

Lebensqualität und Pflegequalität im Pflegeheim

Bedarf nach Entflechtung

Wer macht was in einem Pflegeheim? Die Rollenaufteilung zwischen Pflegefachleuten und FAGE oder FABE ist nicht immer klar. Im Rahmen eines Projekts wurde eine Entflechtung versucht, in deren Verlauf die Pflegefachleute zu einer Pflegesupportgruppe zusammengefasst wurden.

CHRISTA MONKHOUSE
EVELYN HUBER
INGRID EYERS

UM die Lebensqualität durch Betreuung und Pflege zu verbessern, wurde in einem Pflegeheim in der Schweiz die Betriebsphilosophie der «Eden-Alternative» (vgl. «Krankenpflege» 8/2004) initiiert, geplant und im Jahre 2001 schrittweise eingeführt (Thomas 2003) (siehe Kasten). Im Rahmen dieses Projektes wurden 2005 berufliche

Rollen in der Pflege und Betreuung neu gestaltet und im Jahr 2006 durch zwei Studien evaluiert. Zum einen wurden Betreuerinnen der Heimbewohnerinnen zu Lebensassistentinnen ausgebildet, eine Rolle, welche unter anderen Fachangestellte Gesundheit (FAGE) und Fachangestellte Betreuung (FABE) ausfüllen können. Zum anderen wurden bisherige ausgebildete Pflegefachpersonen zum Pflegesupport gruppiert. Das ist eine neue Rolle, die erfahrene Pflegefachfrauen und in Zukunft

Pflegefachpersonen mit Tertiärausbildung übernehmen können.

Ziel dieses Artikels ist es, das gegenwärtige Arbeitsprofil der Pflege im Pflegeheim darzustellen, den nötigen Rollenwechsel im Bereich Lebens- und Pflegequalität zu begründen und vor diesem Hintergrund das Projekt und dessen Ergebnisse, insbesondere zum Pflegesupport zu präsentieren.

Qualitätsverbesserung

Seit Jahren gibt es Bestrebungen, das Leben alter Menschen in Pflegeheimen besser und angenehmer zu gestalten. Diese Bemühungen werden durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) unterstützt, Pflegequalitätssicherung ist darin vorgeschrieben. Die Umsetzung der Qualitätsverbesserungen findet auf zwei Ebenen statt. Zum einen in der Verbesserung der Pflegequalität, das heisst der Steuerung

des Pflegeprozesses: Interventionen werden nach Erhebung des Pflegebedarfes initiiert und evaluiert. Zum andern wurden Konzepte zur Verbesserung der Lebensqualität erprobt und eingeführt wie etwa Milieu- und Gartengestaltung und die Integration von Tieren. Während dieser Ansatz zweifellos zu Lebensqualitätsverbesserungen für Bewohnerinnen geführt hat, ist die Pflegequalität stärker von der institutionellen Kultur eines Pflegeheimes abhängig. Und diese hat sich in den letzten Jahrzehnten oft wenig verändert.

Heime als Graubereiche

Pflegeheime sind in der Sozialwissenschaft als «Graubereiche» (Stafford 2003) bekannt. Heime präsentieren sich in Leitbil-



Gemäss «Eden»-Philosophie planen die Lebensassistentinnen zusammen mit den Heimbewohnern die Organisation und den Ablauf des Alltags.

Fotos: T. Weis

und neuen Berufsrollen

dern als ein Zuhause für die alten Menschen, in der Realität funktionieren sie aber oft wie eine Klinik. Ein solches Arbeitsumfeld, das Doppelbotschaften sendet, wirkt sich auf die Tätigkeit der Mitarbeitenden belastend aus. Sie erheben einerseits die individuellen Bedürfnisse der Heimbewohnerinnen und -bewohner, sind aber in der Umsetzung von Massnahmen an verschiedenste Routinen des Pflegeheimes gebunden.

Der Begriff Graubereich bezieht sich auch auf die beiden Konzepte der Lebensqualität und der Pflegequalität. Letztere wird oft als angestrebtes «defektfreies» Dasein der Bewohner verstanden (kein Sturz, kein Dekubitus). Dazu werden Standards entwickelt und Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien definiert. Kane (2001) hat aufgrund ihrer Forschungen versucht, Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit zu definieren. Sie summiert unter anderem folgende zentrale Elemente: wertvolle Beziehungen pflegen können, geniessen können, Motivation für das Aufstehen am Morgen haben, sinnvolle Aufgaben übernehmen und die Rolle als alter Mensch wahrnehmen zu können.

