
Der RAI-NH ist in der Lage zu quantifizieren die ganze Arbeit, die Sie machen?

Fragebogen für Pflegende in Tessiner Altersheimen. Eine Analyse der Ergebnisse



von Francesca Saltamacchia


Impressum:

© OCST, Organizzazione cristiano-sociale ticinese

Progetto grafico e impaginazione: eureka comunicazione visiva, Sementina

Stampa: Tipografia Fontana SA, Pregassona

Prima edizione: novembre 2024



Index

Einführung	3
Die Struktur des Fragebogens	5
Glossar	7
TEIL EINS: <i>Wie gut kennen Sie die RAI-NH?</i>	9
TEIL ZWEI: <i>Die RAI in der täglichen Arbeit</i>	31
TEIL DREI: <i>Ist die Antwort auf den aktuellen und zukünftigen Bedarf angemessen?</i>	53
Anhang	59





Einführung

Die folgende Arbeit zielt darauf ab, die Überlegungen des Personals von Altenheimen (im Folgenden CPAs) in Bezug auf folgende Punkte zu sammeln zum RAI-NH-Instrument.

Anfang der 2000er Jahre wurde im Tessin das Instrument zur Patientenbeurteilung in Altersheimen (RAI-NH) eingeführt, das bis verwendete Paillard-Raster ersetzt. Es handelt sich dabei um ein klinisches Instrument, das weltweit eingesetzt wird (sein Ursprung liegt in Kanada) und im Tessin durch ein Berechnungssystem übernommen wird.

Dies wurde zwischen den Finanzierungsträgern und den Begünstigten der Finanzierung vereinbart, auch um die Zuweisung von Betreuungs- und Pflegepersonal festzulegen. Die Stärken des RAI-NH sind: Es ermöglicht eine bessere Pflegeplanung und damit bessere Qualität der Pflege sowie die Festlegung von bedarfsgerechten Pflegepfaden.

Das ernste Problem des chronischen Personalmangels wurde jedoch bei zahlreichen Gesprächen mit dem Pflegepersonal angesprochen.

Angesichts des Zusammenhangs zwischen diesem Instrument und dem daraus resultierenden Personalbestand hielt es unsere Organisation daher für notwendig, die Funktionsweise dieses Instruments besser zu verstehen, um eventuelle kritische Punkte aufzudecken und somit zu überprüfen, ob es den Bedürfnissen der heutigen Altenheime gerecht wird. Zu diesem Zweck haben wir einen Fragebogen entwickelt mit dem Titel: Ist das RAI-NH in der Lage, die gesamte Arbeit, die Sie leisten, zu quantifizieren? Fragebogen für Pflegenden in Tessiner Altersheimen. Der Fragebogen

entstand durch die Zusammenarbeit einer Gruppe von Gewerkschaftern, die im Sozial- und Gesundheitssektor tätig sind, Gruppe von Pflegekräften mit dem Zieldie unmittelbar Betroffenen einzubeziehen.

Ausgehend von der Annahme, dass das Qualitätsmanagement das Recht der Leistungsempfänger schützt, Dienstleistungen zu erhaltenihren Bedürfnissen und Erwartungen entsprechen, wollen wir mit dem Fragebogen eine Untersuchung durchführen:

- ob die Instrumente, die eingesetzt werden, um die Bedürfnisse der Patienten und des Personals (Pflegeaspekt und Anzahl der Mitarbeiter) zu ermitteln, die Erreichung des Ziels, d. h. die Sicherung der Pflegequalität, gewährleisten;
- wenn nicht, ob Korrekturmaßnahmen an diesen Instrumenten vorgenommen werden können.

Der Fragebogen enthält auch eine Sektion.

Ziel ist es, ausgehend von der neuen LACD-Planung der LANz und dem ersten zentralen Grundsatz, auf dem die Planungsentscheidungen beruhen, nämlich der Nutzerorientierung, die Bedürfnisse der Pflegekräfte unter dem Gesichtspunkt ihrer Vorbereitung/Ausbildung zu ermitteln und insbesondere zu prüfen, ob

- sind bereit, sich um die älteren Menschen von morgen zu kümmern;
- welche Ausbildung (in allen Bereichen) sie benötigen, um angesichts der Probleme der neuen Bewohner eine qualitativ hochwertige Pflege leisten zu können.

Wir sind uns zwar bewusst, dass die Angemessenheit des RAI-NH-Instruments in verschiedenen Gremien breit diskutiert wird und dass bereits mehrere Aktualisierungen und Modernisierungen vorgenommen wurden, stellen jedoch fest

zusätzliche Elemente, die noch nicht berücksichtigt wurden, und kritische Punkte, die von den Pflegekräften, mit denen wir bei unserer täglichen Arbeit zusammentreffen, immer wieder angesprochen werden und die in diesem Bericht dargelegt werden.

Mit dem Fragebogen werden also Ziele verfolgt: Zum einen sollen die Ergebnisse als Diskussionsgrundlage für diejenigen dienen, die für die Bewertung der richtigen Personalausstattung zuständig sind, um die Arbeitsbedingungen der in diesem Sektor tätigen Mitarbeiter zu verbessern. Die zweite, indirekte Absicht besteht darin, die Arbeitnehmer, die in diesem Sektor arbeiten, für die tatsächlichen Auswirkungen zu sensibilisieren, die eine korrekte Anwendung dieses Instruments bei der Berechnung der Quote hat.

Die erste Absicht wurde bereits teilweise in Form von Interviews umgesetzt: Die gesammelten Daten wurden einer Reihe von Personen vorgelegt, die an vorderster Front an dem Projekt beteiligt waren, und diese wurden gebeten, zu jeder Frage Stellung zu nehmen. Die beteiligten Personen waren insbesondere: Daniele Stival (Leiter des Amtes für ältere Menschen und häusliche Pflege des Kantons Tessin), Giovanni Marvin (kantonaler Krankenpfleger von 2007 bis 2024) und Andreja Rezzonico (stellvertretende kantonale Krankenpflegerin), Stevens Cramer (Direktor des Altenheims Alto Vedeggio), Fabrizio Greco (ehemaliger Direktor des Vereins Melograno), Paolo Pezzoli (Direktor des Lugano Istituti Sociali, LIS), Tiziana Urbani (Leiterin der Gesundheitsabteilung des LIS), Diego Lo Curto (Leiter der Pflegeabteilung des Alteninstituts Leventina, LIS) und

Senioren Heiliges Kreuz), Anthea Gianora (Krankenschwester, Casa Petronilla). Wir möchten uns bei den Pflegekräften bedanken, die diese Arbeit unterstützt und daran mitgewirkt haben, indem sie uns rechtzeitig Anfragen stellten, ihre Arbeit mit uns teilten und vor allem ihr Vertrauen in unsere Organisation setzten. Wir danken auch denjenigen, die an den Interviews teilgenommen haben, die dieser Arbeit Anerkennung zollten und interessante und konstruktive Einblicke gewährten. Es ist bedauerlich, dass einige Personen diese Umfrage behindert haben, weil sie ihre Gültigkeit nicht verstehen wollten: Ihr Widerstand hat jedoch unsere Überzeugung und Entschlossenheit, diese Arbeit zu vollenden, nicht beeinträchtigt.

Die Struktur des Fragebogens

EINLEITENDER ABSCHNITT

Um eine bewusstere Interpretation der gesammelten Ergebnisse zu ermöglichen, wurde in diesem Abschnitt nach Einzelheiten zum beruflichen Hintergrund gefragt: Alter, Ausbildung, Beruf, Anzahl der Jahre im Sektor, Jahr der Beschäftigung in der aktuellen Struktur, aktueller Prozentsatz der Beschäftigung

TEIL 1: Wie gut kennen Sie das RAI-NH? In diesem Abschnitt werden zum einen die Kenntnisse über das Instrument und zum anderen das Bewusstsein darüber untersucht, wie dieses Instrument die Arbeit der Pflegekräfte beeinflusst.

TEIL 2: Der RAI in der täglichen Arbeit In diesem Abschnitt wird die Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung zwischen der täglich von jeder älteren Person verrichteten Arbeit und der Quantifizierung dieser Arbeit im RAI-Instrument untersucht.

TEIL 3: Ist die Antwort auf den aktuellen und zukünftigen Bedarf angemessen? Im letzten Teil werden die Pflegenden gebeten, eine Selbsteinschätzung ihrer eigenen Bereitschaft abzugeben, mit bestimmten aktuellen und zukünftigen Problemen älterer Menschen umzugehen.

Im Folgenden werden die für jede Frage gesammelten Daten aufgeführt, wobei darauf hingewiesen wird, dass etwa 1.600 Fragen gestellt und insgesamt 219 ausgefüllt wurden. Zu jedem Thema werden zwei Arten von Fragen gestellt, eine für diejenigen, die den RAI nicht ausfüllen, und eine andere für diejenigen, die ihn ausfüllen.

Es sei auch darauf hingewiesen, dass die Darstellung der einzelnen Ergebnisse von Kommentaren der Befragten begleitet wird, wie Sie lesen werden, nicht einfach nur bestätigen oder widerlegen, was sich aus den gesammelten Daten ergibt, sondern oft Kritik oder Vorschläge in konstruktiver Absicht machen.

Glossar

ADiCASI

Associazione dei direttori delle Case per anziani della Svizzera italiana.

ADL oder AVQ

Activities of daily living / Aktivitäten des täglichen Lebens

CH-Index

Bewertungsskala für die Berechnungsparameter der Plegersonalquote

CPA

Casa per anziani

LACD

Legge sull'assistenza e cura a domicilio.

LAMAL

Legge federale sull'assicurazione malattie. Bundesgesetz über die Krankenversicherung.

LANz

Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane.

MDS

Minim Data Set, Bewertungsbogen, der am Ende des Beobachtungszeitraums auszufüllen ist

RAI-NH

Resident Assessment Instrument-Nursing Home, Ein pflegerisch-geriatrisches Beurteilungsinstrument, das in Altenheimen eingesetzt wird.

<https://www.besaqsys.ch/it/rai-nursing-home-rai-nh>

RUG

Resource Utilization Groups. Die Resource Utilization Groups (RUGs) können konzeptionell mit den DRGs (*Diagnosis Related Groups*) des Akutbereichs verglichen werden. Sie werden für die Tarifeinstufung verwendet. Für jede RUG-Gruppe wird ein Betreuungsindex erstellt, der der durchschnittlichen zeitlichen Betreuungsbelastung entspricht.

Umc

Ufficio del medico cantonale.

Uacd

Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio.

Giovanni Marvin und Andreja Rezzonico
"Der RAI ist ein klinisches Instrument, das auch im Vereinigten Königreich verwendet wird, um die Zuweisung von Pflege- und Betreuungspersonal anhand eines zwischen den Kostenträgern und Empfängern der Mittel vereinbarten zu bestimmen. Der klinische Teil des RAI (und die daraus resultierende RUG) hat eine internationale validierte wissenschaftliche Grundlage und ist daher nicht verhandelbar im Gegensatz zur RUG, die keine internationale Validierung hat. In Tici- no wurde dem CH-Index-Wert ein Äquivalent in Pflegeminuten zugeordnet (derzeit entspricht ein CH-Index von 1000 150 Minuten). Diese Umrechnung ermöglicht es, die täglichen Pflege- und Betreuungsminuten für eine CPA und damit den notwendigen Personaleinsatz zu berechnen. Der Wert 150 lag bis 2015 bei 145, wurde dann aufgrund der Arbeit mit der Curatime-Studie erhöht und berücksichtigt sowohl die

direkte Pflege sowie indirekte Pflege wie die Aktualisierung der Dokumentation. Die UACD befasst sich mit den Finanzierungsaspekten, aber wir als UMC sind am Qualifikationsmix beteiligt: Wenn die CPA beispielsweise mit 60 Einheiten ausgestattet werden soll, legen wir die Anzahl der Krankenschwestern und -pfleger, der Pflegeassistenten, der OSS und des gesamten Betreuungs- und Pflegepersonals in Absprache mit der UACD fest. Es muss betont werden, dass es sich ursprünglich um ein klinisches Instrument und nicht um ein Instrument zur Personalbesetzung handelt: Wenn diese Botschaft beim Personal ankommt und das Instrument richtig eingesetzt wird, kann über die Personalbesetzung weiterverhandelt werden. Wird das Instrument hingegen schlecht eingesetzt, ist keine Verhandlung möglich. Um dies zu verstehen, sieht man CPAs mit einer de- zisiv niedrigen durchschnittlichen RUG- Note (0,9) und andere mit einer sehr

hohen (1,4) im Vergleich zum Median (in TI 1,2 zirka).

In beiden Fällen wird es schwierig, über den Antrag auf mehr Personal zu verhandeln: Im ersten Fall würde er abgelehnt werden, weil die RUG zu niedrig ist, im zweiten Fall, weil er nicht gerechtfertigt werden kann. Es ist das richtige Ergebnis, das eine Verhandlung möglich macht.

Es ist jedoch so gut wie sicher, dass der RAI in den nächsten drei bis vier Jahren das Instrument sein wird, das auf schweizerischer Ebene für die Definition des Pflegebedarfs von Nutzern in sozialen Gesundheitseinrichtungen und in der häuslichen Pflege verwendet wird. Eine interessante, die noch nie angewandt wurde (auch wenn sie umstritten ist): Langfristig könnte man darüber nachdenken, die beiden Instrumente zu trennen, d.h. den RAI für klinischen Aspekt zu verwenden und ein anderes Instrument für die Personalausstattung zu entwickeln (das erfunden und gemeinsam genutzt werden müsste).

TEIL 1 Wie gut kennen Sie die RAI-NH?

Wie die Ergebnisse zeigen, geben im Allgemeinen fast alle Befragten an, zu wissen, was RAI-NH ist. Im Folgenden finden Sie eine Zusammenfassung der offenen Antworten zu den Fragen in Teil 1.

Wissen Sie, wie sich dies auf die Verwaltung und die Qualität Ihrer Arbeit auswirkt?

Diejenigen, die auf diese Frage geantwortet haben, gaben an, dass die RAI das Instrument ist, mit dem man Folgendes feststellen kann die Anzahl der Mitarbeiter, die für die Betreuung der Bewohner benötigt werden. Die an den häufigsten verwendeten Begriffen in den Antworten sind: Quantifizierung der Personalausstattung, Personalbedarf, Quote, Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter. In einigen Antworten wird auch darauf hingewiesen, dass das Instrument dazu dient, die Art der Pflege für jeden Bewohner zu bestimmen.

Abschließend noch einige Bemerkungen, die zwar nicht direkt mit der Frage zu tun haben, aber dennoch interessant sind und aus denen sie hervorgehen:

- ein gewisses Bewusstsein dafür, dass, wenn die RAI gut durchgeführt wird, die Personalausstattung tendenziell höher ist und eher dem tatsächlichen Bedarf entspricht;
- eine Kritik an der unzureichenden Zeit, die seine Erstellung zur Verfügung stand;
- eine Kritik an dem Instrument selbst, das von einigen als Zeitverschwendung, unnötig oder nicht den tatsächlichen Bedürfnissen der Bewohner entsprechend angesehen wird.

