

LEP[®]

Ausgabe 2011.1 INFORMATIONEN

Alles neu macht der Mai ...

Die Blumen und Bäume blühen, der Winter ist längst vergangen und der Frühling wird bald vom Sommer abgelöst.

So wie die Natur neues Leben bringt, sind auch wir voller Tatendrang. Manche von Ihnen haben vielleicht den traditionellen „Frühjahrsputz“ gemacht, andere im Garten frisch angepflanzt oder endlich die guten Vorsätze vom Jahresbeginn in die Tat umgesetzt.

Auch bei der LEP AG gibt es Neues. So laufen viele neue Projekte zur elektronischen Pflegedokumentation bei unseren Anwenderbetrieben. Was das USZ im Operationsbereich umsetzt, lesen Sie auf Seite 4.

Am 1. April hat unser neuer Geschäftsführer Markus J. Jakober seine Stelle angetreten. Wo er bisher arbeitete und wie er LEP kennen lernte, erfahren Sie auf Seite 2.

Mit LEP[®] Matrix haben wir ein neues Produkt im Portfolio, welches in der Dokumentation und Leistungserfassung neue Möglichkeiten, nicht nur für die Pflege, bietet. Am 20. Juni 2011 stellen wir Ihnen LEP[®] Matrix in Bern vor. Alle Informationen zu unserem Informationstag finden Sie auf Seite 13.

So wünschen wir Ihnen schöne Frühlingstage und viel Erfolg in Ihren eigenen Projekten.

Herzlichst, Ihr LEP Team

In dieser Ausgabe

LEP AG

Vorstellung Geschäftsführer:

Markus J. Jakober 2

Vorstellung: Susan Kley Looser 3

Schweiz

Produktivität und Aufwand für Lernende/

Studierende: SAMS Erhebung 2011 3

LEP im Operationsbereich: DRG@USZ 4

Methoden und Instrumente

Ergebnisorientiertes Pflegeassessment

ePA-AC – mehr als „nur“ ein Assessment-
instrument 6

Praxisbericht Softwarepartner

Leistungskontrolle für LEP[®] Nursing 3:

Boxler PKSplus 10

Agenda 2011 12

Einladung: Informationstag zu LEP[®] Matrix 13



AKTUELLES AUS DER LEP AG

Vorstellung Geschäftsführer: Markus J. Jakober

Noch vor dem Abschluss meiner Schreinerlehre war mir klar, dass ich kaum lange auf dem Beruf tätig sein werde. Ich sehnte mich nach einer Arbeit, bei der ich nicht einfach mit anderen Leuten etwas erstellte, sondern einen Beruf bei dem ich mit Menschen arbeiten kann. So begann ich 1990 am Theodosianum meine zweite Ausbildung als Krankenpfleger AKP.

Das Spital war eine ganz andere Welt als die Baustelle, und ich staunte über vieles. Ich schätzte es, dass ich keine detaillierten Stundenrapporte ausfüllen musste. Auch der Verbrauch an Material spielte eine untergeordnete Rolle. Ökonomische Aspekte schienen überhaupt eine sekundäre Rolle zu spielen. Diese wurden zwar in der Schule behandelt, aber im Spitalalltag stand das Wohlergehen der Patienten an erster Stelle.

Während dem zweiten Lehrjahr absolvierte ich ein Praktikum auf der Urologie am Kantonsspital St. Gallen. Dort musste das Pflegepersonal für jeden Patienten und Tag einen Beleg ausfüllen und so die geleistete Arbeit dokumentieren. Der Stundenrapport hatte mich wieder eingeholt. Am Kanti wurde gerade PAMS – das Pflegeaufwand-Messsystem – ausgerollt. Erfasst wurden die erbrachten Pflegeleistungen damals mit Bleistift auf OCR-Belegen.

Als frisch Diplomierter arbeitete ich wieder am Kantonsspital St. Gallen auf einer orthopädischen Bettenstation. In der Zwischenzeit hiess PAMS LEP und war im gesamten Spital eingeführt.

Meine weiteren beruflichen Stationen führten mich ans Insel Spital nach Bern und ins Spitalzentrum Biel. Während den Jahren an der Insel sammelte ich erste Führungserfahrungen als Stationsleitung und absolvierte auch die entsprechende Weiterbildung. Am Spitalzentrum in Biel arbeitete ich nur noch 40% am Bett, weil ich als EDV Beauftragter der Pflege angestellt war.

Ich betätigte mich in den verschiedenen Informatikprojekten des Spitals. Ein wichtiges Projekt war die Einführung von LEP. Der LEP Katalog lag inzwischen in der Version 2 vor und die Erfassung erfolgte elektronisch. Nebenbei startete auch das KIS Projekt, so dass ich die Tätigkeit auf der Bettenstation aufgab und ausschliesslich als Pflege-Informatiker arbeitete.

Nach 10 Jahren Tätigkeit im Spital wechselte ich zum Schweizer KIS-Anbieter Parametrix. So lernte ich die Medizin-Informatik von der Seite des Anbieters kennen. Während sieben Jahren war ich dort als Projektleiter und Produktmanager tätig. Unter anderem war ich massgeblich an der Umsetzung der Pflegedokumentation mit LEP® Nursing 3 beteiligt und begleitete verschiedene Spitäler bei der Einführung. Ich erwarb an der Berner Fachhochschule berufs begleitend auch ein Diplom in Medizin-Informatik.

Seit dem 1. April 2011 arbeite ich nun als Geschäftsführer der LEP AG. Eine sehr vielfältige und interessante Arbeit im Spannungsfeld zwischen Spitalern, Pflegewissenschaft und SW-Anbietern. LEP ist ja längst viel mehr als eine Leistungserfassung. Heute ist LEP ein Interventionskatalog, der in der elektronischen Pflegedokumentation eingesetzt wird und mit verschiedenen anderen Katalogen verknüpft ist.

Ich freue mich, gemeinsam mit unserem hoch motivierten Mitarbeiter team und mit Ihnen – den Spitalern, den SW Partnern und den Forschungseinrichtungen – die LEP Produkte den zukünftigen Anforderungen anzupassen und weiter zu entwickeln.

Übrigens, in meiner Freizeit bin ich öfters mal am Schreinern. Am eigenen 70 jährigen Haus gibt es immer etwas zu tun!



AKTUELLES AUS DER LEP AG

Vorstellung Mitarbeiterin Sekretariat 50 %: Susan Kley Looser

Nach Abschluss meiner kaufmännischen Ausbildung 1991 arbeitete ich in verschiedenen Institutionen, in welchen ich selbstständig Sekretariate führte und insbesondere für die Schulungsadministration und Reiseorganisation zuständig war.



Zwei Jahre verbrachte ich in Genf und zwei mehrmonatige Sprachaufenthalte führten mich nach Grossbritannien. Ausserdem besuchte ich diverse Informatikkurse.

1998 trat ich in den Mutterschaftsurlaub. In den folgenden Jahren besuchte ich die Interstaatliche Maturitätsschule für Erwachsene in St. Gallen, welche ich 2002 erfolgreich abschloss.