Diese kurze Umschreibung weist darauf hin, dass Pflegequalität nicht mit Lebensqualität gleichzusetzen ist. Aber Pflegequalität ist eine unerlässliche Voraussetzung für gute Lebensqualität.

«Omniprofession»

Wegen dieser unscharfen Trennung zwischen Aufgaben im Bereich der Lebens- und Pflegequalität werden Pflegefachpersonen in Pflegeheimen als «Omni- oder Rundumprofession» bezeichnet (Nolan, Davies et al. 2004). Dies verlangt, dass sie Menschen pflegt, Abläufe organisiert, Mitarbeitende beaufsichtigt, Personaleinsätze plant, eine Station führt, Pflegebedarf erhebt, Medikamente richtet und verteilt, die Ärztin bei der Visite begleitet, Lernende ausbildet und insgesamt viel administrative Arbeit wahrnimmt. Dazu kommen Coiffeurtermine, Geburtstagsfeste, Arzttermine für Be-

wohnerinnen und vieles mehr. In der Summe ist dies eine Arbeitslast, die kaum zu bewältigen ist. Die Pflegefachperson wird in diesem Umfeld zur Meisterin im Balancieren von Zeitbudgets (Eyers, 2007). Erhebungen zeigen, dass dabei die Kernaufgabe, nämlich Bewohnerinnen bei ihren Gesundheitsproblemen zu unterstützen, kaum erfüllt werden kann (Milisen, De Geest et al. 2004; Eyers 2007). Im Gegenteil: Pflegefachpersonen mühen sich im Graubereich Pflegeheim mit all ihren Rollenzuschreibungen ab und können am Ende des Tages kaum benennen «warum sie tun, was sie tun» (Wells 2002). Darum beurteilen Pflegefachpersonen im Langzeitbereich ihren Aufgabenbereich oft als wenig wirksam.

Bessere Lebensqualität

Um die Lebensqualität der Bewohnerinnen und die angestrebte Pflegequalität zu verbessern, ist es nötig, die Berufsrollen von Mitarbeitenden im Pflegeheim zu entflechten. Dies ist aus zwei Gründen wichtig. Zum einen werden junge Mitarbeitende rarer, ältere Mitarbeitende hingegen anspruchsvoller, sodass sich Pflegeheime schon bald um Mitarbeitende aller Stufen «raufen» müssen (Milisen, Schuurmans et al. 2006). Zum andern wollen die neue Generation von Heimbewohnern und ihre Familien mehr Selbstbestimmung und Wahlmöglichkeiten. Deshalb müssen sich Pflegeheime auf den eigentlichen Zweck zurückbesinnen, der guten Verknüpfung von Lebens- und Pflegequalität. Bessere Lebensqualität hoch betagter, gesundheitlich eingeschränkter Menschen (und ihrer Angehörigen) ist durch bessere Pflegequalität anzustreben, das heisst durch das Reduzieren negativer Auswirkungen von chronischen und akuten Krankheiten auf die Lebensqualität und das Fördern der Gesundheit.

Insgesamt wurden Pflegefachpersonen in der Unterscheidung der Lebens- und Pflegequalität bisher nicht hinreichend ausgebildet und sind deshalb für

«Eden-Alternative»

So «normal» wie möglich leben

Die Philosophie der Eden-Alternative ist aus der Erkenntnis entstanden, dass in Langzeitinstitutionen Zustände wie Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile omnipräsent sind. Da das normale Leben aus Geben und Nehmen, aus Beziehungen, Spontaneität und Abwechslung besteht, muss dies auch in Heimen möglich sein. Deshalb haben in Heimen, die nach der Eden-Alternative geführt werden, die Bewohnerinnen und Bewohner, ihre Angehörigen und die ihnen nahe stehenden Mitarbeitenden das Sagen. Beziehungspflege, Flexibilität und dezentrale Entscheidungsfindung sind wichtige Elemente, die von allen Mitarbeitenden anerkannt werden. Aufgabe der Leitung ist es, die Rahmenbedingungen für Normalität trotz und mit Krankheit und Behinderung zu schaffen. Das bedingt einen Wandel in den gelebten Werten, organisatorischen Strukturen und Berufsrollen.

