

Studie: ePA-AC meist genutztes standardisiertes Assessment

Im aktuellen IT-Report Gesundheitswesen 2015, der von der Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen (IGW), Hochschule Osnabrück herausgegeben wird, wird das ePA-AC von 8,7% der Befragten als Instrument zur Dokumentation pflegerischer Probleme aufgeführt.

Damit war das ePA-AC schon 2014 das am häufigsten eingesetzte standardisierte und benchmarkfähige Assessmentinstrument in deutschen Krankenhäusern.

Wie aus dem IT-Report 2015 hervorgeht, setzt weniger als ein Drittel (31,2%) der befragten Kliniken in Deutschland elektronische Pflegedokumentation um; das entspricht 2014 (Zeitpunkt der Datenerhebung) rund 640 Kliniken. Da sich seit dem Ende der Datenerhebung weitere Kliniken entschieden haben, den elektronischen Pflegeprozess mit ePA-AC umzusetzen, kommt das ePA-AC aktuell (Stand Mai 2016) auf einen Marktanteil von rund 11% der Betriebe mit elektronischer Pflegedokumentation.

Noch dominieren selbst erstellte Hauskataloge (31,1%) und Freitexteinträge (19,4%) den diagnostischen Prozess. Für die Zukunft deutet sich aber ein Wandel an: Nur 12,6% der Befragten gehen davon aus, dass pflegerische Probleme auch zukünftig per Hauskatalog erhoben werden. Freitextliche Erfassungen erwarten sogar nur noch 3,9% der Befragten.



An dritter Stelle der Nennungen zur Dokumentation von Pflegeproblemen steht die NANDA-Klassifikation (16,5%). Aus der Studie wird leider nicht deutlich, ob die Kliniken kombinierte Verfahren verwendeten, indem sie wie z. B. die Universitätsklinik Erlangen das ePA-AC-Assessment verwenden, um daraus die Pflegediagnose(n) nach NANDA abzuleiten.

In der Schweiz wird das ePA-AC noch häufiger eingesetzt als in Deutschland. Wir haben den IT-Report 2015 zum Anlass für eine eigene Berechnung genommen: 68 der insgesamt 108 Akutspitäler in der Schweiz (Schweizer Statistisches Bundesamt 2016) dokumentieren derzeit mit ePA-AC. **Dies entspricht einem Marktanteil von 62,9%!** Hinzu kommen die Umsetzungen in Rehabilitationskliniken, psychiatrischen Kliniken sowie Langzeiteinrichtungen.

Wir danken allen Einrichtungen, die bereits heute auf die Pflegeprozessdokumentation mit einem Produkt der ePA-Familie vertrauen und freuen uns auf die neuen Projekte, die noch in 2016 starten werden!

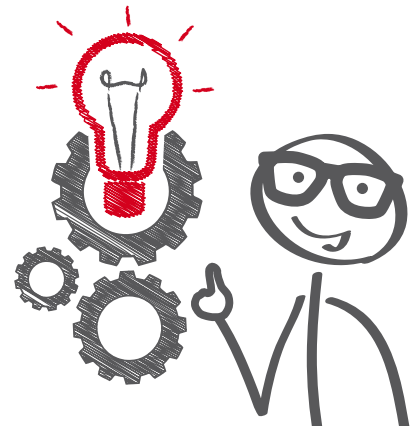
Literatur: Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen (IGW) – Hochschule Osnabrück (2015): IT-Report Gesundheitswesen. Schwerpunkt Pflege im Gesundheitswesen. Osnabrück. Hrsg. von U. Hübner.

ISO 18104: ePA erfüllt alle Kriterien von Pflegediagnosen

„Interoperabilität“, also die Fähigkeit zur Zusammenarbeit von verschiedenen Systemen oder Technologien, wird mit zunehmender Elektronisierung im Gesundheitswesen immer wichtiger. Das belegt nicht zuletzt die e-Health-Initiative in der Schweiz. Interoperabilität setzt die Einhaltung gemeinsamer Standards voraus. Mit der international gültigen Norm ISO 18104-2014 „*Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems*“ werden die Mindestvoraussetzungen für die Terminologie von Pflegediagnosen definiert.

