

Peter Rüesch, René Schaffert¹, Laila Burla², Maja Mylaeus³

Ist die Pflegequalität messbar?

Wissenschaftlich zuverlässige und praxistaugliche Qualitätsindikatoren der ambulanten Pflege

Mit zunehmendem Druck aus Öffentlichkeit und Politik wird heute für verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens die Veröffentlichung von Qualitätsdaten verlangt. Unter Fachleuten wird dieses Ziel allerdings sehr kontrovers diskutiert. Eine wesentliche Herausforderung besteht darin, die Anforderungen an die Praktikabilität der Messung mit dem Anspruch der wissenschaftlichen Zuverlässigkeit von Qualitätsindikatoren zu vereinbaren. Der Spitex Verband Schweiz hat zusammen mit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften im Rahmen eines Forschungsprojekts den Versuch unternommen, Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege zu definieren, wissenschaftlich zu validieren und auf ihre Praxistauglichkeit hin zu überprüfen.

Angesichts der steigenden Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen [1], dem Kostendruck im Gesundheitswesen und regionaler Angebotsunterschiede ist eine Förderung und Überprüfung der Qualität in der ambulanten Hilfe und Pflege wichtig und vom Gesetzgeber auch vorgeschrieben. Der Spitex Verband Schweiz hatte deshalb bereits 2001 in Abstimmung mit santésuisse ein Qualitätskonzept verabschiedet, in dem die Leitlinien zur Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements definiert wurden. Ein Aspekt des Qualitätsmanagements betrifft den Qualitätsnachweis, der durch die Erhebung relevanter Qualitätsindikatoren für krankenkassenpflichtige Leistungen der ambulanten Pflege erbracht werden soll. Auf diesem Hintergrund wurde 2007 eine wissenschaftliche Studie [2, 3] zur Auswahl und Validierung von Quali-



Peter Rüesch



René Schaffert

tätsindikatoren der ambulanten Pflege gestartet, deren Befunde Gegenstand des vorliegenden Beitrags sind.

Einige Charakteristika der ambulanten Pflege

Bei der Definition von Qualitätsindikatoren ist auf einige Besonderheiten hinzuweisen (vgl. [4]), die zur Folge haben, dass die «Outcomes» der ambulanten Pflege im Vergleich zu stationären Settings weniger beeinflussbar durch Leistungserbringende und stärker determiniert durch andere, nicht-pflegerische Faktoren und Akteure sind.

- Klientinnen und Klienten der ambulanten Pflege beziehen oft nicht nur von einem Anbieter (beispielsweise der Spitex), sondern zusätzlich noch von anderen Dienstleistern Betreuungs- und Pflegeangebote. Zudem ist die eigentliche «Kontaktzeit» zwischen Pflegefachperson und Klient kürzer als in einer stationären Einrichtung.
- Die informellen Leistungen von Familienangehörigen spielen im ambulanten Setting eine grössere Rolle, indem Angehörige meist wesentliche Betreuungs- und Pflegeleistungen übernehmen.
- Die Klientinnen und Klienten der ambulanten Pflege haben einen erheblichen, eigenen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand, weil sie in der Regel, selbständiger sind als stationäre Patientinnen und Patienten. Es muss damit gerechnet werden, dass die «Compliance» ambulanter Klienten, etwa bei der Einnahme von Medikamenten, geringer ist, weil sie weniger überwacht werden können. Schliesslich ist der Gesundheitszustand ambulanter Klienten in den meisten Fäl-



Laila Burla



Maja Mylaeus

¹ René Schaffert, lic. phil. Soziologe, wiss. Mitarbeiter Fachstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, rene.schaffert@zhaw.ch.

² Laila Burla, lic. rer. soc. Soziologin, wiss. Projektleiterin Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel, laila.burla@bfs.admin.ch, <http://www.obsan.admin.ch>.

