

epaIMPULSE

Schwerpunkt: Digitale Bildung



Querdenker

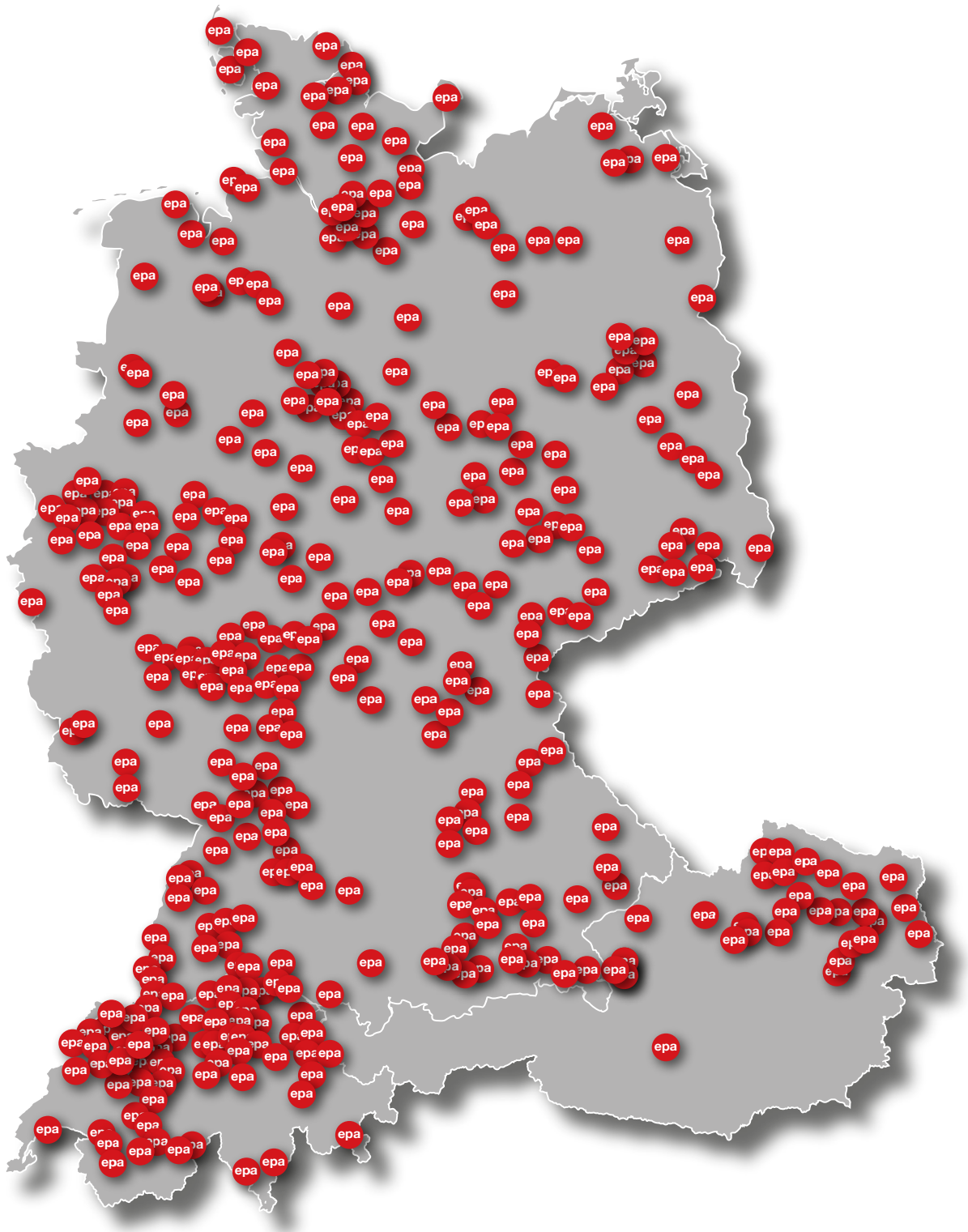


Weitblicker



Lösungsfinder

Verbreitung der Methode epa: Über 600 Vertragsbetriebe in D-A-CH-LI
(Stand: März 2020)



Editorial

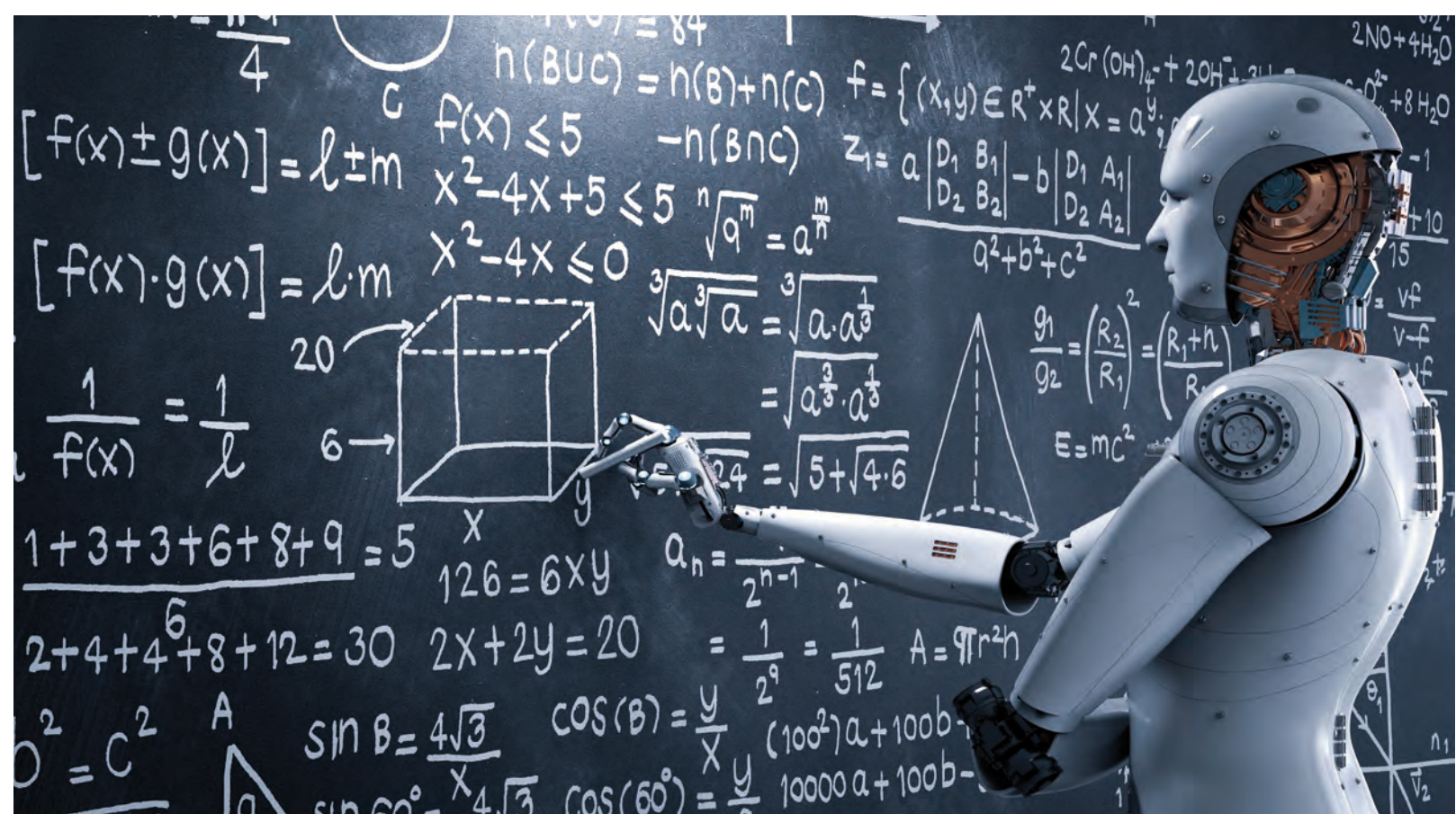
Kaum ein Thema ist derzeit so präsent wie die Digitalisierung im Pflege- und Gesundheitswesen. Ob in Pressemitteilungen, auf Fachtagungen oder in Fachzeitschriften – fast jeden Tag gibt es einen neuen Beitrag dazu. Bei aller Unterschiedlichkeit der Texte wird eines klar: Digitalisierung in der Pflege ist ein komplexes Thema.

