

... und sie ist doch messbar: Ergebnisqualität



Dr. Klaus Wingenfeld

**Institut für Pflegewissenschaft an der Universität
Bielefeld**

Qualitätsdiskussion

- **Zu starke Akzentuierung von Struktur- und Prozessqualität**
- **Zu große Bedeutung der Dokumentation**
- **Teils oberflächliche, teils unqualifizierte Medienberichte**
- **Nutzerperspektive / Lebensqualität**
- **Verbraucherinformation („Transparenz“, „Pflege-TÜV“)**
- **Methodische Anforderungen an Qualitätsbeurteilung**

**Projekt „Entwicklung und Erprobung von
Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität
in der stationären Altenhilfe“**

Dezember 2008 – Dezember 2010

**Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und vom
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

**Durchführung:
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik Köln**

Versorgungsergebnisse

- **Veränderungen des Gesundheitszustands, des Handelns und Erlebens**
- **Bei Einzelpersonen, Personengruppen oder Bevölkerungsgruppen**
- **Durch (pflegerische) Unterstützung bewirkte Veränderungen**

Strukturen

Prozesse

Ergebnisse

Arbeitspakete

- 1. Identifizierung von Indikatoren für Ergebnisqualität**
- 2. Entwicklung von Instrumenten und Verfahren**
- 3. Praktische Erprobung in 46 Einrichtungen**
- 4. Fachliche Diskussion und Konsensbildung**

Besondere Anforderungen

- **Durch Einrichtung/Mitarbeiter beeinflussbar**
- **Geeignete Methoden, Aufwand, Praktikabilität**
- **Bewertbarkeit**
- **Seriöse Vergleiche zwischen Einrichtungen**
- **Einbeziehung der Nutzerperspektive...**

Wie wurden Ergebnisse erfasst?

Informationsquellen:

- **Stichtagserhebungen durch Mitarbeiter der Einrichtungen**
- **Laufende Dokumentation (vor allem Pflegedokumentation)**

Datenbasis:

n = 1.634 Bewohner, die zu allen drei Erhebungszeitpunkten einbezogen werden konnten (aus 45 Einrichtungen, darunter 10 mit Vollerhebung)

- **Befragungen von Bewohnern und Angehörigen**

Bereiche der Ergebnisqualität

1. **Erhalt und Förderung von Selbständigkeit**
2. **Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen**
3. **Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen**
4. **Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung***
5. **Tagesgestaltung, Kommunikation und soziale Beziehungen***

Außerdem: Zusammenarbeit mit Angehörigen*

*Größtenteils erfasst über Befragungen der Bewohner und Angehörigen

Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

- Erhalt oder Verbesserung der Mobilität
 - bei maximal geringen kognitiven Beeinträchtigungen
 - bei mindestens erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen
- Selbständigkeitserhalt/-verbesserung bei Alltagsverrichtungen
 - bei maximal geringen kognitiven Beeinträchtigungen
 - bei mindestens erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Erhalt oder Verbesserung der Mobilität

Anteil der Bewohner, deren Mobilität sich innerhalb von sechs Monaten nicht verschlechtert bzw. verbessert hat

Unter kognitiv **nicht oder gering** beeinträchtigten Bewohnern: 66,3% (n = 608)

Unter kognitiv **erheblich oder schwer** beeinträchtigten Bewohnern: 39,8% (n = 917)

Vergleichbarkeit herstellen: aus der Berechnung ausgeschlossene Bewohner (Mobilität)

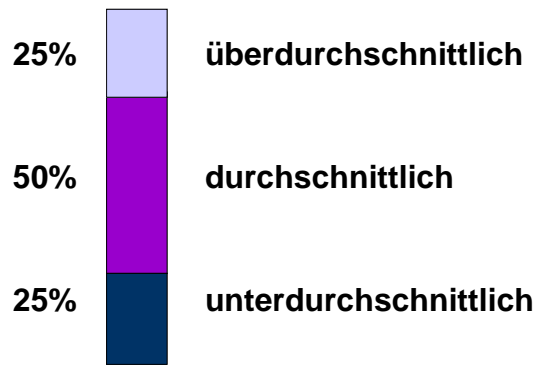
Bewohner in der Sterbephase

Koma/Wachkoma, Somnolenz

Gravierendes Krankheitsereignis innerhalb des Beobachtungszeitraums: z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Fraktur

Sonderberechnung bei Bewohnern, die sich nicht verschlechtern können

2. Mobilität*		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig			
2.1	Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