Ab dem Jahr 2009 absolvierte ich eine Ausbildung zur Medizinischen Sekretärin mit Abschluss 2010.

Ich freue mich sehr, meine Erfahrungen in die LEP AG einbringen zu können.

SCHWEIZ

Produktivität und Aufwand für Lernende/Studierende: SAMS Erhebung 2011

Die vielfältigen Fragen zu den Ausbildungen beschäftigen uns immer wieder. Mit der DRG Finanzierung werden die Kosten sowie die weiteren Aspekte der Ausbildung aktuell sehr intensiv diskutiert – das Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen will mit einer weiteren SAMS (Schüleraufwandmessung) Untersuchung Fakten für eine sachliche Diskussion schaffen.

Bei der ersten Messung (2007) erhoben einige Spitäler des Kantons St. Gallen die Produktivität der Lernenden/Studierenden der Pflegeberufe im Vergleich zum Aufwand für deren Ausbildung. Das Gesundheitsdepartement erteilte dieses Jahr der LEP AG den Auftrag, eine Erhebung durchzuführen. Die Datenerhebung ist für die zweite Jahreshälfte 2011 geplant. Nebst verschiedenen Betrieben im Kanton St. Gallen werden dieses Jahr Institutionen aus dem Kanton Zürich und weiteren Kantonen, mit denen man noch in Abklärung ist, sich an dieser Erhebung beteiligen. Sollten sich noch weitere Betriebe für diese Erhebung interessieren, können sie sich gerne bei uns melden.

Mit der SAMS Erhebung werden die erbrachten Leistungen

- nach Ausbildungs-/Studiengang (FaGe, Pflege HF, Pflege FH)
- nach Ausbildungs-/Studienjahr
- inhaltlich, detailliert mit LEP® Nursing 2 oder LEP® Nursing 3 sowie
- dem C-Wert

dargestellt, sowie die Produktivität sichtbar gemacht und der Aufwand für die Lehrtätigkeit der Auszubildenden und Ausbildungsverantwortlichen mit den C-Wert Variablen, welcher von dem ausgebildeten Pflegepersonal

- für Anleitung, Instruktion
- für Begleitung und Betreuung
- für Förderung und Qualifikation

erforderlich ist, ausgewiesen. Die Erhebung soll zeigen, wie sich die oben erwähnten Parameter aktuell verhalten und ob oder in welchen Bereichen sich in der Produktivität oder im Aufwand inhaltlich oder zeitmässig seit der letzten Erhebung 2007 etwas verändert hat. Mit dem neuen Produkt LEP® Matrix werden die Betriebe zukünftig solche Fragestellungen mit wenig Aufwand jederzeit analysieren und beantworten können.

SCHWEIZ

LEP im Operationsbereich

von Thomas Jucker, Markus Grewe und Carmen Oggier

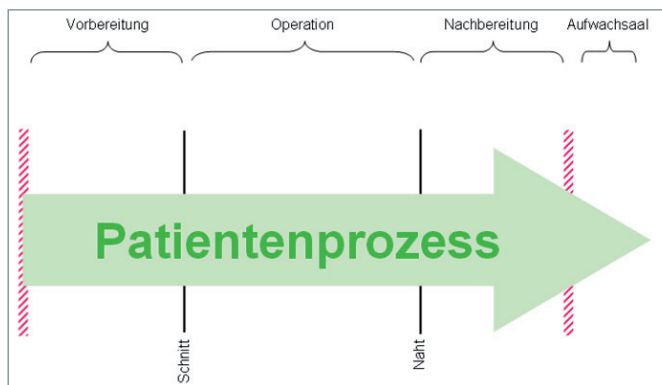
Im Rahmen des Programms DRG@USZ wurde zum OP-Management im UniversitätsSpital Zürich festgestellt, dass in diesem Bereich wenig verwendbare Kennzahlen vorliegen.

Aus diesem Grund wurde beschlossen, in den Bereichen OP und Anästhesie die Leistungserfassung mit dem vorhandenen Instrument LEP einzuführen. Die Spitaldirektion des UniversitätsSpitals hat grundsätzlich entschieden, dass im gesamten ambulanten und stationären Bereich Pflege und MTTB bis Ende Jahr LEP als Leistungserfassung durchgeführt und dadurch eine durchgehende Transparenz erreicht wird.

LEP: ja – aber wie?

Zwei wichtige Punkte waren von vornherein klar: Eine Erfassung von Einzelleistungen kommt nicht in Frage und die Erfassung muss prozessorientiert erfolgen.

Prozessorientiert bedeutet, dass wir uns an Schnitt und Naht orientierten und somit die Phasen Vorbereitung, Operation und Nachbereitung beachten mussten.



Projektarbeit

Nach einer Phase der Vorbereitung und Planung, wurde in gut zwei Monaten die Umsetzung der Vorgaben vorangetrieben. Dazu wurde ein Projektteam gebildet mit den Fachgruppen OP-Pflege, Anästhesie Pflege und dem LEP Team der Direktion Pflege & MTTB.

Das UniversitätsSpital Zürich verfügt über sieben Operationsbereiche. Jeder dieser Bereiche musste die ‚Top 10 Operationen‘, bezogen auf die Anzahl der Operationen, definieren. Zusammen mit noch zusätzlich speziellen Operationen, umfasste die Liste über 140 detailliert beschriebene Eingriffe. Dabei wurden durchschnitt-

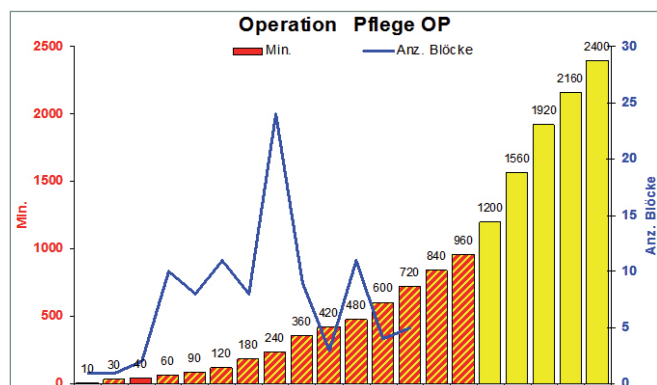
liche Situationen beschrieben und keine extremen Zeitwerte. Für diese ausgewählten Operationen wurden einerseits der zeitliche Aufwand geschätzt und andererseits die Tätigkeiten ausführlich aufgelistet. Dieses geschah nicht einfach pauschal, sondern genau in den drei definierten Phasen Vorbereitung, Operation und Nachbereitung sowie pro Mitarbeiterkategorie. Dabei soll angemerkt werden, dass diese Arbeit sehr aufwendig war und nicht nur Freude ausgelöst hat.

Das daraus entstandene Ergebnis war die Grundlage für die Bildung der Leistungsblöcke und es wurden folgende Entscheidungen für die Umsetzung getroffen:

- In allen sieben OP-Umgebungen werden die gleichen Blockleistungen eingesetzt
- Es gibt nur unveränderbare Blöcke
- Zusatzblöcke oder Einzelleistungen werden nicht erstellt

So kann der Erfassungsaufwand auf ein Minimum beschränkt werden (nur 3 Klicks!) und beim Austausch von Personal zwischen den verschiedenen OP-Bereichen sind die Mitarbeiter mit den LEP Spektren vertraut.