Dies stellt Einrichtungen der Pflege(aus)bildung vor die Herausforderung, sich mit neuen Formen des Lehrens und Lernens (bspw. Lernplattformen, Lernsoftware, e-Learning-Programme, Pflegesimulationen) auseinanderzusetzen. Das neue Pflegeberufegesetz wird als Chance angesehen, Digitalisierung als festen Bestandteil in die Pflegeausbildung zu integrieren (Rahmenlehrpläne § 53 PflBG).

Aufgrund dieser Aktualität thematisiert die vorliegende Ausgabe der epalMPULSE Pflegebildung im digitalen Zeitalter: Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe verdeutlicht die Relevanz der digitalen Medienkompetenz in der Pflegebildung und welche Ebenen bei der Medienbildung betrachtet werden müssen. Eine dieser Ebenen umfasst digitale Unterrichts- und Lernformen, zu denen Serious Games gezählt werden. Daniel Garcia Gonzalez, Zoé Voß und Miriam Peters stellen diese spezielle Lernform und deren Mehrwert für die Pflegebildung vor. Zuletzt greift Iris Vogel, die diese Ausgabe der epalMPULSE maßgeblich konzipiert hat, die Thematik Pflegeprozess als zukünftige Vorbehaltsaufgaben der Pflege auf und erläutert, wie Auszubildende im Pflegeprozess durch die digitale Umsetzung des epaAC und dessen E-Learning-Programm unterstützt werden können.

Viel Spaß beim Lesen, Entdecken und Mitdiskutieren über die Pflegebildung im digitalen Zeitalter!

Ihr Dr. Dirk Hunstein
geschäftsführender Gesellschafter ePA-CC GmbH



Strategien zur Förderung digitaler Medienkompetenz in der Pflegebildung

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR)

Wir leben in einer digitalen Welt. Digitale Medien begegnen uns täglich im privaten, sozialen und beruflichen Kontext. Dadurch ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten und Chancen, aber auch Grenzen und Gefahren. Digitale Medien sind insofern sinnvoll, als Anwender sie zweckgebunden einsetzen. Auch der kontrollierte Umgang mit einer fortschreitenden Technisierung in der Pflege erfordert von Lehrenden und Lernenden Wissen, Souveränität, Reflexionsfähigkeit und Verantwortungsbewusstsein. Medienkompetenz ist demnach fester Bestandteil beruflicher Handlungskompetenz in der Pflege und muss – insbesondere im Rahmen der Neuausrichtung pflegeberuflicher Bildung – entsprechend berücksichtigt werden.

Medienkompetenz als Ziel

Digitalisierung im allgemeinen Bildungskontext thematisiert die multimediale Unterrichts- und Prüfungsgestaltung durch die Lehrenden ebenso wie den kompetenten, zielgerichteten und reflektierten Einsatz digitaler Medien durch Lernende. Für die Pflegebildung kommt hinzu, dass die Pflegepraxis eine zunehmende Digitalisierung erfährt. Vielfach wird inzwischen über die elektronische Patientenakte dokumentiert und kommuniziert, Roboter zur Trinkassistenten oder zur Beschäftigung betagter Menschen werden erprobt, in der Logistik der Ver- und Entsorgung von Waren kommen autonome Systeme immer häufiger zum Einsatz.

Gelungene Medienbildung, verstanden als ein „dauerhafter, pädagogisch strukturierter und begleiteter Prozess der kontinuierlichen und kritischen Auseinandersetzung mit der Medienwelt“ (KMK 2012), führt zur wirklichen Medienkompetenz. Diese wird in der Pflegebildung künftig zu einer Schlüsselkompetenz; insbesondere, wenn es darum geht, das eigene pflegerische Selbstverständnis den (künftigen) Möglichkeiten ‚digitalisierter Pflege‘ gegenüberzustellen, ethische Probleme der Patientenversorgung zu erkennen und eine argumentativ nachvollziehbare Bewertung des eigenen Pflegehandelns vorzunehmen.

In Anlehnung an die Erklärung Medienbildung in der Schule der Kul-

Literatur

ANA (American Nurses Association) (2015: 9): ANA Code of Ethics for Nurses Interpretive Statement 3.1: Guidance for Social Media, s. <http://www.nursingworld.org/DocumentVault/Position-Statements/Ethics-and-Human-Rights/Position-Statement-Privacy-and-Confidentiality.pdf> (Zugriff am 07.08.2017)

Bundesministerium (BM) für Bildung und Forschung: Sprung nach vorn in der digitalen Bildung; Pressemitteilung 117/2016; <https://www.bmbf.de/de/sprung-nach-vorn-in-der-digitalen-bildung-3430.html> (Zugriff 05.06.2017).

BM für Wirtschaft und Energie: Digitale Bildung. Der Schlüssel zu einer Welt im Wandel; Berlin 2016; https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Digitale-Welt/digitale-bildung-der-schluesel-zu-einer-welt-im-wandel.pdf?__blob=publicationFile&v=8 (Zugriff 05.06.2017).

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) u. a. : Studie: Digitale Lösungen in der Pflege - „ePflege“ liefert Bedarfsanalysen und Handlungsvorschläge, http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/BMG_ePflege_Abschlussbericht_final.pdf (07.08.2017)

Gesellschaft für Informatik e.V.: Leitlinien Pflege 4.0.



tusministerkonferenz (2012) definiert der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe digitale Medienkompetenz in der Pflegebildung wie folgt:

- sinnvoller, effizienter und verantwortungsvoller Umgang mit digitalen Medien durch Lehrende und Lernende in Ausbildung, Studium und Pflegepraxis;
- Einsatz digitaler Medien in Unterricht inkl. Prüfungen: kompetente sowie situativ passend, didaktisch und methodisch reflektiert;
- selbstbestimmte und aktive Teilhabe an digitalen Medien: privat, sozial und beruflich;
- Ausprägungen von Werthaltungen als Grundlage eines reflektierten (Pflege-)Handelns im Umgang mit neuen digitalen Technologien in der Patientenversorgung.

Handlungsempfehlungen für die Entwicklung und den Erwerb digitaler Kompetenzen in Pflegeberufen. Berlin, 2017. https://gi.de/fileadmin/GI/Hauptseite/Aktuelles/Aktionen/Pflege_4.0/GI_Leitlinien_Digitale_Kompetenzen_in_der_Pflege_2017-06-09_web.pdf (Zugriff 05.06.2017).

Länderkonferenz MedienBildung: Kompetenzorientiertes Konzept für die schulische Medienbildung. LKM-Positionspapier Stand 29.01.2015; https://lkm.lernnetz.de/files/Dateien_lkm/Dokumente/

Strategische Überlegungen

Digitalisierungsprozesse fordern Schulen und Hochschulen in der Pflege heraus. Zur nachhaltigen Förderung von Medienkompetenz muss die Implementierung medienbildender Maßnahmen systemisch geplant und systematisch gestaltet werden. Vor allem folgende Handlungsfelder sind zu bearbeiten:

Medienbildung in der Organisationsentwicklung

Die anforderungsgerechte technische Ausstattung der Bildungseinrichtungen ist unerlässlich. Der DBR weist ausdrücklich darauf hin, dass die vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie initiierte ‚Ausstattungsinitiative‘ 1.000 Berufsschulen 4.0 Schulen des Gesundheitswesens grundsätzlich ausschließt. Durch infrastrukturelle Investitionen sollen Berufsschulen in die Lage versetzt werden,

digitale Lerninhalte zu vermitteln, die den jeweiligen Ausbildungsberufen und Anforderungen der betrieblichen Praxis entsprechen. Der DBR fordert daher analog zur o.g. Initiative eine ebenso flächendeckende Ausstattung sowie eine gesetzlich geregelte Finanzierung für alle Schulen des Gesundheitswesens.

