

# Lebensqualität und subjektive Gesundheitseinschätzung 30 Tage nach Spitaleintritt

Nadja Rohner & Sylvie Pignat, Bachelor of Science in Pflege, Berufsbegleitender Studiengang 2014, Bachelor-Thesis 2016

## 1. Einleitung

Die Lebensqualität im Gesundheitswesen ist ein Thema, das immer mehr an Bedeutung gewinnt [1].

Sie ist ein zentraler Punkt in vielen Fragestellungen, sei es für Therapieentscheidungen, als Marker der Qualität einer Behandlung, im Rahmen der Prozessoptimierung oder als Teil der Pflegeversorgung [2, 3, 4].

Eine wesentliche Aufgabe der Pflege ist es, die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu erhalten und zu fördern [5, 6, 7].

## 2. Fragestellungen



[11]

- ▶ Gibt es einen Unterschied in der Lebensqualität und der subjektiven Gesundheitseinschätzung von erwachsenen Patientinnen und Patienten in Abhängigkeit der Klinik (Medizin/Neurologie), des Geschlechtes und des Aufenthaltsortes (zu Hause/ Institution) an Tag 30 nach Spitaleintritt?
- ▶ Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Lebensqualität bzw. der subjektiven Gesundheitseinschätzung bei erwachsenen medizinischen und neurologischen Patientinnen und Patienten an Tag 30 nach Spitaleintritt?

## 3. Methodik

- ▶ Sekundäranalyse (Quantitativ)
- ▶ Stichprobe: 2'629 Daten [8]
- ▶ deskriptive Analyse
- ▶ Messinstrumente:
  - ▶ Lebensqualität: EQ-5D-3L
  - ▶ Subjektive Gesundheitseinschätzung EQ-5D VAS
- ▶ Unterschiedstest: Mann-Whitney-U-Test
- ▶ Zusammenhangsmasse: Korrelationen nach Spearman-Rho, Pearson & Kendall-Tau-b

## 4. Ergebnisse

- ▶ Neurologische Teilnehmende hatten im Vergleich zu medizinischen Teilnehmenden signifikant mehr Beeinträchtigungen in den körperbezogenen Dimensionen Mobilität ( $p = 0.023$ ) und Alltagsaktivitäten ( $p = 0.024$ ).
- ▶ Die subjektive Gesundheitseinschätzung war bei den neurologischen Teilnehmenden, welche an Tag 30 zu Hause waren, signifikant besser als bei den medizinischen.

Tabelle 1: Unterschied im EQ-5D VAS zwischen medizinischen und neurologischen Teilnehmenden zu Hause

EQ-5D VAS	Zu Hause	Statistik
Medizin	1'078 (74.5%)	MR 709.75
Neurologie	369 (25.5%)	MR 765.62
$p = 0.025^*$		

\* =  $p < 0.05$  / MR = Mittlerer Rang

- ▶ Frauen hatten in allen Dimensionen der Lebensqualität mehr Beeinträchtigungen als Männer.

Tabelle 2: Unterschiede im EQ-5D-3L zwischen Männern und Frauen

EQ-5D-3L	Medizin und Neurologie	Statistik
<b>Mobilität</b>		
Männer	1'176 (57.2%)	MR 1'008.15
Frauen	880 (42.8%)	MR 1'055.7
$p = 0.02^*$		
<b>Körperpflege</b>		
Männer	1'175 (57.2%)	MR 1'009.85
Frauen	879 (42.8%)	MR 1'051.09
$p = 0.029^*$		
<b>Alltagsaktivitäten</b>		
Männer	1'163 (57.2%)	MR 981.67
Frauen	871 (42.8%)	MR 1'065.34
$p < 0.001^*$		
<b>Schmerzen</b>		
Männer	1'150 (57.4%)	MR 968.12
Frauen	855 (42.6%)	MR 1'049.92
$p < 0.001^*$		
<b>Angst</b>		
Männer	1'121 (57.1%)	MR 949.39
Frauen	841 (42.9%)	MR 1'024.3
$p < 0.001^*$		

\* =  $p < 0.05$  / MR = Mittlerer Rang

- ▶ Teilnehmende, welche an Tag 30 zu Hause waren, hatten eine signifikant bessere Lebensqualität und eine höhere subjektive Gesundheitseinschätzung.

