

Nachgefragt

... BEI GABRIELA FINKBEINER, Pflegexpertin am Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen. Seit zwei Jahren ist das Screeninginstrument ePA-Kids dort fest in die Screening- und Dokumentationsprozesse integriert. Die studierte Pflege- und Gesundheitsexpertin hat die Anpassung und Implementierung des Screening-Instruments ePA-Kids begleitet und gibt Tipps, worauf bei der Einführung zu achten ist.

— **Frau Finkbeiner, wo sehen Sie die Unterschiede zwischen ePA-AC und ePA-Kids?**

Im Wesentlichen wurden einige Items im Kodierhandbuch mit Messwerten hinterlegt, die den physiologischen Besonderheiten der Kinder entsprechen, z. B. Flüssigkeitsmengen, Kalorienbedarf usw. Dann gibt es Assessmentinstrumente innerhalb des ePA; da haben wir geschaut, ob es Instrumente gibt, die speziell für Kinder auf Validität und Reliabilität geprüft wurden. Aus Mangel an Alternativen wurden aber weitere Instrumente integriert, für die keine oder wenig spezielle pädiatrische Evidenz vorliegt, z. B. die Braden-Skala.

— **Ich habe gelesen, dass „der Schulungsaufwand zur Einführung des ePA-Kids pro Mitarbeiterin 20 bis 30 Minuten beträgt“.**

Das ist zu optimistisch und sicher abhängig davon, ob die Mitarbeitenden im Umgang mit elektronischer Dokumentation schon geübt sind. Man muss sich erst mit dem Instrument an sich beschäftigen, dann mit der Technik bzw. Software. Das braucht Zeit. Ich gehe eher von einem Tag für ePA-Kids ohne e-Dok-Schulung aus.

— **Wie verlief die Einführung von ePA-Kids in St. Gallen?**

Zuerst haben wir die „Papierversion“ an einer eingeschränkten Patientenzahl getestet. Mit den ersten Erfahrungen haben wir das Instrument programmieren lassen. Parallel wurde in unserem Haus die gesamte Pflegedokumentation auf elektronische Dokumentation umgestellt, d. h. es gab Schulungen zum elektronischen Dokumentationssystem und parallel zu ePA-Kids. Das war eher zu viel. Ich empfehle längere inhaltliche Schulungen zum Instrument. Sinnvoll ist es, Key-User auf den Stationen zu ernennen, die zusätzliche Schulungstage erhalten und Kolleginnen in der Praxis unterstützen können.

— **Waren die Kolleginnen auf Station nicht frustriert?**

Zum Teil schon, einige technische Probleme sind immer noch nicht unseren Vorstellungen entsprechend gelöst, aber man darf den Ärger auf die Software bzw. auf die Technik nicht mit dem Instrument an sich verwechseln. Ob ePA-Kids akzeptiert wird, hängt stark



von den Führungspersonen ab bzw. davon, ob Stationsleitungen die Arbeit mit Kennzahlen unterstützen. In der Summe ist die Akzeptanz des Instruments aber in den letzten zwei Jahren gestiegen.

— **In welchen Bereichen wird ePA-Kids eingesetzt?**

Wir verwenden ePA-Kids als Basis-Assessment für alle Kinder im Alter von vier bis 16 Jahren mit Ausnahme von Kindern, die unsere Klinik geplant innerhalb von 24 Stunden wieder verlassen – der Aufwand wäre dort zu hoch. Auch Kinder, die psychosomatisch behandelt werden, werden gescreent, außer sie sind jünger als vier oder bleiben sicher nur bis zu 24 Stunden, z. B. Mädchen mit Anorexie oder Kinder, die anderweitig auffällig sind. Hier fehlen dem Instrument aber klar Items, die diese besonderen Umstände erfassen.

— **ePA basiert auf dem Orem-Pflegemodell. Ein Kritikpunkt an diesem Modell ist ja, dass funktionale bzw. physische Phänomene im Vordergrund stehen.**

Richtig. Orem hat sich als Grundlagenmodell bei psychischen Problemen als wenig geeignet erwiesen. Leider zeigt das Instrument auch nicht den besonderen Aufwand bei chronischen Patienten wie z. B. Diabetiker-Kindern, die eine Therapieumstellung erhalten. Das ePA-Kids Assessment solcher Kinder zeigt wenig Pflegebedarf, weil sie sich in der Regel selbstständig anziehen oder essen können. Aber diese Kinder benötigen viel Schulung und Beratung, dieser Aufwand spiegelt sich aber nicht im Instrument wider.

