„Wie viel Kontrolle braucht Pflegequalität“

15. November 2012

Department für Pflegewissenschaft
Universität Witten Herdecke

Prof. Christel Bienstein

www.uni-wh.de/pflege

Pflegequalität

Pflegequalität zielt darauf ab, Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit angemessenen und aktuellen Erkenntnissen der Pflege in der Erhaltung, Wiedergewinnung und Gestaltung ihres Lebensalltags zu unterstützen.

Hierbei bildet die Erhaltung der Selbstbestimmung und der Ermöglichung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben pflegebedürftiger Menschen die Basis der pflegerischen Versorgungsqualität.

Dabei wird die Pflegequalität beeinflusst von

- dem Zugang zur Pflege
- der zeitlichen Verfügbarkeit
- der wirtschaftlichen Angemessenheit
- der sozialen Vernetzung
- der Wirksamkeit der Pflege

"Pflegequalität (in der direkten Pflege) gibt den Grad der Verwirklichung von pflegerischen Zielen an, die sich auf die Förderung bzw. Erhaltung von Selbständigkeit und Wohlbefinden der Klienten beziehen und mit verantwortlichem zwischenmenschlichen Umgang und vertretbarem Einsatz von Mitteln angestrebt werden." (Lay 2001: 20; 2004: 155)

Kontrolle

- Kontrolle der Pflegequalität ist möglich, wenn

  - aus welcher Perspektive Kontrolle erfolgt
  - definiert ist was kontrolliert wird
  - die gesetzten Kriterien nachweislich eine Aussage zur Qualität der Pflege nachweisen können
  - gesicherte Daten zu dem zu erreichenden Niveau der Pflegequalität vorliegen und genutzt werden
  - das methodische Vorgehen einer Kontrolle dem Ziel der Ermittlung der Pflegequalität entspricht
  - Kontrolle einen Beitrag zur Erhöhung der Motivation leistet

Wirtschaftsfaktor Pflege

universität Witten/Herdecke

- Anstieg der Ausgaben im Gesundheitswesen von 1992 – 2011 mehr als 45 % und weiter steigend
- 10% versicherungspflichtiger Arbeitnehmer im Gesundheitswesen tätig
- 257 Milliarden Ausgaben(11,5% des BIP) 2011
- Steigende Bedarfe durch:
  - weniger pflegende Angehörige
  - mehr alte und chronisch kranke Menschen
  - Abnahme von Kliniken

- Bedeutet u.a. für die Pflege:
  - Zunahme stationärer Einrichtungen –
  - Zunahme polyklinischer Behandlung
  - Zunahme häuslicher Pflegedienste
  - Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten
  - Verordnungsrecht für Pflegende für Pflegehilfsmittel ab 1.Juli 2008
  - Neue Aufgabenfelder

Entwicklung des Krankheitsspektrums

universität Witten/Herdecke

- 1990 ca 50% der Patienten leiden weltweit an chronischen Krankheiten
- 2020 werden es schon 70% sein
- Zunahme der Mortalität durch Herz-Kreislauferkrankungen, maligne Tumore

  (BMJ,2002: 325(7370. Cover)
- Beispiel: weltweit betroffen Menschen mit Diabetes:
  - 1995 ca 135 Mill. Menschen
  - 2000 ca 171 Mill. Menschen
  - 2030 ca 366 Mill. Menschen (Wild, et al, 2004)

Verwirrtheit :

Schon jetzt bis zu 17% postoperative Verwirrtheit nach cardiochirurgischen Operationen (Evers, 2002)

Bis zu 30% verwirrte Menschen auf internistischen Stationen (Spirig, 2009)

Berufliche Pflege in Deutschland

1,1 Mio. Menschen arbeiten beruflich in der Pflege, davon

740.000 mit einer dreijährigen Ausbildung

1,5 Mio. pflegende Angehörige

Arbeitsbereiche:

2.100 Krankenhäuser

9.300 Alten- und Pflegeheime

12.500 ambulante Pflegedienste

1.200 Rehabilitationseinrichtungen

300 Hospize

Arbeitssituationen:

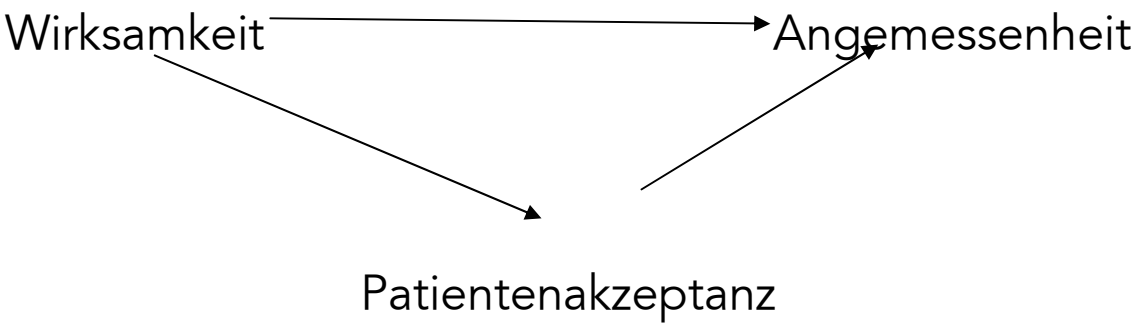
Krankenhaus 1 Arzt : 2,2 Pflegenden (Nacht 1 Pflegende 33 -35 Patienten

Altenheim 28 Bewohner, pro Schicht 3 Pflegende, mit und ohne dreijährige Ausbildung (Nacht 1 Pflegende 40 – 60 Bewohner)

Orientierungsgrößen

Sachverständigenrat 2007

universität Witten/Herdecke



Dabei muss das Versorgungsangebot

- rasch zugängig
- zuverlässig
- praktikabel
- finanzierbar

sein

Jede Art von Kontrollen sollten gut überlegt sein….

Medizin – Pflege
Evidenzbasiertes Wissen

- **Medizin:** Krankheitsursache finden und Therapie festlegen
- ca 15 – 20% des medizinischen Wissens

- **Pflege:** Pflegebedarf ermitteln, Unterstützung zur Alltagsbewältigung geben

  ca 0,05% des pflegerischen Wissens

Pflegerituale

- Tägliche Körperhygiene
- Kälteanwendung zur Abschwellung
- Bettlägerigkeit ist mit zunehmendem Alter normal
- Mythen zur Entstehung von Kontrakturen
- Für die Schmerzbehandlung sind die Ärzte da
- Freiheitsentziehende Maßnahmen sind unumgänglich
- An Feiertagen schieben Angehörige ihre pflegebedürftigen Angehörigen ab ins Krankenhaus

Qutcome

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl und der Qualifikation von Pflegenden bei der Vermeidung von Risiken (Aiken, et al , 2012)

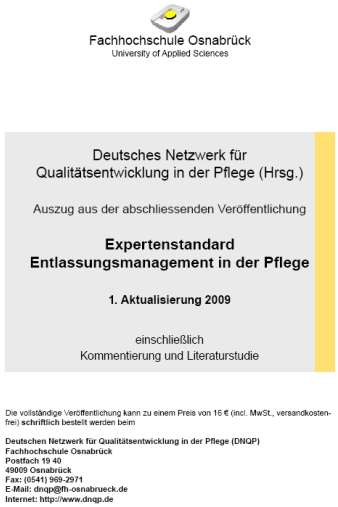
- Mortalität
- Mortalität bei verspäteter Hilfe im Notfall
- Verweildauer
- Nosokomiale Infektionen
- Dekubitus
- Stürze

IQWIG 2006 / ICN 2006/ RN4- Cast – Studie 2012

Nationale Expertenstandards

universität Witten/Herdecke

Dekubitusprophylaxe	abgeschlossen (UW/H)
Entlassungsmanagement	abgeschlossen
Schmerzmanagement	abgeschlossen (UW/H)
Sturzprophylaxe	abgeschlossen
Kontinenzförderung	abgeschlossen (UW/H)
Wundmanagement	abgeschlossen
Mangelernährung	abgeschlossen (UWH)


Fachhochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

Auszug aus der abschliessenden Veröffentlichung

Expertenstandard
Entlassungsmanagement in der Pflege

1. Aktualisierung 2009

einschließlich
Kommentierung und Literaturstudie

Die vollständige Veröffentlichung kann zu einem Preis von 16 € (incl. MwSt., versandkosten-frei) **schriftlich** bestellt werden beim

Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
Fachhochschule Osnabrück
Postfach 19 40
49809 Osnabrück
Fax: (0541) 969-2971
E-Mail: dnqp@fh-osnabrueck.de
Internet: http://www.dnqp.de

in Kooperation mit dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Fachhochschule Osnabrück

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) im Akutkrankenhaus

C.Krüger (2010)

universität Witten/Herdecke

- Prävalenzerhebung über insgesamt 6 Monate bei 3.436 Patienten
- In 4 Krankenhäusern (von 1200 – 420 Betten), davon eine Vollerhebung und 3 Erhebungen zwischen 25% - 35 %, drei Messpunkte
- Ergebniss:
  - 390 FEM erfaßt
  - Unterschied zwischen den Stationen von 5,7% – 18,7 %
  - Auf 8 Allgemeinstationen von insgesamt 48 erfassten Stationen wurden keine FEM angewandt, nur auf 1 Intensivstation von 15 Stationen wurden keine FEM angewandt (hier existierte eine variationsbreite von 7,2 % - 80%)
  - 71% waren die Abringung von Bettgittern
  - Problematik waren: Einzelzimmer, MRSA, keine Schulungen zu FEM
  - Hilfen stellten dar: Mediatoren, Dokumentationsformulare, Richtlinie, Nachtbeleuchtung, Sturzmatratzen
  - Werdenfelser Weg entwickelt (Vormund-Betreuungsschaftsrichter, Verfahrenspfleger)

Mangelernährung

Schreier (2008) Bartholomeyczik (2010) Bienstein (2011)

universität Witten/Herdecke

- Mehr als 27 % der Menschen, die in Alteneinrichtungen leben sind mangelernährt
- Weitere 27 % sind von Mangelernährung bedroht
- Alte Menschen zu Hause ernähren sich zumeist einseitig
- Spezifische Instrumente zur Erfassung der Mangelernährung mussten entwickelt werden, Screeningverfahren, PEMU
- Verschiedene Interventionsmöglichkeiten wurden erprobt, u.a.:
  - Gemeinsame Küche und Kochen
  - Schoko- oder Obstbäume
  - Fingerfood
  - Basales Kochen
  - Hochkalorische Ernährung mittels K 400

Schreien und Rufen

H.-W. Urselmann (2012)

universität Witten/Herdecke

- 18 Alteneinrichtungen, 50 Interviews mit Pflegenden, 10 Beobachtungen

„Pflegende bewegen sich in einem Raum der Vermutungen und gehen nach „Versuch und Irrtum" vor."
„Unausweichlichkeit des Erlebens"

- Entscheidungs- und Abwägungsprozess wird deutlich
- Komplexes Beziehungs- und Bedingungsgeflecht
- Unterschiedliche Professionalität und Kompetenz der Pflegenden

Was wird getan:

- Reden und Nachfragen
- Musik
- Berühren
- Atmosphäre von Sicherheit und Vertrauen schaffen
- Recht auf Schreien und Rufen
- wenig Psychopharmaka
- meistens hilft jedes mal etwas anderes, aber man muss es suchen

Konzepte der Begleitung von Menschen mit Demenz in Krankenhäusern

universität Witten/Herdecke

- GISAD – Projekt Bethanien Krankenhaus, Heidelberg
- Demenzcafe Gemeinschaftskrankenhaus, Herdecke
- Altenpfleger zur Begleitung von Menschen mit Demenz in St. Franziskus-Krankenhaus, Münster
- Schulungsprogramm für Gesundheits- und KrankenpflegerInnen im Albertinen-Krankenhaus, Hamburg
- Expertenstandard Entlassungsmanagement
- Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten
- Konsiliarischer Liaison-Dienst, Kaufbeuren/lüdenscheid

GISAD

Geriatrisch-
Internistische
Station für
Akuterkrankte
Demenzpatienten

Auswahl von Alteneinrichtungen
M. Geraedts (2011)

- Die veröffentlichten Noten werden von den Angehörigen, die einen Altenheimplatz für ihren Angehörigen suchen als nicht entscheidend eingestuft.

