

Masterarbeit

**Pflegequalität in österreichischen Krankenhäusern und
Pflegeheimen
Einsatz von Qualitätsindikatoren**

eingereicht von
Gerhilde Schüttengruber, BSc
02.08. 1976

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science
(MSc)**

an der
Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am
Institut für Pflegewissenschaft

unter Anleitung von Betreuerin
Univ. Prof.ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ rer. cur Christa Lohrmann

Graz, 28. 07. 2012


Gerhilde Schüttengruber

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 28. 07. 2012


Gerhilde Schüttengruber

Danksagungen

Mein besonderer Dank gilt Frau Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer. cur Christa Lohrmann und Univ. Ass. Dr.ⁱⁿ Juliane Eichhorn-Kissel für ihre umfassende Betreuung und Unterstützung bei meiner Arbeit.

Ebenso bedanke ich mich bei meinen Studienkolleginnen und -kollegen am Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz sowie am Institut für Medizin, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Charité in Berlin für die anregenden Diskussionen, Aufmunterungen und gemeinsamen Ideensammlungen bei diversen Grillfesten.

Bei Karin und Markus, welche den Aufenthalt im Auckland City Hospital in Neuseeland ermöglicht haben.

Meinen Eltern möchte ich dafür danken, dass sie mich immer unterstützt und an mich geglaubt haben.

Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Freundin Doris fürs unermüdliche Korrekturlesen sowie für die wertvollen Anregungen.

1 EINLEITUNG.....	11
1.1 Historische, internationale Entwicklung über die Bedeutung von Qualität im Gesundheitswesen	12
1.2 Definition von Qualität - Modelle für Qualität	13
1.3 Die Messung von Pflegequalität	17
1.4 Qualitätsindikatoren der Dimensionen Struktur und Prozess der Europäischen Pflegequalitätserhebung 2010.....	19
1.5 Die Pflegephänomene	23
1.6 Relevanz von Qualität in der Pflege.....	25
1.7 Problemstellung/Relevanz des Themas/Forschungslücke	26
2 LITERATURRECHERCHE.....	28
2.1 Methodik.....	28
2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche	30
2.2.1 Protokolle/Richtlinien.....	30
2.2.2 ExpertInnen/Fort- und Weiterbildung	34
2.2.3 Informationsbroschüren.....	39
2.2.4 Dokumentation	39
2.3 Fazit der Literaturrecherche	40
3 ZIELSETZUNG UND FORSCHUNGSFRAGE	42
4 METHODE	43
4.1 Studiendesign	43
4.2 Stichprobe.....	43
4.3 Erhebungsinstrument.....	43
4.4 Ethische Aspekte.....	44
4.5 Datenerhebung.....	44
4.6 Datenanalyse	45
5 ERGEBNISSE	46
5.1 Häufigkeiten der Qualitätsindikatoren allgemein	46
5.1.1 Protokolle/Richtlinien.....	46

5.1.2 PflegeexpertInnen	47
5.1.3 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen	48
5.1.4 Informationsbroschüren	49
5.1.5 Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung	50
5.1.6 Dokumentation	51
5.2 Vergleich Krankenhäuser und Pflegeheime.....	52
5.2.1 Protokolle/Richtlinien.....	52
5.2.2 (Pflege-)ExpertInnen	54
5.2.3 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen	55
5.2.4 Informationsbroschüren	56
5.2.5 Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung	58
5.2.6 Dokumentation	60
5.3 Vergleich: Institutionsebene – Stationsebene.....	61
5.3.1 Protokolle/Richtlinien.....	62
5.3.2 PflegeexpertInnen	64
5.3.3 Informationsbroschüren	64
5.3.4 Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung.....	65
6 DISKUSSION	68
6.1 Schlussfolgerung der Ergebnisse.....	68
6.2 Diskussion der Ergebnisse	69
6.2.1 Protokolle/Richtlinien.....	69
6.2.2 PflegeexpertInnen/Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.....	72
6.2.3 Informationsbroschüren	74
6.2.4 Standardisierte Informationsweitergabe bei Verlegungen/Entlassungen	75
6.2.5 Dokumentation	76
6.3 Limitationen der Erhebung	77
6.4 Implikationen für Forschung und Praxis.....	77
7 LITERATURVERZEICHNIS	79
8 ANHANG.....	92

Abkürzungsverzeichnis

ANA	American Nurses Association
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung für Pflege
JCAO	The Joint Commission of Healthcare Organization
QI	Qualitätsindikator
LPZ	Landesweite Prävalenzerhebung
IOM	Institute of Medicine
CQI	Continuous quality improvement
ANA	American Nurses Association
QA	Quality Assurance
JCHAO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
KH	Krankenhaus
PH	Pflegeheim

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: SPO – Modell nach Donabedian (Donabedian 1966).....	14
Abb.2: Quality Health Outcome Modell nach Mitchell (Mitchell, Ferketich & Jennings 1998).....	15
Abb. 3: Quality Caring Modell nach Duffy & Hoskin (Duffy & Hoskins 2003).....	16
Abb.4: Konzeptuelles Qualitätsmodell nach Attree (Attree 1996)	17
Abb. 5: Schematische Darstellung der Literaturrecherche	30
Abb. 6: Protokolle/Richtlinien gesamt (Institutionsebene).....	47
Abb. 7: PflegexpertInnen gesamt (Stationsebene)	48
Abb. 8: Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen gesamt (Institutionsebene)	49
Abb. 9: Informationsbroschüren gesamt (Institutionsebene).....	50
Abb. 10: Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung (Institutionsebene)	51
Abb. 11: Dokumentation gesamt (Stationsebene).....	52
Abb. 12: Protokolle/Richtlinien – Vergleich – KH – PH (Institutionsebene).....	53
Abb. 13: Protokolle/Richtlinien – Vergleich KH – PH (Stationsebene)	54
Abb. 14: PflegexpertInnen – Vergleich KH – PH (Stationsebene)	55
Abb. 15: Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen – Vergleich – KH – PH (Institutionsebene)..	56
Abb. 16: Informationsbroschüren – Vergleich KH – PH (Institutionsebene)	57
Abb. 17: Informationsbroschüren – Vergleich KH – PH (Stationsebene)	57
Abb. 18: Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung – Vergleich KH – PH (Institutionsebene)	59
Abb. 19: Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung – Vergleich KH – PH (Stationsebene)	60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Indikatoren der Europäischen Pflegequalitätserhebung - Qualitätsmodelle	20
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren	45
Tabelle 3: QI Dokumentation (Stationsebene).....	61
Tabelle 4: Vergleich Protokolle/Richtlinien Institutionsebene-Stationsebene Krankenhäuser	63
Tabelle 5: Vergleich Protokolle/Richtlinien Institutionsebene-Stationsebene Pflegeheime	63
Tabelle 6: ExpertInnen Vergleich Institutionsebene - Stationsebene gesamt	64
Tabelle 7: Informationsbroschüren Vergleich Institutionsebene - Stationsebene: Krankenhaus	65
Tabelle 8: Informationsbroschüre Vergleich Institutionsebene – Stationsebene: Pflegeheime	65
Tabelle 9: Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung Vergleich Institutionsebene - Stationsebene: Krankenhäuser	66
Tabelle 10: Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung Vergleich Institutionsebene - Stationsebene: Pflegeheime	67

Zusammenfassung

Es liegt sowohl in der Verantwortlichkeit der Profession Pflege, eine sichere und qualitativ hochwertige Pflege zu leisten. Um Pflegequalität darstellen und evaluieren zu können, muss diese gemessen werden. Im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung 2010 wurden umfassend Qualitätsindikatoren (QI) zur Struktur- und Prozessqualität erhoben. 36 Einrichtungen (18 Krankenhäuser, 18 Pflegeheime) nahmen an dieser multizentrischen Querschnittstudie teil. Es wurden insgesamt 50 Qualitätsindikatoren, wie Verwendung von Protokollen/Richtlinien, Anzahl an PflegeexpertInnen, Fort- und Weiterbildung, Informationsbroschüren, standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung sowie Dokumentation in Bezug auf die Pflegephänomene Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz und freiheitsentziehende Maßnahmen erhoben. Die Resultate aus der deskriptiven Datenanalyse wurden mit jenen aus der internationalen Literatur verglichen. Die Forschungsfragen bezogen sich allgemein auf die Häufigkeiten der Qualitätsindikatoren in den Einrichtungen, auf die Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen, sowie auf die Unterschiede zwischen Institutions- und Stationsebene.

Die Auswertung der Verwendungshäufigkeiten von Qualitätsindikatoren in allen Einrichtungen ergab, dass am häufigsten Qualitätsindikatoren bezüglich des Pflegephänomens Dekubitus angewendet werden. Andererseits werden die Qualitätsindikatoren „Vorhandensein von PflegeexpertInnen“ sowie „Verfügbarkeit von Informationsbroschüren“ bei den Pflegephänomenen kaum verwendet. Generell weichen die Verwendungshäufigkeiten von Qualitätsindikatoren wenig von den in der Fachliteratur publizierten Ergebnissen ab. Bezüglich der Unterschiede der Verwendungshäufigkeit von Qualitätsindikatoren zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen hat sich gezeigt, dass mehr Krankenhäuser als Pflegeheime Protokolle/Richtlinien bei der Dekubitusbehandlung und -prävention verwenden (statistisch signifikant), ebenso bei Sturz und Inkontinenz (statistisch nicht signifikant). Die QI „standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung“, „Pflegeexperten“ sowie einige Indikatoren der „Dokumentation“ wurden in den Pflegeheimen häufiger verwendet als in den Krankenhäusern. Bei der Auswertung der Unterschiede auf Institutions- und Stationsebene zeigten sich wesentliche Inkonsistenzen in der Verwendung von QI. So gaben Stationen an, Protokolle/Richtlinie zu überwachen, obwohl diese laut Angabe auf Institutionsebene nicht vorhanden sind.

Diese Arbeit belegt, dass weitere Forschung bezüglich der Prozess- und Strukturqualität notwendig ist, um Qualitätsdefizite zu identifizieren und zu beseitigen, sowie um den Einfluss von Prozess- und Strukturqualität auf das Pflegeergebnis zu untersuchen.

Abstract

It lies within the responsibility of the nursing profession to secure and maintain high quality and safe nursing thus meeting society's demands. In order to investigate and evaluate the quality of nursing care, standards were set up for measuring. In the “Europäische Pflegequalitätserhebung 2010” - an extensive European nursing quality survey - 50 quality indicators concerning structure and process were investigated. All in all 36 facilities (18 hospitals and 18 nursing homes) participated in this multi-centric cross-sectional survey. With regard to the nursing phenomena pressure ulcer, incontinence, malnutrition, intertrigo, falls and physical restraints research was carried out on quality indicators such as the use of protocols/guidelines, the existence of information brochures, standardized discharge protocols and documentation, the number of experts present as well as further education or training. The results gathered from this survey were compared with international data. The research questions focused on the frequency of quality indicators, on differences between hospitals and nursing homes and the difference between institutional level and ward level.

The analysis concerning the occurrence of quality indicators showed that most indicators were found in connection with the phenomenon pressure ulcer. In contrast, quality indicators such as “presence of nursing experts” and “providing of information leaflets” were rarely found in all nursing phenomena. Similar results were found in the literature data of comparable surveys. Concerning the comparison of hospitals and nursing homes no significant differences were found except for the more frequent use of records/ guidelines in hospital treatment of pressure ulcer (statistically significant difference), incontinence, and falls (not significant). The quality indicators existence of information brochures, number of experts and some indicators concerning documentation were used more frequently in wards than in hospitals.

The evaluation of data on ward level versus institutional level showed severe inconsistencies. Whereas some wards claimed to observe guidelines, the existence of such was denied on institutional level. Similar inconsistencies were found with all indicators.

The data presented in this master thesis indicate that further research on structure and process quality has to be carried out in order to identify and to work on quality deficits in nursing care. Further investigation on the influence of structure and process quality on nursing is also desirable.

1 Einleitung

Die demografische Entwicklung in den post-industriellen Ländern Europas wird einen erhöhten Pflegebedarf mit sich bringen. Für Deutschland wurde berechnet, dass es im Jahr 2050 über 10 Millionen über 80-jährige Menschen geben wird (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). In Österreich werden im Jahr 2030 über 1 Million Menschen über 75 Jahre alt sein (Statistik Austria 2011). Somit kann davon ausgegangen werden, dass auch die Anzahl an pflegebedürftigen Menschen, welche in weitere Folge auch institutionelle Pflege in Anspruch nehmen werden, steigt (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009). Anhand der Zahl der PflegegeldbezieherInnen kann abgeleitet werden, dass es derzeit in Österreich 400.000 Menschen gibt, die pflegebedürftig sind (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010). Insbesondere Menschen, die eine Krankenhausbehandlung benötigen oder pflegebedürftig sind, und deren Angehörige, sowie Öffentlichkeit und Politik erwarten nicht nur eine adäquate Versorgung, sondern auch eine qualitativ hochwertige Pflege. Zum anderen liegt es in der Verantwortlichkeit des Berufsstandes der Pflegenden, eine qualitativ hochwertige Dienstleistung zu garantieren (Duffy & Hoskins 2003). Aus dieser Verantwortlichkeit heraus hat sich Qualität im Gesundheitswesen - respektive Pflegequalität - in den letzten 20 bis 30 Jahren als ein essentielles Thema etabliert.

Seit 2009 wird in Österreich vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz jährlich an freiwillig teilnehmenden stationären Einrichtungen die Europäische Pflegequalitätserhebung durchgeführt. Hier werden umfassend Daten zu Pflegeproblemen, deren Prävention, Maßnahmen, sowie Daten zum Thema Qualitätsindikatoren erhoben. In dieser Arbeit geht es um die 2010 erhobenen Qualitätsindikatoren in Bezug auf Struktur- und Prozessqualität, sowohl auf Institutions- als auch auf Stationsebene. Die Datenanalyse der Verwendungshäufigkeiten von Qualitätsindikatoren soll einen Überblick geben, sowie erste Rückschlüsse auf Prozess- und Strukturqualität der teilnehmenden Einrichtungen erlauben, um eventuell in weiterer Folge gezielte Maßnahmen zur Qualitätssicherung abzuleiten.

Um von Qualität und im Speziellen von Pflegequalität sprechen zu können, muss vorab geklärt werden, was die Begriffe Qualität und Pflegequalität bedeuten. Dies wird anhand der historischen Entwicklung dieser Begrifflichkeiten erläutert.

1.1 Historische, internationale Entwicklung über die Bedeutung von Qualität im Gesundheitswesen

Bei der Beschreibung der Entwicklung der Qualität in der Pflege wird an mancher Stelle bei Florence Nightingale angesetzt, so kann ihr Werk „Notes on Nursing“, welches sie selbst als „manual to teach nurses to nurse“ bezeichnet, als der erste Pflegestandard interpretiert werden (Nightingale 1860 Dover 1969).

Maßgeblich beteiligt an den ersten Qualitätsentwicklungen in den USA in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts war unter anderem die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). Sie begann mit den ersten „Qualitätssicherungsmaßnahmen“ und forderte Audits im medizinischen und im pflegerischen Bereich (Dienemann 1992, Schroeder ed. 1991). Doch auch andere qualitätsrelevante Entwicklungen in der Pflege, wie die Entwicklung der „Quality Assurance“ (Qualitätssicherung) und Kostenkontrolle sind in dieser Zeit angesiedelt (Schroeder 1991, Dienemann 1992).

Ebenso wurde der Begriff der Qualitätsstandards in dieser Zeit geprägt und steht bis heute in engem Zusammenhang mit Pflegequalität. Die American Nurses Association (ANA) entwickelte in den frühen 70er Jahren die ersten Pflegestandards wie auch Implementierungsstrategien (Dienemann (ed.) 1992).

Ein anderer Aspekt in der Qualitätsdebatte war der gerechte Zugang der Bevölkerung zum Gesundheitswesen. Um diesen zu gewährleisten, wurde in Großbritannien im Jahr 1948 der National Health Service eingeführt (Arah et al. 2003). Mittlerweile ist in westeuropäischen und nordamerikanischen Ländern der Zugang zum Gesundheitssystem nicht mehr vorrangiges Thema in der Qualitätsdebatte; weil sich der Fokus vermehrt in Richtung Verbesserung des Systems, Einhaltung von Guidelines und Patientensicherheit verschoben hat (Arrah et al. 2003). Dennoch wird der Zugang zum Gesundheitswesen vor allem im Zusammenhang mit Effektivität, Effizienz und Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen nach wie vor thematisiert (Campell, Roland & Buetow 2000, Arah et al. 2003).

Ein Meilenstein in der Qualitätsentwicklung in den USA war der „Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986“. Es handelt sich um gesetzliche Bestimmungen, die die Qualität in nordamerikanischen Pflegeheimen verbessern und sichern sollten. Die Vorgaben umfassten Bestimmungen hinsichtlich der Verabreichung von Psychopharmaka, die Einführungen eines standardisierten Assessmentverfahrens, Vorgaben zur Durchführung von Qualitätsbeurteilungen, Evaluierungen von Standards, sowie Fort- und

Weiterbildungsmaßnahmen (Castle & Ferguson 2010, Wagner et al. 2006, Sangle et al. 2005, Gebert & Kneubühler 2001, Schroeder (ed.) 1991)

In den 90er Jahren wurde von der ANA die „National Database for Nursing Quality Indicators“ (NDNQI) gegründet, welche sich maßgeblich für Entwicklung, Überprüfung und Evaluation von „Pflegequalitätsindikatoren“ in den USA verantwortlich zeigt (Gajewski 2007, Mueller 2004, ANA 1996).

Eine Schlüsselperson in der Qualitätsentwicklung des nordamerikanischen Gesundheitswesens war Avedis Donabedian, der auch eines der meistgenutzten Qualitätsmodelle entwickelte, welches die Dimensionen des Begriffes Qualität darstellt. Donabedian versuchte anhand eines Modells, den Begriff „Qualität“ für das Gesundheitswesen zu definieren.

Doch auch Donabedian - wie viele andere, die sich mit dieser Thematik beschäftigen haben - meinte, dass Qualität ein auffallend schwierig zu definierender Begriff ist (Donabedian 1966). Die Problematik der Definition von Qualität findet sich in der Literatur wiederholt mit derselben Begründung: Qualität sei ein sehr komplexes Konstrukt und keine einzeln darstellbare Variable. Die Definition hängt wesentlich davon ab, aus welcher Perspektive, mit welchem Fokus und in welcher Rolle sie betrachtet wird (Gunther & Allgood 2001, Donabedian 1988). Als Perspektiven oder Betrachter werden Gesundheitsdienstleister, Öffentlichkeit, PatientInnen und Geldgeber genannt (Huycke 2000). Daher wird die Definition davon abhängen, ob mit Qualität beispielsweise der Zugang zum Gesundheitswesen gemeint ist, die Leistungsfähigkeit eines Systems, oder wie Pflegekräfte Pflegetätigkeiten durchführen. Dennoch wurde versucht, eine annähernd allgemeingültige Definition durch die Beschreibung anhand eines Modells zu finden. Das Modell von Donabedian hat sich in weiten Bereichen des Gesundheitswesens und auch in der Krankenpflege bis heute durchgesetzt und ist eines der meistverwendeten Modelle, weil es eine Grundlage darstellt anhand derer mehrere Dimensionen von Qualität gemessen werden können.

1.2 Definition von Qualität - Modelle für Qualität

Das Modell von Donabedian definiert den Begriff Qualität im Gesundheitswesen basierend auf die drei Säulen, Struktur, Prozess und Outcome (siehe Abb. 1).

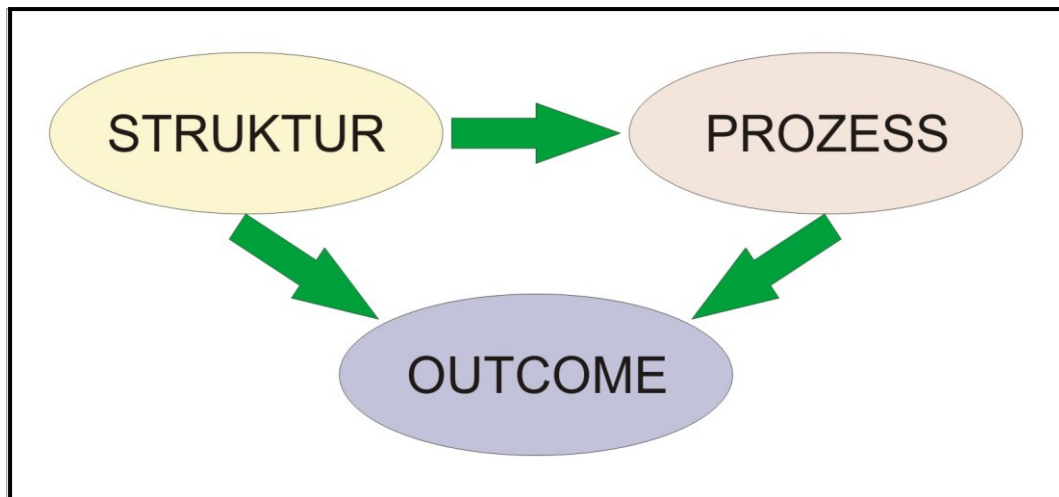


Abb. 1: SPO – Modell nach Donabedian (Donabedian 1966)

Diese drei Säulen werden auch als Dimensionen von Qualität bezeichnet (Donabedian 1966). An dieser Stelle ist anzumerken, dass sich für die Struktur-Prozess-Outcome (SPO) Struktur in anderer Literatur auch die Begrifflichkeiten „Faktoren“ oder „Aspekte“ finden (Kunkel et al. 2007, Copnell 2009).

Unter Struktur werden das Umfeld, sowie die Instrumente verstanden, mit denen Dienstleistungen erbracht werden (Donabedian 1966). Vereinfachend fasst Struktur sämtliche Rahmenbedingungen und Ressourcen, unter denen Gesundheitsdienstleistungen durchgeführt werden, wie beispielsweise bauliche Bedingungen, personelle Strukturen und Ausstattung zusammen (Mitchell 1998; Kunkel 2007). Der Prozess beziehungsweise die Prozessqualität umfasst wie Gesundheitsleistungen durchgeführt werden. Es sind daher Eigenschaften, wie Wissen und Kompetenzen der Gesundheitsdienstleister, die notwendig sind, um eine „gute“ Versorgung gewährleisten zu können (Donabedian 1966).

Das Outcome umfasst die Ergebnisse, wie Heilung, Genesung, Wiederherstellung einer Funktion oder das Überleben von PatientInnen (Kunkel 2007). Das Outcome wird wiederum von Struktur und Prozess beeinflusst (Donabedian 1966).

Obwohl das Modell von Donabedian, welches ursprünglich aus dem industriellen Kontext stammte, in der Pflege häufig verwendet wird oder zumindest als Grundlage dient, gibt es auch Kritik seitens der Profession der Pflegenden (Gunther 2001). So kritisierte Attree (1993), dass der Begriff der Qualität nicht eindeutig definiert ist. Mitchell (1997, 1998) bemängelte, dass die Beziehungen zwischen Struktur, Prozess und Outcome nicht konsistent sind. Diese beiden Autorinnen, sowie Duffy und Hoskins entwickelten auch selbst eigene Modelle für die Pflege.

Mitchell orientiert sich im „Quality Health Outcome Model“ jedoch auch an der SPO-Gliederung von Donabedian. Jedoch wird die Dimension des Klienten hinzugefügt und der direkte Zusammenhang zwischen Intervention und Outcome herausgenommen. Bezüglich ihres Hauptkritikpunktes werden die Beziehungen zwischen den Dimensionen verändert (siehe Abb. 2).