Zu den detailliert beschriebenen Tätigkeiten wurden bestehende LEP® Variablen gesetzt. Die Summe dieser Variablen wurde als Kontrolle mit den zu Beginn geschätzten Zeiten verglichen und wo nötig fand eine Korrektur statt. Sämtliche Blöcke wurden pro Phase aufgelistet. (siehe Abb. 2). Weil mit durchschnittlichen Zeitwerten gerechnet wurde, sind anschliessend noch zusätzliche Blöcke für Extremsituationen definiert worden.



Resultat

Nachfolgend das Resultat all dieser aufwendigen Arbeiten. Für die Methode LEP® spricht, dass die bestehenden Variablen der Version 2.1.1 genügen, um die Tätigkeiten im gesamten OP-Bereich zu erfassen! Damit konnten die verschiedenen Blöcke gebildet werden und nur drei bestehende Variablen wurden in Zeitstrahlvariablen umgewandelt: ‚Intubation‘, ‚OP Saal einrichten‘ und ‚Technische Massnahme‘. So können die von der Zeit her stark unterschiedlichen Tätigkeiten in den verschiedenen OP-Bereichen problemlos abgedeckt werden.

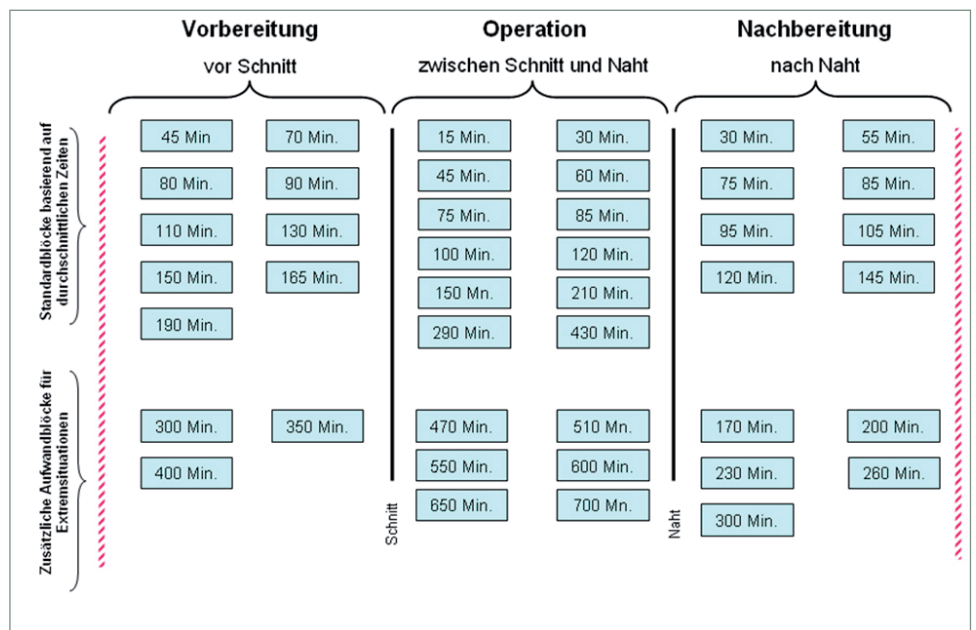
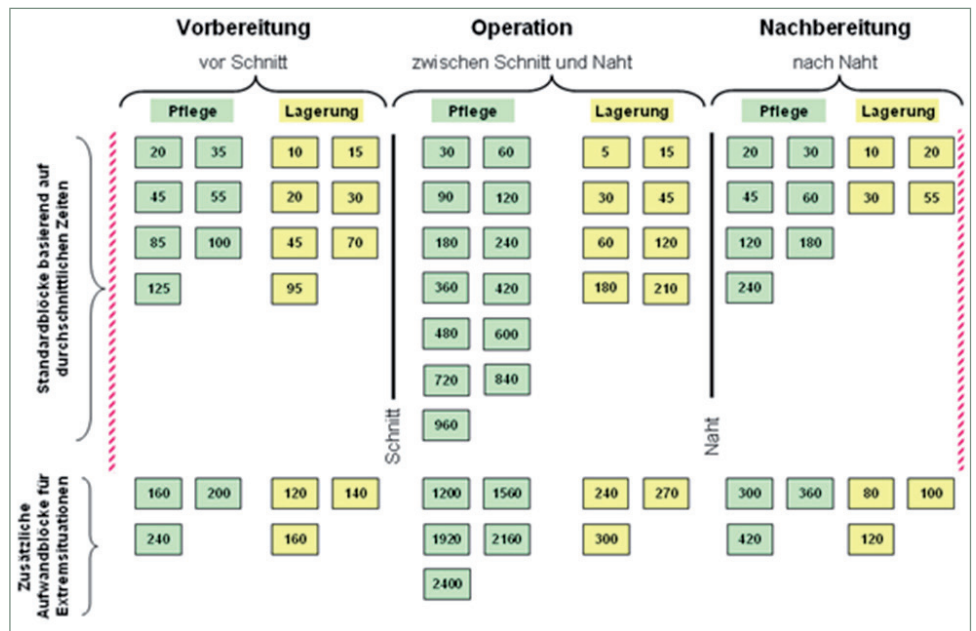
In der Praxis müssen die Personen einzig noch den Aufwand aller beteiligten Pflegefachpersonen pro Phase ermitteln und den dazu passenden Block auswählen. Weiter wurden als Hilfe die aufgelisteten Operationen mit den passenden Blöcken versehen.

Zeitliches Vorgehen

Im März wurden an verschiedenen Schulungen das gesamte Personal der OP Bereiche (über 300 Personen) geschult.

Von April bis Juni werden die Zeitblöcke in der Praxis getestet. Eventuelle Anpassungen müssen bis Ende Juni vorgenommen werden. Ab Juli werden die LEP Ergebnisse verwendet und sollen helfen, teure OP-Bereiche zu erkennen und Arbeitsabläufe zu optimieren.

Ziel ist, dass für sämtliche stationären Fälle, vom Eintritt bis zum Austritt, lückenlos LEP Leistungen vorliegen. Diese Daten werden uns zukünftig auch bei der Berechnung der Fallkosten unterstützen.



OP Pflege und Lagerung			Vorbereitung				Operation				Nachbereitung			
Nr.	OPS	Operation	Aufw. stufe OP Pflege	Zeit LEP	Aufw. stufe Lagerung	Zeit LEP	Aufw. stufe OP Pflege	Zeit LEP	Aufw. stufe Lagerung	Zeit LEP	Aufw. stufe OP Pflege	Zeit LEP	Aufw. stufe Lagerung	Zeit LEP
33	NCH	Revisionen / Nachblutungen	5	85	4	30	5	180	3	30	5	90	4	45
34	NCH	externe Ventrikeldrainage	3	45	3	20	4	120	2	15	4	60	2	20

METHODEN UND INSTRUMENTE

Ergebnisorientiertes PflegeAssessment ePA-AC – mehr als „nur“ ein Assessmentinstrument

von Dirk Hunstein, Birgit Sippel, Dagmar Rode (ePA Competence Center, Wiesbaden)

Die Idee

Am Anfang stand die Idee, Pflege transparent und bewertbar zu machen. In einem auf zweieinhalb Jahre angelegten Forschungsprojekt wurde die Abteilung Pflegeforschung der HSK, Dr. Horst Schmidt Klinik (Wiesbaden) im Jahr 2002 beauftragt, eine wissenschaftlich abgesicherte und praxisorientierte Methode zu entwickeln, mit der im laufenden Betrieb Ergebnisindikatoren pflegerischen Handelns gemessen werden können. Resultat ist das ergebnisorientierte PflegeAssessmentAcuteCare, oder kurz: ePA-AC.