Für die Formulierung einer Pflegediagnose müssen laut ISO 18104 mindestens zwei Kriterien erfüllt sein: *Focus* und *Judgement* (sinngemäß also der *Untersuchungsgegenstand* und dessen *Bewertung*). „Fähigkeit zur Fortbewegung - gering beeinträchtigt“ wäre eine Entsprechung im ePA-AC. Darüber hinaus beschreibt die ISO 18104 weitere Kriterien, die zur Präzisierung genutzt werden können, wie z. B. der Grad der Beeinträchtigung (oder Fähigkeit), das Risiko für ein Problem oder die Chance für eine Verbesserung. Alle diese Kriterien finden sich in den verschiedenen ePA-Items und ihren Ausprägungen wieder. **Demnach können die ePA-Inhalte als Pflegediagnosen nach ISO 18104 verstanden werden.** Diese Passung erleichtert auch das Mapping von ePA zu anderen Systemen, wie SNO-MED, ICNP oder NANDA-Diagnosen.

Ihr Ansprechpartner ist Dirk Hunstein (dirk.hunstein@epa-cc.de)



Das neue ePA-Kids2 ist fertig!



Dank des engagierten Einsatzes der Pflegefachpersonen der Kinderklinik St. Elisabeth (Neuburg/ Donau), des Ostschweizer Kinderspitals St. Gallen und der Kinderklinik des Klinikums Mönchengladbach konnte die Testung auf Praktikabilität, Vollständigkeit und Verständlichkeit

des neuen ePA-Kids2 erfolgreich durchgeführt werden. Aus den sehr guten Rückmeldungen konnten letzte Unklarheiten in den Definitionen beseitigt werden. Somit steht das ePA-Kids2, das nun den gesamten Altersbereich der Pädiatrie abdeckt und auch die Perspektive der Eltern berücksichtigt, den Softwarefirmen zur Verfügung.

Der Umstieg von ePA-Kids1 zu ePA-Kids2 ist ein „Kinderspiel“, da das Grundprinzip unverändert ist. Auch die Kompatibilität zu den anderen Instrumenten der ePA-Familie ist sicher gestellt.

Bei der Entwicklung stand wie bisher das Vermeiden von Doppeldokumentation im Vordergrund. Daher können die PKMS-J und PKMS-K-Gründe zu 100% automatisch im Hintergrund ausgeleitet werden, so dass die entsprechenden Zusatzerlöse ohne Zusatzaufwand generiert werden können.

Unser besonderer Dank gilt Herrn Oliver Hübler aus den Kliniken St. Elisabeth, der die Entwicklung des ePA-Kids2 maßgeblich unterstützt hat.

Ihre Ansprechpartnerin ist Birgit Sippel (birgit.sippel@epa-cc.de)

FIM automatisch aus ePA-AC ausleitbar!

Auf Grund der großen Nachfrage haben wir uns intensiv mit dem Thema „Vermeiden von Doppel-dokumentation durch automatische Ausleitung des FIM aus ePA-AC“ befasst. Angeregt durch die Vorarbeiten von Hélène Hertzog (Spital Wallis, LEP AG) haben wir einen Algorithmus entwickelt, mit dem es möglich ist, die FIM-Formulare automatisch vorzubelegen. Die Pflegefachperson resp. die für den FIM Verantwortliche muss dann nur noch prüfen, ob die Werte korrekt sind und kann dann unmittelbar den FIM abspeichern.

Wenn Sie Interesse an dieser Service-Lösung haben, sprechen Sie uns bitte direkt an.

Ansprechpartner ist Dirk Hunstein (dirk.hunstein@epa-cc.de)

Entwicklungsprojekt: ePA für die Psychiatrie

Auch in der psychiatrischen Pflege wächst der Bedarf, Informationen zum Patientenzustand strukturiert zu erfassen, um Behandlungsverläufe sowie Ergebnisqualität darstellen zu können. Der Perspektive des Patienten zum Erleben seiner Situation kommt eine noch stärkere Bedeutung zu als im somatischen Bereich. Dabei müssen die pflegerisch-therapeutischen Ansätze, wie sie z. B. im Recovery-Konzept zu finden sind, in einem Assessmentinstrument genauso berücksichtigt werden wie die Anforderungen an eine interdisziplinär nutzbare Dokumentation.

