

## Urteile von sensibilisierten Mitarbeitenden

Auch in diesen Mitteilungen wird wieder von psychischen Erkrankungen geschrieben. Ich hoffe auf Ihr Einverständnis, dass es des Schreibens Wert war; ich zähle auf Ihre Mahnrufe, wenn Anderes aufgearbeitet werden soll.

Bei all der Argumente im Feld von Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Qualitätsförderung, Indikatoren, Evaluation, Teamentwicklung usw. darf *unter keinen Umständen* untergehen, dass die primäre Herausforderung in unseren Heimen darin besteht, den Betagten gute Monate, gute Jahre zu ermöglichen: Einen gewichtigen Schlussakkord zum *satten Leben* mitzuorchestrieren und beim guten Sterben zu unterstützen.

Qualitätssicherung, so wie man dies in einigen Kantonen inszeniert und auf eidg. Ebene (nota bene: mit Unwissen von Curaviva veredelt) zu realisieren trachtet, zielt exklusive auf somatische und psychische Manifestationen. Dies ist prima vista nachvollziehbar. Gegen Mangelernährung müssen Vorkehren existieren. Schmerzen sind kunstgerecht anzugehen; Manifestationen von potenziellen Depressionen ist Aufmerksamkeit zu schenken usw., usf.

Bei Indikatoren wird man aber keine Hinweise finden auf „Freude empfunden haben“, „Anerkennung erfahren“, „Lachen“, „etwas stolz gemacht“, „Sicherheit – im weitesten Ausmass – gefunden haben“. „Ich bin verstanden worden“, „Sie war interessiert“, „mir ist wieder wohl geworden“ sind während der langen Tage für manche Bewohnerinnen von erheblicher Bedeutung.

Wenn ich Bewohnerinnen um ein Urteil über Mitarbeiterinnen („die Schwestern“) frage, kommen am häufigsten Variationen zu „die sind lieb“, „sehr gut“, „da kann nichts Schlechtes gesagt werden“. Nachfragen führen selten zu differenzierten Hinweisen. Im Übrigen wird auch bei den seltenen Negativa nicht eine facettenreiche Antwort geboten. Hier bezieht man sich (unseren Erfahrungen nach) dann eher auf einzelne Mitarbeiterinnen. In Erinnerung sind mir „Sie ist mürisch“, „nicht gerade freundlich“. Und verallgemeinernd: „Man muss lange warten.“

Um Differenzierungen zu gewinnen, müsste methodisch anders vorgegangen werden. Wird ein Arbeiten daran gewünscht, werde ich mich darum kümmern. (Da nun zwei Tage für teilnehmende Beobachtung eingesetzt werden, ist ein Austesten von Ansätzen eher möglich.)

Allerdings muss klar sein, dass nur ein Teil der Bewohnerinnen in solche „Beurteilungen“ (Anführungszeichen beachten!) einbezogen werden können. Manche Bewohnerinnen sind sich nicht gewohnt, wortreich über Positiva zu reden. Dies erfahren Sie zum Beispiel bei der Nachfrage zur Feststellung einer verwitweten Bewohnerin, welche Ihren guten (verstorbenen) Mann lobt. In aller Regel resultieren nicht viele Merkmale, welche helfen „guter Mann“ zu verstehen.

Am wichtigsten um in Erfahrung zu bringen, ob Bewohnerinnen einen guten Tag, gute Monate im Heim erleben, sind nicht ausgefeilte methodische Ansätze. Am wichtigsten ist das Gewinnen von Urteilen durch sensibilisierte Mitarbeiterinnen, die in Bewohnerinnen hineinhören können – auch um zu erfahren, was nicht gut war, wo Veränderungen durch Mitarbeitende angezeigt

sind. Fast täglich Hineinhören, Reflektieren, Dazulernen und mit Kolleginnen das vorkehren, was für jede einzelne Persönlichkeit kunstgerecht erscheint.

Damit kein Missverständnis aufkommt: Ohne Zweifel haben unter allen Werten, welche zum guten Leben im Heim beitragen, die mit der Gesundheit verbundenen, einen hohen Stellenwert. Wer starke Schmerzen hat, wird in Manchem davon dominiert; bei Depressiven ist es (anfänglich) fast ausgeschlossen, Freude bereiten zu wollen; wer sich wegen eines Sturzes für längere Zeit nicht mehr so wie früher bewegen kann, erleidet Nachteile auch in der Erlebniswelt usw.

Aber für eine grössere Zahl von Bewohnerinnen kann Unterstützung zum satten Leben sich nicht in der mandatierten Behebung somatischer und psychischer Probleme erschöpfen. Es ist Mehr gefragt, und dieses Mehr lässt sich für Indikatorengläubige kaum erfassen (oder: nicht mit den von der Qualitätslehre propagierten Ansätzen einigermaßen fair messen).