- Entscheidend sind die Kriterien:
  - Pflegefachliche und medizinische Versorgung
  - Genügend Pflegende
  - Zeitlicher Umfang der Zuwendung
  - Freundliche und respektvoller Umgang mit den Bewohnerinnen

Medizinische Versorgung in Alteneinrichtungen

- 1994 38% regelmäßige Verssorgung durch niedergelassene Ärzte, 2008 nur noch 18%
- Kaum Versorgung durch Orthopäden, Augenärzte, Gynäkologen, HNO-Arzt, Zahnärzte
- Versorgungssituation in den neuen Bundesländern deutlich schwieriger
- ca 69% der Bewohner erhalten Herz-Kreislaufmedikament
- Ca 26% erhalten Diabetes Medikamente
- Gravierende Unterversorgung bei Harninkontinenz und Demenz

Fortbildungsbedarfe:

- Versorgung von Menschen mit
  - Demenz
  - Depression
  - Schmerzen

SÄVIP-STudie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, 2005

MuG IV , 2008

- Gründe, Dauer, Häufigkeit, wann, wer ?
- Kooperation mit Altenheim/en
- Focusgruppen, Lösungen entwickeln, u.a.
  - Abrechnung unter DRG – Bedingungen
  - Ziel
    - Irritationen der alten Menschen vermeiden
    - Entlastung der Notaufnahme
    - Entlastung der Bettenführenden Einheiten
    - Entlastung des Personals

Entlassungsmanagement eine Chance von Altenpflegeeinrichtungen

- Nationaler Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP, 2009)
- Pflegeweiterentwicklungsgesetz trifft die Aussage (2008), dass die Expertenstandards eine verbindliche Grundlage für die pflegefachliche Arbeit darstellen:
  - „alle Pflegekassen und deren Verbände sowie die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich“ sind.(§113a (3) SGB XI
- „ vorweggenommenes Sachverständigenurteil“
- Allerdings geht der Nationale Expertenstandard nicht auf die Rolle der Altenheime im Bezug zum Entlassungsmanagement aus sondern fokussiert Kliniken.

Nun die Herausforderung, was wäre wenn…., lassen Sie uns das denken

BGBL. Teil I 2008 Nr. 20 vom 30.05.2008, S. 892

Beispiel: Entlassmanagement in Luzern
A. Allemann (2010)

- Pflegeheim St. Raphael (46 Bewohnerinnen) 10 – 15 Zimmer für die Übergangspflege vorgesehen, dieses für einen geplanten und befristeten Aufenthalt
- Aufnahmegründe:
  - Rekonvalezenz, instabile Gesundheitslage, z.B. Zustand nach Frakturen und OP aufgrund von Sturzfolgen
  - Warten auf das gewählte Wunschheim
  - Palliative Situationen
- Zustand der Patientinnen
  - Müde und erschöpft
  - Multimorbid (Herzinsuff., Depress. COPD, Demenz)
  - Motiviert wieder nach Hause gehen zu wollen

Ergebnisse

A. Allemann, 2010

universität Witten/Herdecke

Ergebnisse:

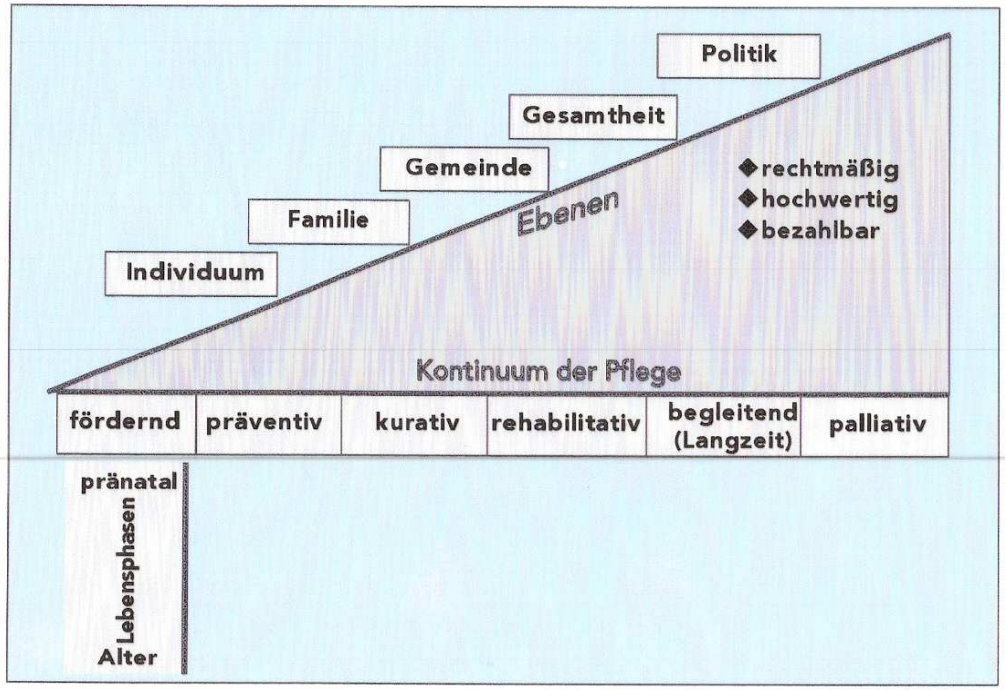
- 40% der aufgenommenen Patientin gingen wieder nach Hause
- Aufenthaltsdauer im Durchschnitt 38 Tage (zwischen 3 – 234 Tage)
- 1/3 kommt mit 14tägigem Aufenthalt aus
- Pflegende haben Erfolgserlebnisse und wollen vermehrt in diesem Bereich arbeiten

- Stand Sep./2012 können 70% der in die Übergangspflege aufgenommenen Gäste innerhalb von 21 Tagen wieder nach Hause gehen

Professionalisierung

- Berufsständische Vertretung
- Datenerfassung der Berufsangehörigen
- Wissensgenerierung
- Bildungsplanung
- Feststellung des beruflichen Niveaus
- Wissenstransfer
- Ethikkodex
- Verantwortungsübernahme

Angebotsrahmen bevölkerungs-orientierter Dienstleistungen



Angebotsrahmen bevölkerungsorientierter Dienstleistungen (vgl. Hirschfeld 1998)

© Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Institut für Pflegewissenschaft

Anforderungen an Kontrollen der Pflegequalität

- Kontrollen müssen dazu dienen:
  - dem pflegebedürftigen Menschen eine angemessene, akzeptierte und auf aktuellem Wissen basierte Pflege zu geben
  - Pflegende zu motivieren, die Pflegequalität systematisch zu verbessern
  - Pflegenden deutlich werden zu lassen, was sie können und leisten
  - strukturelle Defizite zu benennen
  - Führungskompetenzen zu unterstützen
  - Beratung zu geben
  - stützen sich auf Wahrnehmung der Lebens- und Versorgungsqualität anhand von Wahrnehmung, Kommunikation und Dokumentation
  - erkennen individuelle Besonderheiten und Zielsetzungen an
  - sind abgesprochen und vermeiden Doppelungen

Charta der Rechte hilfs- und pflegebedürftiger Menschen

Artikel 1 : Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Artikel 2 : Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Artikel 3 : Privatheit

Artikel 4 : Pflege, Betreuung und Behandlung

Artikel 5 : Information, Beratung und Aufklärung

Artikel 6 : Kommunikation, persönliche Zuwendung und Teilhabe an der Gesellschaft

Artikel 7 : Religion, Kultur und Weltanschauung

Artikel 8 : Palliative Begleitung, Sterben und Tod

(Runder Tisch Pflege: BMG / BMJFSF 2003 – 2005, Berlin)

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, 2010

www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

Und das ist richtig, es ist nicht die Lösung…