³ Maja Mylaeus, lic. phil. Soziologin, Leitung Qualität, Spitex-Verband Schweiz, Sulgenauweg 38, Postfach 1074, 3000 Bern 23, mylaeus@spitex.ch, <http://www.spitex.ch>.

len besser als von stationären Patienten, entsprechend grösser dürfte aber auch die Variationsbreite von Veränderungen des Zustandes sein.

Qualitätsmessung in der ambulanten Pflege

Für die Qualitätsmessung im Pflegebereich haben sich Ansätze bewährt, die auf einem schon in der Praxis etablierten Instrument basieren. Die Spitex stützt sich auf das MDS (Minimum Data Set) der schweizerischen Version des international angewendeten RAI-HC (Resident Assessment Instrument, Home Care) ab, einem Bedarfsabklärungsinstrument für die ambulante Hilfe und Pflege [5, 4]. Die Verwendung dieses Instruments erlaubt den Vergleich mit international bereits erprobten Qualitätsindikatoren. Im Rahmen der wissenschaftlichen Studie wurden folgende Fragestellungen untersucht:

- Welche von der Schweizer Version des RAI-HC erfassten Variablen eignen sich als Indikatoren der Ergebnisqualität der ambulanten Pflege?
- Wie ist die Eignung (Beeinflussbarkeit, Praktikabilität, Relevanz) der potentiellen Qualitätsindikatoren für die Praxis der ambulanten Pflege zu bewerten?
- Wie sind die Messeigenschaften (Häufigkeit und Variabilität kritischer Ereignisse) und die Messgenauigkeit (Reliabilität) ausgewählter Qualitätsindikatoren zu bewerten?

Für die Auswahl und Überprüfung von Qualitätsindikatoren auf der Grundlage von RAI-HC Schweiz wurde ein vierstufiges Verfahren angewendet, welches folgende Teilstudien umfasste:

- Entwicklung von potentiellen Qualitätsindikatoren aus dem RAI-HC Schweiz;
- Bewertung der Praxistauglichkeit der entwickelten Indikatoren aus Sicht von Experten;
- Überprüfung der Messeigenschaften der Qualitätsindikatoren basierend auf erhobenen Daten;
- Ermittlung der Interrater-Reliabilität der Qualitätsindikatoren.

Als Qualitätsindikator wurde der Anteil von Klientinnen und Klienten innerhalb einer Spitexorganisation definiert, die von einem bestimmten Gesundheitsproblem betroffen sind. Dabei wird zwischen zwei Arten von Qualitätsindikatoren unterschieden: sogenannte prävalenzbasierte Indikatoren erfassen den Anteil von Klientinnen und Klienten, die von einem bestimmten Gesundheitsproblem zum Messzeitpunkt betroffen sind; inzidenzbasierte Indikatoren dagegen messen das Neuauftreten oder die Veränderung ausgewählter Gesundheitsprobleme im Zeitraum zwischen der aktuellen und der letzten davor liegenden Messung. Die Erfassung des Gesundheitszustandes und des damit verbundenen Pflegebedarfs einer

Klientin oder eines Klienten wird als Assessment bezeichnet. In die Berechnung von prävalenzbasierten Indikatoren fliessen nur Zustände ein, die in Wiederholungs-Assessments erhoben werden, da der Gesundheitszustand bei Eintritt noch nicht das Resultat von Pflegeinterventionen sein kann [2].

