrahmen von mehr als drei Minuten nicht überschreitet.

Das negativste Ergebnis dieser Kategorie fällt auf Frage eins. Die Aussage, dass der Schulungsaufwand je Mitarbeiter nicht mehr als 30 Minuten beträgt, trifft eher nicht zu.

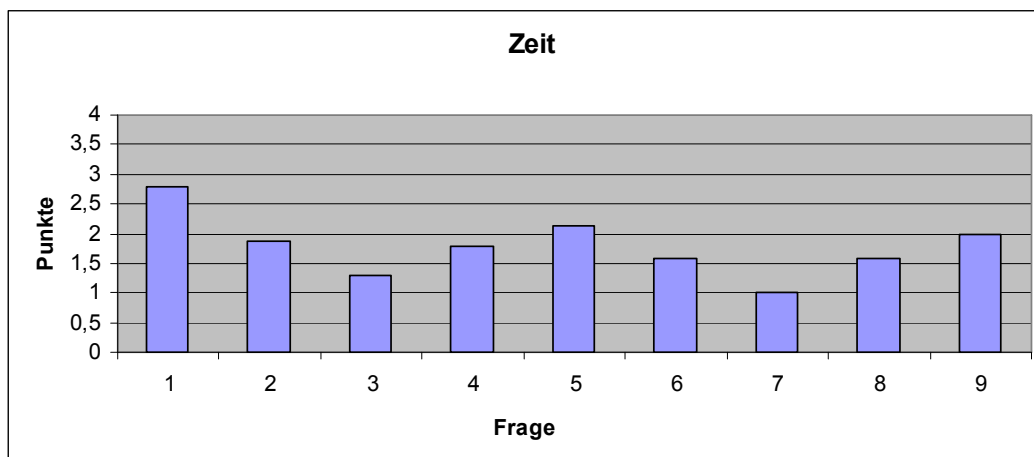


Abb. 2: Darstellung der Kategorie Zeit, eigener Entwurf des Autors

Anhand der zweiten Kategorie ist zu erkennen, dass die Handhabung mit dem ePA-AC verständlich ist. Die Aussagen, die im Fragebogen gemacht werden, treffen zu. Auch die Frage sechs fällt mit 3,4 Punkten im Durchschnitt positiv aus. Es wird von den Befragten bestätigt, dass das Ergebnis der ePA-AC Einschätzung in Bezug auf die Dekubitusgefahr sich nicht von der persönlichen Fachexpertise unterscheidet.

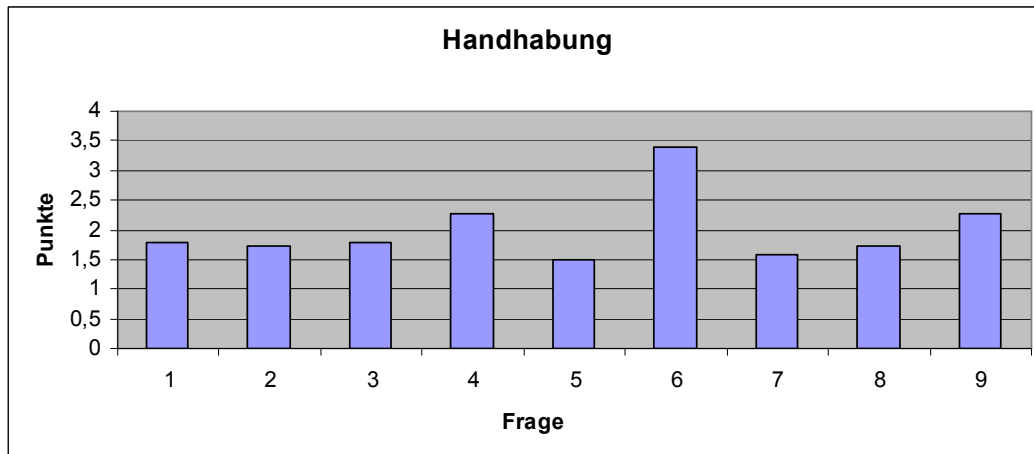


Abb. 3: Darstellung der Kategorie Handhabung, eigener Entwurf des Autors

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse der Befragung zusammengefasst. Es werden positive und negative Tendenzen hervorgehoben. Außerdem wird auf die zu Beginn des Kapitels aufgestellte Hypothese Bezug genommen.