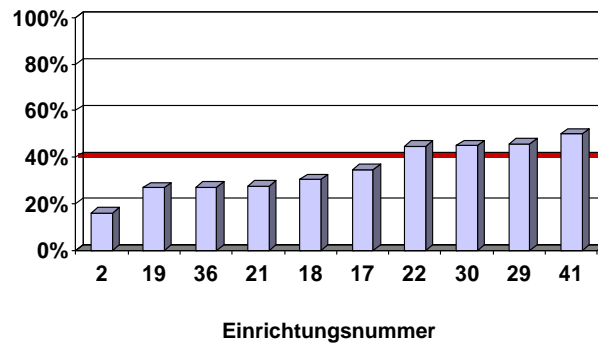


(Anteil der Einrichtungen)

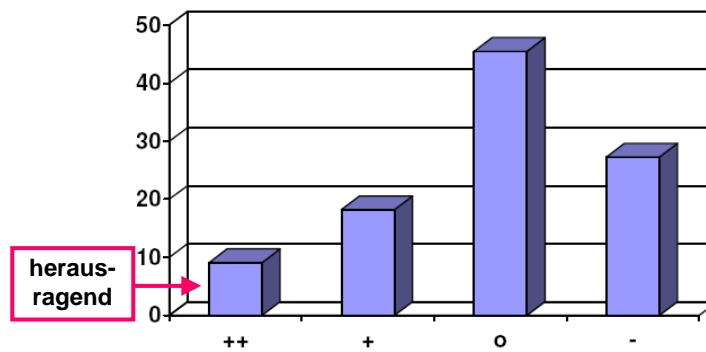
Erhalt und Förderung der Selbständigkeit im Bereich:	Durchschnitt	Mittlere Quartile
Mobilität - kognitiv nicht/gering beeinträchtigte Bew.	66%	53 – 79%
Mobilität - kognitiv erheblich/schwer beeinträchtigte Bew.	40%	27 – 54%
Alltagsverrichtungen - kognitiv nicht/gering beeinträchtigte Bew.	80%	70 – 91%
Alltagsverrichtungen - kognitiv erheblich/schwer beeinträchtigte Bew.	55%	44 – 67%
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	66%	53 – 75%

Erhaltene oder verbesserte Mobilität: Bewohneranteil

10 Einrichtungen, kognitiv erheblich oder schwer
beeinträchtigte Bewohner



Beispiel für Gesamtbewertung im Qualitätsbereich 1: Erhalt und Förderung der Selbständigkeit (22 Einrichtungen)



Dekubitusinzidenz (6 Monate)

In der Einrichtung erworbener Dekubitus (Grad 2 - 4) Bewohner mit geringem Risiko	2,1%
In der Einrichtung erworbener Dekubitus (Grad 2 - 4) Bewohner mit hohem Risiko	8,9%

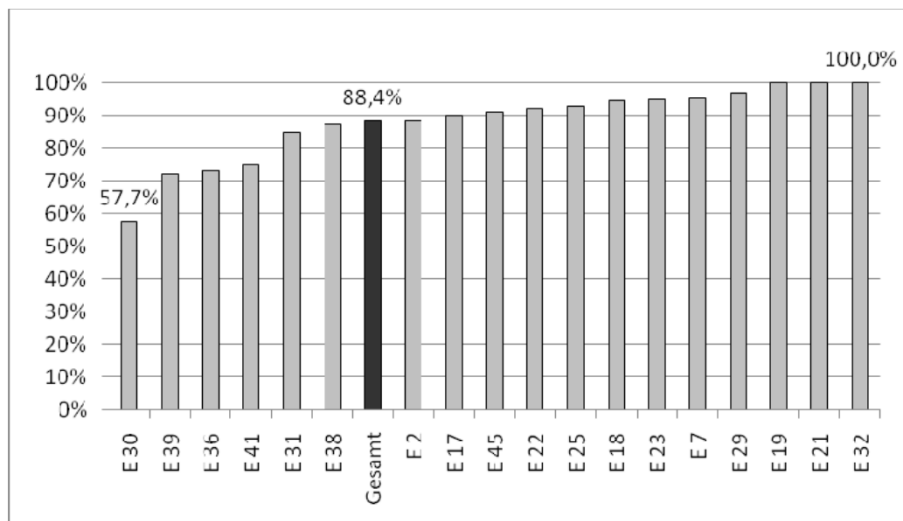
10 Einrichtungen mit Vollerhebung: Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit hohem Risiko