Auf all diese Aspekte wird in den folgenden Teilen des Fragebogens ausführlich eingegangen.

Fabrizio Greco

"Es gibt kein standardisiertes Protokoll oder einen Mindeststandard, der von den kantonalen Massnahmen gefordert wird (z.B. Mindestanzahl an engagierten Personen).

Stevens Cramer

"Die kantonale Ärzteschaft verlangt ein Minimum an RAI-Koordinatoren und Super-Visoren; jedes Institut wendet jedoch interne Verfahren für die Bewertung an, ohne dass eine organisatorische Einheitlichkeit besteht.

Anthea Gianora

"Es gibt keine Ausbildungsaufgaben, Vorgaben oder Kontrollen durch den Kanton".

Diego Lo Curto

"Es ist nur Sache des Vorgesetzten, seine Unterschrift in das MDB zu setzen.

Daniele Stival

"Es gibt eine RAI-Pilotgruppe und wir wollten eine Begleitgruppe für diejenigen einrichten, die das Instrument nicht bewusst nutzen. Es werden Peer-to-Peer-Schulungen oder Audits durch BESA QSys angeboten. Das Problem ist, dass das Altersheim einen Mangel an Personal meldet, vielleicht mit einem unterdurchschnittlichen Verhältnis. Der Einsatz des Instruments liegt in erster Linie in Verantwortung der Einrichtung und der Leitung.

Giovanni Marvin und Andreja Rezzonico

"Die Rai, die in den CPAs verwendet wird, ist ein multidisziplinäres Instrument, für das es keine spezifische professionelle Figur gibt, der es ausfüllt. Die Patientenbeurteilung schreibt vor, dass eine Beobachtung über einen Zeitraum von 14 durchgeführt werden muss; daher ist es wünschenswert, dass alle in den CPAs tätigen Personen daran beteiligt

sind. Es ist jedoch keine bestimmte Methode für die Erfassung dieser Daten festgelegt: Es ist Sache der Einrichtung, dies selbst zu organisieren: Es gibt diejenigen, die sie in die Formulare eintragen oder diejenigen, die zu diesem Zweck Formulare erstellen lassen. Diese Informationen sollten dann im Team besprochen werden. Anschließend muss der MDS, in dem die Informationen gesammelt werden, von der Krankenschwester unterzeichnet und vom Arzt gegengezeichnet werden. Es ist also das Heim, das für die Umsetzung der korrekten Prozesse verantwortlich ist. Die UMC prüft, ob es eine Mindestanzahl von Koordinatoren und Aufsichtspersonen gibt und ob die Zusammenstellung gemäß dem Handbuch innerhalb des vorgeschriebenen Zeitrahmens erfolgt".

Wissen Sie, von wem sie in Ihrer Organisation erstellt wird (von welchen Fachleuten)?



Die Antworten geben insbesondere die folgenden Zahlen an: Pflegekräfte, Pflegehelfer, Sozialarbeiter, Mitarbeiter Auftraggeber oder verantwortliches Personal, alle CPA-Krankenschwestern. Obwohl die Krankenschwester diejenige ist, die in den Antworten am häufigsten vorkommt, ergibt sich ein sehr heterogenes Bild. Hierfür lassen sich zwei Gründe vermuten:

- nicht alle Befragten sind sich des organisatorischen Systems für die Erstellung der RAI wirklich bewusst;
- Jede CPA wendet ihre eigenen Kompilierungsverfahren an, so dass es keine Einheitlichkeit zwischen den verschiedenen CPAs gibt.

In der nachstehenden Tabelle sind die Antworten auf die im ersten Teil des Fragebogens vorgeschlagenen geschlossenen Fragen (Ja - Nein) zusammengestellt.

	JA	NEIN
Kennen Sie die RAI?	99%	1%
Wissen Sie, wie sich dies auf die Verwaltung und die Qualität Ihrer Arbeit auswirkt?	83%	17%
Wissen Sie, von wem sie in Ihrer Einrichtung erstellt werden?	98%	2%
Gibt es in Ihrer Organisation eine Gehaltszulage für diejenigen, die den RAI absolvieren?	5%	95%
Haben Sie eine RAI-Schulung absolviert?	68%	32%
Gab es in der Schule einen Kurs über RAI?	16%	84%
Sind der Meinung, dass die für die Zusammenstellung zur Verfügung gestellten Instrumente verbessert werden könnten?	59%	41%
Verfügen Sie über ausreichende Kenntnisse der verfügbaren IT-Tools?	76%	24%
Haben Sie genug Zeit zum Kompilieren?	27%	73%
Wenn NEIN, könnte dies zu einer unvollständigen (/ falschen) Zusammenstellung des MDB führen?	85%	15%

Fabrizio Greco

"Es stimmt, dass es keine Entschädigung gibt. Ein Assistent sollte nicht entschädigt werden, aber der Vorgesetzte schon. Neben der monetären Anerkennung ist auch eine hierarchische Umstrukturierung der Figur erforderlich.

Stevens Cramer

"Es wären mehr Ressourcen erforderlich, damit die Mitarbeiter geschult werden können, ohne das Team zu belasten. Die Kosten sind zwar anerkannt, aber erheblich, ebenso wie die jährlichen Lizenzen für dieses Instrument.

Paolo Pezzoli und Tiziana Urbani

"Bei uns wird der RAI von den Abteilungsleitern ausgefüllt. In der Regel handelt es sich dabei um Krankenschwestern, die im Besitz einer DAS sind. Der Abteilungsleiter kann Krankenschwestern, die im Besitz einer ZVE sind, delegieren.

der Aufsichtsperson oder des RAI-Koordinators. Die Aufgabe ist jedoch nicht ohne Risiko. Die RAI sind allen bekannt, sie gelten als "unverzichtbarer Leitfaden" des Sektors; es ist unmöglich, ohne dieses Instrument zu arbeiten. Die Forderung, dass diejenigen, die RAI zusammenstellen, eine besondere Vergütung erhalten sollten, könnte bedeuten, dass wir auch diejenigen entschädigen sollten, die die Krankenakten zusammenstellen. Darüber hinaus sollten wir nicht vergessen, dass ein RAI-Superinformatiker, der den Arbeitsplatz wechselt, auf dem Arbeitsmarkt besser "verwertbar" ist, da er eine spezielle Ausbildung genossen hat und während der Arbeitszeit Zeit für diese Tätigkeit aufwenden kann.

Diego Lo Curto

"Es gibt keine Zulage, da der Koordinator bereits in der Gehaltstabelle für die Funktion des Koordinators anerkannt ist.

Krankenschwestern. Wir investieren in die Ausbildung von Stationsleitern und Krankenschwestern. Einige Heime gewähren Zuschuss, weil sie eine Krankenschwester einsetzen, aber es gibt ein Problem: Es funktioniert nicht, weil man außen steht und nicht direkt in die Pflege involviert ist und keinen vollständigen Überblick über die Arbeitsbelastung haben kann. Deshalb haben wir mehr Aufsichtspersonen ausgebildet: etwa zwanzig, verteilt auf zehn Stationen, die direkt mit den Bewohnern bei der Beurteilung zu tun haben.

Daniele Stival

"Die RAI gut zu machen, bedeutet, mehr Leute im Kontingent zur Verfügung zu haben. Eine gute Umsetzung ist eine Investition und nicht nur eine administrative Belastung. Für das nächste Jahr werden wir die Strukturen auffordern, den Einsatz des Instruments gründlich zu prüfen.

Es gibt eine Gehaltszulage für diejenigen, die den RAI in Ihrer Einrichtung ausfüllen?

Giovanni Marvin und Andreja Rezzonico

"Meiner Meinung nach ist es richtig, dass die Finanzierungsstelle diesen Aufwand nicht anerkennt. Anders als bei der SACD, wo die Krankenkasse zweimal im Jahr eine Stunde für die Beurteilung und eine halbe Stunde für die Erstellung des Pflegeplans pro Patienten anerkennt, ist dies bei den CPAs ein Standard, der bereits im RUG-Teil festgelegt ist. Es könnten Gespräche mit der UACD geführt werden, um die erforderliche Zeit zu berechnen und eine zusätzliche finanzielle Anerkennung zu beantragen, aber selbst, wenn sie anerkannt würde, würde dies nicht unbedingt etwas auf der Organisations- und Verwaltungsebene ändern.

Wenn wir eine administrative Belastung des Personals anerkennen wollten, sollten wir uns nicht auf die RAI konzentrieren, sondern auf etwas anderes. Zum Beispiel könnte man der CPA ein medizinisches Sekretariat zur Verfügung stellen und einen größeren Anteil an indirekter Pflege anerkennen. Es sollte daher untersucht werden, wo die Arbeitsbelastung anders verteilt werden muss, wobei auch die Organisations- und Managementebene des Dienstes zu analysieren ist.

Auf die Frage, ob die RAI denjenigen, die sie ausfüllen, eine Gehaltszulage gewähren soll oder nicht, ist die Antwort 95 % bei weitem negativ, was verständlich ist, wie die befragten Personen deutlich machen (siehe Seite links).



Fabrizio Greco

"Es stimmt, dass es keine Art von Ausbildungsplan und/oder eine Verpflichtung zur Aktualisierung gibt. Jede Struktur macht, was sie für richtig hält. Darüber hinaus gibt es keine Rückmeldung".

Stevens Cramer

"Bei der RAI-Schulung ist eine stärkere Koordinierung erforderlich. Es ist wichtig, eine Plattform für den Austausch innerhalb der Schulungen zu fördern, um zu klären, wie man Informationen erfasst. Eine unzureichende Kenntnis des Instruments kann zu Unterschätzungen oder Fehlern bei der Verwendung bestimmter Positionen, wie z. B. Schulungen, führen, selten zu Überschätzungen. Artiset verfügt durch die RAI über zahlreiche Daten für nationale Statistiken,

die nicht nur für Veröffentlichungen, sondern auch für die Identifizierung von kritischen Punkten und Stärken, die Bewaffung und das Eingehen auf die Bedürfnisse der Bewohner und des Personals sowie die Verbesserung Anerkennung der Rugs-Note verwendet werden können. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass alle Beteiligten, auch diejenigen, die nicht direkt an der Erstellung des RAI beteiligt sind, das Instrument verstehen. Die Multidisziplinarität muss alle Therapeuten einbeziehen, die mit dem RAI-System vertraut sein müssen, um die Pflege zwischen ihnen und dem Pflegebereich zu koordinieren. Das Fehlen eines gemeinsamen Verständnisses und einer linearen Weitergabe von Informationen kann zu unangemessenen Beurteilungen führen. Das RAI-System sollte in die Krankenblätter integriert werden, und die Institutionen sollten den Mut haben, es durchzusetzen.

eine einzige Gesundheitsakte, um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten".

Paolo Pezzoli und Tiziana Urbani

"Im Allgemeinen gilt, dass jede Einrichtung ihre eigenen Verfahren hat. Obwohl die kantonalen Vorschriften eine Mindestanzahl an geschultem Personal vorschreiben, arbeitet jedes Heim anders: Einige vertrauen alles einer einzigen Person an, während andere verschiedene Verantwortungsebenen festgelegt haben und das Personal in eine kontinuierliche Weiterbildung einbeziehen. Der Zustand des Patienten wird dann dokumentiert, um alle notwendigen Informationen zu sammeln. Eine gut formulierte klinische Dokumentation ist unerlässlich. Wenn ein Patient beispielsweise neun oder mehr Medikamente einnimmt, variiert die Kodierungsmethode: Einige erfassen die Wirkstoffe

Haben Sie eine RAI-Schulung absolviert? Wenn ja, in welchem Jahr? Welche Art von Ausbildung?

68 % gaben an, eine Schulung zum RAI erhalten zu haben. Wenn man die Daten aus der vorherigen Antwort (Wer füllt den RAI in Ihrer Einrichtung aus?) miteinander vergleicht, stellt man fest, dass zum Beispiel von 100 Pflegekräften, die antworten, dass sie den RAI ausfüllen, nur 66 angeben, an einem Kurs über den RAI teilgenommen zu haben. Und wieder ein anderes Beispiel: Von 49 Pflegehelfern, die antworteten, dass sie den RAI ausfüllen nur 24 erhielt eine Schulung zu diesem Thema. Hinsichtlich des Jahres, in dem die Schulung über das Instrument stattfand, sind die Antworten sehr unterschiedlich. Ein Teil der Befragten gibt an, dass sie nur eine Schulung absolviert haben und dass diese viele Jahre . Ein anderer Teil gibt an, dass sie ihre letzte Schulung zwischen 2020 und heute erhalten haben. Vergleicht man die Ergebnisse dieser Antworten mit den persönlichen Daten (insbesondere dem Jahr Beschäftigungsbeginns in der CPA), so kann man nicht davon ausgehen, dass es in allen Einrichtungen einen einheitlich angewandten Weiterbildungsprozess gibt. Insbesondere gibt es Personen, die vor vielen Jahren eingestellt wurden und die nach 2020 eine Fortbildung absolviert haben; gleichzeitig gibt es andere, die nach 2020 ausgebildet wurden.

die vor mehr als 20 Jahren eingestellt wurden und nicht mehr Möglichkeit hatten, Kurse zu diesem Thema zu besuchen; selbst bei den jüngsten Mitarbeitern (weniger als fünf Jahre) gibt es Situationen, in denen eine kontinuierliche Schulung stattfindet, und andere, in denen dies nicht der Fall ist.

Wir haben dann gefragt, welche Art von Schulung die Befragten zu diesem Thema absolviert haben. waren die Antworten verständlicherweise sehr unterschiedlich und hingen sicherlich von der Funktion ab, die der Mitarbeiter in seiner Organisation innehat. Sie reichen von einem Kurs für Vorgesetzte über einen Koordinatorenkurs bis hin zu einem Grundkurs oder Auffrischkursen.

und nicht die Medikamente selbst. objektive Daten, die keine klinische Analyse und Argumentation erfordern, ist eine Registrierung durch eine Pflegekraft nicht erforderlich. Nicht alle Unternehmen arbeiten auf die gleiche Art und Weise, aber was für die Unterstützung der RUG relevant, muss von allen Pflegekräften, die die Leistungen erbringen, in die Kartei eingetragen werden. Hier haben wir für jede Station Mindestanforderungen für die RAI-Ausbildung festgelegt, und auf einer solchen Station gibt es sechs oder sieben Koordinatoren. Viele wollen sich zu Koordinatoren ausbilden lassen, obwohl der Bedarf nicht so groß ist, aber wir haben auch interne Schulungen für OSSs eingeführt.

Der Abteilungsleiter und der Vorgesetzte müssen sich über bestimmte Aspekte im Klaren sein, wie z. B. Beginn eines Beurteilungszeitraums, der, wenn

nicht korrekt durchgeführt wird, wird von der Krankenkasse nicht anerkannt. Es muss eine Ansprechperson geben, aber auch der Abteilungsleiter hat die Verantwortung, das gesamte Pflegepersonal für die Bedeutung der Erfassung, Beobachtung und Dokumentation zu sensibilisieren. Ursprünglich waren einige Personen für die RAI zuständig. Die Aufsichtsperson hatte einen festen Tag pro Monat für die RAI zur Verfügung, aber das ist nicht effektiv, wenn es einen Statuswechsel gibt. Jetzt müssen zwei Stunden pro Woche für die kontinuierliche Überwachung eingeplant werden, was sehr wichtig ist. Derzeit versucht eine spezielle Arbeitsgruppe, bestehend aus einer Kontaktperson pro LIS-Einrichtung, dieses Modell in allen Einrichtungen zu verbreiten. Eine analytische Betrachtung der

Situation, die nicht alle Mitarbeiter haben können. Die Person muss einbezogen werden, aber der analytische Blick kommt vom Vorgesetzten.

Diego Lo Curto

"Die Ausbildung muss auf mehreren Ebenen gesehen und identifiziert werden: Die Pflegekraft muss über spezifisches Wissen verfügen, Pflegepersonal sollte auch über andere Kenntnisse im Hinblick auf die Erstellung des MDS verfügen, z. B. im Hinblick auf die korrekte Erstellung des Kurses. Es ist dann Aufgabe des Supervisors/Koordinators, sein Team in der korrekten Übernahme zu schulen und darauf hinzuweisen, dass er/sie in den Kursblättern die Elemente aufführt, die der MDS verlangt. Sie müssen z. B. dokumentieren, ob die Person kognitiv intakt ist, ob

Gab es in der Schule einen Kurs über RAI?**Wenn ja, wann?**

Sie sehen es verwirrt, wenn Sie einen Transfer durchführen, indem Sie einfach ein Bein anheben, weil der Bewohner müde ist. Diese einfache Handlung ist Teil der vier Punkte des LDA-Index, die den gewichteten Faktor stark beeinflussen. Das Problem besteht jedoch darin, dass die Einrichtung selbst entscheidet, in die Ausbildung investieren, und dass keine spezifischen Mittel zur Verfügung gestellt werden. Deshalb entscheidet jede Einrichtung selbst, wie sie mit dem Thema RAI umgeht.

Ein positives Element in Bezug auf die Ausbildung: Früher gab es kein einziges Instrument. Nun, da eine einzige Sprache für alle gesprochen werden soll, da entschieden wurde, welches Instrument für die gesamte Schweiz verwendet werden soll, wird erwartet, dass die Ausbildung gezielter und tiefgreifender sein wird.

Wir haben uns auf den Bereich der Bildung beschränkt, den wir für untersuchungswürdig halten, und haben diese weitere offene Frage gestellt. Besonders ist die Zahl: 84 % gaben an, dass sie im Rahmen ihrer Schulausbildung keinen RAI-Kurs besucht haben. Diejenigen, die in der Schule ausgebildet, erhielten dagegen eine allgemeine, begrenzte oder grundlegende Ausbildung. Bei den offenen Antworten stimmen alle darin überein, dass es sich nur um einige kurze pädagogische Hinweise zu diesem Thema handelte.

Anthea Gianora

"Ich habe 2015 alle Kurse absolviert, aber 2016 gab es dann viele Änderungen im Instrument und bei den anerkannten Personen (Koordinator, Co-Koordinator und Supervisor). Es gibt keine Ausbildungsaufgaben und die Ausbildung in diesem Bereich ist nicht in das Kursangebot integriert. Wenn alle Kurse bis zum Supervisor absolviert sind, besteht Bedarf an Auffrischungsschulungen oder zumindest an der Mitteilung von Änderungen in der Kodierung oder anderem. Die Weitergabe von Informationen ist gleich null. Ich habe bei meinem letzten Kurs nach sechs Jahren festgestellt, dass ich Medikamente falsch kodiert habe: Das Kodiersystem war geändert worden, aber ich wusste das nicht, weil ich nicht informiert wurde. Der Kanton stützt sich dann auf falsche Daten, um Statistiken zu erstellen und sich ein Bild davon zu machen, wie es in der CPA-

Welt zugeht".

Daniele Stival

"Es ist geplant, die Einrichtungen zu sensibilisieren, um festzustellen, ob die Menschen, die das System nutzen, es aufrüsten. Wir müssen aber auch verstehen, wie BESA QSys eine so große Nachfrage beeinflussen kann. Sollte sich nämlich herausstellen, dass BESA keine Aktualisierungen vornimmt, könnte man sie auffordern, dieses Element zu verbessern. In der zweiten Jahreshälfte und im Jahr 2025 soll der gesamte Sektor von RAI NH auf RAI LTCF umgestellt werden, mit Upgrade und einer stärkeren Digitalisierung des Instruments sowie mit Ad-hoc-Schulungen für alle Abteilungen.

Giovanni Marvin und

Andreja Rezzonico "Im Laufe der Jahre das RAI-Instrument zwar

verändert, aber nicht grundlegend, und von Zeit zu

Zeit wurden vom Kanton Ausbildungskurse finanziert, um es zu aktualisieren.

Es ist jedoch anzumerken, dass in den PAAs über Kanton auch viele andere Schulungen zu vielleicht dringlicheren Themen durchgeführt werden, z.B. die EOI-CA-Schulung bisher in 12 PAAs über eineinhalb Jahre für die Krankenschwestern durchgeführt wurde und nun vom SSSCI in Zusammenarbeit mit dem Kanton durchgeführt wird.



Fabrizio Greco

"Für die Direktionen entstehen enorme Kosten für die Beschaffung von IT-Tools (z.B. viele PCs). Diese Kosten werden durch das Mandat vor der Stationierung nicht anerkannt, so dass es schwierig ist, die Aktualisierung und Erweiterung der Tools zu finanzieren".

Diego Lo Curto

"Es müssen mindestens zwei PCs pro Lieferung vorhanden sein. Der PC ist sowohl für Moment der Dateneingabe in die RAI-Soft als auch für die Dokumentation aller für das korrekte Ausfüllen des MDS-Formulars notwendigen Informationen notwendig.

Paolo Pezzoli

"Die Zahl der PCs in den Stationen wurde zwar erhöht, aber sie reichen nie aus. Unter

Im Durchschnitt gibt es 3 oder 4 PCs in unseren Abteilungen. Der PC ist nützlich für Kursaktualisierungen. Für die RAI hat man etwa drei oder vier offene Auswertungen mit- zeitweise. Es ist wichtig, dass die Software die Arbeit durch Automatisierung und Verfahrensvereinfachungen mehr unterstützt: Es wird immer noch zu viel Papier verwendet.

Stevens Crameri

"Es gibt Ordner wie Siemens (TEchHost), aber sie sind teuer. Mit diesem System könnte man bereits eine Datenextraktion integrieren, um einen Teil der RAI zu aktualisieren/vervollständigen.

Anthea Gianora

"Mit der Einführung von interRAI, wahrscheinlich im Jahr 2025, wird die

Die Zusammenstellung wird verfeinert, aber noch komplexer. Der Beobachtungszeitraum wird sich verkürzen, was angesichts des chronischen Zeitmangels die Arbeit noch komplizierter macht. Es wird notwendig sein, alle nützlichen Informationen in wenigen Tagen zu und sie detailliert zu dokumentieren. Gelingt dies nicht, können viele Daten nicht mehr kodiert werden, mit der Folge, dass falsche und zu niedrig angesetzte Bewertungen vorgenommen werden, was sich auf die RUG-Gruppen auswirkt. Einige Computerdateien enthalten Einträge, die sich auf das RAI-System beziehen. In den Pflegeplänen folgt der Wortlaut der Kodierung des MDS, was die Erstellung der Bewertungsbögen erleichtert.

Auch hier gibt es keine Forderung nach Mindeststandards seitens des Kantons,

Wie viele und welche Medien (Papier/Informatik) werden zur Verfügung gestellt für die Zusammenstellung in Ihrer Einrichtung zur Verfügung?

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die zur Verfügung gestellten Hilfsmittel, sowohl in Bezug auf die Medien (Papier/Informatik) als auch auf die Zeit. Diese Fragen richten sich natürlich nur an diejenigen, die mit...

partizipieren die RAI.

Auf die Frage "Wie viele und welche Hilfsmittel (Papier/Informationen) werden in Ihrer Einrichtung für die Erstellung zur Verfügung gestellt?" antwortete nur eine Minderheit. Da wir den Begriff "Unterstützung" verwendet haben, glauben wir, dass die Frage von mehreren Befragten missverstanden worden sein könnte, die den Begriff als "Hilfe" interpretierten, indem sie "das RAI-Handbuch" antworteten. Von denjenigen, die über die verfügbaren Hilfsmittel berichteten, bezog sich ein großer Teil der Antworten auf die Verwendung von IT, während eine Minderheit die Verwendung von Papierhilfsmitteln angab.



Jede CPA wählt die computergestützte Mappe aus, die in ihrer Struktur eingesetzt werden soll. Der Kanton stellt keine Mittel zur Verfügung, um den CPAs den Umstieg auf Tools zu ermöglichen, die ihnen die Erfassung erleichtern.

Übergang zu RAI LTCF, wie in vielen anderen Kantonen der Schweiz".

Daniele Stival

"In der zweiten Jahreshälfte und im Jahr 2025 ist geplant, den gesamten Sektor von RAI NH auf RAI LTCF umzustellen, mit einem Upgrade und einer stärkeren Digitalisierung Tools sowie Ad-hoc-Schulungen für alle Abteilungen. Kontakt zu den Nutzern wird verstärkt und der administrative Teil soll entlastet werden. In der RAI-Lenkungsgruppe, in der die Institute, das kantonale Gesundheitsamt und die UACD vertreten sind, wird die



Glauben Sie, dass diese Instrumente könnten sie verbessern?

▼
An dieser Frage waren 59 % der Meinung, dass sie bessere Instrumente benötigen. In diesem Fall wurde die Frage gut verstanden und die anschließende Bitte um ein Argument ermöglicht zu übernehmen:

- der Bedarf an mehr PCs, mindestens einem pro Abteilung, oder an speziellen RAI-Stationen oder an der Einführung von Tablets;
- die Forderung nach mehr Expertenunterstützung, einem klareren Handbuch und einem Online-Chat;
- die Feststellung, dass die Zusammenstellung der RAI als kompliziert empfunden wird. In diesem Zusammenhang werden Wünsche geäußert, wie die Vereinfachung des Instruments (einige schlagen vor, "weniger Akronyme zugunsten von Wörtern") und des Handbuchs, die Möglichkeit, mehr Schulung und mehr Zeit in Anspruch zu nehmen. Eine Vereinfachung des Instruments würde auch, wie in einigen Antworten vorgeschlagen, dazu führen, dass zusätzliche Zahlen in die Zusammenstellung einbezogen werden.



Fabrizio Greco

"Die Zeit zum Ausfüllen des RAI ist nicht bekannt, ich bestätige, was die Befragten gesagt haben. Es ist auch sehr schwierig zu definieren, wie viel Zeit zwischen der Beobachtung und der Zusammenstellung wirklich benötigt wird. Es sollte eine Studie durchgeführt werden, um festzustellen, wie viel Zeit jede Person für die Beobachtung und Datenerfassung aufwendet. Es ist eine Zeit, die täglich aufgewendet wird. Und es stimmt auch, dass eine fehlerhafte Zusammenstellung Konsequenzen für Patienten und Mitarbeiter hat; im Gegenteil, eine oberflächliche Zusammenstellung könnte zu einer fiktiven Erhöhung der RUG-Gruppen führen.

Paolo Pezzoli

"Eine fehlerhafte Zusammenstellung führt zu Verlust von Ressourcen. Eine ständige Diskussion über Fehler ist unerlässlich. Der Betreuer muss Veränderungen erkennen und ständig und regelmäßig eingreifen. Es gibt sehr sensible Punkte in diesem Instrument. Es wird Änderungen geben, z.B. von 14 auf 3 Tage für die Beobachtung. Ich weiß nicht, ob das positiv ist oder nicht. Die Arbeit ist sehr stark auf eine Kultur der korrekten Erfassung ausgerichtet. Wenn man zum Beispiel die Frage beantwortet, ob man eine Person zu zweit hebt, könnte die Antwort "Nein" lauten, wenn die Kultur nicht angemessen ist, ohne zu bedenken, dass der Eingriff mit Hilfe von zwei Personen auf die Nachtstunden oder auf bestimmte Tageszeiten beschränkt sein könnte.

Stevens Cramer

"Um die Qualität zu gewährleisten, ist es unerlässlich, der Erstellung Zeit zu widmen. Gleichzeitig würde eine automatisierte Erfassung Ressourcen für den Bewohner einsparen. Eine ungenaue Zusammenstellung hat einen negativen Einfluss auf die Aufnahme- und Pflegeentscheidungen. Glücklicherweise verfügen wir über kompetente Fachleute, die sich für die Durchführung von Beurteilungen einsetzen, die der tatsächlichen Situation entsprechen. Es lässt sich nicht verbergen, dass ein gewisser Stress, der insbesondere durch den sich ändernden Status der Bewohner entsteht, Neubewertungen erforderlich macht, die eine erhebliche Belastung darstellen. Für eine Einrichtung mit 72 Plätzen wäre eine Einheit mit einer Quote von 80 % erforderlich, die sich ausschließlich mit diesem Problem befasst.

Wie lange dauert es im Durchschnitt, bis die Zusammenstellung eines MDS?

▼
Neben der Frage nach den Instrumenten, die den Pflegekräften zur Verfügung stehen, haben wir uns auf den Zeitaufwand konzentriert aus der Zusammenstellung.

Die Antworten auf diese Frage schwanken zwischen 30 und 90 Minuten. Mehrere Befragte gaben jedoch an, dass die Arbeit während der Beobachtungszeit stattfindet und dass die Erfassungszeit im Allgemeinen von der Phase, in der die Bewertung stattfindet, der Art des Patienten und der korrekten Übermittlung der Daten durch die Kollegen abhängt.

Die meisten beklagen jedoch, dass zu wenig Zeit für die Zusammenstellung aufgewendet wird (73 %): Was aber wären die Folgen einer übereilten oder nicht rechtzeitig durchgeführten Zusammenstellung?



Eine künstliche Erhöhung des RAI (z. B. durch mehr technische Maßnahmen oder auf andere Weise) nicht praktiziert. Stattdessen wird versucht so genau wie möglich zu sein. Einige für die Rehabilitation und den Unterhalt der Bewohner entscheidende Aspekte, wie z. B. die Ausbildung, werden jedoch oft zu Lasten des Nutzens für die Bewohner zu wenig berücksichtigt. Es ist notwendig, mehr in therapeutische Dienstleistungen wie Ergo- und Physiotherapie zu investieren und die Multidisziplinariät zu fördern. Derzeit kommen auf 100 Betten 1,7 anerkannte Pflegekräfte, deren Maßnahmen auf die Selbstbestimmung, der Unabhängigkeit, des Gehens, der Ernährung usw. abzielen".

Anthea Gianora

"Eine schlecht zusammengestellte RAI bedeutet nicht, dass

dass eine schlechte Pflege vorliegt. Es gibt nur wenige Fälle, in denen der RAI als Instrument zur Beurteilung des Pflegebedarfs verwendet wird. Es gibt andere Instrumente (Schmerzskalen, Skalen für Verhaltensstörungen...), die es uns ermöglichen, den tatsächlichen Bedarf des Bewohners in seinem täglichen Leben zu beurteilen. Ein schlecht erstellter RAI ist nicht gleichbedeutend mit einer schlechten Pflege des Bewohners. Auch deshalb, weil wir unabhängig vom RAI versuchen, Interventionen durchzuführen, bei denen sich der Bewohner wohl fühlt.

Diego Lo Curto

"Hier hätte ich gefragt: Wie wichtig ist die Zusammenstellung der RAI für Sie? Es ist eine Investition. Für Pflegende sollte es auf die gleiche Ebene wie die Primärversorgung gestellt werden. Es ist eine Frage der Vision als

wird nicht als Priorität angesehen".

Daniele Stival

"Die Zeit für die Zusammenstellung wird durch die korrekte Verwendung des Tools und somit durch mehr Personal geschaffen. Mit Einführung des CH INDEX 2016 (der die Kuratierzeit übernimmt) auf dem Papier wurde ein Schritt getan, damit die RAI mehr Ressourcen zur Verfügung stellt. Es muss ein Kreislauf in Gang gesetzt werden".

Giovanni Marvin und Andreja Rezzonico

"Die Erfahrungen von Menschen und Betreuern sind immer wichtig. Die Frage ist, wie man sie objektivieren kann. Ist es möglich, eine objektive Erhebung der für die Erstellung der RAI aufgewendeten Zeit durchzuführen und diese zu qualifizieren? Wann kann ich die Zusammenstellung vornehmen? Wenn wir nicht

Haben Sie genügend Zeit, um den Bericht auszufüllen? Wenn NEIN, kann dies zu einer unvollständigen/falschen Zusammenstellung des MDB führen?

85 % haben mit Ja geantwortet: Die erste Folge von Zeitmangel unvollständige Informationen im MDB. Wenn also die Zusammenstellung unvollständig ist, gibt es weitere Konsequenzen, die wir Sie bitten zu erläutern in der nächsten Frage.

Welche konkreten Folgen können eine unvollständige Kompilierung haben (siehe oben)? MDS?

Die Antworten konzentrieren sich alle auf die Tatsache, dass es einen Zusammenhang zwischen der Bewertung der Bedürfnisse des Patienten und die Berechnung der Quote: Eine falsche (oder unvollständige) Einschätzung des Patientenbedarfs führt zwangsläufig zu falschen (oder unvollständigen) Berechnung der Personalquote. Die Antworten auf die letzten drei Fragen zeigen deutlich, dass die Mehrheit des Personals angibt nicht in der Lage zu sein, den MDB ordnungsgemäß zu erstellen, und sich der schwerwiegenden Folgen für die Qualität der Pflege und das Arbeitsumfeld bewusst ist, was auch von den befragten Personen bestätigt wurde.

Um diese Daten zu sammeln, kann die CMU die Unannehmlichkeiten auf menschlicher Seite gut verstehen, aber ohne objektive Daten wird es schwierig, den Antrag mehr Zeit für die Zusammenstellung zu rechtfertigen. Es ist klar, dass der RAI kein vollständiges Instrument ist und nicht alles berücksichtigen kann: Nicht-pharmakologische Therapien werden vom RAI nicht berücksichtigt. Richtig ist auch, dass der Kanton in den geschützten Abteilungen seit einigen Jahren 20 Franken pro Behandlungstag auch an externe Therapeuten für nicht-pharmakologische Therapien, komplementäre Therapien usw. bezahlt.



SCHLUSSFOLGERUNGEN



Die Ergebnisse des ersten Teils der Umfrage zeigen die schwerwiegenden Folgen eines mangelnden Bewusstseins für die Funktionsweise des RAI-Instruments und Zweck, d. h. eine falsche oder unvollständige Zusammenstellung der Daten.

MDS-Vorstand.

Solche Unzulänglichkeiten sind letztlich die Ursache für eine fehlerhafte Einschätzung der Bedürfnisse des Patienten und damit für falsche Gewichtung des Kontingents.

Eine falsche Zusammenstellung hat auch Auswirkungen auf die Personalverflechtung: Eine zu niedrige oder zu hohe RUG lässt keine Quotenverhandlungen zu.

Die Ergebnisse geben Aufschluss über die möglichen Ursachen der aufgetretenen Einschränkungen:

- mangelndes Bewusstsein dafür, dass es sich bei dem Instrument in erster Linie um ein klinisches Instrument und nicht um ein Instrument zur Personalzählung handelt;
- Lücken in der Ausbildung, sowohl in der Schule als auch danach, und im Bewusstsein für die Priorität dieser Ausbildung

Die Organisation liegt in der Verantwortung der CPA, während die UMC lediglich die Korrektheit der Prozesse überwacht);

- nicht genügend Zeit für das Ausfüllen des MDS-Formulars zur Verfügung steht;
- Komplexität des Instruments.

Nachfolgend sind einige Vorschläge aufgeführt, die sich ergeben haben:

- eine bessere Koordinierung auf der Ebene der Ausbildung;
- ein neues LTCF-System, das den Verwaltungsaufwand verringern soll;
- mehr Kommunikation über Änderungen an dem Instrument;
- die Annahme, dass es zwei Instrumente gibt, eines für klinischen Aspekt (RAI) und eines für die Personalausstattung.

Fabrizio Greco

"Mehr als alles andere ist es ein Zeitmangel bei der Erfassung und Dokumentation. Es stimmt, dass viele Verhaltensweisen, die einen Pflegebedarf auslösen, im RAI nicht kodiert werden können.

Stevens Cramer

"Das Design ist genau das. Die Folgen für die Diskussion von Fällen können abgefedert werden, aber es ist notwendig, das gesamte System zu überdenken.

Anthea Gianora

"Die Antworten sind wahr. Wir in Ticino wurden mit dem Pflegeplan geboren. Dem Pflegeplan oder dem Therapieprojekt wird eine große Bedeutung beigemessen. Impa-

Wir sammeln sofort Daten, legen Ziele und Behandlungsmaßnahmen fest und werten sie anschließend aus. All diese Arbeit wird in der Informationsmappe unter Pflegeplan dokumentiert. Doch damit ist es nicht getan, denn während des Beobachtungs- und Auswertungszeitraums für die Erstellung des MDS muss jede einzelne Intervention im Verlauf der Behandlung erfasst werden. So kommt es, dass bereits in den Pflegeplänen vorgesehene Interventionen dokumentiert werden müssen und Doppelungen entstehen, erst im Verlauf der Behandlung auftauchen.

Diego Lo Curto

"Alles richtig und alles auf den Ausbildungsaspekt bezogen. Um die Kurse zusammenzustellen, ist es wichtig, dass der Vorgesetzte zu Beginn der Bewertungsphase den Betreuern sagt, was wichtig ist.

Schreiben. Ein Beispiel im Zusammenhang mit Bewohnern mit kognitiven Beeinträchtigungen: Für einen Patienten werden oft zwei Personen benötigt, weil eine die geplante Handlung ausführt, während die andere als emotionale Unterstützung fungiert, z. B. den Patienten ablenkt oder unterhält, um die Handlung der ersteren zu erleichtern und gleichzeitig den Bewohner zu schützen. In diesen Fällen wird oft fälschlicherweise kodifiziert, dass es nur eine Pflegekraft gibt, d. h. diejenige, die die physische Handlung ausführt, obwohl in Wirklichkeit zwei Personen benötigt werden".

Paolo Pezzoli und Tiziana Urbani

"Wenn die Frage lautet, ob eine größere Anerkennung eine höhere Qualität garantieren kann, lautet die Antwort ja - manchmal erkennt die RAI bestimmte Elemente nicht an, weil sie andere auf einem höheren Niveau anerkennt.

TEIL ZWEI Die RAI in der täglichen Arbeit

Im zweiten Teil des Fragebogens wird einerseits gefragt, welches die häufigsten Fehler in den Fragebögen sind und was deren Ursachen sein könnten, andererseits wird gefragt, wie der Fragebogen vorausgefüllt werden sollte (welche Daten nicht weggelassen werden sollten), damit die RAI korrekt ausgefüllt werden können. Wie aus den Antworten deutlich wird, ist das korrekte Ausfüllen der RAI aber auch nicht die Lösung.

Wissen Sie, wie sich dies auf die Verwaltung und die Qualität Ihrer Arbeit auswirkt?

Welche Fehler in den Verfahren, die es Ihnen nicht erlauben, bestimmte Eingriffe zu kodieren, finden Sie am häufigsten?

Der häufigste Fehler, auf den die Ausfüllenden des RAI stoßen, ist Unvollständigkeit der Daten. Die Pflegenden stellen insbesondere fest, dass Handlungen, die im AVQ täglich stattfinden, nicht angegeben werden; dass die Beschreibung des Patienten oft oberflächlich ist oder dass einige Aktivitäten zu selten dokumentiert werden und daher nicht kodiert werden können. Und noch einmal: Sie beklagen, dass die Angaben oft vage sind und notwendige Informationen fehlen (insbesondere bei der Kodierung von ADLs). Es ist

nur das hervorgehoben, was zu einer medizinischen Intervention oder zur Verabreichung einer Therapie führt. Im Gegenteil, es werden wenig nützliche Informationen geliefert, die die Schwerpunkte MDS nicht berücksichtigen (z. B. ADL-Index, kognitiver Zustand, beteiligte Personen), und es werden Handlungen ausgelassen, die als selbstverständlich angesehen werden, aber für die Zwecke der Zusammenstellung nützlich sind. Schließlich finden sich einige wenig präzise Begriffe, die sich nicht gut mit der Terminologie der RAI verbinden lassen. Wir fragen dann, was die möglichen Gründe für solche Fehler sein könnten (die wir in drei Punkten zusammenfassen):

- Mangel an ausreichender Zeit, um die ältere Person im Detail zu beobachten: Einige Aktivitäten und Verhaltensweisen können während des Beobachtungszeitraums nicht erfasst werden (oder können nicht erfasst werden). Das Personal weiß über diese Aktivitäten und Verhaltensweisen Bescheid, versäumtes aber, sie bei der Erstellung MDS zu erwähnen, einige davon;

Wenn eine Bedingung auf Stufe 7 eingestuft wird, ist es selbstverständlich, dass auch die niedrigeren Stufen anerkannt werden. Wenn es jedoch Beschwerden darüber gibt, dass bestimmte Punkte aufgrund einer falschen Zusammenstellung nicht anerkannt, liegt das Problem in der internen Organisation.

Daniele Stival

"Es ist bekannt, dass das RAI nicht für jede Art von Kasuistik geeignet ist, wie zum Beispiel für die Psychogeriatric. Was die Kasuistik im Allgemeinen angeht, besteht vielleicht ein Bedarf an einer besseren Integration zwischen dem Instrument, das die Pflegepläne erfasst, und dem RAI. Das RAI berücksichtigt den Beziehungsaspekt des KVG nicht wirklich. Im Rahmen der Studie über nicht-pharmakologische Therapien wird untersucht, welche Therapien von der RAI nicht berücksichtigt werden, aber doch

wichtig, weil sie zu einer besseren Patientenversorgung führen. Dies dient auch dazu, zu verstehen, wie viel mehr Personal als in der RAI benötigt würde, wenn eine bestimmte Pflegemethode auf einer bestimmten Station angewendet und umgesetzt wird. Es ist also interessant zu wissen, wie man es macht, wie man die Ressourcen gut nutzt und wie viel man geben und investieren sollte.

Wir wissen, dass dieser Teil der menschlichen Arbeit vorhanden ist, und wir müssen ihn anerkennen. Wir wollen an der Qualität in einem breiteren Sinne als nur der klinischen Dimension arbeiten, also auch ein Konzept der Lebensqualität, der Selbstbestimmung usw. Wir werden uns in diese Richtung bewegen müssen, im Bewusstsein der Herausforderungen in Bezug auf den Ansatz der Pflege und der Familienpflege. Wir werden uns in diese Richtung bewegen müssen, im

Bewusstsein der Herausforderungen in Bezug auf Ansatz der Pflege und der Familienmitglieder.

Stevens Crameri

"Die RAI erfasst KVG- und Nicht-KVG-Leistungen. Die Überwachung der Leistung jedes Mitarbeiters durch die Unterscheidung zwischen KVG und Nicht-KVG ermöglichtes, genau zu bestimmen, was von der RAI abgedeckt wird und was nicht".

- fehlendes Bewusstsein für die Tatsache, dass ein Versäumnis der Trans-

Ereignisse oder Verhaltensweisen im Laufe der Zeit führen dann zu einer falschen oder unvollständigen Registrierung des Falles. Dieser Fehler kann, wie einige schreiben, auf mangelnde Kenntnis des Instruments zurückzuführen sein: Man weiß nicht, welche Daten benötigt werden, um einen RAI gut auszufüllen, man gibt nicht die Details an, die für die Kodierung nützlich sind. Eine mögliche Folge, so schreiben einige, ist, dass die Person, die die RAI ausfüllt, am Ende auf ihre Intuition oder ihre persönliche Erfahrung mit der älteren Person zurückgreift und nicht auf die Daten, die sie erhält;

- mangelnde Koordinierung und Weitergabe von Informationen innerhalb Teams. Oft wird in wasserdichten Abteilungen gearbeitet, was zu einem Mangel an Informationen über die Vorgehensweise und damit zu einer unzureichenden Erfassung in der RAI führt. Dies führt dazu, dass zu viele Personen am Prozess beteiligt sind, insbesondere bei der Erfassung. Dies zeigt, dass der RAI in den verschiedenen Einrichtungen unterschiedliche Priorität eingeräumt wird.

Zeitmangel, mangelnde Ausbildung und fehlende Organisation - Elemente, die bereits in den einleitenden Fragen hervorgehoben wurden und die in den Antworten des Personals selbst wiederkehren.

Welche Daten fehlen Ihnen in den Décrets, um die RAI korrekt auszufüllen?

Mit anderen Worten, wir haben gefragt, welche Daten weggelassen werden und stattdessen für eine gute Zusammenstellung der RAI relevant sind.

Im Allgemeinen drehen sich die Antworten um Folgendes:

- Daten zur Erfassung von Stimmung, Verhalten und kognitiven Aspekten;
- den Grad der Abhängigkeit bei LDAs;
- die Beschreibung und die Details des täglichen Lebens wie Anziehen, Waschen, Selbstversorgung;
- die Ressourcen und Einschränkungen des Patienten, die Zeit, die für die Bewältigung des täglichen Lebens benötigt wird, und schließlich die psychiatrischen Pathologien.

Fabrizio Greco

"Man kann die Stimulation einer Person nicht kodifizieren. Beispiel Hygiene am Waschbecken: Ich stimulare den Benutzer, indem ich ihm Zeit gebe, dies zu tun. Aber ich kann es nicht kodieren. Der RAI könnte 3/2 oder 2/2 in der LDA sein. Wenn ich alles im Gleichschritt mache, wird daraus ein 4/3 oder ein 3/3.

Was eine subkutane Operation oder ein Stoma betrifft, so ist es richtig, dass es erkannt wird; auch für diese Operationen braucht es Zeit und deshalb sollte der RAI-Punkt gar nicht sinken. Es ist daher besser zu sagen, dass ich bei einer subkutanen Operation die richtige Erkennung erhalte und bei einer Schrittmacheroperation zu wenig. Ursprünglich war das RAI ein unbekanntes Instrument. Ich denke da zum Beispiel Schulungen, Selbstpflege, Ambu-

Anziehen, Essen, etc. Im Pflegeplan steht das Ziel, diese Autonomie wiederzuerlangen. Das kann ich sechs Monate lang tun, indem ich es dokumentiere, vielleicht kann ich es weitere sechs Monate tun, aber dann ist es genug. Wenn ich das Ziel erreiche, gehe ich zur Pflege über, die nur von einigen Krankenkassen anerkannt wird. Pflege bedeutet, eine Maßnahme fortzusetzen, die es dem Bewohner ermöglicht, die gewonnene Selbstständigkeit zu erhalten (z. B. beim Spazierengehen ist es wichtig, weiterhin mit ihm spazieren zu gehen). Wenn Ihnen die Einheit nicht bewilligt wird und Sie das erreichte Ziel aufrechterhalten wollen, muss die Krankenkasse ein Mittel zur Aufrechterhaltung der erreichten Autonomie finden. Wenn das Ziel erreicht ist, ist es nach Ansicht der Krankenkasse Sache des Altenheims

diese Aktivität des täglichen Lebens aufrechtzuerhalten. Es kommt daher vor, dass die tägliche Bewegung nicht mehr dokumentiert wird, der Spaziergang aber fortgesetzt wird. Das Team (Krankenschwestern und -pfleger) entscheidet bei der Ausarbeitung des Pflegeplans, ob man sich bewegt oder nicht. Sobald dieser festgelegt ist, beginnt die RAI. Diese Weigerung setzt voraus, dass das Personal mit dem RAI-Instrument vertraut ist. Die Krankenkasse verlangt sehr oft eine ausführliche Begründung für den Schulungsantrag. Das große Problem ist jedoch die Nichtanerkennung der Pflege.

Diego Lo Curto

"Alle Mittel zur Prävention/Stimulation wirken sich nicht positiv auf RUGS-Gruppen aus, im Gegenteil

Für welche Handlungen brauchen Sie länger und für welche haben Sie eine höhere Punktzahl im

Die Kommentare der Befragten, insbesondere zu den Unzulänglichkeiten des Instruments bei der Erfassung bestimmter Handlungen, vor allem

Beziehungsarbeit, nehmen Sie vorweg, was im folgenden Teil unserer Umfrage herauskommt. Wenn wir einerseits mit den vorangegangenen Fragen gefragt haben, ob die Mitarbeiter in die Lage versetzt wurden, die RAI bestmöglich zu erstellen (ob sie über die notwendigen Werkzeuge, Zeit und Daten verfügen), fragen wir andererseits: ob die in der Vergangenheit bereitgestellten Daten

umfassend, würden Sie eine RAI erhalten, die die Bi-Träume des Bewohners vollständig widerspiegelt?

Für die Umfrage haben wir eine Reihe von Bereichen ermittelt, die von den Pflegekräften selbst angegeben wurden, um zu zeigen, wie die auf sie wirkt.

Für jede Pflegesituation haben wir eine zweifache Anfrage vorgesehen: Einerseits fragen wir, ob mehr Zeit für die Förderung der Autonomie des Bewohners (Betreuung) aufgewendet wird und andererseits, ob mehr Zeit für die Pflege des Bewohners aufgewendet wird.

Zum einen geht es um die Zeit, die damit verbracht wird, es entweder zu ersetzen (was seine Autonomie effektiv einschränkt) oder einzugreifen (auf elterliche Weise oder durch Füttern). Zum anderen fragen wir diejenigen, die den RAI ausfüllen, wie das RAI-Instrumente

In der nachstehenden Tabelle ist der Zusammenhang zwischen der Dauer der Betreuung und den Auswirkungen auf den RAI dargestellt.

	Sie brauchen länger, um		Sie erhalten eine höhere Punktzahl für	
	stimulieren beaufsichtigen verhindern	die Leitung übernehmen	stimulieren beaufsichtigen verhindern	ersetzen eingreifen verwalten
Stimulation	96%	4%	34%	66%
Überwachung	88%	12%	24%	76%
Dehydrierung	87%	13%	22%	78%
Unterernährung	82%	18%	22%	78%
Verhaltensbezogene Fragen	48%	52%	30%	70%

oft benachteiligt. Bei der Arbeit mit dem Ziel, den körperlichen Verfall von Bewohnern zu verhindern, könnte die Lösung darin bestehen, mit dem Physiotherapeuten/Ergotherapeuten zusammenzuarbeiten, um Qualität zu erreichen - die R-Gruppen (Rehabilitation) haben in der Tat ein hohes Niveau an Pflegeminuten. Dies zum Teil durch den Physiotherapeuten, der als interne Ressource (1,7 Einheiten/100 pl) eingesetzt werden kann, um die fehlenden Pflegeminuten zu akquirieren und so die Qualität der Pflege zu verbessern.

Anthea Gianora

"In der praktischen Arbeit stimmen die Zeiten nicht überein. Bei einer bettlägerigen Person wird ein größerer Zeitaufwand für die Hygiene anerkannt als bei einer Person mit Alzheimer-Krankheit. Dieses Konzept ist in der klinischen Praxis umstritten, die

Ein Bewohner mit Demenz ist immer noch in der Lage, viele Aktivitäten selbstständig auszuführen, wenn er dazu angeregt wird, aber das hat Auswirkungen auf die Beurteilung. Wenn er angeregt wird und selbstständig ist, "habe ich Anspruch" auf weniger Zeit, um ihn/sie zu unterstützen. Das kann leider dazu führen, dass man den Bewohner ablöst und ihm bei der Pflege voll zur Seite steht, weil die Zeit nicht reicht. Diese Art der Pflege hat leider eine wesentliche Konsequenz: eine erhöhte Abhängigkeit des Bewohners. Im Zusammenhang mit Demenz wissen wir, dass die Bewohner, wenn sie ihre Ressourcen nicht trainieren, diese nach und nach verlieren und damit eine größere Abhängigkeit von unseren Pflegemaßnahmen schaffen. In der Schule werden wir mit der Kultur des Erhalts der Restressourcen der von uns betreuten Menschen geboren, aber die RAI pflegt diese Arbeitskultur nicht.

Giovanni Marvin und Andreja Rezzonico

"Diese Daten sind ein weiterer Beleg für die Kluft, die zwischen dem RAI als klinischem Instrument und dem RAI als wirtschaftlichem Instrument besteht. Wenn ich die Frage der Malnutrition betrachte, misst das Instrument den Grad der Abhängigkeit der Person aus klinischer und pflegerischer, medizinischer Sicht. Wenn ich mit einer Sonde eingreifen muss, tue ich technische Handlungen, die eine gewisse Bedeutung haben und einen besonderen Aufwand erfordern. Wenn ich dagegen die Person füttern oder zum Essen anregen muss, ist das nicht klinisch anspruchsvoll, aber pflegerisch anspruchsvoll. Die Krankenversicherung misst aber den klinischen, nicht den pflegerischen Aufwand. Und hier kommen wir wieder auf die Frage zurück, ob es sich nicht lohnt, zwei Instrumente zu haben. Alternativ sollten wir uns auch fragen, ob es möglich wäre, das bestehende Instrument anzupassen.

individuelle Aktivität, was die Bewertung angeht.

Interessant ist, dass, obwohl der Zeitaufwand der Pflegekräfte dort höher ist, wo sie sich für die Förderung der Autonomie des Bewohners einsetzen, keine angemessene Anerkennung im RAI erfolgt: Die zum Zeitpunkt der Kodierung erhaltene Punktzahl ist dort höher, wo die Pflegekraft ersetzt oder eingreift und die Autonomie des Bewohners effektiv einschränkt. Wer erkennt all die Zeit, die für die Pflege aufgewendet wird, adäquat an? Aber lassen wir die Pflegekräfte selbst zu Wort kommen, nicht ohne eine gewisse Frustration:

Allgemeine Bemerkungen

"Sucht wird mehr, Ihr Engagement wird nicht gewürdigt".

"Einige Bewohner sind in der Lage, Aufgaben selbständig zu erledigen, aber in ihrer eigenen Zeit. Oft sind diese Zeiten aufgrund der Arbeitsbelastung schwer einzuhalten, und deshalb neigen wir manchmal dazu, die Aktivitäten selbst zu übernehmen und durchzuführen.

"Im RAI-System ist festgelegt, dass die Punktzahl umso höher ist, je höher der Grad der kognitiven Abhängigkeit ist. Gäste mit schweren kognitiven Problemen, die ständig von Pflegern betreut werden müssen, aber aufstehen

selbständig, bewegen sich selbständig im Bett, essen allein... beschäftigen die Pflegeperson viel länger, haben aber laut RAI-System einen geringeren Abhängigkeitsgrad.

"Der ADL-Index bringt eine Menge Punkte, wenn er als Ersatz für den Bewohner bewertet wird, er lädt also nicht zur Stimulation, sondern zum Ersatz ein.

Anmerkungen zur Dehydrierung

"Es lohnt sich eher, eine subkutane Infusion zu verabreichen, die man einnimmt und dann etwas anderes macht, als eine Mundinfusion, die sehr lange dauert.

Kommentare zur Eskalation von Verhaltensproblemen

"Häufig werden Verhaltensstörungen mit einer medikamentösen Therapie behandelt und nicht in die grundlegenden Aspekte zur Vorbeugung investiert (ihn dazu bringen, die richtige Zeitspanne zu gehen, ihn an teilhaben zu lassen, eine aktive Beteiligung bei den B-ADLs zu verlangen, kurze und gesunde Bettruhe anzubieten), da dies viele Pflegekräfte erfordert.

Übergang von der klinischen zur pflegerischen Quantifizierung. Das als ökonomische Orientierung eingesetzte Instrument hat das Problem, dass es zu einer stärkeren Medikalisierung führt. Es liegt auf der Hand, dass das Instrument daher nicht geeignet ist, den as- sistentialen Teil zu erfassen.

Fabrizio Greco

"Im Allgemeinen ermöglichen komplexe Verbände eine hohe RUG-Registrierung. Bei Wunden ist der Erkennungsgrad nicht immer angemessen. Die Sturzprophylaxe ist keine leichte Aufgabe. Die Arbeit diese Art von Projekt ist sehr anspruchsvoll. Es müssen viele Menschen beteiligt sein, die Arbeit dauert 24 Stunden. Es ist klar, dass die Antworten je Ansatz sehr unterschiedlich ausfallen.

die von der CPA angenommen werden: bei einigen liegt der Schwerpunkt mehr auf der Prävention, bei auf der Demonstration. Dies hängt auch von der Logistik der CPA ab.

Diego Lo Curto

"Bei Wunden und Stürzen kehren wir zum Konzept der Prävention in Zusammenarbeit mit der Physio- und Ergotherapie zurück: Durch mehr Physiotherapie und Training werden die Muskeln und der Blutkreislauf gestärkt. Bei Menschen mit Verhaltensproblemen könnten die bereits in der MDS-Bewertung anerkannten Pflegeminuten auf eine höhere Gruppe ausgeweitet werden. Mehr Pflege für die gesamte Station. Hier kommen wir zu einem weiteren Thema, nämlich der Pharmakotherapie: Wenn Sie nicht-pharmakologische Therapien anwenden wollen

dass mehr Ressourcen im Sinne von mehr Zeit für die Behandlung benötigt werden. Wenn dies nicht möglich ist, wird eine phar- makologische Therapie eingesetzt. Auch mit P2d (Tagesstruktur) sind keine ausreichenden Betreuungsminuten möglich. Das neue MIX-Grad-Projekt sollte der Komplexität des Einzelfalls Rechnung tragen und nicht nur den technischen Teil, sondern auch die Komplexität der Gesamtsituation einschließlich des Managements der Familienmitglieder berücksichtigen.

Paolo Pezzoli und Tiziana Urbani

"Das Paradigma, dass mehr RAI gleichbedeutend mit einer höheren Qualität der Versorgung ist, ist falsch. Es besteht die Gefahr, dass die Einrichtungen die Zahl der Krankenschwestern erhöhen, nur um ihren RAI zu steigern. Unser Koeffizient liegt bei 1,12, aber es gibt

Dieses Paradoxon zwischen der Zeit, die für die Aufrechterhaltung der Restressourcen des Patienten benötigt wird, und ihrer Nichtanerkennung wird im Anhang gut veranschaulicht, wo wir einen Vergleich von zwei Schulfällen aus tatsächlichen CPA-Fällen präsentieren.

Nicht nur, dass einige Aktionen unzureichend bewertet werden: Andere werden von dem Instrument gar nicht berücksichtigt, wie zum Beispiel die folgenden.

In der Tabelle auf dieser Seite heben wir eine Dichotomie hervor

zwischen Handlungen, die von Pflegekräften immer wieder an Patienten durchgeführt werden und die sich für eine gute Pflege als unverzichtbar erweisen, und einer unzureichenden oder gar fehlenden Anerkennung in der RAI andererseits. Wir erwähnen hier insbesondere drei Aspekte:

- Dekubitus: Die Antworten hängen von der Krankengeschichte der Befragten ab, die meisten geben jedoch an, dass sie sich alle 2 Stunden etwa 10 bis 15 Minuten engagieren. Die Antworten weisen jedoch darauf hin, dass es sich um eine sehr wichtige Aufgabe handelt und dass, falls erforderlich, die

	Sie sind konfrontiert mit		Sie können kodieren		Relevante Ergebnisse werden erzielt		Ursache der Notlage in %		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	wenig	mittel	also
Druckgeschwüre	*siehe Kommentare		76%	24%	46%	54%	/	/	/
Fälle	*siehe Kommentare		58%	42%	26%	74%	5%	29%	66%
Eskalation von Verhaltensproblemen	*Siehe Tabelle auf Seite 35						6%	14%	80%
Psychogeriatric	95%	5%	19%	81%	/	/	4%	14%	82%
Aufforderung (Glocke)	/	/	7%	93%	/	/	13%	18%	69%

Realitäten, in denen die Werte viel höher sind. Die Verwendung von Infusionen zur Erhöhung der Punktzahl ist ein echtes Problem, das einige Einrichtungen zu dieser Praxis treibt, die Ehrlichkeit und Professionalität erfordert.

Der RAI ist ein von oben auferlegtem Instrument und dient als Verwaltungsinstrument für das Pflegepersonal. In Italien zum Beispiel heißt er PAI und hat nicht den gleichen Einfluss auf das Personal wie in der Schweiz. In den LIS-Einrichtungen bezieht sich der RAI hauptsächlich auf die Pflegeplanung und mehr auf die tatsächliche Pflege als auf die Anzahl der Mitarbeiter".

Anthea Gianora

"Leider belohnt die RAI die Arbeit Erhaltung der Autonomie nicht,

dann ist es ein Teufelskreis. Absurderweise ist die Qualität der Pflege dort besser, wo der RAI-Wert niedrig ist. Wenn er niedrig ist, bedeutet das oft, dass es eine Tendenz gibt, in Bereichen der Prävention und guten Pflege zu intervenieren, die der RAI nicht registriert".

Daniele Stival

"Mit dem RAI-Update wurden die RUGS SE2 und SE3 korrigiert. Es wurde überarbeitet. Es besteht ein Bedarf an einer kontinuierlichen Verbesserung Pflege und der Lebensqualität. Auf einer sehr konkreten Ebene ist die RAI ein anerkanntes Instrument, das die Nachhaltigkeit des derzeitigen Systems garantiert, aber sie ist nicht das einzige Element in sehr komplexen Kontext.

täglich und wiederholt zu wiederholen. Für 76 % der Befragten ist es zwar möglich, die Dekubitusprophylaxe zu kodifizieren, aber 54 % halten die erzielte Punktzahl für den erforderlichen Einsatz für unzureichend.

- Stürze: 57 % antworteten, dass der RAI die Kodierung der Sturzprävention erlaubt. Allerdings antworteten 74 %, dass dies keinen Einfluss auf den RAI-Score hat. Aus den Kommentaren geht hervor, dass die Sturzprophylaxe eine erhebliche Sorgfalt seitens der Pflegekräfte erfordert. Ein zeitlicher Aufwand, der durch das RAI-Instrument nicht angemessen berücksichtigt wird. Darüber hinaus gaben 66 Prozent an, dass die Verhinderung eines Sturzes eines Bewohners einen großen Leidensdruck verursacht.
- Eskalation von Verhaltensproblemen: 52 % geben an, dass sie länger brauchen, um die Manifestation solcher Störungen zu bewältigen, als um sie zu verhindern. Bezug auf die Auswirkungen auf die RAI geben 71 % an, dass sie bei der Bewältigung der Manifestation der Verhaltensstörung mehr erreichen als bei der Prävention.

Auch hier zeigen die Kommentare, dass die Prävention nicht kodifiziert werden kann, die Manifestation hingegen schon. Schließlich fügen 80 % der Befragten hinzu, dass der Grad der Belastung sehr hoch ist.

Die Ergebnisse und Kommentare zeigen also, wie das RAI-Instrument eher dort reagiert, wo das, und wie es all die Arbeit vernachlässigt, die getan wurde, um es zu verhindern, um nur einige Beispiele zu nennen:

"Das System belohnt Interventionen zur Heilung eines Problems, aber nicht die Bemühungen zur Vorbeugung eines Problems";

geringe Anerkennung der Prävention und des Zeitaufwands für ihre Umsetzung";

[im Falle von Druckgeschwüren].

"Es wird kodiert, wenn es einen Dekubitus gibt und die Prävention wird nicht berechnet. Die Punktzahl erhöht sich, wenn bereits ein Dekubitus vorliegt".

Paolo Pezzoli und Tiziana Urbani

"Es stimmt, dass im Vergleich zur Psychiatrie ein leistungsfähigeres Instrument entwickelt werden könnte. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass das Pflegepersonal eine abwechslungsreiche Tätigkeit ausübt, einschließlich Pflege von sedierten und bettlägerigen Patienten sowie von Bewohnern mit komplexen Bedürfnissen. Eine regelmäßige Überwachung des Gesundheitszustands der Mitarbeiter ist unerlässlich.

Das berühmte PD2 der RAI ist nicht effektiv. Es bietet die Möglichkeit eines maßgeschneiderten, ausbildungsähnlichen Zeitplans, wobei die Gefahr besteht, dass dem Gast ein Zeitplan aufgezwungen wird, um Anerkennung zu erlangen. In der Realität funktioniert dies jedoch nicht, da es zu einem starren Tagesablauf wird, an dem der Gast oft nicht teilnehmen möchte. Es ist notwendig, bestehende Praktiken, wie z. B. tägliche Rituale, anzuerkennen, die ebenso anspruchsvoll und individuell sind und mit dem Bewohner geteilt werden.

Stevens Cramer

"Es besteht ein Bedarf an angemessenen Ressourcen und mehr Aufmerksamkeit für die Lebensqualität in den Einrichtungen. Viele Bewohner in den CPAs leiden an kognitiven oder psychogeriatrischen Störungen, die vom RAI-System nicht ausreichend erkannt werden, was zu einer Unterallokation von Ressourcen im Verhältnis zu den tatsächlichen Bedürfnissen führen kann, insbesondere in Einrichtungen mit Abteilungen, die für diese Störungen vorgesehen sind. Das Personal in den Einrichtungen ist sowohl fachlich als auch beziehungsweise hochkompetent, aber es stellt sich die Frage, wie lange es angesichts des Wandels und Attraktivität der Gesundheitsberufe möglich sein wird, die systemischen Defizite allein durch das Engagement des Personals auszugleichen.

Anthea Gianora

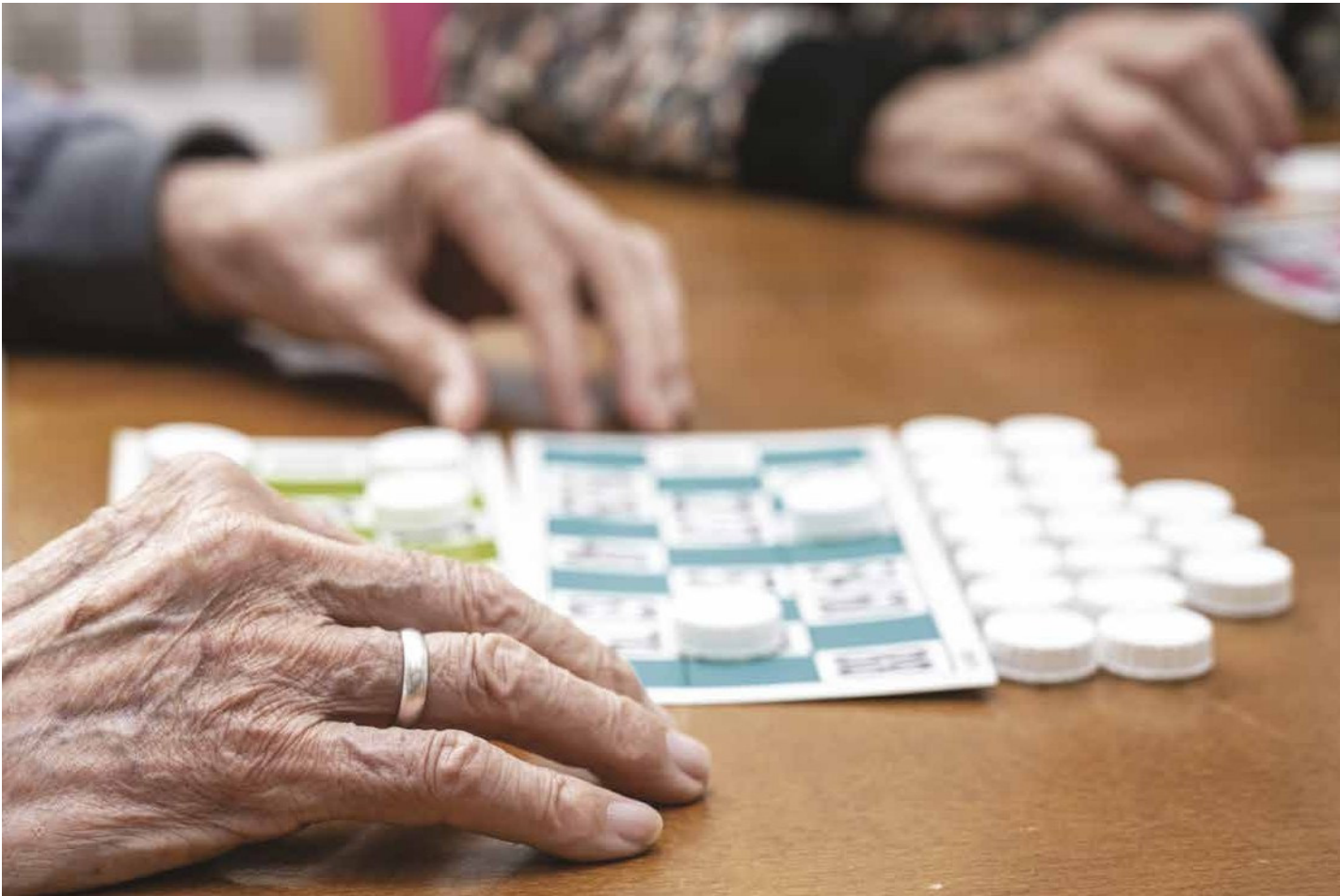
"Die Tagesstruktur (PD2) ist absurd: Sie schafft nur Probleme. Sie ist für die Bewohner der CPAs nicht geeignet. Es ist nicht machbar, jeden Moment des Tages eines Bewohners zu planen. Wenn es stimmt, dass die CPAs näher an einen Lebensort gebracht werden sollen, ist es undenkbar, so zu handeln, man riskiert, die Selbstbestimmung mit Füßen zu treten. Ich denke, es ist für jeden von uns undenkbar, genau zu planen, welche Tätigkeit ich morgen von 8.00 Uhr bis 9.00 Uhr, am Freitag von 16.00 Uhr bis 17.00 Uhr und so weiter jeden Tag 10 Stunden lang ausüben werde. Die Struktur ist so starr, dass man, wenn man einen Zeitplan aufstellt und der Bewohner die geplante Tätigkeit nicht ausführt, aufzeichnen muss, warum und wie, ganz zu schweigen von dem bürokratischen Aufwand.

Gleiches gilt für das Management psychogeriatrischer BewohnerInnen: Zwar geben 95 Prozent an, dass sie mit psychogeriatrischen BewohnerInnen konfrontiert sind und dass dieses Management einen eher hohen Leidensdruck erzeugt (82 Prozent der Befragten), jedoch können die Erscheinungsformen psychogeriatrischer Erkrankungen in der RAI nicht adäquat kodiert werden (81 Prozent), wie aus diesen beiden Kommentaren hervorgeht:

"Dies ist eine der größten Einschränkungen der RAI. Wir verbringen viel Zeit mit dieser Tätigkeit, selbst in der 1:1-Betreuung, und wir können sie nicht nachweisen, oder der Nachweis würde das Ausfüllen vieler Formulare erfordern, was uns Zeit kosten würde, die wir von der Pflege abziehen müssten, ohne dass wir einen Gegenwert in Form von Pflegepersonal hätten";

"Die RAI, so wie sie jetzt strukturiert ist, gibt Ihnen die Möglichkeit, nur die physische Anstrengung hervorzuheben, die eine Person braucht. Aber der psychologische Aufwand? Man sollte die Möglichkeit haben, den Bedarf einer Person auszudrücken, die sich selbst versorgen kann, aber für den psychologischen Teil einen Helfer braucht."





Ein weiterer Stressfaktor: die häufige Aufforderung des (z.B.), wie 69% der Befragten angaben. In der RAI ist der Zeitaufwand für die Beantwortung der zahlreichen Aufforderungen jedoch nicht quantifizierbar (93 %). Wir berichten über drei Kommentare zu diesem Thema:

Manche sogar zehnmal in einer Stunde und ohne wirklichen Grund"; "es gibt selbständige Bewohner, aber sie beanspruchen mehr Zeit und Ressourcen, weil sie so viele Anforderungen stellen"; "einige direkte Pflegeleistungen wie häufige Aufmerksamkeit, ständige Überwachung, Anrufe sind nicht kodifizierbar, obwohl sie so viel Zeit in Anspruch nehmen".

Alle Antworten auf TEIL 2 zeigen, dass der RAI nicht auf verschiedene Lebensaktivitäten reagiert täglichen Lebens (ADL) oder auf bestimmte Verhaltensweisen (kognitive, verhaltensbezogene, stimmungsbezogene Probleme) des Bewohners, die jedoch besser erkannt werden müssen, weil sie de facto von den Mitarbeitern betreut werden. Hier wird die Dysfunktionalität in der Lebensqualität des Bewohners eingekapselt.

in der Qualität der Pflege und folglich in der Qualität der Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter der CPAs.

Und schließlich wollen wir wissen, wie viel Zeit für die Arbeit hinter den Kulissen" aufgewendet wird:

- Erstellung von Unterlagen: 80 % geben an, dass sie an der Erstellung solcher Unterlagen beteiligt sind, und weisen darauf hin, dass der Zeitaufwand für diese Aufgabe im Durchschnitt zwischen 30 und 60 Minuten pro Tag liegt, ohne dass sie kodifiziert werden kann (86 %).

	Sie sind konfrontiert mit		Sie können kodieren	
	SI	NO	SI	NO
Erstellung von Unterlagen	80%	20%	13%	86%
klinische Fallbesprechung	70%	30%	10%	90%
klinische Gespräche	63%	37%	13%	87%
Familienkonferenz	28%	72%	10%	90%

Diego Lo Curto

"Die Familienkonferenzen müssen nicht nur wegen des Zeitaufwands, sondern auch wegen der oft komplexen Behandlung anerkannt werden. Bei zwei Bewohnern mit der gleichen Pathologie, die vielleicht kein besonderes Management benötigen, ist es die emotionale Seite der Familienmitglieder, die den Unterschied macht. Mit dem gleichen Problem konfrontiert, kann ich es mit Familienmitgliedern zu tun haben, die sich an den Pflegeplan halten, oder aber mit Familienmitgliedern, die erhebliche emotionale Unterstützung benötigen, da sie die Pflege stets kritisch sehen und in Konflikt mit Team stehen. Dieselbe Dynamik und dasselbe Problem, aber eine größere Komplexität. Und diese Dynamik führt unweigerlich zu mehr emotionalem Stress für den Patienten.

Team und Zeit für die Unterstützung der Familienmitglieder und des Bewohners aufwenden. Umso mehr sollte diese Zeit anerkannt werden.

- Besprechung des klinischen Falls: 70 % geben an, dass sie sich an der Besprechung beteiligen, und geben an, dass der Zeitaufwand für diese Übung im Durchschnitt etwa 30 Minuten beträgt, obwohl sie davon ausgehen, dass der Zeitaufwand je nach Fall stark variiert, jedoch nicht kodifiziert werden kann (90 % geben an).
- Teilnahme an der klinischen Besprechung: 63 % geben an, dass sie an klinischen Besprechungen teilnehmen, und geben an, dass der Zeitaufwand für diese Übung etwa 30 Minuten beträgt, wobei sie jedoch angeben, dass die Zeit je nach Fall sehr unterschiedlich ist, wobei die Zeit nicht kodifiziert ist (87 % geben an).
- Familienkonferenz: 72 % geben an, dass sie diese Übung durchführen, wobei sie angeben, dass die für Aufgabe benötigte Zeit zwischen 30 und 60 Minuten variiert, mit starken Abweichungen je nach Fall, wobei es jedoch nicht möglich ist, sie zu kodifizieren (90 % geben an). Wir fügen hinzu, dass die Kommentare zeigen, wie *"wichtig es ist, Familienkonferenzen abzuhalten, die Familie in die Pflege ihres Angehörigen einzubeziehen und mit allen Akteuren des Netzwerks zu sprechen, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen"*.



Stevens Crameri

"Im Allgemeinen sind Planung, Organisation und Kontrolle vorhanden, aber es fehlen einige der Instrumente und Ressourcen, die zur Erreichung der Ziele erforderlich sind. Für den langen Weg zur Bewältigung der neuen Herausforderungen, bei dem viele sozioökonomische Faktoren berücksichtigt werden müssen, sind ausreichend Zeit und Ressourcen erforderlich."

Würden Sie an dieser Stelle des Fragebogens etwas ändern oder hinzufügen, um die Frage in Teil 1 "Wissen Sie, wie sich dies auf die Verwaltung und die Qualität Ihrer Arbeit auswirkt?"

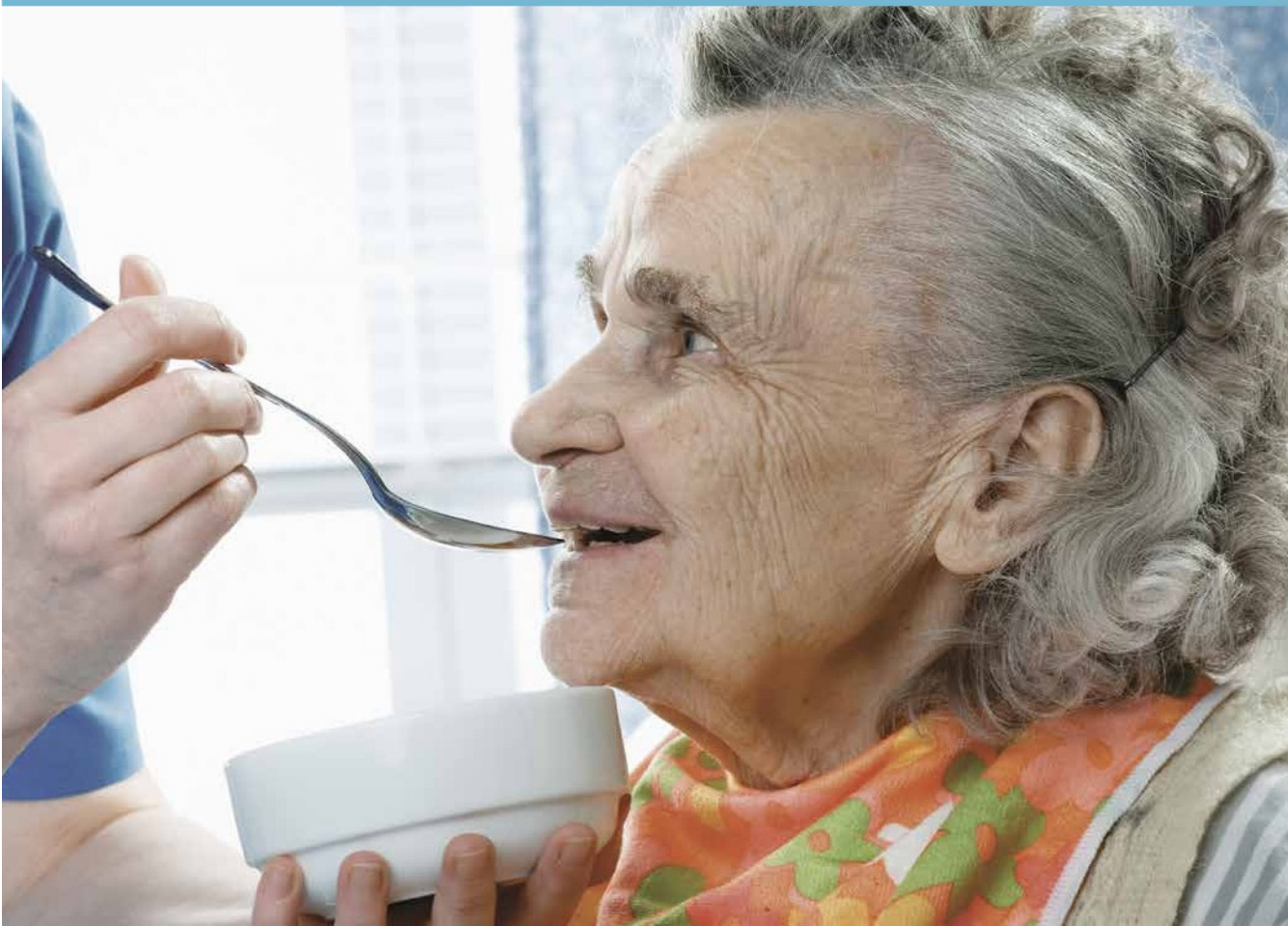
Die Antworten zeigen Folgendes:

- der RAI ist kein geeignetes Instrument, um den Zeitaufwand für die tägliche Pflege der Bewohner zu ermitteln;
 - die Zeit für die Zusammenstellung der RAI ist eindeutig unzureichend;
 - Es mangelt an geeigneten Kodifizierungen für die verschiedenen Aufgaben, die für CPAs heute von entscheidender Bedeutung sind,
- die Ressourcen der älteren Menschen zu erhalten und die aktuelle Fallzahl zu berücksichtigen;
 - Für eine korrekte Berechnung des Personalbedarfs sind neben dem RAI weitere Instrumente erforderlich. Der RAI muss aktualisiert werden, damit er die Zeit, die für die tägliche Betreuung der Bewohner und die Beziehung zu ihnen (Zuhören und Trösten) benötigt wird, besser berücksichtigen kann.

Die Grundsätze, die der neuen LANZ-Planung und dem LACD zugrunde liegen, beruhen auf den Rechten auf "Würde, körperliches und geistiges Wohlbefinden, Freiheit und Sicherheit, Selbstbestimmung und angemessene, Pflege". Stehen Ihrer Meinung nach das Instrument RAI-NH und die damit erzielten Ergebnisse in Bezug auf die Personalausstattung im Einklang mit diesen Rechten?

83 % geben an, dass das Instrument nicht mit den Grundsätzen übereinstimmt, die im Rahmen der Planung und Kommentare (wir zitieren einige von ihnen):
"Oftmals fehlt leider aus Zeitgründen die 'tiefe' Beziehung, die Grundversorgung ist gewährleistet und ist auch von qualitativer Qualität.

lität. Aber vielleicht wird die ganze mentale Sphäre der, Beruhigungen, ... vernachlässigt". "Wenn ein älterer Mensch in ein Altersheim kommt, verliert er tendenziell seine Autonomie, weil es an Personal fehlt, das ihm die nötige Zeit zur Verfügung stellt", "wenn morgens in zwei Stunden 18 Patienten für das Frühstück vorbereitet werden müssen, wird es schwierig, eine qualitativ hochwertige Pflege oder das Wohlbefinden und die Würde zu erhalten".



SCHLUSSFOLGERUNGEN



Die Ergebnisse des zweiten Teils der Umfrage zeigen, dass das Instrument nicht ausreichend ist

den pflegenden Teil der Betreuungsarbeit zu übernehmen, und entspricht in keiner Weise den Grundsätzen der neuen LANZ-LACD-Planung, d.h. den Rechten "Würde, körperliches und geistiges Wohlbefinden, Freiheit und Sicherheit, Selbstbestimmung und angemessene, qualitativ hochwertige Betreuung".

Das Instrument spiegelt auch nicht den Pflegebedarf wider, insbesondere nicht die zu erwartenden zukünftigen Fälle (Demenz, Psychiatrie...).

Zusammenfassend lässt das Instrument nicht zu, dass die tatsächliche tägliche klinische Praxis der Praktiker zum Vorschein kommt und gewürdigt wird. Dies führt zu Frustration, da gute Pflege nicht wertgeschätzt wird, was zu Stress und Überlastung, Personalmangel und schließlich Aufgabe des Berufs führt.

Die Ergebnisse zeigen die möglichen Ursachen für die aufgetretenen Einschränkungen auf. Das RAI wurde als klinisches Instrument mit wissenschaftlicher Grundlage geschaffen, und der Hauptgesprächspartner sind die Krankenkassen. Dies ist der Grund, warum das von den Pflegekräften geforderte Engagement von

aus klinischer Sicht die richtige Anerkennung in Form von Punkten im RAI erhält. Das Gleiche gilt jedoch nicht für das von den Pflegekräften geforderte Engagement in Bezug auf die Pflege, das nicht gebührend anerkannt wird.

Nachfolgend sind einige Vorschläge aufgeführt, die sich ergeben haben:

- Man könnte darüber nachdenken, die beiden Instrumente zu trennen, d.h. dass RAI für den klinischen Aspekt zu verwenden und ein weiteres Instrument für die Personalbesetzung zu entwickeln (John Marvin);
- Bewertung, was es bedeutet, nicht-pharmakologische Therapien durchzuführen, indem man versteht, was von der RAI nicht berücksichtigt wird, was aber zu einer besseren Patientenversorgung führt (Daniele Stival).



FRAGE

Wie gut fühlen Sie sich in der Lage, die folgenden Krankheiten/Typen von Bewohnern zu betreuen?

	klein	mittel	sehr
Alzheimer-Krankheit	18%	33%	49%
psychiatrische Krankheiten	50%	32%	18%
Suchtmittelabhängigkeit	66%	25%	9%
niedriges Eintrittsalter in die CPA	16%	38%	46%
zunehmend einsame und isolierte Menschen	12%	35%	53%
Menschen mit überwiegend außerfamiliären Bindungen	22%	37%	41%
mehr vorbereitete und aktive Menschen	28%	37%	35%



TEIL DREI

Ist die Antwort auf den aktuellen und zukünftigen Bedarf angemessen?

Ausgehend von der neuen LANz-LACD-Planung und dem ersten Kardinalprinzip, auf dem die Planungsentscheidungen beruhen, nämlich der Nutzerorientierung, wollen wir in diesem letzten Abschnitt besser verstehen, welchen Herausforderungen die Pflegekräfte bei der Pflege und Betreuung der Bewohner gegenüberstehen oder gegenüberstehen werden. Darüber hinaus sind wir auch daran interessiert, die Bedürfnisse der Pflegekräfte unter dem Gesichtspunkt ihrer Vorbereitung/Ausbildung zu beleuchten: Sind sie bereit, den älteren Menschen von morgen zu pflegen? Welche Ausbildung (in allen Bereichen) werden sie benötigen, um angesichts der neuen Probleme der Bewohner eine qualitativ hochwertige Pflege anbieten zu können?

Die Ergebnisse sind in der nebenstehenden Tabelle aufgeführt.

Hinsichtlich des Umgangs mit bzw. der Pflege von Krankheiten zeigt sich, dass das Personal für psychiatrische Krankheiten und Krankheiten im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit mehr Ausbildung und Wissen benötigt:

Nur 19 % fühlen sich auf die Pflege älterer Menschen mit psychiatrischen Krankheiten vorbereitet, und nur 9 % geben an, dass sie sich auf den Umgang mit und die Pflege von älteren Menschen vorbereitet fühlen.

Menschen, die Drogenabhängigkeit betroffen sind. Dennoch leiden immer mehr ältere Menschen, die in die CPAs kommen, an solchen Störungen, wie einige Pflegekräfte behaupten:

"Psychogeriatriekurse sind notwendig! Ich weiß nichts über Drogenabhängigkeit. Von Demenzerkrankungen weiß ich gar nichts.

"Ich würde gerne an den Schulungen teilnehmen, weil diese Themen die Zukunft sein werden.

"Viele nutzen soziale Netzwerke und das Internet... wir werden zunehmend mit Bewohnern konfrontiert werden, die sich selbst dokumentieren und aktiv am Pflegeprozess teilnehmen werden.

Vor dem Hintergrund dieser Antworten wollten wir das Weiterbildungsangebot in den Einrichtungen untersuchen, indem wir die Pflegekräfte fragten, ob sie von ihrem Arbeitgeber in die Planung der

Weiterbildung einbezogen werden und ob ihnen jemals eine Weiterbildung angeboten wurde. Auf die Frage, ob individuelle Fortbildungen angeboten werden, bestätigte dies nur die Hälfte (44%).

Diego Lo Curto

"Wir sind nicht ausreichend ausgebildet, um Patienten mit Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit psychiatrischen Problemen zu betreuen, ganz zu schweigen von solchen im Zusammenhang mit Suchterkrankungen, da wir bisher wenig mit diesem Thema zu tun hatten. Die Ausbildung, so ist sich die SUPSI dieser Lücke bewusst, weshalb neue Ausbildungsgänge für diese Verhaltensstörungen geschaffen werden. Das Problem liegt jedoch auf der Ebene des Antennenbüros, das die folgenden Aspekte nicht berücksichtigt

die Möglichkeit, die Zahl der spezialisierten Krankenschwestern und Krankenpfleger (klinische Fachkräfte) separat zu finanzieren. In der Tat ist diese Zahl derzeit in der Grundquote enthalten. Das Gleiche gilt für die klinische Fachkraft für Geriatrie: Es ist eine pro Einrichtung vorgeschrieben, aber sie darf die Station nicht verlassen, um sich um alle Fälle zu kümmern, die ihre Aufmerksamkeit in der Einrichtung erfordern, es sei denn, sie tut dies auf Kosten der Einrichtung.

Glauben Sie, dass Sie mehr Schulungen benötigen, um den Bedürfnissen der Bewohner gerecht zu

An dieser Frage zu 75 % bejaht und angegeben, in welchen Bereichen: Psychogeriatric, Alzheimer-Krankheit, Palliativmedizin, Sucht, Kommunikation.

Die älteren Menschen von heute und morgen haben neue Bedürfnisse,

auf die die meisten Betreuer das Gefühl haben, nicht angemessen zu reagieren, wie die Ergebnisse der letzten vier Fallstudien zeigen. Dieses Gefühl der Unzulänglichkeit, das von den meisten geäußert wurde, veranlasste uns, ihnen zwei Fragen zu stellen.

Sind Sie am Ende des Tages mit Ihrer Arbeit zufrieden?

Haben Sie das Gefühl, dass Sie auf die Bedürfnisse des Bewohners so eingegangen sind, wie Sie es sich gewünscht hätten?

Die Antworten auf diese Frage eröffnen ein zweifaches Szenario: Etwas mehr als die Hälfte (55 %) geben an, dass sie sich

Sie geben ausdrücklich an, dass die Gründe dafür in der Leidenschaft für diese Arbeit und in der persönlichen Zufriedenheit und Befriedigung liegen, die sie daraus ziehen. Die verbleibenden 44 % geben jedoch an, dass die ideale Motivation für diesen Beruf aufgrund des hohen Stresses und der physischen und psychischen Abnutzung, der sie ausgesetzt sind, nicht mehr ausreicht, um den Grund für Fortsetzung des Berufs

zu liefern. Wir haben dann untersucht. Diese Daten wurden nach Altersgruppen und Berufsjahren aufgeschlüsselt, um herauszufinden, ob die Aufgabe des Berufs mit altersbedingten körperlichen Abnutzungserscheinungen oder mit anderen Gründen zusammenhängt. Es ist interessant, Folgendes festzustellen: In der Altersgruppe der 20- bis 30-Jährigen erklärt die Hälfte der jungen Leute, dass sie aufgrund ihrer Leidenschaft für diese Arbeit gerne weitermachen würden, aber die andere Hälfte gibt an, dass ihre Erwartungen enttäuscht wurden oder dass die psychophysische Belastung unerträglich ist. Nimmt man hingegen die Gruppe derjenigen, die von

mehr als 30 Jahre in der Branche: Auch hier erklärt die Hälfte, dass sie gerne würde, dass sie eine starke Motivation hat, aber die andere Hälfte erklärt aus gesundheitlichen Gründen und wegen Arbeitsüberlastung, dass sie nicht mehr weitermachen kann.

Aus diesen Beobachtungen lässt sich ableiten, dass der Ausstieg aus dem Beruf nicht nur mit gesundheitlichen Gründen, sondern auch mit einer gewissen Enttäuschung der Erwartungen zusammenhängt. Es ist nicht zu erklären, warum die Hälfte derjenigen, die erst seit kurzer Zeit arbeiten und jünger sind, aussteigen wollen, und umgekehrt die Hälfte derjenigen, die seit mehr als 30 Jahren arbeiten, weitermachen wollen.

Positiv hervorzuheben ist jedoch, dass ein großer Teil (55 %) der Pflegerinnen und Pfleger, die diesen Beruf weiterhin ausüben wollen, trotz aller Schwierigkeiten und kritischen Fragen ihre Leidenschaft in den Vordergrund stellen, wie auch Anthea Gianora bestätigt:

"Es ist schön, dass sich das Personal bewusst ist, dass einige unserer Eingriffe, die schönsten und liebevollsten, zum Wohle der Person erfolgen. Auch wenn dies von der RAI, den Krankenhäusern und den Geldgebern nicht anerkannt wird".

Und gerade um die Bereitschaft der Pflegekräfte zu unterstützen, eine immer hochwertigere Pflege anzubieten, hat unsere Gewerkschaft beschlossen, diese Umfrage durchzuführen, die von der Mehrheit der Befragten begrüßt wurde, wie die Antworten auf die letzten beiden Fragen zeigen:

"Endlich jemand, der sich für das Problem mit den Fragen zur RAI interessiert und versucht, die Grenzen dieses Instruments aufzuzeigen"; Klare Ideen mit guten Initiativen, Konkretheit und Verständnis"; "mit diesen Umfragen, danke".

Doch neben der Wertschätzung vieler auch die Erwartungen hoch: Hier einige Kommentare auf die abschließende Frage "Was erwarten Sie von Ihrer Gewerkschaft"?

"um die RAI zu 'korrigieren'. Danke, dass Sie es überhaupt versuchen!"; "genau das, was sie tun";

"dass sich die RAI zum Besseren wendet";

"Wer kann sich nach der Pandemie und angesichts aller Einschränkungen wirklich bei der politischen Klasse Gehör verschaffen, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern?"

im Sanitärbereich, denn wir alle haben es verdient und werden es früher oder später auch brauchen. Was wir heute kultivieren, werden wir wiederfinden, wenn wir es brauchen. Es ist nur richtig, dass wir es in der Flne des Lebens wiederfinden, besonders wenn wir uns in der Not anderer wiederfinden;

Eine Unterstützung, um Würde und Gelassenheit für alle Arbeitnehmer in unserem Bereich zu gewährleisten. Sie haben zu viele Jahre verstreichen lassen, in denen wir von diesem RAI-System misshandelt worden sind; aber besser spät als nie";

"Ich hoffe sehr, dass wir dem Kanton für den Verteilschlüssel, aber auch den Krankenkassen klar machen können, dass die Pflege eines geriatrischen Patienten heute absolut nicht mehr dasselbe ist wie vor 20 Jahren. Wir brauchen eine kontinuierliche Weiterbildung, damit wir geschultes und qualitativ gutes Personal haben, das den Patientenfall in der CPA bewältigen kann";

"Ich erwarte, dass den Verantwortlichen klar gemacht wird, dass die Betreuung von Menschen (ob alt oder nicht) nicht nur auf wirtschaftlichen Motiven beruhen kann. Derzeit sind in der RAI nur die körperlichen Bedürfnisse kodifiziert, die geistigen und psychischen Bedürfnisse werden nicht berücksichtigt, und das ist ein Fehler. Es braucht Zeit, um eine qualitativ hochwertige und umfassende Pflege zu leisten";

"Das hilft uns zu verstehen, warum die RAI nicht in der Lage ist, die Bedürfnisse unserer Abteilungen zu quantifizieren;

"Mögen wir die Schwierigkeiten, die wir in diesen Jahren erleben, wirklich zum Ausdruck bringen, und mögen wir in der Lage sein, unsere Aufgabe zu erfüllen, indem wir Würde geben, aber auch indem wir sie beweisen. Wir sind immer mehr und mehr Zahlen, um die Schichten zu decken, damit jeder glaubt, dass scheinbar alles in Ordnung ist".

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Ergebnisse des dritten Teils der Umfrage zeigen, dass sich die Pflegekräfte nicht darauf vorbereitet fühlen, ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen angemessen zu betreuen. triche oder Drogenabhängigkeit.

Auch bei der Weiterbildung gibt es Lücken: Nur weniger als die Hälfte der Befragten profitiert von maßgeschneiderten Schulungen.

Was das Phänomen Ausscheidens aus dem Beruf betrifft, so werden die Erwartungen der jungen Menschen beim Übergang von der Schule in den Beruf enttäuscht. Im Allgemeinen erklärt jeder Zweite, dass er (unabhängig Alter) aufgrund der psychischen und physischen Belastung, des körperlichen Verschleißes und des Stresses nicht weitermachen möchte.

Nachfolgend sind einige Vorschläge aufgeführt, die sich ergeben haben:

- eine verstärkte Ausbildung in den folgenden Bereichen: Psychogeriatric, Alzheimer, Palliativmedizin, Sucht, Kommunikation;
- mehr psycho-physische Unterstützung anbieten, um zu verhindern, dass der Beruf aufgegeben wird;
- mehr Unterstützung bei der Ausbildung und den individuellen Karriereaussichten bieten;
- Überdenken der Rolle des CPA-Ausbildungsleiters bei der Bewertung und Überwachung der Vermittlung von CPA-Praktikanten.



APPENDIX

Vergleich von zwei Schulfällen aktuellen CPA-Fällen.

In diesem Kapitel stellen wir zwei Fallstudien von Patienten vor, die in CPAs aufgenommen wurden, und zeigen auf, wie die RAI auf die Bedürfnisse der jeweiligen Patienten reagiert. Insbesondere betrachten wir einerseits einen Patienten, der an psychischen Störungen leidet, aber hinsichtlich seiner funktionellen Fähigkeiten völlig autonom ist, und andererseits einen Patienten, der an keinerlei psychischen Störungen leidet, aber körperlich maximal beeinträchtigt ist.

Die Grenzen der RAI zeigen sich vor allem bei psychischen Fällen, bei denen die physische Betreuung minimal ist, die 24-Stunden-Betreuung das Personal aber stark beansprucht: Es handelt sich um sehr anspruchsvolle Gäste, die oft sehr unruhig sind und für die der Tag bis ins Detail organisiert werden muss.

Doch die Kodierung ist in diesen Fällen extrem niedrig oder begrenzt: Im RAI ist es nicht möglich, den Aufmerksamkeitsbedarf zu kodieren, den diese Gäste haben, und die Beeinträchtigung

Die kognitiven Fähigkeiten werden nur teilweise erfasst. So können z. B. Hinweise auf Delirium, periodischen Denk- oder Wahrnehmungsverlust kodiert werden (in Abschnitt B: kognitive Fähigkeiten), sind aber für den RUG-Score nicht relevant.

Im Allgemeinen ist es möglich zu kodieren, ob die Person körperlich autonom ist, aber psychische/kognitive Probleme hat, aber dies hat keinen Einfluss auf die Ebene der ISO-Ressourcengruppen. Die Zahl der psychiatrischen Fälle nimmt jedoch stark zu, außerdem kommen die psychiatrischen Patienten in einem immer jüngeren Alter in die CPA und sind daher körperlich viel dynamischer.

Ein Alzheimer-Patient hingegen, der bettlägerig ist, nicht spricht und seine Bedürfnisse nicht äußert, erfordert zwar ein geringeres Arbeitspensum als ein psychisch Kranker, aber die Endnote, die sich aus den beiden Fällen ergibt, hat ein ganz anderes Gewicht.

Beispiel 1:

Es handelt sich um einen jungen, der wegen psychischer Probleme in die CPA kam und in guter körperlicher Verfassung ist.

die daher nur minimale Hilfe bei der Grundpflege benötigt. Motorisch ist sie in der Lage, alles zu tun. Dennoch nimmt sich der Betreuer den ganzen über viel Zeit für sie: Zunächst muss er sich in einfühlen, dann muss er sie ständig stimulieren und anleiten. Im Laufe des Tages verlangt sie oft nach Aufmerksamkeit, z. B. ruft sie eine halbe Stunde früher zur Therapie, und wenn ihr nicht zugehört wird, ruft und schreit sie.

Daher muss ihr Tag detailliert organisiert werden, aber es gibt immer noch Zeiten, in denen sie unruhig ist, und daher wird eine engagierte Person benötigt, die mit ihr spazieren geht und sie mit verschiedenen Aktivitäten beschäftigt, damit sie nicht müde wird. Was die Nächte betrifft, so schläft sie in manchen Nächten 5 bis 6 Stunden, während sie in anderen Nächten, obwohl sie die Reserve einnimmt, aufwacht und eine weitere Therapie benötigt, die nicht durchgeführt werden kann, wenn der Schwellenwert der Medikation bereits überschritten ist, was eine weitere Unruhe verursachen würde. Die Nacht kann jedoch nicht im RAI kodiert werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Aufwand und das Engagement zur Aufrechterhaltung seiner Restkapazitäten enorm sind.

Auf der Ebene der Kodierung von Verhaltensstörungen (Abschnitt E: Stimmung und Verhalten) kann in diesem Fall nichts kodiert werden, da das in diesem Abschnitt aufgeführte Verhalten nicht manifestiert ist. Es handelt sich nicht um einen Patienten, der an Verhaltensstörungen leidet, sondern eher an psychischen Problemen. Um ein Beispiel zu nennen: Er "wandert nicht ziellos umher", sondern handelt und bittet um ständige Unterstützung mit Wissen. Wir geben daher in Abschnitt E lediglich die Stufe 2 an, wobei 2 das Maximum an Häufigkeit darstellt.

Bei den funktionellen Fähigkeiten (Abschnitt G: Funktionelle Fähigkeiten/ADL) hingegen ist die Punktzahl niedrig, da der Patient körperlich autonom ist und wir nur Aufsichtsarbeiten (was auf einer Skala von 0 bis 4 der Stufe 1 entspricht) oder höchstens eine teilweise Abhängigkeit (was der Stufe 2 entspricht) angeben.

Was die ISO-Ressourcengruppen für die Pflege (RUG) betrifft, so fällt die Dame im vorliegenden Fall unter CA2 (klinisch komplex), was einem CH-Index von 1,150 entspricht.

Es ist absurd, dass ein Patient mit eingeschränkter körperlicher Funktion und daher

mit hohem ADL (als bettlägerig und vollständig abhängig) erzeugt einen CH-Index von 1,6; und damit eine sehr hohe Inanspruchnahme, wie der zweite Fall zeigt.

Beispiel 2

Wir haben es mit einem Patienten zu tun, der an einer hochgradigen Demenz im letzten Stadium leidet, der sich nicht mehr äußern kann, dessen kognitive Fähigkeiten maximal beeinträchtigt sind (er spricht nicht und hat keine nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten), der keine psychischen Störungen aufweist, aber körperlich maximal beeinträchtigt ist (so dass er viele Personen für die Pflege, Hygiene und Mobilisierung benötigt).

Der LDA-Index beträgt 18 (Maximum), da er auf der physischen Ebene enorme Einschränkungen aufweist. Im E-Abschnitt hingegen liegt der Co-Mangel bei 0. Da der LDA-Abschnitt viel höhere Punktzahlen liefert, ist die endgültige RUG sehr hoch: Sie erzeugt einen CH-Index von 1,6.

Im vorhergehenden Fall hatte der Patient eine sehr starke psychiatrische Störung, aber die ADLs waren gering, weshalb

war der CH-Index niedrig. Hätte er stattdessen hohe ADLs gehabt, hätte er einen CH-Index von 1,776 gehabt.

Der Vergleich der beiden Beispiele untermauert die Ergebnisse der Umfrage in Abschnitt 2 des Fragebogens. Sie zeigen insbesondere, dass trotz der Tatsache, dass der Zeitaufwand der Pflegekräfte größer ist, wenn sie sich für die Förderung der Autonomie des Bewohners engagieren, keine angemessene Anerkennung in der RAI erfolgt. Konkret zeigt das Beispiel 1 die Komplexität der Arbeit, die für die Betreuung von psychogeriatrischen Bewohnern erforderlich ist und die in den RAI nicht angemessen kodifiziert ist.





OSSt organizzazione
cristiano-sociale
toscane

Wer mehr erfahren möchte,
kann sich über diesen QR-Code
den gesamten Fragebogen
ansehen, der dieser Broschüre
zugrunde liegt.