die aktuelle Arbeit in Pflegeheimen nicht genügend gerüstet. Diese Problematik spitzt sich umso mehr zu, als die Anforderungen in beiden Bereichen steigen, denn beim Einzug sind Pflegeheimbewohnerinnen heute deutlich fragiler als vor wenigen Jahrzehnten. Sie verfügen aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen, schwierigen sozialen Umständen oder auch als Folge von Unfällen oder Operationen oft über wenig physische, mentale und soziale Ressourcen. Somit sind sie gleichzeitig auf Elemente der Lebens- und der Pflegequalität angewiesen.

Im Bereich Pflegequalität heisst das zum Beispiel, dass die vorausschauende Beurteilung von geriatrischen Problemen wie Mangelernährung, Unter-



Rollenentflechtung im Pflegeheim: Die Pflegefachfrau hat als Pflegesupporterin die Verantwortung und berät bei Bedarf die Lebensassistentinnen.

und Übermedikation, chronischen Schmerzen, Demenz, Delirium, Depression nötig ist. Weil das Pflegefachpersonal auf diese Dimensionen der Pflegequalität unzureichend vorbereitet ist, fehlen entsprechende Pflegemaßnahmen (Bourbonniere and Evans 2002; Milisen, De Geest et al. 2004), was bedauerlich ist, denn viele der obigen Probleme können verhindert, gemildert oder verlangsamt werden. Selbst wenn sie für diese Aufgaben geschult wären, so hätten sie im Alltag kaum Zeit dafür, weil sie anderweitig ausgelastet sind.

Unter- oder überversorgt

Als Folge davon sind Heimbewohner beispielsweise mit hilfreichen Medikamenten gegen Schmerz, Depression oder Herz-Kreislaufprobleme unterversorgt (Kayser-Jones 2003). Überversorgt sind sie nicht selten mit nicht indizierten Medikamenten wie Antipsychotika oder Sedativa (Wessalowski 2007). Die mangelnde Rollenentflechtung führt denn auch oft dazu, dass niemand an die Hörgeräte denkt, die in Nachttischschubladen liegen.

Vor diesem Hintergrund wurde in einem Pilotprojekt in einem Pflegeheim versucht, die verschiedenen Qualitäts-

dimensionen einerseits und die beruflichen Rollen andererseits zu entflechten. Damit einher geht die Verankerung der «Eden-Philosophie», um damit auf der Ebene der Betriebskultur weitere Verbesserungen erreichen zu können. Im folgenden Abschnitt liegt der Fokus auf den neuen Berufsrollen der Lebensassistentin und der Pflegesupporterin.

Neue Berufsgruppe

In neu geschaffenen kleineren Wohneinheiten mit eigenem Eingang und eigener Hausglocke werden die Bewohner durch die neu geschaffene Berufsgruppe der Lebensassistentinnen (LA) betreut. Diese Rolle umfasst das, was pflegende Angehörige zu Hause machen, das heißt, die LA führen alle jene Tätigkeiten gemeinsam oder stellvertretend aus, die ein Bewohner gerne machen würde, aber nicht mehr selber kann. Sie werden somit neben der Familie zu den nächsten «Angehörigen» der Pflegeheimbewohner.

Die Tätigkeiten der LA entwickelten sich aus dem Rollenprofil der Mitarbeitenden der Pflegeassistent, Pflegehilfen und Mitarbeiterinnen im Hotelbereich. Das heißt, die Lebensassistentinnen übernehmen Tätigkeiten, die von der

Körperpflege bis zum Gassi-Gehen mit dem Hund reichen. Die Organisation und der Ablauf des Alltages liegen ganz in der Hand der Bewohner und der LA, sie kennen einander, was den Alltag viel einfacher macht. Es wird im Arbeitsplan darauf geachtet, dass die gleichen LA nach Möglichkeit für die gleichen Bewohner zuständig sind.

