



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

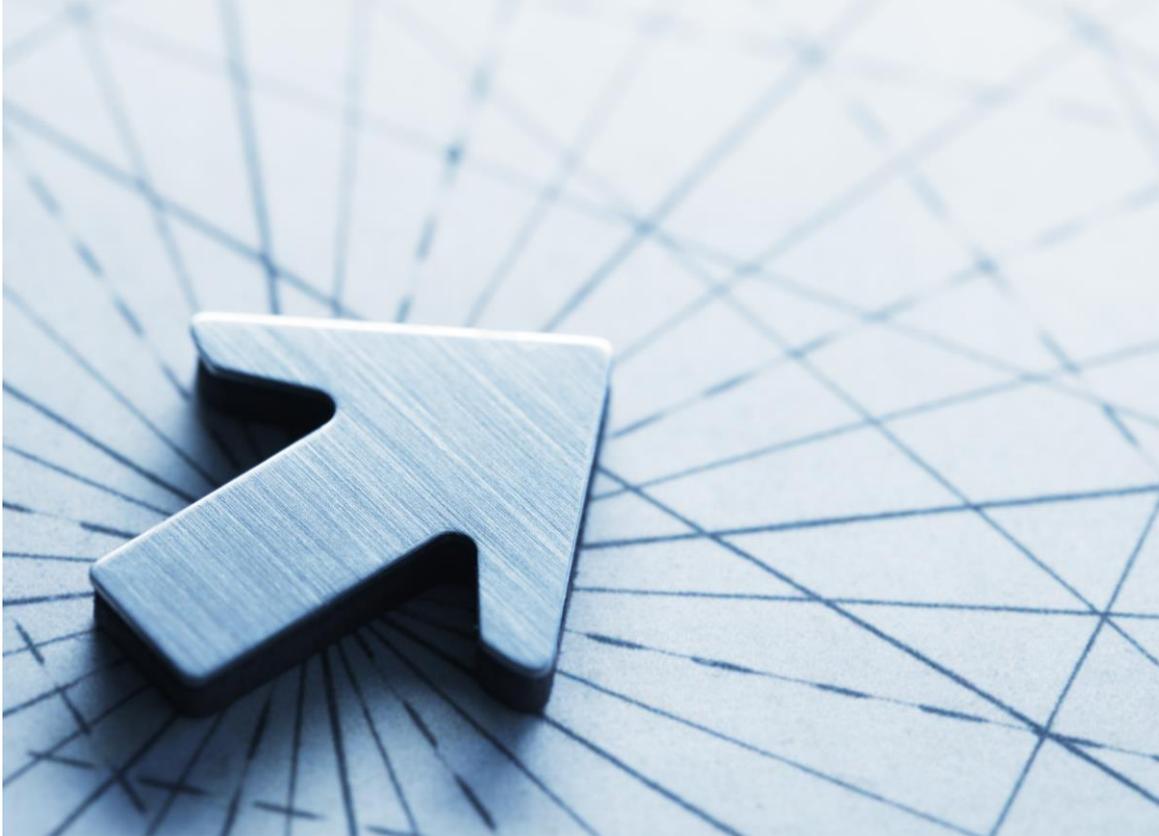
Pflegeoutcomes

Qualitätsrelevante Pflegeoutcomes in der Praxis umsetzen

Prof. Dr. Sabine Hahn

► Fachbereich Pflege, Forschung und Entwicklung Pflege

Inhalt



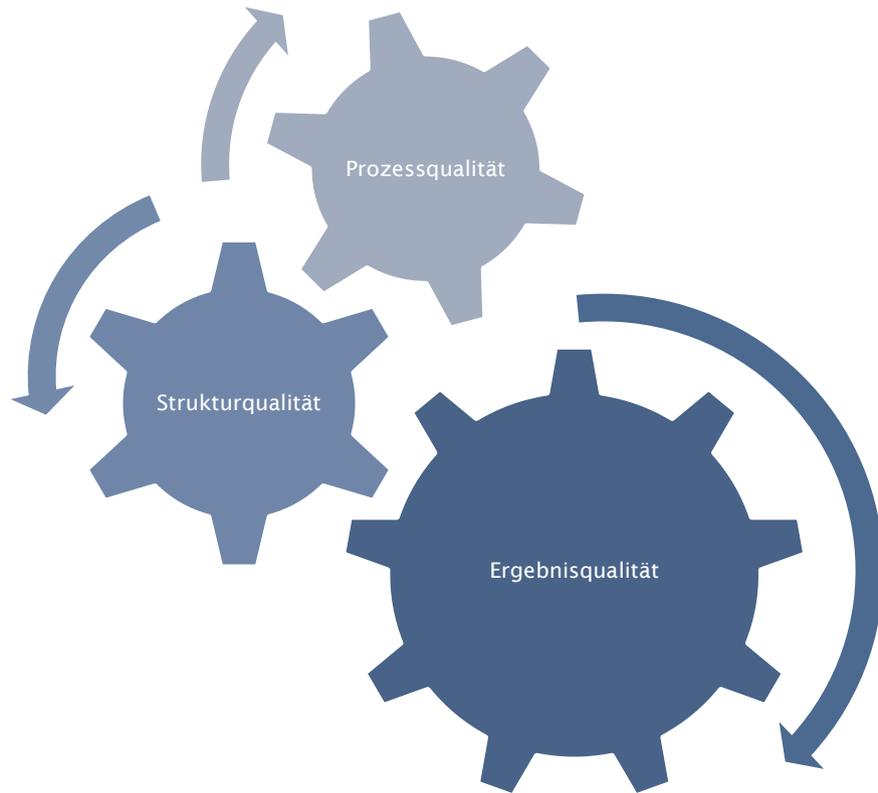
- ▶ Qualität und ihre viele Facetten
- ▶ Die Ebenen der Outcomes
- ▶ Pflege-Outcomes und Organisation
- ▶ Pflegeoutcomes und Pflegeprozess

Qualität

- ▶ Das Thema Qualität ist mit dem Qualitätsmodell nach Avedis Donabedian (* 1919; † 2000) verbunden.
 - ▶ Qualitätsdimensionen: Prozess, Struktur, Ergebnis
 - ▶ Die Qualitätsdimensionen von Donabedian werden der Vielschichtigkeit der Dienstleistungen der Pflege nicht gerecht, da diese komplexer und schwieriger zu definieren, zu messen und zu evaluieren sind, als beispielsweise in der Industrie

(Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine, 2001; Hensen & Hensen, 2010; Maben et al., 2012; Schmid-Büchi et al., 2008)