### **5.8 Ergebnis der Umfrage**

Nach der Auswertung der Fragebögen und den daraus resultierenden Ergebnissen lässt sich feststellen, dass die Effizienz des ePA-AC gegeben ist. Dies ist daran zu erkennen, dass die Mittelwerte der Items, bis auf eine Ausnahme, alle im positiven Bereich liegen.

#### *Kategorie Zeit*

Die Frage sieben wurde als einzige von allen Probanden mit der Bestnote bewertet. Dabei geht es darum, dass das Ergebnis der Einschätzung sofort vorliegt. Außerdem wurde von den Mitarbeitern positiv bewertet, dass nach der Einarbeitungsphase ein schnelles, eigenständiges Arbeiten mit dem Assessmentinstrument möglich ist. Das ePA-AC ist im Vergleich zu vorangegangenen Risikoeinschätzungsinstrumenten schneller zu bearbeiten. Der Grund dieses Zeitersparnis liegt darin, dass das Bearbeiten vorangegangener Assessmentinstrumente (z.B. Braden- oder Sturzskala) wegfällt. Nunmehr reicht die Bearbeitung des ePA-AC aus, um verschiedenste Risikoeinschätzungen nachweisen zu können.

Des Weiteren wurde positiv bewertet, dass die einzelnen Items der zehn Kategorien verständlich formuliert wurden. Besonders hervorzuheben ist der minimale Zeitaufwand, den man benötigt, um einen Patientenzustand einschätzen zu kön-

nen. Mit einem einmaligen, kurzen Schulungsaufwand wird also eine langfristig hohe Effizienz erreicht.

Die kritischste Bewertung der Umfrag fällt auf die Frage eins, denn der Schulungsaufwand für das initiale Erlernen des ePA-AC beträgt nach Ansicht der Probanden mehr als 30 Minuten. Wie Bartholomeyczik et al. (2006) zeigen, steht und fällt die Qualität der Anwendung eines standardisierten Instruments mit der Qualität der Schulung und die Qualifikation der Anwender. Von daher ist es nicht verwunderlich, dass für die Schulung eines Endanwenders seitens der Entwickler des ePA-AC vier Stunden empfohlen werden.

#### *Kategorie Handhabung*

Der Umgang mit dem Assessmentinstrument ePA-AC ist für neue Mitarbeiter leicht zu erlernen. Ein Grund dafür liegt in der übersichtlichen und verständlichen Gestaltung des Instrumentes.

Positiv sahen es die Mitarbeiter an, dass ausreichend Arbeitsplätze zur Beurteilung der Patientenzustände zur Verfügung stehen. Grundvoraussetzung ist jedoch ein zuverlässiges und störungsfreies EDV-System, welches im Testkrankenhaus nicht immer gegeben ist.

Die Probanden sind der Meinung, dass sie auf Grund ihrer Fachexpertise, bezogen auf die Dekubitusgefahr, nicht zu einem anderen Ergebnis kommen würden, wie das Assessmentinstrument ePA-AC.

Führen zwei Pflegepersonen unabhängig voneinander eine Einschätzung des Patientenzustandes durch, kommt es nach Frage acht zu urteilen, zu einem ähnlichen Ergebnis.

Die zu Beginn des Kapitels aufgestellte Hypothese ist nicht falsifizierbar, da sich durch den Fragebogen die Effizienz des ePA-AC erheben lässt.

Mit der durchgeführten Umfrage kann der Autor nun feststellen, ob die Effizienz beim ePA-AC gegeben ist und was eventuell noch zu verändern ist, um diese zu realisieren.

## 6. Fazit

In der Arbeit wird deutlich, dass die Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflegepraxis immer häufiger geworden ist. Es wird deutlich, wie vielfältig einsetzbar sie sind und welche Vorteile sie besitzen. Das Assessmentinstrumente nicht nur positive Aspekte besitzen darf nicht unerwähnt bleiben. Der DNQP setzt bei der Einschätzung des Dekubitusrisikos beispielsweise nicht auf Assessmentinstrumente, sondern auf das Pflegepersonal, weil kein gültiger Goldstandard für die Erkennung eines Dekubitusrisikos vorhanden ist.

