



universität
wien

WENN DIE ZEIT NICHT REICHT

Auswirkungen der Ökonomisierung im Gesundheitswesen
aus Sicht der Pflege

Medizin und Ökonomie – ein Tabu?
Öffentliche Sitzung der Bioethikkommission

MAG. DR. BERTA SCHREMS, PRIV. DOZ.
Institut für Pflegewissenschaft

Wien, 5. Oktober 2015

WENN DIE ZEIT NICHT REICHT

Herr A ist während der Nacht unruhig, muss häufig zur Toilette. Die Pflegeperson ist alleine im Nachtdienst, hat 30 Patient(inn)en zu betreuen und keine Zeit, Herrn A jedes Mal zu begleiten. Herr A steht alleine auf, stürzt und zieht sich leichte Prellungen zu. Er wird mit Inkontinenzmaterialien versorgt.

Frau B ist 95 Jahre alt, sehr schwach, sie möchte nicht essen und lehnt die Medikamenteneinnahme ab. Um Zeit zu sparen wird Frau A gegen ihren Willen das Essen eingegeben, die Medikamente werden in das Essen geschmuggelt. Am Ende erbricht die Patientin das Essen samt Medikamente.

Herr C ist auf Grund eines multiresistenten Keimes isoliert. Jede Pflegehandlung ist mit einem zeitaufwändigen Schutzprocedere verbunden. Diese Zeit ist nicht vorhanden, die Pflegehandlungen und Kontakte werden auf das Notwendigste reduziert, Schutzmaßnahmen missachtet.

Frau D erhält die Diagnose Diabetes Mellitus und soll im Selbstmanagement geschult werden. Ein Bett wird dringend benötigt, Frau D wird unerwartet entlassen, es bleibt nicht genügend Zeit für die Anleitung. Drei Tage später wird Frau D von der Rettung in einem bewusstseinsgetrübten Zustand eingeliefert.

WENN DIE ZEIT NICHT REICHT

MAG. DR. BERTA SCHREMS

UNIVERSITÄT WIEN
INSTITUT FÜR
PFLEGEWISSENSCHAFT

ÖFFENTLICHE SITZUNG
DER BIOETHIKKOMMISSION

05. OKTOBER 2015

ÖKONOMIE – EIN TABU FÜR DIE PFLEGE?

Knappe Güter verlangen eine effiziente Verwendung und einen wirksamen Einsatz von Ressourcen.

↘ Ökonomie, in der ursprünglichen Wortbedeutung (*Oikonomia* = Haushalt/Haushaltsführung) und im Sinne der Wirtschaftlichkeit, ist kein Tabu für die Pflege, ...