Die Methode

Das ePA-AC ist zunächst ein pflegewissenschaftlich abgesichertes Kennzahlensystem zur Messung von Patientenfähigkeiten und deren Beeinträchtigungen. Es besteht aus 54 veränderlichen Items (Version 1.1: 52 Items), die täglich eingeschätzt werden, sowie verschiedenen Zusatzinformationen, wie z. B. Versorgungsstatus vor Eintritt, die nur einmalig bei Aufnahme erfasst werden müssen.

Die einzelnen Items des ePA-AC sind skaliert, d. h. sie haben unterschiedliche Ausprägungsgrade. Damit lassen sich nicht nur Veränderungen in den Fähigkeiten messen, sondern auch Scores bilden. Neben den integrierten Risikoindikatoren für Dekubitus, Sturz, nosokomiale Pneumonie und Mangelernährung ist der zentrale Score im ePA-AC der SelbstPfegeIndex SPI. Er errechnet sich aus zehn Selbstpflegefähigkeiten-Items des ePA-AC. Ein Patient mit der uneingeschränkten Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, erhält 40 Punkte im SPI, bei maximal beeinträchtigten Fähigkeiten 10 Punkte. Der ursprünglich als Indikator für einen möglichen poststationären Versorgungsbedarf entwickelte SPI (gemäß Expertenstandard Entlassmanagement des DNQP 2002) kann als generelle Messgröße für die Selbstständigkeit resp. Pflegeabhängigkeit dienen – dies zeigte sich in Anwendungsprojekten und Studien (z.B. Fiebig 2007). So lassen sich z. B. über den SPI Tiefe und Umfang der Pflegeplanung steuern: Patienten mit hohem Pflegebedarf (d. h. niedrigem SPI) erhalten eine umfassende Pflegediagnostik mit individueller Pflegeplanung, bei

Patienten mit hoher Selbstständigkeit könnten dagegen Standardpflegepläne eingesetzt werden. Damit fungiert das ePA-AC nicht nur als Kennzahlensystem, sondern auch als Prozess-Steuerungsmethode.

Übersicht: Inhalte und Möglichkeiten des ePA-AC

- Index für Schwere der Pflegebedürftigkeit („SelbstPfegeIndex“ SPI)
- Definition von Pflegezielen mit der Möglichkeit der automatisierten Evaluation
- Steuerung und Umsetzung aller bisher veröffentlichten Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP)
- Ausleitungsmöglichkeiten von Risikokennzahlen zu Dekubitus, Sturz, nosokomialer Pneumonie, poststationärem Versorgungsdefizit, Mangelernährung
- Trigger für Abklärungserfordernis Delir/Verwirrtheit/demenzielle Veränderungen
- Integrierte Daten zur Ableitung der Gründe zu OPS 9-20.x (PKMS-E)
- Steuerungsinformationen für Skill-/Grademix
- Ableitung von ICD-Diagnosevorschlägen
- Daten zur prospektiven Personalbedarfskalkulation

Auf den Zustand kommt es an

Es ist deutlich erkennbar, dass eine Kerninformation für die Ergebnisbewertung ebenso wichtig ist wie für die Steuerung und Bewertung des Pflegeprozesses: Der Patientenzustand, d.h. seine Fähigkeiten und deren Beeinträchtigungen. Da die gleichen Informationen zum Patientenzustand zu verschiedenen Zeitpunkten immer wieder erfasst werden müssen, ist es nur folgerichtig, diese auch mit demselben Instrument zu messen: Mit ePA-AC wird der aktuelle Zustand eingeschätzt, Pflegeprobleme werden – entweder direkt im ePA-AC oder über Pflegediagnosen – formuliert, Zielwerte festgelegt, Maßnahmen abgeleitet und die Zielerreichung durch eine abschließende ePA-AC-Einschätzung überprüft (siehe Abbildung nächste Seite).



Umsetzung des Pflegeprozesses mit zwei Instrumenten: ePA-AC und LEP® Nursing 3

Ob dieses Denkmodell tatsächlich für die Pflegepraxis geeignet ist, untersuchten Helberg et al. 2010. Sie kommen zu dem Schluss, dass „durch die Operationalisierung des Patientenzustandes und seiner Veränderungen [im ePA-AC](...) zum einen ohne zusätzlichen Aufwand aus der Pflegedokumentation Daten zu Pflegebedarf und Pflegequalität erhoben werden [können]. Zum anderen kann der Patientenzustand mit seinen gewünschten und tatsächlichen Veränderungen über den gesamten Verlauf des Pflegeprozesses, das heißt als Pflege-diagnose, Pflegeziel und Pflegeergebnis, im gleichen Modell abgebildet werden. Durch die Operationalisierung wird somit gleichzeitig die Praktikabilität des Modells erhöht.“ (Helberg et al. 2010:555f.)

Weitere Vorteile der „Zwei-Instrumente-Lösung“ (ePA-AC & LEP® Nursing 3) sind zum einen der deutlich reduzierte Schulungsaufwand und zum anderen die Möglichkeit der automatisierten Auswertung der Ergebnisse. Durch die Kombination von ePA-AC und LEP® Nursing 3 entsteht also ein deutlicher Mehrwert – für Anwender und Patienten genauso wie für Entscheider und Führungspersonen. Alle Instrumente der Methode ergebnisorientiertes PflegeAssessment sind kompatibel zur Methode LEP und zum Pflegeprozess nach LEP® WAUU.

Die Praktikabilität

Der mittlere Zeitaufwand je Einschätzung liegt gemäß der Studie von Mania (2008) bei 1,08 Minuten, so dass eine tägliche Einschätzung realistisch ist. Erreicht wird diese kurze Zeit durch das oberste Prinzip, das die Entwicklung des ePA-AC leitete: Die Pflegefachperson soll von unnötiger Schreibearbeit entlastet werden, dennoch sollen für jeden Patienten jederzeit alle relevanten Informationen vorliegen. Über Filterkriterien wird die Pflegefachperson geleitet, nur dort Eintragungen zu machen, wo Beeinträchtigungen bestehen, so dass eine vollständige Erfassung aller Items bei einem „gesunden“ Kranken innerhalb weniger Sekunden erledigt ist.

