

Kluge Pflege bewirkt gute Gesundheitsversorgung

13. Gesundheitspflegekongress

Hamburg, 9. Oktober 2015

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Universität Witten/Herdecke
Department für Pflegewissenschaft

Epidemiologie

Chronische Krankheiten nehmen zu = langfristiges Leben mit Krankheit:
Krankheitsbewältigung vorrangig
Multimorbidität mit komplexeren Versorgungssituationen

Demografie

Der Anteil alter Menschen wächst, Leben mit Gebrechlichkeit unter möglichst normalen Bedingungen ist anzustreben
Der Anteil jüngerer Menschen nimmt ab und damit potentiell Pflegende

Therapiemöglichkeiten

Menschen überleben lebensgefährdende Ereignisse evtl. mit Beeinträchtigungen und verstärktem Bedarf an Krankheitsbewältigung

Gesundheitswesen

Fragmentiert: komplexe Steuerungsnotwendigkeiten

Patientin wird aus Altenheim wegen akuter Verwirrtheit in Krankenhaus über Notarzt eingewiesen:

- Kaum Infos zur Patientin (nächtlicher Notfall)
- Ärztlicher Befund: Erhebliche Exsikkose und Mangelernährung, Desorientierung (Demenz?), Reizhusten
- Ärztliche Anordnung: Infusion und nasale Magensonde als vorübergehende Maßnahme, Hustenmedikation
- Nach 2 Tagen Entlassung ins Altenheim mit verbesserter Orientierung



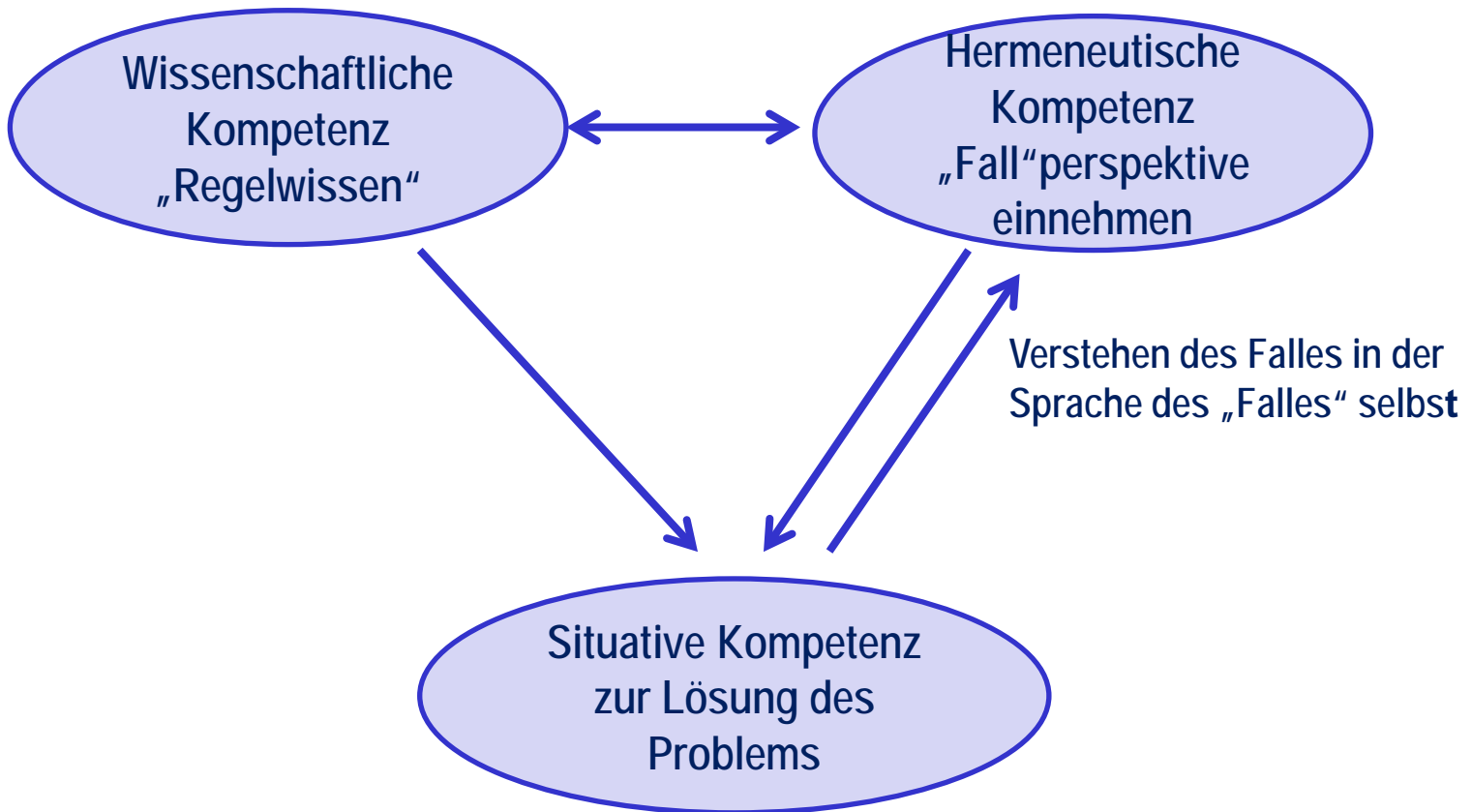
- 4 Wochen später fast gleicher nächtlicher Notfall