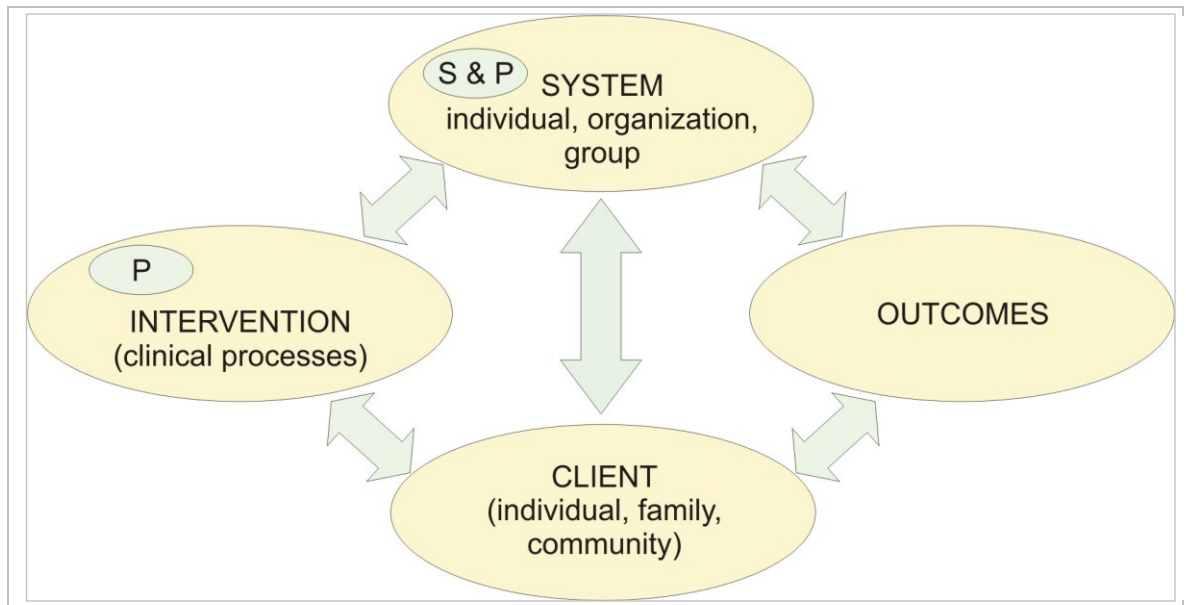


Abb.2: Quality Health Outcome Modell nach Mitchell (Mitchell, Ferketich & Jennings 1998)

Auch das „Quality-Caring Modell von Duffy und Hoskins (2003) baut auf den Dimensionen Struktur, Prozess und Outcome auf. Die Intention bei der Entwicklung des Modells war es, pflegerische Tätigkeiten, sowie die Beziehung von Pflegequalität und Pflege (human caring) besser darzustellen. Dieses Modell wurde um pflegespezifische Faktoren erweitert. So wurden der Struktur weitere Konzepte und Subkonzepte hinzugefügt, die die Lebenswelt der am Qualitätsprozess Beteiligten betreffen. Im Bereich des Prozesses kam der Faktor der interpersonellen Beziehung dazu. Auch der Bereich der Outcomes wurde um „intermediate outcomes“ (beispielsweise das Erreichen eines Pflegezieles) und „terminal outcomes“ (wie Lebensqualität und PatientInnenzufriedenheit) erweitert. Ebenso wurden die Beziehungen der Konzepte untereinander definiert. Struktur und Prozess, mit den jeweiligen neu hinzugefügten Konzepten beeinflussen sich gegenseitig, ebenso wie Prozesse und Outcome. Weiters ist eine gegenseitig beeinflussende Beziehung zwischen den „intermediate outcomes“ mit den Struktur- und Prozesskonzepten, definiert. (siehe Abb. 3; Duffy & Hoskins 2003).

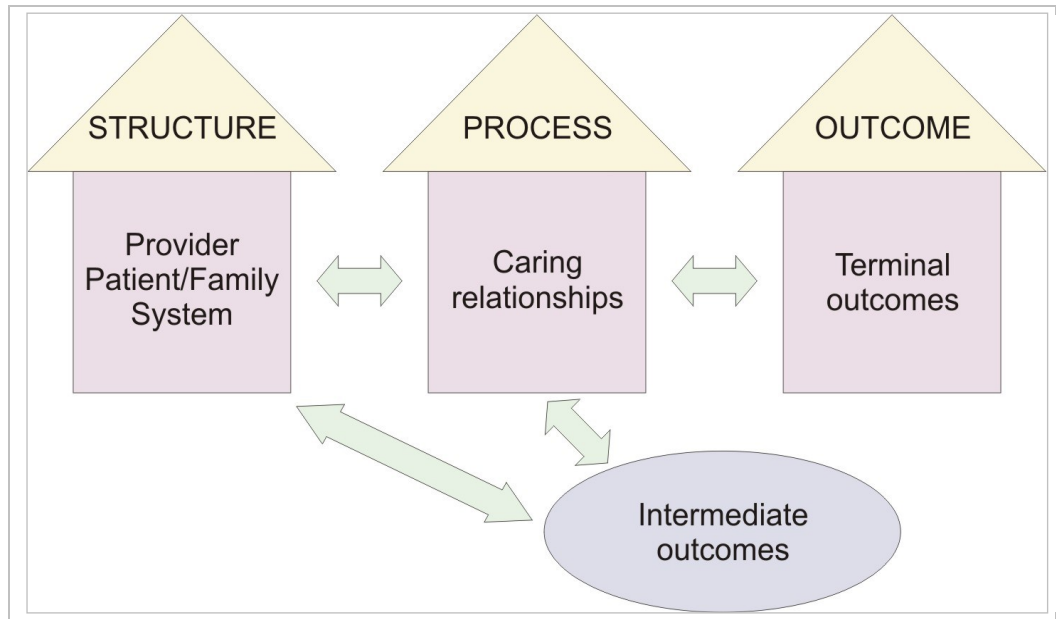


Abb. 3: Quality Caring Modell nach Duffy & Hoskin (Duffy & Hoskins 2003)

Ein konzeptionelles Modell gibt es von Attree (siehe Abb. 4), wobei auch dieses die Qualitätsdimensionen von Donabedian verwendet. In diesem Modell werden Struktur, Prozess und Outcomes mittels Kriterien genauer definiert. So sind die Kriterien für Struktur beispielsweise „organisational variables“ wie hospital, unit/practice settings, patient environment und dergleichen. Zusätzlich werden Perspektiven hinzugefügt, aus denen Qualität betrachtet werden kann, wie Öffentlichkeit/Gesellschaft, die/der PatientIn, die Medizin, die Pflege, die GesundheitsanbieterInnen, sowie die KostenträgerInnen. Um der Tatsache gerecht zu werden, dass Qualität, aus welcher Perspektive sie auch betrachtet wird, nicht unabhängig existiert, fügt die Autorin noch beeinflussende Umgebungsfaktoren hinzu, welche in makro, mikro und global unterteilt werden. Auf Makroebene sind qualitätsbeeinflussende Faktoren, wie politische, wirtschaftliche und soziale Strategien gemeint. Auf der Mikroebene finden sich Einflussfaktoren aus der näheren Umgebung, wie Nachbarschaft und regionale Bedingungen. Mit der globalen Situation sind größere wirtschaftliche und soziale Zusammenhänge gemeint, wie etwa die wirtschaftliche Lage eines Landes (Attree 1996).

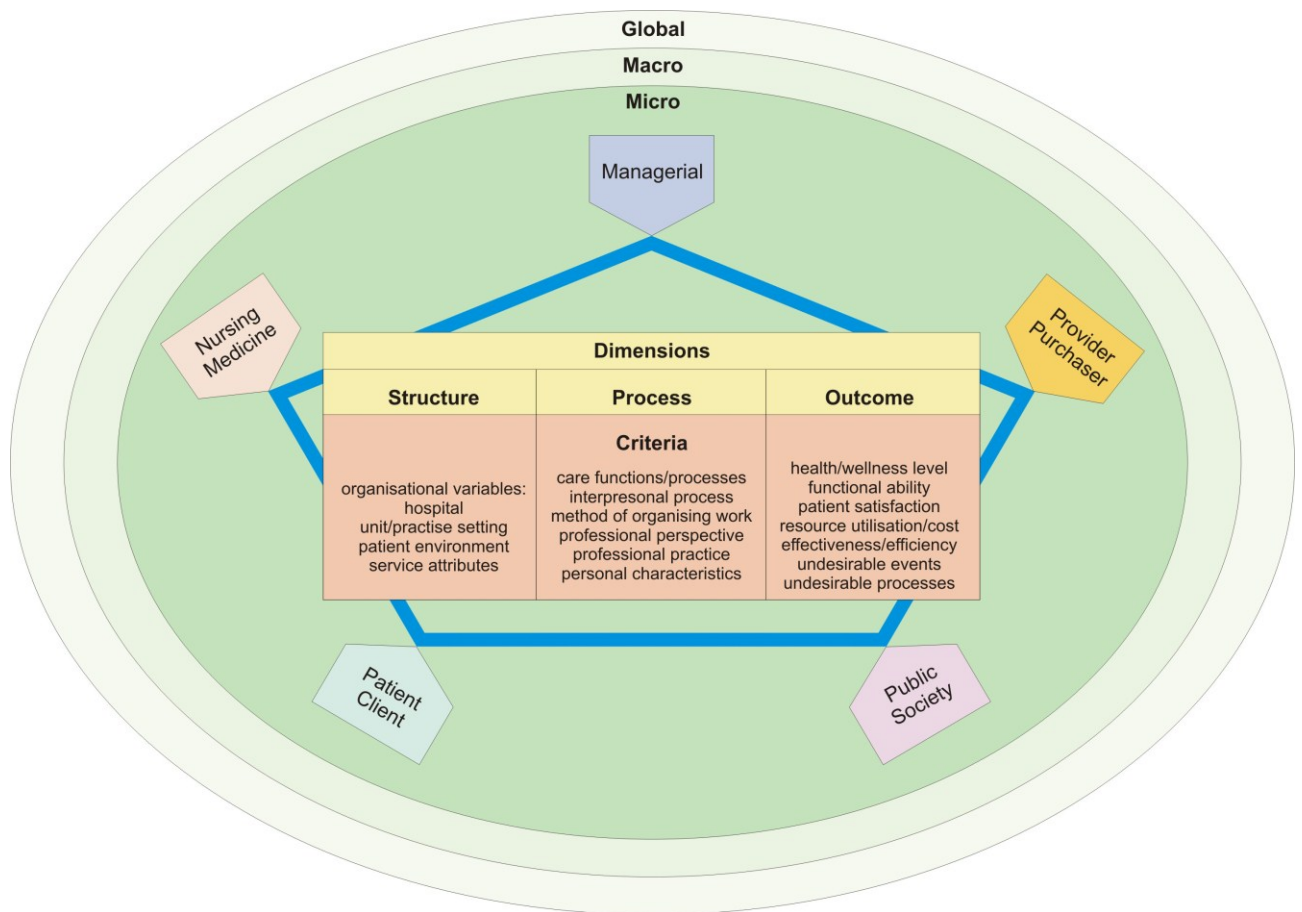


Abb.4: Konzeptuelles Qualitätsmodell nach Attree (Attree 1996)

In der vorliegenden Arbeit werden die Anwendungshäufigkeiten von Struktur und Prozessindikatoren untersucht. Dafür sind die Modelle von Donabedian und Attree als theoretische Grundlage am geeignetsten, da die in dieser Arbeit behandelten Qualitätsindikatoren durch den theoretischen Rahmen dieser beiden Modelle am besten interpretiert werden können.

1.3 Die Messung von Pflegequalität

Es kann versucht werden, das Konstrukt Qualität durch Modelle darzustellen, doch muss diese auch gemessen und evaluiert werden. Zur Messung und Evaluierung von Qualität werden Qualitätsindikatoren (QI) verwendet, welche den Dimensionen von Qualität zugeordnet werden können (Pottenkämper 2010, Nakrem et al. 2009, Willis 2007, Mainz 2003).

Es gibt eine Vielzahl an QI, die in Abhängigkeit der zu messenden Dimension von Qualität eingesetzt werden. Auch bei den QI hat sich etabliert, diese - in Anlehnung an das Qualitätsmodell von Donabedian - in Struktur-, Prozess- und Outcomeindikatoren einzuteilen, vor allem dann, wenn die Qualität von Einrichtungen beurteilt werden soll (Castle 2010, Donabedian 1988).

Die Zuordnung der Indikatoren zu den einzelnen Dimensionen gestaltet sich unterschiedlich beziehungsweise ist nicht immer eindeutig möglich. Als Indikatoren für Strukturqualität werden jene verstanden, die im Zusammenhang mit der Personalplanung, wie Dienstplanung, Personalzufriedenheit, Anzahl des Personals, Ausbildungsstatus stehen (King's College London 2008, Chang 2002, Amir, Meijers & Halfens et al. 2011). Ebenso zählen zu den Strukturindikatoren, ob nach Protokollen/Richtlinien gepflegt wird, standardisiert Assessments erhoben werden, sowie die Dokumentation als auch die Verfügbarkeit von Pflegehilfsmitteln (Amir, Meijers & Halfens et al. 2011).

Bei Copnell et al. (2009) Arora et al. (2007) werden die Entlassungsplanung, die Erhebung von Assessments, die Behandlung und Evaluation zu den Prozessindikatoren sowie die Dokumentation den Prozessindikatoren zugeordnet.

Bei Outcomeindikatoren werden Sturzhäufigkeit, Dekubitus Häufigkeit, Schmerz, Inkontinenz, freiheitsentziehende Maßnahmen, Dehydrierung sowie Mortalität gemessen (Nakrem et al. 2009, Copnell et al. 2009, Patrician et al. 2010). Die Mehrzahl der Outcomeindikatoren sind unerwünschte Zwischenfälle. Ein „positiver“ - wenn auch schwer messbarer - Outcomeindikator ist die „PatientInnenzufriedenheit“ (ANA 1996, Copnell 2009, Patrician et al. 2010).

Kontroverse Meinungen gibt es darüber, welche Gruppen von Indikatoren Qualität am besten darstellen kann. Wie oben schon beschrieben, hat sich in der Pflege etabliert, die Strukturqualität anhand von Indikatoren bezüglich des „nurse staffings“ zu messen. Es wird jedoch empfohlen, die Messung der Strukturqualität auch auf andere Bereiche der Pflege auszudehnen, sowie auch Messungen in Bezug auf die Prozessqualität breiter anzulegen, wie durch Einbezug von Teamarbeit und Kommunikation (Savitz, Jones & Bernard 2005).

Scheinen auch Outcomeindikatoren die effektivste Messmethode zu sein, hat bereits Donabedian (1966) darauf hingewiesen, dass sie zur Darstellung von Qualität im Gesundheitswesen nicht immer das Mittel der Wahl sind. Nicht alle Outcomes sind klar und eindeutig messbar, wie zum Beispiel die Zufriedenheit von Patienten, und andererseits ist ein eindeutiger Zusammenhang zwischen pflegerischer Intervention und Outcome nur schwer nachweisbar und beschreibt nicht zwangsläufig die Qualität von Pflege (King's College London 2008, Lynn and Moore 1997 in Gunther & Alligood 2001). Letztlich kann keine eindeutige Empfehlung darüber abgegeben werden, welche Qualitätsindikatoren die besten sind, um Pflegequalität zu messen. In der Pflegepraxis bedeutet dies, dass es nicht ausreicht, Dekubitusinzidenzen oder Sturzhäufigkeit, also das Outcome isoliert, zu betrachten. Es sollten alle Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität untersucht werden, die denjenigen Aspekt

der Qualität der dargestellt oder gemessen werden soll beeinflussen, um tatsächlich Aussagen über Qualität treffen zu können.

Empfehlungen gibt es jedoch darüber, was QI zu erfüllen haben, um Qualität darstellen oder messen zu können. Die Anforderungen sind, dass QI

1. wissenschaftlichen Gütekriterien wie Relevanz, Klarheit, Verständlichkeit und Praktikabilität entsprechen
2. auf übereinstimmenden Definitionen basieren
3. umfassend beschrieben sind
4. hohe Spezifität und Sensitivität aufweisen
5. valide und reliabel sind
6. Unterschiede erkennen
7. Eindeutigkeit für den Anwender aufweisen
8. sinnvolle Vergleiche erlauben
9. für die zu messende Dimension von Qualität passend sind

(Mainz 2003, Pottenkämper 2010, Evans 2009).

In der Europäischen Europäische Pflegequalitätserhebung 2010 wurden sowohl Outcomeindikatoren als auch Struktur- und Prozessindikatoren in Bezug auf Pflegephänomene erhoben.

1.4 Qualitätsindikatoren der Dimensionen Struktur und Prozess der Europäischen Pflegequalitätserhebung 2010

Die in der Europäischen Prävalenzerhebung 2010 erhobenen QI für Struktur- und Prozessqualität der teilnehmenden Einrichtungen in Österreich sind in der Tabelle 1 angeführt. Ebenso wird in dieser Tabelle der Zusammenhang mit den Qualitätsmodellen von Donabedian (1966) und Attree (1996) dargestellt und wie sich die Qualitätsindikatoren in den Modellen wieder finden. Mit Zusammenhang ist gemeint, die erhobenen Indikatoren den Dimensionen der Modelle zu zu ordnen. Wobei hier angemerkt werden muss, dass eine solche Zuordnung nicht zwingend ist und in der Literatur, wie oben schon erwähnt, unterschiedlich durchgeführt wird.

Tab. 1: Indikatoren der Europäischen Pflegequalitätserhebung - Qualitätsmodelle

Indikatoren	Dimensionen und Kriterien (Attree 1996)	Dimensionen Donabedian (1966)
Protokolle/Richtlinien	Method of organising work (P ^a)	Prozess
Fortbildung	Staffing skill mix (S ^b) care roles/function (P)	Struktur Prozess
Experten	Staffing skill mix (S) care roles/function (P)	Struktur Prozess
Informationsmaterial für PatientInnen und Angehörige	Service attributes (S)	Struktur
Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung	Methods of organising work (P)	Prozess
Dokumentation	Methods of organising work (P)	Prozess

^a Prozess

^b Struktur

Protokolle/Richtlinien/Guidelines/Standards

In der Prävalenzerhebung werden die Begrifflichkeiten Protokoll und Richtlinie verwendet, doch in der internationalen Fachliteratur wird der Begriff „Guideline“ verwendet, welcher auch in den deutschen Sprachraum übernommen wurde. Ebenso finden sich die Begriffe „protocol“ und „standard“.

Unter einer Guideline oder Richtlinie versteht man evidenzbasierte Empfehlungen für die Praxis, wie die Behandlung und Betreuung von PatientInnen erfolgen soll. Deshalb muss eine Guideline auf der besten verfügbaren Evidenz basieren (Grol et al. 2005).

Der Begriff „standard“ hat im englischen Sprachraum zwei Bedeutungen. Zum einen werden darunter im klinischen Bereich Vorschriften über Interventionen verstanden, denen unbedingt Folge zu leisten ist, während Guidelines als Empfehlungen betrachtet werden. Unter „standard“ wird aber auch ein Behandlungsziel oder Kriterium verstanden, das unbedingt erreicht werden soll (Grol et al. 2005). Auch im deutschen Sprachraum hat sich der Begriff des „Standards“ etabliert, hier sind jedoch meist die so genannten „hausinternen Pflegestandards“ gemeint, welche ebenso Anweisungen oder Empfehlungen für die Praxis sind, jedoch meist nicht evidenzbasiert.

Unter „protocols“ werden im englischen Sprachraum meist Handlungsanweisungen verstanden, die das PatientInnenmanagement betreffen (Grol et al. 2005).

Die Verwendung von Protokollen/Richtlinien/Guidelines ist eine wesentliche Qualitätssicherungsmaßnahme (Du Moulin, van Haastregt & Hamers, J 2010). In der Literatur wird speziell auch bezüglich Dekubitusprävalenzraten berichtet, dass diese negativ mit der Implementierung von Guidelines korrelieren. VanDenKerkhof (2011) hat Dekubitusprävalenz- und Inzidenzraten über 15 Jahre in einer Einrichtung ausgewertet und geht davon aus, dass die Implementierung von Guidelines für niedrigere Inzidenzraten verantwortlich ist (VanDenKerkhof et al. 2011).

Pflegeexperten (Staff skill mix)/Fort- und Weiterbildung

Die Auswirkungen der Anzahl, Ausbildung und Erfahrung von Pflegekräften auf die Pflegequalität ist Gegenstand zahlreicher Untersuchungen (Blegen et. al, 2001, Savitz, Jones & Bernard 2005, Currie et al. 2004, Kane 2007, McGillis Hall 2008, Butler et al. 2011). In diesen Untersuchungen tauchen die Begriffe „staff skill mix“, „skill mix“, „grade mix“ und „qualification mix“ auf. Darunter ist die Zusammensetzung des Pflegeteams in Bezug auf Ausbildung sowie spezieller Fort- und Weiterbildung zu verstehen (Kim 2009, Kane 2007, Butler et al. 2011).

So wird in einigen Studien die direkte Auswirkung von Fortbildungsmaßnahmen auf die Pflegequalität untersucht, und diese belegen einen positiven Einfluss (Suominen et al. 2007, Du Moulin et al. 2007). Der Einfluss des „skill mix“ auf die Pflegequalität hat sich in den angloamerikanischen Ländern als eine der häufigsten Untersuchungen der Strukturqualität etabliert. Dieser Untersuchungsgegenstand bietet sich auch deshalb an, weil in den letzten Jahrzehnten ein Umbruch in der Pflegeausbildung stattgefunden hat. Es gab den Wechsel von „hospital trained nurse“ (Pflegekräfte, die in den Krankenhäusern ausgebildet wurden, ähnlich wie in Deutschland und Österreich) zu unterschiedlichen

Universitätsabschlüssen in der Pflegeausbildung. Das bedeutet, dass in der Praxis unterschiedlich ausgebildete Pflegekräfte gemeinsam tätig sind. In den deutschsprachigen europäischen Ländern gibt es geringere Unterschiede bei den Ausbildungslevels. Hier wird am ehesten noch zwischen Fachkräften und angelernten Kräften unterschieden. Das zieht nach sich, dass es kaum Untersuchungen gibt. Um eine Vergleichbarkeit mit internationalen Daten möglich zu machen, kann an dieser Stelle mit PflegeexperteInnen beziehungsweise mit spezifischen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen gearbeitet werden. In der Europäischen Pflegequalitätserhebung wurde sowohl nach Pflegeexperten gefragt, als auch nach spezifischen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Informationsmaterial/Informationsbroschüren

Gesundheitsdienstleister und Pflegende begeben sich zusehends in die Beratungsrolle, vor allem in Hinblick auf das „shared decision making“, welches ein Konzept darstellt, in dem die PatientInnen als gleichberechtigte PartnerInnen in Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen, miteinbezogen werden (Griffin, McKenn & Tooth 2003, Godolphin et al. 2001, Nolan, Nolan & Booth 2001). Die umfassende Information für die/den PatientInnen im Rahmen der Qualitätssicherung ist immer wieder ein Thema, so finden sich in der Literatur auch dementsprechende Qualitätsindikatoren, wie zum Beispiel „patient satisfaction with educational information“ oder „patient information documented“(ANA 1996, Copnell et al. 2009, Demir 2006).

Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung

Die standardisierte Informationsweitergabe ist ein Teil des Entlassungsmanagements. Die Planung von Entlassungen (auch als Entlassungsmanagement bezeichnet) spielt eine wesentliche Rolle im Rahmen von qualitätssichernden Maßnahmen (Arora et al. 2007). Ein gutes Entlassungsmanagement soll die Liegedauer verkürzen, Wiederaufnahmen verhindern, sowie die Zusammenarbeit mit Gesundheitsdienstleister verbessern und nicht zuletzt die Kosten senken (Sheperd et al. 2010, Grimmer & Moss 2001). Sheperd et al. (2010) stellte(n) in einem Systematic Review fest, dass die Liegedauer und die Zahl der Wiederaufnahmen durch ein adäquates Entlassungsmanagement reduziert werden können (Sheperd et al. 2010).