Perspektive der Praxis

Auf der Grundlage der Schweizer Version des RAI-HC entwickelte das Forschungsteam zusammen mit einer Expertengruppe aus dem Spitexbereich ein Set von insgesamt 29 potentiellen Qualitätsindikatoren der ambulanten Pflege (Abb. 1, Tab. 1). Dabei liessen sich von den 22 durch InterRAI entwickelten Qualitätsindikatoren des englischsprachigen RAI-HC 16 Indikatoren analog oder zumindest inhaltlich kongruent abbilden. Die 29 Qualitätsindikatoren wurden daraufhin von 19 Spitex-Pflegefachpersonen mit Kenntnissen in der Anwendung des RAI-HC im Rahmen eines Gruppenkonsensverfahrens bewertet. Die Beurteilung der Indikatoren erfolgte nach den Kriterien der Beeinflussbarkeit, Praktikabilität und Relevanz, wobei die Pflegefachpersonen zwischen 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 9 (trifft voll und ganz zu) Punkte vergeben konnten⁴ (zum Vorgehen vgl. [6]).

Für die Gesamtbewertung über alle drei Kriterien wurde der Durchschnitt berechnet und die Einschätzungen der Pflegefachpersonen zu drei Kategorien zusammengefasst, nämlich:

- 1 bis 3 Punkte: ungeeignet
- 4 bis 6 Punkte: bedingt geeignet
- 7 bis 9 Punkte: gut geeignet.

Abbildung 1 zeigt die Gesamtbewertung der 29 Qualitätsindikatoren. Als eher ungeeignet für die Anwendung in der Praxis wurden Qualitätsindikatoren eingestuft, welche über alle drei Kriterien (Beeinflussbarkeit, Praktikabilität, Relevanz) hinweg von weniger als 50 % der Fachpersonen als gut eingeschätzt wurden (siehe gepunktete Umrahmung in Abbildung 1).

Die beste Beurteilung erhielt der Qualitätsindikator «tägliche starke Schmerzen», der von keiner der Fachpersonen eine Bewertung von unter sieben Punkten erhielt. Der Indikator «Stürze» erhielt insgesamt die schlechtesten Bewertungen. In Bezug auf die einzelnen Bewertungskriterien zeigte sich, dass die Praktikabilität aus der Sicht der Fachpersonen generell als unproblematisch bewertet wurde. Die Beeinflussbarkeit wurde dagegen kritischer beurteilt. Besonders bei den sieben Indikatoren, welche in

⁴ Eine Beispielfrage für das Kriterium der Beeinflussbarkeit: «Kann das Neuauftreten bzw. die Verschlechterung von Blaseninkontinenz durch das pflegerische Handeln der Spitex beeinflusst werden?».

