

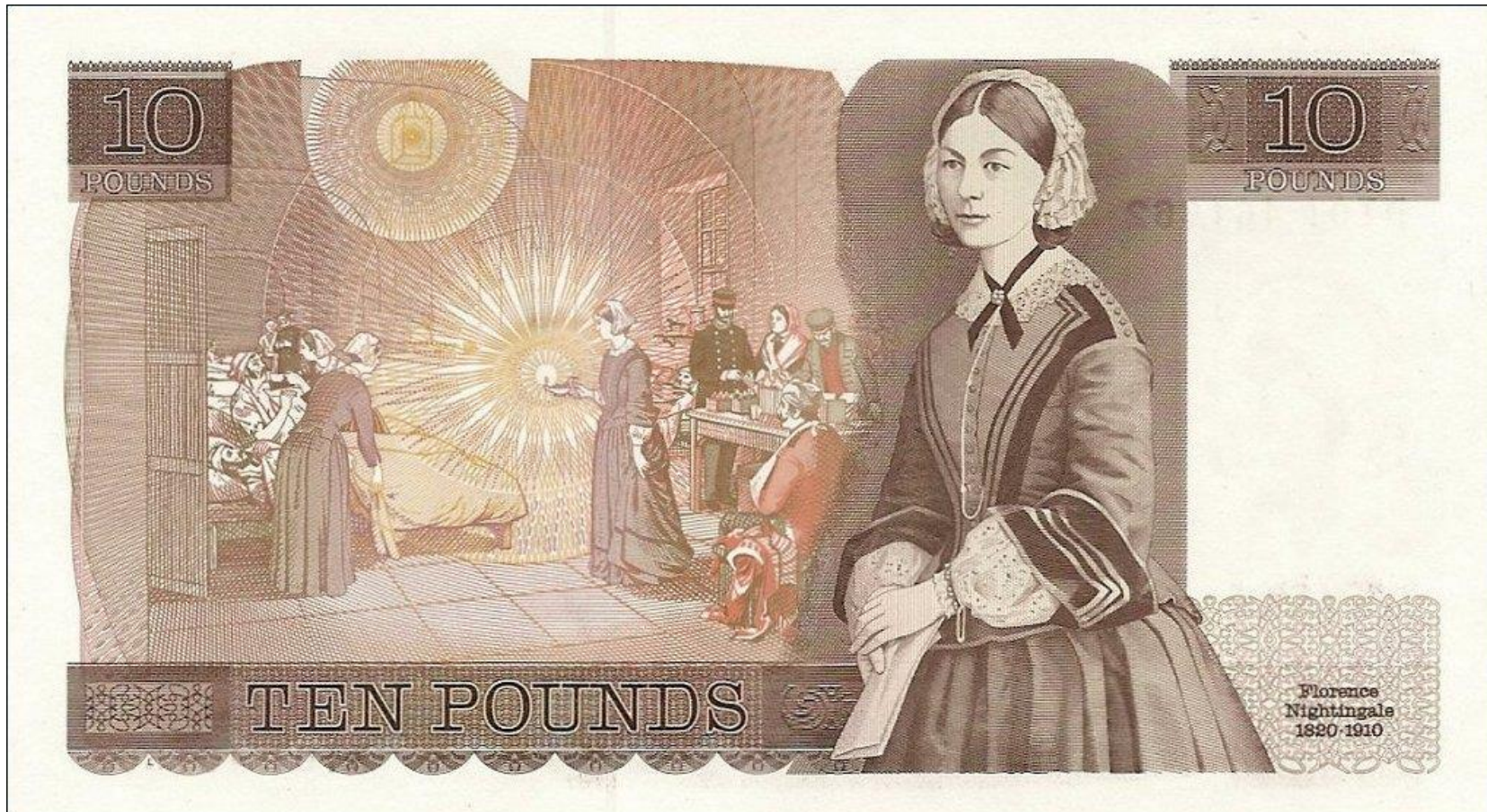
Zum Internationalen Tag der Pflege

Senatsempfang Bremen
11.05.2017

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

12. Mai 1820 Geburt von Florence Nightingale in Florenz, Europareise ihrer Eltern

Verehrt wegen ihrer Pflegearbeit im Krimkrieg (1854-56) als
„The Lady with the Lamp“



Wegweisend: Notes on Nursing, what it is and what it is not (1860)