Fachkenntnisse fehlen offenbar sowohl im Altenheim als auch im Krankenhaus

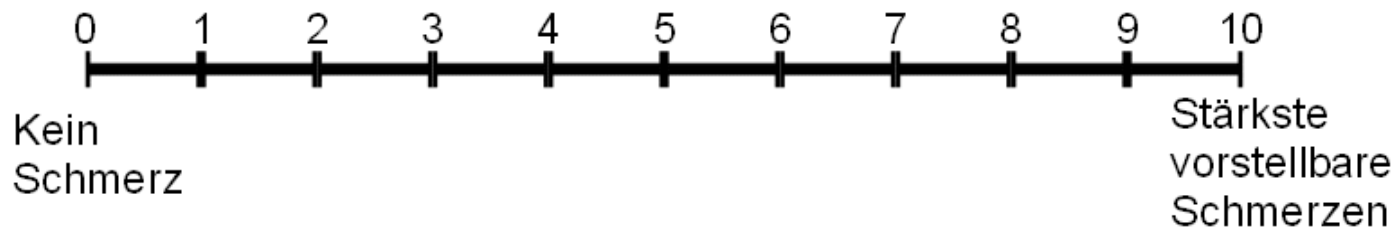
- Unterschätzung der Bedeutung von Mangelernährung, Flüssigkeitsverlust
- Unkenntnis über die Bedeutung der subjektiven Perspektive der Patientin
- Unkenntnis darüber, was Gründe für mangelnde Nahrungsaufnahme sein können (z.B. Ablehnung von Speisen, Angst vor Unbekömmlichem)
- Unkenntnis über Anzeichen von Schluckstörungen (die hier zu unangenehmen Hustenreizen führten, dadurch Vermeidung von Trinken, Ansätze einer unerkannten Aspirationspneumonie)
- Altenheim zusätzlich: „Nichtzuständigkeit“ Pflegender in Akutsituationen
- Vor allem: Personalmangel

ABER Geld für Krankenhauseinweisung und –behandlung vorhanden!

Benötigen Fragen der Ernährung professionelle Kompetenz??



Krankenhaus mit eingeführtem Expertenstandard zu Schmerz:
Pfleger setzen 10-stufige NRS-Ratingskala zur Schmerzintensität
routinemäßig ein



Wie erfassen Pfleger Schmerz bei Menschen mit mittelschwerer Demenz:

- Verbale Äußerungen möglich
- Aber nicht klar, ob Gesagtes auch gemeint ist

Diss. Erika Sirsch, 2014, ab 2016 als Buch

- Schmerz: eine oft übersehene Ursache für Herausforderndes Verhalten
- Bekannt ist,
 - Dass MmD weniger über Schmerzen klagen als andere
 - Klagen mit fortschreitender Krankheit abnehmen
- MmD bekommen weniger Analgetika als andere
- Hinweise vorhanden, dass MmD mehr Schmerzen haben als andere
- Analgetika wirken bei Herausforderndem Verhalten besser als Neuroleptika



Funktionspflege: Morgenrunde mit Schmerzerfassung

Pflegende, die Körperpflege durchführen, kennen Ergebnis nicht

(ist auch ohne Pat. mit Demenz sinnlos!)