Dokumentation

Gewünscht wird eine Dokumentation, die dazu beiträgt, dass gute Pflegequalität und PatientInnensicherheit gewährleistet werden können (Ehrenberg 2003). Die ausführliche Dokumentation von Pflegephänomenen, vor allem von so genannten unerwünschten Phänomenen (adverse events) spielt eine wesentliche Rolle bei der Qualitätsdebatte. Vor allem im Rahmen der Dekubitusprävention- und -behandlung wird der Dokumentation eine wesentliche Rolle beigemessen (Dahlstrom et al. 2011).

1.5 Die Pflegephänomene

Das Messen von Qualität mittels Qualitätsindikatoren wird nahezu ausschließlich in Bezug auf ein bestimmtes Pflegephänomen oder spezifischen Aspekten der Pflege durchgeführt. So werden beispielsweise Struktur- Prozess und Outcomeindikatoren bezüglich Schmerz gemessen um darzustellen, ob die Pflege von PatientInnen qualitativ hochwertig erfolgt. Im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung wurden QI entsprechend in Zusammenhang mit den Pflegephänomenen Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz sowie freiheitsentziehende Maßnahmen erhoben.

Dekubitus

„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften.“ (EPUAP Richtlinie 2009, S.7).

Die Dekubitushäufigkeit wird als ein wichtiger Qualitätsindikator für die Pflege betrachtet (Jankowski 2010, Flynn et al. 2010) und ist wesentlich, weil die Erkrankung mit vielen anderen Faktoren, wie längere Liegedauer, hohen Kosten, reduzierter Lebensqualität, Schmerz sowie Gefahr einer Sepsis in Zusammenhang steht (Flynn 2010, Kwong 2011).

Inkontinenz

Die International Continence Society (ICS) definiert Urininkontinenz als *„a condition where involuntary loss of urine is a social or hygienic problem and is objectively demonstrable“* (Abrams, 2002, p. 168). Inkontinenz ist ein häufig auftretendes Problem und

korreliert mit hohem Alter sowie Pflegebedürftigkeit (Abrams 2002). Es ist bekannt, dass Inkontinenz massiv die Lebensqualität beeinflusst (Lawhorne, Ouslander & Parmelee 2008).

Mangelernährung

Mangelernährung hat speziell in der Langzeitpflege in den letzten Jahren an Aufmerksamkeit gewonnen. Bei alten Menschen handelt es sich um eine komplexe Problematik, da der Nahrungsbedarf auf Grund von Multimorbidität sehr unterschiedlich ist (Reuben 2007). Durch die Komplexität dieses Phänomens ist auch kaum eine eindeutige Definition möglich. So kann unter Mangelernährung eine krankheitsassoziierter Gewichtsverlust oder ein Eiweißmangel verstanden werden (Pirlich et al. 2003). Die Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen führt auch dazu, dass Prävalenzraten von 20% - 80% angegeben werden (Volkert 2004). Fest steht, dass überproportional häufig geriatrische, multimorbide PatientInnen betroffen sind (Volkert et al. 2006). Mangelernährung zieht auch eine Vielzahl an negativen Folgen nach sich, wie verringerte Muskelkraft, Sturzrisiko, Infektanfälligkeit, Wundheilungsstörungen, Dekubitusrisiko und dergleichen (DNQP 2009).

Intertrigo

Unter Intertrigo wird eine entzündliche Hautreizung oder -rötung verstanden, die sich vorzugsweise in Hautfalten bildet und durch Feuchtigkeit verursacht wird. Intertrigo ist ein häufiges Problem, in dessen Folge auch Pilzinfektionen sowie bakterielle Infektionen auftreten (Mistiaen & Halm-Walters 2009).

Sturz

Unter Sturz versteht man ein Ereignis, infolgedessen eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder einer anderen/tieferen Ebene zu liegen kommt (Kellog International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly (1987 in DNQP 2006). Die größte Problematik bei Stürzen sind die Folgeschäden, wie Verletzungen, Schmerzen, psychischen Folgen oder sogar tödlicher Ausgang. Diese Folgeschäden haben mitunter weit reichende Auswirkungen, da sie einen massiven Einschnitt in der Lebensführung des Betroffenen darstellen und mit wesentlichen Einschränkungen der Eigenständigkeit, Mobilität und sozialer Aktivität einhergehen können. Zudem verursachen Stürze durch die Behandlung von Sturzfolgen hohe Kosten für das Gesundheitssystem (DNQP 2006). Sturz als

Pflegephänomen, dessen Ursachen und präventive Maßnahmen sind wohl unter den bedeutendsten Themen im Rahmen der Pflege und Pflegewissenschaft.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Unter freiheitsentziehenden Maßnahmen werden mechanische Mittel verstanden, die entweder direkt am Körper oder in der Nähe einer Person angebracht werden, von der Person nicht selbständig entfernt werden können und die Person daran hindern freie Körperbewegungen durchzuführen beziehungsweise eine Positionsveränderung vorzunehmen (Krüger, Meyer & Harmes 2010). Sie werden angewendet, um PatientInnen vor dem Sturz aus dem Bett oder von einer Sitzgelegenheit und in weiterer Folge vor Verletzungen zu schützen (Weech-Maldonado 2004, Evans, Wood & Lambert 2002). Freiheitsentziehende Maßnahmen sind ein viel diskutiertes Thema sowohl in der Pflege als auch in der Öffentlichkeit, nicht zuletzt deshalb, weil die Maßnahmen per se Verletzungen der PatientInnen nach sich ziehen können (Krüger, Meyer & Harmes 2010, Evans, Wood & Lambert 2002).

1.6 Relevanz von Qualität in der Pflege

Innerhalb der Europäischen Union (EU) gibt es Bestrebungen, Qualitätsstandards zu vereinheitlichen. Diese Bestrebungen fokussieren vermehrt auf der Managementebene von Krankenhäusern, wobei auf die Pflegequalität spezifisch weniger eingegangen wird, sondern vermehrt die Harmonisierung von Standards für Medizinische Geräte, Ausbildung, klinische Praxis und Zulassungen für Medikamente adressiert wird (Shaw et al. 2010).

In einem Vergleich der Gesundheitssysteme von Großbritannien, Kanada, Australien und den USA wurde beschrieben, dass Qualität und deren Verbesserungsmaßnahmen ein fester Bestandteil dieser Gesundheitssysteme sind. Beispielsweise wird in Großbritannien Qualität als nationale Priorität eingestuft (Arah et al. 2003). Die Qualität in Pflegeheimen in den USA war lange Zeit auf Grund von erheblichen Mängeln in der Versorgung eines der wichtigsten öffentlichen Diskussionsthemen (Kim et. al 2009).

Die Debatte um Qualität im Gesundheitswesen wurde 2000 vor allem im angloamerikanischen Raum durch den Bericht des Institute of Medicine (IOM) – *"To Err is Human: Building a Safer Health System"* unter dem Blickwinkel der PatientInnensicherheit erneut angeregt. In diesem Bericht wird die Zahl der Todesfälle in den USA, die auf Behandlungs- und Pflegefehler zurückzuführen ist, mit 98.000 pro Jahr beziffert (Page (ed.) 2004). Qualität und PatientInnensicherheit sind zwei Begriffe, die sowohl miteinander

gewachsen als auch verbunden sind. Das primäre Ziel von Qualität im Gesundheitswesen und insbesondere von Qualität in der Pflege ist die sichere Versorgung der Patientinnen und Patienten. So wird Pflegenden eine Schlüsselrolle in der Versorgung zugeschrieben, da sie sich am nächsten und am häufigsten bei den PatientInnen befinden (NHS Quality Improvement Scotland 2005, Page 2004).

Abgesehen vom Aspekt der PatientInnensicherheit nahm die Bedeutung von Qualität aus weiteren Gründen in den letzten Jahren deutlich zu. War die Forderung nach Qualität zu Beginn der Qualitätsdebatte eher eine Anforderung des Gesetzgebers, um einen Mindeststandard zu erfüllen, so haben sich die diesbezüglichen Anforderungen an die Gesundheitsdienstleister weiterentwickelt, denn nun sind es auch Geldgeber, Krankenversicherungen und vor allem PatientInnen/KundInnen und deren Angehörige, die eine qualitativ hochwertige Pflege und Behandlung erwarten.

Eine Möglichkeit qualitätsrelevante Daten von Gesundheitseinrichtungen zu erhalten, bietet die Europäische Pflegequalitätserhebung, welche seit 2009 auch in Österreich durchgeführt wird. Erfasst werden die Pflegephänomene Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Stürze sowie freiheitsentziehende Maßnahmen. Die Erfassung gliedert sich in drei Teile – Erfassung auf BewohnerInnen/PatientInnen Ebene, auf Stations- oder Wohnbereichsebene sowie auf Einrichtungsebene. Auf BewohnerInnen/PatientInnen Ebene werden umfassend Daten zu den jeweiligen Pflegephänomenen erhoben. Auf Stations- oder Wohnbereichsebene und Einrichtungsebene werden Daten hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität bezogen auf die Pflegephänomene erhoben. Aus diesen Daten können die Gesundheitsdienstleister Informationen zu ihrer Pflegequalität erhalten, gezielte Maßnahmen ableiten und sich mit anderen Einrichtungen vergleichen.

1.7 Problemstellung/Relevanz des Themas/Forschungslücke

In Österreich gibt es 268 Krankenanstalten, mit 65.000 Betten (Statistik Austria 2010), sowie 820 Pflegeheime mit 72.600 Betten (Statistik Austria 2008), jedoch kein systematisches Qualitätsmonitoring, weder in den Krankenhäusern noch im Pflegeheimbereich (Ludwig Boltzmann für Medizin- und Gesundheitssoziologie 2003). Sehr wohl wird häufig von Qualität und Qualitätssicherungsmaßnahmen gesprochen und von gesetzlichen Rahmenbedingungen, die die Qualität sichern sollen (GÖG 2011, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010). Ebenso wird Qualität im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren als Schlüsselfaktor betrachtet (GÖG 2011). Bei den existierenden gesetzlichen Rahmenbedingungen für Pflegeheime handelt es sich vorwiegend um bauliche

Vorgaben und Personalzahl (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010), nicht jedoch um pflegerelevante Qualitätsaspekte.

Vergleicht man Österreich mit anderen europäischen und angloamerikanischen Ländern, so kann man feststellen, dass dort seit Jahren Forschung bezüglich Pflegequalität in all ihren Dimensionen betrieben wird und auch spezifische Qualitätssicherungsmaßnahmen etabliert werden. In den Niederlanden finden Prävalenzerhebungen zu Pflegeproblemen bereits seit 1998 statt (Amir, Meijers & Halfens 2011). In Deutschland werden alle Pflegeeinrichtungen jährlich vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) auf deren Qualität überprüft (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2009). Für Österreich gibt es kaum Zahlen, die in der Lage sind, Pflegequalität auch nur ansatzweise darzustellen, so dass auf deren Basis gezielt Maßnahmen zur Sicherung beziehungsweise Verbesserung der Qualität gesetzt werden können. Die Europäische Pflegequalitätserhebung (vormalige Bezeichnung Landesweite Prävalenzerhebung (LPZ)) bietet hier eine optimale Datengrundlage, auf der Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität basieren können.

2 Literaturrecherche

Der theoretische Teil der Arbeit ist ein Literaturüberblick. Die Literaturrecherche wurde von Anfang März 2012 bis Ende April 2012 durchgeführt.

2.1 Methodik

In der vorliegenden Arbeit werden bestimmte Qualitätsindikatoren der Prozess- und Strukturqualität bezüglich der Pflegeprobleme Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz, Sturz und freiheitsentziehenden Maßnahmen untersucht. Daher wurde in den theoretischen Teil ausschließlich Literatur mit dieser Problematik inkludiert. Wie oben schon erwähnt (siehe Tab. 1), werden in der Europäischen Pflegequalitätserhebung QI bezüglich Verwendung von Protokollen/Richtlinien, Einsatz von PflegeexpertInnen, Anzahl der Fort- und Weiterbildungen, standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung, Dokumentation sowie Informationsbroschürenabgefragt. Demzufolge wurde bei der Literaturrecherche ausschließlich nach diesen QI im Zusammenhang mit jenen Pflegephänomenen gesucht, auf die die Europäische Pflegequalitätserhebung fokussierte, denn ein sinnvolles Messen von Pflegequalität mittels Qualitätsindikatoren kann nur im Zusammenhang mit einem Pflegephänomen durchgeführt werden. Außerdem kann ein sinnvoller Vergleich von Qualitätsindikatoren nur dann angestellt werden, wenn sie in denselben oder ähnlichen Kontext verwendet wurden.

Aus diesen Bedingungen leiten sich folgende Keyword - Kombinationen ab:

Kombination mit Pflegephänomenen:

((quality AND (indicator OR criteria)) AND Pflegephänomen^a AND (hospital OR nursing home))

^a: *pressure ulcer; incontinence; malnutrition; intertrigo; fall; restraint*

Kombinationen mit Pflegephänomenen und Indikatoren:

((quality AND (indicator OR criteria)) AND Pflegephänomen^a AND Indikator^b (hospital OR nursing home))

^a: *pressure ulcer; incontinence; malnutrition; intertrigo; fall; restraint*

^b: *guideline, policy, standard; further education; staff, skill mix; information; discharge; documentation;*

Die Recherche erfolgte in den Datenbanken:

- Cinahl,
- NHS Evidence (UK) Pubmed,
- Cochrane und Embase via OVID und
- ISI Web of Knowledge.

Limitationen waren, dass die Studien in den letzten zehn Jahren publiziert wurden, sowie in deutscher oder englischer Sprache zur Verfügung stehen. Ausschlusskriterien waren „nicht im Setting Krankenhaus oder Pflegeheim durchgeführt“ und „kein Fokus auf Pflege“. Die Suche lieferte insgesamt 5779 Studien, wovon nach Lesen des Titels und Abstracts 117 passende Studien zu Beurteilung anhand der Beurteilungskriterien nach Polit & Beck (2008) ausgewählt wurden. Folgende Bewertungskriterien wurden herangezogen:

Literature review: Is the literature review up to date and based mainly on primary sources?

Method: Were there appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants?

Was the most rigorous possible design used, given the purpose of the research?

Was the population identified and described?

Was the sample described in sufficient detail?

Was the sample size adequate?

Were analyses undertaken to address each research question or test each hypothesis?

Results: Were appropriate statistical methods used?

Are the findings adequately summarized?

Discussion: Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research? (Polit & Beck 2008, p. 125-127)

Ebenso wurde die Relevanz der Studien für die vorliegende Arbeit überprüft.

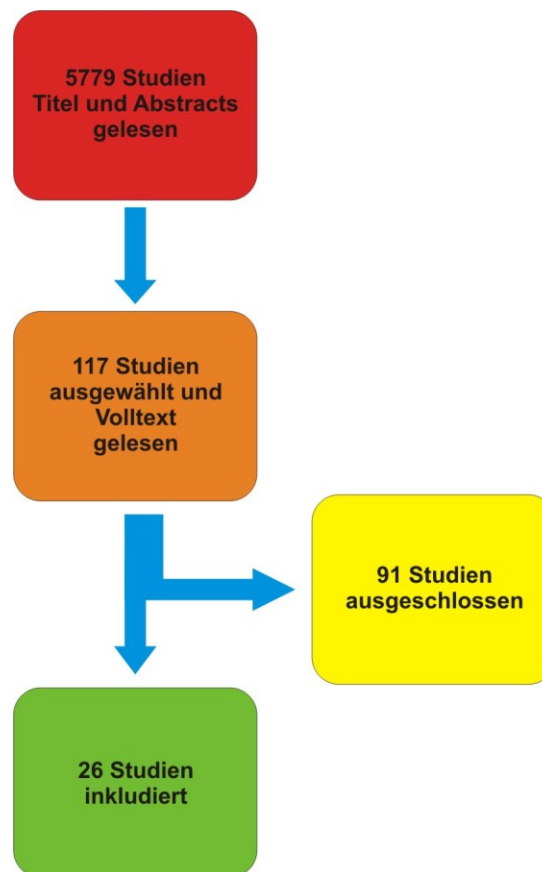


Abb. 5: Schematische Darstellung der Literaturrecherche

2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche

Bei der Ergebnisdarstellung der Literaturrecherche werden die Ergebnisse anhand der QI-Gruppen Verwendung von Guidelines, Fort- und Weiterbildung, PflegeexpertInnen, Dokumentation, Informationsbroschüren und standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung zusammengefasst.

2.2.1 Protokolle/Richtlinien

Protokolle/Richtlinien bei Dekubitus

In einer Studie von Saliba et al. (2003) wurde die Verwendung von 15 Empfehlungen der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Dekubituspräventionsguideline in 35 Pflegeheimen in den USA untersucht. Ebenso wurde die Einhaltung von sechs „key criteria“, abgeleitet von den Guideline-Empfehlungen, welche von den Wissenschaftlern als besonders wesentlich beurteilt wurden, untersucht. Es handelte sich um Assessment, Reassessments, tägliche Hautinspektion bei RisikopatientInnen, Zusatznahrung bei Mangelernährung, 2-stündliche Lagerung, sowie Lagerungshilfsmittel bei Dekubitusrisiko.

Die teilnehmenden Einrichtungen hielten sich an 41% der 15 Empfehlungen, sowie an 50% der sechs „key criteria“ (Saliba et al 2003).

Ähnlich wie bei Saliba et al. (2003) hatte auch die Studie von Abel et al. (2005) das Ziel die Einhaltung von 12 Empfehlungen der AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) Dekubituspräventions Guideline in 20 Pflegeheimen in den USA zu untersuchen. Die AHRQ gehört zum US Department of Health and Human Service US-amerikanischen Regierung. Ihr Auftrag, die Qualität, Sicherheit, Effektivität sowie die Effizienz amerikanischer Gesundheitsdienstleistungen sicher zu stellen (Agency of Healthcare Research and Quality, 2011). In der pre/post Design Studie wurde die Einhaltung der Guidelineempfehlungen vor und nach einem Interventionsprogramm untersucht. Das Interventionsprogramm sollte die teilnehmende Einrichtung dabei unterstützen die Guideline zu implementieren. Bei acht der zwölf Indikatoren, die vorwiegend die Bereiche Assessment und Dokumentation betrafen, konnten signifikante Verbesserungen nach der Intervention festgestellt werden. Ebenfalls wurde die Inzidenzrate von Dekubitalgeschwüren berechnet und in Zusammenhang mit der Einhaltung der Guidelineempfehlungen gesetzt. Dabei wurden niedrigere Dekubitusinzidenzen bei Einrichtungen, die sich in höherem Maße an die Empfehlungen hielten, festgestellt; diese waren jedoch nicht statistisch signifikant (Abel et al. 2005).

Wipke-Tevis et al. (2004) untersuchten im Jahr 1999 362 Einrichtungen im Langzeitpflegebereich hinsichtlich der Verwendung von Guidelines, Dokumentation, sowie den Einsatz von Wundspezialisten bezüglich Dekubitalulzera. 66,8% der Einrichtungen hielten sich an Guidelines für Dekubitusbehandlung und –prävention, 64,9% der Einrichtungen orientierten sich an individuellen Behandlungsplänen, 51,7% an Arztanordnungen und 43,4% an Anordnungen von Pflegekräften. 12,7% der Einrichtungen verwenden die Dekubitusguideline der AHRQ.

In einer Studie von Tannen et al. (2009), in der die unterschiedlichen Dekubitusprävalenzen zwischen den Niederlanden und Deutschland anhand persönlicher Risikofaktoren sowie Qualitätsindikatoren analysiert wurden, zeigte sich, dass diese beiden Faktoren zwar nicht ursächlich für die unterschiedlichen Dekubitusprävalenzen verantwortlich sind, es dennoch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Ländern gibt. 80% der niederländischen sowie 94,4% der deutschen Pflegeheime verwendeten Protokolle zur Dekubitusprävention. Eine geringere Anzahl an Pflegeheimen wandten Protokolle zur Dekubitusbehandlung an. Es zeigte sich dass 75,6% der niederländischen und 74,4% der

deutschen Pflegeheime Guidelines implementiert hatten. 81,1% der niederländischen sowie 89,7% der deutschen Pflegeheime überwachten die Einhaltung der Protokolle. In den Bereichen Prävention und Überwachung verwendeten in beiden Ländern über 90% der Krankenhäuser Protokolle. Bei der Behandlung von Dekubitalulzera verwendeten 94,2% der niederländische Krankenhäuser Protokolle im Gegensatz zu deutschen Krankenhäusern, wo dies in 67,6% der Einrichtungen der Fall war (Tannen et al. 2009).

Bei Daten aus der deutschen Prävalenzerhebung 2002 hatten 8 von 12 Pflegeheimen sowie 18 von 28 Krankenhäusern Guidelines für Dekubitus in Verwendung. Es sei jedoch angemerkt, dass in dieser Untersuchung lediglich Pflegeheime mit mehr als 50 Betten sowie Krankenhäuser mit mehr als 100 Betten berücksichtigt wurden (Wilborn, Halfens & Dassen 2006).

In einer retrospektiven Datenanalyse der niederländischen Prävalenzerhebung von 2001 bis 2008 über die teilnehmenden Krankenhäuser wurde festgestellt, dass 97,8% der 233 teilnehmenden Einrichtungen Guidelines zur Dekubitusprävention, 93,9% zur Behandlung von Dekubitus verwendeten sowie 98,7% der Krankenhäuser die Guidelines aktualisierten (Amir, Meijers & Halfens et al. 2011).

Wilborn et al. (2010) untersuchten in einer Querschnittstudie 102 deutsche Krankenhäuser und Pflegeheime hinsichtlich der Anlehnung ihrer Protokolle/Standards an den „Expertenstandard“, und ob diese eine geringere Dekubitusprävalenz aufweisen. 41,5% der Krankenhäuser und 38,8% der Pflegeheime gaben an, den nationalen Expertenstandard als Basis für die Entwicklung von Protokollen/Richtlinien zu nehmen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass diese Einrichtungen Protokolle/Richtlinien verwenden. In dieser Untersuchung konnte jedoch kein empirischer Nachweis gefunden werden, dass diese Einrichtungen geringere Dekubitusprävalenzen aufweisen (Wilborn et al. 2010).

In einer Querschnittstudie von Lahmann, Halfens & Dassen (2010) wurden Daten von deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen über vier Jahre analysiert. Der Fokus war der Einfluss von Strukturen und Prozessen auf die Dekubitusprävalenz. Es konnte festgestellt werden, dass die Häufigkeit der Verwendung von Guidelines anstieg. Durchschnittlich verwendeten 71,5% der teilnehmenden Pflegeheime sowie 86,7% der Krankenhäuser Guidelines. Bei Pflegeheimen, die regelmäßig an der Befragung teilnahmen, war bei der ersten Erhebung zu 60% die Implementierung von Guidelines zu beobachten und bei der dritten Erhebung einen Anstieg auf 100% (die Erhebung wurde einmal jährlich durchgeführt). Bei den Krankenhäusern zeigten sich ähnliche Zahlen, so hatten bei der ersten Erhebung 71,9% der teilnehmenden Krankenhäuser Guidelines in Verwendung im Gegensatz zu 92%

bei der dritten Erhebung. Die Veränderungen diesbezüglich waren statistisch signifikant. Ebenso trat bei Einrichtungen, die regelmäßig an der Erhebung teilnahmen, eine reduzierte Inzidenzrate von Dekubitalulzera auf (Lahmann, Halfens & Dassen 2010).

Auch bei einer Untersuchung in einem niederländischen Krankenhaus (900 Betten) zeigte sich eine reduzierte Dekubitusinzidenz nach der Implementierung einer Guideline (Reduktion von 18% auf 13% nach vier Monaten und weiter auf 11% nach elf Monaten). Jedoch konnte nicht eindeutig festgestellt werden, ob es nur an der Implementierung der Guideline lag, da parallel eine spezielle Antidekubitusmatratze eingeführt wurde, und die erhöhte Aufmerksamkeit für die Problematik und damit eine Veränderung in der Behandlung, wie vermehrte Lagerung oder Mobilisation, ebenfalls einen Einfluss auf die Entstehung von Dekubitalulzera haben können (De Laat 2006).