- **Pflege als eigenständiges Versorgungshandeln** (unabhängig/ zusätzlich zu ärztlichem)
- **Vor allem Förderung von Gesundheit, Umgang mit Kranksein,**
- **Vermeidung weiterer negativer Folgen des Krankseins**



- **Hervorhebung der Bedeutung von Hygiene**
- **Nutzung von Statistiken zur Reformierung von Krankenhäusern, vor allem Lazarette und Kasernen**

Zentrale These ist:

GEFLEGT WERDEN ist für die Gesundheit kranker Menschen von größter Bedeutung

und zwar unabhängig von,

aber in Kooperation mit

den Maßnahmen anderer Professionen

PFLEGEN ist vielfältig, anspruchsvoll und erfordert umfassende Kenntnisse.

Sparen an Pflegepersonal stellt eine Gefährdung der Gesundheit der Bevölkerung dar

- **Frau F, 70 Jahre alt, alleine und selbständig lebend, mobil, übergewichtig**
- **Stürzt während Besuch von Tochter**
- **Tochter besteht auf Krankenhausaufnahme wegen starker Schmerzen und offensichtlicher Verwirrtheit**
- **Ambulanz: Keine Fraktur, Prellung und Exsikkose**
- **Stationäre Aufnahme für 2 Nächte: Flüssigkeitssubstitution (Infusionen)**
- **Verdacht auf Demenz, herausforderndes Verhalten: heftige Ablehnung von Unterstützung vor allem beim Trinken, ansonsten Apathie, Inkontinenz**

So weit, so üblich



- **Kurzzeitpflege wird organisiert, weil keine Angehörigen vor Ort**
- **Tochter wundert sich über viel zu weite Kleidung der Mutter**
- **Überleitung: Diagnosen: Exsikkose, Inkontinenz, Verdacht auf Demenz**

Empfohlene Maßnahmen:

- **zum Trinken anhalten**
- **Toilettentraining**
- **Übersiedlung in Altenheim erwägen**



Niemand hatte Zeit, sich mit der „verwirrten“ Patientin zu unterhalten, Niemand hat nach Gründen für ihr Verhalten aus der subjektiven Perspektive der Patientin gesucht.

Keine Zeit, zu viel Arbeit, Personalmangel, „Essen+Trinken“ Aufgabe von Hilfskräften.

Von denen kann nicht erwartet werden:

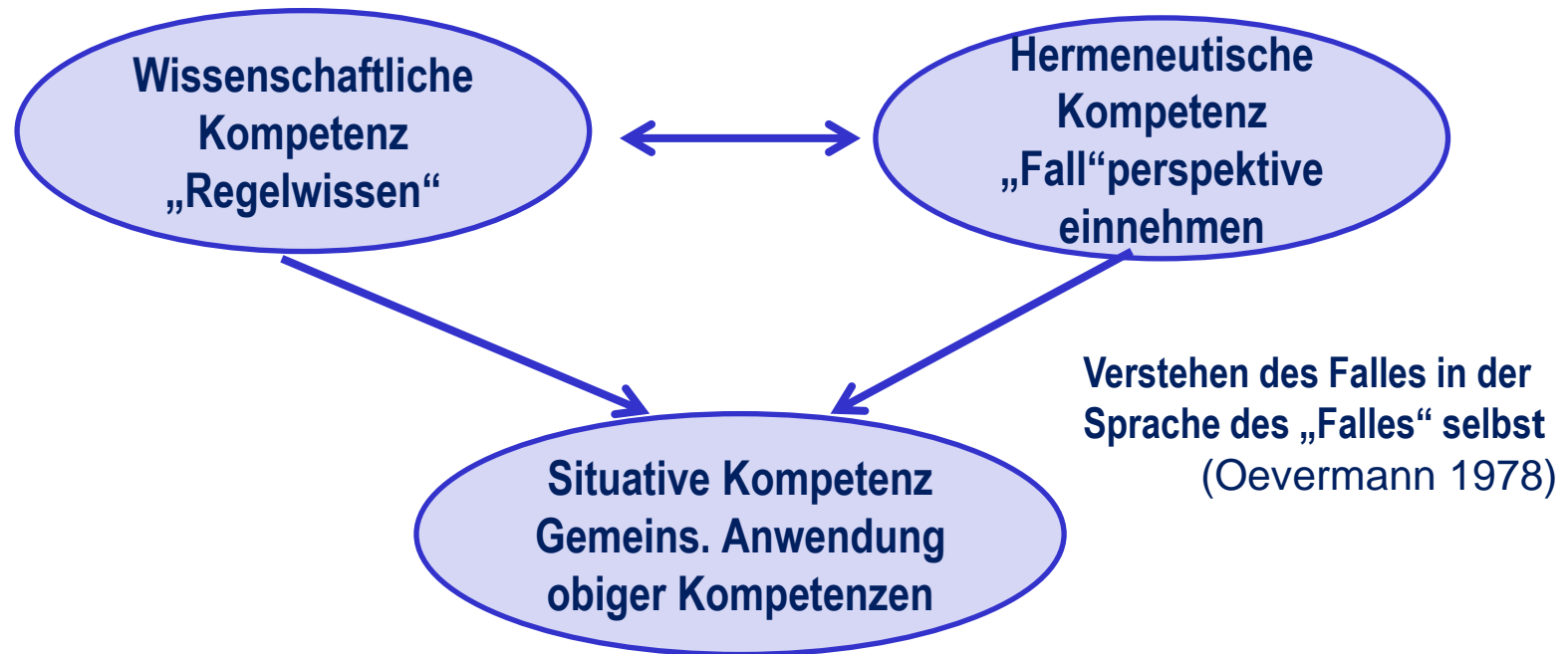
- **Bedeutung von Mangelernährung, Flüssigkeitsverlust zu kennen** (Mangelernährung erhöht Sturzrisiko und hat umfangreiche gesundh. Folgen, Flüssigkeitsverlust =Risiko für Verwirrtheit, Delir)
- **Bedeutung der subjektiven Perspektive der Patientin richtig zu deuten** (Gründe für zu geringe Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme müssen unbedingt erfasst werden)
- **Anzeichen von Schluckstörungen wahrzunehmen, da dazu kenntnisreiche Beobachtung nötig ist** (Vermeidung von Trinken, Husten kann Zeichen einer Aspirationspneumonie sein)