Einfache Organisationsfrage

- Seit 1990er Jahren wird Bezugspersonenpflege (Primary Nursing) gefordert
- Viele Projekte und Annäherungen
- Ablehnung mit Argument zu hoher Anforderungen an Pflegende
- Funktionspflege vermehrt Schnittstellen, Kommunikationsnotwendigkeiten, vergrößert Zahl von Fehlern (Dissertation Elkeles von 1985!!)
- Luxus – oder professionelle Pflege?

Pflegesituation:

- Auf Frage nach Schmerz wird dieser oft verneint
- Bei pflegebedingten Bewegungen kommt „aua“, schmerzverzerrtes Gesicht...
- Pflegende haben Schwierigkeiten sich auf Sprache der Patienten einzulassen
- Können widersprüchliche Signale nicht interpretieren

- Kommunikation zu Schmerz begleitet körperorientierte Pflegemaßnahme
- Kommunikation wird (evtl. ohne Sinn) beendet, wenn körperorientierte Pflege beendet ist

➔ Ist Pflege nur handwerkliches Tun?
(immer noch?)



1. Basis sind „nur“ ärztliche Diagnosen + Behandlung (Pflege „mitgedacht“)

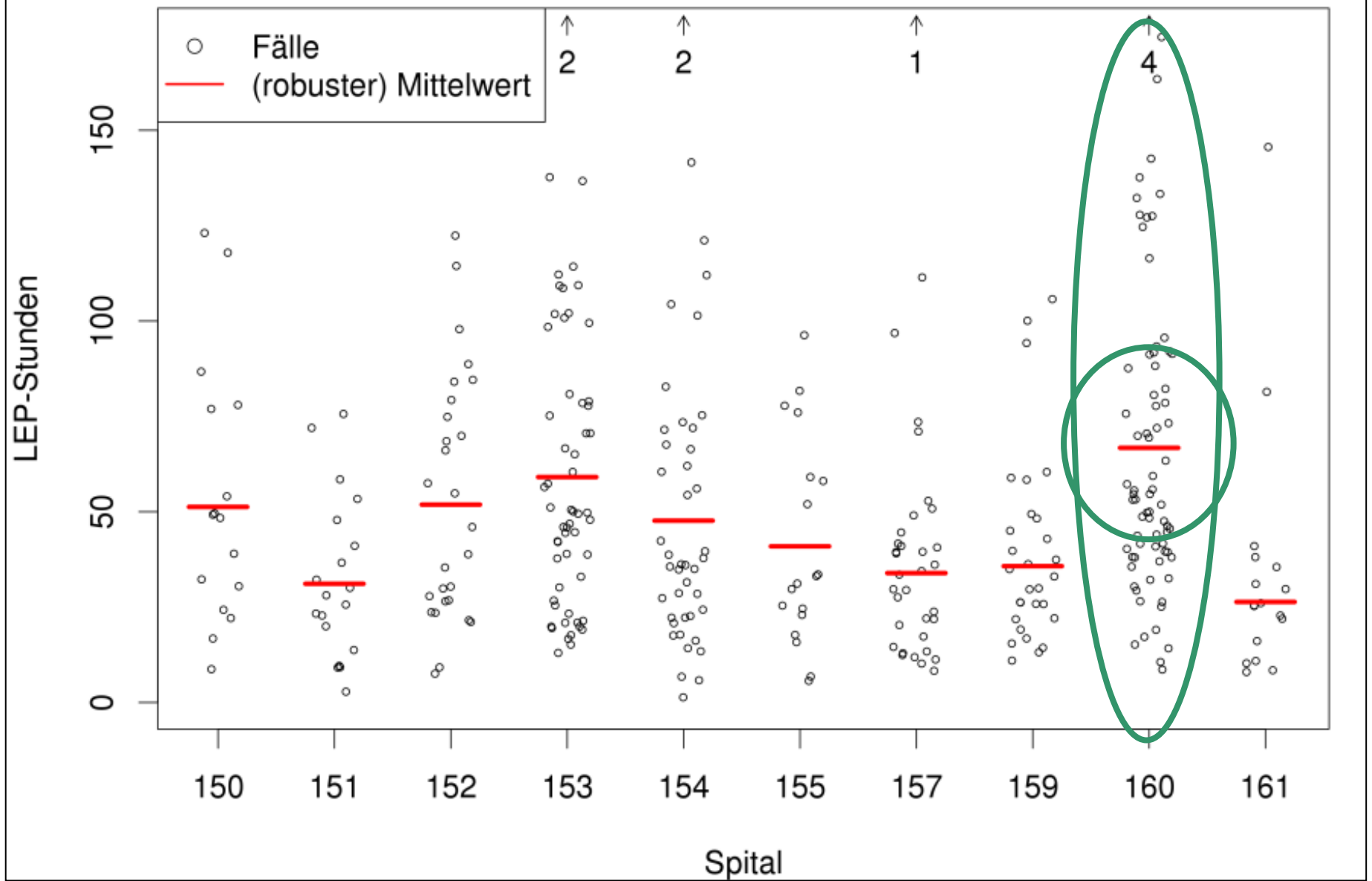


Ärzte bringen Geld, Pflegende kosten

- Patienten kämen aber nicht ins Krankenhaus, wenn sie keine Pflege bräuchten
- Pflegeanlässe sind nicht unbedingt krankheits- (=med. Diagnose) spezifisch
- Patienten mit derselben med. Diagnose brauchen unterschiedliche Pflege (Inhomogenität der DRG)
- Bei unterschiedlichen Krankheiten können die gleichen Pflegemaßnahmen erforderlich sein

Ausnahme PKMS

- Problem: baut auf der inhaltlich viel zu engen PPR auf
- Nur relevant, wenn Pflegeaufwand sehr hoch, Mindestabstand zu Durchschnitt



Fallgruppe F62B (Herzinsuffizienz und Schock mit äusserst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplexe Diagnose) (Baumberger et al. 2014)

Der Pflegeaufwand (die Zeit geleisteter Pflege) schwankt bei einzelnen DRG sehr stark, bei anderen weniger (Homogenität):

Für alle DRG zusammen gilt:

Befriedigende Homogenität des Pflegeaufwands: 24 % der Fallgruppen

Unbefriedigend: 58 %

Mangelhaft 11 %



(Baumberger et al. 2014)

Nicht nur DRG übersieht Pflege

z.B.: Therapeutic Intervention Scoring System (TISS, Cullen et al. 1974):

Quantifizierung des Pflegeaufwands schwerkranker Menschen

- Typische Pflegearbeiten werden nicht abgebildet (Waschen, Betten, Abführmaßnahmen, Wechsel von Infusionssystemen, psychosoz. Betreuung)
- Bsp.: Weaning:
nach Extubation sinkt Punktwert = weniger Pflegebedarf,
obwohl der Aufwand gerade dann steigt (Kontrolle von Spontanatmung, Abhusten, Angst etc.)

(Manzei, 2009)

Wenn das so eindeutig ist, warum lässt sich das Instrument nicht ändern???

2.

DRG sind **Setting spezifisch**, obwohl sie **Fallspezifik** vortäuschen:

- Anreiz zur kürzesten Verweildauer im Krankenhaus
- Patienten im Durchschnitt immer intensiver krank und pflegebedürftig
- Keine klaren Kriterien für Entlassungsfähigkeit, außer Kostenpauschale der DRG

- Umso intensiver müssten Prophylaxen, Beratung und Patientenedukation sein
- Umso wichtiger ist Primary Nursing

Department für Pflegewissenschaft WAMP-Studie (Bremen)

UNI – WH.DE/

Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System



Patientenangaben (n > 2000, GEK Versicherte):

- 80% der Pat. hatten nachstationäre Behandlung durch Hausarzt nötig
- Ca. 33 % Pflege durch Angehörige, Physiotherapie oder Reha
- Ca. 25 % ambulante Betreuung durch Krankenhaus
- ca. 10 % professionelle Pflege
- Tendenz zur Erhöhung von Nachbetreuungsbedarf



Folgen guter Pflege, z.B. Patientenedukation, Kompetenzförderung, Förderung der Nahrungsaufnahme, sind nicht immer sofort sichtbar

Verhalten und Aktivität, auf die Pflege zielen, sind komplizierter zu beeinflussen und wahrzunehmen als biologische Folgen eines Medikaments