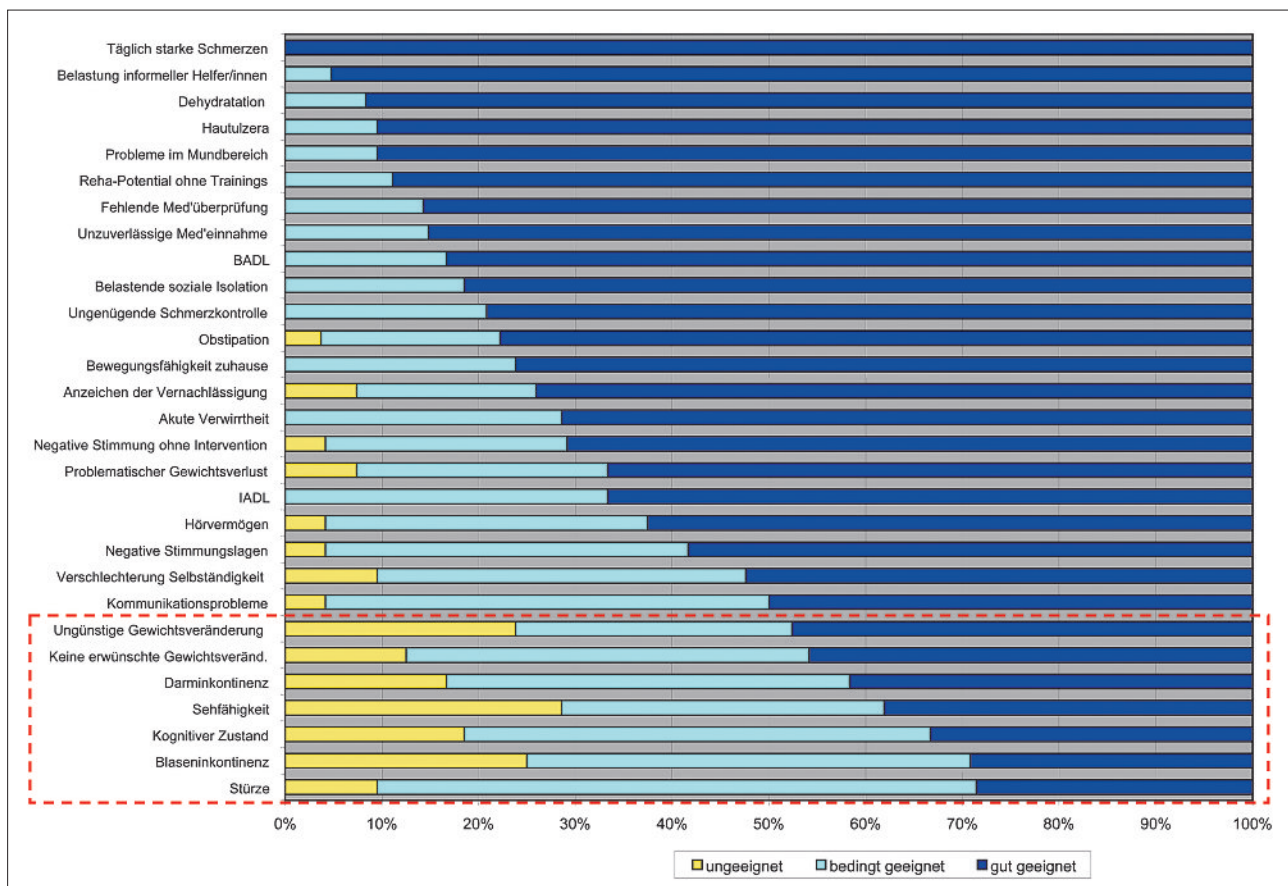


Abbildung 1

Gesamtbewertung der Praxistauglichkeit von 29 Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege durch Pflegefachpersonen (gepunktete Umrahmung für ungeeignete Indikatoren).

der Gesamtbewertung unbefriedigend abschnitten, waren die Pflegefachpersonen der Meinung, dass sich die entsprechenden Gesundheitsprobleme nur wenig durch ambulante-pflegerische Leistungen beeinflussen lassen.

Konkrete Zahlen

In einer zweiten Teilstudie wurde an einer Stichprobe von 45 Spitexorganisationen mit 1808 Klientinnen und Klienten die empirische Verteilung der Qualitätsindikatoren untersucht. Dabei wurden drei Anforderungen überprüft:

- die in der Stichprobe beobachtete relative Häufigkeit der Indikatoren sollte sich zwischen 5 % und 95 % bewegen;
- die Indikatoren sollten eine deutliche Streuung zwischen den Spitexorganisationen zeigen mit einer Interquartilsdifferenz von mindestens 6 %;
- die minimale Fallzahl für Klientinnen und Klienten, welche von einem Problem betroffen sein können, sollte pro Spitexorganisation mindestens 20 betragen.

Unter Berücksichtigung des Fallzahlen-Kriteriums konnten für eine reduzierte Stichprobe (23 Spitexorganisatio-

nen, 1'403 Klientinnen und Klienten) Aussagen zur Verteilung der Indikatoren gemacht werden (Abb. 2). Dabei erbrachten drei Qualitätsindikatoren relative Häufigkeiten, die unter der 5 %-Schwelle für seltene Phänomene lagen, nämlich: Obstipation (4,3 %), unzuverlässige Medikamenteneinnahme (3,8 %) und Sehfähigkeit (3,5 %). Zwei weitere Qualitätsindikatoren zeigten sehr grosse, aber noch akzeptable Häufigkeiten: Rehabilitationspotenzial ohne Trainings (94,1 %) und Bewegungsfähigkeit zu Hause (90,5 %). Die Prävalenzen / Inzidenzen der anderen Qualitätsindikatoren streuten zwischen 5 % und 61 %. Die Streuung zwischen den Spitexorganisationen war bei der Mehrheit der Qualitätsindikatoren substantiell, sodass sie sich für Institutionenvergleiche eignen.