Die Beschreibung des ePA-AC und die anschließende Befragung haben gezeigt, dass das Instrument die Aspekte der Effektivität und Effizienz erfüllt. Die Effektivität ist vorhanden, denn die Arbeit hat gezeigt, dass das ePA-AC wirklich das misst, was es messen möchte. Kriterien der Validität und Reliabilität sind gegeben. Ferner ist auch der Aspekt der Praktikabilität erfüllt, der bereits eine Aussage über die Effizienz gibt. Anhand der Befragung konnte sichergestellt werden, dass die Effizienz vorhanden ist. In Anlehnung an die beiden Kriterien der Zeit und Handhabung hat die Befragung ergeben, dass das ePA-AC übersichtlich und verständlich zugleich ist. Patientenzustände können in einer angemessenen Zeit eingeschätzt werden, ebenso liegt das Ergebnis der Einschätzung direkt vor.

In der Befragung fällt die Auswertung eines Items jedoch negativ auf. Es geht dabei um den Schulungsaufwand, der auf 20 - 30 Minuten festgelegt wird. Der Umfrage nach zu urteilen ist dieser höher einzuschätzen.

An dieser Stelle soll kurz erwähnt werden, wieso sich der Verfasser der Arbeit für eine quantitative Befragung entschieden hat. Sicherlich wäre auch eine qualitative Studie möglich gewesen. In Anbetracht der Tatsache, dass er im Rahmen seiner Fachweiterbildung zeitlich sehr stark eingebunden ist, entschied er sich für die quantitative Möglichkeit, bei der ein deutlich geringerer Befragungsaufwand anfällt. Außerdem war die hohe Population ein weiterer Grund, sich für die quantitative Methode zu entscheiden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass aus Sicht der Leitungsposition der Autor das ePA-AC als sehr effektiv und effizient betrachtet. Durch die Arbeit mit diesem Instrument ist eine realistische Einschätzung des Patientenzustandes möglich. Zudem ist durch eine einfache Handhabung der Aspekt der Praktikabilität gegeben, welches ebenso ein wichtiger Indikator für die korrekte Einschätzung von Patientenzuständen ist.

## Literaturverzeichnis

### **Monographien und Sammelwerke:**

1. **Bartholomeyczik, S., Halek, M. (2009)**  
Assessmentinstrumente in der Pflege; zweite aktualisierte Auflage, Witten, Schlütersche Verlagsgesellschaft
  
2. **Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, Hanna; Mayer, Herbert (2008)**  
Lexikon der Pflegeforschung; erste Auflage, München, Urban & Fischer
  
3. **Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2010)**  
Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege; erste Aktualisierung, Osnabrück, DNQP
  
4. **Hunstein, D., Rode, D., Sippel, B. (2010)**  
Anwender – Handbuch ePA-AC; Version 2.0, Wiesbaden
  
5. **Mayer, H. (2002)**  
Einführung in die Pflegeforschung, Wien, Facultas Verlag

### **Zeitschriftenartikel:**

1. **Bartholomeyczik, S., Hunstein, D. (2006)**  
Standardisierte Assessmentinstrumente – Möglichkeiten und Grenzen.  
*Pflegewissenschaft 8. Jg. (5), S. 315 - 317*
  
2. **Helberg D. (2010)**  
Welches Modell eignet sich zur Abbildung von Patientenzuständen in der Pflegepraxis? *Pflegewissenschaft 12. Jg. (10), S. 551*

**Zitationen aus Internetquellen:****1. Duden**

Der Duden. Online im Internet:

<http://www.duden.de/>

(Zugriff am: 15.01.2011)

**2. Marketing.ch**

Das Schweizer Fachportal für Marketing. Seit 1997. Online im Internet:

[http://www.marketing.ch/lexikon\\_detail.asp?id=523](http://www.marketing.ch/lexikon_detail.asp?id=523)

(Zugriff am: 01.02.2011)

**2. REFA – Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung**

Effizienz. Online im Internet:

<http://www.refa.de/shop/details.php?id=16>

(Zugriff am: 26.1.2011)

**3. Wirtschaftslexikon24**

Wirtschaftslexikon24. Online im Internet:

<http://www.wirtschaftslexikon24.net/d/likert-skala/likert-skala.htm>

(Zugriff am: 17.01.2011)

**Graue Literatur:****Fleddermann, A., (2010)**

Pflegewissenschaft, aus Unterrichtsmaterialien FLP 12 vom 19.01.10



## Anhang A

Station 05, Fachrichtung(en): UNKLAR | URO | HNO | GEB | GER | GET | INF | INK | OCH | GYN | KIN | UCH | HCH | NUK | KNU | ING | GCH | GEA | KCH | NCH | NEP | CHI