Wahrscheinlich keine Demenz, aber behandlungsbedürftige Dysphagie

- **Sind Gespräche/ Zuwendung „Luxus“ ???**
„nur“ für Wohlbefinden?
- **Ist kompetentes Pflegepersonal „Luxus“?**





EBN (evidence based nursing): „...die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter (Forschung) im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden“

(Behrens, Langer 2006, 27)

Pflege ist vorsorgendes Handeln mit Beratung:

- **Krankenhausaufenthalt hat meist Funktion von Weichenstellung mit erhöhter Komplexität beim Selbstmanagement**
- **Je kürzer der Aufenthalt im Krankenhaus, desto wichtiger Selbstmanagement und lebensweltorientierte Beratung und Anleitung**
- **Die besten Forschungsergebnisse (Evidenz) sind überflüssig, wenn sie nicht in die Lebenswelt der Betroffenen passen**
- **Wichtige Ratschläge, Verordnungen werden nicht umgesetzt (Adherence, Compliance)**
- **Folge: Minderung der Lebensqualität und Steigerung von Kosten**

Coster & Norman 2009; Ory, Smith, Ahn, Jiang, Lorig & Whitelaw 2014



Zusammenhang von Personalausstattung, Pflegebildung mit Krankenhausmortalität innerhalb von 30 Tagen nach „normaler Op“ (Aiken et al. 2014)

Daten aus 9 europäischen Ländern, > 400 000 Patienten \geq 50 Jahre

- **Quantität:** Ein Patient mehr in der Pflege steigert das Mortalitätsrisiko um 7 %
- **Qualität:** 10% mehr Pflegende mit Bachelor-Abschluss senkt Mortalitätsrisiko um 7%

Bachelor-Absolvent. Pfleger : Patienten	30% 1 : 8	60% 1 : 6
Mortalität		- 30 %

Insgesamt: Bestätigung vieler älterer nordamerikanischer Studien



Unterlassene Pflegeaufgaben (implizite Rationierung)
 Angaben > 30 000 Pfleger aus 488 Krankenhäusern
 in 12 Europäischen Ländern

Häufigste unterlassene Aufgaben	% Pfleger Gesamt	D	England	CH
Zuwendung, Patientengespräche	52,6	81	65	51,8
Patienten-, Angehörigenedukation	44	51,3	52,1	30,9
Erstellen von Pflege-, Versorgungsplänen	43,4	55,2	46,5	38,3

(Ausserhofer et al. 2013)

Wichtige vorausschauende Aufgaben werden weggelassen = Patienten werden mit Selbstmanagement, Bewältigung von Krankheit alleine gelassen



