

Qualitätsmessungen in der Pflege: aufwendig, aber notwendig

Seit 2009 übernimmt der Verein ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) als gemeinsame Organisation der Finanzierer und Leistungserbringer die nationale Qualitätsdokumentation und Qualitätsweiterentwicklung.

Der ANQ (ANQ 2012) fordert alle Leistungserbringer, Kantone und Versicherer, auf, dem nationalen Qualitätsvertrag beizutreten. Der Vertrag ist ein begleitendes Element zur Anwendung der SwissDRG. Für die Akut-somatik im stationären Bereich werden Patientenzufriedenheit, Prävalenzen von Wundinfekten, vermeidbaren Reoperationen und Rehospitalisationen, Stürzen und Dekubitus gemessen. In der Psychiatrie werden seit 2012 im stationären Bereich patientenbezogene Behandlungsergebnisse mit der «Health of the Nation Outcome Scale» (Messung des Verhaltens) und der «Brief Symptom Checklist» (subjektive Symptombeschreibung) erhoben und die freiheitsbeschränkenden Massnahmen in vielen Psychiatrischen Kliniken erfasst. Bei den Prävalenzmessungen von Stürzen und Dekubitus macht die Pflege die Messungen, die Berner Fachhochschule Fachbereich Pflege wertet die Daten nach einem erprobten Verfahren der Universität Maastricht aus und stellt den Spitälern einen Bericht von allen Prävalenzmessungen an einem Stichtag zur Verfügung. Für jede Messung legt der ANQ die Bandbreite oder Referenzwerte fest, innerhalb derer ein Ergebnis positioniert sein sollte. Basierend auf den Ergebnissen einer Prävalenzmessung muss die einzelne Klinik die differenzierte Analyse der Behandlungsprozesse selber vornehmen, damit sie eine Verbesserung der Ergebnisse erreichen kann.

Beispiel: Prävalenzmessung von Sturzereignissen

Damit eine Prävalenzmessung einer bestimmten Störung möglich ist, müssen die Betriebe zuvor systematisch entwickelte interdisziplinäre Ablaufprozesse

und Kontrollsysteme für die Durchführung erstellen. Bereits diese Vorarbeiten sind aufwendig. Die grossen Fragen kommen erst nach der Messung: Wie können aus einer quantitativen landesweiten Erhebung der Prävalenzmessung zum Beispiel von Sturzereignissen die Aktionen der einzelnen Berufsgruppen in der einzelnen Institution an einem Ergebnis erkannt werden, und wie kann die Institution aufgrund der Messergebnisse die Sicherheit der Patientinnen und Patienten erhöhen?

Um mit den Messergebnissen arbeiten und wirksame Verbesserungen vornehmen zu können, müssen zuvor die internen Prozesse von Sturzassessment und -prävention, Interventionen und Kommunikation in der Institution formal festgelegt sein: Welche Berufsgruppe benutzt welche validen Assessmentinstrumente zur Einschätzung des Sturzrisikos, wie wird die Einschätzung vorgenommen, welche Berufsgruppe benutzt welche Interventionen zur Prävention von Sturzereignissen und welche nach erfolgtem Sturzereignis? Die Informationsinhalte und Informationswege unter den Berufsgruppen müssen ebenfalls definiert werden. Schlussendlich sind alle Vorgehensweisen von der Prävention über Intervention bis hin zur Information ein Gruppenprodukt, in dem viele Akteure in einem fraktionierten System tätig sind. Zum Beispiel wurde in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich ein Sturzpräventionskonzept interdisziplinär entwickelt, da die Klinik auch eine Klinik für Alterspsychiatrie hat. Die Sturzprävention liegt an der Schnittstelle von Psychiatrie und Akut-somatik, da grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten stürzen könnten. Dieses Konzept beinhaltet Empfehlungen für Assessmentinstrumente, Interventionen und Kommunikation. Es löste in der Folge die dafür nötigen internen Prozessklärungen aus, welche auch ohne Qualitätsmessung notwendig sind. Mit einer Qualitätsmessung sind diese Klärungen noch notwendiger.

Basierend auf dem Verständnis einer lernenden Organisation, welche z. B. in Qualitätszirkeln die Ergebnisse der Messungen aufbereitet und den Praktiken der Sturzprävention, Interventionen bei Stürzen und die Kommunikation in den lokalen Settings gegenüberstellt, können Empfehlungen zuhanden von Entscheidungsträgern formuliert werden. Sie müssen mit Hilfe der Empfehlungen wiederum die Entscheidungen zur Umsetzung treffen.

Oberstes Ziel: Patientensicherheit

Zusammengefasst kann die Qualitätsmessung als erster Teil der Qualitätserhaltung und Qualitätsverbesserung angesehen werden. Der zweite Teil der Qualitätserhaltung und Qualitätsverbesserung muss intern erfolgen, und der erscheint mindestens ebenso aufwendig wie die Qualitätsmessung an sich. Beide Teile können zur Patientensicherheit beitragen. Das Bewusstsein für eine gute Qualität und die Anforderungen an Qualitätsmessungen sind in den letzten Jahren stark gestiegen, aber bis eine daraus resultierende Steigerung der Patientensicherheit tatsächlich sichtbar wird, dürfte noch viel Arbeit vonnöten sein. Dazu muss die Berufsgruppe der Pflegenden den Graben zwischen Wissen und ihrer Rolle im Bereich der Patientensicherheit weiterhin genauer erforschen (Richardson & Storr 2010) und die zur Rolle gehörigen Aufgaben in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen klären. Aus Sicht der Pflege sind Qualitätsmessungen und Qualitätserhaltungs- und Verbesserungs-massnahmen zwar aufwendige, aber notwendige Schritte, um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

*Christina Holzer-Pruss, Master of Nursing Science
Akademische Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege
(erreichbar unter http://www.pflegeforschung-vfp.ch/home/page.aspx?page_id=2974)
Literatur bei der Autorin, holzer_pruss@bluewin.ch*