Patient: Zimmer/Bett Ansicht Drucken Med. Doku. Büro

Namen: Zimmer 155 Bett 155-1 Testpatient, Vorname \*08.10.1954 aktualisieren

Scoring Vorlagen:

Name
Assessment Pädiatrie
Pflegeanamnese Erwachsene
Pflegeanamnese Pädiatrie
Risikomanagement (ab dem 01.06.2010)
ePA_AC

Scoring Daten:

Num...	Status	Datum	Verantwortlicher
6.1	F	19.01.2011 08...	KARRER
5.1	F	17.01.2011 09...	KARRER
4.1	F	10.12.2010 13...	KARRER
3.1	F	10.12.2010 12...	KARRER
2.1	F	10.12.2010 12...	KARRER
1.1	F	10.12.2010 12...	KARRER

Grafik: Selbst-Pflege-Index (orange), Dekubitusrisiko (grün)

**Bewegung**  volle Fähigkeiten/ keine Beeinträchtigungen

SPF Aktivität/ Fortbewegung (SPI)

4: geht regelmäßig  3: geht allein, aber wenig  2: Hilfe beim Aufsetzen/Gehen  1: bettlägerig bzw. Bettruhe  n.B.

SPF Mobilität/ Veränderung der Körperposition

4: vollständig mobil  3: leicht eingeschränkt  2: stark eingeschränkt  1: vollständig immobil  n.B.

Reibe-/ Scherkräfte bei Positionswechsel/ Transfer

3: keine Gefährdung  2: geringe Unterstützung  1: massive Unterstützung  n.B.

Gangbild verändert?

Nein  Ja  n.B.

Gleichgewichtsstörungen?

Nein  Ja  n.B.

Sturzereignis in letzten zwei Monaten?

Nein  Ja  n.B.

Aktuelles Sturzereignis?

Nein  Ja

Erschöpfung/ Fatigue

4: ausreichende Kraft/Energie  3: einzelne umfangreichere Aktivitäten  2: kleine Aktivitäten möglich  1: keine Eigenaktivität möglich  n.B.

Buttons: Grafik wechseln, Hilfe, Neuerungfassung, Entlasserfassung, 19.01.2011, 09:15, Speichern, Stornieren, Freigeben, Ziele erfassen, Pflegeplan erstellen, Wund-/ Schmerz doku, Patienteninfo LEP, HTML Druck, PDF Druck

1 Erg... 2 Bew... 3 Körperpfl... 4 Ern... 5 Aussch... 6 Kogn... 7 Kommun... 8 Schlaf 9 Atm... 10 Schmerz 11 Haut und Wunde/Dekubitus

KARRER-Station 05 19.01.2011 NUM

Screen-Print ePA-AC, Umsetzung in Siemens medico//s ©

## Anhang B

von: Station 05, Fachrichtung(en): UNKLAR | URO | HNO | GEB | GER | GET | INF | INK | OCH | GYN | KIN | UCH | HCH | NUK | KNU | ING | GCH | GEA | KCH | NCH | NEP | CHI |

ent Zimmer/Bett Ansicht Drucken Med. Doku. Büro Hilfe

Namen  Zimmer 155 Bett 155-1 Testpatient, Vorname \*08.10.1954 aktualisieren

Scoring Vorlagen

Name
Assessment Pädiatrie
Pflegeanamnese Erwachsene
Pflegeanamnese Pädiatrie
Risikomanagement (ab dem 01.06.2010)
ePA_AC

Scoring Daten

Num...	Status	Datum	Verantwortlicher
6.1	F	19.01.2011 08...	KARRER
5.1	F	17.01.2011 09...	KARRER
4.1	F	10.12.2010 13...	KARRER
3.1	F	10.12.2010 12...	KARRER
2.1	F	10.12.2010 12...	KARRER
1.1	F	10.12.2010 12...	KARRER

Körperpflege und Kleiden  volle Fähigkeiten/ keine Beeinträchtigungen

**SPF Körperpflege Oberkörper (SPI)**

4: selbstständig  3: geringe Unterstützung  2: umfangreiche Unterstützung  1: unselbstständig  n.B.