Die Qualitätsbewegung hat seit gut 25 Jahren in der gesamten Medizin zunehmend an Platz gewonnen. Dabei werden aber nur Ausschnitte aus der Somatik und der Psychiatrie zu analysieren getrachtet (und dies in den USA - die hier eben auch Akzente für andere setzten – mit riesigem finanziellen Aufwand). Oft sind diagnostisches§ Abklären und die Diagnosestellung nicht erfasst. Sie nehmen sich für „flächendeckende“ Erhebungen zu komplex aus.

Auf das Moment der Komplexität treffen wir in Heimen bei einer grösseren Gruppe demenziell Erkrankter. Zwar können manche Mitarbeiterinnen klären, ob es einem spezifischen Bewohner zu einem bestimmten Zeitpunkt gut geht. Aber ob er/sie ein „sattes Leben“ erfährt, dürfte öfters verschlossen bleiben.

Noch einmal: Diese Bewohner haben ein nie einzuschränkendes Recht auf das Bannen von Beeinträchtigungen und Bestrebungen, einen besseren gesundheitlichen Status wieder zu erreichen. Aber um gut in einem Heim zu leben, braucht es noch anderes. Während für Elemente der medizinischen Versorgung Einsparungen mit qualitativ gutem Handeln (d.h. kunstgerechtes Vorgehen) erreicht werden können, geht es in Pflegeheimen in sehr beachtlichem Ausmass um Zeit. Zeit bedeutet aber zumeist Personalaufwand – und dieser hat Kosten zur Folge.

Schon vor mehr als einer Dekade hat J.F. Schnelle nachgewiesen, dass das getreuliche Befolgen der wissenschaftlich fundierten Leitlinien zur Bekämpfung der Inkontinenz in einem Durchschnittsheim 2% mehr Personalaufwand erfordern würde. Wie viel mehr Aufwand resultieren aus substanziellen Beiträgen zu einem satten Leben?

\* \* \*

Ich betrachte es als schwierig, gegen die Bestrebungen zu einer gesamtschweizerischen „Qualitätsmessung“ über Indikatoren anzutreten, *wenn* dem Verband Sachverstand zur Argumentation fehlt. Bill Spector (nach meinem Dafürhalten der immer noch beste Kenner der Fachliteratur über Nursing Homes) und Dana Mukamel (die für mich überzeugendste Forscherin zum sog. Risk-Adjustment für Heime) haben in einem umfangreicheren Aufsatz 1998 dargelegt, dass von auf einzelne Heime bezogenen Qualitätsindikatoren kein Weg zu einigermaßen dauerhaften Qualitätsverbesserungen führt.

## Veränderungen an RAI auch für BESA-Benutzer von Interesse

Im vergangenen Herbst war ich zur Präsentation der gesamtrevidierten Ausgabe des Minimum Data Sets (MDS) in ein Pflegeheim von Washington, DC, eingeladen. Der MDS bildet das Zentrum des umfassenderen RAI. Es soll die Pflegenden über dieses pflegerische Assessment in der Beachtung der relevanten Faktoren unterstützen. Auf der Basis der MDS-Informationen werden Qualitätsindikatoren gebildet. Damit ist angezeigt, dass für die laufenden Bestrebungen zur Einführung von „Qualitäts“indikatoren auf eidg. Ebene einige Brisanz vorliegt.

Hier wird aus drei Gründen knapp auf ausgewählte Aspekte aufmerksam gemacht: 1. Auch jene Heime, welche mit BESA arbeiten, werden in der Deutschschweiz über die Zeit von den Veränderungen im MDS betroffen. 2. Eine einigermaßen den Grundlagen nach seriöse Qualitätsbeurteilung auf eidg. Ebene (sie bleibt dem Ansatz nach so oder so untauglich) muss sich mit dem MDS 3.0 auseinandersetzen. 3. Unser Kollegium erhält Bestätigung für das Gewicht, welches wir in den vergangenen Jahren auf gerontopsychiatrische Manifestationen legten.

Im Folgenden wird nur eine Auswahl von substanzielleren Änderungen angetippt werden. In der Fachliteratur wurde öfters darauf verwiesen, dass der MDS nicht dafür taugt, Depressionen zu erfassen. Um sich Depressionen anzunähern (nicht „zu diagnostizieren“), wird der Patient Health Questionnaire (PHQ) eingesetzt. Er ist mit seinen neun Fragen nicht substanziell unterschiedlich von der vom Kollegium empfohlenen Geriatric Depression Scale (siehe im Intranet bei Instrumente).

Aber nach Austesten zeigte sich, dass man mit den Fragen des PHQ leichter Verständnis bei Bewohnerinnen findet. Zu dieser Vorgehensweise des fundierten und intensiven wissenschaftlichen Suchens kann ich nur Chapeau sagen (allerdings: das Suchen dauerte über alle Veränderungen hin sechs Jahre!).

