

Für Lebensqualität Sorge tragen – Perspektivenwechsel in der Langzeitpflege

Ilse Frisch,
Ruth Weininger
Pflegekongress 05.11.2015



Lebensqualität (LQ) Historie



Zahlreiche Definitionen beschreiben LQ als Kombination aus objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden.

Objektive Lebensbedingungen beschreiben Ressourcen wie Einkommen, intakte Umwelt, Gesundheitssystem, Zugang zu Bildung, sowie Freiheit. Dadurch können Bedürfnisse erfüllt werden, was zu positiven Emotionen und damit zu hohem **subjektiven Wohlbefinden** führt.

Modernes Konzept der LQ aus USA in den 60ern, Verbreitung schnell und erfolgreich in den 70ern in deutschsprachige Länder. Die Hegemonie des **Konzepts des Lebensstandards** (auf materielle Dimensionen bezogen) **wird abgelöst.**

Paradigmenwechsel Lebensqualität



Der **Paradigmenwechsel** in der Wohlfahrtsforschung und –messung **von einem MEHR zu einem BESSER**, der die historische und politische Entwicklung dieser Zeit widerspiegelt, manifestiert sich auch im Namen des neuen Konzeptes: **es geht nicht mehr um Quantität von Ressourcen, sondern um die QUALITÄT des Lebens** (vgl.: Noll 2005).

Forschungszugänge verschieden:

In Schweden eher objektive Indikatoren (Bildung, soziale Beziehungen, Gesundheit, Einkommen)

In USA eher subjektive Wahrnehmung der LQ (Glück, Zufriedenheit, positive oder negative Emotionen usw.)

Fokus jedoch immer auf die individuelle LQ.

Lebensqualität versus Pflegequalität



- Lebensqualität ist entscheidend von gegebenen **Lebensbedingungen** abhängig, daher besteht auch ein **Zusammenhang mit der Pflegequalität**.



Definition Lebensqualität WHO 1997

„Lebensqualität ist die **subjektive Wahrnehmung** einer Person **über** ihre **Stellung im Leben** in Relation zur **Kultur** und den **Wertesystemen**, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich dabei um ein breites Konzept, das in komplexer Weise **beeinflusst** wird **durch** die **körperliche Gesundheit** einer Person, den **psychischen Zustand**, den **sozialen Beziehungen**, die **persönliche Überzeugung** und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt“

Warum Audit Lebensqualität?

- **Optimierungsprozess** in Pfl egewohnnhäusern d. Caritas Wien
- Identifizieren von erforderlichen **qualitativen Weiterentwicklungen**
- PWH-übergreifende **Partner-** und **Lernpatenschaften**: Auditoren/innen aus anderen Häusern der Caritas Wien unter externer wissenschaftlichen Leitung



Methodisches Vorgehen



- Urteile der Bewohner/innen sind als alleinige Qualitätsindikatoren unzureichend (unterschiedliches Anspruchsniveau, wenig Objektivität bzgl. med. – therapeut. Handlungen oder gesetzl. Vorschriften,...)
- => Die Evaluation der Lebensqualität erfolgt durch **Beobachtung** des **Bewohner/innenverhaltens** sowie der **Interaktionen von Bewohner/innen und Pflegepersonen** und durch Sammlung von Informationen zu **körperlichen, sozialen und prozessbezogenen Aspekten.**

Instrument: Erhebung bewohner/innenbezogener Ergebnisqualität



- **ASCOT = Adult Social Care Toolkit** - entwickelt in England
- Es sollen dadurch **Einflüsse von Betreuung und Pflege auf die Lebensqualität** beeinträchtigter, hilfsbedürftiger Personen **erfasst** und somit die **Bedürfnisse** der Bewohner/innen stärker **in den Mittelpunkt gestellt werden.**

ASCOT



Berücksichtigt werden folgende Domänen der LQ:

- **Würde und Selbstachtung**
- **Selbstbestimmung**
- **Aktivität und Beschäftigung**
- **Soziale Partizipation und Teilhabe**
- **Persönliche Sicherheit**
- **Hygiene des Wohnraums und Komfort**
- **Essen und Trinken**
- **Körperhygiene und Komfort**





Würde und Selbstachtung



Bedürfnis nach einer stabilen, dauerhaften Bestätigung des eigenen Selbst, der Selbstachtung und des Selbstwertgefühls

- **Gegenseitige Achtung, gegenseitiger Respekt und wertschätzendes Verhalten haben einen wesentlichen Einfluss auf die Identitätsbewahrung und damit auch auf das Empfinden der Würde**
- **Gewissheit als selbstbestimmte Person zu gelten**

Missachtungserfahrungen wie mangelnder Respekt und Fürsorge, fehlende Wertschätzung sowie der Entzug von Möglichkeiten der Selbstbestimmung wirken sich ebenso negativ auf die Identität und die Integrität aus wie physische Beeinträchtigungen.