In einem Review von Wagner et al wurde in fünf Studien die Implementierung von Guidelines untersucht, davon in zweien in Bezug auf die Dekubitusprävalenz. So konnte im pre-Test/post-Test Design gezeigt werden, dass nach der Implementierung von Dekubitusguidelines eine geringere Dekubitusprävalenz auftrat. In einer Studie wurde mit der Gesamtprävalenz der US-amerikanischen Pflegeheime verglichen, die bei 23% liegt im Gegensatz zu 3,1% in der untersuchten Einrichtung. In einer Studie -ebenfalls mit pre-Test/post-Test Design wurde vor der Implementierung eine Prävalenz von 21% angegeben, die sich nach der Implementierung auf 2% verringerte (Wagner et al. 2001).

Protokolle/Richtlinien bei Inkontinenz

In einer Pilotstudie bezüglich der Verwendung von Guidelines bei Inkontinenz von 34 amerikanischen Pflegeheimen aus dem Jahre 2008 wurde festgestellt, dass 65% (22/34) der teilnehmenden Einrichtungen Guidelines implementiert hatten (Lawhorne, Ouslander & Parmelee 2008).

Initiales Ziel einer englischen Pilotstudie war es, Indikatoren zu finden, die die Qualität der Versorgung von PatientInnen mit Inkontinenz messen, sowie die Unterschiede der Versorgung zu beschreiben. 13 Krankenhäuser sowie zehn Pflegeheime nahmen an der Studie teil.

„Written policies for the management of incontinence“ fanden sich in zehn von elf Pflegeheimen, sowie in zwei von den 13 teilnehmenden Krankenhäusern (Wagg et al. 2004).

In der nachfolgenden Untersuchung zu dieser Pilotstudie, bei der 195 Krankenhäuser sowie 27 Pflegeheime in England, Wales und Nordirland teilnahmen, hatten 32% der

Krankenhäuser eine „written policy“. Zu den Pflegeheimen waren keine Ergebnisse angegeben (Wagg et al. 2008).

Protokolle/Richtlinien bei Mangelernährung

Meijers et al. (2009) untersuchten Qualitätsindikatoren bezüglich Mangelernährung als Teil der niederländischen Prävalenzerhebung im Jahr 2007. Es nahmen 50 Krankenhäuser und 90 Pflegeheime an der Studie teil. Es konnte festgestellt werden, dass auf Institutionsebene insgesamt weniger als 60% der Einrichtungen Guidelines verwenden, jedoch in den Pflegeheimen öfters Guidelines verwendet wurden als in Krankenhäusern. Ebenso wurde die Einhaltung von Guidelines in Pflegeheimen häufiger überwacht als dies in den Krankenhäusern der Fall war (Meijers et al. 2009).

In einer landesweiten Querschnittstudie in Belgien, in der die Verwendung von Guidelines bei Mangelernährung auf 140 Stationen von Krankenhäusern erhoben wurde, hatten lediglich 19 von 140 Stationen (13,6%) eine Guideline zur Verfügung (Vanderwee et al. 2010).

Van Nie-Visser et al. (2011) verglichen die Qualitätsindikatoren in Pflegeheimen bezüglich Mangelernährung zwischen der niederländischen (2008) und deutschen (2009) Prävalenzerhebung. Über 80% der niederländischen und etwas weniger als 80% der deutschen Pflegeheime verwendeten Protokolle/Guidelines zur Prävention und Behandlung. Nahezu 80% der niederländischen sowie weniger als 70% der deutschen Einrichtungen überwachten die Einhaltung der Protokolle/Guidelines (van Nie-Visser et al. 2011).

Protokolle/Richtlinien bei Stürzen

Die Resultate der deutschen Prävalenzerhebung im Jahr 2004 zeigen, dass eines der 24 Krankenhäuser sowie zehn der 29 Pflegeheime Guidelines zur Sturzprävention implementiert hatten (Heinze, Halfens & Dassen 2007). Diese Zahl erhöhte sich 2006 auf elf von 28 Krankenhäusern (Raeder et al. 2010).

2.2.2 ExpertInnen/Fort- und Weiterbildung

In den drei Bereichen „staff mix“, „PflegeexpertInnen“ und „Fort- und Weiterbildung“ geht es um die Personalzusammensetzung und Ausbildung des Personals, welche häufig verwendete Strukturindikatoren für Pflegequalität sind. Untersucht wurde diesbezüglich die Personalzusammenstellung eines Teams in Bezug auf die Ausbildung, aber auch die Anzahl

von Pflegekräften beziehungsweise deren Auswirkung auf die Pflegequalität. Für die vorliegende Arbeit wurden ausschließlich Untersuchungen herangezogen, in denen es um die Personalzusammensetzung in Bezug auf die Ausbildung ging, da mit diesen Studien eine annähernde Vergleichbarkeit mit den QI der Prävalenzerhebung (Fort- und Weiterbildung, PflegeexpertInnen) gegeben ist.

Staff mix

Die Studie von Kim, Harrington & Greene (2009) war in den USA eine der ersten Untersuchungen, die einen Zusammenhang zwischen „nursing staff mix“ und Pflegequalität aufzeigen wollte. In der Untersuchung wurden Paneldaten von kalifornischen Pflegeheimen über fünf Jahre ausgewertet. Als Personalindikatoren wurden die Rate von ausgebildetem Pflegepersonal gegenüber dem gesamten Personal, sowie gut ausgebildetes Personal (RN, registered nurse) gegenüber weniger gut ausgebildetem Personal im Zusammenhang mit Pflegequalität verglichen. Als Indikatoren für die Pflegequalität wurden so genannte „totale Mängel“ und „schwere Mängel“ verwendet. Die Mängel betreffen Bereiche wie Behandlungsfehler, Assessment, Sicherheit, Ernährung, Medikamente sowie PatientInnen-Rechte. Die Mängel wurden klassifiziert und je nach Anzahl wurden die Einrichtungen zugeordnet. Die Resultate beinhalten, dass ein größerer Anteil an RN einen positiven Einfluss auf die Pflegequalität hat, der Zusammenhang ist jedoch nicht linear, was in diesem Fall bedeutet, dass die Pflegequalität sowohl vom „nursing staff mix“ als auch von der Gesamtanzahl des zur Verfügung stehen Personals beeinflusst wird (Kim, Harrington & Greene 2009).

Hart & Davis (2011) untersuchten, inwieweit Indikatoren bezüglich Personal (Ausbildung, Anzahl an Pflegepersonal) die Outcomes (Anzahl an Notfällen, Häufigkeiten von Fixierungen, Stürze, Verletzung nach Stürzen, Entstehung von Dekubitalulzera während eines Krankenhausaufenthalts sowie Fehler bei der Medikation) beeinflussen. Es wurden 26 Stationen in Akutkrankenhäusern untersucht. Die Stationen wurden nach Funktion aufgeteilt (Intensivstationen, Stationen mit Überwachungseinheiten und medizinische und chirurgische Normalstationen). Je mehr Personal von Leihfirmen gestellt wurde, desto höher war die Dekubitusrate auf medizinischen und chirurgischen Normalstationen. Je höher die Pflegestunden pro Tag auf Normalstationen und Überwachungseinheiten war, desto niedriger war die Dekubitusrate. Je mehr ausgebildetes Personal (licenced practice nurse, LPN) auf den Stationen war, desto weniger wurde fixiert. Wurden vermehrt Hilfskräfte auf den Stationen eingesetzt, so wurden auch häufiger Fixierungen angewendet (Hart & Davis. 2011).

Ähnliche Ergebnisse wurden in einem Review, dessen Ziel es war den Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsgrad von Pflegekräften und PatientInnensicherheit aufzuzeigen, dargestellt. Der Faktor PatientInnensicherheit wurde anhand Outcomekriterien wie Mortalität, Pneumonien, postoperative Infektionen und Inzidenzen von Dekubitalulzera gemessen. „Skill mix“ wurde als die Anzahl von RNs proportional zu nicht ausgebildeten Pflegekräften definiert. Insgesamt wurden fünf Studien bezüglich dieser Thematik in den Review eingeschlossen. So zeigten drei Studien eine inverse Korrelation zwischen einem höherem „skill mix“ und dem Auftreten von Dekubitalulzera. Das bedeutet, je größer die Anzahl an besser ausgebildeten Pflegekräften in einer Einrichtung war, umso seltener gab es Dekubitalulzera. In einer der Studien konnte keine Korrelation erkannt werden, während in einer Studie eine signifikante Reduktion von Dekubitusinzidenzen gezeigt werden konnte, wobei sie statistische Schwächen aufweist, weil einige Einflussgrößen nicht berücksichtigt wurden (Ridley 2008).

Es gibt auch eine deutsche Studie, die sich mit dem Einfluss der Höhe des Fachkräfteanteils auf die Dekubitusinzidenz in stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt. Dort konnte jedoch kein Zusammenhang gezeigt werden (Popp et al. 2006).

PflegeexpertInnen

Während in den angloamerikanischen Ländern eher der skill mix und dessen Einfluss auf die Pflegequalität untersucht wird, beschränken sich die Untersuchungen in den europäischen Ländern eher auf den Einfluss von PflegeexpertInnen auf die Pflegequalität. So wird beispielsweise untersucht, wie häufig PflegeexpertInnen in Einrichtungen eingesetzt werden, sowie deren Einfluss auf spezifische Outcomes.

Wipke-Tevis et al. (2004) beschrieben, dass in 62,9% der 321 Pflegeheime in Missouri (USA) Pflegeexperten für Wund- und Hautpflege eingesetzt werden. Tannen et al. (2009) verglichen die Häufigkeit von „expert groups“ beim Pflegephänomen Dekubitus zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen in den Niederlanden und Deutschland. In den Pflegeheimen gab es in den Niederlanden in 93,3% und in Deutschland in 12,8% der Einrichtungen „expert groups“ für Dekubitus. In niederländischen Krankenhäusern hatten 92,4% eine „expert group“, bei den deutschen Einrichtungen 70,3%. Die retrospektive Datenanalyse der niederländischen Prävalenzerhebung (2005-2008) ergab, dass 88,9% der Krankenhäuser (n=414) PflegexpertInnen für Dekubitus auf Einrichtungsebene beschäftigen. Auf Stationsebene hatten alle Krankenhäuser ein „pressure ulcer comittee“ (Amir, Meijers & Halfens 2011). In einer Pilotstudie von Wagg et al. (2004), in der Strukturqualitätsindikatoren

untersucht wurden, konnte festgestellt werden, dass in acht von 13 Krankenhäusern sowie in zehn von elf Pflegeheimen PflegeexpertInnen für Inkontinenz beschäftigt sind (Wagg et al. 2004).

Weitere Zahlen über ExpertInnen beziehungsweise ExpertInnenteams stehen im Bereich der Mangelernährung zur Verfügung. Bei der Studie von Meijers et al. (2009) konnte festgestellt werden, dass die Krankenhäuser (n=50) signifikant mehr multidisziplinäre „nutritional support teams“ hatten als Pflegeheime (n=90) (Meijers et al. 2009). In einer landesweiten Querschnittstudie in Belgien, zeigte sich, dass von 140 Stationen 68 (48,6%) ein nutritional support team zur Verfügung haben (Vanderwee et al. 2010). Ebenso im Bereich Mangelernährung konnte beim Vergleich zwischen niederländischen und deutschen Pflegeheimen ein statistisch signifikanter Unterschied gezeigt werden. So steht in mehr als 50% der niederländischen und weniger als 40% der deutschen Pflegeheime ein Beratungsteam zur Verfügung. Noch größer war der Unterschied bei DiätassistentInnen, diese gibt es in über 90% der niederländischen, jedoch in weniger als 50% der deutschen Pflegeheime (Van Nie-Visser 2011). In einer deutschen Pilotstudie über Pflegequalitätsindikatoren zu Mangelernährung in 34 Pflegeheimen zeigte sich, dass es in 14,9% der Heime eine/n PflegeexpertIn gibt (Bartholomeyzik 2010).

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

In einer niederländischen Studie wurde im Rahmen der Evaluierung eines Qualitätsmanagementsystems in 65 Pflegeheimen untersucht, in wieweit Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen einen Einfluss auf so genannte „adverse outcomes“ haben. „Adverse outcomes“ bezeichnen unbeabsichtigte oder „schlechte“ Ergebnisse, wie Mortalität, Inkontinenz, Dekubitalulzera und dergleichen und werden in anderer Literatur auch als „adverse events“ bezeichnet (Copnell 2009). 37% der teilnehmenden Einrichtungen hatten im Rahmen der Implementation des Qualitätsmanagementsystems Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen angeboten. Bei der Evaluierung wurde auch der Effekt der einzelnen Maßnahmen auf das Outcome überprüft. Die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zeigten keinen Einfluss auf die Outcomes. (Wagner et. al 2006).

In einer ähnlichen Studie in den USA, in der ebenfalls qualitätsverbessernde Maßnahmen in 52 Pflegeheimen evaluiert wurden, fanden sich signifikante Ergebnisse hinsichtlich Dekubitusinzidenzen. Die Maßnahmen bestanden aus so genannten „learning sessions“, die darauf abzielten, die Pflegekräfte hinsichtlich Dekubitusprävention und -behandlung weiterzubilden. Die Inhalte der Fortbildung leiteten sich aus Guidelines ab. Die

Anzahl der Dekubitalulzera des Stadiums drei und vier nahm innerhalb der ersten drei Monate nach den Maßnahmen von 0,31 (Median) pro hundert auf 0 (Median) pro hundert ab. Ebenso fiel die Inzidenz von Dekubitalulzera des Stadiums zwei bis vier von 3,2 auf 2,3 (Median) pro hundert Betten. Jedoch konnte keine Reduktion der Heilungsdauer gezeigt werden (Lynn et al. 2007).

Im Review von Wagner et. al (2001) wurde in vier von 21 Studien die Implementierung spezifischer Fort- und Weiterbildung untersucht. Die Studie mit pre-Test/post Test Design, welche die Prävalenz von Inkontinenz nach einer Schulung des Personals untersuchte, zeigte, dass sich die Prävalenz von Inkontinenz von 43% auf 21% reduzierte (Wagner et. al 2001).

Kwong et al. zeigten in einer Studie in einem Pflegeheim in Hong Kong, dass sowohl die Prävalenzrate (von 9% auf 2,5%) als auch die Inzidenzrate (von 2,5% auf 0,8%) von Dekubitalulzera nach spezifischen Fortbildungsmaßnahmen und Implementierung einer Guideline gesenkt werden konnte (Kwong et al. 2011).

Nur wenige Studien sind in der Fachliteratur zu finden, die die Häufigkeiten von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen untersuchen. Tannen et al. (2009) untersuchte die Häufigkeit von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bezüglich des Pflegephänomens Dekubitus. 63,3% der niederländischen und 94,9% der deutschen Pflegeheime regelmäßige Weiterbildungen an. Bei den Krankenhäusern sind die Zahlen ähnlich, in 78,8% der niederländischen sowie 91,9% der deutschen Einrichtungen gab es Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (Tannen et al. 2009). Ebenso wurde die Häufigkeiten von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Dekubitus bei Amir, Meijers & Halfens (2011) in einer retrospektiven Datenanalyse über acht Jahre der niederländischen Prävalenzerhebungen untersucht. Die teilnehmenden Krankenhäuser boten zu 87,9% (n=233) regelmäßig Fortbildungen zum Thema Dekubitus an (Amir, Meijers & Halfens 2011).

Bei Wagg et al. (2004) wurden in allen elf teilnehmenden Pflegeheimen sowie in sechs von 13 Krankenhäusern Fort- und Weiterbildungsprogramme für Kontinenz angeboten (Wagg et al. 2004). In der niederländischen Studie von Meijers et al. (2009) über QI bei Mangelernährung zeigte sich, dass Hälfte aller teilnehmenden Einrichtungen (Krankenhäuser und Pflegeheime) in den letzten zwei Jahren Fort- und Weiterbildungen zu Mangelernährung angeboten haben, wobei es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Krankenhäusern (n=50) und Pflegeheimen (n=90) gab (Meijers et al. 2009).

Van Nie-Visser et al. (2011), die Daten von 2008 (NL) beziehungsweise 2009 (D) publizierten, zeigten, dass in etwas mehr als 50% der niederländischen Pflegeheime und in

über 80% der deutschen Pflegeheimen zwei-jährliche Fortbildungen zum Thema Mangelernährung angeboten werden (van Nie-Visser et al. 2011).

2.2.3 Informationsbroschüren

In der oben bereits erwähnten Studie von Saliba et al. (2003), wurde festgestellt, dass nur in 1% der teilnehmenden Einrichtungen die Empfehlung einer Guideline, Informationsmaterial an PatientInnen und oder Angehörige bezüglich Dekubitalulzera weiterzugeben, befolgt wurde (Saliba et al. 2003). In 33,3% der niederländischen und in 10,3% der deutschen Pflegeheime stehen Informationsbroschüren zu Dekubitalulzera zur Verfügung. In 86,4% der niederländischen Krankenhäuser werden Informationsbroschüren zu Dekubitalulzera angeboten, dies ist jedoch nur in 8,1% der deutschen Einrichtungen der Fall (Tannen et al. 2009).

93,9% der niederländischen Krankenhäuser (n=233), die bei den Prävalenzerhebungen zwischen 2005 und 2008 teilgenommen hatten, stellen Informationsbroschüren zu Dekubitalulzera bereit (Amir, Meijers & Halfens et al. 2011).

Bei Informationsbroschüren bezüglich Mangelernährung sind die Zahlen ähnlich gering. Bei van Nie-Visser et al. (2011) zeigte sich, dass nur in etwas mehr als zehn Prozent der niederländischen und deutschen Pflegeheime Informationsbroschüren zum Thema Mangelernährung zur Verfügung stehen.

Bartholomeyzik et al. (2010) erhielten ähnliche Zahlen, denn Informationsbroschüren zum Thema Mangelernährung standen in 8,7% der 34 teilnehmenden Pflegeheime zur Verfügung (Bartholomeyzik et al. 2010).

2.2.4 Dokumentation

Dokumentation wird als ein Teil von Qualitätssicherungsmaßnahmen gesehen. So ist die Dokumentation häufig ein Untersuchungsgegenstand, wenn es darum geht Qualitätssicherungsmaßnahmen in Bezug auf spezifische Pflegeprobleme wie Dekubitus oder Mangelernährung zu untersuchen.

Wipke-Tevis et al. (2004) stellten fest, dass nahezu alle untersuchten Einrichtungen (n=321) Dekubituswunden dokumentierten. So dokumentierten alle teilnehmenden Einrichtungen Länge, Breite und Lokalisierung der Wunde, 98,9% die Tiefe, 98,9% den Geruch, 95,6% nekrotische Veränderungen, 92,5% das umgebende Hautgebiet und 92% die Farbe (Wipke-Tevis et al. 2004).

Bei Amir, Meijers & Halfens (2011) gaben 86,3% der teilnehmenden Stationen (n=2484) an, sowohl die Dekubitusprävention als auch die Behandlung zu dokumentieren.

Bei einer Evaluierung nach der Implementation eines Qualitätsmanagementsystems stellten Lynn et al. (2007) fest, dass die wöchentliche Dokumentation des Heilungsverlaufes von Dekubitalulzera nach der Implementierung von 45% auf 67% anstieg (Lynn et al. 2007).

In einer Pilotstudie in 34 deutschen Pflegeheimen wurden die Qualitätsindikatoren bei Mangelernährung überprüft. Auf Wohnbereichsebene wurden folgenden Häufigkeiten festgestellt: Alle Heime dokumentierten das Risiko einer Mangelernährung, 99,1% erfassten Gewicht, Körpergröße sowie Ernährungszustand und 85% überwachen Richtlinien (Bartholomeyzik et al. 2010).

2.3 *Fazit der Literaturrecherche*

Ein häufiger Untersuchungsgegenstand war die Verwendung von Guidelines bei Dekubitusprävention- und Behandlung. Die Literaturrecherche zeigte, dass Einrichtungen zwischen 40% bis 100% Guidelines verwenden und die Dekubitusinzidenzen bei Nutzung einer Guideline reduziert werden können (Wagner et al. 2001, Saliba et al. 2003, Wipke-Tevis et al. 2004, Abel et al. 2005, Wilborn, Halfens & Dassen 2006, de Laat 2006, Tannen et al. 2009, Wilborn et al. 2010, Lahmann, Halfens & Dassen 2010, Amir, Meijers & Halfens 2011). Ähnliche Zahlen ergaben sich bei der Verwendung von Guidelines in Bezug auf Inkontinenz und Mangelernährung. Die Spanne reichte von 15% (Wagg et al. 2004) bis zu 80% (Lawhorne, Ouslander & Parmelee 2008, Wagg et al. 2008, Vanderwee et al. 2010, van Nie-Visser et al. 2011, Meijers et al. 2009).

Bezüglich des Strukturindikatoren PflegeexpertInnen sowie Fort- und Weiterbildung ergab sich, dass „staff skill mix“ nicht immer einen Einfluss auf Outcomes hat. Ridley (2008) sowie Hart & Davis (2011) konnten einen Einfluss auf Dekubitusrate und Fixierungen nachweisen, jedoch bei Kim, Harrington & Green (2009), sowie bei Popp (2009) konnte kein eindeutiger Einfluss festgestellt werden. Bei den PflegeexpertInnen beziehungsweise ExpertInnenteams gab es sehr unterschiedliche Ergebnisse zwischen 12% und 93% (Wipke-Tevis et al. 2004, Wagg et al. 2004, Tannen et al. 2009, Meijers et al. 2009, Vanderwee et al. 2010, Amir, Meijers & Halfens 2011).

Bei den Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurde sowohl der Einfluss auf Outcomes - wie Dekubitusprävalenz- und -inzidenzraten untersucht als auch, wie viele Einrichtungen Fort- und Weiterbildungen angeboten haben. Dabei kamen ein Großteil der Studien zu dem Ergebnis, dass sich sowohl die Dekubitusprävalenz als auch die Inzidenzraten

nach Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen reduzierten (Wagner et al. 2001, Lynn et al. 2007, Kowng et al. 2011). Ein regelmäßiges Angebot an Fortbildungen bezüglich spezifischer Pflegeprobleme, wie Dekubitus oder Mangelernährung, gab es in 50% bis über 80% der Einrichtungen.

Im Bereich der Indikatoren für Dokumentation ergab sich überwiegend, dass in über 80% der Einrichtungen Dekubitus und Mangelernährung dokumentiert wird (Wipke-Tevis et al. 2004, Bartholomeyczik et al. 2010, Amir, Meijers & Halfens 2011).

Der Anteil der niederländischen Einrichtungen, die Informationsbroschüren für PatientInnen und Angehörige zur Verfügung stellen, liegt bei über 90%, während hingegen nur weniger als 10% der untersuchten deutschen und US amerikanischen Einrichtungen dies tun (Saliba 2003 et al., Tannen et al., 2009, Bartholomeyczik et al. 2010, Amir, Meijers & Halfens 2011, van Nie-Visser 2011)

An der Anzahl der Studien zu spezifischen Themen hat sich gezeigt, dass, wenn es darum geht, Pflegequalitätsindikatoren zur Struktur- und Prozessqualität zu untersuchen, sich derartige Untersuchungen vorwiegend auf die Verwendung von Guidelines sowie den Einfluss des Ausbildungsstatus des Personals auf die Pflegequalität beziehen. Eine geringere Anzahl an Untersuchungen gibt es zu Qualitätsindikatoren wie Dokumentation oder Informationsmaterial. Bezüglich des Qualitätsindikators „standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung“ konnte keine Studie gefunden werden, die den Vergleich mit dem in der Prävalenzerhebung verwendeten Indikator ermöglicht.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass sich in US-amerikanischen Ländern sowie in einigen Ländern Europas Messungen der Pflegequalität insbesondere Prävalenzerhebungen als Instrument der Qualitätssicherung etabliert haben. Für Österreich besteht an dieser Stelle noch Aufholbedarf, deswegen ist es von besonderer Relevanz, dass auch hierzulande systematisch Zahlen, die die Pflegequalität betreffen, erhoben werden. Die jährlich durchgeführte Europäische Prävalenzerhebung ist eine Möglichkeit dies zu tun.