Medienbildung in der Schul- und Unterrichtsentwicklung

Lernende sind in ihrer Medienkompetenz fächerübergreifend zu fördern. Die verpflichtende Implementierung eines Mediencurriculums ist an allen Lernorten – Schule, Praxis, ‚Dritter‘ Lernort – erforderlich. Der DBR spricht sich für die Orientierung am Kompetenzorientierten Konzept für die schulische Medienbildung der Länderkonferenz MedienBildung (2015) aus. Darüber hinaus müssen digitale Unterrichts- und Lernformen (z. B. virtuelle Lernplattformen, digitale Bibliotheken) Lehrenden und Lernenden zugänglich werden.

Medienbildung in der Personalentwicklung

Lehrende an Schulen und Hochschulen müssen medienkompetent sein und darüber hinaus über medienpädagogische Kompetenzen verfügen. Entsprechende Qualifizierungsangebote müssen in der Lehrerbildung verankert werden. So fordert es auch die Kultusministerkonferenz in ihrem Strategiepapier Bildung in der digitalen Welt (vgl. 2012). Der DBR ergänzt diese Forderung um die Notwendigkeit individueller Fortbildungs- und Beratungsangebote zur Weiter- und Nachqualifizierung im Sinne des lebenslangen Lernens. Künftig sollten alle Lehrer dazu befähigt sein, aktuelle technologische Entwicklungen zu kennen, zu bewerten und - sofern erforderlich - in das persönliche Medienrepertoire aufzunehmen.

Fazit

Pflegebildung darf den digitalen Anschluss nicht verlieren. Gleichzeitig müssen Lehrende und Lernende reflektiert und verantwortungsbewusst entscheiden, wann und wozu Digitalisierung zum Wohle der Menschen wirklich sinnvoll ist.

Kontakt: info@bildungsrat-pflege.de

Vielen Dank an den Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe für die Erlaubnis zur Nutzung des Positionspapiers 10/2017 – Strategien zur Förderung digitaler Medienkompetenz in der Pflegebildung

LKM-Positionspapier_2015.pdf (Zugriff 05.06.2017).

Kultusministerkonferenz (KMK): Medienbildung in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 08. März 2012; https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_03_08_Medienbildung.pdf (Zugriff 05.06.2017).

KMK: Bildung in der digitalen Welt. Strategie der Kultusministerkonferenz; Berlin 2016; https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2018/Strategie_Bildung_in_der_digitalen_Welt_idF_vom_07.12.2017.pdf (Zugriff 05.06.2017).

Sieger, M. et al. (2015): Digital lernen – evidenzbasiert pflegen. Neue Medien in der Fortbildung von Pflegefachkräften. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag.

Serious Games in der Pflegeausbildung

von Daniel Garcia Gonzale, Zoé Voß, Miriam Peter

wissenschaftliche MitarbeiterInnen, Bundesinstitut für Berufsbildung Bonn

Literatur

Boctor, L. (2013). *Active-learning strategies: the use of a game to reinforce learning in nursing education. A case study. Nurse education in practice*, 13(2), 96–100.

Blötz, U. (Hrsg.) (2015). *Planspiele und Serious Games in der beruflichen Bildung. Auswahl, Konzepte, Lernarrangements, Erfahrungen. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.*

De Gagne, J., Oh, J., Kang, J., Vorderstrasse, A. A. & Johnsson, C. M. (2013). *Virtual Words in Nursing Education: A Synthesis of the Literature. Journal of Nursing Education*, 52(7), 391–406.

Friesacher, H. (2019). *Fürsorge – trotz oder mit Technik? In C. Hauck & C. Uzarewicz (Hrsg.), I Robot, I Care. Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien in der Pflege (S. 27-48). Oldenburg: DeGruyter.*

Hülsken-Giesler, M. (2015). *Professionalisierung der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. In H. Brandenburg & H. Güther (Hrsg.). Gerontologische Pflege (S. 377–408). Bern: Hogrefe.*

Marsh, T. (2011). *Serious games continuum: Between games for purpose and experiential environments for purpose. Entertainment Computing (2)*, 61–68.

Peters, M. (2019). *Digitales Lernen in der Pflegeausbildung*

Einleitung

Die Bedürfnisse angehender Pflegenden haben sich verändert. Ob unter den Stichworten „Generation Z“ oder „Digital native“ (Schulmeister 2012), angehende Pflegenden sind heute in der Regel mit digitalen Technologien aufgewachsen (Euler & Severing 2019, Pront et al. 2017). Immer wieder wird darauf hingewiesen, dass sie alternative Lehr-Lernmethoden für erfolgreiches Lernen bevorzugen (Boctor 2013, Peters 2019). Eine Möglichkeit auch spielerische Elemente in Lernprozesse zu integrieren, ist der Einsatz von Serious Games. Serious Games lassen sich nicht anhand einer allgemeingültigen Definition beschreiben. Der Begriff kann als Gattungsbegriff verstanden werden, dem verschiedene Spielkonzeptionen und Genres untergeordnet werden. Trotz der Vielzahl an Definitionen lassen sich einheitliche Merkmale bei den Beschreibungsversuchen erkennen. Demnach lassen sich Serious Games als Spielangebote verstehen, die über den Spielspaß hinaus ein übergeordnetes Ziel verfolgen, das in der Vermittlung von Inhalten und Wissen oder der Sensibilisierung für bestimmte Themen besteht. Das mediendidaktische Design ist so ausgerichtet, dass eine tiefergehende Beschäftigung mit den vermittelten Inhalten angeregt und gefördert wird (Blötz 2015). Wie alle Spiele unterliegen sie nach Wattanasoonton et al. (2013) den gattungstypischen Gesetzmäßigkeiten eines Unterhaltungsformats und erfüllen die Funktionen von Gameplay, Herausforderung (challenge), Interaktion (interaction) und Zielsetzung (objective). Letztere unterscheidet sich dabei in zwei Typen: während die implizite Zielsetzung allein in der Unterhaltung liegt, findet sich mit der expliziten Zielsetzung eine zusätzliche Dimension angelegt, in der eine Verbesserung bestimmter Fähigkeiten, Erfahrungszuwachs und Wissenserwerb angestrebt wird (Wattanasoonton et al. 2013). Während also spielerischer Charakter und Design von Serious Games ähnlich oder deckungsgleich mit dem reiner Unterhaltungsspiele sein können, bilden diese aber kein notwendigerweise konstituierendes Element für ihre Gattung. Dies findet sich vielmehr in ihrer Botschaft und dem Informationsgehalt angelegt (Blötz 2015). Dabei kann die Ausprägung des jeweiligen Unterhaltungs- und Lerngehalts variieren und es erscheint hilfreich, diese beiden Größen als fließende und skalierbare Parameter

innerhalb eines Kontinuums zu betrachten (Marsh 2011). Damit wird die Bandbreite der Gattung Serious Games deutlich, die diverse Genres wie z.B. Planspiele oder Simulationen umspannen kann, aber nicht notwendigerweise muss. Dies hängt wiederum von der jeweiligen Ausgestaltung der einzelnen Spiele ab und inwiefern diese die gattungstypischen Merkmale erfüllen.

