

Erhebung der medizinischen Qualitätsindikatoren



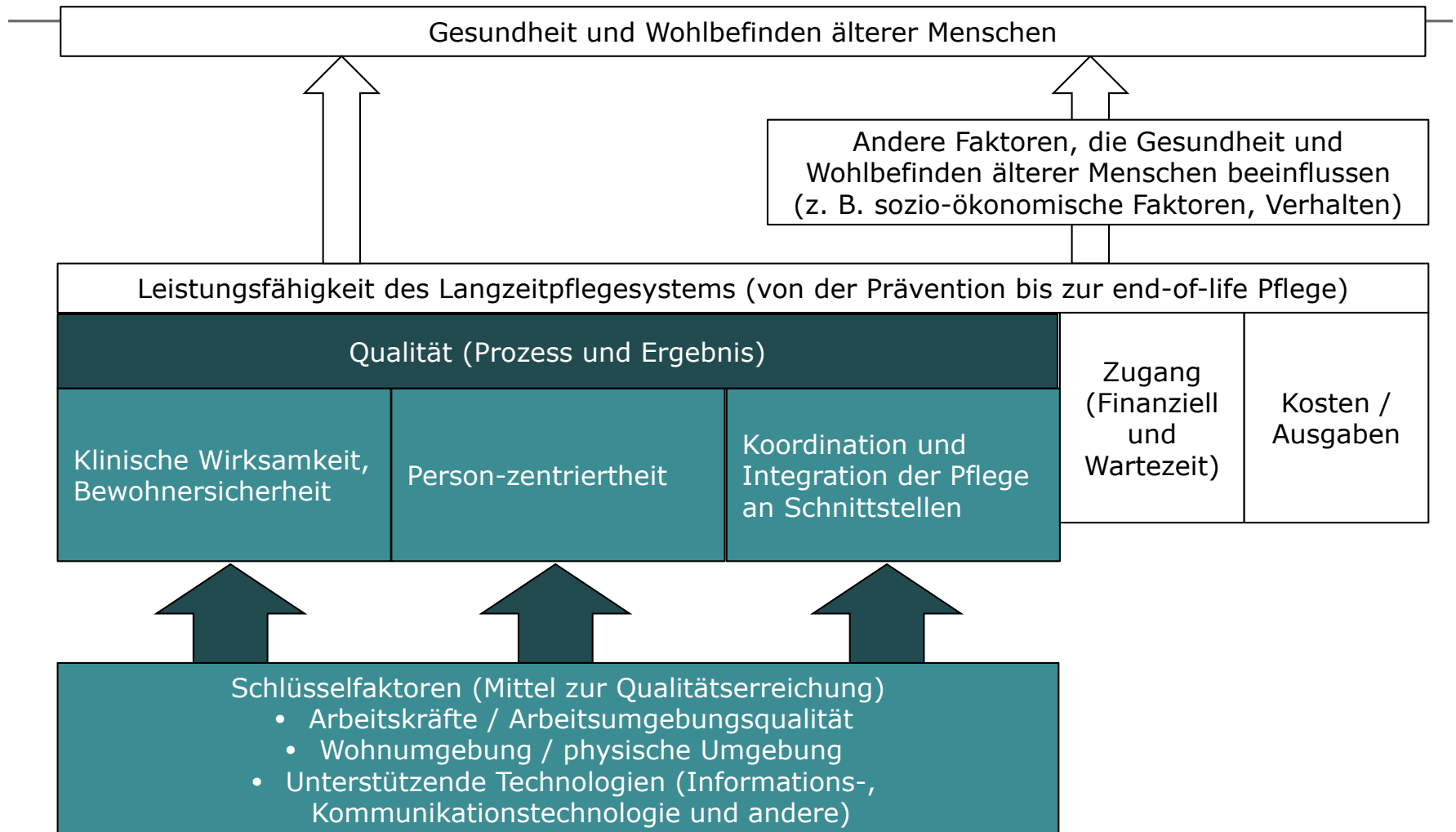
Dr. Franziska Zúñiga
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Inhalte

- Kontext
- Pilotuntersuchungen
- Nationale Qualitätsindikatoren:
 - Mangelernährung
 - Bewegungseinschränkende Massnahmen
 - Schmerzen
 - Polymedikation
- Auswertungen
 - Benchmarking
 - Internes Qualitätsmonitoring

KONTEXT

Qualität in der Langzeitpflege – OECD



Gesetzliche Grundlage – Art. 59a KVG

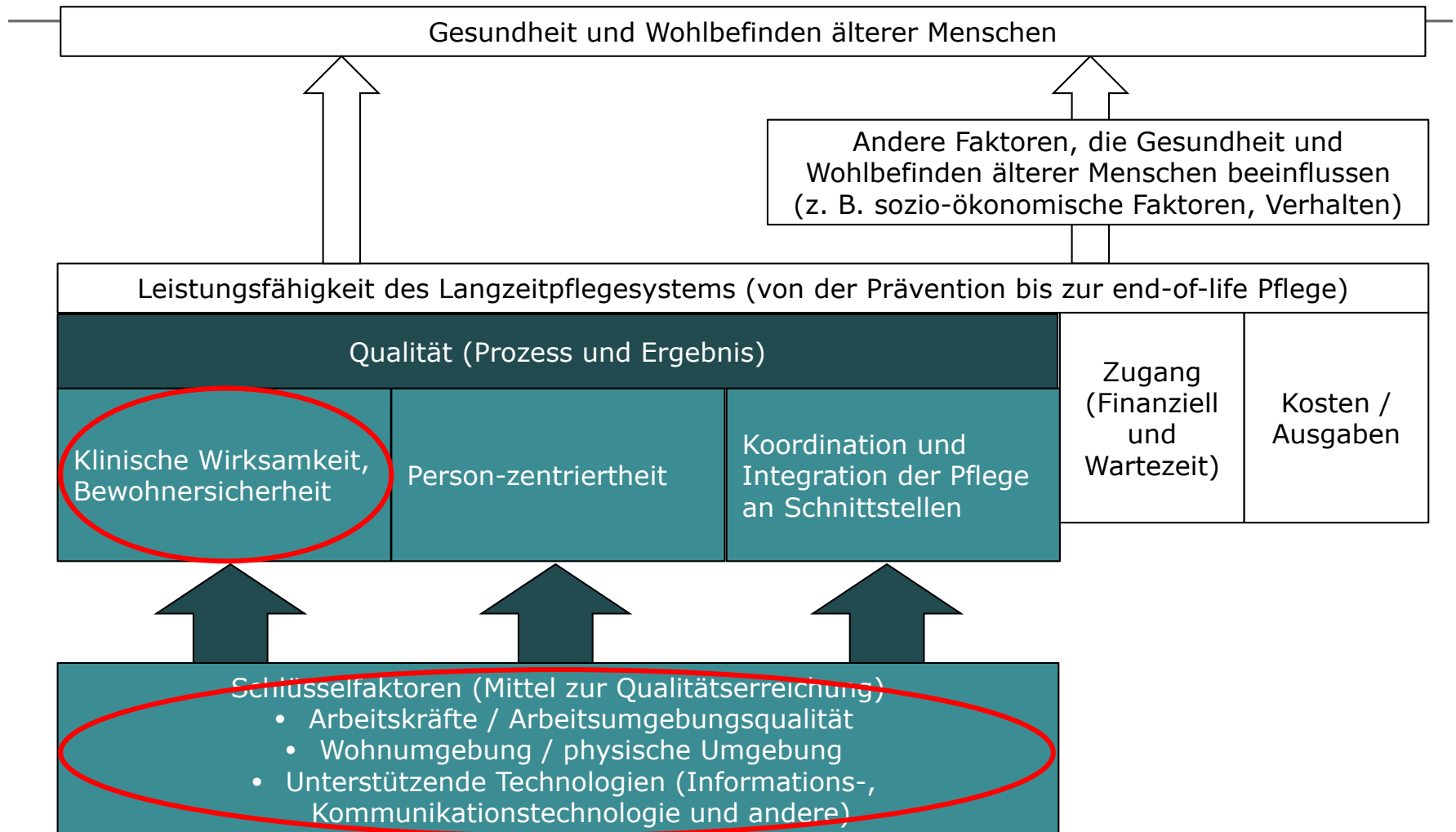
¹ Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Namentlich sind folgende Angaben zu machen:

(a. – e. Angaben zu Strukturen, Beschäftigte und Ausbildungsplätze, Anzahl und Struktur der Patient/innen, Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen, Finanzen)
f. medizinische Qualitätsindikatoren.

² Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

³ Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik erhoben. Es stellt die Angaben ... dem Bundesamt für Gesundheit... zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

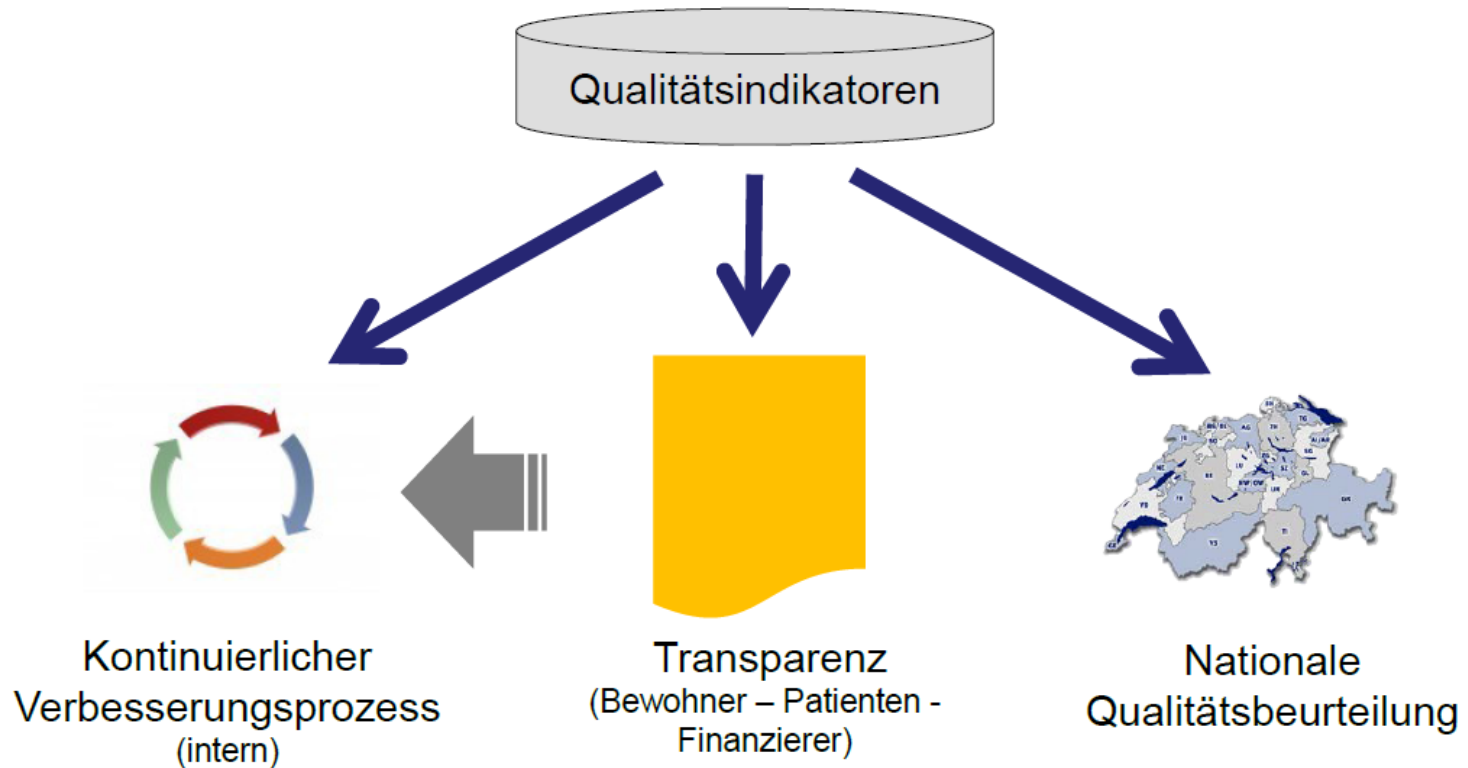
Qualität in der Langzeitpflege – OECD



4 Messthemen

- Bewegungseinschränkende Massnahmen
- Mangelernährung (Gewichtsverlust)
- Schmerzen
- Polymedikation

Zwecke medizinischer Qualitätsindikatoren



Grundlagen für die Erhebung und Veröffentlichung

- Die Erhebung der Daten geschieht im Rahmen von bereits geplanten Datenerhebungen mit den bestehenden Assessmentinstrumenten (RAI-NH, BESA, Zusatzmodul IQM zu Plaisir/Plex)
- Die erhobenen Daten werden **voraussichtlich via Instrumentenanbieter** dem BFS übermittelt
- Sie werden vom BAG veröffentlicht (**Ziel: Datenerhebung ab 2019, Veröffentlichung ab 2020, Form noch offen**)

Was sind Kriterien für gute Qualitätsindikatoren?

- Basiert auf vereinbarten Definitionen
- Machbar
- Verallgemeinerbar
- Beschreibt für Benutzer klar identifizierbare Ereignisse, klinisch relevant
- Quantifizierbar
- Veränderbar
- Reliabel, zuverlässig, valide
- Unterscheidet gut
- Erlaubt sinnvolle Vergleiche

PILOTUNTERSUCHUNGEN

Pilotuntersuchung der Qualitätsindikatoren in zwei Phase

	Online-Befragung	Assessment
Wie	Online-Befragung von Anwender/innen und Verantwortlichen für Datenerhebung	Untersuchung der erhobenen Assessmentdaten
Wann	Februar – Juni 2017	Juli 2016 – September 2017
Was	<ul style="list-style-type: none"> • Verständlichkeit der Frage zur Messung der Qualitätsindikatoren • Zuverlässigkeit der Daten • Glaubwürdigkeit der Daten 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität der Daten • Fähigkeit der Indikatoren, Unterschiede zwischen Heimen festzustellen • Vergleichbarkeit: Risikoadjustierungen
Wie viele	303 Personen aus 127 von 155 angefragten Pilotbetrieben	Daten von 11'412 Bewohner/innen aus 152 Pilotbetrieben

Bedingung für Teilnahme: neuste Version von RAI-NH, BESA eingeführt, mit der Qualitätsindikatoren gemessen werden, resp. Bereitschaft mit Zusatzmodul von Plaisir/Plex zu arbeiten

Elemente der Online-Befragung

- Fallbeispiel – Zuverlässigkeit der Resultate
- Verständlichkeit der Fragen
- Bisherige Verwendung und erwarteter Nutzen des Indikators

Online-Befragung Beispiel Mangelernährung - Fallbeispiel

Bitte lesen Sie das Fallbeispiel und füllen Sie die Fragen so aus, wie Sie es im Alltag machen würden:

Bei Herrn Schmid finden sich folgende Einträge im Gewichtsverlauf (monatliche Messung jeweils donnerstags morgens):

26.05.2016	28.7.2016	29.09.2016	27.10.2016	01.12.2016
74.0 kg	72.4 kg	67.5 kg	67.0 kg	64.0 kg

Wie beurteilen Sie den Gewichtsverlust von Herrn Schmid am 1. Dezember 2016?

Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen

0. NEIN 1. JA

Korrekte Antwort ("ja"): 89.9%

(BESA: 93.9%, Plaisir/Plex: 87.8%, RAI-NH: 88.0%)

Online-Befragung Beispiel Mangelernährung - Verständlichkeit

Frage zur Gewichtsveränderung	Total %(n)
Ich verstehe genau, was das Item bedeutet (n=295)	94.2 (278)
Ich habe keine Schwierigkeiten, das Item zu beantworten (n=292)	80.1 (234)
Wir haben öfters Diskussionen im Team / unter Kolleg/innen, weil wir nicht sicher sind, wie dieses Item zu beantworten ist (n=275)	33.8 (93)
Ich bin sicher, dass meine Antworten auf dieses Item jeweils korrekt die Situation der Bewohner/innen wiedergeben (n=287)	81.9 (235)

Antworten unter “stimme zu” oder “stimme sehr zu” im Verhältnis zu allen Antworten

Online-Befragung Beispiel Mangelernährung - Nutzen

Bewertung des Qualitätsindikators	Total %(n)
Der Indikator wird uns einen guten Qualitätsvergleich erlauben mit anderen Betrieben (n=250)	63.2 (158)
Der Indikator wird uns unterstützen bei der Überwachung der Qualität und eventuellen Verbesserungsmaßnahmen (n=267)	83.5 (223)
Wir nutzen schon bisher Daten zum Indikator «Mangelernährung» für Benchmarking und/oder für Qualitätsverbesserungsprozesse (n=226)	58.8 (133)

Antworten unter “stimme zu” oder “stimme sehr zu” im Verhältnis zu allen Antworten

Online-Befragung – Beantwortung der Fallbeispiele

Korrekte Einschätzungen der Fallbeispiele gegliedert nach Qualitätsindikator	Total %(n)	BESA %(n)	Plaisir/ Plex %(n)	RAI-NH %(n)
Bewegungseinschränkende Massnahme (Rumpffixation, täglich - nur am Tag) (n=297)	79.5 (236)	72.7 (72)	92.7 (38)	80.3 (126)
Gewichtsverlust (n=298)	89.9 (268)	93.9 (93)	87.8 (36)	88.0 (139)
Selbsteinschätzung Schmerz (Frequenz und Intensität) (n=298)	93.6 (279)	92.9 (92)	85.4 (35)	96.2 (152)
Fremdeinschätzung Schmerz (Frequenz und Intensität) (n=297)	48.1 (143)	51.5 (51)	14.6 (6)	54.8 (86)
Polymedikation (9 und mehr Wirkstoffe) (n=249)	89.6 (223)	85.9 (73)	82.1 (23)	93.4 (127)

MANGELERNÄHRUNG

Hintergrund Mangelernährung

- Mangelernährung versteht sich als ein Mangel an Eiweiss und spezifischen Nährstoffen, der Gewichtsverlust ist ein Symptom davon.
- Erhöhtes Risiko für Mangelernährung beim älteren Menschen, insbesondere nach Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim.
- Im Alter veränderte Nahrungsaufnahme und Bioverfügbarkeit von Nährstoffen, reduzierte Fähigkeit, auf metabolischen Stress bei Krankheit zu reagieren.
- Energiebedarf im Alter vermindert, Nährstoffbedarf bleibt gleich oder ist zum Teil erhöht.
- Die Messung von Gewichtsverlust unterstützt das Erkennen und Angehen von Mangelernährung.
- Gewichtsverlust hat in Schweizer Pflegeheimen eine Prävalenz von 5% bis 34%.

s. auch Faktenblatt Curaviva zum Messthema Mangelernährung:

https://www.curaviva.ch/files/QUE3R36/qi_faktenblatt_mangelernaehrung.pdf

Folgen der Mangelernährung

- Erhöhte Morbidität und Mortalität
- Erhöhtes Risiko für Hospitalisierungen, höhere Komplikationsrate und längere Aufenthaltsdauer im Spital
- Zunehmende Schwäche und Gebrechlichkeit, reduzierte Funktionsfähigkeit und Aktivität, reduzierte Kapazität für Rehabilitation und Lebensqualität
- Erhöhtes Risiko für nosokomiale Infektionen, Stürze, Frakturen, Dekubitus, Verschlechterung von chronischen Erkrankungen, verzögerte Genesung und Wund-/Infektheilung
- Vitamin- und Mineraliendefizite
- Erhöhte Gesundheitskosten

Qualitätsindikator und Ausschlusskriterien

- Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit einem Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen

Ausschlusskriterien:

- Bewohnende mit einer Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten (neu statt 6 Wochen)
- Bewohnende mit Eintrittsassessment

Online-Befragung – freie Antworten

- Schwierigkeit mit Frage, die zwei Zeiträume und zwei Prozentangaben beinhaltet
 - Beantwortung der Frage nach Lebenserwartung braucht viel Unterstützung durch Führung
 - Überforderung durch Prozentrechnung, es wird geschätzt
- Wunsch nach automatischer Berechnung
- Was, wenn Gewichtsmessungen nicht genau 180 Tage auseinanderliegen?
 - Verlässlichkeit der einheitlichen Gewichtsmessung wird angezweifelt
 - Vergleichbarkeit der Betriebe?

Was ist zu beachten bei der Messung?

Der Indikator wird anhand zweier Kriterien überprüft:

- Gewichtsabnahme von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen
- Gewichtsabnahme von 10% und mehr in den letzten 180 Tagen

Der Indikator gilt als erfüllt, wenn je eines der beiden Kriterien erfüllt ist oder beide zusammen.

- Messung anhand Einträgen von Gewicht in der Bewohnerdokumentation
- Gewichtsmessung: wenn möglich jeweils zu selben Bedingungen, Waage kalibrieren
- Lebenserwartung: Einschätzung im interprofessionellen Team, es geht um eine Schätzung, die Situation kann sich ändern

Interventionsmöglichkeiten

- Bewohner/innen
 - Screening auf Mangelernährung
 - Bei pos. Screening, umfassendes Assessment im interprof. Team
 - Ziele festlegen und Massnahmen ergreifen (Ursachen beheben, Essensumgebung, Modifikation Mahlzeiten, Anreicherung Speisen, Trinknahrung)
- Personal
 - Fort- und Weiterbildung, insbesondere Umgang mit vulnerablen Gruppen (Demenz, Sehbehinderung)
- Organisation
 - Handlungsanleitungen
 - Essatmosphäre
 - Altersgerechte Küche
 - Verfügbarkeit Nahrungszusätze, Hilfsmittel fürs Essen, Zwischenmahlzeiten
 - Zugang Ernährungsberatung, zahnärztliche Behandlung
 - Personalorganisation zu Essenszeiten

BEWEGUNGS- EINSCHRÄNKENDE MASSNAHMEN

Hintergrund

- 27% der Bewohner/innen in Schweizer Pflegeheimen erleben mindestens eine Form der bewegungseinschränkende Massnahme
- Ca. 20% haben Bettgitter
- 1.1%-2.9% haben eine Fixierung des Rumpfes
- 1.8%-3.2% haben eine Sitzgelegenheit, die kein Aufstehen erlaubt
- Häufigste Gründe, die für Anwendung angegeben werden:
 - Sturzrisiko vermindern
 - Herausfordernde Verhaltensweisen

s. auch Faktenblatt Curaviva zum Messthema Bewegungseinschränkende Massnahmen:

https://www.curaviva.ch/files/MRXQGII/qi_faktenblatt_bewegungseinschraenkende_massnahmen.pdf

Folgen des Einsatzes von bewegungseinschränkenden Massnahmen für Bewohner/innen

- Verminderte Lebensqualität, Beeinträchtigung der Würde und Selbstwirksamkeit, Gefühl des Eingeschlossen Seins
- Verschlechterung des physischen (z. B. Verlust der Muskelkraft) und psychischen Zustandes (z. B. Depression)
- Zunehmende Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Verminderter Appetit
- Verminderung der kognitiven Fähigkeiten
- Vermehrte Aggression
- Vermehrte soziale Isolation
- Zunahme an Stürzen, sturzbedingten Verletzungen, Dekubitus, Inkontinenz, Todesfällen
- Tödlicher Ausgang durch unkorrekte Anwendung von Massnahmen oder Anwendung von nicht geeigneten Massnahmen

Qualitätsindikatoren und Ausschlusskriterien

- Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit täglicher **Fixierung des Rumpfes oder mit Sitzgelegenheit, die die Bewohnenden am selbständigen Aufstehen hindert** in den letzten 7 Tagen.
- Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit täglichem Gebrauch von **Bettgittern** und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, welche Bewohnenden am selbständigen Verlassen des Bettes hindern, in den letzten 7 Tagen.

Ausschlusskriterium:

- Bewohnende, bei denen die bewegungseinschränkende Massnahmen **auf Wunsch** eingesetzt werden, sind von der Berechnung ausgeschlossen.

Online-Befragung – freie Antworten

⇒ 3 Fragen sind relevant für Berechnung des Indikators: Typ der Einschränkung, Häufigkeit und Kontext

Kommentare zu den Fragen:

- Typ der Einschränkung: Unterscheidung schwierig von Rumpffixation zu Sitzgelegenheit, die kein Aufstehen erlaubt
- Skala A (Häufigkeit): unproblematisch zum Beantworten, zu viele Antwortoptionen
- Skala C (Kontext der Einschränkung): schwierig zum Einschätzen, nicht immer alle Unterlagen zugänglich, führt öfters zu Diskussionen

Typ – Bettgitter



Installationen an allen offenen Seiten des Bettes, die auf der gesamten Länge der Matratze angebracht sind, so dass die Bewohnenden das Bett nicht selbständig verlassen können

Typ – Sitzgelegenheit, die kein Aufstehen erlaubt



- Nach hinten gekippter Stuhl
- Tiefe, weiche Sitzgelegenheit
- Rollstuhl mit Tisch
- Durch Tisch blockierte Sitzposition

Bedingung: Bewohner/in kann sich nicht selber aus Position befreien



Typ – Fixierung des Rumpfes

- Rumpfgurte
- Sicherheitsweste
- Spezialdecke



Häufigkeit und Kontext der Anwendung

- Häufigkeit:
Für die Berechnung des Indikators wird unterschieden zwischen täglich und nicht täglich
- Kontext:
Eingeschlossen sind Bewohner/innen, die nicht urteilsfähig sind, oder bei denen der Kontext noch nicht geklärt ist

Interventionsmöglichkeiten

- Individuelle Evaluation von Bewohnersituation
 - Sturzprävention, Diskussion über akzeptable Risiken im Team und mit Angehörigen
 - Ursachen für herausforderndes Verhalten interprofessionell abklären und nach Möglichkeit beheben (z. B. medizinische Ursachen, physiologische, psychosoziale Bedürfnisse, physikalische, soziale Umgebung)
- Pflege- und Betreuungspersonal
 - Sensibilisierung
 - Fallbesprechungen, Beizug von Pflegeexpert/innen
- Organisation
 - Gemeinsame Grundhaltung entwickeln
 - Leitfaden / Handlungsanweisung
 - Stärkung interprofessionelle Zusammenarbeit
 - Anpassung der Umgebung / Aktivierungsprogramm
 - Zur Verfügung stellen von Alternativen (z. B. tief absenkbar Bett)

SCHMERZEN

Hintergrund Schmerzen

- Bewohner/innen haben oft mehrere Diagnosen, die mit Schmerzen verbunden sein können.
- Häufig: chronische muskuloskelettale Schmerzen.
- Wichtig, Schmerzen zu erkennen und zu erfassen, Herausforderung bei Bewohner/innen mit kognitiven Einschränkungen.
- Schmerzen, welche langfristig nicht oder nicht ausreichend behandelt werden, können die Lebensqualität von Bewohnenden erheblich einschränken.
- Um die 60% der Bewohnenden in Schweizer Alters- und Pflegeheimen geben Schmerzen an.

s. auch Faktenblatt Curaviva zum Messthema Schmerz:

https://www.curaviva.ch/files/55E2Z3Z/qi_faktenblatt_schmerz.pdf

Folgen von ungenügend behandelten Schmerzen

- Abnahme der Lebensqualität
- Einschränkungen in der Mobilität und der Selbstständigkeit
- Zunahme von depressiven Symptomen oder herausfordernden Verhaltensweisen, sozialer Rückzug
- Appetitlosigkeit

Qualitätsindikator

- **Selbsteinschätzung:** Der prozentuale Anteil der Bewohnenden, die in den letzten 7 Tagen mässige und mehr Schmerzen angaben. Gezählt werden entweder (a) tägliche Schmerzen mit mässiger bis starker Schmerzintensität oder (b) sehr starke, unerträgliche Schmerzen (täglich oder nicht täglich).

Ausschlusskriterium:

- Bewohnende ohne gültige Antworten werden ausgeschlossen.
- **Fremdeinschätzung:** Der prozentuale Anteil der Bewohnenden, bei denen in den letzten 7 Tagen mässige und mehr Schmerzen beobachtet wurden. Gezählt werden entweder (a) tägliche Schmerzen mit mässiger bis starker Schmerzintensität oder (b) sehr starke, unerträgliche Schmerzen (täglich oder nicht täglich).

Es kommen keine Ausschlusskriterien zum Zug.

Online-Befragung – freie Antworten

- Schmerz ist eine sehr individuelle Erfahrung, schwierig zu messen. Nicht alle Bewohner/innen können dazu Auskunft geben.
- Herausforderung wenn sich Selbst- und Fremdeinschätzung unterscheiden.
- Warum muss sowohl Selbst- und Fremdeinschätzung ausgefüllt werden?
- Nicht alle Antwortoptionen sind verständlich (“täglich nicht andauernd”)
- Wunsch nach validierten Instrumenten (VAS, NRS)

Was ist zu beachten bei der Messung?

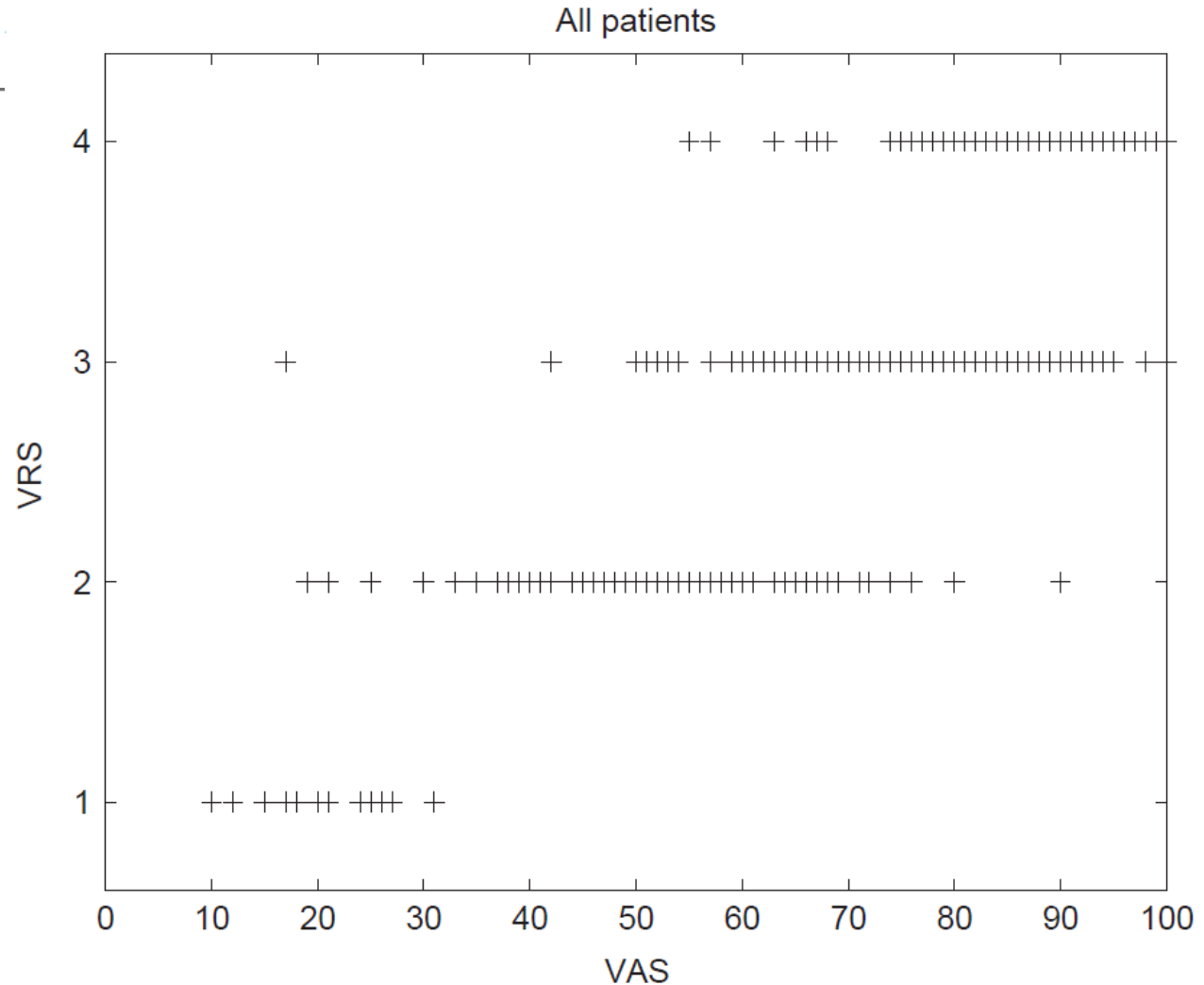
Selbsteinschätzung:

- Die Fragen werden am Ende der Beobachtungsperiode gestellt.
- Bewohner/innen werden direkt gefragt und ihre Antworten notiert.
- Überprüfen, ob die Bewohnerin / der Bewohner versteht, worum es bei den Fragen geht, und ob sie/er in der Lage ist, sich an die letzten 7 Tage zu erinnern.
- Fragen mit verbaler Ratingskala (VRS), also mit den Antwortoptionen, die im Instrument angegeben sind (leicht, mässig, stark, sehr stark / unerträglich)
- Es ist nicht möglich, Werte aus einer NRS oder VAS auf die VRS zu übertragen.
- Wenn die Bewohnerin / der Bewohner die Frage nicht beantworten will oder kann → Fremdeinschätzung.

VRS vs. VAS

796 Patient/innen mit verschiedenen Schmerztypen wurden gebeten, ihren aktuellen Schmerz mit VRS und VAS zu beurteilen.

Die Grafik zeigt den Vergleich der beiden Messungen pro Patient/in → Werte einer Skala lassen sich nicht eindeutig der anderen Skala zuordnen



Was ist zu beachten bei der Messung?

Fremdeinschätzung:

- Es wird bei allen Bewohner/innen eine Fremdeinschätzung durchgeführt.
- Die Einschätzung sollte durch eine Person stattfinden, welche den Bewohner / die Bewohnerin länger kennt.
- Beobachtbare Zeichen von Schmerzen einbeziehen, im Team diskutieren
- Validierte Beobachtungsinstrumente können die Fremdbeobachtung unterstützen
- Vorsicht: die Zeichen lassen sich nicht immer eindeutig interpretieren und können z. B. auch auf Angst hinweisen.

Interventionsmöglichkeiten

- Bewohner/innen
 - Screening, Hinzuziehen von Angehörigen bei Bedarf
 - Ausführliches Schmerzassessment, bio-psycho-soziales Modell, spirituelle Einflussfaktoren
 - Standardisierte Verlauserfassung, Überprüfung von Massnahmen
 - Mehrdimensionaler Ansatz in Schmerzbehandlung
- Personal
 - Fort- und Weiterbildung: Schmerzassessment, -behandlung, Stärkung personenzentrierte Pflege
 - Fallbesprechungen
- Organisation
 - Leitfaden, standardisierte Erfassungsinstrumente für Selbst- und Fremdeinschätzung, Dokumentation
 - Stärkung interprofessionelle Zusammenarbeit
 - Erweiterung nicht-pharmakologisches Angebot

POLYMEDIKATION

Hintergrund Polymedikation

- Zwischen 21% und 40% der Bewohner/innen in Schweizer Alters- und Pflegeheimen nehmen 9 und mehr Medikamente ein
- 11% nehmen über 15 Medikamente ein



s. auch Faktenblatt Curaviva zum Messthema Polymedikation:
https://www.curaviva.ch/files/RM2ZCMM/qi_faktenblatt_polymedikation.pdf

Folgen der Polymedikation

- Verabreichung von potenziell inadäquaten Medikamenten
- Unerwünschte Arzneimittelreaktionen
- Interaktionen zwischen Medikamenten
- Verminderte Medikamentenadhärenz
- Vermehrte Hospitalisierungen und Notfallaufnahmen
- Erhöhtes Risiko für Stürze, Mangelernährung, Inkontinenz, Delir, reduzierte Funktionsfähigkeit
- Verminderte Lebensqualität
- Erhöhte Mortalität
- Erhöhtes Risiko für Medikamentenfehler (z. B. bei Verordnung, Richten, Verabreichung)
- Erhöhte Medikamentenkosten

Qualitätsindikator und Ausschlusskriterien

- Prozentualer Anteil an Bewohnenden, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnahmen.

- Ausschlusskriterien: keine

Online-Befragung - Fallbeispiel

Anzahl Wirkstoffe	Total¹ %(n)	BESA %(n)	Plaisir/Plex %(n)	RAI-NH %(n)
Korrektes Zählen der Anzahl Wirkstoffe, die in den letzten 7 Tagen eingenommen wurden (n=249)	8.8 (22)	4.7 (4)	0.0 (0)	13.2 (18)
Korrektes Resultat für Qualitätsindikator (9 und mehr Wirkstoffe)	89.6 (223)	85.9 (73)	82.1 (23)	93.4 (127)

Häufigste falsche Zuordnungen: Excipial U Lipolotio Lotion (zählt 0), Vitaminpräparate (zählen nur 1), Bepanthen Salbe (zählt 1)

Online-Befragung – wer füllt wie aus?

	Total %(n)
Ausfüllen der Frage zur Medikation (n _{Pflegeheime} =123)	
Pflege	78.9 (97)
Pflege und Arzt/Ärztin	13.8 (17)
Arzt/Ärztin	4.1 (5)
Andere	3.2 (4)
Erfassung von Wirkstoffen (n _{Pflegeheime} =109)	
Von Hand mit compendium.ch	61.5 (67)
Von Hand mit der LTC-ASC-Liste	28.5 (31)
Automatische Auswertung des elektronischen Systems anhand hinterlegtem hospIndex / careIndex	11.9 (13)
Anzahl Wirkstoffe werden vom System nach Eingabe des Medikamentennamens angegeben	26.6 (29)
Anzahl Wirkstoffe werden im System angegeben, müssen aber kontrolliert und ergänzt werden	21.1 (23)
Anderes	23.9 (26)

Online-Befragung – freie Antworten

- Schwierigkeiten bei der Einstufung von Vitaminkomplexen, Lotionen, Salben, Impfungen, Naturprodukten
 - Differenzierung Wirk- und Hilfsstoffe
 - Reservemedikamente gehen vergessen
 - Grosser Zeitaufwand – es werden Medikamente statt Wirkstoffe gezählt
-
- Aussagekraft in Frage gestellt wegen hohen Schwierigkeiten der Pflegenden, Frage zu beantworten
 - Automatische Berechnung erwünscht
 - Mehr Erläuterungen im Handbuch
-
- Herausforderung Thema anzugehen: Zusammenarbeit mit Hausärzt/innen

Was ist zu beachten bei der Messung?

- Es werden aktive Wirkstoffe gezählt, nicht Anzahl Medikamente
- Es wird die Anzahl verabreichter Wirkstoffe gezählt, nicht die Anzahl Verabreichungen
- Zählung unabhängig von Verabreichungsart
- Inklusive Reservemedikamente, die im untersuchten Zeitraum verabreicht wurden und Depotmedikamente, die im untersuchten Zeitraum wirken
- Für kein Medikament werden mehr als 2 Wirkstoffe gezählt
- Nicht gezählt werden z. B. Desinfektionsmittel, Hautpflegemittel

- Basis: Regeln des ltc-asc (long-term care – active substance count), in INDEX-Datenbanken hinterlegt
(https://www.hcisolutions.ch/hciAssets/bin/de/benutzerhandbuecher/benutzerhandbuch_ltc-asc_careindex_de.pdf)

Interventionsmöglichkeiten

- Bewohnerebene
 - Strukturierte Therapieplanung
 - Klärung von Präferenzen und Behandlungszielen, vorausschauende Planung
 - Priorisierung Funktionalität und Lebensqualität
 - Medikationsreview
- Personal
 - Fort- und Weiterbildung zur Pharmakotherapie inkl. Medikationsreview
 - Gemeinsame Besprechung von Bewohnersituation in interprof. Team
- Organisation
 - Prozesse festlegen zur Überprüfung der Medikation nach Spitalübertritt
 - Abgleich von Verordnungen durch verschiedene Ärzt/innen bei selben Bewohner/innen
 - Elektronische Dokumentation von Medikamenten

AUSWERTUNG DER DATEN

Pilotuntersuchung in zwei Phase

	Online-Befragung	Assessment
Wann	Februar – Juni 2017	Juli 2016 – September 2017
Was	<ul style="list-style-type: none"> • Verständlichkeit der Frage zur Messung der Qualitätsindikatoren • Zuverlässigkeit der Daten • Glaubwürdigkeit der Daten 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität der Daten • Fähigkeit der Indikatoren, Unterschiede zwischen Heimen festzustellen • Vergleichbarkeit: Risikoadjustierungen
Wie	Online-Befragung von Anwender/innen und Verantwortlichen für Datenerhebung	Untersuchung der erhobenen Assessmentdaten
Wie viele	303 Personen aus 127 von 155 angefragten Pilotbetrieben	Daten von 11'412 Bewohner/innen aus 152 Heimen

Bedingung für Teilnahme: neuste Version von RAI-NH, BESA eingeführt, mit der Qualitätsindikatoren gemessen werden, resp. Bereitschaft mit Zusatzmodul von Plaisir/Plex zu arbeiten

Assessmentdaten – Teilnehmende Betriebe und Bewohnende

	Alle	BESA	Plaisir/Plex	RAI-NH
Anzahl Heime	152	50	46	56
Anzahl Langzeitbetten MW(SA)	102.3 (51.2)	90.6 (42.6)	97.2 (60.5)	113.7 (47.5)
Anzahl Bewohnende (%)	11'412 (100.0)	3'335 (29.2)	3'176 (27.8)	4'901 (42.9)

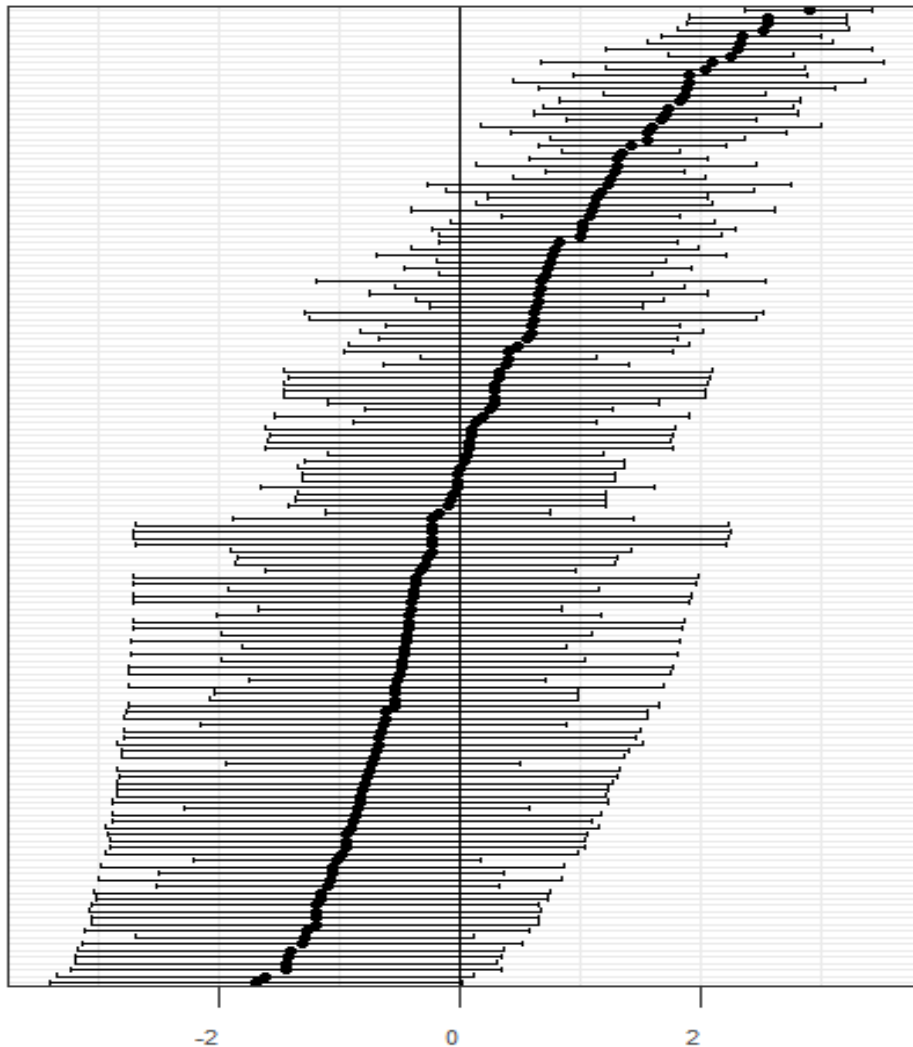
Was sind Ausschlusskriterien?

- Bewohner/innen, die festgelegte Kriterien erfüllen, werden nicht in die Berechnungen eingeschlossen.
- Beispiele:
 - Mangelernährung: Eintrittsassessment, Lebenserwartung weniger als 6 Monaten
 - Bewegungseinschränkende Massnahmen: Anwendung auf Wunsch

Was ist Risikoadjustierung?

- Unterschiede zwischen gemessenen Werten haben verschiedene Gründe:
 - Unterschiede der Heime (z. B. Grösse, Schwerpunkt, Casemix)
 - Unterschiede bei Bewohner/innen (z. B. kognitive Fähigkeiten, Pflegeabhängigkeit)
 - Zufällige Unterschiede
 - Tatsächliche Qualitätsunterschiede
- Risikoadjustierung: Berücksichtigung von bekannten Faktoren, die die Unterschiede beeinflussen, in der Berechnung der Qualitätsindikatoren.
- Resultate werden besser vergleichbar, da die gefundenen Unterschiede in den Kennzahlen der Pflegeheime eher tatsächliche Qualitätsunterschiede widerspiegeln.

Gibt es Unterschiede zwischen den Heimen?



Empirical Bayes Schätzung

- 0-Linie: durchschnittlicher Wert über alle Heime auf 0 zentriert
- Jede Linie ist ein Heim
- Fetter Punkt pro Linie ist der Wert pro Heim
- Linie links und rechts gibt 95% Konfidenzintervall an
- Wenn das 95% Konfidenzintervall die 0-Linie nicht überschneidet, weicht dieses Heim signifikant von den anderen Heimen ab
- Abweichung im Minusbereich: Der Qualitätsindikator liegt tiefer als der Mittelwert über alle Heime
- Abweichung im Plusbereich: Der Qualitätsindikator liegt höher als der Mittelwert über alle Heime

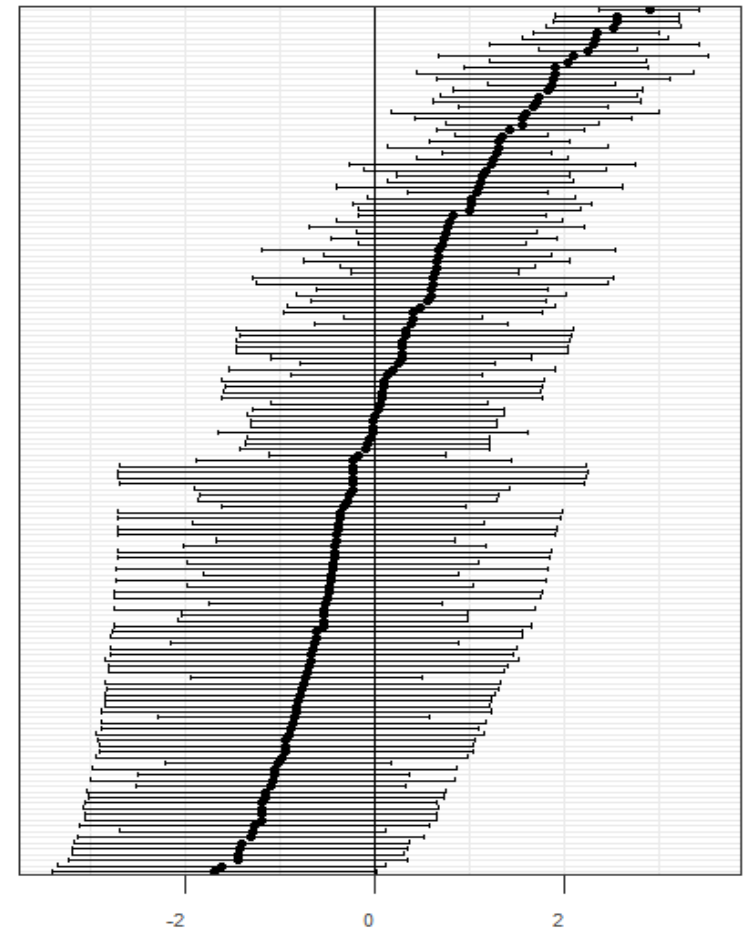
Bewegungseinschränkende Massnahmen (BEM) – Sitzgelegenheit, die kein Aufstehen erlaubt / Rumpffixation

Ausschlusskriterien:

- Anwendung auf Wunsch von Bewohner/innen

Risikoadjustierung:

- CPS, Pflegestufe
- N nach Ausschluss: 11'348 Bewohner/innen
- Anzahl betroffene BW: 411 (3.6%)
- Streubreite über Heime: 0.0% - 37.6%
- Prozentualer Anteil Heime mit 0 Fällen: 40.8%



Empirical Bayes Schätzung

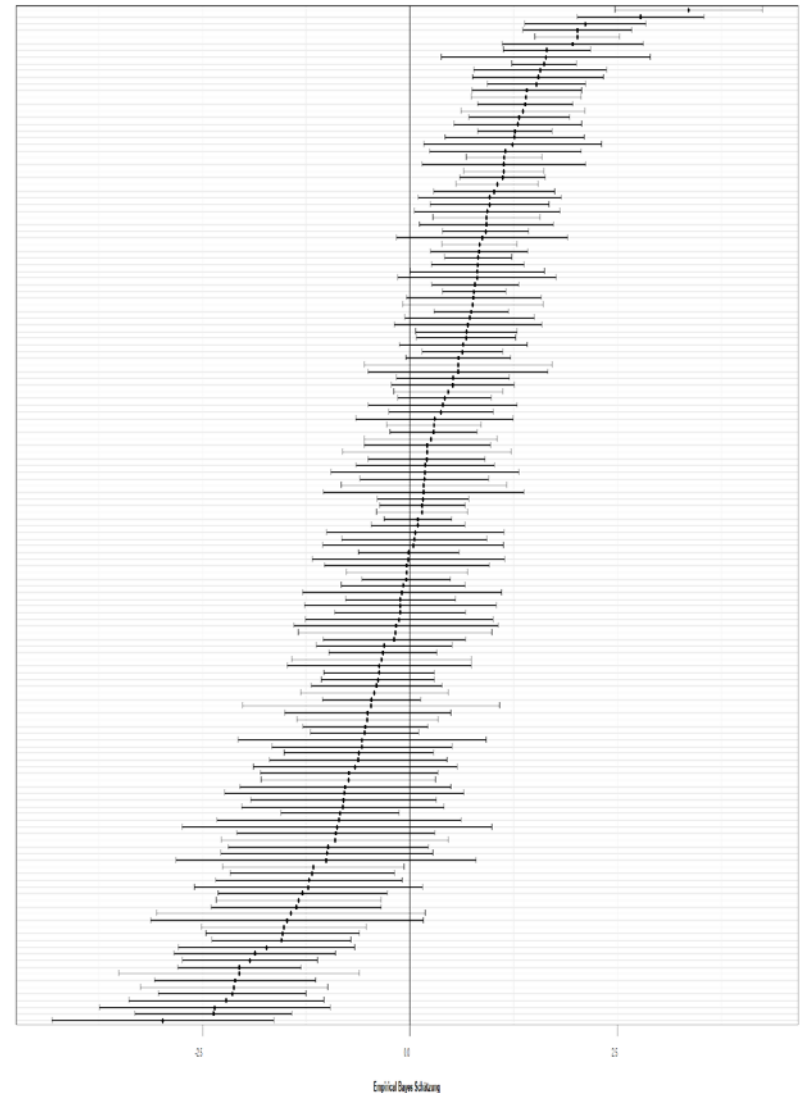
Bettgitter

Ausschlusskriterien:

- Anwendung auf Wunsch von Bewohner/innen

Risikoadjustierung:

- CPS, Pflegestufe
- N nach Ausschluss: 10'779 Bewohner/innen
- Anzahl betroffene BW: 1'433 (13.5%)
- Streubreite über Heime: 0.0% – 48.4%
- Prozentualer Anteil Heime mit 0 Fällen: 6.6%



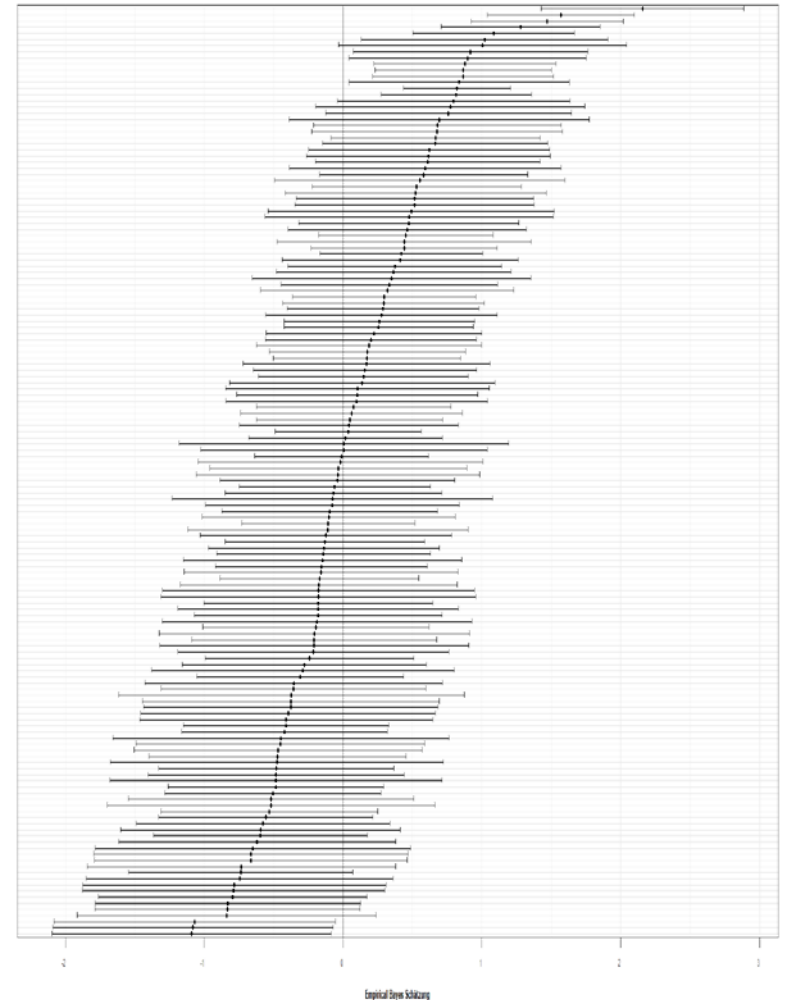
Mangelernährung (Gewichtsverlust)

Ausschlusskriterien:

- Eintrittsassessament
- Lebenserwartung weniger als 6 Wochen

Risikoadjustierung:

- CPS, Pflegestufe
- N nach Ausschluss: 10'059 Bewohner/innen
- Anzahl betroffene BW: 731 (7.3%)
- Streubreite über Heime: 0.0% – 46.4%
- Prozentualer Anteil Heime mit 0 Fällen: 10.5%



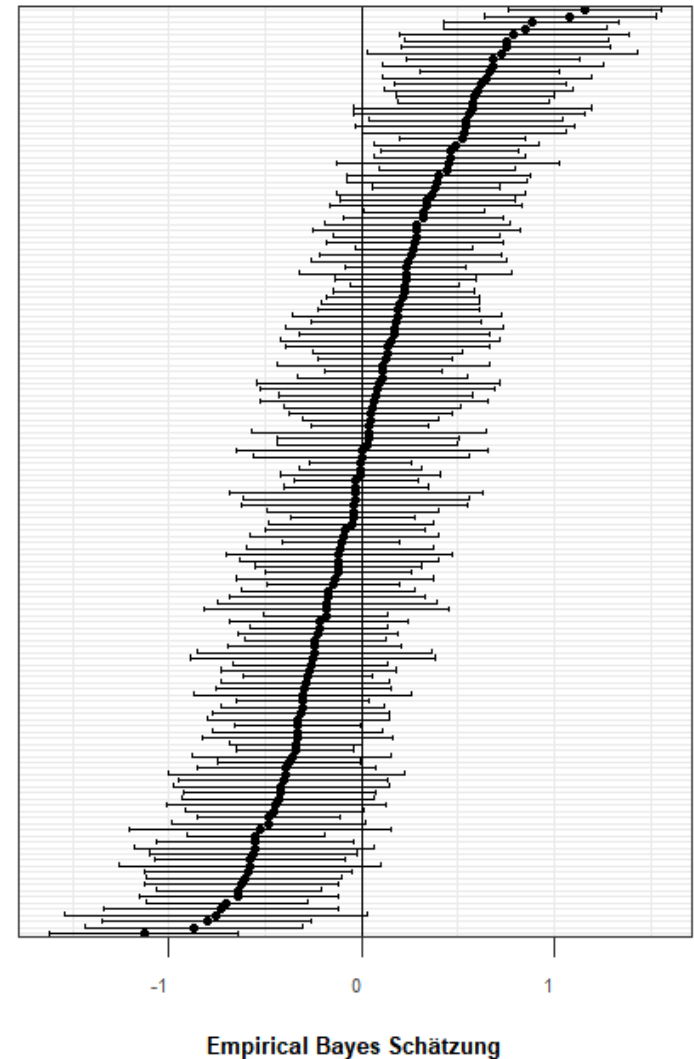
Polymedikation

Ausschlusskriterien:

- keine

Risikoadjustierung:

- CPS, Pflegestufe, Alter
- N nach Ausschluss: 11'412 Bewohner/innen
- Anzahl betroffene BW: 4,944 (43.3%)
- Streubreite über Heime: 0.0% – 73.7%
- Prozentualer Anteil Heime mit 0 Fällen: 0.7%



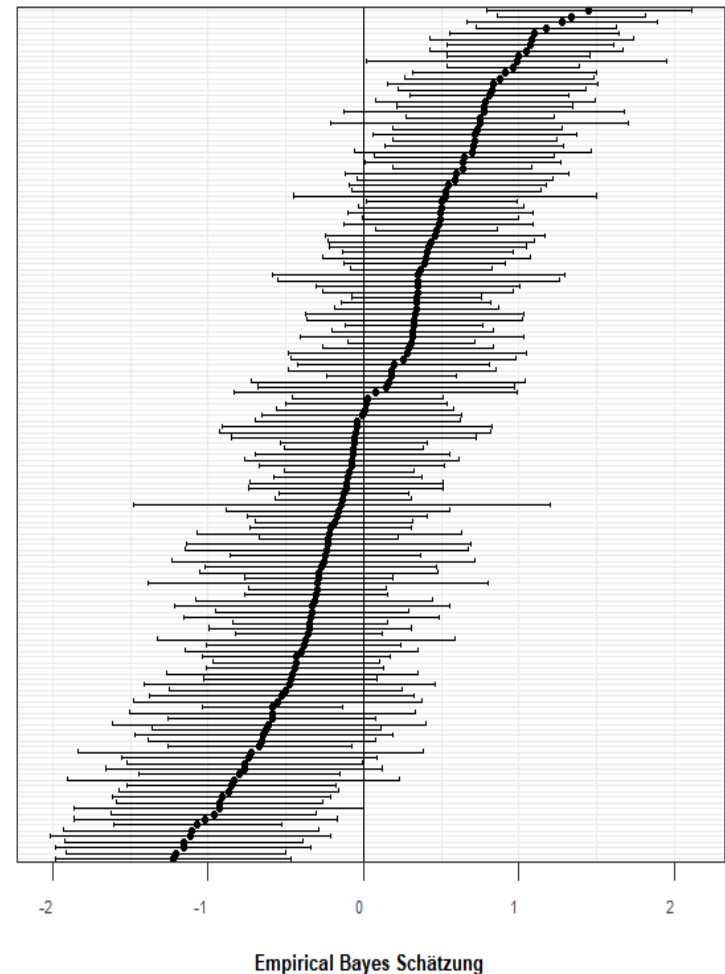
Schmerzen: Selbsteinschätzung

Ausschlusskriterien:

- Keine gültige Selbsteinschätzung

Risikoadjustierung:

- Geschlecht, CPS, Pflegestufe, Depression Rating Scale
- N nach Ausschluss: 9'887 Bewohner/inner
- Anzahl betroffene BW: 1817 (18.4%)
- Streubreite über Heime: 0.0% – 60.0%
- Prozentualer Anteil Heime mit 0 Fällen: 1.3%



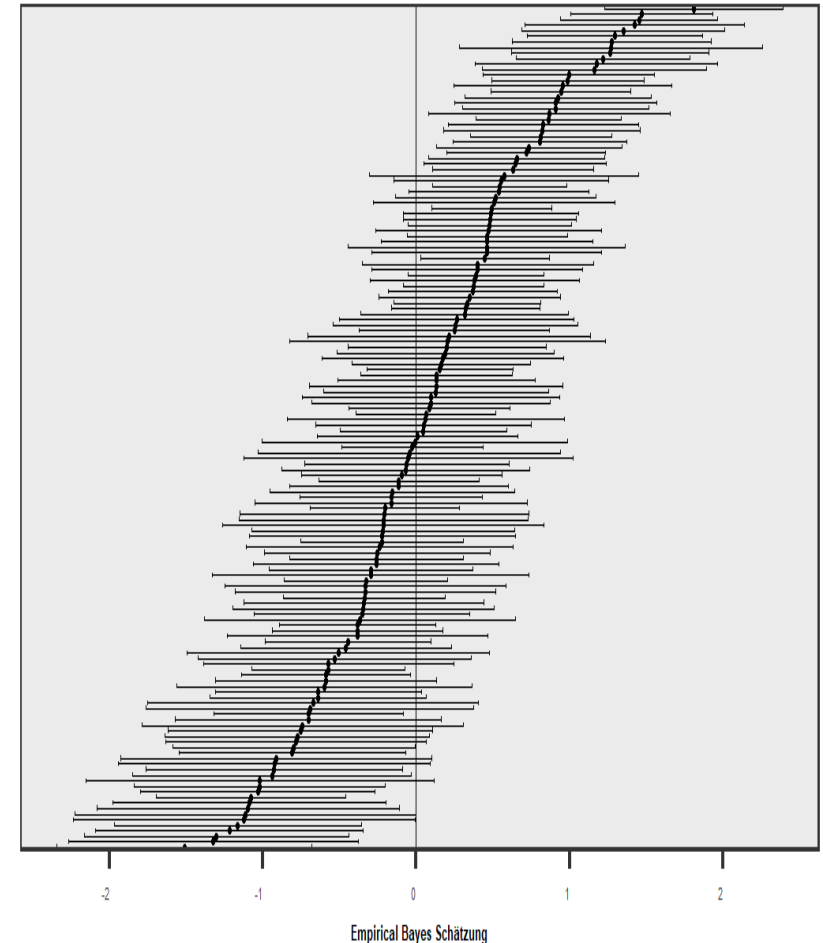
Schmerzen: Fremdeinschätzung

Ausschlusskriterien:

- Keine

Risikoadjustierung:

- Geschlecht, CPS, Pflegestufe, Depression Rating Scale
- N: 11'331 Bewohner/innen
- Anzahl betroffene BW: 1'523 (13.4)
- Streubreite über Heime: 0.0% – 55.8%
- Prozentualer Anteil Heime mit 0 Fällen: 1.3%



Stehen hinter Qualitätsindikatoren andere Pflegeprozesse?

- Gewichtsverlust (% Bewohner/innen):
 - Heime mit tiefen Werten haben tatsächlich weniger Bewohner/innen mit Gewichtsverlust und
 - das Personal forderte häufiger verbal zum Essen und Trinken auf während Mahlzeiten, offerierte mehr sozialen Kontakt, besonders bei Bewohner/innen mit höherem Risiko für Gewichtsverlust
- Bewegungseinschränkende Massnahmen (BEM):
 - Heime mit höheren Werten wenden mehr BEM an, wenn Bewohner/innen im Bett sind, aber nicht ausserhalb, und
 - Bewohner/innen sind zeitlich länger im Bett, weniger im Essraum, erhalten weniger Unterstützung beim Essen
 - Kein Unterschied in Bezug auf Assessment von Gleichgewichts- und Gangproblemen
- Schmerz:
 - Bildet Schmerzprävalenz korrekt ab
 - Heime mit höheren Prävalenzwerten haben bessere Schmerzassessment- und Schmerzbehandlungsprozesse

UMGANG MIT DATEN

Grundlagen

- Die nationalen Qualitätsindikatoren machen keine Aussage über die Gesamtqualität eines Pflegeheimes!
- Sie machen eine Aussage zu dem, was sie messen.
- Es gilt immer sorgfältig zu analysieren, wie eine Kennzahl zu Stande kommt und wie sie sich interpretieren lässt.

s. auch Faktenblatt Curaviva zum Umgang mit Qualitätsindikatoren:
https://www.curaviva.ch/files/LC5NOPM/qi_faktenblatt_umgang_mit_qi.pdf

Einbettung der nationalen Qualitätsindikatoren in das interne Qualitätsmanagement

1. Zielsetzung klären

Wie sind die nationalen Qualitätsindikatoren in die Ziele des Pflegeheims integriert?

2. Konzepte klären

Ist verständlich, wie diese Qualitätsindikatoren in die Gesamtqualität, die das Pflegeheim bietet, eingebettet sind, welche Aussagen sie erlauben und was aus den Resultaten (nicht) abgeleitet werden kann?

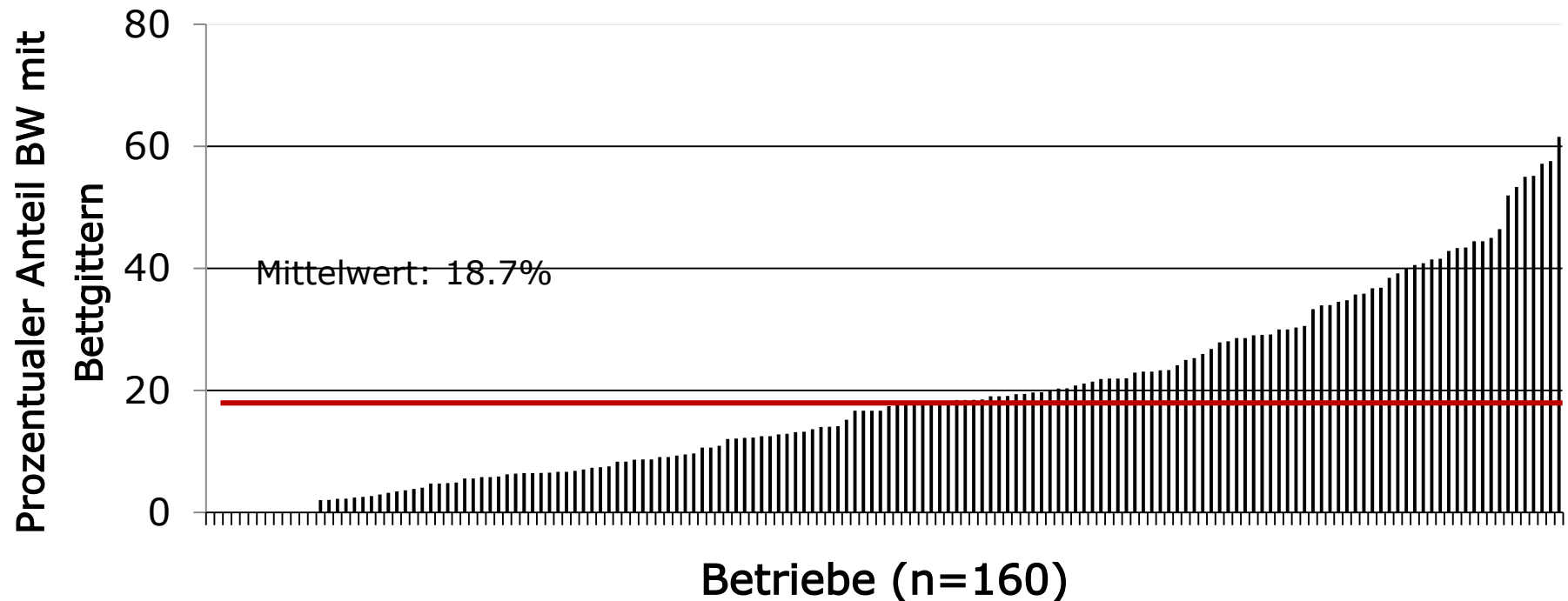
3. Messkonzept definieren

Arbeit mit Benchmarking? Internem Vergleich?

Online-Befragung – Nutzen für Benchmarking

Der Indikator wird uns einen guten Qualitätsvergleich erlauben mit anderen Betrieben	Total¹ %(n)	BESA¹ %(n)	Plaisir/Plex¹ %(n)	RAI-NH¹ %(n)
Bewegungseinschränkende Massnahmen (n=260) ²	79.2 (206)	81.6 (71)	61.8 (21)	82.0 (114)
Gewichtsverlust (n=250) ²	63.2 (158)	69.9 (58)	38.2 (13)	65.4 (87)
Schmerz (Selbst- und Fremdeinschätzung) (n=245) ²	73.9 (181)	78.9 (60)	52.9 (18)	76.3 (103)
Polymedikation (n=205) ²	72.7 (149)	72.3 (47)	50.0 (12)	77.6 (90)

Nutzen der QI für Betriebe – Benchmarking



Prozentualer Anteil von Bewohner/innen einer Pflegeinstitution mit Bettgitter, an mindestens zwei in den letzten 7 Tagen, nicht auf Wunsch von BW (n=160 Institutionen)

Online-Befragung – derzeitige interne Nutzung

Wir nutzen den Indikator schon bisher Daten für Benchmarking und / oder für Qualitätsverbesserungsprozesse	Total¹ %(n)	BESA %(n)	Plaisir/Plex %(n)	RAI-NH %(n)
Bewegungseinschränkende Massnahmen (n=227)	65.2 (148)	35.1 (26)	72.2 (26)	82.1 (96)
Gewichtsverlust (n=226)	58.8 (133)	32.4 (23)	79.5 (31)	68.1 (79)
Schmerz (Selbst- und Fremdeinschätzung) (n=223)	70.4 (157)	47.8 (33)	88.6 (31)	78.2 (93)
Polymedikation (n=179)	58.7 (105)	30.5 (18)	52.2 (12)	77.3 (75)

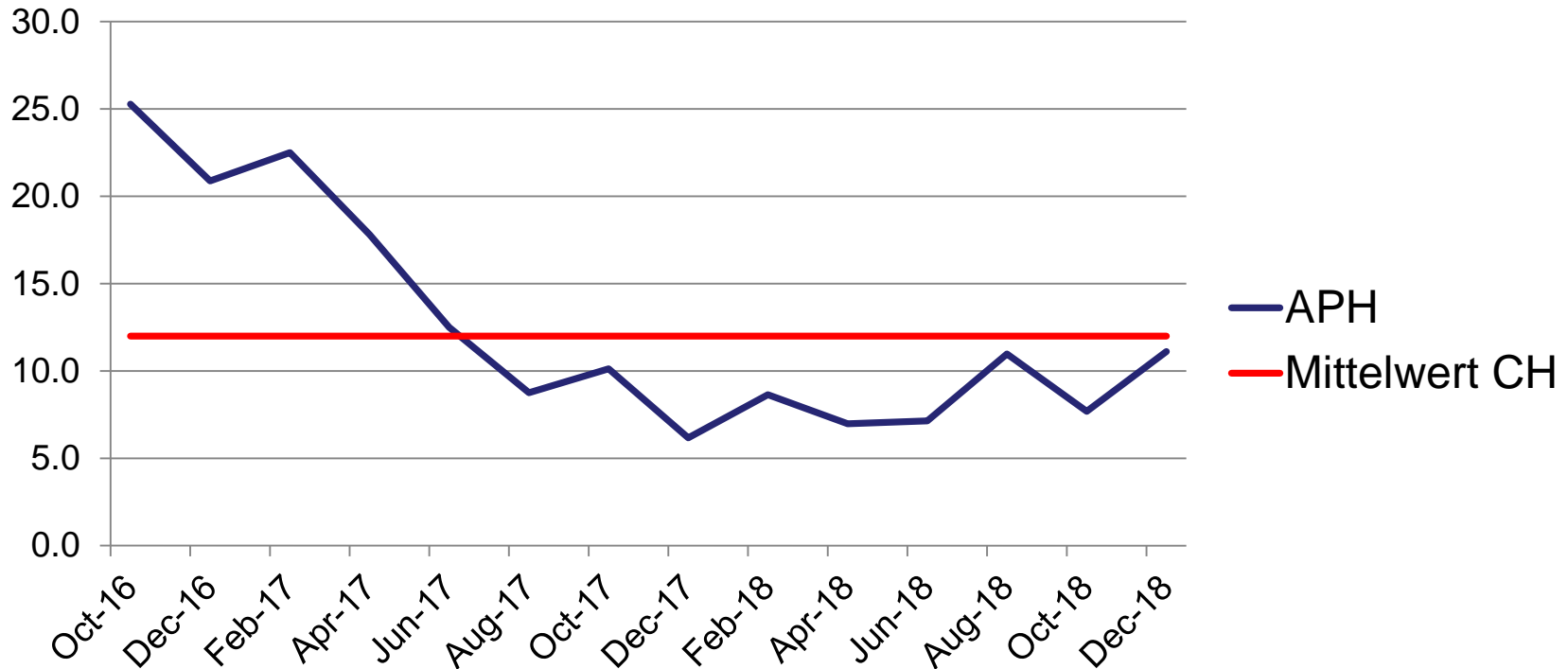
Antworten unter “stimme zu” oder “stimme sehr zu” im Verhältnis zu allen Antworten

Online-Befragung – Nutzen für internes Monitoring

Der Indikator wird uns unterstützen bei der Überwachung der Qualität und eventuellen Verbesserungsmaßnahmen	Total ¹ %(n)	BESA ¹ %(n)	Plaisir/Plex ¹ %(n)	RAI-NH ¹ %(n)
Bewegungseinschränkende Massnahmen (n=268) ²	88.1 (236)	88.8 (79)	72.2 (26)	91.6 (131)
Gewichtsverlust (n=267)	83.5 (223)	84.1 (74)	73.7 (28)	85.8 (121)
Schmerz (Selbst- und Fremdeinschätzung) (n=260) ²	90.8 (236)	92.8 (77)	84.2 (32)	91.4 (127)
Polymedikation (n=207) ²	78.3 (162)	73.4 (47)	61.5 (16)	84.6 (99)

Antworten unter “stimme zu” oder “stimme sehr zu” im Verhältnis zu allen Antworten

Nutzen der QI für Betriebe – internes Qualitätscontrolling



Internes Qualitätsverbesserungsprojekt im Bereich Schmerzmanagement mit Überwachung des Qualitätsindicators (Prozentualer Anteil an Bewohner/innen mit starken Schmerzen, Selbsteinschätzung)

Interne Nutzung

- Überwachung von Kernthemen
- Regelmässige, z. B. dreimonatliche Zusammenstellung der Daten
- Überprüfung, ob gesetzt Ziele erreicht werden, Verbesserungen erreicht und erhalten werden oder ob neuer Handlungsbedarf besteht
- Auswertung auf Pflegeheimebene? Abteilungsebene?
- Nicht zu kleine Einheiten (mehr als 10 Betten besser)

Einbettung der nationalen Qualitätsindikatoren in das interne Qualitätsmanagement

4. Einheitliche Messung sicherstellen
Schulung, Feedback Mitarbeitende
Handbücher / Anleitungen beachten
5. Datensammlung planen und durchführen
Wer holt die Daten aus dem System?
6. Daten analysieren und interpretieren
Wer analysiert, wer erhält Resultate zurückgemeldet?
7. Massnahmen ableiten und umsetzen, Nachhaltigkeit sicherstellen

Herzlichen Dank
für die Aufmerksamkeit!

Bibliografie

- Cadogan, M. P., Schnelle, J. F., Yamamoto-Mitani, N., Cabrera, G., & Simmons, S. F. (2004). A minimum data set prevalence of pain quality indicator: Is it accurate and does it reflect differences in care processes? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59(3), 281-285.
- Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., . . . Kaasa, S. (2011). Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 1073-1093. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016>
- Kliger, M., Stahl, S., Haddad, M., Suzan, E., Adler, R., & Eisenberg, E. (2014). Measuring the Intensity of Chronic Pain: Are the Visual Analogue Scale and the Verbal Rating Scale Interchangeable? *Pain Practice*, n/a-n/a. doi:10.1111/papr.12216
- Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523-530. doi: 10.1093/intqhc/mzg081
- PROGRESS. (2010). Verbesserungen messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_GERMAN.pdf
- Schnelle, J. F., Bates-Jensen, B. M., Levy-Storms, L., Grbic, V., Yoshii, J., Cadogan, M., & Simmons, S. F. (2004). The minimum data set prevalence of restraint quality indicator: Does it reflect differences in care? *Gerontologist*, 44(2), 245-255.
- Simmons, S. F., Garcia, E. T., Cadogan, M. P., Al-Samarrai, N. R., Levy-Storms, L. F., Osterweil, D., & Schnelle, J. F. (2003). The minimum data set weight-loss quality indicator: does it reflect differences in care processes related to weight loss? *J Am Geriatr Soc*, 51(10), 1410-1418.
- Zúñiga, F., Blatter, C., Wicki, R., & Simon, M. (2018a). *Schlussbericht Online-Erhebung zu den nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren für Alters- und Pflegeinstitutionen*. Basel: Institut für Pflegewissenschaft.
- Zúñiga, F., Blatter, C., Sharma, N., & Simon, M. (2018). *Schlussbericht zur Auswertung des Pilots zu den nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren für Alters- und Pflegeinstitutionen. Version 1.2*. Basel: Institut für Pflegewissenschaft.