3 Zielsetzung und Forschungsfrage

Ziel dieser Arbeit ist, anhand der Daten der Europäischen Pflegequalitätserhebung 2010 Aussagen über den Einsatz von qualitätssichernden Maßnahmen in den teilnehmenden Einrichtungen zu treffen. Es soll quantifiziert werden, wie häufig die teilnehmenden Einrichtungen Qualitätsindikatoren für Strukturqualität und Prozessqualität verwenden. Weiters soll die Arbeit Aufschluss darüber geben, ob sich Krankenhäuser und Pflegeheime hinsichtlich der Verwendung von Qualitätsindikatoren unterscheiden. Eine weitere Zielsetzung besteht darin, eventuell vorhandene Unterschiede in der Häufigkeit der Verwendung zwischen Institutions- und Stationsebene aufzuzeigen.

Forschungsfragen

- 1) Häufigkeiten der Verwendung von Qualitätsindikatoren in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen
- 2) Unterschiede in den Häufigkeiten der Verwendung von Qualitätsindikatoren zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen
- 3) Unterschiede in den Häufigkeiten der Verwendung von Qualitätsindikatoren zwischen Einrichtungs- und Stationsebene

4 Methode

Die Daten für die vorliegende Arbeit wurden im April 2010 in Österreich im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung (LPZ) erhoben. Die landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten wurde ursprünglich in den Niederlanden initiiert und dort bereits 1998 erstmalig durchgeführt. In Österreich wurde die Erhebung in einer Pilotstudie 2008 getestet und 2009 erstmalig durchgeführt (Universität Maastricht 2010).

4.1 Studiendesign

Bei der Europäischen Pflegequalitätserhebung handelt es sich um eine multizentrische Querschnittstudie.

4.2 Stichprobe

Die Daten von 36 freiwillig teilnehmenden Einrichtungen mit 256 Stationen wurden bei der Europäischen Pflegequalitätserhebung (Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten) (LPZ) im April 2010 an einem Tag in Österreich erhoben und ausgewertet. Die teilnehmenden Einrichtungen umfassten 18 Krankenhäuser und 18 Pflegeheime.

4.3 Erhebungsinstrument

Das Erhebungsinstrument ist ein von der Universität Maastricht (in Abstimmung mit einer internationalen Forschungsgruppe) für die Europäische Pflegequalitätserhebung entwickelte Erhebungsbogen (siehe Anhang). Dieser gliedert sich in drei Teile, um Daten auf Institutionsebene, Stationsebene sowie Patienten-bezogen zu erheben. Die Teile eins und zwei des Erhebungsbogens (Daten auf Institutions- und Stationsebene) erheben ausschließlich Qualitätsindikatoren bezüglich Struktur- und Prozessqualität. Im Erhebungsinstrument ist für jedes Pflegephänomen ein eigenes Modul vorgesehen. Dies gilt sowohl für die Qualitätsindikatoren bezüglich Struktur- und Prozessqualität, die auf Institutions- und Stationsebene erhoben werden, als auch für den Personen-bezogenen Teil. Für Österreich stehen derzeit die Module, Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo sowie Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Verfügung. In der vorliegenden Arbeit wurden ausschließlich Daten aus den Teilen eins und zwei des Erhebungsbogens verwendet, da für die Beantwortung der Forschungsfragen keine personenbezogenen Daten notwendig sind.

4.4 *Ethische Aspekte*

Die Durchführung der Europäischen Pflegequalitätserhebung wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz genehmigt. Von allen teilnehmenden Personen wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Für Personen, die nicht in der Lage waren, diese selbst zu unterschreiben, wurde die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters eingeholt. Die personenbezogenen Daten wurden anonymisiert.

4.5 *Datenerhebung*

Die Datenerhebung fand im April 2010 im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung (LPZ) in 36 österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen statt. Im Vorhinein mussten die teilnehmenden Krankenhäuser und Pflegeheime eine/n KoordinatorIn für die Erhebung bestimmen. Die/der KoordinatorIn war für die Koordination der Erhebung in der jeweiligen Einrichtung tätig. Sie/er stellte auch das Team zusammen, welches die Erhebung durchführte. Das Team setzte sich aus qualifiziertem Pflegepersonal zusammen, die Größe des Teams war abhängig von der Größe der Einrichtung. Die KoordinatorInnen nahmen zeitnah vor der Erhebung an einer Einführungsveranstaltung teil, in der alle Aspekte der Pflegequalitätserhebung erläutert wurden. Ebenso standen alle notwendigen Unterlagen online zum Download zur Verfügung. Zusätzlich war am Erhebungstag eine „Hotline“ eingerichtet, mittels der telefonisch vom Institut für Pflegewissenschaft Fragen beantwortet wurden.

In den Teilen eins und zwei des insgesamt dreiteiligen Fragebogens wurden insgesamt 50 Qualitätsindikatoren zur Struktur- und Prozessqualität auf Institutions- und Stationsebene erhoben (siehe Tab.2). Die Qualitätsindikatoren wurden jeweils in den Modulen Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen erhoben.

Tab. 2: Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren Institutionsebene	Qualitätsindikatoren Stationsebene
Guidelines/Protokolle/ Richtlinien	Guidelines/Protokolle/ Richtlinien
Pflegeexperten	PflegeexpertInnen
Fort- und Weiterbildung	
Informationsbroschüre	Informationsbroschüre
standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung	standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung
Zentrale Erfassung/Dokumentation	Dokumentation
Materialverfügbarkeit/ Verwaltung	Fallbesprechungen
	Materialverfügbarkeit

4.6 Datenanalyse

Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv mit dem Statistical Packages for Social Science (SPSS) für Windows Version 19 (IBM). Es wurden relative und absolute Häufigkeiten berechnet. Um signifikante Unterschiede zwischen den Häufigkeiten zu zeigen, wurden statistische Tests durchgeführt. So fern die Voraussetzungen erfüllt waren, wurde der Chi-Quadrat Test durchgeführt. Wurden die Voraussetzungen nicht erfüllt, das bedeutet dass die einzelnen Häufigkeiten kleiner fünf sind, wurde der Fishers exakter Test verwendet.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung gliedert sich, zur Beantwortung der Forschungsfragen in drei Teile. Im ersten Teil werden die Ergebnisse über alle Einrichtungen (Krankenhäusern und Pflegeheime) dargestellt. Im zweiten Teil werden die Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen dargestellt und im dritten Teil werden die Resultate zwischen Institutionsebene und Stationsebene verglichen.

5.1 Häufigkeiten der Qualitätsindikatoren allgemein

Diese Forschungsfrage wurde mittels einer deskriptiven Datenanalyse über alle Einrichtungen erhoben. Vorrangig wurden die Daten von der Institutionsebene ausgewertet, sofern die Qualitätsindikatoren auf Institutions- und Stationsebene erhoben wurden.

5.1.1 Protokolle/Richtlinien

In den Bereichen freiheitsentziehende Maßnahmen, Sturzprävention und Dekubitusprävention werden am häufigsten Protokollen/Richtlinien verwendet. So gaben 29 der 36 teilnehmenden Einrichtungen in den Bereichen freiheitsentziehende Maßnahmen und Sturzprävention das Vorhandensein von Protokollen/Richtlinien an. Vierundzwanzig teilnehmende Einrichtungen gaben an, bei der Dekubitusprävention nach Protokollen/Richtlinien vorzugehen, sowie 19 bei der Dekubitusbehandlung. Im Bereich Mangelernährung waren es 16 Einrichtungen, im Bereich Inkontinenzbehandlung zehn und bei Intertrigo acht, die sich an Protokolle/Richtlinien orientierten (siehe Abb. 6).

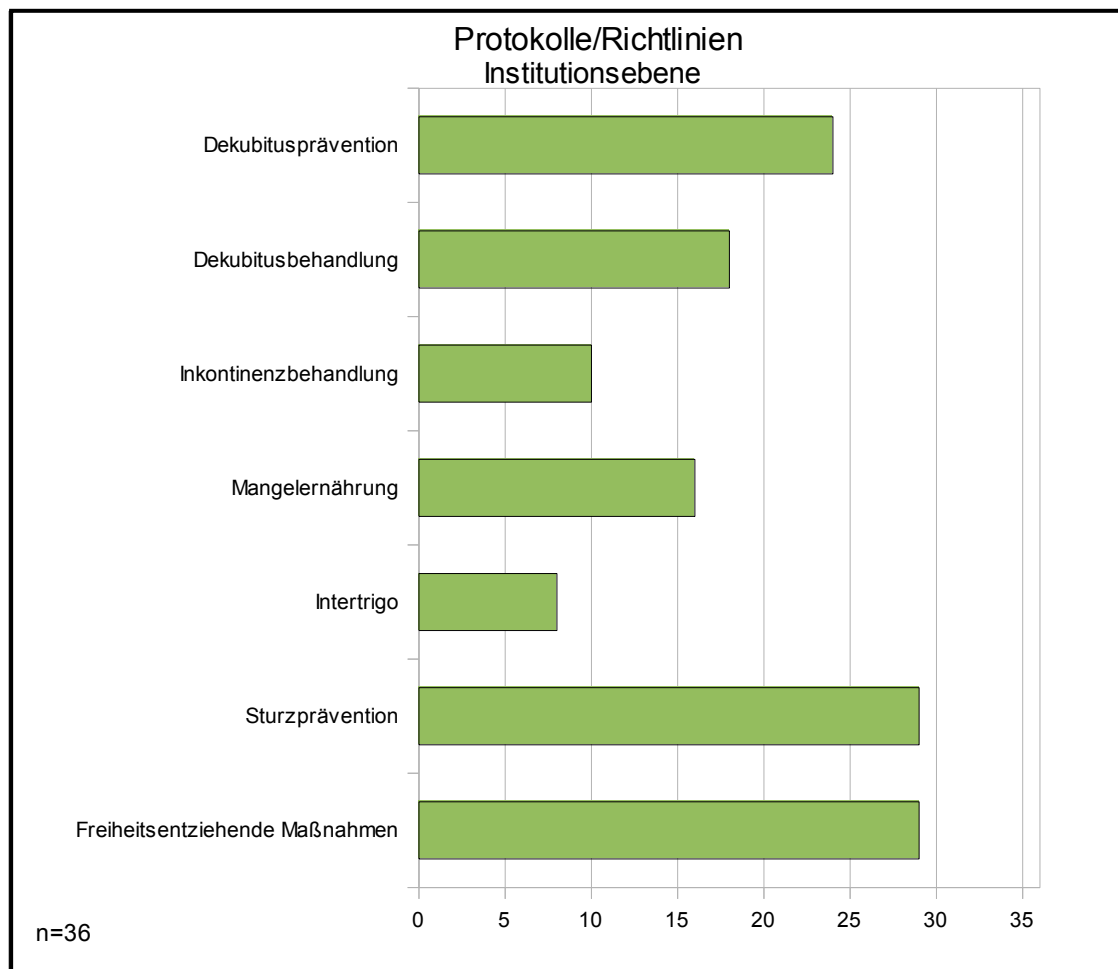


Abb. 6: Protokolle/Richtlinien gesamt (Institutionsebene)

5.1.2 PflegeexpertInnen

Das Vorhandensein von Pflegeexperten für alle sechs Pflegephänomene wurde auf Stationsebene abgefragt. Auf Institutionsebene wurden ExpertInnen nur für die Bereiche Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung erhoben. Insgesamt konnten die Daten von 249 Stationen der 36 Einrichtungen ausgewertet werden. Im Bereich Dekubitus gaben 42% der teilnehmenden Stationen an, dass es Pflegeexperten gibt, im Bereich Inkontinenz 30%, bei Mangelernährung 25%, bei freiheitsentziehende Maßnahmen 20%, bei Intertrigo 17% und bei Stürzen 16%. (siehe Abb. 7).

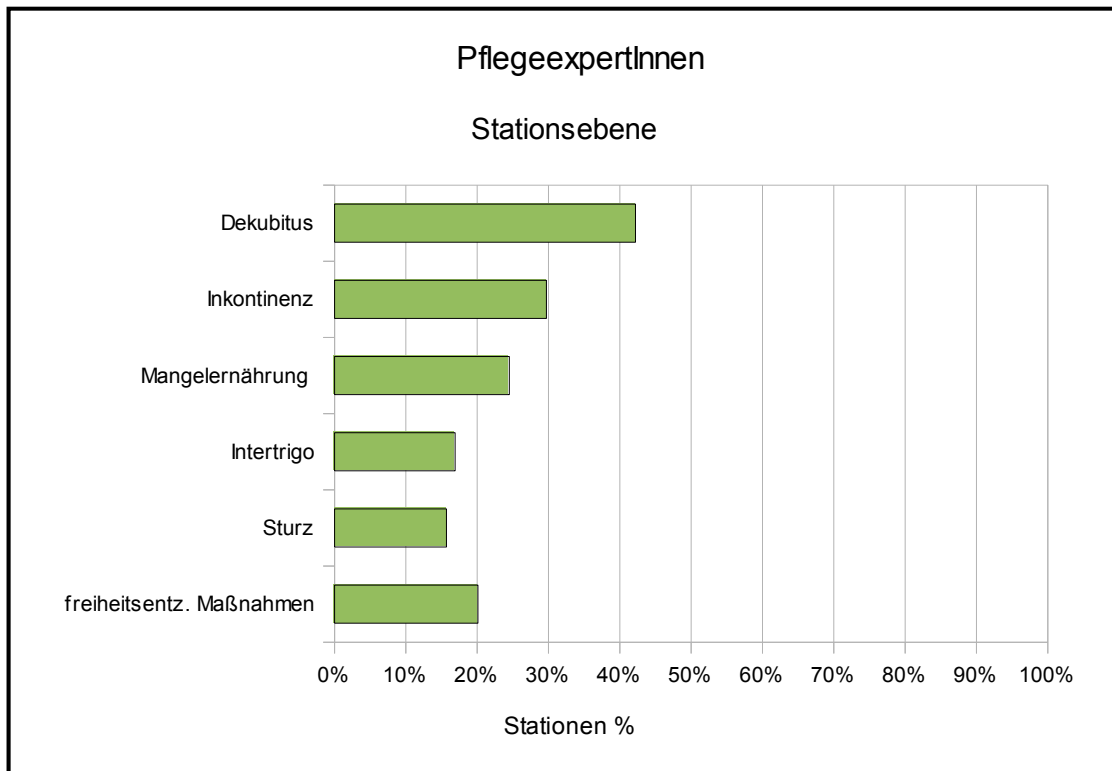


Abb. 7: PflegexpertInnen gesamt (Stationsebene)

5.1.3 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

Auf Institutionsebene wurde erhoben, ob in dem jeweiligen Bereich (Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo sowie Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen) in den letzten zwei Jahren eine Fortbildung stattgefunden hat.

In den Bereichen Dekubitus (31), Mangelernährung (30) sowie freiheitsentziehende Maßnahmen (26) wurden am häufigsten Fortbildungen angegeben. Im Bereich Inkontinenz waren es 25 Einrichtungen, im Bereich Sturz 21 Einrichtungen und im Bereich Intertrigo vier Einrichtungen, die Fortbildungen für Pflegekräfte angeboten hatten (siehe Abb. 8).

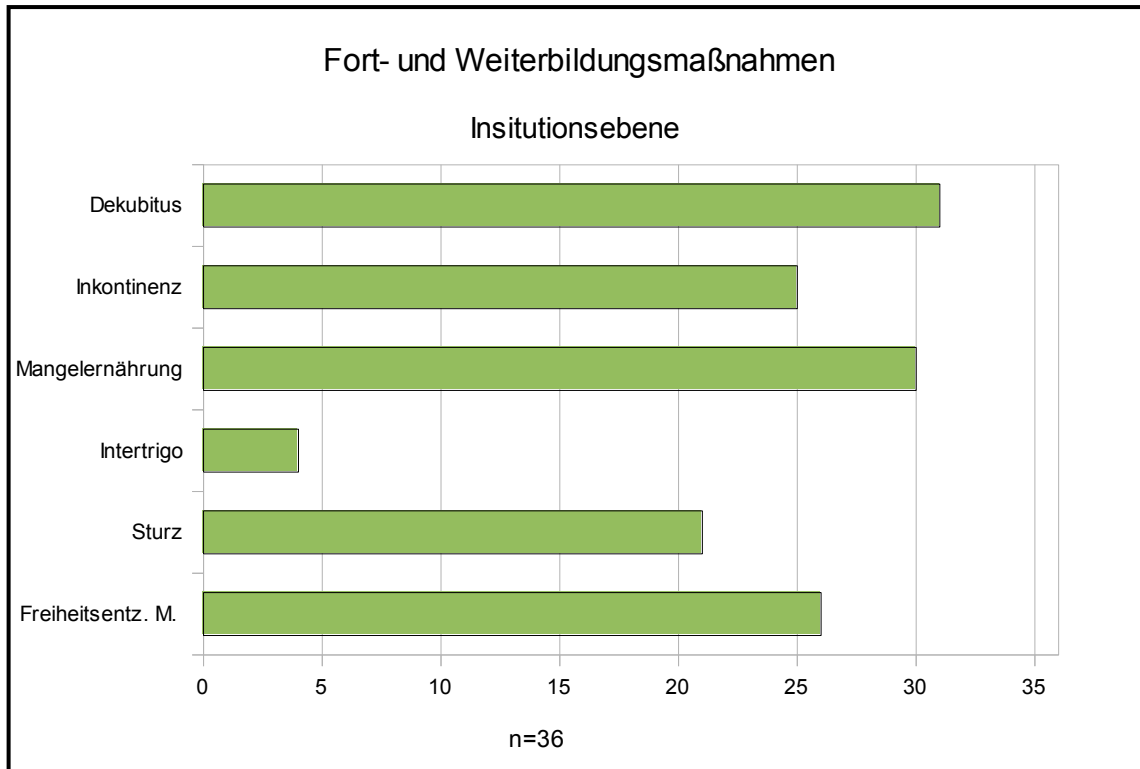


Abb. 8: Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen gesamt (Institutionsebene)

5.1.4 Informationsbroschüren

Informationsmaterial für PatientInnen/Angehörige gab es in 15 Einrichtungen für den Bereich Sturz, sowie in jeweils zehn Einrichtungen für die Bereiche Inkontinenz und Mangelernährung. Für Dekubitus gab es in drei Einrichtungen Informationsmaterial und für Intertrigo in einer Einrichtung (siehe Abb. 9). Bezüglich der freiheitsentziehenden Maßnahmen wurde nicht nach Informationsmaterial gefragt.

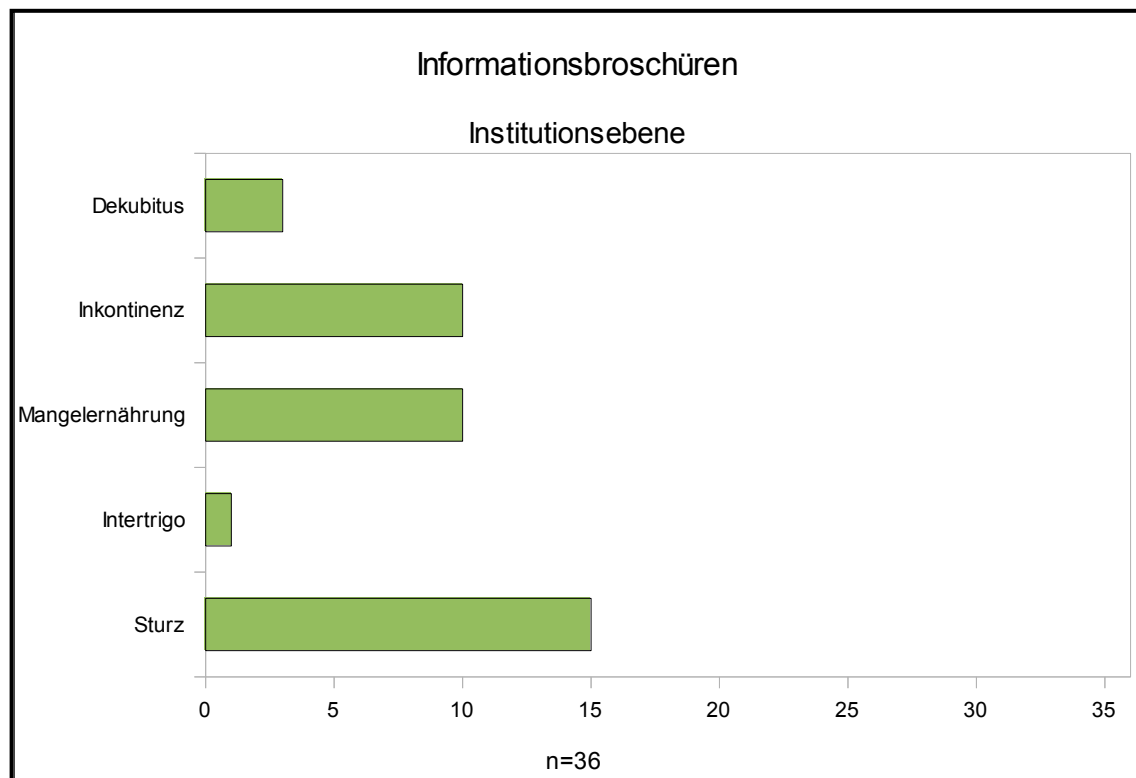


Abb. 9: Informationsbroschüren gesamt (Institutionsebene)

5.1.5 Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung

Standardisierte Weitergabe von Informationen wurde in 32 Einrichtungen für Inkontinenz angegeben, in 31 für Dekubitus und Sturz, in 30 für Intertrigo sowie in 27 für freiheitsentziehende Maßnahmen und in 26 für Mangelernährung (siehe Abb. 10).