Stand der Entwicklung zu Serious Games in der Pflegeausbildung im nationalen und internationalen Raum

Im deutschsprachigen Raum gibt es bis jetzt nur wenige Möglichkeiten, Serious Games in die Pflegeausbildung zu integrieren (Peters 2019). Dabei steigt in der beruflichen Bildung die Nachfrage, „weil sie sich als moderne Medien wie z.B. Adventurespiele für eine Vielzahl von Aktivierungs-, Vermittlungs- und Aufklärungsanlässen eignen“ (Blötz 2015, S. 27). Die Anwendung von Serious Games kann einen Mehrwert für Lernende haben, da das Lernen durch die Teilnahme am Spiel als aktiver Prozess wahrgenommen wird und damit die Motivation für das Erfassen der Lerninhalte erhöht wird (Blötz 2015). Blötz beschreibt die konstruktivistische Auffassung von Lehren und Lernen als Grundlage für das virtuelle Lernen. Es ist demnach ein konstruktiver Prozess, in dem Selbstständigkeit, Eigenanteil, Emotionalität, Selbstwirksamkeit, Sozialverhalten und situative Prozesse die wesentlichen Faktoren für aktives und erfolgreiches Lernen sind. Gerade weil professionell Pflegenden in ihrem Berufsalltag oft komplexen Situationen begegnen, sind virtuelle Übungsplattformen in der Ausbildung hilfreich und können zur Qualität in der Pflege beitragen.

Das virtuelle Lernspiel „Take Care“ wurde im Rahmen des BMBF/ESF-geförderten Projektes „Game Based Learning in Nursing- Spielerisch Lernen in authentischen digitalen Pflegesituationen“ (GaBa-LEARN) entwickelt, um die digitale Fallarbeit in der Pflege und ihren Lerneffekt voran zu treiben.

Die erste Fassung des Spiels ist auf der Website kostenlos abrufbar (<http://eduproject.eu/gabalearn/trailer/>). Es orientiert sich gestalterisch an der stationären Langzeitpflege. Pflegefachmann Stefan führt beispielsweise in einer Variante in das Spiel ein und begleitet die Auszubildende in komplexen Pflegesituationen und in der Zusammenarbeit im interdisziplinären Team. Die pflegerischen Schwerpunkte in „Take Care“ konzentrieren sich auf die Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen, chronischen Erkrankungen, sowie Multimorbidität. Biographisches Hintergrundwissen als zwischenmenschlicher und pflegefachlicher Zugang zu den Bewohnerinnen und Bewohnern des virtuellen Pflegeheims werden in das Spiel integriert und abgefragt. Auch die

–Serious Games als spielerischer Zugang zu Kompetenzerwerb. In C. Hauck & C. Uzarewicz (Hrsg.), *I Robot, I Care. Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien in der Pflege* (S. 111-123). Oldenburg: DeGruyter.

Peters, M., Ley, K., Hülken-Giesler, M., Dütthorn, N., Knab, C., & Hoffmann, B. (2018). *Learning Analytics in der Pflegebildung: Kompetenzmessung im Mixed Method-Design? Pflegewissenschaft 20*(11-12), 263-272.

Reiber, K. (2006). *Kompetenz als Leitkategorie für die Qualität beruflicher Bildung. In Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* (6), 20-23.

Schulmeister, R. (2012). *Vom Mythos der Digital Natives und der Net Generation. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* (3), 42–46.

Trübswetter, A. & Figueiredo, L. (2019). *Digitalisierung in der deutschen Pflegeausbildung: Potenziale und Herausforderungen des AKOLEP Projekts. Ein explorativer Zugang. Pflege* 32 (6), 343–352.

Wattanasoonton, V., Boada, I., García, R. J. & Sbert, M. (2013). *Serious games for health. Entertainment Computing* (4), 231-24.



Spielausschnitt aus *Take Care*

Perspektiven von Pflegebedürftigen und Angehörigen werden aufgezeigt und tragen zu einem besseren Verständnis von Pflegesituationen bei. Zudem wird aktuelles Fachwissen in virtuellen Bibliotheken zur Verfügung gestellt, welches in die pflegerischen Entscheidungen einfließen kann. So lernen die Auszubildenden spielerisch, mit komplexen Pflegesituationen sicher umzugehen. Lehrer, die das Lernspiel in den Unterricht einbauen möchten (Blended Learning) können ein Handbuch kostenlos auf der Homepage des BMBF-Verbundes herunterladen (<http://eduproject.eu/gabalearn/lehrermanual/>). „Take Care“ wird für Folgeprojekte in den nächsten Monaten systematisch weiterentwickelt werden.

Ein weiteres Beispiel ist das Planspiel „Stress Rekord“ (www.stressrekord.de). Bei Planspielen werden unterschiedliche Szenarien mit unterschiedlichen Handlungsspielräumen entworfen. „Stress Rekord“ dient der Aneignung und Erprobung von Wissen in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Das Spiel unterstützt Führungskräfte in der Pflege dabei, arbeitsbedingte Belastungen zu erkennen und geeignete Maßnahmen einzuleiten. Das Szenario hier: als Besitzerin/Besitzer eines ambulanten Pflegedienstes gilt es, die Belastungen der vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter frühzeitig zu erkennen und mit geeigneten Maßnahmen die Arbeitsbelastung zu reduzieren und die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen. Jeder Mitarbeiter in diesem Planspiel hat mit besonderen Herausforderungen zu tun. Die Situationen sind praxisnah gestaltet, sodass sich jeder professionell Pflegende darin wiedererkennen kann. Der Lerneffekt des Spielenden ist hoch. So kann der oder die Spielerin beispielsweise in simulierten Mitarbeitergesprächen Kommunikationsschwierigkeiten erkennen und eine Verbesserung der Arbeitssituation anstreben. Lernspiele, die auf



Spielausschnitt aus *Stressrekord*

eine komplexe Fallarbeit und pflegfachlich begründete Entscheidungen abzielen, gibt es selbst im internationalen Raum bis jetzt nur selten. Ein Beispiel ist das Lernspiel „Sentinel 3.0 - Urban Community Simulation.“ (<https://www.healthcarelearninginnovations.com/products/virtual-clinical-simulations/sentinel-city-urban-community/>)

Anforderungen an Serious Games in der Pflegeausbildung

Die geringe Zahl an Serious Games für die Pflege begründet sich möglicherweise unter anderem über die hohen Anforderungen für digitale Tools in der Pflegebildung. So werden derzeit Authentizität, Menschlichkeit und fachliche Korrektheit noch als Herausforderungen formuliert (Trübswetter & Figueiredo 2019, S.350).

Darüber hinaus sollten Serious Games für die Pflegebildung intuitiv bedienbar sein, Audio- und Videoqualität sind so zu wählen, dass sich die Nutzerinnen und Nutzer auf die dargebotenen Inhalte konzentrieren können (Peters 2019). Niedrige technische Qualität bei der Klangwiedergabe und Konstruktionsfehler im Design können Stress und Frustration bei den Lernenden verursachen. Anwendungen aus anderen Bereichen zeigen, dass eine stabile Internetverbindung vorhanden sein sollte, damit die Tools nutzbar sind (De Gagne et al. 2013). Noch unklar ist derzeit, wie sich informelle Lernergebnisse, wie Erhöhung der Lerngeschwindigkeit, die Ausdauer oder die Motivation beim Lernen durch den Einsatz von Serious Games verändern. Gerade diese scheinen allerdings den „Mehrwert“ gegenüber traditionellen Lehrmethoden auszumachen (Peters 2019). Die Einbindung in den Unterricht über sogenannte Blended Learning Einheiten, in denen Spielerlebnisse und angeeignete Kompetenzen reflektiert und in größere Zusammenhänge eingebunden werden, wird ebenfalls nahegelegt (Blötz 2015). In solchen Blended Learning Einheiten können über Serious Games die Handhabung und kritische Reflexion von Assessmentinstrumenten und Dokumentation eingeübt werden. Finden sich in Serious Games moderne Algorithmen oder künstliche Intelligenz kann auch verbale Kommunikation (vgl. Chatbots) trainiert werden.