**SPF Körperpflege Unterkörper (SPI)**

4: selbstständig  3: geringe Unterstützung  2: umfangreiche Unterstützung  1: unselbstständig  n.B.

**SPF An-/Auskleiden Oberkörper (SPI)**

4: selbstständig  3: geringe Unterstützung  2: umfangreiche Unterstützung  1: unselbstständig  n.B.

**SPF An-/Auskleiden Unterkörper (SPI)**

4: selbstständig  3: geringe Unterstützung  2: umfangreiche Unterstützung  1: unselbstständig  n.B.

Gratik wechseln

Hilfe

Neuerfassung

Entlasserfassung

19.01.2011 09:15

Speichern

Stornieren

Freigeben

Ziele erfassen

Pflegeplan erstellen

Wund-/ Schmerzdoku

Patienteninfo LEP

HTML Druck

PDF Druck

1 Erg... 2 Bew... 3 Körperpf... 4 Ern... 5 Aussch... 6 Kogn... 7 Kommun... 8 Schlaf 9 Atm... 10 Schmerz 11 Haut und Wunde/Dekubitus

KARRER-Station 05 19.01.2011 NUM

## Anhang C

z von: Station 05, Fachrichtung(en): | UNKLAR | URO | HNO | GEB | GER | GET | INF | INK | OCH | GYN | KIN | UCH | HCH | NUK | KNU | ING | GCH | GEA | KCH | NCH | NEP | CHI |

tient Zimmer/Bett Ansicht Drucken Med. Doku. Büro

Namen  Zimmer: 155 Bett: 155-1 Testpatient, Vorname \*08.10.1954

Scoring Vorlagen

Name
Assessment Pädiatrie
Pflegeanamnese Erwachsene
Pflegeanamnese Pädiatrie
Risikomanagement (ab dem 01.06.2010)
ePA_AC

Scoring Daten

Num...	Status	Datum	Verantwortlicher
6.1	F	19.01.2011 08...	KARRER
5.1	F	17.01.2011 09...	KARRER
4.1	F	10.12.2010 13...	KARRER
3.1	F	10.12.2010 12...	KARRER
2.1	F	10.12.2010 12...	KARRER
1.1	F	10.12.2010 12...	KARRER

Line chart showing Selbst-Pflege-Index (orange) and Dekubitusrisiko (green) over time from 16.01.11 to 22.01.11.

**Ergebnisse**

Selbst-Pflege-Index:  Risiko eines poststationären Versorgungsdefizits

Dekubitusrisiko:  Risiko unwahrscheinlich

Pneumonierisiko auf Grund von:

- beeinträchtigtger Aktivität/Fortbew
- akuter Beeinträchtigung der Atmung

Sturzrisiko auf Grund von:

- beeinträchtigtger Aktivität/Fortbew
- verändertem Gangbild

**Fähigkeiten/ Beeinträchtigungen**

volle Fähigkeiten/ keine Beeinträchtigungen

- Bewegung
- Körperpflege und Kleiden
- Ernährung
- Ausscheidung
- Kognition, Bewusstsein
- Kommunikation und Interaktion
- Schlaf
- Atmung
- Schmerz
- Dekubitus / Haut und Wunde

Wiedereinschätzung am:

Buttons: Grafik wechseln, Hilfe, Neuerfassung, Entlasserfassung, Speichern, Stornieren, Freigeben, Ziele erfassen, Pflegeplan erstellen, Wund-/ Schmerzdoku, Patienteninfo LEP, HTML Druck, PDF Druck

Navigation: 1 Erg... 2 Bew... 3 Körperpf... 4 Ern... 5 Aussch... 6 Kogn... 7 Kommun... 8 Schlaf 9 Atm... 10 Schmerz 11 Haut und Wunde/Dekubitus

KARRER-Station 05 19.01.2011 NUM

**Anhang D**

Mario Gerdes  
Mühlenstr. 12  
49624 Lönigen

**Mitarbeiterbefragung am St. Bonifatius Hospital Lingen auf der Station 25**

Thema: Effizienzermittlung des ePA-AC

Liebe Mitarbeiter/innen,  
im Rahmen meiner Fachweiterbildung für Leitungsaufgaben in der Pflege (FLP) prüfe ich die Effektivität und Effizienz des ePA-AC. Durch den beiliegenden Fragebogen soll die Effizienz im Bezug auf das ePA-AC deutlich werden.  
Bitte werfen Sie den ausgefüllten Bogen in die dafür vorgesehene Box im Aufenthaltsraum.