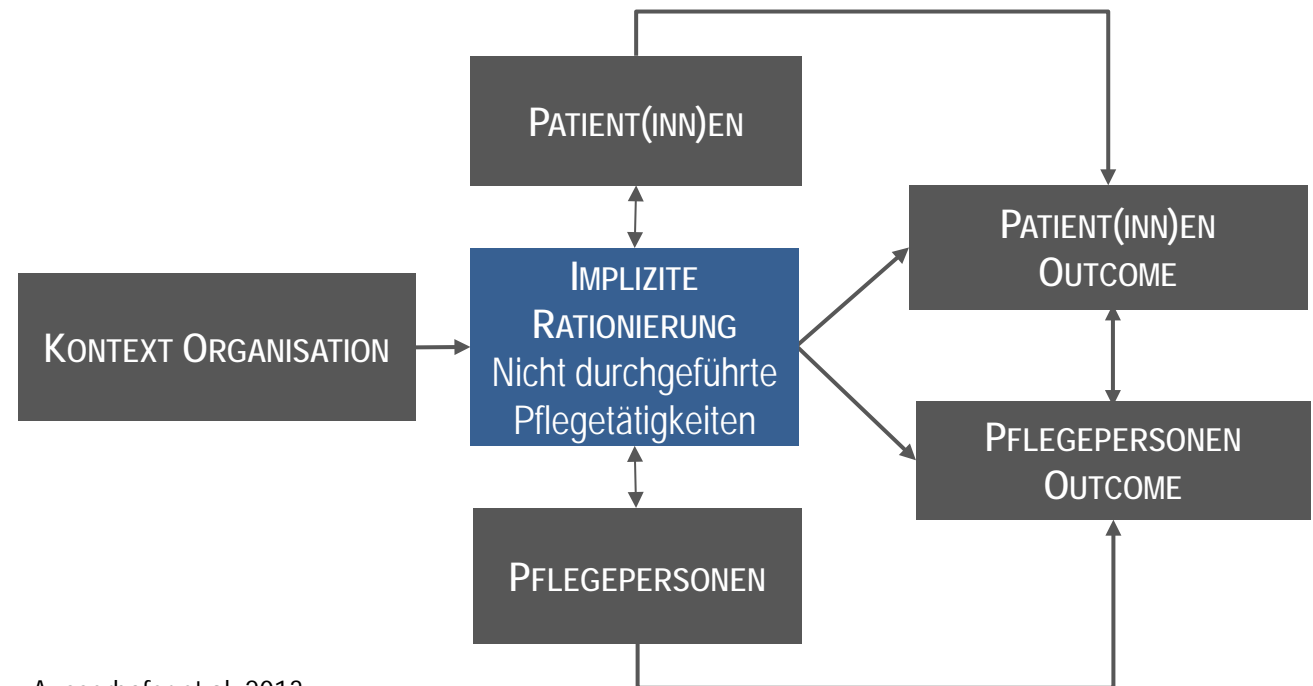
... aber sie hat ihre Grenzen,

- wenn professionelles Handeln durch wirtschaftliche Kalküle und Ziele überschrieben wird und dadurch
- notwendige Leistungen ohne fachlich fundierte Priorisierung vorenthalten werden müssen (Mack 2001).

↘ Implizite Rationierung in der Pflege ist eine Tatsache.

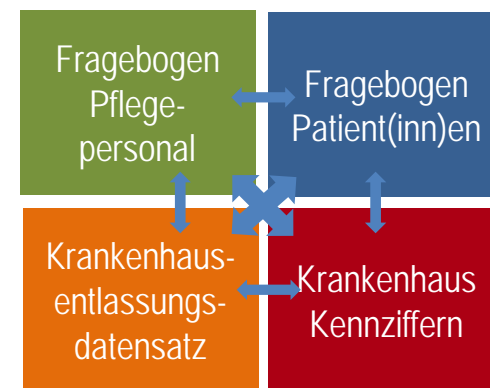
IMPLIZITE RATIONIERUNG IN DER PFLEGE

Von Pflegefachpersonen berichtete Anzahl nicht durchgeführter notwendiger pflegerischer Maßnahmen bei Patient(inn)en aufgrund eines Mangels an zeitlichen, fachlichen oder personellen Ressourcen.



Ausserhofer et al. 2013

Vergleich von Prävalenzen und Muster impliziter Rationierung im Abgleich mit Arbeitsumgebungs-, Personal- und Organisationsaspekten.



DATENGRUNDLAGE

33 659 Pflegepersonen, 488 Krankenhäuser, 12 europäische Länder

- **PFLEGEPERSONEN** Arbeitsumgebung, Qualität / Sicherheit, berufsfremde Tätigkeiten, Sozialdaten, Bildung, Berufsjahre, ...
- **PATIENT(INN)EN** Umgang mit Pflege- und medizinischem Personal, Krankenhausumgebung, Schmerzmanagement, Informationsfluss, ...
- **KRANKENHAUSENTLASSUNGSDATENSATZ** medizinischen Diagnosen & Interventionen, Verweildauer, Entlassungszustand, Mortalität, failure-to-rescue-Sterbefälle, negative Vorkommnisse, ...
- **KRANKENHAUSKENNZIFFERN** Rechtsform, Patientenkenzziffern, Größe / Anzahl der Betten, Fluktuation, Organisations- und Personalmanagement

NIHT
DURCHGEFÜHRTE
TÄTIGKEITEN

RN4CAST - AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE	Gesamt	D	CH	NL
1. Zeit für Zuwendung/ Patientengespräche	52.6	81.0	51.8	44.6
2. Entwicklung/Aktualisierung Pflegeplan	41.7	55.2	38.3	37.8
3. Beratung/Anleitung – Patient/Angehörige	40.6	51.3	30.9	25.7
4. Mundpflege	34.4	30.2	24.1	23.9
5. Adäquate Pflegedokumentation	27.5	40.7	19.4	17.9
6. Adäquate Patientenüberwachung	27.2	37.7	16.3	21.4
7. Pflegeplanung	25.8	43.7	19.2	13.7
8. Regelmäßiger Positionswechsel	24.7	22.4	18.0	16.9
9. Hautpflege	24.5	28.5	16.4	17.8
10. Entlassungsvorbereitung - Patient/Familie	22.4	23.5	16.4	16.7
11. Pünktliche Medikamentenausgabe	19.4	20.2	15.3	17.2
12. Schmerzmanagement	10.0	19.7	8.3	11.1
13. Behandlungen und Prozeduren	9.2	14.2	2.8	10.2