Aspegillus Testpatient, 10000483 **31 S. P. VDD**

Assessment **A** Basisassessments **B** Planung **A** Interventionen **I** Pflegebericht **P** Leistungen **L** Wunddokumentation **W**

ePA-Kids

Erfassen Löschen OK Rückgängig

Szenario **Kids**

40	32	28	31	31	31	31	31	31
22	14	15	20	20	23	23	23	23

08.02.2012 13:47 [SP: 31 D: 23] mk14, Test (Zwischen-Einschätzung)

08.02.2012 13:46 [SP: 31 D: 23] mk14, Test (Zwischen-Einschätzung)

08.02.2012 13:45 [SP: 31 D: 23] mk14, Test (Zwischen-Einschätzung)

08.02.2012 13:45 [SP: 31 D: 23] mk14, Test (Zwischen-Einschätzung)

08.02.2012 13:44 [SP: 31 D: 23] mk14, Test (Zwischen-Einschätzung)

08.02.2012 13:44 [SP: 37 D: 23] mk14, Test (Zwischen-Einschätzung)

08.02.2012 13:29 [SP: 31 D: 20] mk14, Test (Zwischen-Einschätzung)

Bewegung beeinträchtigt Nicht beeinträchtigt

Körperpflege und Kleiden beeinträchtigt Nicht beeinträchtigt

Ernährung beeinträchtigt Nicht beeinträchtigt

Ausscheidung beeinträchtigt Nicht beeinträchtigt

SFF Urinausscheidung keine Fähigkeit stark beeinträchtigte Fähigkeit gering beeinträchtigte Fähigkeit volle Fähigkeit

Fähigkeit die Urinausscheidung zu fehlende Kontrolle selten kontrolliert meistens kontrolliert vollständige Kontrolle

SFF Stuhlausscheidung keine Fähigkeit stark beeinträchtigte Fähigkeit gering beeinträchtigte Fähigkeit volle Fähigkeit

Fähigkeit die Stuhlausscheidung zu fehlende Kontrolle selten kontrolliert meistens kontrolliert vollständige Kontrolle

Dranghafter gesteigerte Ausscheid Ja Nein

Unableitungssystem Ja Nein

Stuhlableitungssystem Ja Nein

Feuchtigkeit der Haut Haut ständig feucht Haut häufig feucht Haut manchmal feucht Haut sehr selten feucht

Bemerkung Kategorie Ausscheidung

oooooooo

Bisher erfasste Bemerkungen

08.02.2012 13:45 mk14
 www.wwwwwwwwww
 ddddddwww
 08.02.2012 13:45 mk14
 www.wwwwwwwwww

Kognition, Bewusstsein beeinträchtigt Nicht beeinträchtigt

Bewusstsein/Vigilanz komatös soporös somnolent wach

31 SPI

Das ergebnisorientierte PflegeAssessment ePA-Kids liefert Pflege, ärztlichem Dienst und anderen Gesundheitsfachberufen einen raschen Überblick über Fähigkeiten und Beeinträchtigungen von stationär aufgenommenen Kindern und Jugendlichen. Der Selbstpflegeindex (SPI) ist ein Extrakt aus dem ePA-Kids und fasst zehn Items zusammen, um das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit eines Patienten abzubilden. Darüber hinaus beinhaltet das ePA-Kids Abklärungshilfen zur Identifizierung verschiedener Risikobereiche wie Dekubitusrisiko, Pneumonierisiko, Sturzrisiko, Risiko der Mangelernährung sowie Abklärungserfordernisse Delir/Verwirrtheit.

— **Das Assessment mittels ePA-Kids stellt den ersten Schritt des Pflegeprozesses dar. Mit welchem Dokumentationssystem wird er am Ostschweizer Kinderspital kombiniert?**

Vor allem mit LEP, aber auch mit einer Freitext-Anamnese zum psychosozialen Umfeld und mit Pflegediagnosen. Diese hinterlegten Diagnose-Kataloge bestehen zum Teil aus den Pflegediagnosen für die Kinder- und Jugendlichenpflege, zum anderen Teil aus den praxisorientierten Pflegediagnosen.

— **Konnten Sie in St. Gallen durch ePA-Kids (mehr) Pflegestellten legitimieren?**

Nein, bisher nicht, das ist auch nicht das Ziel. Ziel ist es, den Pflegeaufwand zu begründen und vorhandene Personalressourcen gezielt zu steuern. Aber aus anderen Häusern weiß ich, dass die Auswirkungen von LEP-Kennzahlen sehr konkret sein können. So wurden z. B. Schichten personell bzw. nach Arbeitsaufwand umbesetzt oder der Frühdienst begann eine Stunde später.