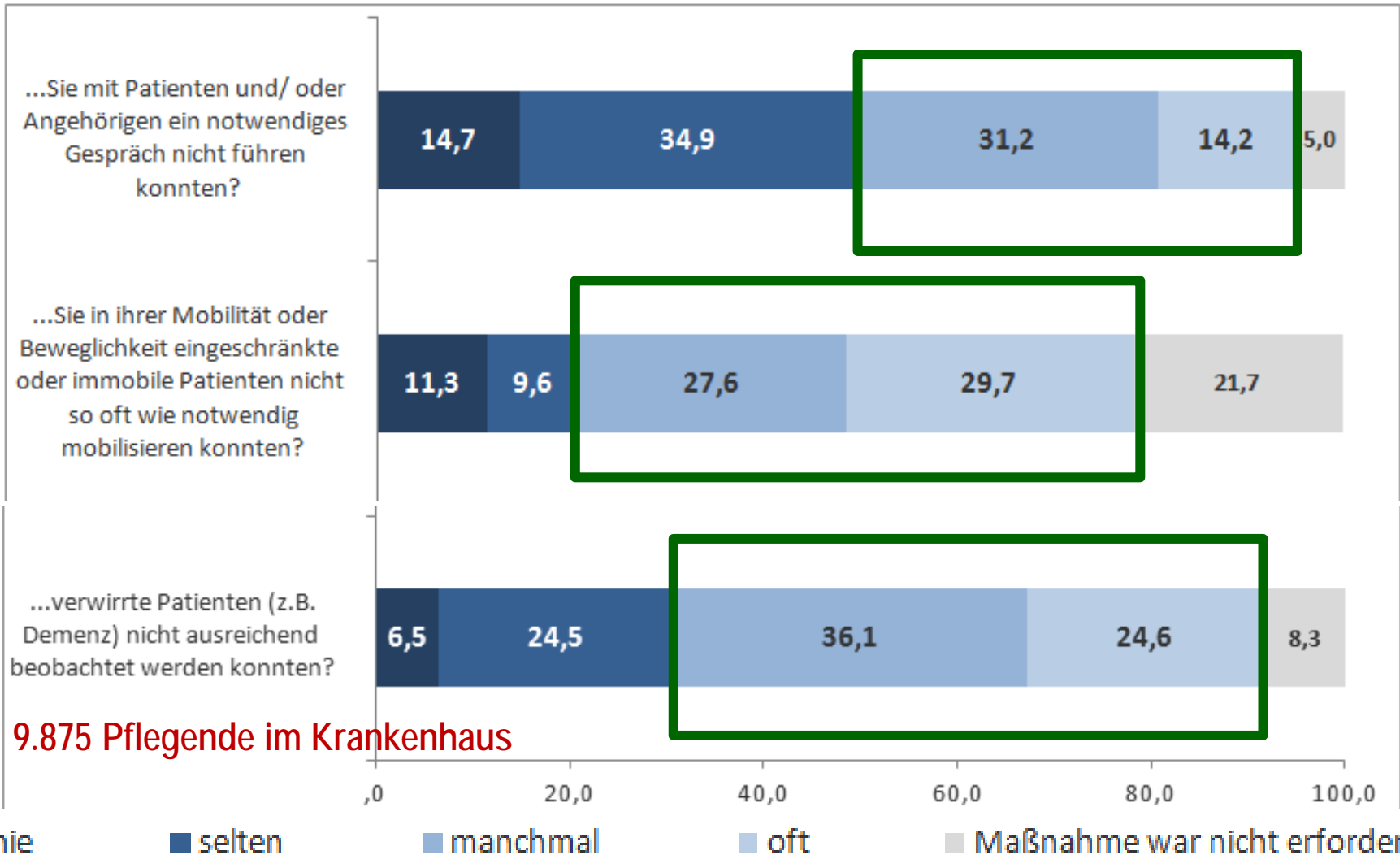
Personelle Mangelsituationen:

- Welche Pflegeaufgaben werden weggelassen?