Diese neu geschaffene Rolle erforderte eine Weiterbildung. Während rund 400 Stunden im Bereich Lebensqualität und in der Durchführung von praktischer Pflege wurden die interessierten Mitarbeiterinnen berufsbegleitend geschult und erhielten nach einer Abschlussprüfung ein Attest, was bereits zwei Absolventinnen den Weg zu einer verkürzten FaBe-Ausbildung ebnete.

Um Gesundheit kümmern

Die Entflechtung der Kompetenzen im Bereich Lebensqualität und Pflegequalität ermöglichte den diplomierten Pflegefachpersonen, sich vermehrt um die Gesundheitsbelange der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen zu kümmern. Sie fokussieren ihre Arbeit nach gründlicher Schulung und Praxisbegleitung auf Themen wie Nachlassen von Hören und Sehen, chronische Schmerzen, Medikamentenscreening, Sexualität im hohen Alter, Demenz, Delir oder Inkontinenz. Das vermittelte Wissen baute auf der bisherigen Berufspraxis und dem Wissen der Pflegefachfrauen auf. Neu entwickelt wurden auch eine pflegerische Sprechstunde, Schulungsangebote in Gruppen für die Bewohnerinnen und Bewohner, zum Beispiel im «Umgang mit demenzbetroffenen Mitbewohnern» oder in «Sturzprävention». Diese wurden von den Heimbewohnern gerne angenommen.

Die Alltagspraxis

Die Veränderungen der neuen Berufsrollen werden im Alltag so umgesetzt, dass pro Schicht mindestens eine Pflegefachperson anwesend ist. Sie berät Bewohner im Umgang mit Gesundheitsproblemen wie Schlaflosigkeit, Schwindel, Verstimmung oder Schmerzen. Sie benützt dazu geeignete Erhebungsinstrumente und geht mit den betroffenen Personen den Ursachen nach. Daraus ergeben sich Empfehlungen zum Umgang damit. Pflegesupport beinhaltet

auch Gesundheitsvorsorge und Prävention, zum Beispiel bei der Reduktion von unnötigen Medikamenten in direkter Zusammenarbeit mit Ärztinnen oder dem Festlegen von Massnahmen bei Problemen wie hohem Blutdruck oder Gewichtsverlust. Bewohner und Bewohnerinnen schätzen es, ihre vielfältigen gesundheitlichen Beschwerden mit einer kompetenten Fachperson vertraulich besprechen zu können.

Die Pflegesupporterin berät bei Bedarf die LA, damit diese sich in der Ausübung der täglichen Pflege sicher fühlen kann.

Evaluation

Ein Jahr nach der Einführung der neuen Berufsrollen wurden die sechs Pflegesupporterinnen von der Erstautorin im Rahmen ihrer Masterarbeit zu ihrer neuen Rolle interviewt. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse wurde ersichtlich, dass die Pflegefachfrauen erst durch die «Brille» der neuen Rolle ihre alte Berufsrolle definieren konnten. Insbesondere äusserten sie, dass sie in der früheren Rolle mit dem Gefühl gearbeitet hatten, für alle Tätigkeiten im Heim verantwortlich zu sein. Zudem hatten sie auf Vorfälle und Anfragen nur reagiert, aber kaum pro-aktiv Gesundheitsbeschwerden angesprochen oder Prävention betrieben. Ihr Handeln war von Versuch und Irrtum geleitet. Und wenn sie an Grenzen stiessen, die durch dieses Handlungsmuster hervorgerufen wurden, erwarteten sie oft von der Ärztin, dass diese das Problem löst.

Bessere Zusammenarbeit

Die neue Rolle beinhaltet ebenfalls – so ein Zitat – das «Nachdenken und Beurteilen von Situationen vor dem Handeln». Das schliesst systematisches Sammeln von Informationen, das Verwenden von Assessment-Instrumenten, aktives Vorsehen von möglichen Verläufen, Zusammenarbeit mit den Bewohnern, Angehörigen und der Lebensassistentin mit ein. Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten verbesserte sich nach den Aussagen der Pflegesupporterinnen erheblich, indem sie präziser über aktuelle Gesundheitsprobleme Auskunft geben können und vermehrt die Zusammenarbeit suchten. Insgesamt stiegen, wie die Studie zeigte, beim ausgebildeten Pflegepersonal die Berufszufriedenheit, das

Sinn-Sehen in der Arbeit, das Kompetenzgefühl und die Beurteilung der Wichtigkeit der geklärten Berufsrolle für die Gesundheit der Bewohner.