Einen entscheidenden Vorteil weisen Serious Games auch mit Blick auf die Sicherheit der Lernumgebungen auf. Lernende können Handlungen oder Kommunikation einüben, ohne dabei sich selbst oder weitere reale Personen zu schädigen.



Spielausschnitt aus *Sentinel 3.0*

Fazit und Ausblick

Ziel von pflegeberuflicher Bildung ist die Anbahnung beruflicher Handlungskompetenz (Reiber 2006). Neben medizinisch-pflegerischen Inhalten bedeutet dies auch die Vorbereitung auf Pflege als Beziehungs-, Interaktions-, Berührungs-, Gefühls-, und Emotionsarbeit (Hülken-Giesler 2015, Friesacher 2019). Pflegerisches Handeln erfordert sowohl fachlich theoretische Begründungen als auch körperleibliche sinnliche Wahrnehmung. Pflegende sind darüber hinaus häufig mit divergierenden Ansprüchen konfrontiert und aufgefordert mit ethischen Herausforderungen umzugehen (Peters et al. 2018). In diesem Sinne können Serious Games einen Mehrwert mit Blick auf die Verbesserung der kritischen Urteilsbildung, die Reflexion und Festigung der eigenen Rolle und Handlungen sowie die Reduktion von Unsicherheit und Angst. National wie international existieren derzeit allerdings noch wenige im Unterrichtsgeschehen einsetzbare Spiele, die den Anforderungen der Pflegebildung gerecht werden. Serious Games stellen eine Erweiterung des Methodenrepertoires dar und können über die Art der Vermittlung möglicherweise auch bei den Lernenden die Motivation erhöhen, sich vertieft mit den dargebotenen Inhalten auseinanderzusetzen.

Auch kann darüber die Anwendung digitaler Technik selbst trainiert werden. Im Rahmen von Blenden Learning Sequenzen besteht zudem die Möglichkeit der kritischen Reflexion der Technik selbst.

Kontakt: miriam.peters@bibb.de

Unterstützung der Entscheidungsfindung im Pflegeprozess durch Digitalisierung

von Iris Vogel

wissenschaftliche Mitarbeiterin der epaCC GmbH, Bereich Entwicklung und Implementierung

Der Pflegeprozess fungiert international als ein zentrales Handlungsmodell des Pflegeberufes. Sein Ziel ist die systematisch begründete Entscheidungsfindung, basierend auf einem strukturierenden Problemlösungsansatz (BT-Drucksache, 19/2790, 83). Seit den 80er Jahren wird in Deutschland versucht, den Pflegeprozess in der Pflegepraxis umzusetzen. Jedoch zeigt sich in vielen Bereichen der Praxis, dass der Pflegeprozess lediglich teilweise umgesetzt ist.¹ Diese lückenhafte Umsetzung könnte zukünftig schwinden, da der Pflegeprozess für die Praxis an Bedeutung zugenommen hat. Grund dafür ist das Pflegeberufegesetz (PflBG), welches zum 01. Januar 2020 in Kraft getreten ist und erstmals Pflegenden vorbehaltene Tätigkeiten festschreibt (§4 PflBG). Fortan obliegt die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (§ 4 PflBG, Absatz 2 Nummer 1-3) ausschließlich dem Verantwortungsbereich der Pflegenden.

Um diese Aufgaben adäquat umsetzen zu können, müssen die Pflegenden in ihrer Ausbildung spezielle Kompetenzen erlernen. Die erforderlichen Kompetenzen sind in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) ausgewiesen. Der Kompetenzbereich 1 befasst sich mit dem Pflegeprozess und der Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen und stellt mit 1.000 Stunden den größten Bereich dar (Anlage 6 PflAPrV). Die Auszubildenden sollen beispielweise erlernen, allgemeine und spezifische Assessmentverfahren zu nutzen und für die Beschreibung des Pflegebedarfs pflegediagnostische Begriffe zu verwenden. Zudem sollen sie dazu befähigt werden, für die Evaluation ihrer Pflegeprozessentscheidungen neben analogen auch digitale Pflegedokumentationssysteme anzuwenden (Anlage 2 und 3 PflAPrV).

Wie hängen Assessmentinstrumente und Pflegeprozess zusammen?

Assessmentinstrumente dienen innerhalb des Pflegeprozesses der Status- oder Prozessdiagnostik. Sie lassen sich je nach Prozessphase und Funktion in Basis- und Evaluationsassessment unterteilen. In der ersten Phase des Pflegeprozesses, der Einschätzungsphase, findet die Statusdiagnostik statt, der aktuelle Patientenzustand wird erhoben. Dafür eignet sich besonders ein Basisassessment, da dieses eine umfangreiche Informationssammlung ermöglicht. Dagegen unterstützt das Evaluationsassessment die Prozessdiag-

¹ Oftmals fehlen die Schritte der Planungsphase (Problemstellung, Zielsetzung, Maßnahmenplanung) und die Evaluationsphase. Lediglich die Einschätzungsphase und Durchführungsphase sind flächendeckend in der Praxis umgesetzt, meistens in Form von Anamnese- und Leistungsdokumentationsbögen.

nostik in der Evaluationsphase, Veränderungen von Patientenzuständen werden über einen bestimmten Zeitraum erfasst und dargestellt (Reuschenbach, 2011). In beiden Fällen soll das Assessmentinstrument die Informationssammlung und folglich die gleichzeitig ablaufende Entscheidungsfindung standardisieren und lenken (Vogel, 2019).

Was wird unter Entscheidungsfindung verstanden?

Entscheidungsfindung stellt die Basis von klinischem Begründen (clinical reasoning) und klinischem Beurteilen (clinical judgment) dar. Sie fungiert als ein Abstimmungsprozess zwischen Kognition, Wissen sowie Aufgaben- und Informationselementen. Kognition umfasst dabei die Denkprozesse: divergentes, konvergentes, problemlösendes, analytisches, synthetisches und schlussfolgerndes Denken. Für diese Denkprozesse ist wiederum der Zugriff auf vorhandenes Wissen notwendig, welches persönliches und empirisches Wissen umfasst. Zum persönlichen Wissen zählt das prozedurale, implizite und Erfahrungswissen. Das empirische Wissen setzt sich aus biomedizinischem, klinischem, deklarativem und explizitem Wissen zusammen. Auf der metakognitiven Ebene befindet sich das kritische Denken, welches dazu dient, die eigenen Denkprozesse sowie vorhandenes Wissen wahrzunehmen und kritisch zu betrachten (bspw. im Hinblick auf Wissenslücken oder Denkfehler).

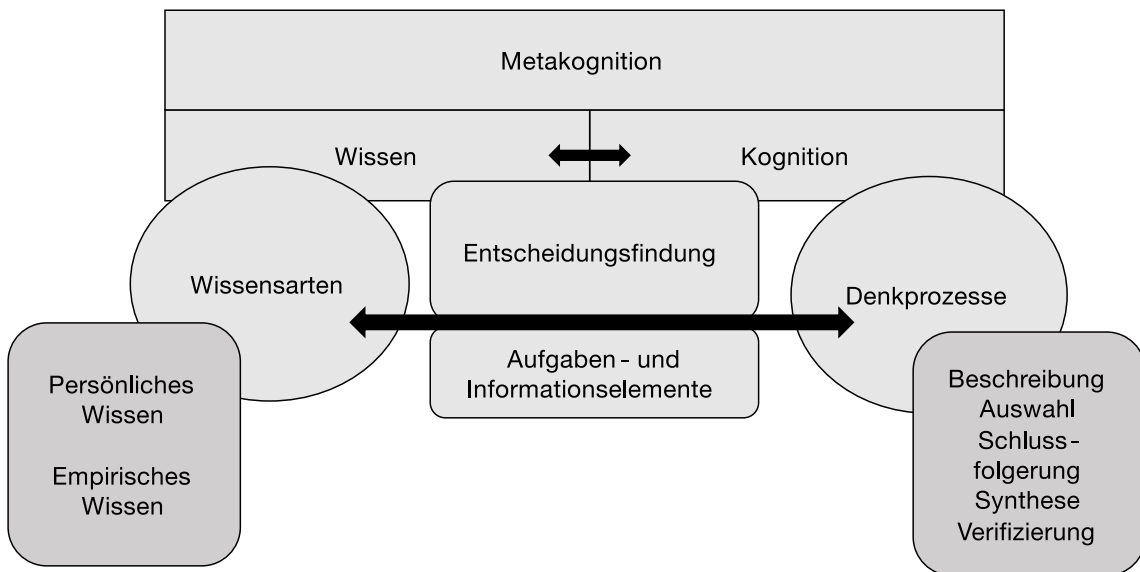


Abbildung 1: Entscheidungsfindung – Abstimmungsprozess zwischen Kognition und Wissen (Vogel, 2019: 19)

Welche Rolle spielt die Entscheidungsfindung im Pflegeprozess?