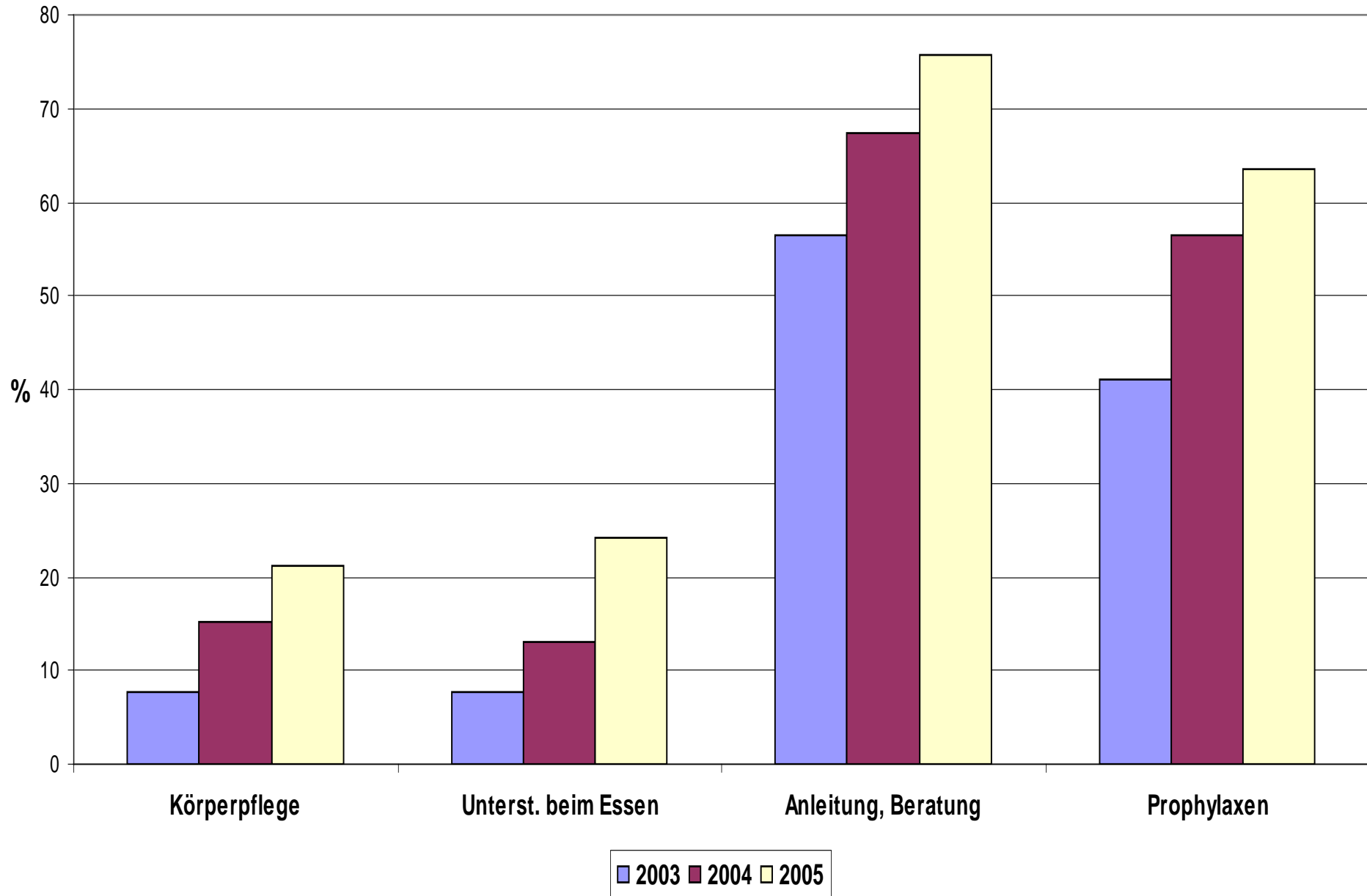
Pflege-Thermometer 2009

»Wie oft ist es in Ihren letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass...«