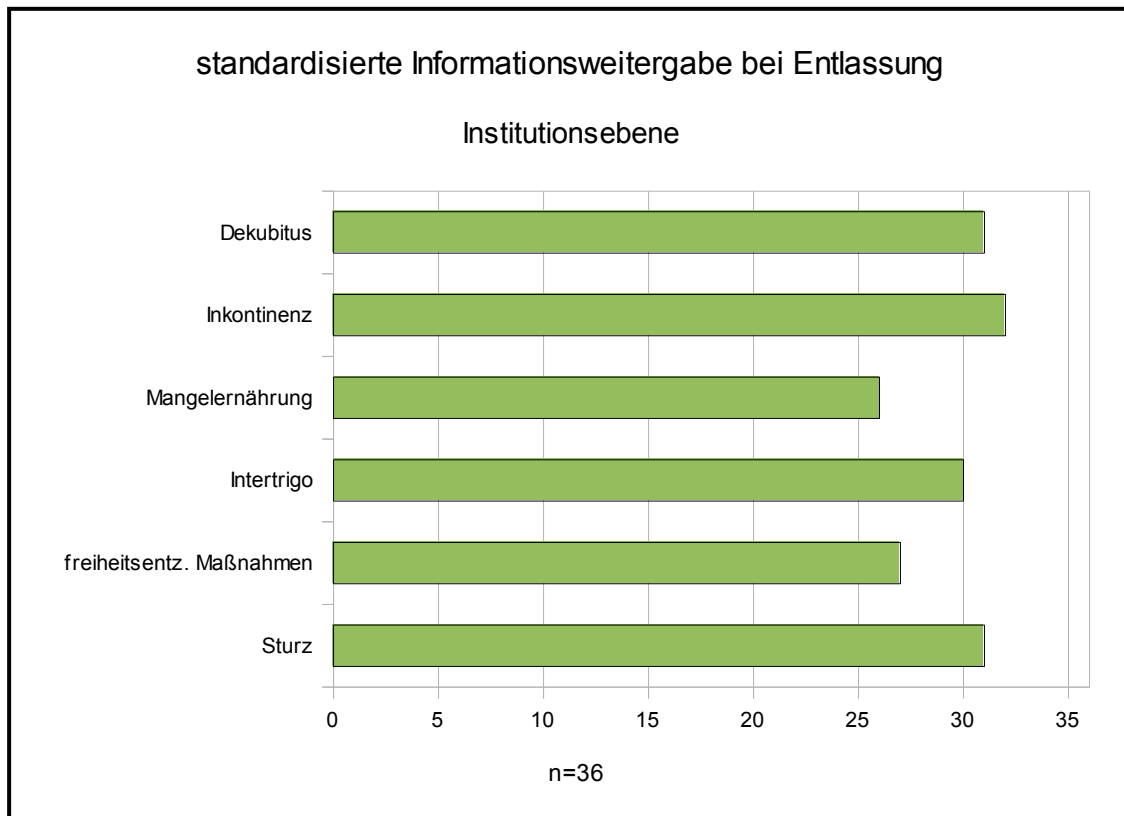


Abb. 10: standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung (Institutionsebene)

5.1.6 Dokumentation

Die Qualitätsindikatoren zur Dokumentation wurden ausschließlich auf Stationsebene abgefragt. Auf allen Stationen wurden Dekubitusprävention/Dekubitusbehandlung sowie das Dekubitusrisiko dokumentiert. 99% der Stationen dokumentieren freiheitsentziehenden Maßnahmen und die Prävention/Behandlung von Intertrigo. Die Maßnahmen zur Inkontinenzbehandlung wurden in 96% aller teilnehmenden Stationen dokumentiert. Beim Bereich Mangelernährung wurde in über 80% der Stationen die Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme, sowie Maßnahmen bei Ernährungsrisiko dokumentiert. Das Risiko der Mangelernährung wurde in 68% der teilnehmenden Stationen aufgezeichnet. Ernährungszustand, Körpergröße und -gewicht wurden in über 70% der teilnehmenden Stationen dokumentiert. Maßnahmen der Inkontinenzbehandlung werden auf nahezu allen Stationen (96%) in der Krankenakte vermerkt. (siehe Abb. 11).

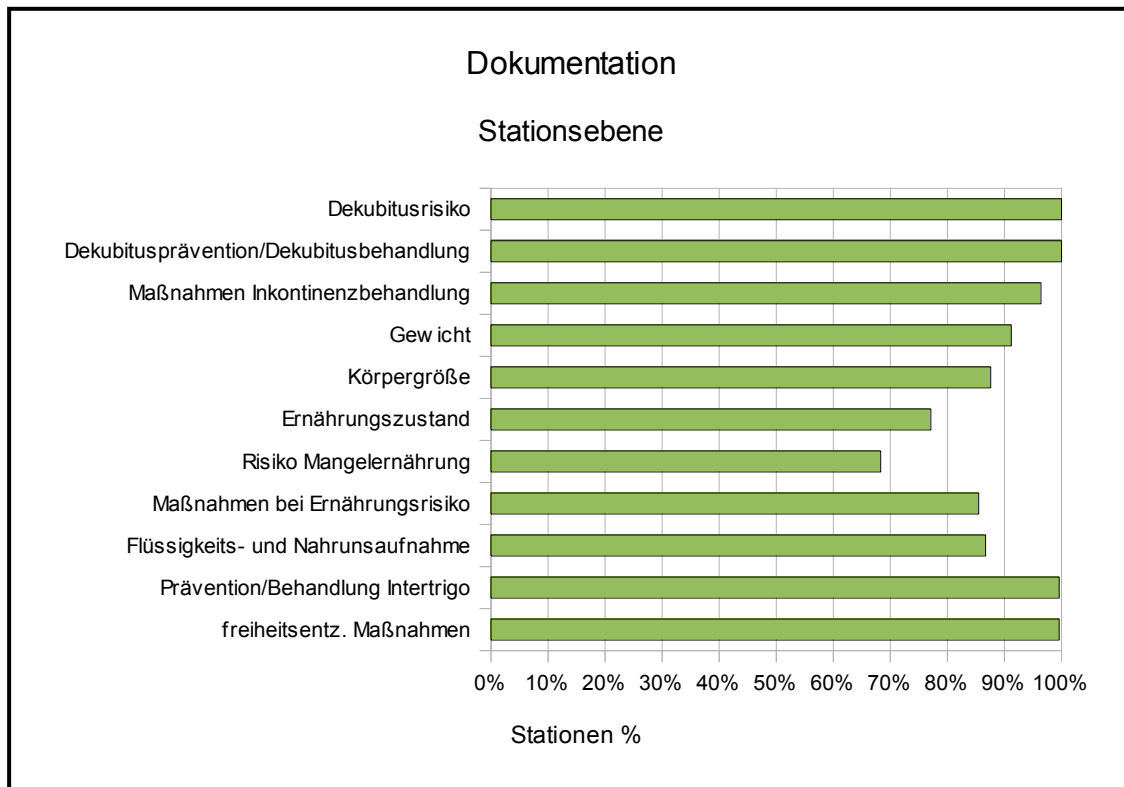


Abb. 11: Dokumentation gesamt (Stationsebene)

5.2 Vergleich Krankenhäuser und Pflegeheime

In diesem Kapitel werden die Resultate zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen verglichen.

5.2.1 Protokolle/Richtlinien

Insgesamt wurden auf Institutionsebene 16 Indikatoren zur Verwendung von Protokollen/Richtlinien (Guidelines) abgefragt. Die Qualitätsindikatoren bezogen sich auf Verwendung, Aktualisierung und Überwachung von Protokollen/Richtlinien. Zur Darstellung ausgewählt (Abb. 12) wurden an dieser Stelle die Qualitätsindikatoren, welche sich auf die Verwendung beziehungsweise auf das Vorhandensein von Protokollen/Richtlinien beziehen, da sich die Aktualisierung und Überwachung daraus ergibt. Siebzehn der 18 teilnehmenden Krankenhäuser gehen bei der Dekubitusprävention nach einem Protokoll/Richtlinie vor, bei den Pflegeheimen tun dies sieben von 18 Einrichtungen. Ähnlich sind die Zahlen bezüglich der Dekubitusbehandlung, hier verwenden zwölf von 18 Krankenhäuser sowie sechs der 18 Pflegeheime Protokolle/Richtlinien. Diese beiden Positionen weisen statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) auf (Abb. 12).

Bei der Behandlung von Inkontinenz gaben sieben Krankenhäuser und drei Pflegeheime die Verwendung von Protokollen/Richtlinien an. Die Behandlung von Mangelernährung führen acht Krankenhäuser sowie dieselbe Anzahl an Pflegeheimen nach Protokollen/Richtlinien durch.

Protokolle/Richtlinien für Intertrigo sind in drei Krankenhäusern sowie fünf Pflegeheimen vorhanden. Bei der Behandlung von Mangelernährung gehen acht Krankenhäuser und acht Pflegeheime nach einer Richtlinie vor. Für die Sturzprävention sind in 16 Krankenhäusern und 13 Pflegeheimen Richtlinien vorhanden. Bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen wird in 14 Krankenhäusern und 15 Pflegeheimen nach Richtlinien vorgegangen. Hier konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden.

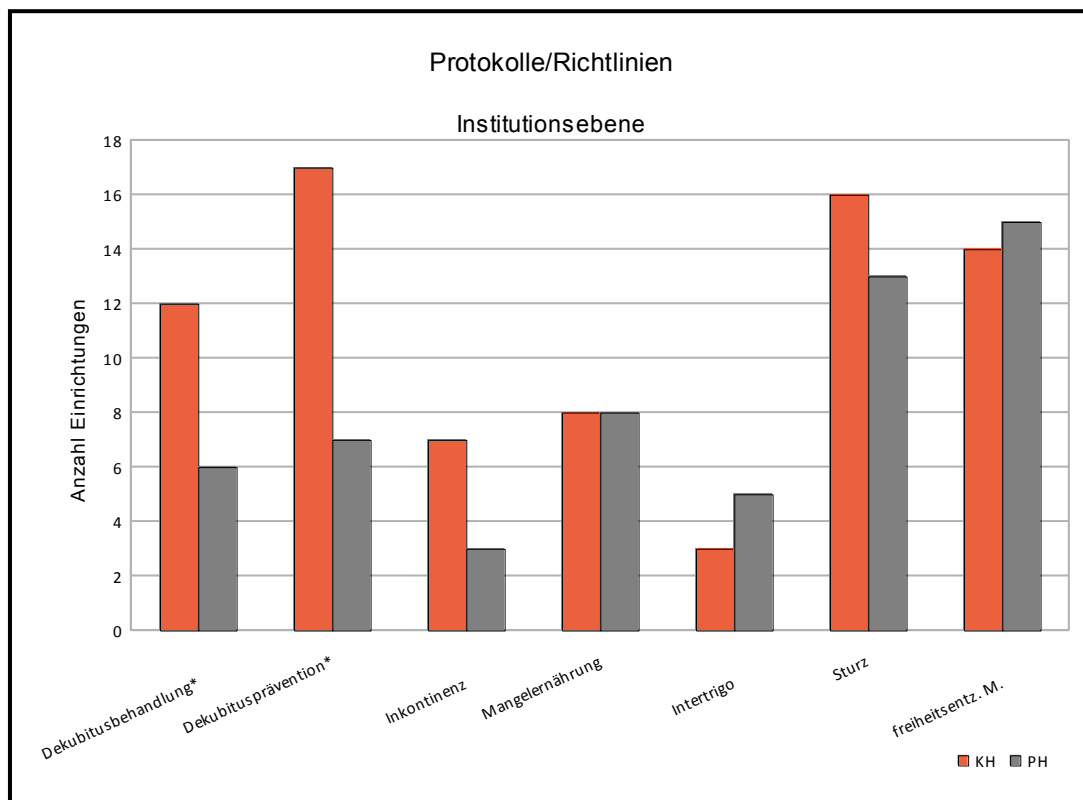


Abb. 12: Protokolle/Richtlinien – Vergleich – KH – PH (Institutionsebene)

* $p < 0,05$

Auf Stationsebene wurde erhoben, ob die Einhaltung der Protokolle/Richtlinien überwacht wird. In den Bereichen, Dekubitus, Inkontinenz und Intertrigo gab es statistisch signifikante Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen (Abb. 13). Protokolle/Richtlinien für Dekubitus werden in den Krankenhäusern häufiger überwacht, in den Bereichen Inkontinenz und Intertrigo ist dies in den Pflegeheimen häufiger der Fall. Im Bereich der Mangelernährung gibt es zwar keine statistische

Signifikanz, dennoch zeigt sich hier tendenziell ein Unterschied zwischen Krankenhäusern (45%) und Pflegeheimen (25%).

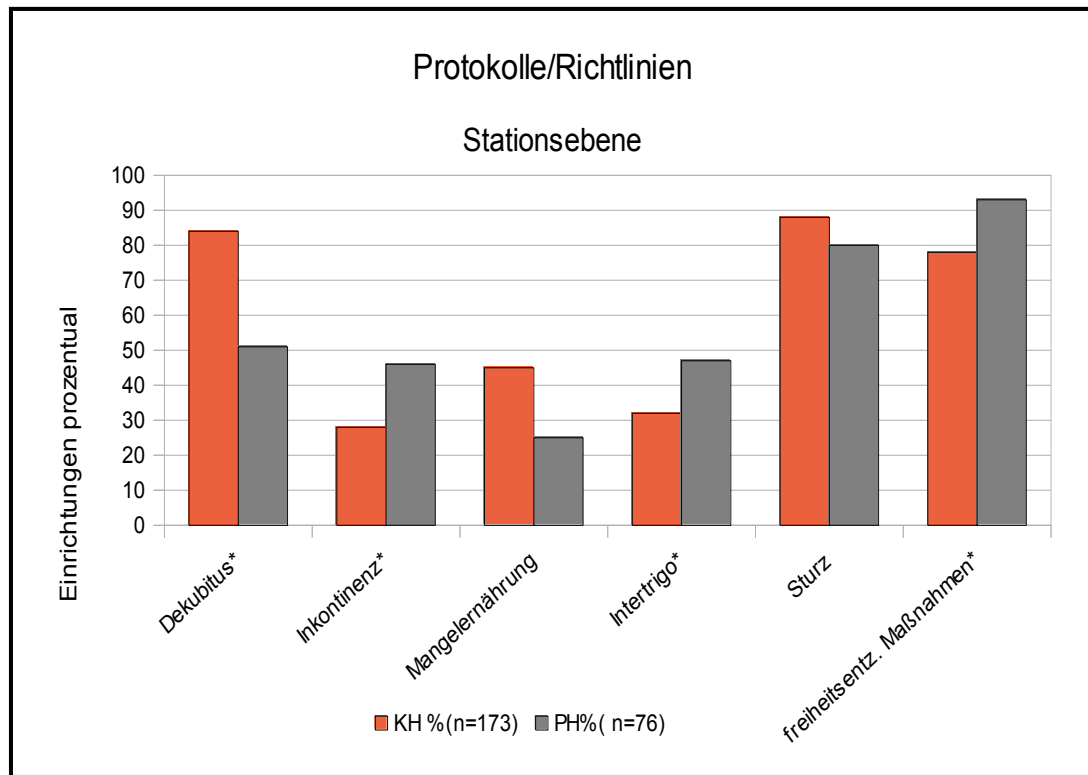


Abb. 13: Protokolle/Richtlinien – Vergleich KH – PH (Stationsebene)

*p < 0,05

5.2.2 (Pflege-)ExpertInnen

Die Thematik ExpertInnen wurde mit insgesamt neun Qualitätsindikatoren erfasst, drei Qualitätsindikatoren auf Institutionsebene und sechs auf Stationsebene. Auf Institutionsebene wurde die Anzahl der ExpertInnen in den Bereichen Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung erhoben, wobei zum Thema Mangelernährung gefragt wurde, ob eine DiätassistentIn in der Einrichtung tätig ist. In 14 der 18 Krankenhäuser sowie in neun Pflegeheimen sind Experten zu dem Thema Dekubitus vorhanden. Für den Bereich der Inkontinenz gibt es in zwölf Krankenhäusern und Pflegeheimen ExpertInnen. DiätassistentInnen sind in allen Krankenhäusern sowie 15 Pflegeheimen tätig. Beim Vergleich auf Institutionsebene konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Krankenhäuser und Pflegeheime festgestellt werden

Auf Stationsebene zeigte sich in allen Bereichen, dass in den Pflegeheimen häufiger PflegeexpertInnen eingesetzt wurden. Diese Unterschiede waren in allen Bereichen außer Dekubitus statistisch signifikant (Abb. 14).

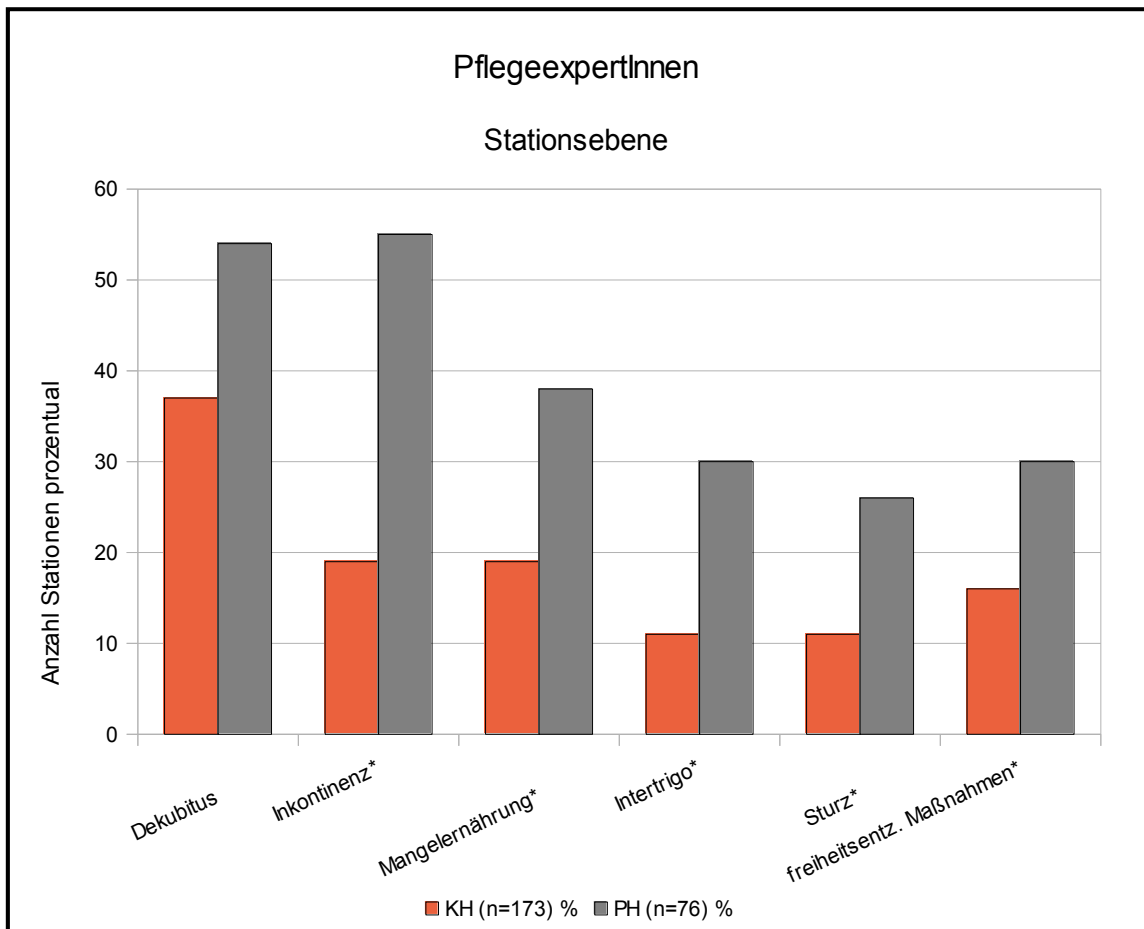


Abb. 14: PflegeexpertInnen – Vergleich KH – PH (Stationsebene)

* $p < 0,05$

5.2.3 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

Insgesamt wurden sechs Indikatoren auf Institutionsebene bezüglich der Fort- und Weiterbildung abgefragt, jedoch keine auf Stationsebene. Für alle sechs Bereiche (Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz, freiheitsentziehende Maßnahmen) wurde erhoben, ob in den letzten zwei Jahren Fortbildungen oder Veranstaltungen zur jeweiligen Thematik stattgefunden haben. Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Dekubitus gab es in 16 Krankenhäusern und 15 Pflegeheimen. Inkontinenz - Fortbildungen fanden in zehn Krankenhäusern und 15 Pflegeheimen statt. Bezüglich des Themas Mangelernährung wurde in 17 Krankenhäusern und 13 Pflegeheimen Fortbildungen angeboten. Die Thematik Sturz wurde in 13 Krankenhäusern und acht Pflegeheimen adressiert. Das Thema der freiheitsentziehenden Maßnahmen war in 13 Krankenhäusern und Pflegeheimen Gegenstand einer Fortbildungsmaßnahme. Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Krankenhäusern und Pflegeheimen (siehe Abb. 15).

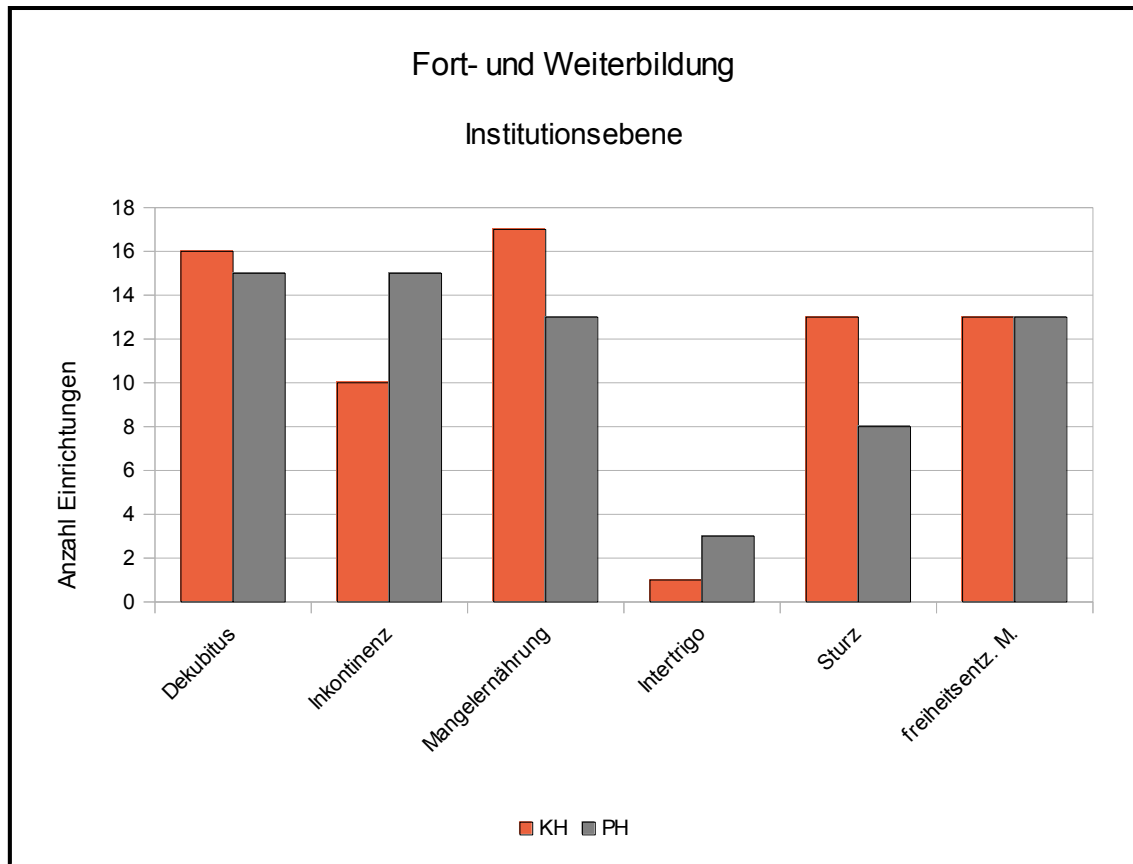


Abb. 15: Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen – Vergleich – KH – PH (Institutionsebene)

5.2.4 Informationsbroschüren

Sowohl auf Institutionsebene als auch auf Stationsebene wurde erhoben, ob Informationsbroschüren vorhanden sind. In einem Krankenhaus sowie zwei Pflegeheimen ist Informationsmaterial für Dekubitus und in sechs Krankenhäusern und vier Pflegeheimen für Inkontinenz vorhanden. Ebenso sechs Krankenhäuser und vier Pflegeheime verfügen über Informationsmaterial bezüglich Mangelernährung. Für Intertrigo stellt kein Krankenhaus und nur ein Pflegeheim Informationsmaterial zur Verfügung. Acht Krankenhäuser und sieben Pflegeheime stellen Informationsmaterial zum Thema Sturz zur Verfügung. Weder auf Institutionsebene noch auf Stationsebene zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede (siehe Abb. 16, Abb. 17).