Weniger Pflegeaufgaben werden weggelassen bei:

- **Besserer Arbeitsumgebung:**
 - Pflegeinhaltliche Unterstützung durch Management
 - Einbeziehung Pflegenden in Angelegenheiten des Krankenhauses
 - Kollegiale Beziehungen zwischen Pflegenden und Ärzten
 - Förderung von Pflegequalität (eigenes Pflegekonzept)
- **Besserer Pflegepersonalausstattung**
- **Weniger Anforderungen an Erledigung nicht-pflegerischer Aufgaben**
- **Geringerem Burn-Out**

DRG (Diagnosis Related Groups, seit 2004 in D) : **2 entscheidende Fehler – aus Sicht der Pflege**

1. Basis sind ärztliche Diagnosen, mit denen ärztliche Behandlung verbunden wird (Pflege wird natürlich „mitgedacht“).

- **Patienten mit derselben med. Diagnose/ DRG haben unterschiedlichen Pflegeaufwand (Inhomogenität der DRG)** (Baumberger et al. 2014)
- **Ärztliches Handeln gilt als Erlös, pflegerisches als Kosten.**
- **Patienten kämen meist nicht ins Krankenhaus, wenn sie keine Pflege bräuchten**

2. DRG sind Setting spezifisch, obwohl sie Fallspezifität vortäuschen:

- **Anreiz zur kürzesten Verweildauer**
- **Patienten im Durchschnitt immer intensiver krank und pflegebedürftig**

Pflege im Krankenhaus

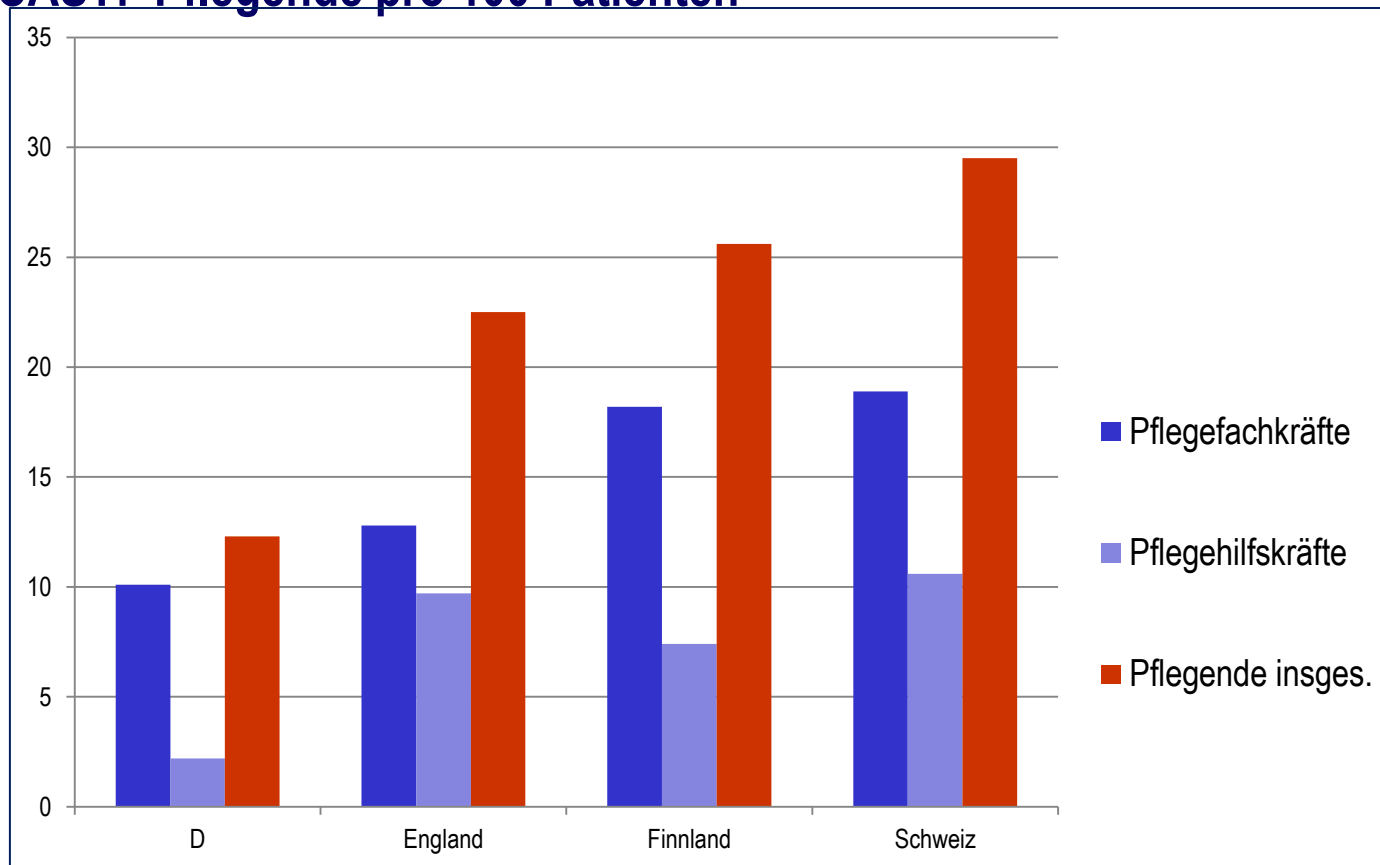
- Stellenabbau 1997 – 2007: ca. 48.000 Pflege-Vollzeitstellen
- Stellenaufbau 2008 – 2013: ca. 11.000 Pflege-Vollzeitstellen