Selbstbestimmung



- **Nach Wünschen und Vorstellungen entscheiden und handeln können**
- **Kontrolle über sich selbst und über die Situation erleben**
- **Durch Kenntnisse der Biografie und der damit verbundenen Wertorientierung sich erkannt fühlen**
- **Autonomiefördernde Strukturen**
 - **Bewohner/innen an Entscheidungen beteiligen,**
 - **ermuntern, ihre eigenen Vorstellungen und Wünsche umzusetzen**
 - **unterstützen in den Interaktionen und Beziehungen mit Verwandten, Freunden u. Freundinnen**

Persönliche Sicherheit



- **Bedürfnis nach Sicherheit ist einer der wesentlichen Gründe, warum sich viele pflegebedürftige Menschen für einen Heimeinzug entscheiden.**
- **Bei Bedarf kompetente und angemessene Hilfestellung bekommen (jederzeit erreichbar, hohe fachliche und soziale Handlungskompetenz).**
- **Um sich sicher und geborgen fühlen zu können, müssen Bewohner/innen sich ernstgenommen wissen, sich frei von Angst fühlen können und keinen psychischen und physischen Übergriffen ausgesetzt sein.**

Körperpflege und Komfort



- **Bezieht sich auf das Erleben der leiblichen Integrität, Gesundheit, sich in seiner Haut wohl fühlen und die Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen.**
- **Gewohnheiten, die sich ein Leben lang herauskristallisiert haben und Sicherheit und Vertrauen schaffen, sowie aktuelle Wünsche und Bedürfnisse sind zu berücksichtigen.**

Ernährung und Flüssigkeit

ein menschliches Grundbedürfnis
und eine bedeutende soziale Komponente



- Positive Interaktionen können sich motivierend auf das Ess- und Trinkverhalten auswirken.
- Aktives Einbeziehen und Mitbestimmen fördern.
- Einnahme von Mahlzeiten in vertrauter gemeinschaftlich-familiärer Weise anbieten.
- Vermeiden von therapeutischen Interventionen während der Mahlzeiten.
- Ausreichend Zeit für die Unterstützung bei der Einnahme von Mahlzeiten vorsehen.

Aktivität und soziale Partizipation



- **Soziale Isolation wird psychisch und neurobiologisch als Schmerz erlebt - messbare biologischen Stressreaktionen.**
- **Sinnvolle und bedeutungsvolle Tätigkeiten verhindern sozialen Rückzug.**
- **Fehlt über längere Zeit der Zugang zu angemessenen und erwünschten Betätigungsformen, so sind Einschränkungen des generellen Wohlbefindens und der allgemeinen Zufriedenheit zu erwarten.**
- **Das Fehlen adäquater Handlungen schafft nicht nur für Bewohner/innen, sondern auch für Pflege- und Betreuungspersonen ein Klima von Stress und Langeweile durch die sich beständig wiederholende Routine.**

Medizinische u. pflegerische Versorgung



LQ aus „objektiver“ Perspektive“ abhängig auch von Versorgungssituation im Bereich der physischen Gesundheit

- **Wird auf Schmerzäußerungen geachtet?**
- **Erfolgen Interventionen nach allgemein anerkannten fachlichen Standards?**
- **Werden Pflegemaßnahmen fachlich richtig und sorgfältig durchgeführt?**
- **Findet der Einsatz von Hilfsmitteln fach- und situationsgerecht statt?**
- **Wird nach ärztlichen Anordnungen gehandelt?**

Beurteilung mittels

1. Proaktive Pflegevisiten



spezifische Referenzszenarien zur Beurteilung der Kriterien

Bewertungsstufen:

- **Bewertungsstufe A: Pflege- und Betreuungsbedarf ist im jeweiligen Lebensbereich vollständig abgedeckt.**
- **Bewertungsstufe B: Die Lebensqualität der Bewohner/innen ist zumindest geringfügig beeinträchtigt.**
- **Bewertungsstufe C: Die physische und/oder mentale Gesundheit der Bewohner/innen ist gefährdet oder bereits beeinträchtigt.**

2. Beobachtung – prozessbezogene Aspekte



- Anzahl von qualifiziertem Personal
- Geeignete Betriebsmittel
- Gestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Kommunikation
- Tagesstruktur
- Materialwirtschaft
- Allgemeinen Sprach- und Sprechkultur

3. Dokumentationsanalyse



Einhaltung von allgemeinen RL zur Dokumentation

- Einhaltung der Handlungsrichtlinien
- Abbildung des Pflegeprozesses
- Eindeutigkeit, Aktualität und Nachvollziehbarkeit
- Förderung von Ressourcen, Selbstbestimmtheit und Individualität