Resultate im Überblick

Für eine Gesamtbeurteilung wurden die Resultate aus den Teilstudien zusammengetragen und die Qualitätsindikatoren nach der Anzahl erfüllter Kriterien bewertet (Tab. 1). So liess sich ein Kernset von 19 (der insge-

samt 29) Qualitätsindikatoren festlegen, dass sich sowohl aus pflegepraktischer als auch aus wissenschaftlicher Sicht für Qualitätsmessungen in der Spitex eignet. Eine genauere Betrachtung der Ergebnisse zeigt, dass fünf Indikatoren bei allen vier Teilstudienkriterien gut abschneiden und 14 weitere Indikatoren wenigstens drei Kriterien (jeweils durch gestrichelte Linie getrennt) erfüllen. Das Kernset schliesst 15 der insgesamt 16 Originalindikatoren ein, welche vom InterRAI auf der Grundlage der englischen Version von RAI-HC entwickelt wurden [7]. Bei den neu entwickelten Indikatoren gehören lediglich vier von 13 zum Kernset.

Betrachtet man die vier Bewertungskriterien nach dem Anteil von Indikatoren, welche diese erfüllt haben, so zeigt sich, dass insbesondere die Praxistauglichkeit aus Sicht der Pflegefachpersonen und die Messgenauigkeit (Interraterreliabilität) als kritisch zu bewerten sind: zwischen einem Viertel und einem Drittel der Indikatoren erfüllten die Eignungskriterien in diesen Bereichen nicht. Zu beachten ist ausserdem der relativ grosse Anteil (38 % bzw. 11 von 29) der Indikatoren, für die das Kriterium der Messgenauigkeit aufgrund geringer Fallzahlen nicht berechnet werden konnte.

Qualitätsindikatoren sind etablierbar

Es konnte gezeigt werden, dass sich für die ambulante Pflege Qualitätsindikatoren etablieren lassen, die sowohl den Anforderungen an die Praxistauglichkeit als auch an die wissenschaftliche Zuverlässigkeit standhalten. Die Tatsache, dass praktisch alle Indikatoren der englischsprachigen Originalversion des RAI-HC zu diesem Kernset zählen, lässt annehmen, dass die Originalindikatoren all-gemeingültige Aspekte der ambulanten Pflegequalität abbilden, die auch auf unterschiedliche nationale Kontexte generalisierbar sind. Das Kernset von 19 Indikatoren ist als Diskussionsgrundlage zu betrachten. Bei der definitiven Auswahl von Indikatoren für routinemässige Qualitätsmessungen ist unter Umständen auch eine andere Gewichtung der verschiedenen angeführten Kriterien zu prüfen, was teilweise eine andere Zusammenstellung von Kernindikatoren ergeben würde.

Handlungsbedarf und Ausblick

Qualitätsindikatoren als Nachweis für die Ergebnisqualität der Leistungserbringung werden in der ambulanten Pflege an Bedeutung gewinnen. Es sind aber auch Gren-