Diese Besonderheiten werden bei der Entwicklung des neuen ePA-Instruments für die Psychiatrie (ePA-PsyC) aufgegriffen.

Die Entwicklung findet in bewährter enger Kooperation mit Pflegepraxis und Pflegewissenschaft statt. In der konzeptionellen Arbeit wirken Frau Dr. Franziska Rabenschlag und Frau Beatrice Gehri von den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) mit; für die pflegewissenschaftliche Unterstützung konnten wir Herrn Prof. Dr. Michael Schulz von der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld gewinnen. Das regelmäßige Praxisfeedback sowie die klinische Praxistestung erfolgt gemeinsam mit dem Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH Berlin (F. v. Bodelschwingh Klinik), den Vitos-Kliniken Weilmünster/Hadamar sowie den UPK Basel.

Für Patienten mit vornehmlich durch psychiatrische Erkrankungen ausgelöstem Pflegebedarf ist das umfängliche Einschätzen der somatischen Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen nicht immer zielführend. Daher wird sich das ePA-PsyC inhaltlich in einen psychiatrischen und einen „zuschaltbaren“ somatischen Bereich teilen. Dies ermöglicht dann z. B. im Suchtbereich genauso ein bedarfsgerechtes Pflegeassessment wie im Bereich Gerontopsychiatrie - getreu dem Motto „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“.

Darüber hinaus wird das ePA-PsyC neben den psychiatriespezifischen Abkl arungserfordernissen wie Depression auch bewährte Risikoindikatoren aus dem somatischen ePA-AC beinhalten.

über den Fortgang des Projekts werden wir regelmäßig berichten.

Ihre Ansprechpartnerin ist Madlen Fiebig (madlen.fiebig@epa-cc.de)



Informationsmehrwert schaffen: Prädiktoren zur Vorhersage des Pflegeaufwands

Die Sammlung, Speicherung, Nutzung und Verwertung von Daten bestimmt zunehmend den Alltag. Bisher wurde der Pflegeprozess in der Regel ausschließlich für die Planung und Evaluation der unmittelbaren Patientenversorgung genutzt. Es wäre aber zu kurz gegriffen, sich in der Datennutzung auf die unmittelbare Pflege während des Aufenthalts eines Patienten zu beschränken.



Aus den Routinedaten des Pflegeprozesses können z. B. durch die Vorhersage von Zustands- und Aufwandsinformationen neue Steuerungs- und Belegungskonzepte entwickelt werden, die nicht nur auf medizinischen Konzepten (z. B. ärztlichen Diagnosen) beruhen, sondern auch pflegerrelevante Informationen (z. B.

Pflegebedarf) berücksichtigen.

Dafür ist es notwendig, dass die verschiedenen Systeme zur Erfassung von gesundheitsrelevanten Zuständen und Fähigkeiten der Patienten, von erforderlichen Pflegeleistungen und erforderlichem Personal empirisch weiterentwickelt sowie im Sinne eines integrativen Systemansatzes aufeinander bezogen werden.

Dieses Thema greift unsere wissenschaftliche Mitarbeiterin Frau Madlen Fiebig in ihrem an der Universität Witten/Herdecke durchgeführten Dissertationsvorhaben auf. In dem Dissertationsprojekt wird unter anderem untersucht, welche Patientenmerkmale die Prognose erlauben, ob ein Patient mehr oder weniger Pflegeaufwand verursachen wird. Darüber hinaus soll geprüft werden, ob mit Daten aus der routinetaften Pflegedokumentation eine prospektive Pflegeaufwandseinstufung stattfinden kann. Im Rahmen des Forschungsvorhabens werden strukturentdeckende prädiktive Modellierungsverfahren angewendet, wie sie bei Data-Mining-Prozessen zu finden sind.