Nicht berücksichtigt wird dabei:

- Zunehmender Anteil von Pat. mit chronischen Krankheiten
- Mehr ältere und multimorbide Patienten
- Entlassung ist NICHT Heilung
- Nach langen Protesten Kompromiss April 2017:
 - Verbesserung der Pflegepersonalsituation auf Intensivstationen und im Nachtdienst (Forderung bereits seit 1993)



RN4CAST: Pflegende pro 100 Patienten



Pflegedienst in Allgemeinkrankenhäusern in D müsste um ca. 100 000 Stellen erhöht werden
(Simon 2015)

Pflege im Altenheim



- Im Gegensatz zum Krhs sichtbar und zentral
- Besteht aus angeblich einfachen Unterstützungsmaßnahmen, meist für Angelernte

z.B. Nahrungsaufnahme

- Wer beurteilt Risiken und sorgt für Schlussfolgerungen?
- Pflegediagnostik: Dysphagie? Demenz?
Mundgesundheit?
Mangelernährung?
- Ernährungsorganisation
- Interdisziplinarität
- Monitoring

Wenn Altenpflege anspruchsvoll ist, warum werden die Qualität und ihre Rahmenbedingungen nicht offensiv eingefordert, z.B. mit DNQP Expertenstandards?
Statt schlechte Bedingungen „irgendwie“ zu ertragen?

Systematisches Review (USA):

- 87 Studien und Regierungsdokumente einbezogen von 1975 – 2003
- Am deutlichsten wirkt sich Personalbesetzung (Pflege) aus auf
 - Dekubitusprävalenz ↓
 - Unbeabsichtigter Gewichtsverlust ↓
 - Funktionale Fähigkeiten (ADL) ↑
- Erfahrene PDL wirkt sich verbessernd auf Folgen von Immobilität aus

(Bostik et al. 2006)

Trotz aller Sonntagsreden wird Altenpflege völlig unterschätzt:

Altenpflege als „Haldenberuf“ (für Frauen, die sonst nirgendwo ankommen)

Quantitativer und qualitativer Mangel an Pflegeressourcen, Strategien:

- **Geringe Bildungsvoraussetzungen**
- **Teilweise: Verweigerung verbesserter Erstausbildung**
- **Hände + Füße statt**
- **Köpfe, die Hände und Füße lenken**

Mit dieser Politik werden gut Qualifizierte vertrieben (Abwärtsspirale)



Pflegeberufegesetz:

- Ausbildung aller Pflegefachberufe neu ordnen
- Gemeinsame Erstausbildung: generalistisch (wie international üblich)

Gremienweg

- Januar 2016 im Kabinettsentwurf
- März 2016 erste Lesung im Bundestag
- Februar 2017: Bundesrat fordert Beschluss in dieser Legislaturperiode
- April 2017: Kompromiss (von wenig kenntnisreichen Abgeordneten)

Gesetzentwurf
der Bundesregierung



Die
Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe
(Pflegeberufereformgesetz – PfIBRefG)

Größter Protest gegen Kabinettsentwurf: bpa (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste: beeinflusst GRÜNE)