Mit MDS 3.0 wird konsequent angestrebt, das Urteil (in der direkten Befragung) der Bewohnerinnen einzuholen. Damit war es folgerichtig, bei der Konstruktion dem Moment der Verständlichkeit hohes Gewicht beizumessen.

Dies galt auch bei der Erhebung von Schmerzen. Man beschränkt sich auf die vergangenen 7 Tage und bei dem Urteil über das Ausmass der Schmerzen werden zwei Skalen zugelassen, die numerische 0 – 10 und vier unterschiedliche verbale Äusserungen.

Zur Bestimmung des Delirs wird CAM verwendet (siehe Intranet unter Referate Die drei „D“. Herr Dr. Moreau hat sehr Lesenswertes präsentiert). Dieses Instrument ist in der Fachwelt unbestritten. Nicht zuletzt wegen der hohen Rate der Inzidenz bei Betagten in Spitälern bin ich froh, dass bei diesem Phänomen neu nun insistiert wird.

Weil MDS 3.0 so viel Gewicht auf die Erhebung zusammen mit der Bewohnerin legt, stellt sich die Frage nach kognitiven Beeinträchtigungen massiv. Ohne hier den Weg zu dieser Etikettierung schon zu skizzieren, wird auf das zugrunde liegende Brief Interview for Mental Status aufmerksam gemacht (mit dem Namen kann der Erhebungsbogen leicht gegooglet werden.)

Ich betrachte es wieder als gewaltigen Vorteil, dass auch dieses Instrument sehr intensiv getestet wurde. Es hindert mich aber nicht an der Befürchtung, dass zu oft auf Demenz geschlossen werden könnte. Wenn „severe impairment“ auskristallisiert wird, dürfte diese mit grosser Sicherheit vorhanden sein. Bedenken habe ich gegenüber der mittleren der drei Kategorien „moderate impairment“.

Bei der Q-Star-Beurteilung fragen wir das Auskünfte erteilende Kader oft nach der Zahl demenziell Erkrankter im betreffenden Heim. Es wäre spannend, den BIMS einzusetzen und mit den vom Kader erwähnten Werten zu vergleichen. Soweit ich in der Forschung sehe, wurde dies nicht geleistet.

Es wurden noch weitere rund vierzig Veränderungen an dem bis anhin gängigen MDS vorgenommen. Sie reichen von scheinbar redaktionellen Anpassungen (z.B. bei Stürzen), Ergänzungen (z.B. Antikoagulantien in den letzten 7 Tagen) zu kleineren Einfügungen usw. Immer aber wurde Anderes sorgfältig ausgetestet – eben dies hat mir (es wurde schon notiert) imponiert. Imponiert haben mir auch die Instruktionfilme.

#### Warum sollte Amerikanisches auch BESA-Benützer interessieren?

Hier wird nicht über BESA (oder Plaisir in der Westschweiz) geurteilt. Es steht aber mit Sicherheit fest, dass a) BESA mit Veränderungen bei RAI immer nachziehen muss, wenn es „gleichwertig“ wie RAI erscheinen möchte. b) Aus BESA hat bis jetzt keine wissenschaftliche Analyse resultiert (d.h. kein Beitrag in einer renommierten Fachzeitschrift).

Wenn Elemente von RAI, BESA und Plaisir zur Basis für die auf Bundesebene verbindliche Erhebung von Indikatoren bilden sollen, muss BESA – auf irgendeine Art und Weise – nachziehen ... und RAI resp. Q-System muss in neuer Ausgabe hier in der Schweiz verbreitet werden.

Es darf doch nicht sein, dass an Indikatoren gewerkelt wird, ohne dass die Forschung berücksichtigt wird. Also zum Beispiel Depressionen bei der Indikatorenbildung überhaupt nicht berücksichtigen? Das läuft darauf hinaus, dass leichter zu erfassende Elemente (z.B. Inkontinenz) berücksichtigt werden, und Herausforderungen (insbesondere im weiteren Rahmen demenzieller Erkrankungen) aus dem Weg gegangen wird.

Nachzutragen gilt es noch Folgendes: An der erwähnten Präsentation wurde behauptet, dass das Ausfüllen von MDS 3.0 30% weniger Zeit beanspruche. An diesem Wert wurde auch auf Nachfrage hin festgehalten. Schön wäre es.

\* \* \*

Der Vorstand hat unter Würdigung der starken zeitlichen Belastung von Heimkadern Hemmungen, im Juni einen Workshop anzusetzen. Wenn aber genügend Wünsche für die Traktandierung von Herausforderungen für eine Behandlung im Workshop bei mir eintreffen, so wird selbstverständlich zusätzlich zur Tagung ein Workshop in Bearbeitung genommen werden.

*Und wieder einmal soll der Zugang zum Intranet (nach [www.kollegium-qualitaet.ch](http://www.kollegium-qualitaet.ch)) aufgeführt sein: Nach login (oben rechts) Username: Mitglieder; Password: Kfq07*