Verbreitung

Derzeit (Stand April 2011) wird das ePA-AC in 43 Kliniken in Deutschland und der Schweiz eingesetzt – vom kleinen Spital mit 30 Betten bis hin zum Universitätsklinikum mit über 1.300 Betten. Das Ostschweizer Kinderspital St. Gallen ist das erste Spital, in dem ePA-Kids eingesetzt wird. Mit der Stiftung Amalie-Widmer in Horgen (CH) wird das ePA-AC in Kürze erstmalig im geriatrischen/Langzeitbereich eingeführt. Auch im rehabilitativen Setting (z.B. Klinik Valens) findet das ePA-AC Anwendung.

Auswertungsbeispiele

Aus dem ePA-AC konnten unterschiedliche Arten von Pflegebedürftigkeit (im Sinne einer Beeinträchtigung, selbst für sich zu sorgen) nachgewiesen werden. Solche Daten können wichtige epidemiologische Hinweise auf die Verteilung und Art von Pflegebedürftigkeit in unterschiedlichen Settings geben. Die Abbildung rechts zeigt exemplarisch eine solche Verteilung. Ganz praktisch können solche Daten auch zur Belegungssteuerung oder Triage (Aufnahme auf Low-Care-Station oder nicht) genutzt werden.

Durch die Verknüpfung mit den Daten aus der Leistungserfassung mit LEP® Nursing 3 werden weitere interessante Auswertungen möglich. Erste Analysen zeigen, dass ein enger Zusammenhang zwischen dem SPI und den täglichen LEP-Minuten besteht (Baumberger et al. 2009, Hunstein 2009). Damit könnten SPI-Werte als Voraussage für den erforderlichen Personalschlüssel im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit genutzt werden. Diese Hinweise müssen an größeren Populationen und vor allem mit gepoolten Daten aus verschiedenen Studienzentren verifiziert werden.

Qualitätsindikatoren aus Routinedaten

Von den vielfältigen integrierten/ableitbaren Ergebnisindikatoren aus dem ePA-AC sollen hier exemplarisch zwei dargestellt werden. Der in Deutschland verpflichtende Datensatz zur externen Qualitätssicherung nach §137 SBG V (im ersten Quartal eines jeden Jahres die Dekubitusdaten aller über 75-jährigen) lässt sich in der neuen Version 2.0 automatisch ausleiten. Vorteil: Nicht nur die Daten der über 75-jähri-



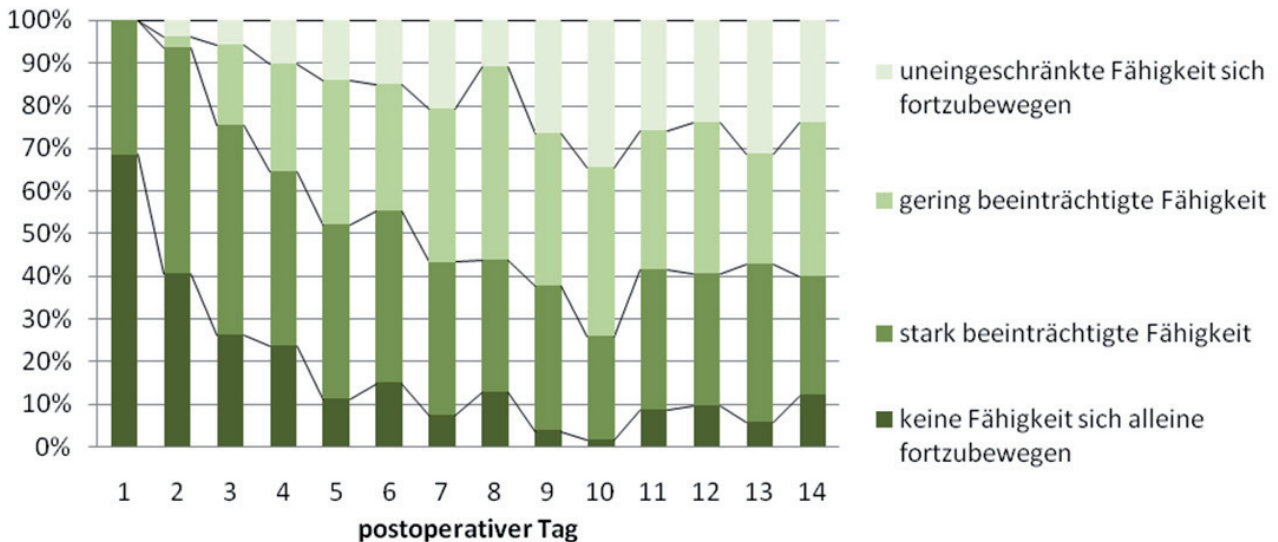
Beispielauswertung einer internistischen Station, Basis: SPSS-Clusterzentrenanalyse von SPI-Daten. Wichtig: Je nach medizinischem Fachbereich respektive führendem Krankheitsbild und/oder vorherrschender Art der Pflegebedürftigkeit sind auch andere Kombinationen (Cluster) möglich! Die hier dargestellten Daten dienen lediglich der Veranschaulichung und müssen individuell berechnet werden!

gen stehen dann zur Verfügung, sondern die Daten von allen Patienten. In Verbindung mit anderen Routinedaten, wie z. B. Art und Datum eines orthopädischen Eingriffs kann mit ePA-AC gemessen werden, wie schnell die Patienten postoperativ wieder laufen können (siehe Abbildung unten).

Als Qualitätsziel könnte z. B. festgelegt werden, dass am 3. postoperativen Tag mehr als 70 % der Patienten und am 7. post-OP-Tag mehr als 90 % wieder mindestens innerhalb des Zimmers unterwegs sein sollen. Mindestens 20 % der Patienten sollen am 7. Tag wieder selbstständig und innerhalb des gesamten Klinikgeländes mobil sein.

Wiedergewinn von Mobilität nach Endoprothetik untere Extremität

(N=232 Fälle)



Aktuelle Projekte

Gemeinsam mit dem Universitätsspital Basel und der LEP AG wurde im März 2011 ein Projekt zur automatisierten Ausleitung von ICD-10-Codes aus dem ePA-AC gestartet. Ziel des Projekts ist, die für die DRG-Kalkulation erforderliche Erfassung ärztlicher Diagnosecodes zu optimieren und damit eine Erlössicherheit zu gewährleisten.

Die Möglichkeiten für eine Übertragung der Methode ergebnisorientiertes PflegeAssessment für den Bereich der Psychiatrie wird vom ePA-CC derzeit gemeinsam mit den Kliniken Clenia Littenheid AG, Clenia Schlössli AG, Sanatorium Kilchberg, Spital Wallis und PK Müns-terlingen sowie der LEP AG geprüft.

Weiterentwicklungen

Das ePA-AC liegt inzwischen in Version 2.0 vor. In die Entwicklung der neuen Version flossen die Erkenntnisse aus sieben Jahren der Anwendung sowie neue wissenschaftliche Erkenntnisse und fachliche Vorgaben (DNQP Expertenstandards) ein. Augenfälligste Änderungen sind neue Triggerpunkte für die Abklärung Verwirrtheit, Delir, Demenz sowie die vollständige Integration des Nutritional Risk Score (NRS) nach Kondrup et al. (2003).

Auch in anderen Sprachversionen (italienisch, französisch) steht das ePA-AC zur Verfügung.