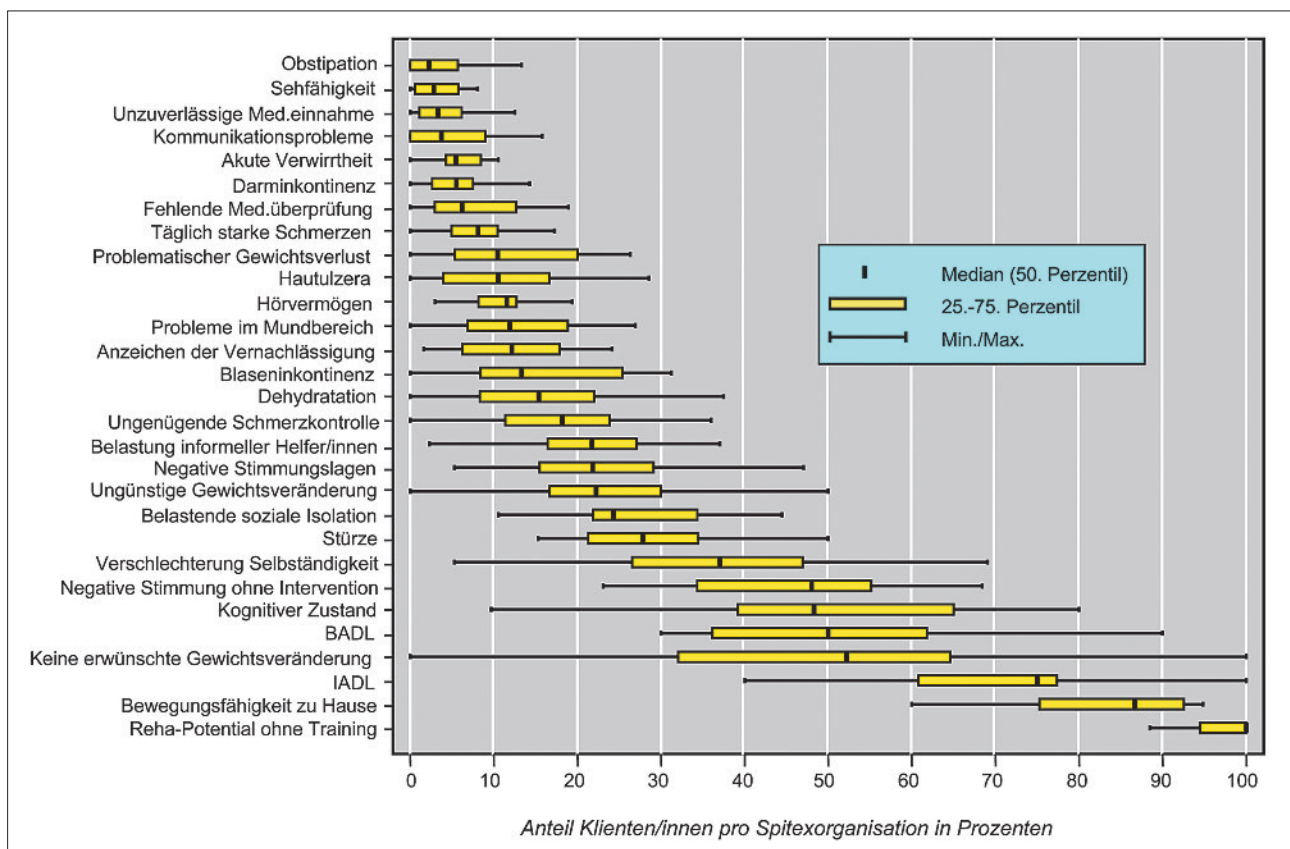


Abbildung 2
Verteilung aller 29 Qualitätsindikatoren in Spitexorganisationen (N_{Organisationen} = 23, n_{Klienten} = 1403).