Dadurch sehen sie einen Sinn und eine Herausforderung in ihrer Aufgabe. Die Pflegefachfrauen haben durch die neue Rolle und ihre inhaltliche Vorbereitung darauf einen klaren Wandel vom «Tun und Reagieren» zu einer «beratenden Rolle und zu vermehrter intellektueller Tätigkeit» durchlaufen. Das Pflegesupporterteam hat immer wieder den Rat der Erstautorin als Pflegeexpertin eingeholt, um jeweils ganz sicher zu gehen, dass es auf dem richtigen Weg ist. Indirekt weist die Evaluationsstudie auch auf die Unerlässlichkeit einer auf Masterstufe ausgebildeten Pflegefachfrau als Rollenvorbild hin, welche die neue Rolle in einem Vierzig-Prozent-Pensum kreiert und begleitet hatte.

Wertebasis definieren

Die Evaluation des Projektes weist darauf hin, dass dieses Modell, basierend auf dem Normalitätsprinzip und untermauert von humanistischen Werten der «Eden-Alternative» im beschriebenen Pflegeheim nicht nur für die Pflegesupporterinnen, sondern auch für die Bewohner und Bewohnerinnen positiv war. Sie machten bei den Befragungen durch die Zweitautorin klar, dass sie ein vermehrtes Gefühl von Privatsphäre, Grundsicherheit/Vertrauen, sinnvoller Betätigung und Beziehungsgestaltung empfinden. Auch das Konzept der Lebensassistentinnen und die Schulung dazu haben sich gemäss Evaluation und Praxiserfahrungen bewährt.

Damit die Umstellung zu diesem neuen Modell gelingt, muss die Führung die Wertebasis klar definieren: ist das Heim ein Zuhause? Oder soll es als klinikähnliches Gebilde geführt werden, in dem pflegerische Abläufe im Vordergrund stehen? Versteht sich ein Pflegeheim als Zuhause, dann müssen neben dem Wertesystem und der Organisation auch die Berufsrollen entflochten und neu definiert werden.

Es scheint, dass viele Pflegeheime sich in Zukunft klar als das Zuhause der Bewohner definieren werden. Beim Neugestalten der Berufsrollen kann die Erfahrung dieses Projektes hilfreich sein. □



Die Lebensassistentin übernimmt auch Arbeiten in der Küche.

Christa Monkhouse, Pflegefachfrau, MSc «Care of the Older Person», Doktorandin an der Fakultät für Health and Medical Sciences, University of Surrey, England, Europäische Koordinatorin für die Eden-Alternative. Die Evaluation des Pflegesupportes wurde im Rahmen ihrer Masterarbeit durchgeführt.

Kontakt: monkhouse@eden-europe.net

Evelyn Huber, Pflegefachfrau, MNS Pflegewissenschaft, Koordinatorin Kompetenzzentrum für die Begleitung, Betreuung und Pflege älterer Menschen der Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule, Zollikerberg. Sie war freie wissenschaftliche Mitarbeiterin des Pilot-Pflegeheimes und führte die Gesamtevaluation des vorgestellten Projektes durch. Kontakt: evelyn.huber@diakoniewerk-neumuenster.ch

Dr. Ingrid Eysers, RGN MSc Gerontology: Policy Care and Practice, FHEA, PhD, Dozentin, hat einen Lehrauftrag an der Universität von Surrey, England. Kontakt: i.eysers@surrey.ac.uk

I. Bischofberger, Msc, MSN, Dr. (des.) WE'G Aarau. hat den Artikel gegengelesen und hilfreiche Vorschläge zur Verständlichkeit angebracht.

Weitere Informationen unter:
<http://www.eclicence.eu/index.php?id=6>
 und: www.eden-europe.net

Die Literaturliste kann bei Christa Monkhouse bezogen werden.

www.sbk-asi.ch

- Langzeitpflege
- Eden-Alternative
- Pflegequalität