Die Pflegedokumentation geeignet als

- Arbeitsinstrument, um eine nachvollziehbare und kontinuierliche individuelle Pflege und Betreuung sicherzustellen
- wichtiges Medium zur Kommunikation innerhalb und außerhalb der eigenen Einrichtung sowie innerhalb des interdisziplinären Betreuungsteams



Stichprobenauswahl



- auf Basis von Risikodaten - bestimmter Stichtag
- Fokus Bewohner/innen mit hohem Gefährdungspotential:
 - Mangelernährung und/oder Flüssigkeitsdefizit
 - Bewohner/innen mit hohem Unterstützungsbedarf (Körperpflege, Mobilisation)
 - bestehender Dekubitus
 - Stürze
 - Schmerzen
 - freiheitsentziehender Maßnahmen
 - apathische Bewohner/innen



Maximale Beobachtung pro Auditorin: 1-2 Bewohner/innen vormittags und nachmittags

Auswahl der Auditorinnen

Auswahlkriterien:

- „state of the art“ pflegefachliches Wissen
- einschlägige und mehrjährige Pflegepraxis
- bestens vertraut mit den Caritas internen Handlungsrichtlinien sowie den verbindlichen Pflegestandards inkl. der Pflegedokumentation
- Erfahrung mit deren Einführung und fachlicher Begleitung in der Leitungspraxis
- zusätzliche Expertisen wie z. B. Wundmanagement, Hygiene



Ablauf des Audits



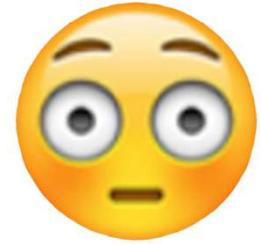
- gemeinsame **Einführung** der Auditorinnen am **29.8.2014** durch die wissenschaftliche Leitung – **Drⁱⁿ Doris Pfabigan**
- **Starttag: 9.9.2014**, Auditorinnen werden Wohnbereichsleiter/innen vorgestellt und in Wohnbereiche begleitet (Vorstellung MA, Erklärung von Ziel/Zweck des Audits und Aufgaben der Auditorinnen)
- Dienstplan f. Auditorinnen: Tag- und Abendpräsenz und alle Wochentage werden erfasst für 14 Tage
- Auditorinnen wechselten täglich die Wohnbereiche
- **Reflexionsrunden** am 1. und letzten Tag
- jederzeit erreichbare Ansprechpartner/innen - Fachstelle Qualität und Innovation u. ärztlichen Leiter
- Ergebnisdokumentation zeitnah am selben Tag übermitteln

ERGEBNISSE



- **Angenehme Atmosphäre**
- **Großteils wertschätzende Kommunikation/Umgang**
- **Einfühlsame Körperpflege**
- **Zumeist nette und individuelle Dekoration und Umfeldgestaltung**
- **50% mit einladender Tischkultur**
- **Biografien häufig aktuell und aussagekräftig**

Was würden wir anders machen?



- **Intensivere Vorbereitung der MA auf die Schwerpunkte von ASCOT**
 - **Bewertungsvorgaben**
 - **Ablauf vom Audit**
- **Zeitfaktor erhöhen bei Planung des Audits**
 - **hinsichtlich schriftlicher tagesaktueller Beobachtungen**
 - **Vorwiegend bei Dokumentationsanalysen**

Was haben wir daraus gelernt?



- **Verbesserung der Kompetenz der PP hinsichtlich der pflegerischen und medizinischen Versorgung nach allgemein anerkannten fachlichen Standards (Schmerz, Kontinenzversorgung, Hygiene usw.)**
- **Sensibilisierung der MA hinsichtlich:**
 - **Wahrung der Intimsphäre**
 - **Förderung der vorhandenen Ressourcen**
 - **Umgang mit FBM**

Was haben wir daraus gelernt?



- **Überdenken der gewohnten Funktions- und Ablauforientierung in der Tagesgestaltung**
- **Verstärkte Präsenz der SB und mehr Angebote an Aktivitäten am Nachmittag**
- **Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Bezug auf therapeutische Interventionen**
- **Verstärktes Vertrautmachen von betriebsinternen HRL**

Was haben wir entwickelt bzw. verändert?



- **ASCOT-Audit Ausrollung auf Betreuung und Pflege zu Hause**
- **Führungsaufgabe: Eigenverantwortung der MA fördern und fordern**
- **Betreuungspersonen und Expert/innen den Wohnbereichen zuordnen**
- **Qualitätsbeauftragte vor Ort (durch Größe der Einrichtung)**
- **Multiprofessionelle Bewohner/innenbesprechungen**
- **Ausstattungsveränderungen (Bäder, Möbel, Umfeldgestaltung)**

**Vieles haben wir schon immer getan,
tun es jetzt bewusster.
Manches machen wir jetzt neu und anders!**



VISION



Lebensqualitätsaudit in anderen Caritaseinrichtungen der stationären Langzeitpflege

Danke



für



Ihr



Interesse