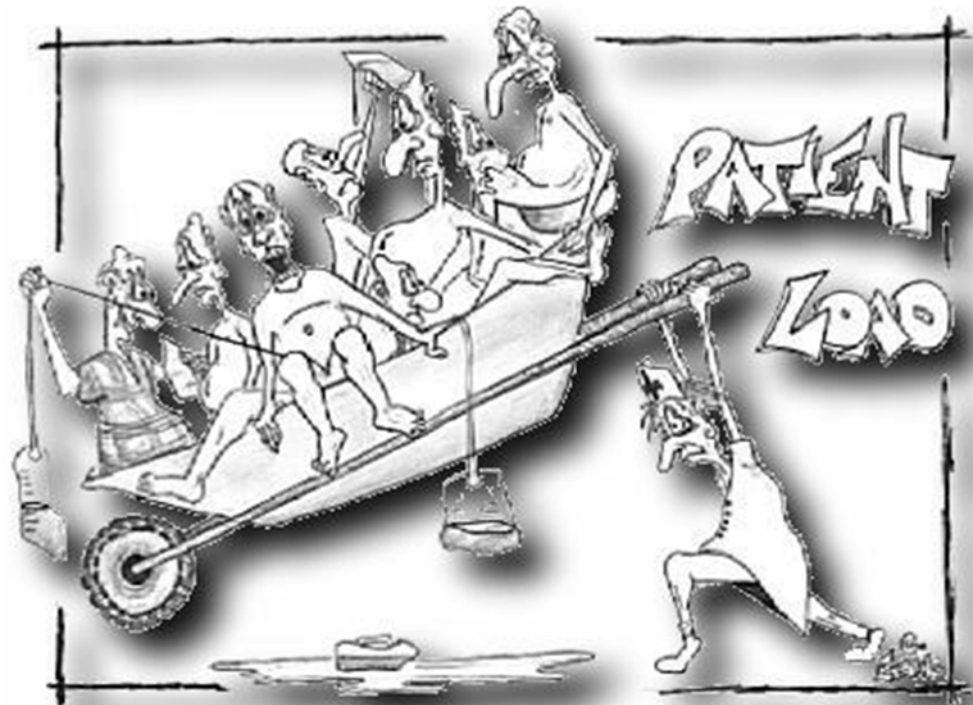
9.875 Pflegende im Krankenhaus

Weggelassene Aufgaben



Soll-Vorstellungen werden konterkariert:

- Gespräche, Beratung nehmen ab
- Prophylaxen nehmen ab
- Fördernde Pflege ist zu zeitaufwendig
- Versorgungsdenken hört mit Entlassung aus Krankenhaus auf
- Risikoerfassung fehlt als expliziter Bestandteil der Pflege



Internationale Studien (meist Nord-Amerika) zeigen:

- Schlechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erhöht Risiken für Patienten:
 - mangelhafte rechtzeitige Erkennung von Komplikationen:
 - Pneumonie, Lungenembolie,
 - Dekubitus, Venenthrombose,
 - Harnwegsinfektionen, Sturz,
 - Sepsis
 - Medikationsfehler
- Mortalität innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausaufnahme

Studie 2009/ 2010 in 9 europäischen Ländern

Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study

*Linda H Aiken, Douglas M Sloane, Luk Bruyneel, Koen Van den Heede, Peter Griffiths, Reinhard Busse, Marianna Diomidous, Juha Kinnunen, Maria Kózka, Emmanuel Lesaffre, Matthew D McHugh, M T Moreno-Casbas, Anne Marie Rafferty, Rene Schwendimann, P Anne Scott, Carol Tishelman, Theo van Achterberg, Walter Sermeus, for the RN4CAST consortium**

Published Online


February 26, 2014

- Deutschland fehlt: Daten waren nicht verfügbar
- Entlassungsdaten von 422 000 Pat., ≥ 50 Jahre, aus 300 Krankenhäusern nach „normalem“ chirurgischen Eingriff
- Outcome: Tod im Krankenhaus bis 30 Tage nach Aufnahme
- Risikoadjustierung: Comorbiditäten

Ergebnisse

- **Quantität:** Ein Patient mehr in der Pflege steigerte das Mortalitätsrisiko innerhalb von 30 Tagen um 7 %
- **Qualität:** 10% mehr Pflegende mit Bachelor-Abschluss senkte das Mortalitätsrisiko um 7%



- Kluge und klug eingesetzte Pflege wirkt gesundheitsfördernd
 - Und kann volkswirtschaftlich entlastend wirken
 - Personalforderungen sollten mehr über Inhalte argumentiert werden (z.B. Expertenstandards)
 - Studien zeigen notwendige Rahmenbedingungen
 - Qualifikation der Pflegenden
 - Ausreichende Personen
 - Fördernde Organisationsstruktur
 - Unterstützende Dienste
 - Unterstützung durch Management
 - Qualität der Zusammenarbeit
- 

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



sabine.bartholomeyczik@uni-wh.de