Anteil < 4,5%	6 Einrichtungen (alle: 0%)
Anteil 4,5% bis 13,4%	1 Einrichtung
Anteil >13,4%	3 Einrichtungen

Maximum: 6 von 17 Bewohnern (35%)

10 Einrichtungen mit Vollerhebung: Einsatz von Gurtfixierungen (4 Wochen)

Anteil < 2,7%	8 Einrichtungen, darunter 5 mit 0%
Anteil 2,7% bis 7,9%	//
Anteil > 7,9%	2 Einrichtungen (15,7% und 12,0%)



Weiterempfehlung der Einrichtung durch Bewohner, 18 Einrichtungen

Eingeschränkt nutzbare Indikatoren (Beispiele): Wichtig, aber nicht für Vergleiche geeignet

- **Sturzhäufigkeit: Sensitivität? Vollständigkeit der Daten?**
- **Häufigkeit ungeplanter Krankenhaus-Einweisungen: Bewertung?**
- **Kontrakturen: Messgenauigkeit? Praktikabilität?**

Zwischenfazit

- **Aussagekräftige Indikatoren**
- **Praktikables Verfahren mit bewältigbarem Aufwand (gesundheitsbezogene Indikatoren: insgesamt ca. 15 Minuten je Bewohner und Stichtag – zzgl. Bewohnerbefragung)**
- **Aufbau eines Regelverfahrens zur vergleichenden Beurteilung von Ergebnisqualität wäre möglich**

Um Ergebnisqualität mit Maßzahlen darzustellen, kann man nicht mit Stichproben operieren.

Beispiel: Inwieweit kann man mit einer Zufallsstichprobe den Anteil von vier Bewohnern mit Dekubitus unter insgesamt 80 Bewohnern (5%) ermitteln?

10%-Stichprobe (n=8)

1. Stichprobe: $0/8 = 0\%$
2. Stichprobe: $1/8 = 12,5\%$
3. Stichprobe: $0/8 = 0\%$
4. Stichprobe: $1/8 = 12,5\%$
5. Stichprobe: $0/8 = 0\%$

20%-Stichprobe (n=16)

1. Stichprobe: $1/16 = 6,3\%$
2. Stichprobe: $0/16 = 0\%$
3. Stichprobe: $0/16 = 0\%$
4. Stichprobe: $0/16 = 0\%$
5. Stichprobe: $1/16 = 6,3\%$

Konzeptionelle Überlegungen

- Eine indikatorengestützte Beurteilung von Ergebnisqualität für Personengruppen setzt die Einbeziehung aller Bewohner voraus (bis auf definierte Ausnahmen).
- Deshalb: Datenerfassung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements.
- Aber: Reine Selbstevaluation wäre nicht zu befürworten.
- Neues Zusammenspiel zwischen internem Qualitätsmanagement und externen Prüfungen

Mögliche Arbeitsteilung QM – externe Prüfungen

Internes QM

- Regelmäßige Datenerfassungen mit vorgegebenen Instrumenten (z.B. alle 6 Monate)
- Erstellung von Qualitätsberichten nach bestimmten Vorgaben

Externe Prüfungen

- Stichprobenartige Kontrolle der Richtigkeit der erfassten Daten und Einschätzungen

Umsetzungsfragen (Beispiele)

- Fachliche Voraussetzungen in den Einrichtungen?
- Bereitschaft zur Nutzung von Einschätzungsinstrumenten?
- Organisation der Bewohner- und Angehörigenbefragung?
- Wie umgehen mit Einrichtungen, die unzutreffende Angaben machen?
- Welche Prozesse müssen bei guter Ergebnisqualität noch geprüft werden?
- Wer verwaltet die Daten?

Fazit

- Ein Anfang ...
- Aufwertung des internen Qualitätsmanagements, Stärkung der Selbstverantwortung der Einrichtungen
- Optionen zur Weiterentwicklung externer Prüfungen
- Optionen zur Weiterentwicklung der PTVS

Erhebliche Anreize für die ergebnisorientierte Qualitätsentwicklung in Kernbereichen der Versorgung!

Nächste Schritte?

- Wiederbelebung des Steuerungskreises beim BMG – Zeitplan?
- Ergebnisqualität ambulant?
- Entwicklung von alltagstauglichen Erfassungsmethoden
- Einzelinitiativen von Einrichtungen, Trägern und Verbänden



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

www.uni-bielefeld.de/IPW