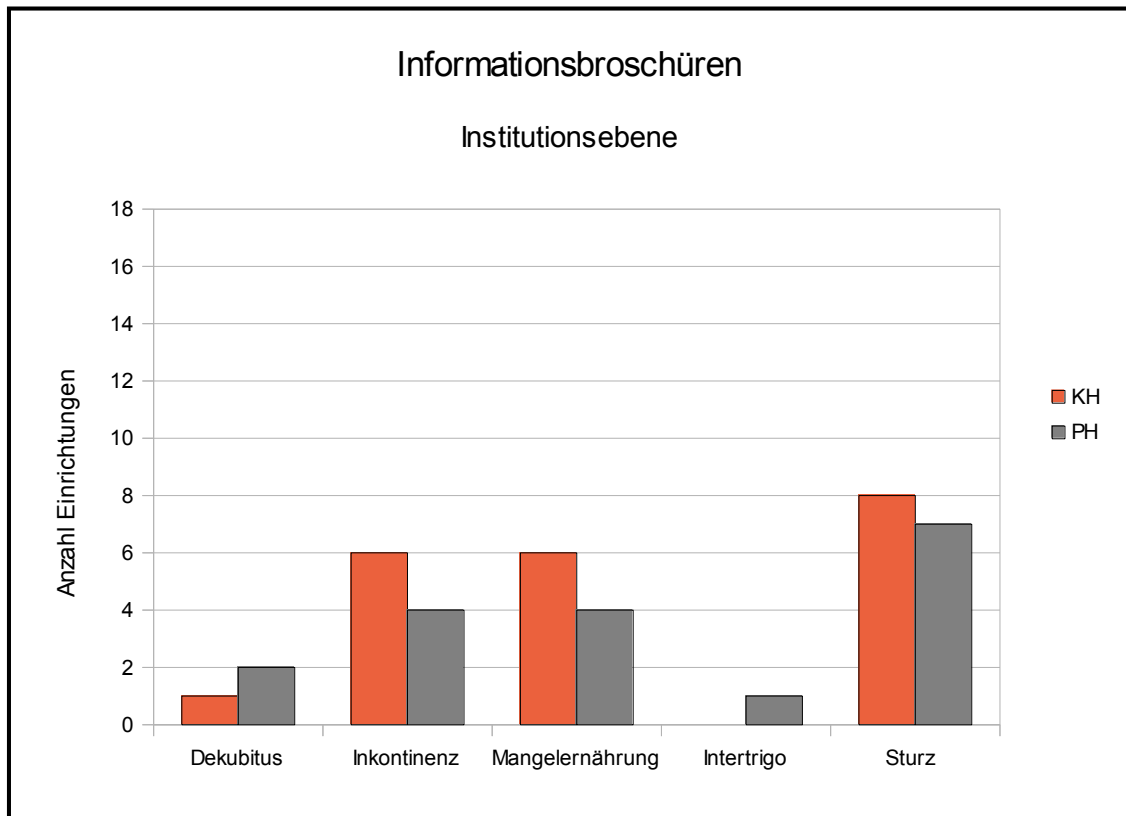


Abb. 16: Informationsbroschüren – Vergleich KH – PH (Institutionsebene)

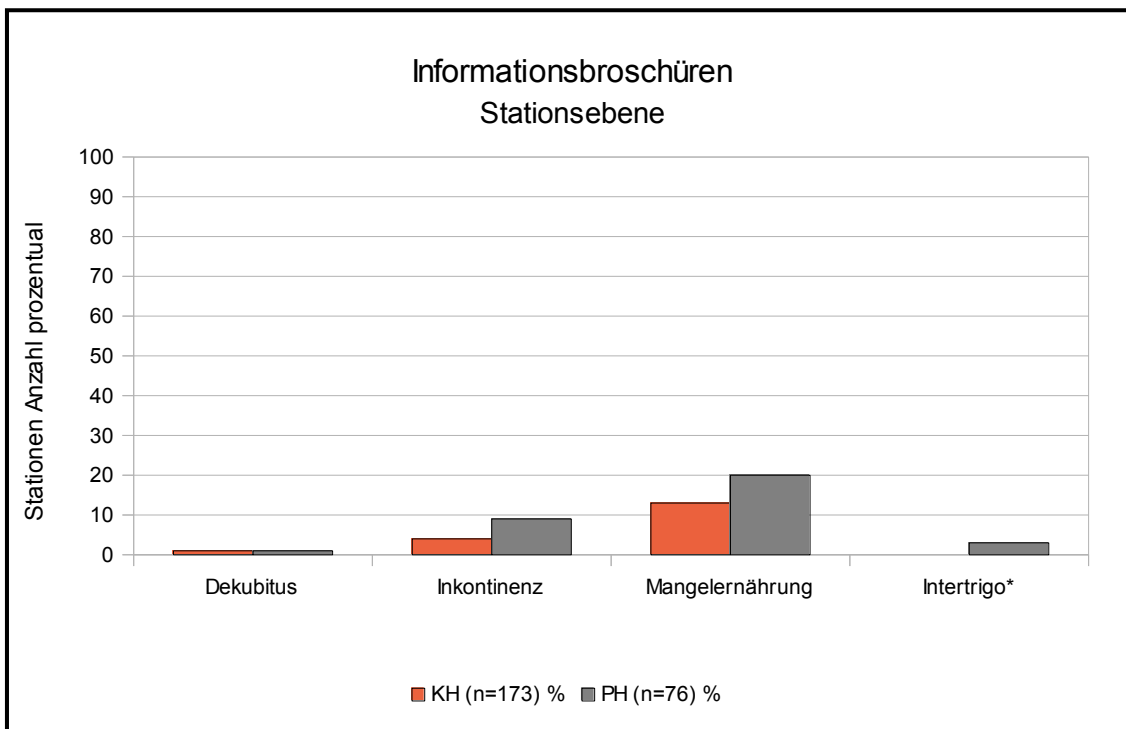


Abb. 17: Informationsbroschüren – Vergleich KH – PH (Stationsebene)

*p < 0,05

5.2.5 Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung

Bei diesem Qualitätsindikator wurde sowohl auf der Institutionsebene als auch auf Stationsebene erhoben, ob Informationen zu den Pflegeproblemen bei einer Entlassung oder Verlegung standardisiert weitergegeben werden.

Sechzehn Krankenhäuser und 15 Pflegeheime geben standardisierte Informationen bezüglich Dekubitus weiter. Alle teilnehmenden Pflegeheime und 14 Krankenhäuser gaben an, standardisierte Informationen im Bereich Inkontinenz weiterzugeben. Bei Mangelernährung taten dies zwölf Krankenhäuser und 14 Pflegeheime. Sechzehn Pflegeheime gaben eine standardisierte Informationsweitergabe in den Bereichen Intertrigo, Sturz und freiheitsentziehende Maßnahmen an, sowie 14 Krankenhäuser bezüglich Intertrigo, 15 bei Sturz und elf bei freiheitsentziehenden Maßnahmen. Statistisch signifikante Unterschiede konnten keine nachgewiesen werden (siehe Abb. 18).

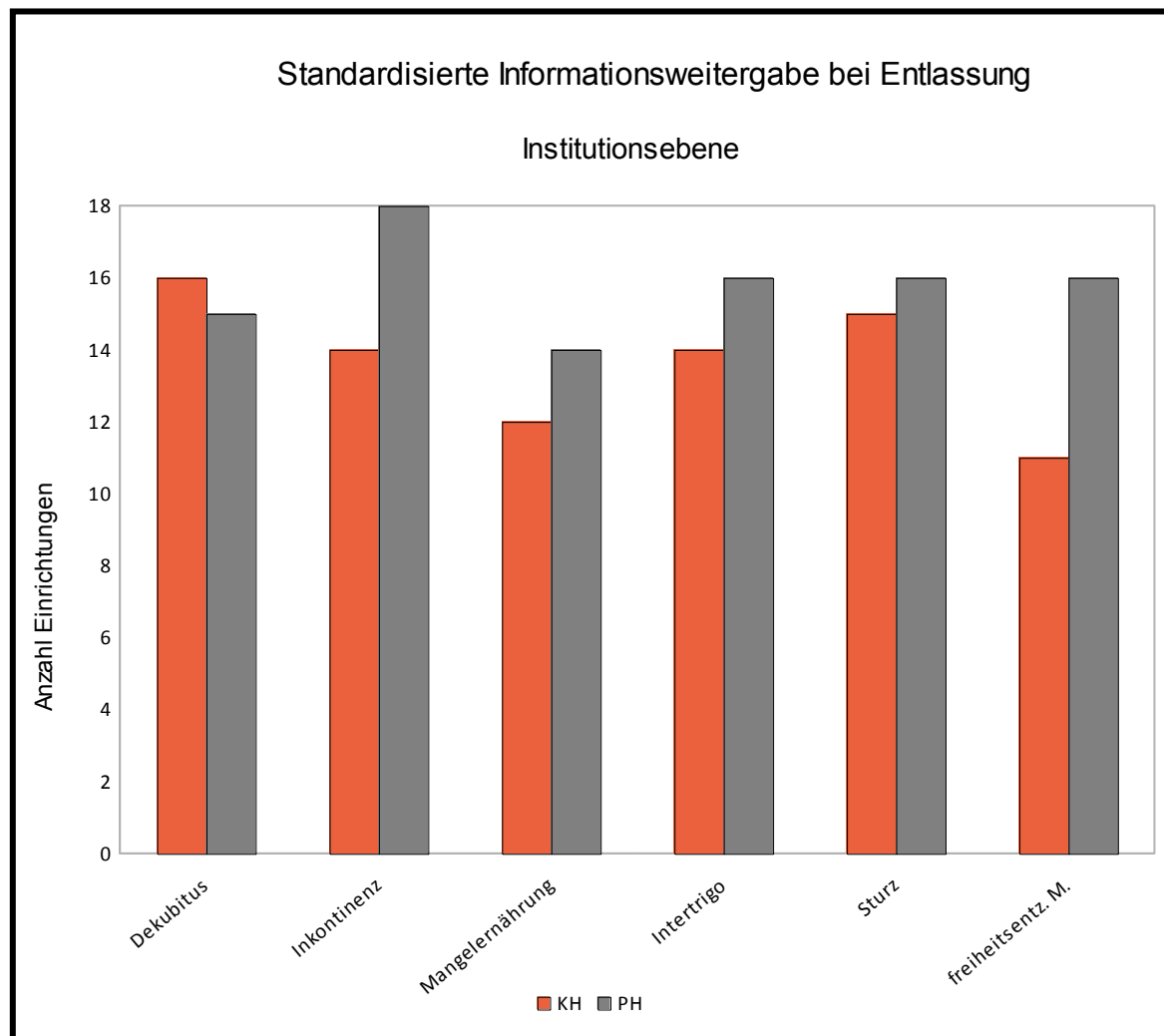


Abb. 18: standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung – Vergleich KH – PH (Institutionsebene)

Bei der Auswertung auf der Stationsebene zeigte sich ein ähnliches Bild wie auf Institutionsebene, die Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen waren nur gering. Statistisch signifikante Unterschiede gibt es im Bereich Intertrigo, bei dem ein höherer Prozentsatz an Krankenhäusern (94%) als Pflegeheimen (82%) standardisiert Informationen weiter gab und im Bereich freiheitsentziehende Maßnahmen, bei dem dies bei einem höheren Prozentsatz an Pflegeheimen (86%) der Fall war als bei Krankenhäusern (67%). (siehe Abb. 19).

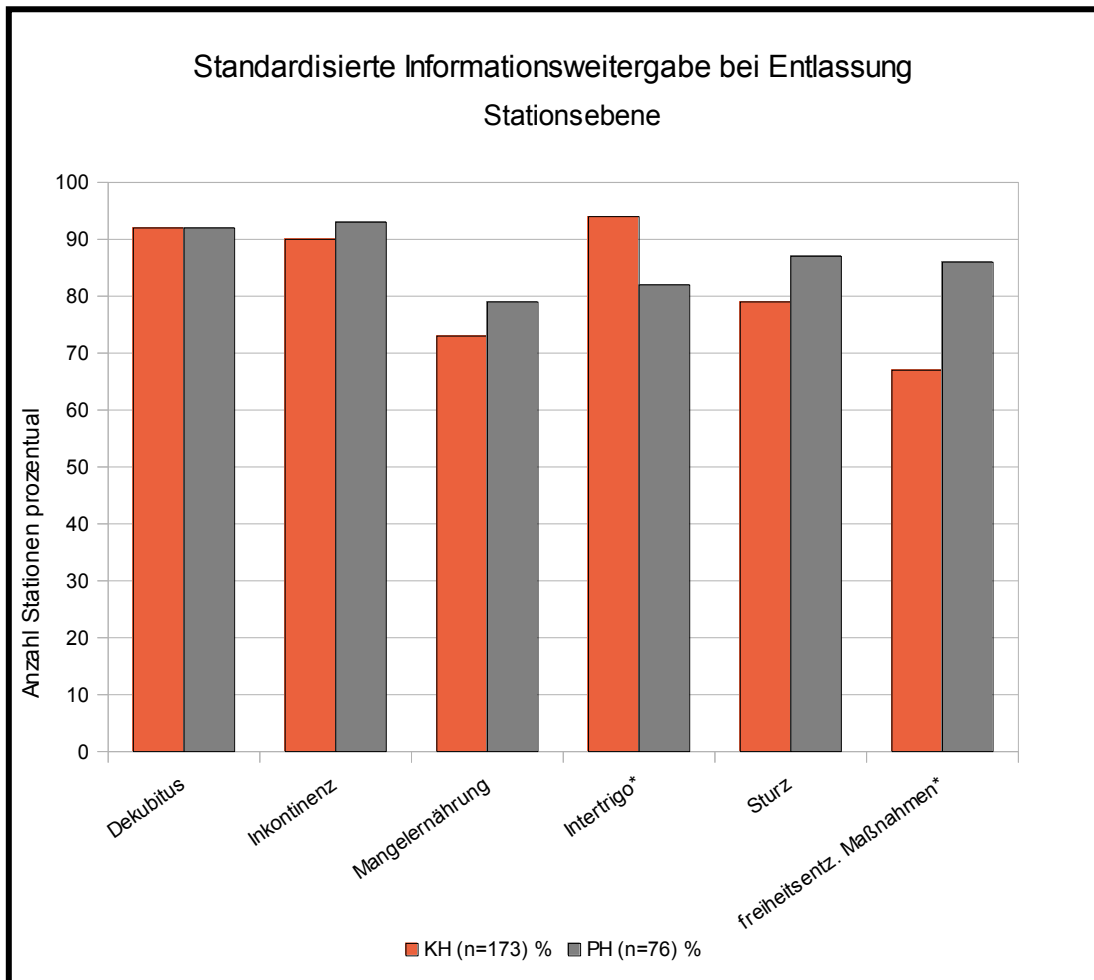


Abb. 19: standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung – Vergleich KH – PH (Stationsebene)

* $p < 0,05$

5.2.6 Dokumentation

Qualitätsindikatoren bezüglich der Dokumentation wurden nur auf Stationsebene abgefragt. Ein Vergleich zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen ergab, dass auf den Stationen der Pflegeheime tendenziell häufiger dokumentiert wird als auf den Stationen der Krankenhäuser (siehe Tab. 5). Auf allen teilnehmenden Stationen der Pflegeheime und Krankenhäuser werden das Dekubitusrisiko, sowie Maßnahmen zur Prävention und Behandlung dokumentiert. Die Häufigkeiten der Dokumentation in den Bereichen Ernährungszustand, Intertrigo und freiheitsentziehenden Maßnahmen liegen sowohl bei den Pflegeheimen als auch bei den Krankenhäusern zwischen 80 und 100%. Die Dokumentation des Ernährungszustands, des Risikos einer Mangelernährung, des Gewichtes, der Körpergröße sowie die Dokumentation der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme liegt bei den teilnehmenden Stationen der Krankenhäuser statistisch signifikant darunter (siehe Tab. 3).

Tab. 3: QI Dokumentation (Stationsebene)

Qualitätsindikator	KH (n=173) %	PH (n=76) %
Dekubitusrisiko	173 (100%)	76 (100%)
Dekubitusprävention/ Behandlung	173 (100%)	76 (100%)
Maßnahmen Inkontinenzbehandlung	165 (95%)	75 (98%)
Gewicht	151 (87%)*	76 (100%)
Körpergröße	146 (84%)*	72 (94%)
Ernährungszustand	116 (67%)*	76 (100%)
Risiko Mangelernährung	99 (57%)*	71 (93%)
Maßnahmen Ernährungsrisiko	142 (82%)*	71 (93%)
Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme	140 (80%)*	76 (100%)
Prävention/Behandlung Intertrigo	173 (100%)	75 (98%)
Freiheitsentziehende Maßnahmen	172 (99%)	76 (100%)

*p<0.005

5.3 Vergleich: Institutionsebene – Stationsebene

Die dritte Forschungsfrage befasst sich mit Unterschieden hinsichtlich der Qualitätsindikatoren zwischen Institutions- und Stationsebene. Für den Vergleich wurden ebenfalls dieselben Qualitätsindikatoren, die in den beiden vorangegangenen Kapiteln analysiert wurden, verwendet. Bei den Krankenhäusern nahmen 173 und bei den Pflegeheimen 76 Stationen an der Erhebung teil.

5.3.1 Protokolle/Richtlinien

Auf Institutionsebene wurde erhoben, ob es Protokolle/Richtlinien bezüglich Prävention und/oder Behandlung eines Pflegephänomens gibt und ob die Protokolle/Richtlinien aktualisiert werden. Auf Stationsebene wurde abgefragt, ob die Einhaltung der Protokolle/Richtlinien überwacht wird. Verglichen wurde die Anzahl und welche Institutionen Protokolle/Richtlinien verwenden mit der Anzahl der Stationen, die diese Richtlinien/Protokolle überwachen. In den Tab. 4 und Tab. 5 ist dargestellt, wie viele Stationen Protokolle/Richtlinien überwachen, wenn auf Institutionsebene angegeben wurde, dass Protokolle/Richtlinien vorhanden sind. Weiters sind auch die Stationen angeführt, die angaben, Protokolle/Richtlinien zu überwachen, obwohl auf Institutionsebene angegeben wurde, dass diese nicht vorhanden seien. So gaben insgesamt 79 Stationen der Krankenhäuser sowie 54 Stationen der Pflegeheime an Protokolle/Richtlinien zu überwachen, obwohl laut Institutionsebene keine Protokolle/Richtlinien vorhanden sind. 110 Stationen der Krankenhäuser und 21 Stationen der Pflegeheime gaben an, keine Protokolle/Richtlinien zu überwachen, wobei jedoch auf Institutionsebene angegeben wurde, dass Protokolle/Richtlinien vorhanden sind (siehe Tab. 4).

Tab. 4: Vergleich Protokolle/Richtlinien Institutionsebene-Stationsebene Krankenhäuser

Bereich	Anzahl der Stationen ^a	Protokolle/Richtlinien implementiert ^b	Protokolle/Richtlinien implementiert ^c
Dekubitus	157	136	10
Inkontinenz	49	44	5
Mangelernährung	92	56	22
Intertrigo	64	43	13
Sturz	151	130	12
Freiheitsentziehende Maßnahmen	146	129	17

^a Stationen, bei denen auf Institutionsebene angegeben wurde, dass Protokolle/Richtlinien vorhanden sind

^b Stationen, die angaben, Protokolle/Richtlinien zu überwachen

^c Stationen, die Protokolle/Richtlinien überwachen, obwohl auf Institutionsebene angegeben wurde, dass keine vorhanden sind

Tabelle 5: Vergleich Protokolle/Richtlinien Institutionsebene-Stationsebene Pflegeheime

Bereich	Anzahl der Stationen ^a	Protokolle/Richtlinien implementiert ^b	Protokolle/Richtlinien implementiert ^c
Dekubitus	35	30	9
Inkontinenz	16	16	19
Mangelernährung	40	40	3
Intertrigo	42	36	0
Sturz	54	49	12
Freiheitsentziehende Maßnahmen	76	71	11

^a Stationen, bei denen auf Institutionsebene angegeben wurde, dass Protokolle/Richtlinien vorhanden sind

^b Stationen, die angaben, Protokolle/Richtlinien zu überwachen

^c Stationen, die Protokolle/Richtlinien überwachen, obwohl auf Institutionsebene angegeben wurde, dass keine vorhanden sind

5.3.2 PflegeexpertInnen

Ein Vergleich zwischen Institutions- und Stationsebene ist bei den Bereichen Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung möglich. Bei den Krankenhäusern gab es auf Stationsebene weniger ExpertInnen als auf Institutionsebene. Bei den Pflegeheimen sind geringere Unterschiede zwischen Institutions- und Stationsebene zu erkennen (siehe Tab. 6). Wie bereits unter 5.2.2 erläutert, gab es auf Stationsebene zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen statistisch signifikante Unterschiede (siehe Abb. 14))

Tab.6: ExpertInnen Vergleich Institutionsebene – Stationsebene gesamt

Bereiche	Institutionsebene		Stationsebene	
	<i>KH n=18 (%)</i>	<i>PH n=18(%)</i>	<i>KH n=173 (%)</i>	<i>PH n=76 (%)</i>
Dekubitus	14 (77%)	9 (50%)	64 (37%)	41 (53,9 %)
Inkontinenz	12 (67%)	12 (67%)	32 (18,5%)*	42 (55,3%)
Mangelernährung	Ernährungsteam:12 (67%) DiätassistentIn:18 (100%)	Ernährungsteam:13 (72%) DiätassistentIn:15 (83%)	32 (18,5%)*	29 (38%)
Intertrigo	-		19 (11%)*	23 (30%)
Sturz	-		19 (11%)*	20 (26%)
Freiheitsentziehende Maßnahmen	-		27 (15,6%)*	23 (30,3%)

* $p < 0,005$

5.3.3 Informationsbroschüren

Auf Institutionsebene wurde erhoben, ob für die Pflegephänomene Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo sowie Sturz Informationsbroschüren für PatientInnen/Angehörige vorhanden sind. Auf Stationsebene wurde das Vorhandensein von Informationsbroschüren für dieselben Pflegephänomene außer Sturz abgefragt. Insgesamt wird wenig Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. Interessanterweise wird vor allem in Krankenhäusern auf Institutionsebene häufiger angegeben, dass

Informationsbroschüren vorhanden sind, als es dann tatsächlich auf den zugehörigen Stationen tatsächlich der Fall ist. (siehe Tab 7) Es zeigte sich aber auch, dass einige wenige Stationen Informationsbroschüren zur Verfügung stellen, was jedoch auf Institutionsebene negativ beantwortet wurde (siehe Tab. 7 und 8).

Tab 7.: Informationsbroschüren Vergleich Institutionsebene – Stationsebene: Krankenhaus

Bereich	Anzahl der Stationen ^a	Information-broschüre vorhanden ^b	Informations-broschüre vorhanden ^c	Informations-broschüre nicht vorhanden ^d
Dekubitus	39	0	1	39
Inkontinenz	52	2	4	50
Mangel-ernährung	52	12	11	40
Intertrigo	1	0	0	0

^a Anzahl der Stationen, bei denen auf Institutionsebene angegeben wurde, dass Informationsbroschüren vorhanden sind

^b Stationen, die auf Institutionsebene angaben, Informationsbroschüren weiter zu geben

^c Anzahl der Stationen, die Informationsbroschüren weitergeben, auf Institutionsebene jedoch angegeben wurde, dass keine vorhanden sind

^d Stationen, die keine Informationsbroschüren weitergeben, obwohl auf Institutionsebene angegeben wurde, dass solche vorhanden seien

Tab 8.: Informationsbroschüre Vergleich Institutionsebene – Stationsebene Pflegeheime

Bereich	Anzahl der Stationen ^a	Informations-broschüre vorhanden ^b	Informations-broschüre vorhanden ^c	Informations-broschüre nicht vorhanden ^d
Dekubitus	9	0	1	9
Inkontinenz	22	7	0	15
Mangel-ernährung	18	11	4	7

^a Anzahl der Stationen, bei denen auf Institutionsebene angegeben wurde, dass Informationsbroschüren vorhanden sind

^b Stationen, die auf Institutionsebene angaben, Informationsbroschüren weiter zu geben

^c Anzahl der Stationen, die Informationsbroschüren weitergeben, auf Institutionsebene jedoch angegeben wurde, dass keine vorhanden sind

^d Stationen, die keine Informationsbroschüren weitergeben, obwohl auf Institutionsebene angegeben wurde, dass solche vorhanden seien

5.3.4 Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung

Der Indikator der standardisierten Entlassung wurde mit der gleichen Fragestellung sowohl auf Institutions- als auch Stationsebene erhoben. In den jeweiligen

Bereichen (Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz, freiheitsentziehende Maßnahmen) wurde abgefragt, ob bei Verlegungen standardisiert Informationen weitergegeben wurden. In der Gesamtauswertung waren keine großen Diskrepanzen auf Institutions- und Stationsebene zu beobachten (siehe Tab. 9). Auch hier zeigte sich in der Detailauswertung, dass nicht alle Stationen, bei denen auf Institutionsebene die Weitergabe standardisierter Informationen bei der Entlassung angegeben wurde, eben dies tun. Umgekehrt gibt es auch Stationen, die standardisierte Informationen bei Entlassung weitergeben, diese Frage auf Institutionsebene jedoch mit „nein“ beantwortet wurde (siehe Tab. 9 und 10).