Tabelle 1

Synthese der Bewertungen der 29 Qualitätsindikatoren – Rating durch Pflegefachpersonen, Messeigenschaften (Häufigkeit, Streuung) und Messgenauigkeit (Reliabilität).

| Qualitätsindikator | Quelle | Typ | Rating Gesamt- bewertung % gut geeignet | +/- | Häufigkeit+/- % Gesamt- stichprobe | Streuung +/- Differenz des IQR ^c | Reliabilität+/- Überei- stimmungs- koeffizient ^d |
|-------------------------------------|--------|-----|--|-----|--|---|--|
| BADL ^a | x | I | 83,3 | + | 45,7 | + | 0,81 |
| Bewegungsfähigkeit zuhause | | I | 76,2 | + | 90,5 | + | 1,00 |
| Dehydratation | | P | 91,7 | + | 16,7 | + | 0,47 |
| Probleme im Mundbereich | x | P | 90,5 | + | 12,7 | + | 0,43 |
| Belastende soziale Isolation | | P | 81,5 | + | 30,0 | + | 0,41 |
| Kognitiver Zustand | | P | 33,3 | - | 55,5 | + | 0,48 |
| Blaseninkontinenz | | I | 29,2 | - | 13,1 | + | 0,67 |
| Stürze | | P | 28,6 | - | 29,4 | + | 0,63 |
| IADL ^b | | I | 66,7 | + | 61,9 | + | 0,66 |
| Täglich starke Schmerzen | | P | 100,0 | + | 8,7 | + | 0,44 |
| Negative Stimmungslagen | | P | 58,3 | + | 30,4 | + | 0,25 |
| Ungenügende Schmerzkontrolle | | P | 79,2 | + | 17,1 | + | 0,22 |
| Hautulzera | | I | 90,5 | + | 8,1 | + | 0,05 |
| Belastung informeller Helfer/-innen | x | P | 95,2 | + | 22,4 | + | 0,29 |
| Verschlechterung Selbständigkeit | x | P | 52,4 | + | 41,0 | + | . |
| Problematischer Gewichtsverlust | | P | 66,7 | + | 13,2 | + | . |
| Anzeichen der Vernachlässigung | | P | 74,1 | + | 11,4 | + | . |
| Fehlende Med. Überprüfung | | P | 85,7 | + | 7,5 | + | . |
| Kommunikationsprobleme | | I | 50,0 | + | 5,0 | + | . |
| Neg. Stimmung ohne Intervention | x | P | 70,8 | + | 49,4 | + | 0,33 |
| Reha-Potential ohne Trainings | x | P | 88,9 | + | 94,1 | + | . |
| Akute Verwirrtheit | | P | 71,4 | + | 7,5 | + | . |
| Hörvermögen | x | P | 62,5 | + | 11,1 | + | 0,16 |
| Obstipation | x | I | 77,8 | + | 4,3 | - | 1,00 |
| Darminkontinenz | x | I | 41,7 | - | 5,6 | + | 0,68 |
| Keine erwünschte Gewichtsveränd. | x | I | 45,8 | - | 45,4 | + | . |
| Ungünstige Gewichtsveränderung | x | I | 47,6 | - | 35,4 | + | . |
| Unzuverlässige Med.-Einnahme | x | P | 85,2 | + | 3,8 | - | . |
| Sehfähigkeit | x | P | 38,1 | - | 3,5 | - | . |

a) basale Aktivitäten des täglichen Lebens: z.B. Aufstehen, Ankleiden, Essen usw.; b) instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens: z.B. Mahlzeitenzubereitung, Telefonieren; c) IQR = Interquartilrange bzw. mittlere 50% der Fälle; d) Yules (falls nicht berechenbar: Kappa); x: für RAI-HC Schweiz neu entwickelt; Typ: P = Prävalenzindikator, I = Inzidenzindikator; * knappe Fallzahlen im Indikatorenner (Median der Fallzahlen im Nenner unter 20, aber minimale Fallzahl = 10); § Fallzahlen n<10; + = befriedigendes Ergebnis; - = unbefriedigendes Ergebnis.