WENN DIE ZEIT NICHT REICHT

MAG. DR. BERTA SCHREMS

UNIVERSITÄT WIEN
INSTITUT FÜR
PFLEGEWISSENSCHAFT

ÖFFENTLICHE SITZUNG
DER BIOETHIKKOMMISSION

05. OKTOBER 2015

Ausserhofer et al. 2013

MENSCHEN NACH CHIRURGISCHEN EINGRIFFEN MIT CO-MORBIDITÄTEN

Hoher Workload und niederes Ausbildungsniveau erhöhen die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Aufnahme zu versterben.

“An increase in a nurses’ workload by one patient increased the likelihood of an inpatient dying within 30 days of admission by 7% (odds ratio 1.068, 95% CI 1.031–1.106), and every 10% increase in bachelor’s degree nurses was associated with a decrease in this likelihood by 7% (0.929, 0.886–0.973).

These associations imply that patients in hospitals in which 60% of nurses had bachelor’s degrees and nurses cared for an average of six patients would have almost 30% lower mortality than patients in hospitals in which only 30% of nurses had bachelor’s degrees and nurses cared for an average of eight patients.” (Aiken et al 2014)

MENSCHEN MIT KOGNITIVEN EINSCHRÄNKUNGEN

Die Schnelllebigkeit in Krankenhäuser ist für Menschen mit kognitiven Einschränkungen eine besondere Herausforderung.

- Routine und Standardisierung lassen wenig Raum für Individualität → ein personenzentrierter Ansatz ist nicht möglich.
 - Bedürfnisse und Empfindungen können nicht erfasst bzw. kommuniziert werden → der Pflegeprozess richtet sich auf das Sichtbare.
 - Risiken wie z.B. Medikamentenfehler, Dekubitus, Sturz, Infektionen werden unzureichend erfasst → Komplikationen verlängern Krankenhausaufenthalt.
 - Unverständnis führt zu Unsicherheit und Verwirrung → herausforderndes Verhalten wird ausgelöst bzw. verstärkt.
- ↘ Ein Teufelskreis beginnt!

Angerhausen 2008; Dewing & Dijk 2014; George, Long & Vincent 2013; Pinkert & Holle 2012; Schubert, et al 2008

CHRONISCH KRANKE MENSCHEN

Mit verkürzten Krankenhausaufenthalten steigt die Notwendigkeit des Selbstmanagements und einer lebensweltorientierten Beratung und An-/Begleitung.

- Die beste Evidenz ist nutzlos, wenn sie nicht in die Lebenswelt der Betroffenen passt; sie schränkt die Selbstverantwortung ein.
- Das eigenständige Symptommanagement (Fatigue, Schmerz, Atemnot, Schlafproblem, Ernährung) ist unzureichend, die Compliance sinkt.
- Non-Compliance führt zu Lebensqualitätsminderung und Kostensteigerung.
 - Der Drehtüreffekt stellt sich ein!

WENN DIE ZEIT NICHT REICHT

MAG. DR. BERTA SCHREMS

UNIVERSITÄT WIEN
INSTITUT FÜR
PFLEGEWISSENSCHAFT

ÖFFENTLICHE SITZUNG
DER BIOETHIKKOMMISSION

05. OKTOBER 2015

FACHLICHE UND ETHISCHE KONSEQUENZEN

Der professionelle Anspruch steht im Widerspruch zu Handlungsmöglichkeiten.

↳ Schadensvermeidung steht im Vordergrund.

Ethische Prinzipien stehen im Widerspruch.

- Autonomie ↔ Sicherheit Freiheitsbeschränkung, Entscheidungsfindung
- Gerechtigkeit ↔ Fürsorge Verteilung der Aufmerksamkeit und Zuwendung
- Würde ↔ Dienstpflicht Integrität, Aufrichtigkeit, Strukturorientierung

↳ Pflegesituationen werden zu einem moralischen Dilemma.

Bolmsjö, Edberg & Sandman, 2006; Hammar, Swall, & Meranius, 2015; Isfort, Klostermann, Gehlen & Siegling 2014

MORALISCHER STRESS / DISTRESS

Wenn ethische Sensibilität gegeben ist, aber externe Faktoren daran hindern, das Beste / das Richtige zu tun.