**Abgabetermin ist der 3. Februar 2011!**

Um ein möglichst aussagekräftiges Ergebnis zu bekommen, würde ich mich über eine hohe Rücklaufquote sehr freuen. Über das Ergebnis der Befragung werde ich zu einem späteren Zeitpunkt berichten.

Die ausgefüllten Fragebögen werden absolut anonym behandelt. Eine spätere Veröffentlichung des Ergebnisses ist nicht ausgeschlossen.

Ich bedanke mich schon jetzt für eine gute Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Mario Gerdes

## Anhang D

## Mitarbeiterbefragung zur Ermittlung der Effizienz des ePA-AC

Der folgende Fragebogen dient der Erhebung von Daten, mit denen sich die Effizienz des ePA-AC feststellen lässt. Die Befragung wurde in zwei Kategorien aufgeteilt. Beide sind einem Kriterium zugeordnet, mit der sich die Effizienz des ePA-AC messen lässt.

Lesen Sie bitte jede Aussage durch und entscheiden Sie möglichst spontan, inwieweit diese auf Sie zutrifft.

Kreuzen Sie immer nur ein Kästchen an, nicht den Raum zwischen den Kästchen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Es ist wichtig, dass Sie keine Fragen auslassen.

<b>A) ZEIT</b>	<b>TRIFFT ZU</b>	<b>TRIFFT EHER ZU</b>	<b>TRIFFT EHER NICHT ZU</b>	<b>TRIFFT NICHT ZU</b>
1. Der Schulungsaufwand je Mitarbeiter beträgt nicht mehr als 20-30 Minuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Einarbeitungsphase mit dem ePA-AC ist recht kurz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nach Abschluss der Einarbeitungszeit kann der Mitarbeiter mit dem ePA-AC sehr schnell eigenständig arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eine Zeiteinsparung in Bezug auf die Risikoerhebung durch das ePA-AC ist gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Einschätzung eines Patienten findet in einem Zeitrahmen von weniger als drei Minuten statt (Richtlinie des Herstellers).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Im Vergleich zu vorangegangenen Risikoerschätzungen (Dekubitus, Sturz etc.) ist das ePA-AC schneller zu bearbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Das Ergebnis der Einschätzung liegt sofort vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
8. Die Items (Unterpunkte zu den einzelnen AEDL´s) sind verständlich formuliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die Einschätzung der Items erfolgt spontan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>B) HANDHABUNG</b>	TRIFFT ZU	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TRIFFT NICHT ZU
1. Der Umgang mit dem ePA-AC ist für Mitarbeiter, die keine Kenntnisse mit dem Assessment besitzen, leicht zu erlernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Das Assessment ist klar und verständlich strukturiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pflegemaßnahmen können nach der Einschätzung der Items durch die Problemdarstellung ohne weiteres eingeleitet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Arbeit mit der EDV-Version läuft störungsfrei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es stehen den Mitarbeitern genügend Arbeitsplätze zur Verfügung, um alle Patienten der Station mind. einmal täglich einschätzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie in den letzten vier Wochen Patienten auf Grund Ihrer Fachexpertise als dekubitusgefährdet eingeschätzt, obwohl laut ePA-AC das Risiko als „unwahrscheinlich“ angegeben wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>trifft zu</b>	<b>Trifft eher zu</b>	<b>Trifft eher nicht zu</b>	<b>Trifft nicht zu</b>
7. Das Programm ist übersichtlich gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ergibt sich Ihrer Meinung nach, in Folge einer Einschätzung eines Patienten durch zwei Pflegepersonen unabhängig voneinander, ein ähnliches Ergebnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Das ePA-AC nimmt sechs Risikoeinschätzungen (u.a. Sturz, Pneumonie, Dekubitus) vor. Vermissen Sie bei diesem Modell andere Risikobereiche wie beispielsweise die Abklärung der Thrombose- oder Kontrakturgefahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anhang E****Pretest**

Der Pretest ist ein Begriff aus der empirischen Sozialforschung. Ziel des Pretest ist die Qualitätsverbesserung eines Fragebogens vor der Durchführung der Datenerhebung.

**Handlungsanweisung:**

Auf den folgenden drei Seiten finden Sie einen Fragebogen, der die Effizienz des ePA-AC (ergebnisorientiertes PflegeAssessment-AcuteCare) anhand von zwei Kategorien, die diese beeinflussen, messen soll.