Eine solche prognostisch angelegte Pflegeaufwandsermittlung kann künftig z. B. die Grundlage für eine Steuerung der Personalkapazitäten im Krankenhaus sein: Wann wird zu welchem Zeitpunkt welche Qualifikation (Skill-/Grademix) bei einem Patienten benötigt? Betrachtet man den rasanten Fortschritt in der Datenverarbeitung, ist auch nicht unrealistisch, dass auf Basis solcher Datenmodelle bereits bei Aufnahme eines Patienten automatisch ein genaues Risiko- und Verlaufsprofil einschließlich einer etwaigen sektorenübergreifenden Weiterbehandlung erstellt werden kann.

Ihre Ansprechpartnerin zu diesem Projekt ist Madlen Fiebig (madlen.fiebig@epa-cc.de)

Erfolgreiches Lernen braucht Zeit

Das gesamte Potenzial der Methode ePA kann nur dann ausgeschöpft werden, wenn die Anwender in der Lage sind, das Instrument richtig anzuwenden und sinnvoll einzusetzen. Das ePA-Team hat mittlerweile über 160 Anwenderbetriebe in rund 4.000 Schulungsstunden bei der Implementierung begleitet. Die dabei gewonnenen Erfahrungen und auch die Ergebnisse der Anwenderbefragung 2014 zeigen deutlich, dass der zentrale Erfolgsfaktor für die Implementierung der Methode ePA in der Qualifizierung der Anwender liegt.

Die korrekte Anwendung der Methode ePA setzt ein Lernen in verschiedenen Bereichen voraus.

Dabei ist das inhaltlich-fachliche Lernen, in dem es um das „WIE“ der Instrumentanwendung geht, genauso wichtig wie das sozial-kommunikative Lernen. Hier findet eine vertiefte Auseinandersetzung zu Sinn und Nutzen des Instruments statt, was die Grundlage für das Verstehen des „WARUM“ bildet.

Beide Lernprozesse erfolgen in Phasen, die aufeinander aufbauen. Die jeweils nächsthöhere Phase kann erst erreicht werden, wenn das Lernen in der niedrigeren Phase abgeschlossen ist.

| Phase | Lernprozess im Bereich des inhaltlich-fachlichen Lernens | Lernprozess im Bereich des sozial-kommunikativen Lernens |
|-------|--|--|
| 4 | beurteilen | positionieren |
| 3 | übertragen/begründen | identifizieren |
| 2 | verstehen/erklären/argumentieren | kritisieren/argumentieren |
| 1 | erkennen/reproduzieren | fragen |

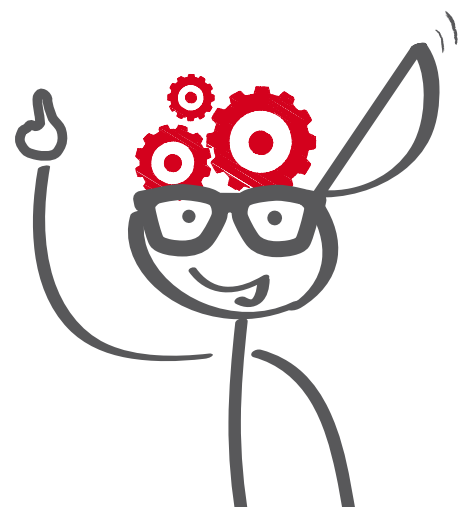
Der Anwender wird in Konfrontation mit dem neuen Inhalt seinen Lernprozess in der ersten Phase beginnen. Er stellt Fragen und versucht, die Inhalte zu reproduzieren.

In der zweiten Phase versucht er nicht mehr nur, die Inhalte zu reproduzieren, sondern sie zu beurteilen und seinen eigenen Standpunkt dazu zu finden. Dazu gehört auch die kritische argumentative Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen. Die Übertragung der Inhalte auf neue Situationen erfolgt in Phase 3. Dazu ist es erforderlich, regelkonforme Begründungen zu entwickeln und an die jeweilige Situation anzupassen. Wenn das eigene Handeln unter Berücksichtigung des Regelwerks begründet werden kann, ist bereits ein hohes Maß der Identifikation mit den neuen Inhalten erreicht.