- Wenn das Gefühl entsteht, keine Kontrolle über diese Situationen zu haben.
- Wenn die Kenntnis, was das Richtige ist, aber nicht danach gehandelt werden kann, zu psychischen und physischen Beschwerden führt.
 - “Having the knowledge but not the opportunity.”

Epstein & Delgado, 2010; Hammar, Swall, & Meranius, 2015; Lützén, Cronqvist, Magnusson, & Andersson, 2003; Schluter, Winch, Holzhauser, & Henderson, 2008

GRUNDLEGENDE ERKENNTNIS AUS DER RN4CAST STUDIE

Pflegezeit orientiert sich nicht nur an der Intervention, sondern auch an der Interaktion.

Einflussfaktoren für die Pflegequalität und Patient(inn)ensicherheit sowie für moralisch verantwortbares Handeln und die Attraktivität des Berufes sind

- Workload - Patient(inn)en pro Pflegeperson
- Aus-/Bildungsniveau – Bachelorabschluss

Wenn die Zeit nicht reicht ...

- steigen Komplikationen und unerwünschte Ereignisse,
- steigen Unzufriedenheit, moralischer Stress und Burnout bei Pflegenden,
- steigt der Pflegepersonalmangel und
- steigen Kosten für das gesamte Gesundheitssystem.

- Aiken, I.h., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M.D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A.M., Schwendimann, R., Scott, P.A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W., for the RN4CAST consortium (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383: 1824–1830; Published Online: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Angerhausen, S. (2008): Demenz - eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41(6), 460-466.
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., et al. (2013): Prevalence, patterns and predictors of cross-sectional RN4CAST study hospitals: results from the multicountry nursing care left undone in European. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 1-10.
- Bolmsjö, I. A.; Edberg, A. K.; Sandman, L. (2006): Everyday ethical problems in dementia care: a teleological model. *Nursing Ethics*, 13 (4), 340-359.
- Busse, R. (o.D.): Arbeitsumgebung, Pflegepersonalausstattung, Zufriedenheit und Qualität der Versorgung: Ergebnisse des RN4Cast-Projektes zu Deutschland im Vergleich. https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2011.lectures/Berlin_2011.11.11.rb_Pflegerat-RN4Cast.pdf (30.09.2015)
- Coster, S., Norman, I. (2009): Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (4), 508–528.
- Dewing, J. & Dijk, S. (2014): What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia* Epub ahead of print, doi: 10.1177/1471301213520172
- Epstein, E. G.; Delgado, S. (2010): Understanding and Addressing Moral Distress. *OJIN: Online Journal of Issues in Nursing*, 15 (3), Manuscript 1.
- George, J.; Long, S., Vincent, C. (2013): How can we keep patients with dementia safe in our acute hospitals? A review of challenges and solutions. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(9), 355-61.

WENN DIE ZEIT NICHT REICHT

MAG. DR. BERTA SCHREMS

UNIVERSITÄT WIEN
INSTITUT FÜR
PFLEGEWISSENSCHAFT

ÖFFENTLICHE SITZUNG
DER BIOETHIKKOMMISSION

05. OKTOBER 2015

- Hammar, L. M.; Swall, A.; Meranius, M. S. (2015): Ethical aspects of caregivers' experience with persons with dementia at mealtimes. *Nursing Ethics*, pii: 0969733015580812 (Epub ahead of print).
- Isfort, M., Klostermann, J., Gehlen, D., Siegling, B. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf (12.08.2015)
- Lützn, K.; Cronqvist, A.; Magnusson, A.; Andersson, L. (2003): Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10 (3), 312-322.
- Mack, E. (2001). Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialetisches Problem. *Ethik in der Medizin*, 13(1)17–32.
- Ory M.G., Smith M.L, Ahn, S., Jiang, L., Lorig, K., Whitelaw, N. (2014): National study of chronic disease self-management: age comparison of outcome findings. *JGIM*, 41(1 Suppl), 34S-42S.
- Pinkert, C & Holle, B. (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45 (8), 728–734.
- Schluter, J.; Winch, S.; Holzhauser, K.; Henderson, A. (2008): Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics*, 15 (3), 304-321.
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M., & De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 227–237.

WENN DIE ZEIT NICHT REICHT

MAG. DR. BERTA SCHREMS

UNIVERSITÄT WIEN
INSTITUT FÜR
PFLEGEWISSENSCHAFT

ÖFFENTLICHE SITZUNG
DER BIOETHIKKOMMISSION

05. OKTOBER 2015