zen der Aussagekraft indikatorbasierter Qualitätsmessungen zu beachten. Die durch Qualitätsindikatoren abgebildeten Problemfelder geben immer einen begrenzten Ausschnitt der Pflegeleistung wieder. Die Outcomes ambulanter Pflege sind in der Regel das Resultat einer Ko-Produktion mehrerer beteiligter Akteure. Die kleinste Einheit bilden die Fachpersonen der Spitex und die Klientin bzw. der Klient. Meistens sind aber auch Angehörige und weitere Leistungserbringer, wie beispielsweise der Hausarzt, involviert. Outcome-Indikatoren beziehen sich somit immer auf die Leistung aller Beteiligten unter den jeweils gegebenen Bedingungen. Deshalb bedürfen die Messwerte der Qualitätsindikatoren einer am gegebenen Kontext orientierten Interpretation, um den Anteil der eigenen Leistung zu erkennen und daraus strukturelle oder prozedurale Verbesserungspotentiale ableiten zu können. Die Verwendung der Qualitätsindikatoren zu Verbesserungszwecken setzt eine kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Schwächen voraus. Diese kann jedoch nur in einem vertrauensvollen Umfeld stattfinden, in dem der Fokus primär auf die Verbesserung und weniger auf Rechenschaft ausgerichtet ist. Deshalb kommt dem fachlichen Austausch zwischen den Spitexorganisationen zur Arbeit mit Qualitätsindikatoren eine grosse Bedeutung zu. Aufgrund der kontinuierlichen und konsequenten Ausrichtung beim Verbesserungsprozess zu einem guten Outcome dürften sich langfristig auch allgemeine Kriterien zur «Best Practice» identifizieren lassen.

Der Spitex Verband setzt sich zum Ziel, Qualitätsmessungen weiter zu optimieren. Die Qualitätsindikatoren sollen in Schulungen und Qualitätszirkeln für Spitexmitarbeitende einfließen, wobei primär ein internes Benchmarking vorgesehen ist. Eine Veröffentlichung der Indikatoren ist gegenwärtig nicht das Ziel des Vorhabens. In Workshops wird den Mitarbeitenden das Verständnis der Qualitätsindikatoren und deren Stellenwert im Qualitätsmanagement näher gebracht. Anhand eigener Daten wird für ausgewählte Qualitätsindikatoren beispielhaft aufgezeigt, welche Hinweise auf das Verbesserungspotential von institutionellen Strukturen und pflegerischen Prozesse gewonnen werden können.

Literatur

- 1 Bundesamt für Statistik Bfs. Spitex-Statistik 2006. Bern: Bundesamt für Statistik; 2007.
- 2 Rüesch P, Burla L, Schaffert R, Mylaeus M. Qualitätsindikatoren der ambulanten Pflege (Spitex) in der Schweiz auf der Grundlage von RAI-HC. Bern: Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (Band 96); 2009.
- 3 Burla L, Schaffert R, Mylaeus M, Rüesch P. Entwicklung und Erprobung von Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege in der Schweiz. Das Gesundheitswesen 2009 (angenommen, im Druck).
- 4 Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, et al. Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *Gerontologist*. 2004;44:665–79.
- 5 Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, et al. InterRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs) for MDS-HC Version 2.0. Ann Arbor, Michigan USA: InterRAI – University of Michigan, Institute of Gerontology 2001.
- 6 Saliba D, Solomon D, Rubenstein L et al. Feasibility of quality indicators for the management of geriatric syndromes in nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2004;5:310–9.
- 7 Hirdes JP. Quality indicators based on the MDS-Home Care (MDS-HC). *Gerontologist* 2001; 41:17.

Korrespondenz:

Peter Rüesch

Dr. phil. Psychologe FSP

Leiter Fachstelle Gesundheitswissenschaften

Departement Gesundheit

ZHAW Zürcher Hochschule

für Angewandte Wissenschaften

Technikumstrasse 71

Postfach

8401 Winterthur

peter.rueesch@zhaw.ch

<http://www.gesundheit.zhaw.ch/de/gesundheitsforschung/fachstelle-gesundheitswissenschaften.html>