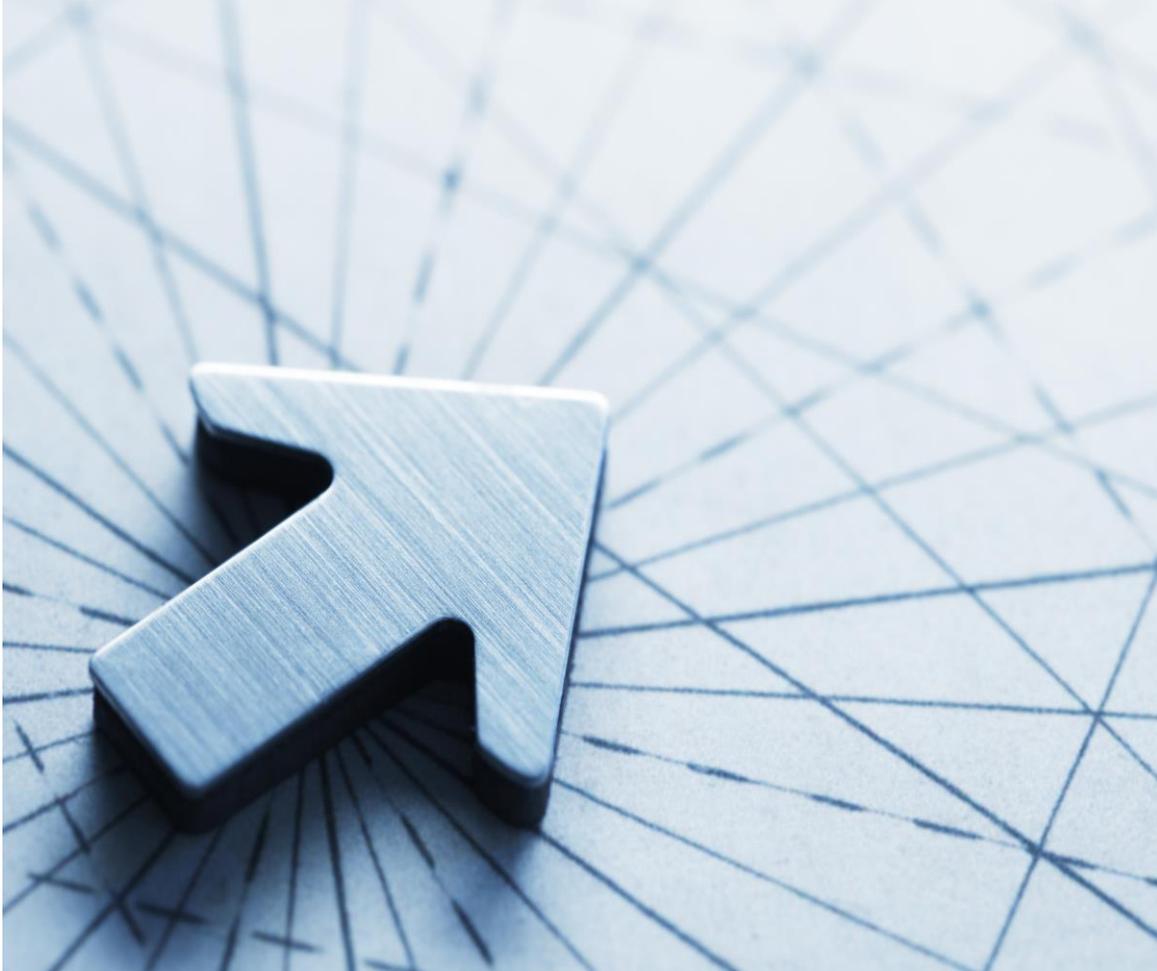
Qualitätsdimensionen nach Donabedian



Donabedian, A. (1966).

- ▶ **Strukturqualität:** Rahmenbedingungen personellen und materiellen Ressourcen, organisatorischen und finanziellen Gegebenheiten
- ▶ **Prozessqualität:** die Art und Weise wie Leistungen erbracht werden. Die Gesamtheit aller Aktivitäten, die im Verlauf der tatsächlichen Erstellung der Dienstleistung direkt oder indirekt am Patienten vollzogen werden. z.B. Durchführung von Beratungen, die Handhabung von Pflegestandards und Vorschriften oder das Aufnahmeverfahren, die Pflegeplanung oder Wartezeiten.
- ▶ **Ergebnisqualität/Outcomes:** die Veränderungen des gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitszustandes der Patient*innen, die dem vorausgegangenen pflegerischen und administrativen Handeln zuschreibbar sind. z.B. Zufriedenheit und Lebensqualität, Grad der Zielerreichung und Einhaltung von Zielvereinbarungen

Qualität



Das Institute of Medicine definiert Quality of Care als

- ▶ „the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge” (Lohr & Schroeder, 1990).
- ▶ Neueren Arbeiten betonen konzeptionelle Komponenten der Qualität
 - ▶ Eine hochwertige Versorgung soll sicher, wirksam, personenzentriert, rechtzeitig, effizient und gerecht sein (Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine, 2001).

Pflegequalität



- ▶ **Sicher und wirksam:** Pflege ist sicher und Verletzungen bzw. Schädigung der Patient*innen/Klient*innen werden vermieden und die Dienstleistung ist effektiv auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse erbracht. Alle Leistungen sind zu unterlassen, die nach bester Evidenz keine Wirkung zeigen (Vermeidung von Unter- und Überversorgung).
- ▶ **Personenzentriert:** Stellt sicher, dass die individuellen Patient*innenpräferenzen sowie Bedürfnisse und Werte der Patient*innen alle klinischen Entscheidungen leiten. Soziale Faktoren wie Beziehungs- und Handlungsqualität, Umgang mit Patient*innen und Familien, professionelle Beziehung, Verhältnis der Mitarbeitenden untereinander (Hensen & Hensen, 2010; Duffy und Hoskins, 2003)



Pflegequalität



- ▶ **Rechtzeitig:** Die Pflege soll rechtzeitig erfolgen. Beispielsweise sind Wartezeiten und schädlich Verzögerungen zu eliminieren, sowohl für diejenigen, die Pflege erhalten, als auch für diejenigen, die Pflege ausüben.
- ▶ **Effizienz:** Patient*innenzentriertheit, Wirksamkeit und Rechtzeitigkeit führen zu einer effizienten Pflege welche insbesondere auf Verschwendung Ressourcen (Personal, Geräten, Verbrauchsmaterialien, Ideen und Energie) achtet.
- ▶ **Gerecht:** Pflege, deren Qualität nicht aufgrund persönlicher Merkmale wie Geschlecht, Ethnizität, geographische Lage und sozioökonomischer Status variiert

Pflegequalität



Elsbeth Luginbühl

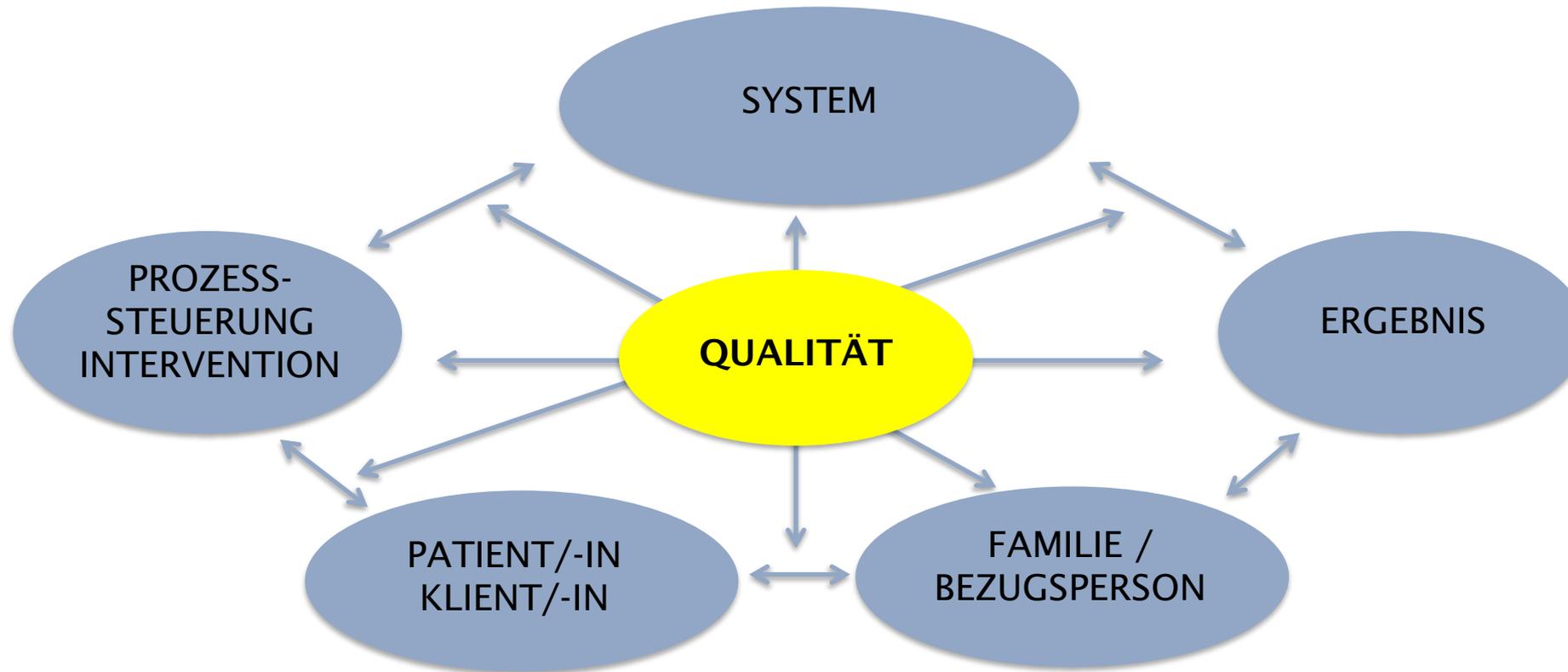
FRAU LUGINBÜHL, WAS MACHT AUS
IHRER SICHT GUTE PFLEGEQUALITÄT
AUS?

Gute Pflegequalität bedeutet, dass die Kundinnen und Kunden einer Spitex-Organisation jeden Tag dieselbe qualitativ hochstehende Leistung erhalten – unabhängig davon, welche Pflegefachperson für sie zuständig ist. Mit dem Zertifizierungsmodell als Orientierungshilfe kann gute Pflegequalität stattfinden, weil geregelte Prozesse und Strukturen vorhanden sind. Dies gewährleistet eine professionelle Leistungserbringung durch die Pflegenden. So entsteht Vertrauen, denn als Kundin kann ich nicht beurteilen, ob beispielsweise die Wundpflege korrekt ausgeführt wird.

- ▶ Gute Pflegequalität bedeutet, dass die Kundinnen und Kunden jeden Tag dieselbe qualitativ hochstehende Leistung erhalten – unabhängig davon, welche Pflegefachperson für sie zuständig ist.

(Kiener, K.,2021)

Quality of Health Outcome Model adaptiert (Hahn et al. 2017)



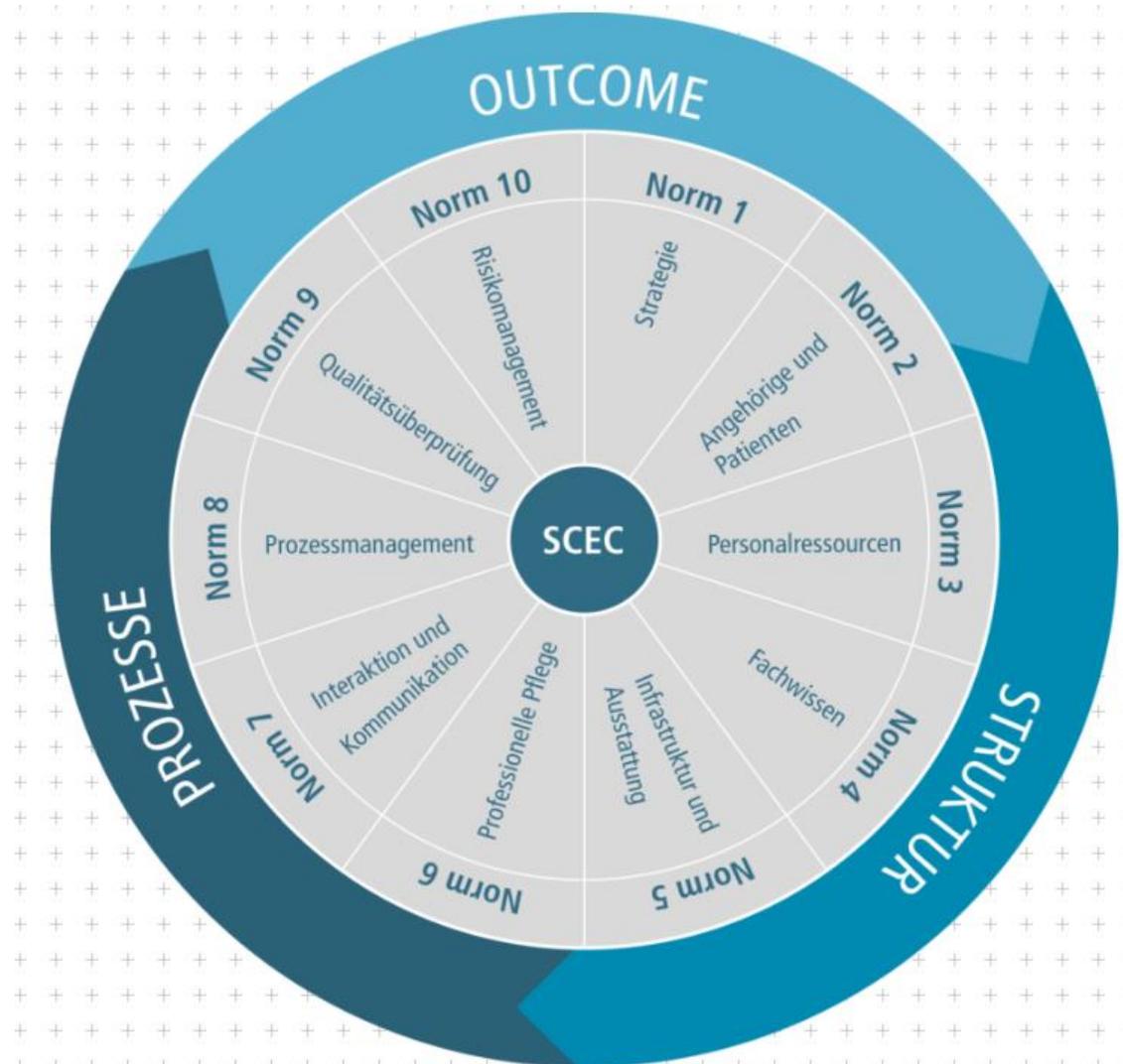
Quality of Health Outcome Model (QHOM) (Mitchell, Ferketich und Jennings, 1998), angepasst auf Schweizer Verhältnisse (Schmid-Büchi, et al., 2008) und Im Rahmen des Swiss Care Excellence Certificate, der Concret AG, erweitert (Hahn et al. 2017)

Quality of Health Outcome Model adaptiert (Hahn et al. 2017)

Elemente

1. **System:** Systemische Perspektive, dynamische Zusammenspiel der Elemente. Zusammenhänge sind relevant und werden bewusst, wie Pflegestrategie und Unternehmenskultur, Fachexpertise, Berufserfahrung, Arbeitsumgebung.
2. **Prozesse / Intervention:** Der Pflegeprozess und seine Ergebnisse werden durch das System und die Merkmale der Patient*innen/Klient*innen sowie deren Bezugspersonen beeinflusst, z.B. durch Problemlösungs- und Kommunikationsfähigkeiten der Pflegenden sowie Ausübung ihrer beruflichen Rolle im inter- und intradisziplinären Kontext.
3. **Patient*in, Klient*in:** Bezieht Gesundheitsstatus, sozialen, psychologischen und physiologischen Aspekten und deren Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit ein. Ihre Bedarfe werden erfasst und ihre Stimme einbezogen.
4. **Angehörige, Bezugsperson:** Sie leisten einen wesentlichen Anteil der Pflege und verfügen über Expertise. Echte Partizipation wird berücksichtigt indem Profile der Bezugspersonen und ihre Kompetenzen gewichtet werden.
5. **Ergebnis:** Ergeben sich aus den Systemfaktoren, der Prozesssteuerung und den Patientenmerkmalen. Es werden die Ergebnisse bei den Anspruchsgruppen und Pflegeoutcomes erfasst.

Swiss Care Excellence Certificate



<https://www.concret-ag.ch/angebot/zertifizierung/>

Ebenen von Outcomes



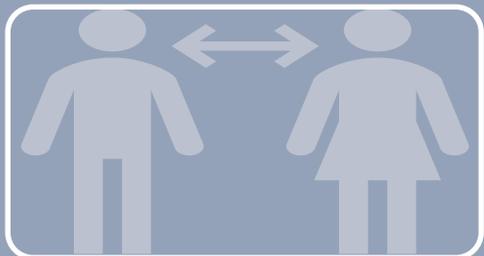
Makroebene

- Vorgaben Qualitätsindikatoren bzw Outcomes und Überprüfung von staatlicher Seite
- Meist Outcome: z.B. Dekubitus, Sturz, Mangelernährung, Aggression



Mesoebene

- Vorgaben Qualitätsindikatoren bzw. Outcomes der Organisation und ihrer Qualitätsziele
- Generelle Schwerpunkte, auf Patient*inn- bzw. Klient*engruppen bezogene Standards oder Prioritäten



Mikroebene

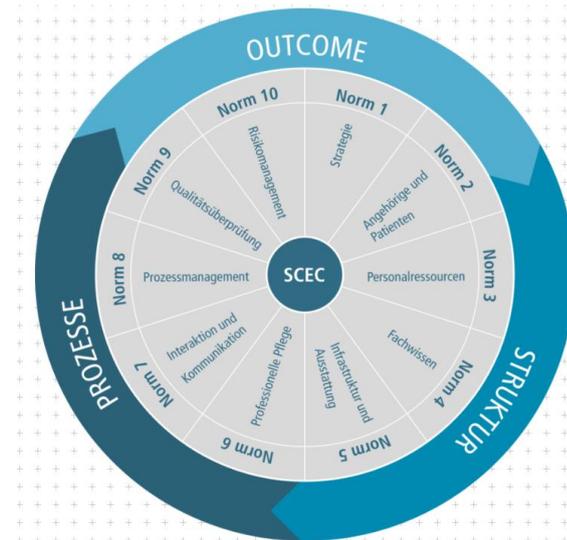
- Umsetzung Qualitätsindikatoren bzw. Outcomes im Pflegeprozess
- Individuelle Outcomes auf Patient*innen, Klient*innen, Bewohnende abgestimmt

Mesoebene Ziele der Organisation

Was ist das Ziel unserer Organisation aus Sicht:

- ▶ der Gesundheitsversorgung?
- ▶ der Stakeholder (Angehörige, Zuweiser etc.)?
- ▶ von uns/Expert*innen?
- ▶ Expert*innen aus Erfahrung, Patient*innen, Klient*innen, Bewohnende?
- ▶ Es stehen Populationen, Gruppen etc. im Vordergrund

Wen pflegen wir?



Mikroebene Umsetzung im Pflegeprozess



- ▶ Patientenzentriert
- ▶ Informiert
- ▶ Kompetent
- ▶ Gemeinsame Entscheidung

*Was ist für die einzelne Person wichtig?
Wer muss einbezogen werden?*

Arten von Outcomes

Objektive Outcomes

- ▶ Stürze und Sturzfolgen
- ▶ Dekubitus
- ▶ Mobilität
- ▶ Freiheitseinschränkende Massnahmen
- ▶ Mangelernährung, Gewichtsverlust
- ▶ Harnwegsinfektionen
- ▶ Verwirrtheit
- ▶ Aggressives Verhalten
- ▶ Misshandlung
- ▶ Polypharmazie, Medikamentenfehler
- ▶ Beziehungen, Soziale Kontakte

Subjektive Outcomes

- ▶ Zufriedenheit
- ▶ Sicherheitsgefühl
- ▶ Physisches Wohlbefinden
- ▶ Psychisches Wohlbefinden
- ▶ Autonomiegefühl
- ▶ Individualität

Alle Outcomes müssen messbar sein und müssen daher objektiviert werden

Literatur

- Duffy, J. R. & Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model: blending dual paradigms. *ANS. Advances in nursing science*, 26 (1), 77-88.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-206. doi:10.2307/3348969
- Hahn, S., Schwarze, T., & Vangelooven, C. (2017). Pflegequalität aus wissenschaftlicher Sicht. *Pflegerecht*, 1(2), 3.
- Hensen, P. & Hensen, G. (2010). System- und subjektbezogene Perspektiven von Zertifizierungsverfahren in Gesundheitseinrichtungen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 15 (03), 132-140.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: National Academy Press. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>.
- Kiener, K. (2021) Gute Pflege darf kein Zufall sein. Mittendrin, Magazin von mehreren Spitex-Organisationen in der Region Bern.
- Lohr, K. N. & Schroeder, S. A. (1990). A Strategy for Quality Assurance in Medicare. *The New England Journal of Medicine*, 322 (10), 707-712.
- Maben, J., Morrow, E., Ball, J. & Robert, G. (2012). *High Quality Care Metrics for Nursing* (National Nursing Research Unit, Hrsg.). London: King's College London.
- Schmid-Büchi, S., Rettke, H., Horvath, E., Marfurt-Russenberger, K. & Schwendimann, R. (2008). Das auf Basis des «Quality of Health Outcome Model» (QHOM) entwickelte Zürcher Pflege-Qualitätsmodell: Eine neue Perspektive zur Messung der Pflegequalität. *Pflege*, 21 (5), 309-317.



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

Fragen?

sabine.hahn@bfh.ch

► Fachbereich Pflege, Forschung und Entwicklung Pflege