Entscheidungsfindung findet in allen Phasen des Pflegeprozesses statt. Für Wilkinson (2012) handelt es sich um eine intellektuelle Fähigkeit, welche für die Anwendung des Pflegeprozesses benötigt wird. So ist die Entscheidungsfindung in der Einschätzungsphase erforderlich, um zu einer Pflegediagnose zu gelangen. Die Basis für die Festlegung einer Pflegediagnose ist die Datengrundlage. Pflegende nehmen zahlreiche Informationen wahr, welche sie anschließend analysieren und beurteilen. In der Planungsphase soll pflegerisches Handeln zielorientiert geplant werden. Um dies zu erreichen, ist sowohl ein Abwägen

von Bedingungen sowie von Folgen als auch eine Beurteilung des Entwicklungsprozesses vom Ausgangs- zum Zielzustand erforderlich. In der Durchführungsphase laufen mehrere Entscheidungsfindungsprozesse gleichzeitig ab. Während die Pflegenden² ihre geplanten Pflegemaßnahmen durchführt, berücksichtigt sie patientenindividuelle Informationen, bewertet die Reaktionen des Patienten auf ihre Pflegemaßnahmen und/oder bezieht Zustandsveränderungen in ihr pflegerisches Handeln mit ein, indem sie dieses anpasst. In der Evaluationsphase wird die Wirkung der Pflege anhand von Patientenreaktionen und Zustandsveränderungen beurteilt. Letztendlich entscheidet die Pflegenden, ob Ziele erreicht wurden, eine weitere Datensammlung oder Anpassung der Pflegediagnose und der dazugehörigen Ziele sowie Maßnahmen erforderlich ist (Vogel, 2019).

Wie sieht der Entscheidungsfindungsprozess bei Auszubildenden aus?

Dieser Frage gingen O'Neill et al. (2005) nach. Sie haben innerhalb des Projektes Novice Computer Decision Support (N-Codes) ein Modell entwickelt, welches das theoretische und empirische Wissen über die klinische Entscheidungsfindung sowie die Entwicklung der Fähigkeiten von Neulingen hinsichtlich logischen Denkens zusammenfasst.

Abbildung 2 zeigt, dass die begrenzte Wahrnehmung der klinischen Situation ein Kernmerkmal des NCRM ist. Diese begrenzte Wahrnehmung basiert auf emotionalen sowie kognitiven Hindernissen und einem begrenzten Arbeitswissen. Sie führt dazu, dass der Pflegeanfänger nur wenige Hinweise erkennt und die klinische Situation dadurch unvollständig erfasst. Die kognitiven Prozesse zur Verarbeitung der wahrgenommenen Hinweise laufen bewusst und regelgesteuert ab. Aufgrund der bewussten und regelgeleiteten Auseinandersetzung benötigt der Pflegeanfänger mehr Zeit, um zu einem Ergebnis zu gelangen (bspw. eine Pflegediagnose). Für die Weiterentwicklung des klinischen Denkens ist die Praxisumgebung von großer Bedeutung, insbesondere die Verfügbarkeit von erfahrenen Pflegenden. Pflegeanfänger konsultieren diese zur Unterstützung bei ihrer Entscheidungsfindung. Die praktische Erfahrung der Pflegeanfänger entwickelt sich größtenteils aufgrund dieses kollegialen Austausches, der eigenen pflegerischen Handlung, der Aus-

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Artikel die männliche oder weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Literatur

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufes-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - PflAPrV) idF vom 02.10.2018 (BGBl. I S. 1572) zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 15.08.2019 (BGBl. I S. 1307).
- BT-Drucksache 19/2790. Drucksache des Deutschen Bundestages 19/2790 vom 15.06.2018. Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung (18. Ausschuss) gemäß § 56a der Geschäftsordnung. Technikfolgenabschätzung (TA). Robotik und assistive Neurotechnologien in der Pflege - gesellschaftliche Herausforderungen.
- Fiebig, M. & Hunstein, D. (2018). Digitale Dokumentation: Denkt künftig der Computer für mich? *Pflegezeitschrift*, 71(4), 12-15.
- Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG) idF vom 17.07.2017 (BGBl. I S. 2581) zuletzt geändert durch Artikel 3a des Gesetzes vom 13.01.2020 (BGBl. I S. 66).
- Henke, F. (2019). Kompetenzen und Kriterien systematisieren. *Die Schwester, Der Pfleger*, 58(11), 59-63.
- O'Neill, E. S., Dluhy, N. M. & Chin, E. (2005). *Modelling novice clinical*

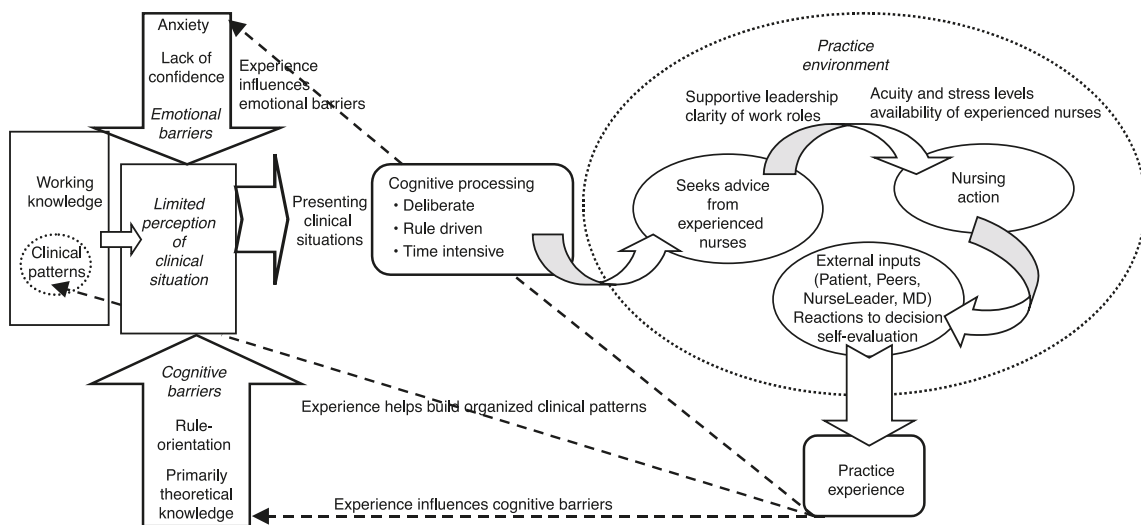


Abbildung 2: Novice clinical reasoning model (NCRM) (O'Neill et al, 2005: 70)

wirkungen der getroffenen Entscheidungen sowie der Selbstbeurteilung. Die stetige Erweiterung des praktischen Erfahrungswissens führt zu einem Abbau der emotionalen und

kognitiven Hindernisse sowie zu einer Erweiterung des Arbeitswissen um klinische Cluster.

Das NCRM verdeutlicht die Relevanz der Förderung der einzelnen Dimensionen der Entscheidungsfindung: Wahrnehmung von Aufgaben- und Informationselementen, Wissen, Kognition und Metakognition.