Als vierte und letzte Phase folgt die Evaluation der eigenen Entscheidung und die Beurteilung des Gesamtzusammenhangs. Dies ist nur möglich, wenn bereits eine eigene Haltung und Position zur Thematik entwickelt wurden.

Das Stufenmodell verdeutlicht: Lernprozesse brauchen Zeit! Erst, wenn der Anwender die Gelegenheit hat, sich kritisch mit den Inhalten auseinanderzusetzen und Antworten auf seine Fragen nach dem WARUM erhält, kann er das richtige WIE erlernen.

Damit wird auch deutlich, weshalb wir bei der Implementierung der Methode ePA so viel Wert auf eine angemessene Schulungsdauer legen. Ziel unserer Schulungseinheiten ist, dass die Teilnehmer als kompetente und reflektierte Anwender in die Praxis gehen. Die Qualität der Pflegeprossdokumentation wird von der Kompetenz der Anwender beeinflusst. Die initiale Investition in Schulungen zahlt sich also unmittelbar aus.



Ihre Ansprechpartnerin zum Thema Schulung und Lernen ist birgit.sippel@epa-cc.de

Es ist vollbracht...!



Mit dem einstimmigen Entscheid des Promotionskomitees „Summa cum laude“ endete die Disputation des geschäftsführenden Gesellschafters Dirk Hunstein am 17. Februar 2016. Mit diesem letzten Schritt wurde er an der Universität Witten/Herdecke zum Dr. rer. medic. promoviert.

Die über 250-seitige Dissertation, die sich mit den theoretischen Grundlagen zur Messung von Pflegebedürftigkeit sowie der Entwicklung und der klinischen Testung des ePA-AC beschäftigt, soll noch in diesem Jahr in einer erweiterten Form als Buch veröffentlicht werden.

Damit wird der interessierten Fachöffentlichkeit ein umfassendes Werk zur Methode ergebnisorientiertes PflegeAssessment, ihrem Instrument ePA-AC und dessen Gütekriterien zur Verfügung stehen.

Vorankündigung:

5. deutsche ePA-LEP Anwenderkonferenz am 23. Nov. 2016

In bewährter Manier findet am 23. November 2016 im Ver.di Gewerkschaftshaus in Frankfurt/Main die deutsche ePA-LEP Anwenderkonferenz statt. Wir planen wieder ein umfangreiches Programm mit interessanten Referenten.

Erstmalig haben wir auch alle Softwarefirmen, die den Pflegeprozess mit ePA und LEP umgesetzt haben, eingeladen, damit sie ihre Produkte präsentieren können. Dies gibt den Teilnehmern der Konferenz nicht nur die Möglichkeit, in den direkten Austausch mit ihren KIS-Anbietern zu treten, sondern auch einmal über den Tellerrand hinaus zu schauen. Vielleicht ergibt sich so die eine oder andere Diskussion zur Weiterentwicklung der bestehenden Produkte.

Termine 2016

An folgenden Terminen haben Sie die Möglichkeit, MitarbeiterInnen des ePA-Teams persönlich zu treffen:

- **6. Juli: BV Pflegemanagement NRW:** Vortrag & Workshop
- **03./04. November: Kongress „Aufgeräumte Pflege“, Wien (A):** Messestand und Vortrag
- **15. November, Olten (CH):** LEP Anwenderkonferenz
- **23. November, Frankfurt (D):** Fünfte ePA-LEP Anwenderkonferenz
- **Inhouse-Seminare jederzeit:** ePA-Refresher, ePA-Update, Auswertungen

Ihre Ansprechpartnerin für die Terminkoordination ist birgit.sippel@epa-cc.de

Impressum:

ePA-CC GmbH
Bernhard-May-Str. 58, Haus J
D-65203 Wiesbaden
mail@epa-cc.de - www.epa-cc.de
Geschäftsführung: Dr. Dirk Hunstein & Birgit Sippel
Illustrationen: trueeffelpix (fotolia.de), DiHu (fotokunstfoto.de)

ePACC