Für den Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde wurde auf Basis der Version 2.0 gemeinsam mit dem Ostschweizer Kinderspital St. Gallen das ePA-Kids 1.0 (für Kinder & Jugendliche ab 4 Jahren) entwickelt.

Ausblick

Gemeinsam mit der LEP AG sollen in der zweiten Jahreshälfte 2011 Standardauswertungen entwickelt werden. Diese sollen sowohl Fragen der Qualitätsmessung als auch der Personalbedarfsplanung und der Kostenträgerrechnung beantworten. Durch die Formulierung standardisierter Auswertungsstrategien werden die Anwenderbetriebe von ePA-AC und LEP® Nursing 3 in die Lage versetzt, ihre Daten mit denen anderer Einrichtungen zu vergleichen.

Damit sollte das ursprüngliche Ziel, Pflege transparent und bewertbar zu machen, ein kleines Stück näher kommen.

Weiterführende Informationen zum ePA-AC

ePA Competence Center (ePA-CC)

Dirk Hunstein & Birgit Sippel

mail@epa-cc.de

Bildnachweise

fotorf, Robert Wilson (beide fotolia.de) | RapidEye (iStockphoto) | DiHu(fotokunstfoto.de)

Literatur

Baumberger D, Hunstein D (2009):

The Linkage of Nursing Assessment and Nursing Workload.

In: StudHealthTechnolInform. 146: 36-40.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.) (2002):

Expertenstandard ‚Entlassungsmanagement in der Pflege‘.

Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung.

Fiebig M (2007):

Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Patientenzuständen und Pflegeaufwand.

Fachbereich Pflegewissenschaft. Darmstadt, Fachhochschule Darmstadt.

Diplomarbeit.

Helberg D, Frei IA, Vincenzi C, Spirig R (2010):

Welches Modell eignet sich zur Abbildung von Patientenzuständen in der Pflegepraxis?

In: Pflegewissenschaft(10): 548-557.

Hunstein D (2009):

Das ergebnisorientierte PflegeAssessment AcuteCare (ePA-AC).

In: Bartholomeyczik S, Halek M (Eds.): Assessmentinstrumente in der Pflege.

Hannover: Schlüter'sche: 60-78.

Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z (2003):

Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials.

In: ClinNutr 22(3): 321-336

Mania H (2008):

Die ökonomischen und qualitativen Effekte durch den Einsatz eines digitalen Pflegeassessments in Akutkliniken am Beispiel des ergebnisorientierten Pflegeassessments ePA-AC.

Zentrum für Wissens- und Informationsmanagement Krems,

Donau-Universität. MSc Informationstechnologien im Gesundheitswesen

PRAXISBERICHT SOFTWAREPARTNER

Leistungskontrolle für LEP® Nursing 3

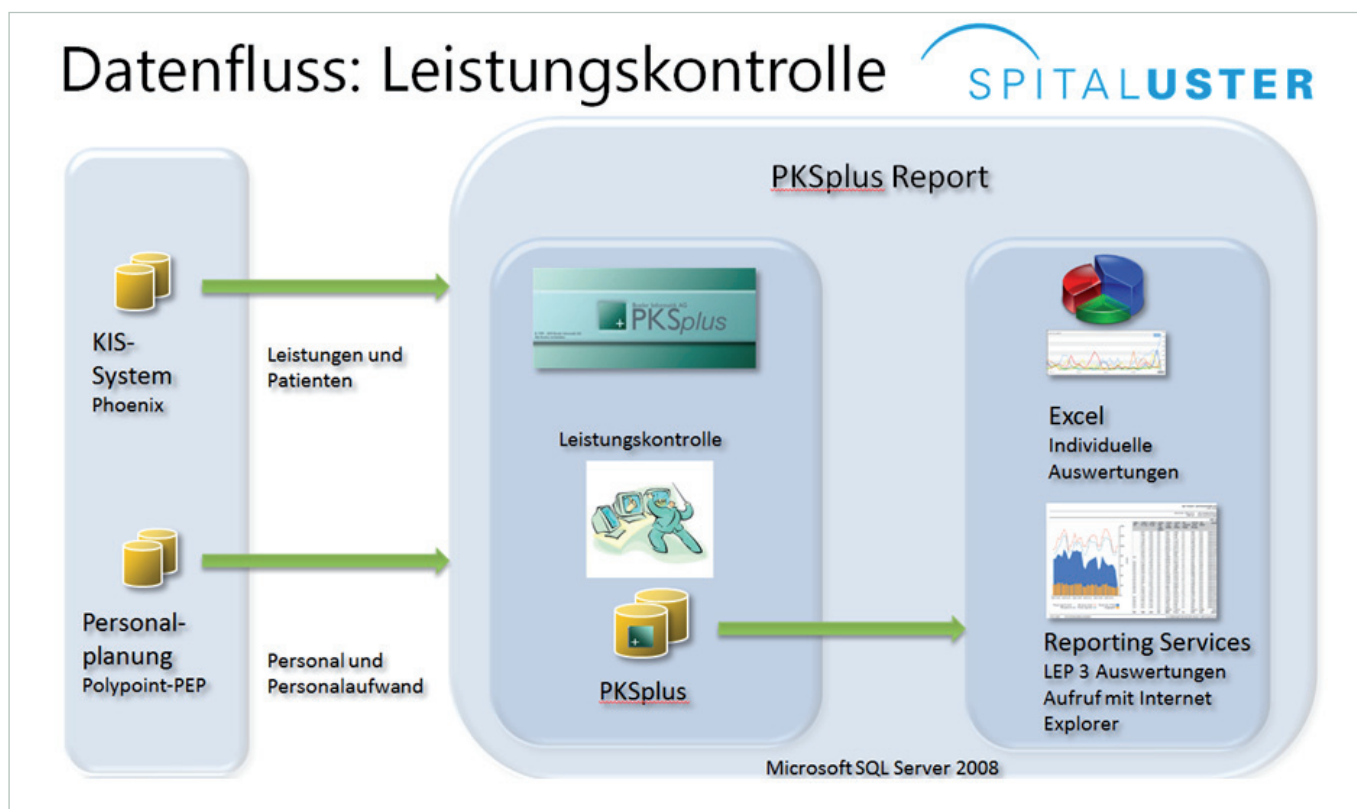
Boxler Informatik AG

Die Erhebung des Pflegeaufwandes auf der Basis von LEP® Nursing 3 findet immer grössere Verbreitung und erfolgt vorzugsweise bei der Dokumentation der Pflegeleistungen im Klinikinformationssystem (KIS). Die LEP Leistungen können grösstenteils aus der Dokumentation abgeleitet und automatisch generiert werden. Ideal wäre, wenn keine zusätzlichen LEP Leistungen separat erfasst werden müssten.