Henke (2019) weist in Bezug auf das Pflegeberufegesetz (PflBG) auf die Herausforderung für den Lernort Praxis hin, die Pflegesituation als pflegeprozessorientierte Vorbehaltsaufgabe sowohl theoretisch als auch praktisch zu vermitteln. Somit stellt sich die Frage, ob Digitalisierung diesen Vermittlungsprozess unterstützen kann.

Welche Möglichkeiten gibt es, die Entscheidungsfindung im Pflegeprozess bei Pflegeanfängern digital zu unterstützen?

Eine Möglichkeit, die Entscheidungsfindung von Pflegeanfängern zu unterstützen, könnte durch Clinical Decision Support Systems (CDSS) erfolgen. Der Einsatz dieser Systeme in der Pflegepraxis wurde in den letzten 50 Jahren aufgrund der voranschreitenden Digitalisierung umfangreich untersucht und diskutiert. Bei CDSS werden die folgenden Elemente unterschieden: Wissensbasis, spezifische Software und Algorithmus zur Modellierung der Entscheidung. Die Wissensbasis enthält bestimmte Regeln, bspw. strukturierte Pflegefachsprachen wie epa und LEP oder Leitlinien. Die durch das System ermittelten Entscheidungen (anhand der Algorithmen) werden den Pflegenden bspw. in Form von Warnungen, Zusammenfassungen oder Handlungsanweisungen präsentiert. CDSS können somit große Datenmengen verwalten und

reasoning for a computerized decision support system. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 68–77.

Ortiz, D.R., Maia, F.d.O. M., Ortiz, D.C.F., Peres, H. H. C. & Sousa, P.A.F.d. (2017). Computerized clinical decision support system utilization in nursing: A scoping review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(11), 2638–2644.

Reuschenbach, B. (2011). Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments. In B. Reuschenbach & C. Mahler (Hrsg.), *Pflegebezogene Assessmentinstrumente: Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis* (S. 27–45). Bern: Hans Huber.

Vogel, I. (2019). *Pflegerische Entscheidungsprozesse im Spannungsfeld*

relevante Informationen Pflegenden für den weiteren pflegediagnostischen und problemlösenden Prozess darlegen (Ortiz et al., 2017).

Die Instrumente der Methode epa können zu CDSS gezählt werden. Beispielsweise wird die Entscheidung über Umfang und Tiefe der pflegerischen Dokumentation oder Einbeziehen anderer Berufsgruppen, wie Sozialdienst bei angezeigtem Risiko eines poststationären Versorgungsdefizits, durch den SelbstPflegeIndex (SPI) unterstützt (Fiebig & Hunstein, 2018). Zudem unterstützt das epaAC die Entscheidungsfindung auf kognitiver Ebene. Vogel (2019) fand in ihrer Studie heraus, dass bei einer strukturierten Bearbeitung des epaAC die Aufmerksamkeit so gelenkt wird, dass Wissenslücken und unbewusst wahrgenommene Informationen hervorgerufen werden. Daraus resultiert eine tiefergehende Entscheidungsfindung sowie schlussendlich eine Erweiterung des pflegediagnostischen Prozesses. Die Generierung von Pflegediagnosen (epaDIAGNOSEN) wird einerseits durch die Itemausprägungen des epaAC, andererseits durch Hinweise aus dem Handbuch begünstigt. Dabei erleichtern die Itemausprägungen die Generierung von Pflegediagnosen mit Merkmalen, Ursachen und Ressourcen auf kognitiver Ebene. Die Hinweise aus dem Handbuch unterstützen sowohl die Festlegung des Ausmaßes der Beeinträchtigung als auch die Interpretation und Schlussfolgerung zur Feststellung einer Pflege diagnose resp. eines Risikos. Für die Bewertung des Patientenzustandes in Bezug auf eine Verbesserung, Verschlechterung oder Unveränderlichkeit dienen die Vorwerte der letzten Einschätzung als Vergleichswert und unterstützen die Entscheidungsfindung in der Evaluationsphase. Hinsichtlich der Einschätzung und Beurteilung des Patientenzustandes durch Pflegeanfänger zeigte sich eine vermehrte Nutzung des Handbuchs bei Unsicherheiten und eine ausgeprägte Orientierung am epaAC (Items und Vorwerte der letzten Einschätzung), da dieses regelgeleitete Vorgehen und die vorherigen Angaben der examinierten Pflegenden Sicherheit bei der Beurteilung des Patientenzustandes vermittelt.

von Assessmentinstrument und Expertise. Eine qualitativ-rekonstruktive Studie zur Analyse der Relevanz des ergebnisorientierten PflegeAssessments AcuteCare für die Entscheidungsfindung im Pflegeprozess (unveröffentlichte Masterarbeit). Philosophisch-Theologische Hochschule, Vallendar. Wilkinson, J. M. (2012). Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Bern: Hans Huber.

Welche Voraussetzung müssen erfüllt sein, damit das epaAC die Entscheidungsfindung unterstützt?

Damit die Basisassessments der epa-Familie (epaAC, epaKIDS, epaPSYC und epaLTC) die Entscheidungsfindung der Pflegenden unterstützen können, müssen die Anwenderinnen in der Durchführung geschult sein und die Inhalte sowie das theoretische Konzept des Instruments kennen. Im Hinblick auf die Digitalisierung kann diese Schulung der Pflegenden vollständig oder ergänzend bspw. durch E-Learning erfolgen. Für das epaAC wurde ein E-Learning-Programm entwickelt. Es handelt sich um ein 120-minütiges Training, bei dem die Lernenden die Protagonistin Eva begleiten. Zu Beginn des Trainings beschreibt Eva die Methode epa, erklärt den Aufbau sowie die Inhalte des epaAC und erläutert dessen Einschätzungsregeln. Anschließend steht die praktische Anwendung des epaAC im Fokus. Zunächst begleiten die Lernenden Eva und schauen ihr über die Schulter, wie sie das

epaAC an Beispielpatientinnen anwendet. Danach werden die Lernenden selbst in exemplarische Fallsituationen eingebunden und wenden das epaAC selbstständig an. Auf ihre Einschätzungen erhalten sie unmittelbar Feedback und können so den eigenen Lernerfolg überprüfen.

Die Lerneinheiten können in beliebiger Reihenfolge bearbeitet und jederzeit wiederholt werden. Damit können die Lernenden ihr Lerntempo individuell bestimmen. Kurze Lerneinheiten und interaktive Elemente, wie bspw. ein Quiz, unterstützen den Lerneffekt zusätzlich. Zudem wird durch die Beispielpatientinnen der Bezug zwischen Theorie und Praxis hergestellt und ein optimaler Wissenstransfer erzielt. Um das epaAC e-Learning ausprobieren zu können, steht unter <https://www.epa-cc.de/artikel/unser-e-learning-fuer-epaac-ist-da.html> eine kostenlose Demo-Version zur Verfügung.

Fazit

Die digitale Umsetzung des epaAC stellt eine Möglichkeit dar, Auszubildende dahingehend zu unterstützen, die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs anhand eines spezifischen Assessmentinstruments sowie die Evaluation ihrer Pflegeprozessentscheidungen mittels eines digitalen Pflegedokumentationssystems zu erlernen. Das E-Learning-Programm zum epaAC kann als Ergänzung der Anleitungssituation in der Praxis angesehen und dementsprechend genutzt werden.

Kontakt: iris.vogel@epa-cc.de

Die Methode epa im Kontext der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV)

von Dirk Hunstein

geschäftsführender Gesellschafter der epaCC GmbH

Die PflAPrV fordert in den Anlagen 2 bis 4 für die Zulassung zur Pflegefachfrau/-fachmann oder als Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn oder als AltenpflegerIn die Kompetenz (Kompetenzbereich 1), „*Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.*“ Dafür „(...) nutzen [sie] ausgewählte **Assessmentverfahren** und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung von **pflegediagnostischen** Begriffen, (...) schlagen **Pflegeziele** vor, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit der Pflege (...).“ Gemäß Kompetenzbereich 2 müssen sie über die Fähigkeit verfügen, „*die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu **Pflegediagnosen** und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Menschen aller Altersstufen in der interprofessionellen Zusammenarbeit*“ zu vertreten.