— **Können Sie einen typischen Screening-Ablauf schildern?**

Das Kind kommt auf Station, viele aus der Notaufnahme, erhält sein Zimmer. Nun müsste die erste Einschätzung erfolgen, aber das ist nicht immer die Realität. Oft erfolgt das Screening erst gegen Ende einer Schicht. Der erste Grund hierfür ist, dass eine Aufnahmesituation immer Stress für Kind und Eltern ist und Eltern häufig andere Prioritäten haben als das Pflegepersonal. Der zweite Grund liegt darin, dass man Items zwar abfragen, zu vielen Items aber noch keine Einschätzung treffen kann bzw. erst nach einer gewissen Zeit beobachtet, wie viel isst oder trinkt ein Kind, wie selbstständig geht es zur Toilette usw. Das heißt, dass eine Erhebung durchaus über zwei Tage verlaufen kann. Solange man nichts zu einem Item sagen kann, schreiben die Kolleginnen „nicht beurteilbar“ in die Dokumentation oder machen eine erste Grobeinschätzung aufgrund ihrer Erfahrung.

— **Vor diesem Hintergrund ist die Aussage der ePA GmbH „55 Items in 1,5 Minuten“ wahrscheinlich eher unrealistisch, oder? (Lacht)** Wir sind noch nicht bei 1,5 Minuten. Die meisten Items haben vier Ausprägungsgrade, das Handbuch definiert eindeutige Regeln, wie Punktwerte zu vergeben sind. Das ist aufwendig. Wenn man die zweite, dritte oder vierte Einschätzung zu einem Kind macht, ist das eher realistisch. Ich halte aber vier bis fünf Minuten für realistischer, um sauber zu erheben. Am Anfang haben wir für ein initiales Assessment 20 bis 30 Minuten gebraucht.

— **Aber ist das nicht unheimlich aufwendig, wenn man im Hinterkopf behalten muss, welche Items man schon erhoben hat und welche noch fehlen?**

Da unterstützt uns die Technik. Ein Screening lässt sich nur abspeichern, wenn es vollständig ausgefüllt wurde. Wenn es abgespeichert ist, kann man es nicht mehr verändern, man kann jedoch eine unbegrenzte Anzahl von Zwischenscreenings erstellen.

— **Kann man die Messung von Selbstpflege bei Kindern unabhängig von den Eltern und den familiären Ressourcen erheben?**

Das haben wir bei uns sehr intensiv diskutiert. Es ist ja so, dass Kinder mit vier Jahren durchaus noch Unterstützung beim Gang zur Toilette benötigen, wenn die Eltern nicht da sind. Das Managen von Eigenfürsorge muss man ja auch bei solchen Kindern infrage stellen. Für ePA-Kids ist aber die Umsetzung entscheidend, nicht der Entscheidungsprozess. Ein Beispiel: Ein Kind kann durchaus Defizite haben, zu entscheiden, was ziehe ich im Winter an, wenn ich nach draußen gehe. Dennoch kann es den Wollpullover selbstständig anziehen. ePA-Kids nimmt solche Mängel zugunsten der Praktikabilität in Kauf.

— **Welche Rückmeldungen gibt es von anderen Berufsgruppen?**

Wir sind im Austausch mit den DRG-Codierern. Sie finden es gut, dass wir mit solchen Instrumenten arbeiten, aber es gibt noch keine Rückmeldungen im Sinne von „Das hilft uns!“. Allerdings ist es einfacher für andere Dienste, wie z. B. Mediziner oder den Sozialdienst, an Informationen zu kommen, die wir von den Patienten erheben und dokumentieren.

— **Wie bewerten Sie den Stellenwert von ePA-Kids in zehn Jahren?**

Das ist schwierig zu prognostizieren, aber ich denke, dass die Arbeit mit Kennzahlen an Bedeutung gewinnen wird. Von der Pflege wird hier noch zu wenig eingefordert, was ich sehr bedauere. Wir müssen unsere Leistungen noch stärker transparent machen. Ein Beispiel: Wenn sich Pflegenden für Kinder und Eltern einsetzen, die unsere Sprache nicht beherrschen, also einen Dolmetscher organisieren, Schlafmöglichkeiten arrangieren oder kulturadäquate Mahlzeiten bestellen, dann sind das Pflegeleistungen, die irgendwo in der Bilanz auftauchen müssen. Wenn wir von uns aus argumentieren können, können wir auch Dinge verändern.

Das Gespräch führte Markus Wenner

→ **KONTAKT**

Gabriela Finkbeiner
Stiftung Ostschweizer Kinderspital
Pflegedienst
Claudiusstraße 6
CH-9006 St. Gallen
E-Mail: gabriela.finkbeiner@kispisg.ch

📖 **BIBLIOGRAFIE**

DOI 10.1055/s-0032-1328866
JuKIP 2012;3: 135–137
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1439-2569