LEP Leistungen zu erheben und Auswertungen zu erstellen ist eine Sache, der andere Teil ist, sich auf die Zahlen verlassen zu können. Die Kontrolle der Daten ist unerlässlich und sollte täglich durchgeführt werden. Natürlich sollte den Pflegenden bekannt sein, welche LEP Leistungen wann und wie aus der Dokumentation abgeleitet werden. Die Kontrolle im KIS ist meistens schwierig, da keine globale Übersicht über eine Station oder Leistungsstelle möglich ist. Dies kann zur Folge haben, dass der erfasste Pflegeaufwand nicht mit der Realität übereinstimmt. In Zusammenarbeit mit dem Spital Uster hat Boxler Informatik ein Controlling-Instrument entwickelt, mit welchem alle erfassten Leistungen validiert, ergänzt oder angepasst werden können. Mit diesem Tool kann auf eine einfache Art die Erfassungsqualität überprüft und entsprechende Massnahmen zu deren Verbesserung eingeleitet werden.

Dabei sind bei der Umsetzung folgende Punkte realisiert worden:

1. Einfache Handhabung, übersichtliche Dialogführung.
2. Die Korrekturen können per Maus oder Tastatur erfasst werden.
3. Änderungen werden farblich codiert
4. Die Erfassung von Zeitstrahl- und Forschungsvariablen können einfach und speditiv korrigiert und nacherfasst werden.
5. Es stehen verschiedene Listen und Reports zur Verfügung (Protokolle, Auswertungen in Excel und webbasierte Listen):
 - a. Kontrolljournal, welches Abweichungen zwischen Original- und Korrekturleistung aufzeigt (nach Patient, LEP Variable oder LEP Gruppen).
 - b. Pflege- und Personalaufwand pro Stunde. Diese Auswertung zeigt auf, wann Spitzen im Pflegebereich auftreten (Voraussetzung: Pflegeleistungen sind zeitgerecht erfasst!)
 - c. Auswertungen, welche die fallunabhängigen Leistungen (C-Wert-Leistungen) darstellen.
 - d. Der Pflegeaufwand (pro Stunde, Tag, Monat, Jahr oder einer beliebigen Zeitperiode) lässt sich im Verhältnis zum Personalaufwand auf Mitarbeiterebene darstellen.
 - e. und viele mehr...



Auswertungsmöglichkeiten

PKSplus bietet neben anderen Funktionen auch verschiedene Auswertungsmöglichkeiten. Mit unserer modernen webbasierten Lösung können auf einfache Art die Standardauswertungen nach LEP® Nursing 3 erstellt werden. Die Installation auf den jeweiligen PCs ist nicht notwendig (Ausnahme, ein PC-Arbeitsplatz für den Administrator). Dies hat zur Folge, dass der Installationsaufwand auf den Clients wegfällt. Die Daten sind zentral auf einem Server gespeichert und stehen für Auswertungszwecke bereit. Eine Schulung dafür ist **nicht** notwendig. Neu stehen Auswertungen auch in französischer Sprache zur Verfügung.

Eine weitere Möglichkeit bietet die individuelle Erstellung von Auswertungen in Excel. Das USZ nutzt diese Möglichkeiten seit längerer Zeit. Auswertungen von LEP Daten kombiniert mit DRG (DRG =Diagnosis Related Groups / Diagnose-bezogene Fall Gruppen), mit dem Pflegeprozess (LEP® WAUU) oder zu ärztlichen Behandlungen (ICD-10¹, CHOP²), um nur einige Möglichkeiten aufzuführen, sind in PKSplusReport enthalten und bieten zu den Standardauswertungen eine ideale Kombination. Zahlen sichtbar machen ist unser Anliegen.

Für Fragen zur Leistungskontrolle im Spital Uster steht Ihnen **Herr Ingo Jansen**, E-Mail: ingo.jansen@spitaluster.ch, gerne zur Verfügung.

Boxler Informatik AG
 CH-8302 Kloten
 Telefon +41 44 8041414
 E-Mail martin@boxler.com

Auswertungen

K112 Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyroglossus, ausser bei bösartiger Neubildung, mit zusätzlicher Parathyreoidomie oder ausserst schweren oder schweren CC (Annahme: BaseRate 9000CHF)

1 **Kosten** 64'278.00

3 **Patient** **Kosten**

Patient A	16'064.00
Patient B	14'350.00
Patient C	5'909.00
Patient D	11'536.00
Patient E	16'419.00
Gesamtergebnis	64'278.00

Patient

- Patient A
- Patient B
- Patient C
- Patient D
- Patient E
- Gesamtergebnis**

4 **Patient** **Kosten** **Über/Unterdeckung** **Abw.-%** **CostWeight**

Patient A	16'064.00	-7676.00	-47.78	0.932
Patient B	14'350.00	-5962.00	-41.55	0.932
Patient C	5'909.00	1'156.00	19.56	0.785
Patient D	11'536.00	15'536.00	134.67	3.008
Patient E	16'419.00	-8'031.00	-48.91	0.932
Gesamtergebnis	64'278.00	-4'977.00	-7.74	1.318

(Quelle: Datenbank Pflege, Universitätsspital Zürich, 2006)

Die Abbildungen zeigen exemplarisch die Verwendbarkeit Excel-basierter Darstellung (oben) sowie die webbasierte Darstellung (unten).

a4.2 Jahresauswertung Spital Uster																
Auswertungsperiode:		01.01.2009 - 31.12.2009														
Organisationseinheit:		Station 1														
Patienten																
LEP-Pflegestage		Jan.	Feb.	Mär.	Apr.	Mai.	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	2009	Mittelw.	
stationär	Anz.	496	503	499	415	425	375	449	434	406	433	413	454	5'302	441.8	
ambulant	Anz.								2	1				3	1.5	
andere	Anz.			2		1		1						4	1.3	
Total	Anz.	496	503	501	415	426	375	450	436	407	433	413	454	5309	442.4	
pro BT	Anz.	16.0	18.0	16.2	13.8	13.7	12.5	14.5	14.1	13.6			13.8	14.6	15.9	14.6
männlich	Anz.	250	209	233	149	219	195	186	260	237	253	213	240	2644	220.3	
weiblich	Anz.	246	294	268	266	207	180	264	176	170	180	200	214	2665	222.1	
Anteil Fremdpat.	Anz.	3	1	1	2	1	3	2				3	15	5	3.6	
Durchschnittsalter	Jahre	70.6	72.7	77.8	76.3	70.9	75.5	73.3	71.0	76.9	74.5	75.0	79.9	74.5	74.5	
Mutationen																
Eintritte geplant	Anz.	17	16	12	14	14	13	15	17	12	18	29	18	195	16.3	
Eintritte ungeplant	Anz.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
Verlegung von	Anz.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
Austritte	Anz.	51	31	39	38	32	22	37	32	35	35	43	39	434	36.2	
Verlegung nach	Anz.	4	10	4	4	4	6	5	4	1	4	12	8	66	5.5	
Bettenbelegung/BT																
Bettenbelegung (alle)	%	100.0	112.3	101.0	86.5	85.9	78.1	90.7	87.9	84.8			86.0	91.5	99.3	91.3
Bettenbelegung (e/S)	%	100.0	112.3	101.0	86.5	85.7	78.1	90.7	87.5	84.6			85.8	91.5	99.3	91.2
Soll-Betten	Anz.	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0			16.0	16.0	16.0	16.0
Betten gesperrt	Anz.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0	0.0	0.0	0.0
Betten verfügbar	Anz.	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0			16.0	16.0	16.0	16.0
Bettenplätze blockiert	Anz.															
Fälle																
Anzahl	Anz.	86	62	71	66	60	49	74	63	63	64	69	57	647	65.3	
Anzahl/BT	Anz.	2.8	2.2	2.3	2.2	1.9	1.6	2.4	2.0	2.1			2.3	1.8	1.9	2.2
Pat.Kat. (Std./BT)																
Kat 1: 1 - 120 Minuten	h/BT	5.1	4.4	4.8	3.8	3.2	2.7	3.5	3.4	3.8			3.9	3.3	4.3	3.8
Kat 2: 121 - 240 Minuten	h/BT	20.0	20.2	18.5	16.9	14.1	13.7	18.5	19.4	15.1			16.1	16.2	18.5	17.1
Kat 3: 241 - 360 Minuten	h/BT	17.1	22.5	18.8	14.9	16.2	13.5	16.8	14.8	15.9			15.6	17.3	17.5	16.7
Kat 4: 361 - 480 Minuten	h/BT	7.6	11.8	13.9	7.9	16.1	13.1	10.4	7.6	10.6			10.3	13.3	12.3	11.1
Kat 5: 481 - 600 Minuten	h/BT	4.3	6.6	3.6	5.9	5.8	8.1	3.9	5.2	5.8			4.7	5.4	6.1	5.4
Kat 6: 601 - 720 Minuten	h/BT	1.8	2.7	1.1	2.1	3.1	1.8	1.0	0.4	3.9			3.7	2.6	2.4	2.2
Kat 7: 721 - 840 Minuten	h/BT	0.4	1.9	0.4	1.2	0.8	1.8		0.8				0.9	1.7	0.9	1.1
Kat 8: 841 - 960 Minuten	h/BT	0.5	1.5		1.0		1.5	0.5						1.0	0.6	1.0
Kat 9: >960 Minuten	h/BT	0.6	7.8					1.2						6.0	1.4	3.9