Aus Gesprächen und Seminaren wissen wir, dass es zu den Begriffen „Pflegediagnostik“, „Pflegediagnose“, „Pflegeziele“ sowie „Evaluation“ immer wieder zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen kommt. Mit den nachfolgenden Ausführungen möchten wir diese aufklären.

Missverständnis 1: „Pflegediagnostik und Pflegediagnose sind das Gleiche“

Richtig ist: „Pflegediagnostik“ beschreibt den gesamten Prozess der klinischen Entscheidungsfindung, d.h. die Sammlung relevanter klinischer Daten mittels Assessmentverfahren mit der abschließenden Formulierung einer Pflegediagnose (früher: Pflegeproblem¹), welche den Pflegebedarf beschreibt. Um nachfolgend die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen überprüfen zu können, müssen Ziele formuliert werden.

Fazit 1: Da die Methode epa mit ihren Basisassessments epaAC, epaKIDS, epaPSYC und epaLTC entwickelt wurden, um pflegesensitive Ergebnisse automatisiert zu messen, bilden sie zwangsläufig die Elemente des pflegediagnostischen Prozesses ab: Messung von Patientenfähigkeiten (Ressourcen) sowie weiteren pflegeauslösenden Zuständen, Ableitung von Pflegediagnosen (epaDIAGNOSEN), Definition von Zielen sowie abschließender Evaluation des Zielerreichungsgrads.

Missverständnis 2: „Eine Pflegediagnose ist immer eine NANDA-Diagnose“

Richtig ist: Gemäß der international gültigen Norm ISO 18104:2004 muss eine Pflegediagnose eine Aussage über die beiden Informationen *Focus* (Bsp. aus epaNN²: Fähigkeit zur Körperpflege, Urinkontrolle, mit veränderten Lebenssituationen umgehen, Angst, Schmerz,...) sowie *Judgement* (engl. für Beurteilung. Bsp. aus epaNN: „kein – stark – gering – voll“, „chronisch“, „Dekubitus 2°“,...) machen. Über diese beiden zwingend erforderlichen Terme hinaus können laut ISO 18104 weitere Informationen ergänzend formuliert werden. Die NANDA-Diagnosen mit ihrem PES-Format werden in der ISO lediglich als *eine* Möglichkeit benannt, wie eine Pflegediagnose aufgebaut sein kann (ISO 18104:2014, Seite 19).

Fazit 2: Bei Anwendung der Instrumente der Methode epa werden ausnahmslos Pflegediagnosen (epaDIAGNOSEN) gemäß ISO 18104:2014 generiert – es ist gar nicht möglich, epa ohne Pflegediagnosen einzusetzen. Dabei gehen die epaDIAGNOSEN deutlich über die Mindestanforderungen der ISO 18104:2014 hinaus. Im Gegensatz zu NANDA-Diagnosen, die in der Regel nur dichotom vorliegen (Diagnose besteht oder besteht nicht), sind die epaDIAGNOSEN skaliert, d.h. auch ein „mehr“ oder „weniger“ ist darstellbar. Dies ist wichtig, wenn z. B. Verläufe dargestellt oder Zielerreichungsgrade evaluiert werden sollen.

¹ In der international gültigen Norm ISO 18104:2004, in der definiert wird, wie eine Pflegediagnose aussehen muss, werden die Begriffe „Pflegediagnose“ und „Pflegeproblem“ synonym verwendet: „Assessment data are interpreted by the nurse, usually in discussion with the subject of care, and a conclusion is reached, i.e. a clinical judgement is made. In many countries, this judgement is called a nursing diagnosis. In others it is referred to as a nursing problem or nursing need.“ (ISO 18104:2014, S. 19). Das ICN (International Council of Nursing) spricht übrigens von „Health Problems“.

² epaNN steht als Abkürzung für die Instrumente der epa-Familie: epaAC, epaKIDS, epaPSYC, epaLTC.

Missverständnis 3: „Für Pflegeziele ist ein eigener Katalog erforderlich“

Richtig ist: Im epa-Assessment und den daraus abgeleiteten epaDIAGNOSEN werden Patientenfähigkeiten und -zustände zum aktuellen Zeitpunkt quantifiziert. Für die Formulierung eines epaZIELS kann direkt im epa die angestrebte Fähigkeit/ Zustand in einem definierten Zeithorizont festgelegt werden.

Bsp.: Zur epaDIAGNOSE „Fortbewegung: Keine Fähigkeit [1]“ zum Zeitpunkt des ersten Post-OPTags nach Hüft-TEP-Wechsel kann z. B. das epaZIEL „Fortbewegung: „volle Fähigkeit [4] in 7 Tagen“ formuliert werden. Die Zielerreichung kann automatisch evaluiert werden, indem in einer elektronischen Dokumentation die Differenz zwischen aktueller epaDIAGNOSE zum formulierten epaZIEL berechnet und dargestellt wird. Damit kann gleichzeitig die Wirksamkeit der eingeleiteten Pflegeinterventionen überprüft werden.

Fazit 3: Die epaZIELE sind nicht nur praxisnah, sondern erfüllen auch die SMART³-Anforderungen an eine Zielformulierung. Nur unter Berücksichtigung der SMART-Anforderungen ist die integrierte Zielüberprüfung (Evaluation der Wirksamkeit) möglich.

Missverständnis 4: „Je mehr unterschiedliche Sprach- und Klassifikationssysteme für die Erfüllung der unterschiedlichen Aufgaben und Kompetenzen eingesetzt werden, desto besser ist die Versorgung der Patienten.“

Richtig ist: Mit jedem weiteren Instrument nimmt die Komplexität der Dokumentation zu und deren Nachvollziehbarkeit a. b. Gleichzeitig steigt der Schulungs- und Controllingaufwand für die korrekte Anwendung unterschiedlicher Systeme exponentiell (Schneeballeffekt, weil alles mit allem verbunden werden muss). Das Risiko für eine inkonsistente Dokumentation steigt damit an und stellt ein Risiko bei MDK-Prüfungen dar.

Fazit 4: Mit den für die jeweiligen Anwendungsbereiche angepassten Instrumenten der epa-Methode sind zusätzliche Systeme, die den Patientenzustand beschreiben, überflüssig – was u. a. auch den Schulungsaufwand reduziert. Etwaige nachgelagerte Instrumente, wie PKMS, Barthel-Index oder NBA (Neues Begutachtungsinstrument) können automatisiert aus epa heraus vorbefüllt werden. Lediglich für die Maßnahmenplanung und -dokumentation ist ein gesonderter Katalog erforderlich. Hier arbeiten über 98% der mehr als 600 epa-Anwenderbetriebe in D, A und CH mit dem Katalog LEP. Damit ist die Dokumentation konsistent und die Versorgungsplanung vereinfacht.

Kontakt: dirk.hunstein@epa-cc.de

³ SMART-Anforderungen: Ziele müssen spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminiert sein

Impressum:

ePA-CC GmbH

Hofgut Hammermühle

Bernhard-May-Str. 58 j & k

D-65203 Wiesbaden

mail@epa-cc.de — www.epa-cc.de

Geschäftsführung: Dr. Dirk Hunstein & Birgit Sippel

Layout & Satz: DiHu (fotokunstfoto.de)

Fotos S. 3 & 5: AdobeStock

epaIMPULSE sind auch online erhältlich: www.epa-cc.de

epaIMPULSE, Version März 2020

epaCC



Querdenker



Weitblicker



Lösungsfinder



ePA-CC GmbH