Ihre Aufgabe ist es, sich den Fragebogen durchzulesen, ohne ihn auszufüllen.

Im Anschluss füllen Sie bitte den Fragebogen auf der letzten Seite aus, der die Verständlichkeit und Übersichtlichkeit des Fragebogens zur Teamentwicklung misst.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit**



## Anhang E

### Pretest

Nachdem Sie nun den Fragebogen zur Effizienzermittlung des ePA-AC gelesen haben, füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus.

Ziel ist zu erfahren, ob der gelesene Fragebogen für Sie verständlich und übersichtlich gestaltet wurde.

Lesen Sie dazu bitte jede Aussage durch und entscheiden Sie möglichst spontan, inwieweit diese auf Sie zutrifft.

Kreuzen Sie immer nur ein Kästchen an, nicht den Raum zwischen den Kästchen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Es ist wichtig, dass Sie keine Fragen auslassen.

FRAGE	TRIFFT ZU	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TRIFFT NICHT ZU
1. Ist die Aufgabenstellung klar und verständlich formuliert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ist der Fragebogen übersichtlich gestaltet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist im Aufbau ein roter Faden erkennbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Können überhaupt sinnvolle Antworten gegeben werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bietet die Skalierung(1-4) genügend Differenzierungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Abkürzungen

Vgl.	=	Vergleiche
Abb.	=	Abbildung
Tab.	=	Tabelle
Zit. in	=	Zitiert in
et. al	=	und weitere
S.	=	Seite
z.B.	=	zum Beispiel
US	=	United States
PKW	=	Personenkraftwagen
DRG	=	Diagnosis Related Groups
MDK	=	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
EDV	=	Elektronische Datenverarbeitung
d.h.	=	das heißt

## **Abstract**

The introduction part of this thesis deals with the decision to write about the subject ePA-AC. In addition to that a short summary is given to show all contains the thesis include.

After that a definition of the most important word "assessment" heralds the beginning of the thesis. The first part is about assessment. The development and utilization are discussed. Furthermore the author identifies risks and constraints of standardized assessments. At the same time he points out that some experts abandon assessments. This is written down in the latest issue of Dekubitus.

The next part deals with ePA-AC. The instrument ePA-AC is described and analyzed. Thereby priority is set on effectiveness and efficiency.

By the use of a quantitative analysis, the efficiency of ePA-AC is evaluated. In this process time and handling play an important role. A survey is arranged in a division of the St. Bonifatius Hospital Lingen/Ems. This is one of 14 hospitals that work with ePA-AC.

Concluding the author summarizes the findings of the survey and points out to what extant effectiveness and efficiency concerning the instrument ePA-AC are given.

The writer indicates that this work not only contains positive aspects of assessments and ePA-AC but also highlighted the critical ones.

### Informationen zum Autor

Nach der erfolgreichen Ausbildung im Jahr 2002, leistete Mario Gerdes seinen zehnmonatigen Zivildienst im Krankenhaus Löningen (Landkreis Cloppenburg). Im Anschluss ergab sich dort eine Festanstellung, wo er auf einer chirurgischen Station als Krankenpfleger begann. Er nahm nach der erfolgreichen Weiterbildung zum Praxisanleiter 2005 außerdem Anleitungsaufgaben war.



Im Jahr 2010 übernahm Mario Gerdes die Stationsleitung einer chirurgischen Station. Gleichzeitig nahm er an der "Fachweiterbildung für Leitungsaufgaben in der Pflege" teil. Die Weiterbildung lief über zwei Jahre mit insgesamt 720 Stunden und beinhaltete betriebswirtschaftliche Grundlagen sowie rechtliche Aspekte. Außerdem nahmen Themen wie Leitung und Kommunikation einen breiten Raum der Weiterbildung ein. Die Erlaubnis zum Führen des Titels "Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege" erwarb Herr Gerdes im März 2011 nach einer mündlichen und schriftlichen Prüfung sowie die Erstellung dieser Facharbeit.

Die Facharbeit und dessen Ergebnis wurden vom Autor bereits einige Male im Rahmen von Leitungskonferenzen präsentiert.

### Kontakt:

[mariogerd@web.de](mailto:mariogerd@web.de)

Tel.: 0171/5070004