Tabelle 3: Unterschied im EQ-5D VAS in Abhängigkeit des Aufenthaltsortes an Tag 30

EQ-5D VAS	Medizin und Neurologie	Statistik
Zu Hause	1'447 (79.8%)	MR 952.02
Institution	367 (20.2%)	MR 731.97
$p < 0.001^*$		

\* =  $p < 0.05$  / MR = Mittlerer Rang

- ▶ Es konnten nur sehr schwach bis schwach positive Korrelationen zwischen dem Alter und der Lebensqualität nachgewiesen werden (RHO 0.01 bis 0.261).
- ▶ Es konnten nur sehr schwach negative Korrelationen zwischen dem Alter und der subjektiven Gesundheitseinschätzung nachgewiesen werden ( $r = -0.076$  bis  $-0.097$ ).

## 5. Diskussion

In dieser Arbeit wurde erstmals die Lebensqualität und die subjektive Gesundheitseinschätzung bei medizinischen und neurologischen Patientinnen und Patienten in einem Zentrumsspital in der Schweiz analysiert.

Es konnten signifikante Zusammenhänge zwischen einzelnen Patientengruppen als auch dem Aufenthaltsort an Tag 30 und Einschränkungen in der Lebensqualität gezeigt werden. Die Ursache dieser Zusammenhänge ist bisher nicht bekannt: So können die verschiedenen Krankheitsbilder, kulturelle Aspekte oder weitere unbekannte Faktoren einen Einfluss genommen haben [9, 10].

Limitierende Faktoren:

- ▶ retrospektives Studiendesign
- ▶ Mangel an Vergleichsdaten
- ▶ Fehlende Angaben bzgl. relevanter Nebendiagnosen
- ▶ Messzeitpunkt der Datenerhebung

## 6. Schlussfolgerung

Die Lebensqualität ist ein wichtiger Faktor in der Patientenversorgung. Diese Arbeit zeigt, dass in der Praxis weiterer Bedarf an Lebensqualität-orientierter Forschung besteht. Explizit fehlt es an Vergleichsdaten und es bedarf der weiteren Erforschung der Einflussfaktoren auf die Lebensqualität.

Auch für die tägliche Pflegepraxis können aus dieser Arbeit konkrete Empfehlungen gegeben werden. Unter anderem wird empfohlen:

- ▶ Lebensqualitätsmessungen sollten in den klinischen Alltag implementiert werden (z.B. bei Eintritts- und Verlaufsgesprächen)
- ▶ Systematisches Erfassen von Angst mit einem geeigneten und validen Assessmentinstrument

## Take home Message



Literaturverzeichnis: [1] Schumacher, J., Kalberg, A., & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden - Eine Einführung. In J. Schumacher, A. Kalberg, & E. Brähler (Eds.), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe Verlag. [2] Peterman, A. H., Rothrock, N., & Cella, D. (2015). Evaluation of health-related quality of life (HRQL) in patients with serious life-threatening illness. Retrieved from <http://www.upToDate.com/contents/evaluation-of-health-related-quality-of-life-hrql-in-patients-with-a-serious-life-threatening-illness#4>. [3] Bogardt, T. (2016). Quality of life in old age - a concept analysis. International Journal of Older People Nursing, 11, 55-69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijn.2016.07.008>. [4] Modersitz, K., Bode-Lesiewska, B., Studer, G., Hoyer, S., & Fuchs, B. (2013). Knochentumoren - Abklärung und Therapie. Schweizerisches Medizin-Forum, 13, 371-379. [5] Schäfer, C., Kesselring, A., Spring, R., & De Groot, S. (2006). Professionelle Pflege - Entwicklung und Inhalte einer Definition. Pflege, 21(1), 40-51. <http://dx.doi.org/10.1024/1523-3222.13.1.45>. [6] ICA. (2015). Definition of Nursing. Retrieved 27 June 2016, from <http://www.ica.ch/who-we-are/ica-definition-of-nursing/>. [7] Grant, M. M., & Rivera, L. M. (2001). Entwicklung von Lebensqualität in der Onkologie und onkologischen Pflege. In C. R. King & Hinds P S (Eds.), Lebensqualität Pflege (pp. 29-48). Bern: Hans Huber Verlag. [8] Schuetz, P., Hausfater, P., Amin, D., Hautz, S., Fässler, L., Grolmund, E., ... Mueller, B. (2013). Optimizing triage and hospitalization in adult general medical emergency patients: the triage project. BMC Emergency Medicine, 13, 12. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-227X-13-12>. [9] Bretschneider, C., Lecht, H., Bickel, H., Dahlhaus, A., Fuchs, A., Gensichen, J., ... Kong, H.-H. (2013). Relative Impact of Multimorbidity on Health-Related Quality of Life - Results from the MultiCare Cohort Study. PLoS ONE, 8(6), e66742. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0066742>. [10] Kautzky-Willer, A. (2014). Gendermedizin. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 57(9), 1022-1030. <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-014-2011-7>. [11] Abbildung: Rechte gekauft