LEP Nursing 3.1.0 Rev. A / Boxler Informatik AG, PKSplusReport 1.0 Erstellt am 11.04.2011, 09:52 Seite 1 von 5

1 | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
 2 | Schweizerische Operationsklassifikation

AGENDA 2011

LEP-Seminare

Schweiz

05. 07. 2011	Vertiefungsseminar	Hotel Aarauerhof, Aarau
25. 08. 2011	Steuern und Führen mit LEP	Hotel Aarauerhof, Aarau
28./29. 09. 2011	Grundlagenseminar	Landhotel Hirschen, Erlinsbach
03. 11. 2011	Datenqualität und Standardauswertungen	Hotel Aarauerhof, Aarau
24. 11. 2011	C-Wert Berechnung/Analyse	Hotel Aarauerhof, Aarau
08. 12. 2011	Pflegeprozess und LEP – elektronisch dokumentiert	Hotel Aarauerhof, Aarau

LEP-Konferenzen

20. 06. 2011	LEP Informationsveranstaltung – Neue Möglichkeiten mit LEP® Matrix	Hotel Bern, Bern
03. 11. 2011	LEP Anwenderkonferenz – Romandie	Ort noch offen
08. 11. 2011	LEP Anwenderkonferenz – Deutschschweiz	Congresshotel, Olten
November 2011	LEP Anwenderkonferenz – Deutschland	Ort noch nicht bekannt

Messen und Kongresse

23.-25. 05. 2011	19. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegekongress	Innsbruck	www.oegkv.at/fort-und-weiterbildung/oegkv-kongress-2011.html
28. 06. 2011	Swiss DRG Informationsveranstaltung	Bern	www.swissdr.org/de/o2_projekt/veranstaltungen.asp
23./24. 08. 2011	Swiss eHealth Summit	Bern	www.ehealthsummit.ch/deutsch/
27.-29. 09. 2011	Leipziger Messe, Pflege + Homecare	Leipzig	www.leipziger-messe.de/LeMMon/pflege_web_ger.nsf
16.-19. 11. 2011	Medica Messe	Düsseldorf	www.medica.de

EINLADUNG

Was lange währt wird ... LEP® Matrix

Sie sind herzlich zur LEP Informationsveranstaltung eingeladen.

Montag, 20. Juni 2011

9:15 bis 16:00 Uhr im Hotel Bern, Bern

Nach der Entwicklung von LEP® Nursing 3 mit Dokumentation und integrierter Leistungserfassung begeben wir uns mit LEP® Matrix in eine neue Dimension im Bereich Leistungserfassung und elektronische Prozessdokumentation im Gesundheitswesen.

Die LEP® Matrix deckt sämtliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen ab und bietet mit ihrem modularen Aufbau flexible Lösungen, zugeschnitten auf die Bedürfnisse unserer Kunden.

An diesem Tag präsentieren wir Ihnen das neue Produkt LEP® Matrix und zeigen Ihnen die Möglichkeiten und Einsatzgebiete auf. Referentinnen und Referenten berichten über ihre Praxiserfahrungen auf dem Weg zu LEP® Matrix.

Dürfen wir Sie an unserer Informationsveranstaltung begrüßen? Gerne erwarten wir Ihre Antwort bis spätestens Montag, 30. Mai 2011. Die Teilnahme ist kostenlos (inkl. Tagungsunterlagen und Verpflegung). Das LEP Team freut sich auf Ihre Teilnahme!

Anmeldung via Homepage <http://www.lep.ch>,
telefonisch +41 (0)71 246 37 57, per E-Mail susan.kley@lep.ch
oder per Fax (Anmeldetalon unten).

Programm

Montag, 20. Juni 2011 | Hotel Bern, Zeughausgasse 9, 3011 Bern

Ab 9:15 Uhr Begrüßungskaffee im Hotel Bern

10:00 Uhr **LEP® Matrix**
▶ Vorstellung des neuen Produktes
▶ Inhalte des Kataloges
▶ Einsatzmöglichkeiten

12:00 Uhr Mittagessen

14:00 Uhr Referate aus der Praxis

Leistungserfassung ohne Extraklick

Automatisierte Pflegeleistungserfassung
auf Basis der elektronischen Patientenakte
Heiner Zurbrügg, Stv. Leiter Pflegedienst
Spital Thun

Licht in die Black Box „C-Wert“

Erfassung von fallunabhängigen Leistungen
und daraus entstehende Möglichkeiten
Leonore Thiede, LEP-Beauftragte
Bürgerspital Solothurn

LEP – mehr als Pflege

LEP-Einsatz im OP-Bereich
Thomas Jucker, LEP-Beauftragter und Controller
Universitätsspital Zürich

16:00 Uhr Ende der Veranstaltung

Hiermit melde ich mich zu der kostenlosen Informationsveranstaltung LEP® Matrix: Neue Möglichkeiten mit LEP an

Name, Vorname _____

Funktion/Stellung _____ Spital/Betrieb _____

Adresse, PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____

Ich wünsche ein Menü mit Fleisch

Ich wünsche ein vegetarisches Menü

BITTE BIS MONTAG, 30. MAI 2011 PER E-MAIL AN SUSAN.KLEY@LEP.CH ODER AN FAXNUMMER +41 71 246 37 59 SENDEN.