VERANTWORTUNG

zu übernehmen, ist ethischer Kern pflegerischen Handelns



muss mit höchster Qualifikation verbunden sein



braucht den Rahmen, der sie ermöglicht

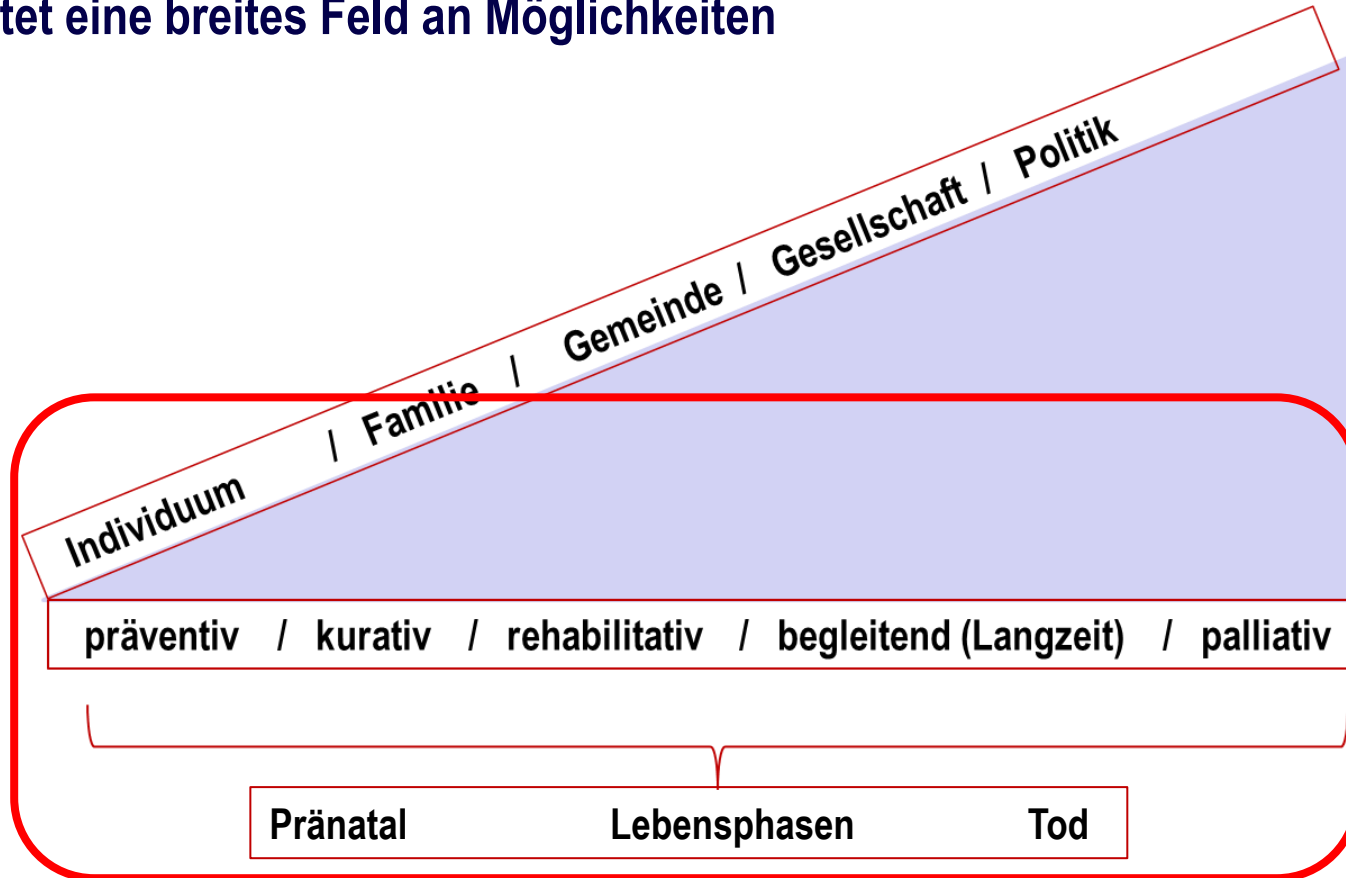


Benötigt Forderung nach professionellem pflegerischem Handeln als wichtiger Teil guter gesundheitlicher Versorgung



erfordert politisches Handeln

**Pflege als Beruf ist für die Gesundheit unserer Gesellschaft unabdingbar wichtig
bietet eine breites Feld an Möglichkeiten**



Der Beruf lohnt sich!

Mögen sich Löhnen und Entlohnern weiter entwickeln!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit