



Berner Fachhochschule

Interdisziplinärer Arbeitsschwerpunkt „Alter“

**H.I.L.DE.: - Einführung -
Praktikable Erfassung und Beurteilung von
Lebensqualität bei Demenz**

Überblick

- Entwicklungsziele und Leitgedanken
- Aufbau und Anwendung des Instrumentes
- Praxisbeispiel
- Evaluation durch die Praxis
- Aktuelles

H.I.L.D.E.

**Heidelberger Instrument zur Erfassung
der Lebensqualität DEMENZkranker**

Entwicklung eines Instrumentes, das in der Lage ist, die emotionale Befindlichkeit bzw. Lebensqualität demenzkranker Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen zu beurteilen

Zentrale Annahmen

- Emotionsfähigkeit Demenzkranker bleibt erhalten, auch wenn kognitive und funktionale Fähigkeiten verloren gehen (z.B. Sprachverständnis, Sprechen)
- Demenzkranke sind in der Lage ihre momentane Stimmungslage auszudrücken



Überblick

- Entwicklungsziele und Leitgedanken
- Aufbau und Anwendung des Instrumentes
- Praxisbeispiel
- Evaluation durch die Praxis
- Aktuelles

Kooperationen

**Gefördert vom BMFSFJ,
Juni 2003 – Oktober 2009**

**Deutsche Gesellschaft zum
Studium des Schmerzes**

**Arbeitskreis
„Schmerz im Alter“**

Projektbeirat

**Vertreter unterschiedlicher
wissenschaftlicher
Disziplinen (Medizin, Pflege,
Gerontologie), sowie
Vertreter von Verbänden**

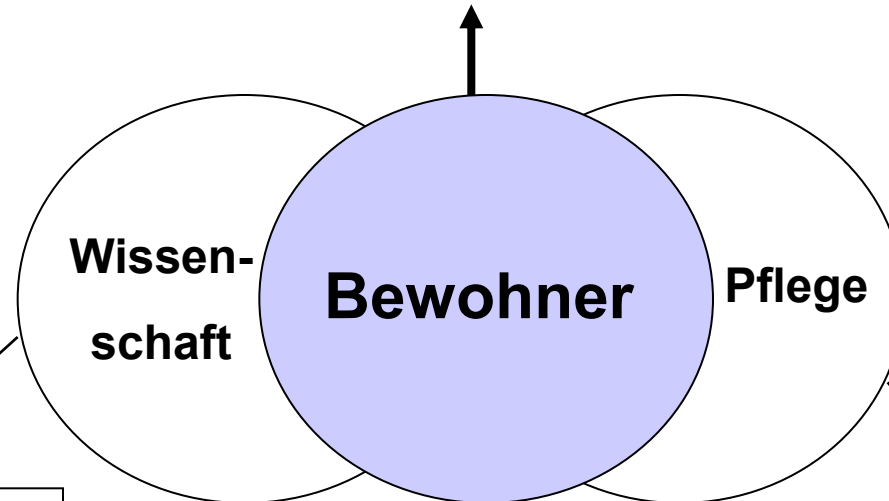
Kooperation mit Einrichtungen der Altenhilfe



**Stationäre Einrichtungen:
bundesweit, Schweiz (trägerübergreifend)**

Ziele der Instrumentenentwicklung

- Verbesserung der Versorgungs- und Lebenssituation
- Erhaltung und Förderung von LEBENSQUALITÄT



- Theoretische Fundierung
- Wissenschaftliche Methoden:
 - Design
 - Auswertung
- Gütekriterien

- Praxisrelevanz
- Handhabbarkeit
- Sensibilisierung
- Pflegeplanung

Vorbereitungen
Theoretische Fundierung /
Erstellung des ersten Instruments
→ Interview

Abschlussstagung 1
Präsentation des
Instruments

Projekttagung
Ergebnisse und
weitere Entwicklungen

Abschlussstagung 2
Präsentation des
Instrumentes

H.I.L.D.E.

Ständiger Austausch mit der Praxis

**Entwicklung und
Anpassung
Fragebogen**

**Anwendung
in der
Praxis**

**Veröffentlichung
von HILDE**

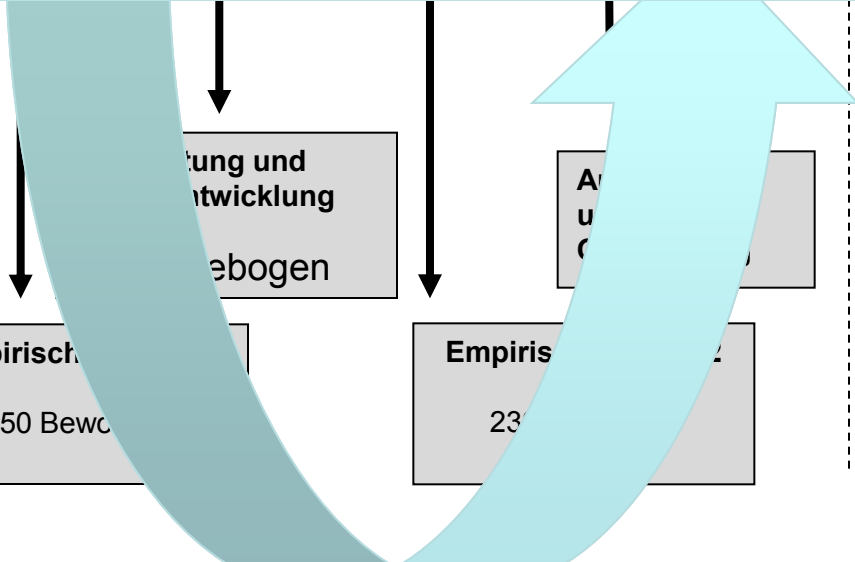
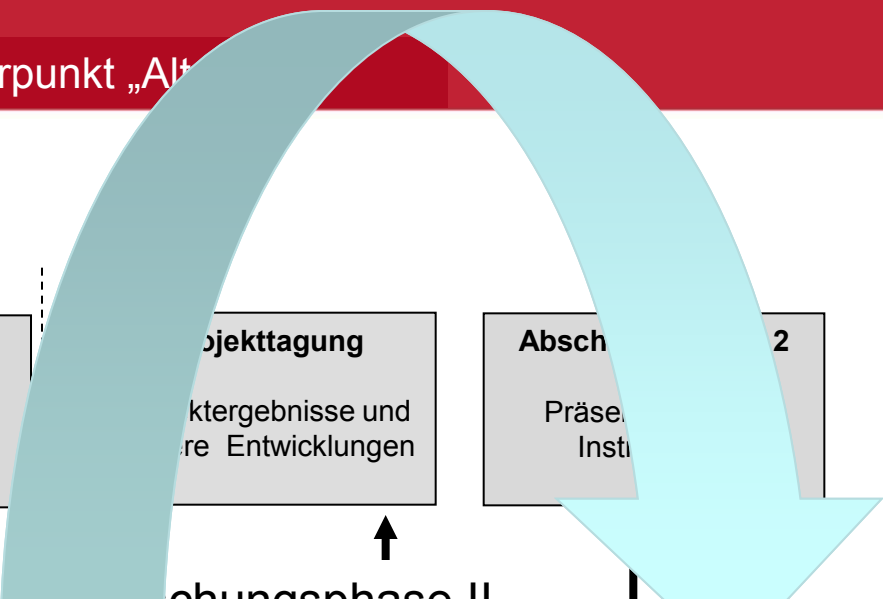
Empirische Phase 1
150 Bewohner

Empirische Phase 2
230 Bewohner

Empirische Phase 3-4
Pilot und Evaluation
1205 Bewohner

Empirische Phase 5
Manual
100 Einrichtungen

**Aktuell:
HILDE in der
Regelprüfung
MDS/MDK**



Parallele Verfahren.....

HILDE I
(N=150)



HILDE II
(N=232)



HILDE III
(Pilot:
N=40)

- Videogestützte Ausdrucksanalyse mit Unterstützung von *Experten der Universität Saarbrücken*, Vergleich mit Beobachtungsskala, *Projektmitarbeiter*
- Beobachtungsskala mit einzelnen Merkmalen verschiedener Emotionen Vergleich mit Gesamteindruck, *Pflegende*
- Beurteilung des Gesamteindrucks in verschiedenen alltagsrelevanten Situationen durch *Pflegende*

..... zur Reduktion der Komplexität

Erfassung des „Alltagswissens“ erfahrener Pflegemitarbeiter auf wissenschaftlich fundierter Grundlage:

- geprüfte Indikatoren für LQ
- objektivierbare Aussagen durch die Nutzung gleicher Kriterien (im Gegensatz zum „Bauchgefühl“)
- strukturierte Kommunikationsgrundlage auch für den Austausch mit anderen Berufsgruppen
- mehr Sicherheit im Urteil

Voraussetzungen zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenzerkrankung

- a) Lebenswelt(en) demenzkranker
Heimbewohner verstehen
- b) Erhaltene Kompetenzen berücksichtigen
und differenzieren
- c) Beurteilungskriterien entwickeln

Zentrale Eckpunkte der Beurteilung von Lebensqualität

- ▶ Auswahl besonders bedeutsamer Aspekte
→ **Abbildung relevanter Lebensbereiche**

- A** Medizinische Versorgung und Schmerzerleben
- B** Räumliche Umwelt
- C** Aktivitäten
- D** Soziales Bezugssystem
- E** Emotionales Erleben und Zufriedenheit

Lebenswelt(en)

- A Schmerzerleben und med. Versorgung
- B Räumliche Umwelt
- C Aktivitäten
- D Soziales Bezugssystem
- E Emotionalität

Referenzheft

C1 Vom Haus angebotene und angeleitete Aktivitäten	
C1.1 Anzahl	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----
C1.2 Gesamthäufigkeit	0-----5-----10-----15-----20-----25-----30-----35-----40-----45-----50-----55-----

→ Individuelles, bereichsspezifisches Profil realisierter Lebensverhältnisse

Erfassungsheft

	(1) Teilnahme		(2) An wie vielen Tagen in der Woche? (0-7)
	nein	ja	
Beschäftigungstherapie	0	1	
Singen/Chor	0	1	1
Kirchgang	0	1	
Aktivierung	0	1	
Gedächtnistraining	0	1	
Spezifische Trainings (z.B. Kontinenz)	0	1	
Gymnastik	0	1	
Spaziergang mit Begleitung	0	1	5
Sonstige Angebote:	0	1	
Sonstige Angebote:	0	1	
C1.1 Anzahl angeleitete Aktivitäten	2		6
C1.2 Gesamthäufigkeit angeleitete Aktivitäten (pro Woche)			

Demenzspezifität von H.I.L.D.E.

Üblich: Einteilung in leicht/mittel/schwer demenzkranke Bewohner aufgrund von Gedächtnis- und Denkleistung (MMST)

ABER: Vernachlässigung wesentlicher betreuungs- und pflegerelevanter Aspekte

 **Demenz hat Syndromcharakter** 

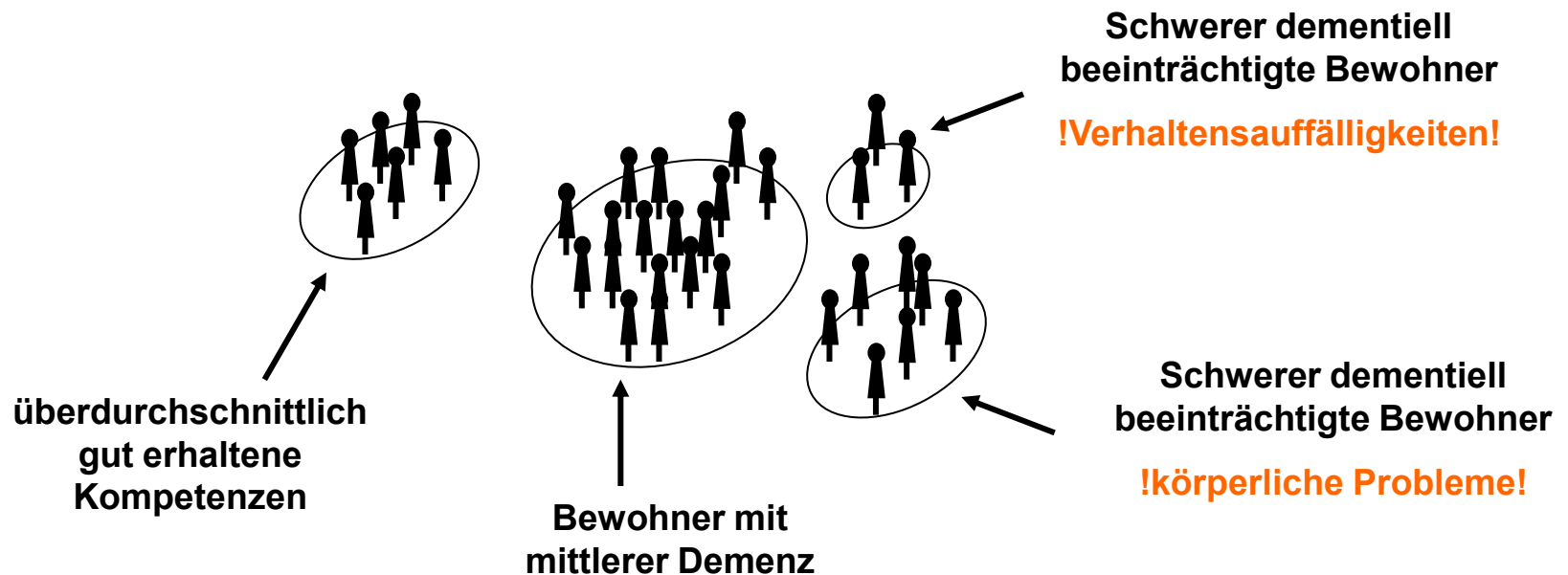
Lebenswelten differenzieren: Bestimmung des Kompetenzprofils

3 Beurteilungsbereiche:

- Gedächtnis und Denken (Kognitive Fähigkeiten),
- Körperlichen Fähigkeiten und Selbstständigkeit in Alltagsaktivitäten (alltagspraktische, funktionale Kompetenzen),
- Belastetheit durch spezifische Verhaltensauffälligkeiten (Psychopathologische Symptome, nicht-kognitive Auffälligkeiten)

Syndrom-Orientierung

...als individuelle Kompetenzen (Möglichkeiten) zur Gestaltung und Erfahrung verschiedener Qualitäten des Lebens.



Lebenswelten differenzieren: Bestimmung des Kompetenzprofils

Der Bewohner ist am ehesten der folgenden Kompetenzgruppe zu zuordnen:		
Beschreibung	Kompetenzprofil	Kürzel
<p>Leicht demenzkrank Weitgehend erhaltene alltagspraktische Kompetenzen bei beginnender Demenz und weitgehender Freiheit von nicht-kognitiven Symptomen</p>		LD
<p>Mittelgradig demenzkrank In Teilen erhaltene alltagspraktische Kompetenzen bei mittelgradigen kognitiven Einbußen und erkennbaren nicht-kognitiven Symptomen (v.a. Depression)</p>		MD
<p>Schwer demenzkrank mit somatischen Einschränkungen Stark eingeschränkte alltagspraktische Kompetenzen bei schweren kognitiven Einbußen und erkennbaren nicht-kognitiven Symptomen</p>		SD-S
<p>Schwer demenzkrank mit psychopathologischen Auffälligkeiten Eingeschränkte alltagspraktische Kompetenzen bei schweren kognitiven Einbußen und einer Häufung verschiedener nicht-kognitiver Symptome</p>		SD-P
	<p>Alltagspraktische Fähigkeiten</p> <p>Gedächtnis und Denken</p> <p>Verhaltensauffälligkeiten</p>	

Erhaltene Kompetenzen berücksichtigen

Demenzspezifität von H.I.L.DE.

Üblich: Einteilung in leicht/mittel/schwer demenzkranke Bewohner aufgrund von Gedächtnis- und Denkleistung (MMST)

ABER: Vernachlässigung betreuungs- und pflegerelevanter Aspekte (Verhaltensauffälligkeiten, ADL)

 **Demenz hat Syndromcharakter** 

ABER: Wenig sinnvolle Vergleichswerte realisierter Lebensqualität bei Demenz

 **Kein Maßstab zur Beurteilung individuell realisierter Lebensqualität** 

Erfassungsheft

Kompetenzprofil	Kürzel

Kompetenzgruppenspezifische Referenzhefte:

C1 Vom Haus angebotene und angeleitete Aktivitäten	
C1.1 Anzahl	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-
C1.2 Gesamthäufigkeit	0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60+

C1 Vom Haus angebotene und angeleitete Aktivitäten	
C1.1 Anzahl	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-
C1.2 Gesamthäufigkeit	0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60+

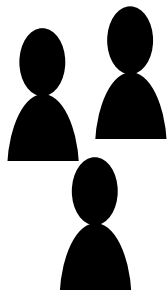
C1 Vom Haus angebotene und angeleitete Aktivitäten	
C1.1 Anzahl	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-
C1.2 Gesamthäufigkeit	0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60+

C1 Vom Haus angebotene und angeleitete Aktivitäten	
C1.1 Anzahl	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-
C1.2 Gesamthäufigkeit	0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60+

Alltagspraktische Fähigkeiten
 Gedächtnis und Denken
 Verhaltensauffälligkeiten

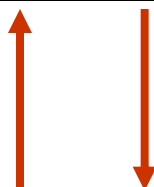
→ Demenzspezifische Referenzwerte als Vergleichsstandard

Beurteilungskriterien entwickeln



Lebensverhältnisse von
Bewohner mit ähnlichen
Kompetenzen

→ spezifische Referenzwerte als
standardisierter Maßstab



Welche Lebensbedingungen
sind beim einzelnen
Bewohner realisiert?

→ individuelles Kompetenzprofil

Kompetenzgruppenspezifische Referenzhefte:

C1 Vom Haus angebotene und angeleitete Aktivitäten	
C1.1 Anzahl	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-
C1.2 Gesamthäufigkeit	0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60+

C1 Vom Haus angebotene und angeleitete Aktivitäten	
C1.1 Anzahl	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-
C1.2 Gesamthäufigkeit	0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60+

C1 Vom Haus angebotene und angeleitete Aktivitäten	
C1.1 Anzahl	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-
C1.2 Gesamthäufigkeit	0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60+

C1 Vom Haus angebotene und angeleitete Aktivitäten	
C1.1 Anzahl	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-
C1.2 Gesamthäufigkeit	0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60+

→ Professionell und privat Pflegende bleiben Experten

H.I.L.DE.-Referenzwerte für vier verschiedene Kompetenzgruppen

- Profil realisierter Lebensqualität statt Punktwert
 - Lebensumstände bisheriger H.I.L.DE.-Untersuchungen als Referenz
 - Vergleich mit individuellem LQ-Profil
- Bedarfe und Potentiale erkennen
- realistische Interventionspläne

Zusammenfassung der Leitgedanken von HILDE

- a) Lebenswelt(en) demenzkranker Heimbewohner verstehen
→ detaillierte Erfassung und Erstellung von Kennwerteprofilen
- b) Erhaltene Kompetenzen berücksichtigen und differenzieren
→ demenzspezifische Kompetenzgruppe
- c) Beurteilungskriterien entwickeln
→ Referenzmaßstäbe als Bewertungsstandard

Formale Struktur

▶ **Manual**
→ Lernen

▶ **Untersuchungsmaterialien**

- 1 Erfassungsheft
→ Dokumentieren
- 4 Referenzhefte
→ Interpretieren



Bewohnername: Herr/ Frau Hilde Muster
Vorname, Nachname

Bearbeitung durch: Herr/ Frau Hans Müller am 3/6/07
Vorname, Nachname Datum

Erfassungsheft

Wer?

- Bezugspflegeperson
- persönliche Zuständigkeit

Wie?

- Nachdenken
- Kollegen fragen
- in Dokumentation nachsehen
- Beobachten!!!!

Bewohnercode:

Kompetenzgruppe: MD

Referenzprofil

C Aktivitäten

Individuelles
Bewohnerprofil

C1 Hausseitig angebotene und angeleitete Aktivitäten	
C1.1 Anzahl	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-
C1.2 Gesamthäufigkeit	0-----5-----10-----15-----20-----25-----30-----35-----40-----45-----50-----55-----60+
C1.3 Anzahl Freude	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
C1.4 Anzahl mögliche Freude	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
C2 Selbständig vom Bewohner ausgeübte Aktivitäten	
C2.1 Anzahl	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-
C2.2 Gesamthäufigkeit	0-----5-----10-----15-----20-----25-----30-----35-----40-----45-----50-----55-----60+
C2.3 Anzahl Freude	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
C2.4 Anzahl mögliche Freude	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

D Soziales Bezugssystem

D1 Soziale Beziehungen	
D1.1 Anzahl verstorbene Personen	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10+
D1.2 Anzahl positive Kontaktpersonen (+)	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-----11-----12
D1.3 Kontakthäufigkeit positive Personen (+)	1-----5-----10-----15-----20-----25-----30-----35-----40+
D1.4 Anzahl negative Kontaktpersonen (-)	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-----11-----12
D1.5 Kontakthäufigkeit negative Personen (-)	1-----5-----10-----15-----20-----25-----30-----35-----40+

- individuelles LQ-Profil
- Bedarfe und Potentiale erkennen

→ Im Team besprechen

- Blick nach vorne
 - aktuell: Optimierung, Entwicklung
 - Verlauf: Evaluation

→ Selbstbestimmung des Bewohners ist gewährleistet durch die Berücksichtigung individueller Ausdrucksmöglichkeiten

Überblick

- Entwicklungsziele und Leitgedanken
- Aufbau und Anwendung des Instrumentes
- Praxisbeispiel
- Evaluation durch die Praxis
- Aktuelles

Praxisbeispiel: Förderung positiven Erlebens

Alltagssituationen:

- Bewohnerin, 89 Jahre, mittlere Demenz
- 2 Beobachtung im Abstand von 6 Monaten
- Dokumentation:
 - Teilnahme an Aktivitäten (Anzahl)
 - Häufigkeit der Teilnahme (Anzahl Tage/Woche)
 - *Beobachtbare Freude* bei diesen Aktivitäten
 - *Mögliche Freude* bei anderen Aktivitäten

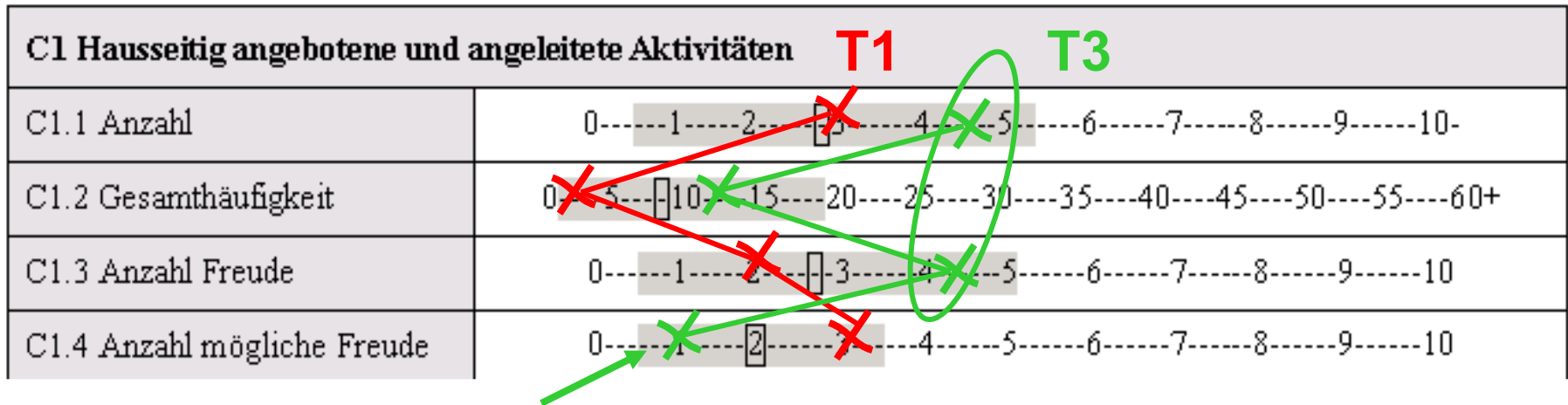
Änderungssensitivität: Fallbeispiel

C1 Hausseitig angebotene und angeleitete Aktivitäten	
C1.1 Anzahl	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-
C1.2 Gesamthäufigkeit	0-----5-----10-----15-----20-----25-----30-----35-----40-----45-----50-----55-----60+
C1.3 Anzahl Freude	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
C1.4 Anzahl mögliche Freude	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Identifikation der Bedarfe zur Förderung von Lebensqualität im Bereich der Aktivitäten:

- Bewohnerin empfindet nicht bei allen Aktivitäten Freude
- Pflorgeteam entwickelt verschiedene Ideen zu *möglicher Freude* bei anderen Aktivitäten

Änderungssensitivität: Fallbeispiel



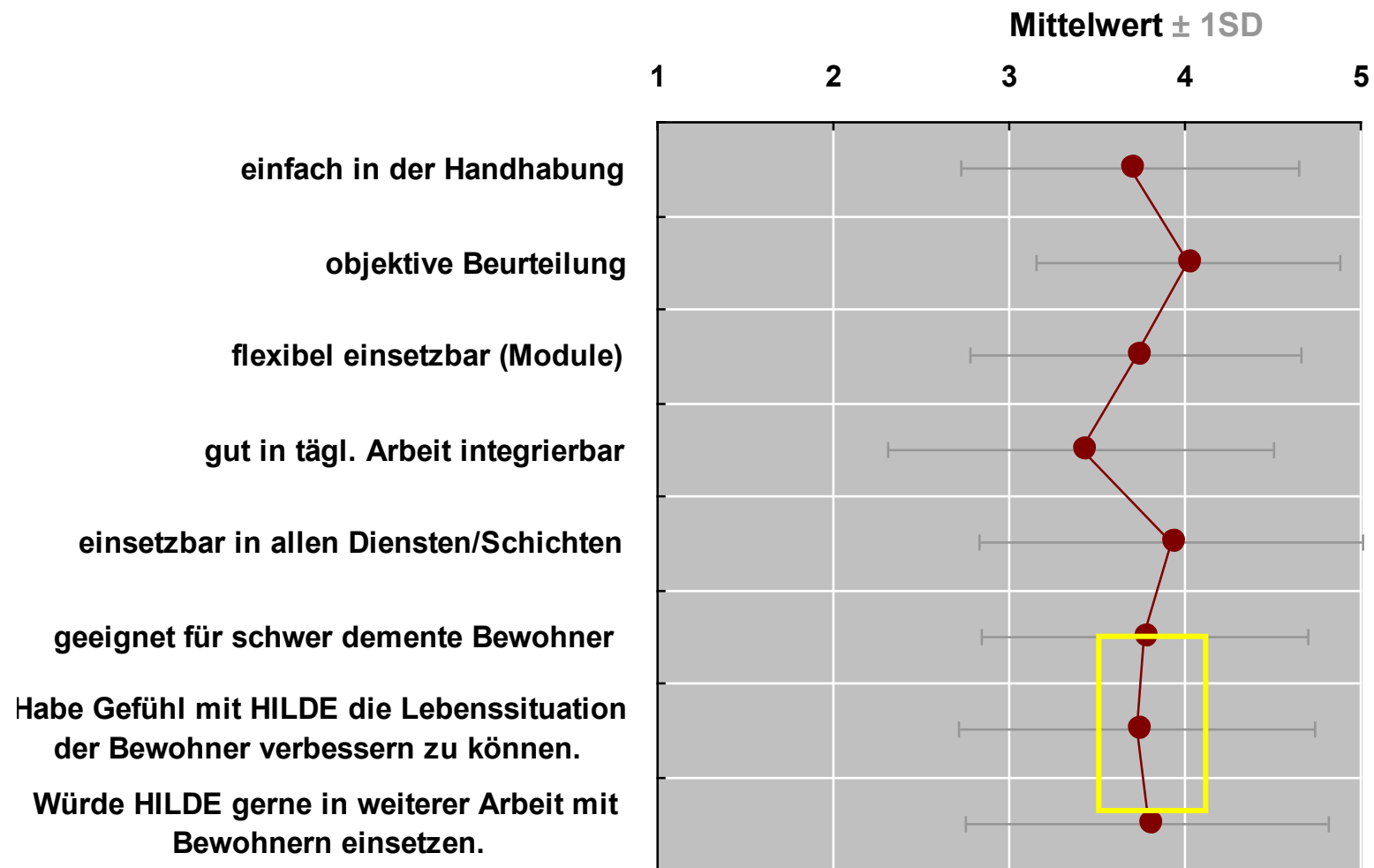
Förderung und Optimierung ausgeübter Aktivitäten unter Ausnutzung der zu T1 entwickelten Ideen

- **Sensibilisierung für die Bedürfnisse der Bewohnerin als Grundlage gelungener Pflegeplanung**
- **Veränderungen sind mit HILDE abbildbar**

Überblick

- Projekthintergrund
- Entwicklungsziele und Leitgedanken
- Aufbau und Anwendung des Instrumentes
- Praxisbeispiel
- **Evaluation durch die Praxis**
- Aktuelles

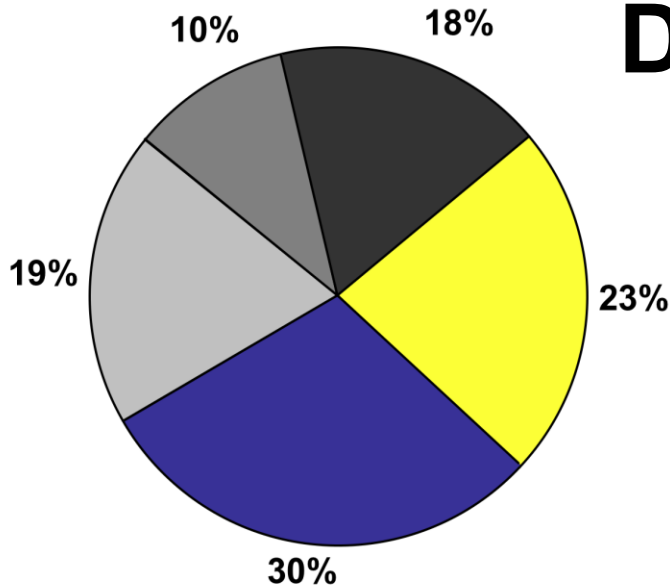
Bilanzierung - persönlich



positiv	negativ
Großes Interesse: HILDE soll perspektivisch als strukturierte Vorbereitung für Fallbesprechungen dienen, die neuen Erkenntnisse sollen in Folge in die Pflegedokumentation und –planung integriert werden	Doppelerfassungen sollten aus Zeitgründen vermieden werden; andere Teile der üblichen Dokumentation im Heim müssten abgespeckt werden
Weitere Mitarbeiter werden geschult	Unsicherheit bzgl. Kategorie „sonstige“
Eignung über die Demenzpatienten hinaus: auch das Unglücklichsein der nicht- Dementen lässt sich erfassen	Zu Aktivitäten: Manche nehmen nur an wenigen Teil, mehr würde aber zur Überforderung führen!
Projekt wurde als interessant und hilfreich erlebt, hat Freude bereitet	„Ich hab die Leute auch so im Blick“
Weiterhin regelmäßiger Einsatz des Instruments	Man muss immer wieder rein kommen, wenn man es nicht am Stück macht
Gut: Aufteilung in Module, die isoliert voneinander bewertet werden können	Hoher Zeitfaktor, 2h inkl. der Rücksprache mit Kollegen
Leicht verständliche Fragen, die das Arbeiten leicht machen	
Hineinversetzen in die psychische und soziologische Perspektive des demenzten Menschen → Somatik rückt in den Hintergrund → <u>mehr Arbeitszufriedenheit</u>	
Aber es geht schneller wenn man es öfters macht	
Gute Anwendbarkeit in der Praxis	

Veränderungen sind schwer, man muss ja jetzt etwas damit machen

Dauer der LQ-Einschätzung



HILDE in der Praxis

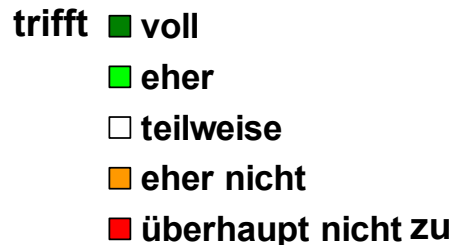
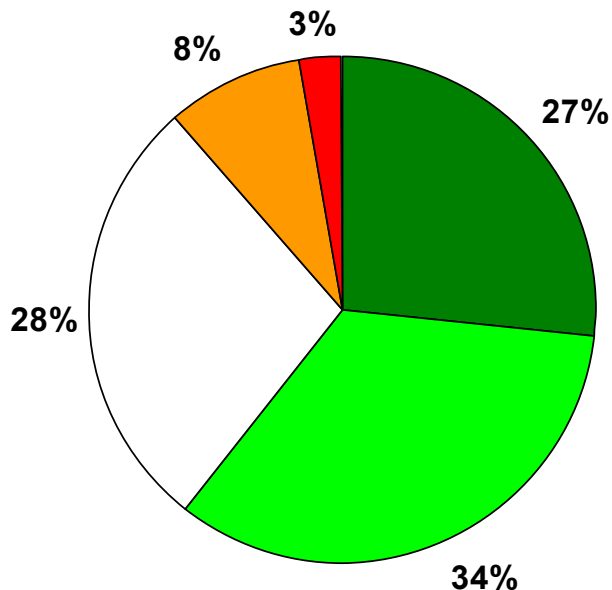
Relevanz der Inhalte

LQ-Marker in HILDE

4,5 ± 0,5

weitere LQ-Marker

3,8 ± 0,9



Zeitlicher Aufwand ist gerechtfertigt

Überblick

- Projekthintergrund
- Entwicklungsziele und Leitgedanken
- Aufbau und Anwendung des Instrumentes
- Praxisbeispiel
- Evaluation durch die Praxis
- **Aktuelles**

Aktuelles und Ausblick

- ▶ Qualitätsprüfung in der stationären Altenpflege in D: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
- ▶ Prüfung der Einsatzmöglichkeiten im Bereich der palliative Care (z.B. erste Erkenntnisse aus Pflegeoasen, Projekt Geriatrie Zentrum)
- ▶ Unterstützung (z.B. Schulungsangebote, Implementationskonzept) und Beteiligung an weiteren wissenschaftlichen Studien
- ▶ Entwicklung eines „Fremderfassungs-Instruments“ für das Benchmarking

**Herzlichen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit!**

Kontakt:

stefanie.becker@bfh.ch

+41 31 848 3710