Tab. 9: Standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung Vergleich Institutionsebene – Stationsebene: Krankenhäuser

Bereich	Anzahl Stationen ^a	Standardisierte Informationsweitergabe ^b	Standardisierte Informationsweitergabe ^c	Keine standardisierte Informationsweitergabe ^d
Dekubitus	166	158	2	14
Inkontinenz	149	146	10	3
Mangelernährung	121	111	16	10
Intertrigo	154	147	16	7
Sturz	145	109	28	17
Freiheitsentziehende Maßnahmen	110	103	12	7

^a Anzahl der Stationen, bei denen auf Institutionsebene angegeben wurde, dass eine standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung durchgeführt wird

^b Stationen, auf denen eine standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung erfolgt und dies auch auf Institutionsebene angegeben wurde

^c Stationen, auf denen eine standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung erfolgt, dies auf Institutionsebene jedoch verneint wurde

^d Stationen, die keine standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung durchführen, obwohl dies auf Institutionsebene angegeben wurde

Tab. 10: standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung Vergleich
Institutionsebene – Stationsebene: Pflegeheime

Bereich	Anzahl Stationen ^a	Standardisierte Informations- weitergabe ^b	Standardisierte Informations- weitergabe ^c	Keine standardisierte Informations- weitergabe ^d
Dekubitus	65	61	9	4
Inkontinenz	76	71	0	5
Mangeler- nährung	61	57	3	4
Intertrigo	67	54	4	8
Sturz	68	59	7	9
Freiheitsent- ziehende Maßnahmen	69	59	6	10

^a Anzahl der Stationen, bei denen auf Institutionsebene angegeben wurde, dass eine standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung durchgeführt wird

^b Stationen, auf denen eine standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung erfolgt und dies auf Institutionsebene angegeben wurde

^c Stationen, auf denen eine standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung erfolgt, dies auf Institutionsebene jedoch verneint wurde

^d Stationen, die keine standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung durchführen, obwohl dies auf Institutionsebene angegeben wurde

6 Diskussion

6.1 Schlussfolgerung der Ergebnisse

Es zeigt sich durchgehend bei allen Qualitätsindikatoren, dass dem Pflegephänomen Dekubitus am meisten Beachtung geschenkt wird. In diesem Bereich werden am häufigsten Protokolle/Richtlinien verwendet, es werden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen angeboten, es gibt am meisten ExpertInnen, bei Entlassung wird am häufigsten standardisiert Information weiter gegeben und es wird immer dokumentiert. Bei keinem anderen Pflegephänomen konnte durchgehend so konsistent hohe Verwendung von Qualitätsindikatoren gezeigt werden. Bei Mangelernährung zeigte sich eher eine geringere Häufigkeit, vor allem bei der Verwendung von Protokollen/Richtlinien sowie standardisierter Informationsweitergabe. Insgesamt waren für die Qualitätsindikatoren Protokolle/Richtlinien, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung sowie Dokumentation die Häufigkeiten mit jenen, die in der Literatur beschrieben wurden, vergleichbar. Auffallend geringer Häufigkeiten fanden sich bei den Qualitätsindikatoren Informationsbroschüren und ExpertInnen auf Stationsebene.

Bezüglich der Unterschiede der Qualitätsindikatoren zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen hat sich gezeigt, dass statistisch signifikant mehr Krankenhäuser als Pflegeheime Protokolle/Richtlinien bei der Dekubitusbehandlung und -prävention verwenden. Statistisch nicht signifikant. Ebenso verwendeten mehr Krankenhäuser Protokolle/Richtlinien bei den Pflegephänomenen Sturz und Inkontinenz, wobei an dieser Stelle die Unterschiede nicht statistisch signifikant waren. Die QI „standardisierte Informationsweitergabe bei Entlassung“, „Pflegeexperten“ sowie „Dokumentation“ wurden in den Pflegeheimen häufiger verwendet als in den Krankenhäusern. Bei den PflegeexpertInnen waren die Unterschiede bei allen Pflegephänomenen statistisch signifikant, ebenso wie bei der Dokumentation bezüglich des Pflegephänomens Mangelernährung.

Beim Vergleich der QI zwischen Institutions- und Stationsebene zeigten sich wesentliche Diskrepanzen, so korrelieren die Angaben der Institutionsebene oftmals nicht mit jenden der Stationsebene, obschon dies auf Grund der Fragestellung zu erwarten gewesen wäre. So wird beispielsweise die Überwachung von Protokollen/Richtlinien auf Stationsebene angegeben, obschon laut Institutionsebene keine Protokolle/Richtlinien implementiert sind. Diese Problematik zieht sich über alle Qualitätsindikatoren. Die

Gründe für diese Resultate mögen an Kommunikationsdefiziten oder unterschiedlichem Verständnis darüber, was unter den Indikatoren genau zu verstehen ist.

6.2 *Diskussion der Ergebnisse*

6.2.1 *Protokolle/Richtlinien*

Beim Qualitätsindikator „Verwendung von Protokollen/Richtlinien“ konnte in der Gesamtauswertung (Auswertung über alle Einrichtungen, n=36) beobachtet werden, dass vor allem in den Bereichen freiheitsentziehende Maßnahmen (29), Sturzprävention (29) sowie Dekubitusprävention (24) und -behandlung (19) viele Einrichtungen Protokollen/Richtlinien implementiert haben (siehe Abb.1). Seltener finden sich Protokolle/Richtlinien zu Mangelernährung (16) und Inkontinenzbehandlung (10) (siehe Abb. 1). Ähnliche Zahlen finden sich in der niederländischen Prävalenzerhebung von 2007, wo ebenfalls weniger als 60% aller teilnehmenden Einrichtungen Guidelines bei Mangelernährung verwendeten (Mejers et al. 2009).

Mehrere Studien zeigen, dass die Verwendung von Protokollen und Richtlinien die Dekubitusinzidenz beeinflusst. Die Interpretation der Datenlage hinsichtlich der Verwendung von Protokollen/Richtlinien ist insofern erschwert, da bekannt ist, dass es kein einheitliches Verständnis darüber gibt, was unter Protokollen/Richtlinien im Pflegealltag verstanden wird. Es ist unter Pflegenden die Meinung weit verbreitet, dass „hausinterne Standards“ auch als Protokolle/Richtlinien gelten. Bei der LPZ werden die KoordinatorInnen der einzelnen Einrichtungen darüber informiert, dass unter Standard/Protokolle/Richtlinie evidenzbasierte Handlungsempfehlungen zu verstehen sind. So genannte „hausinterne Standards“, die von Pflgeteams entwickelt werden, sind per definitionem keine evidenzbasierte Handlungsempfehlungen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit stellen in Frage, ob derartige Hintergrundinformationen von den KoordinatorInnen auch an die Pflegenden, die dann tatsächlich die Fragebögen beantworteten, weiter gegeben wurden. Die unzureichende Informationsweitergabe beziehungsweise Unklarheiten bei Definitionen sind eine mögliche Erklärung für das Auftreten diverser Diskrepanzen auf Stations- und Institutionsebene.

Bei der Auswertung der Häufigkeiten in Krankenhäusern und Pflegeheimen auf Institutionsebene zeigte sich, dass in Pflegeheimen bei Prävention und Behandlung von Dekubitus signifikant seltener Protokolle/Richtlinien verwendet werden als in Krankenhäusern (39% Prävention, 33% Behandlung in Pflegeheimen vs. 94% Prävention,

66% Behandlung in Krankenhäusern; siehe Abb. 7). Dieses Ergebnis unterscheidet sich deutlich von den Ergebnissen in der internationalen Literatur. Beispielsweise zeigt der Vergleich zwischen niederländischen und deutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern, dass 80% der niederländischen sowie 94,4% der deutschen Pflegeheime und über 90% der Krankenhäuser in beiden Ländern Protokolle zur Dekubitusprävention verwenden. Das heißt, dass sich in Bezug auf diese beiden Qualitätsindikatoren Krankenhäuser und Pflegeheime in den Niederlanden und Deutschland kaum unterscheiden. (Tannen et al. 2009). Ähnlich verhalten sich die Daten in anderen Untersuchungen (Saliba et al. 2003, Wipke-Tevis et al. 2004, Wilborn, Halfens & Dassen 2006, Amir, Meijers & Halfens 2011, Lahman, Halfens & Dassen, Wilborn et al. 2010). Allgemein ist ein Trend erkennbar, dass in den letzten Jahren die Verwendungshäufigkeit von Protokollen/Richtlinien zugenommen hat. Die Gründe für diesen signifikanten Unterschied bei der Erhebung in Österreich 2010 können mehrere Ursachen haben. Es wäre möglich, dass die Notwendigkeit von Protokollen/Richtlinien nicht gesehen wird, weil „hausinterne Standards“ verwendet werden. Bei der Dekubitusbehandlung, bei der auch nur in 60% der Krankenhäuser Protokolle/Richtlinien verwendet werden, werden Interventionen vorwiegend nach Arztanordnungen gesetzt. Somit ist denkbar, dass deswegen keine Notwendigkeit für die Implementierung eines Protokolls/Richtlinie gesehen wird. Der signifikante Unterschied zwischen den beiden Settings lässt auch strukturelle Unterschiede vermuten, wie unzureichende Personalressourcen oder geringe finanzielle Ressourcen für diese Thematik.

Generell ist die Verwendung von Protokollen/Richtlinien für Inkontinenz im Vergleich zu den anderen Pflegeproblemen niedrig (siehe Abb. 7). Die Anwendungshäufigkeiten sollten allgemein laut Fachliteratur höher liegen als dies in der Europäische Pflegequalitätserhebung der Fall war. Sieben von 18 Krankenhäusern und drei von 18 Pflegeheimen gaben an Protokolle/Richtlinien zu verwenden. Diese Daten sind insofern überraschend, da in der Literatur beschrieben ist, dass Pflegeheime tendenziell eher Protokolle/Richtlinien beim Pflegephänomen Inkontinenz anwenden als Krankenhäuser. (Wagg 2004) (Wagg et al. 2008) (Ouslander & Parmelee 2008)

Auch im Bereich Mangelernährung verwendeten weniger als die Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen (Krankenhäuser und Pflegeheime) Protokolle/Richtlinien. Diese Zahlen decken sich teilweise mit den Ergebnissen in der Literatur. Bei einer landesweiten Querschnittsstudie in Belgien verwendeten ebenfalls nur 13,6% von 140 Stationen eine Guideline zu Mangelernährung (Vanderwee et al. 2010). Wesentlich

höhere Zahlen zeigten sich bei der deutschen und niederländischen Prävalenzerhebung von 2007. Dort hatten über 80% der deutschen und niederländischen Pflegeheime Protokolle zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung (van Nie-Visser 2011). Dies kann zumindest teilweise darauf zurückgeführt werden, dass in den Niederlanden das Pflegephänomen Mangelernährung ein Forschungsschwerpunkt ist.

Bei der Auswertung über alle Einrichtungen hat sich gezeigt, dass 80% (29) Protokolle/Richtlinien für Sturz verwenden. Die Resultate im Vergleich zwischen Pflegeheimen und Krankenhäuser ergaben, dass 16 (n=18) Krankenhäuser und 13 (n=18) Pflegeheime Protokolle/Richtlinien für Sturz implementiert hatten. Weit geringere Häufigkeiten zeigten sich bei den deutschen Prävalenzerhebungen 2004, bei der eines von 39 Krankenhäusern angab, eine Guideline implementiert zu haben, sowie zehn von 29 Pflegeheimen. 2006 hatten bereits elf von 28 Krankenhäusern eine Guideline implementiert (Raeder et al. 2008, Heinze, Halfens & Dassen 2007). Es muss jedoch an dieser Stelle nochmals angemerkt werden, dass nicht unbedingt davon ausgegangen werden kann, dass die teilnehmenden Einrichtungen tatsächlich nach evidenzbasierten Handlungsempfehlungen vorgehen, sondern „hausinterne Standards“ als solche interpretiert werden. Dies würde zu einer Verfälschung der Häufigkeiten nach oben hin führen und daher nur bedingt die Vergleichbarkeit mit der Literatur erlauben.

Beim Vergleich zwischen Institutions- und Stationsebene wurde auf Institutionsebene gefragt, ob Protokolle/Richtlinien vorhanden sind und auf Stationsebene, ob Protokolle/Richtlinien überwacht werden. Es zeigte sich jedoch, dass einige Stationen (siehe Tab. 4) angaben Protokolle/Richtlinien zu überwachen, obwohl auf Institutionsebene angegeben wurde, dass keine Protokolle/Richtlinien vorhanden sind. Ebenso wurde umgekehrt auf Institutionsebene angegeben, dass Protokolle/Richtlinien vorhanden sind, diese wurden aber auf den Stationen nicht überwacht. In der Literatur wird eine solche Problematik kaum beschrieben, lediglich Gama et al. (2011) fanden, dass in einer Einrichtung, die bezüglich Qualitätsverbesserungsmaßnahmen evaluiert werden sollte, zwar eine Guideline existierte, doch von den Pflegekräften niemand darüber Bescheid wusste und demzufolge auch nicht verwendete. Die Gründe für diese Ergebnisse sind sicher vielschichtiger Natur. Eine Erklärung könnte - wie oben beschrieben - sein, dass Pflegekräfte ein unterschiedliches Verständnis von Protokollen/Richtlinien haben. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass auf den Stationen das Vorhandensein von Protokollen/Richtlinien nicht bekannt ist. Der wohl

trivialste Grund wäre, dass die Überwachung der Einhaltung der Protokolle/Richtlinien in der Praxis nicht vorgesehen ist oder aufgrund von Personalmangel nicht lebbar ist.

6.2.2 PflegeexpertInnen/Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden in den teilnehmenden Einrichtungen vor allem zu den Themen freiheitsentziehende Maßnahmen (26 von 36), Mangelernährung (30 von 36) sowie Dekubitus (31 von 36) angeboten. Bei vergleichbaren Untersuchungen in der Fachliteratur waren die Zahlen ähnlich, so wurden in 87,9% der untersuchten Fälle Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Dekubitus angeboten (Amir, Meijers & Halfens 2011). Bei Mangelernährung wurden in 50% der niederländischen Pflegeheime und in 80% der deutschen Pflegeheime Fort- und Weiterbildungen durchgeführt (van Nie-Visser 2011). Auch über Sturz (21 von 36) und Inkontinenz (25 von 36) werden in einem Großteil der Einrichtungen Fortbildungsmaßnahmen angeboten. Diese relativ hohe Frequenz bei Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen mag darin begründet sein, dass sie mittlerweile doch als fester Bestandteil in den Einrichtungen implementiert ist, wobei man hier anmerken sollte, dass sich die Fragestellung auf Maßnahmen in den letzten zwei Jahren bezog und keine weiteren Angaben über Ausmaß und Dauer erhoben wurden. Hier stellt sich die Frage ob eine einmalig Fort- und Weiterbildungsmaßnahme eine ausreichende Höherqualifizierung des Personals bedeutet, die bereits einen Einfluss auf Prozessqualität und in weiterer Folge auf das Outcome hat. Ein Großteil der Literatur zeigt einen positiven Einfluss von höher qualifiziertem Personal auf die Pflegequalität (Kim, Harrington & Green 2009, Hart & Davis 2011, Lynn et al. 2007). Hier sollten die Ergebnisse auch in Zusammenhang mit der Anzahl an PflegeexpertInnen gesehen werden, da bei ExpertInnen ein gewisses Ausmaß an formaler Ausbildung angenommen werden kann. Das kann bedeuten, wenn es für einen Bereich eine/n ExpertIn gibt, benötigt nicht unbedingt das gesamte Pflegeteam eine formale Ausbildung. Es reicht für einen positiven Einfluss auf Outcome und Prozessqualität möglicherweise aus, wenn die/der ExpertIn ihr/sein Wissen gut ins Team einbringt. Die Gesamtauswertung hinsichtlich (Pflege-) ExpertInnen wurde aus der Befragung auf Stationsebene analysiert, weil dort die Daten bezüglich aller Pflegephänomene erhoben worden waren. Für Dekubitus gibt es auf 42% der Stationen PflegeexpertInnen, bei allen anderen Bereichen lagen die Häufigkeiten unter 30%. Hier sei jedoch angemerkt, dass PflegeexpertInnen durchaus auch auf institutioneller Ebene angesiedelt sein können, und

deshalb auf Stationsebene nicht aufscheinen. Dieser Diskussionspunkt wird an späterer Stelle noch näher erläutert.

Bei Wipke-Tevis et al. (2004) zeigte sich eine Häufigkeit von Wundexperten von 62,9% in Pflegeheimen, welche vergleichbar ist mit den Daten zu Dekubitusexperten auf Institutionsebene (14 von 18, entsprechend 77%). Auf Stationsebene konnte nur eine Häufigkeit von 37% beobachtet werden. Sowohl auf Institutions- als auch Stationsebene sind die ExpertInnen für Dekubitus am häufigsten vertreten. Das mag daran liegen, dass Dekubitalulzera als vorrangiges Pflegeproblem gesehen werden, zumal dies auch mit massiven Folgeerscheinungen wie Schmerzen und Infektionen einhergeht und auch hohen Versorgungsaufwand und Kosten nach sich zieht. Nicht zuletzt wird die Häufigkeit von Dekubitalulzera von Angehörigen/Öffentlichkeit auch als Qualitätskriterium für eine Einrichtung gesehen.

Hinsichtlich Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind die Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen vor allem bei Dekubitus und freiheitsentziehenden Maßnahmen nicht gravierend. Für das Pflegeproblem der Inkontinenz finden in den Pflegeheimen etwas häufiger Fortbildungen statt (15) als in Krankenhäusern (10). Dies zeigte sich auch bei Wagg et al., wo in allen elf teilnehmenden Pflegeheimen, hingegen nur in sechs von 13 Krankenhäusern Fort- und Weiterbildungen für Inkontinenz stattfanden (Wagg et al. 2004). Bezüglich Mangelernährung gibt es in Krankenhäusern etwas häufiger Fort- und Weiterbildung als in Pflegeheimen (17 vs. 13), ebenso im Bereich Sturz, wo in 13 Krankenhäusern und acht Pflegeheimen Maßnahmen stattfanden (siehe Abb.8). Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich auch im Vergleich zwischen niederländischen Krankenhäusern in Bezug auf Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bei Mangelernährung (Meijers et al. 2009).

Alle teilnehmenden Pflegeheime hatten auf Stationsebene signifikant mehr Pflegeexperten als Krankenhäuser. Der Vergleich mit internationaler Literatur ist an dieser Stelle schwierig, da es kaum Fachliteratur gibt, die den Fokus auf Unterschiede zwischen Häufigkeiten von Pflegeexperten hat. Lediglich konnte gezeigt werden, dass in Krankenhäusern häufiger „expert groups“ für die Bereiche Dekubitus und Mangelernährung vorhanden sind als in Pflegeheimen (Tannen et al. 2009, Meijers et al. 2009). Dennoch: die Häufigkeiten in den Pflegeheimen sind zwar höher, aber nur für die Bereiche Dekubitus und Inkontinenz, in denen etwas mehr als die Hälfte der Pflegeheime ExpertInnen haben. In allen anderen Bereichen der Pflegeheime sind es weniger als 40% der Stationen. Auch hier sind die geringen Häufigkeiten möglicherweise dadurch

erklärbar, dass es keine Tradition für PflegeexpertInnen und auch nur begrenzte Ausbildungsmöglichkeiten gibt. Möglicherweise könnte es auch daran liegen, dass das Verständnis für den Begriff der PflegeexpertInnen in den Pflegeheimen ein anderes ist als in Krankenhäusern. So könnten beispielsweise in den Krankenhäusern nur diejenigen Fachkräfte als PflegeexpertInnen gesehen werden, die dafür eine formale Ausbildung haben. Erfahrungsgemäß gibt es auf Stationen Pflegekräfte mit speziellen Zuständigkeitsbereichen, die als PflegeexpertInnen verstanden werden, an dieser Stelle aber nicht unbedingt eine formale Ausbildung vorausgesetzt wird.

Ein Vergleich zwischen Institutions- und Stationsebene ist nur eingeschränkt möglich, da auf Institutionsebene nur nach ExpertInnen für Dekubitus und Inkontinenz gefragt wurde. Bei Mangelernährung wurde auf Institutionsebene nach DiätassistentInnen gefragt. In den Bereichen Dekubitus- und Inkontinenz ist erkennbar, dass es auf Institutionsebene häufiger PflegeexpertInnen gibt als auf Stationsebene (siehe Tab. 7). Dies ist möglicherweise damit begründbar, dass es Einrichtungen ausreichend erscheint, wenn es auf institutioneller Ebene eine/n ExpertIn für einen bestimmten Bereich gibt.

6.2.3 Informationsbroschüren

Informationsbroschüren für PatientInnen und Angehörige sind in wenigen teilnehmenden Einrichtungen vorhanden. Für Sturz gibt es in 15 von 36 Einrichtungen Informationsmaterial, für Mangelernährung und Inkontinenz in zehn der 36 Einrichtungen bei Dekubitus und Inkontinenz in weniger als zehn (siehe Abb. 4). In der Literatur finden sich diesbezüglich kontroverse Ergebnisse von weniger als ein Prozent Häufigkeit (Saliba et al. 2003) bis zu 93,9% (Amir, Meijers & Halfens 2011, van Vie-Visser et al. 2011, Bartholomeyzik 2010). Eine Erklärungsmöglichkeit ist, dass zu bestimmten Themen zu wenig Informationsmaterial vorhanden ist, da offenbar die österreichische Informationskultur für PatientInnen und (pflegende) Angehörige noch nicht sehr ausgeprägt ist. Ein weiterer Grund wäre, dass die Relevanz, PatientInnen und Angehörige über Pflegephänomene zu informieren, teilweise sicher aufgrund der Unterschätzung der Notwendigkeit nicht gesehen wird. So hat beispielsweise das pflegerische Beratungsgespräch, in dessen Zusammenhang Informationsmaterial ausgehändigt werden könnte, kaum Tradition in Österreichs Pflegeeinrichtungen.

Wie bereits oben erwähnt und in Abb. 5 dargestellt, stehen in den wenigsten Einrichtungen Informationsmaterialien/-broschüren für PatientInnen und Angehörige zur Verfügung. Es lässt sich jedoch auch hier eine höhere Häufigkeit in Krankenhäusern

beobachten, was auch in einer Studie von Tannen et al. bestätigt wird (Tannen et al. 2009). Bei der Bereitstellung von Informationsmaterial in der Gesamtauswertung verhalten sich Institutions- und Stationsebene ähnlich (siehe Tab. 6), doch auch hier sind Diskrepanzen erkennbar. Vor allem auf Stationen der Krankenhäuser, bei denen auf Institutionsebene angegeben worden war, dass Informationsmaterial zur Verfügung steht, wurde angegeben dass keines vorhanden ist. (siehe Tab. 7). Hier könnte es ein Kommunikationsdefizit geben, d.h. die Stationen werden nicht darüber in Kenntnis gesetzt, dass es Informationsbroschüren zu Pflegephänomenen gibt, so dass diese auch nicht an die PatientInnen und Angehörige weiter gegeben werden können.

6.2.4 Standardisierte Informationsweitergabe bei Verlegungen/Entlassungen

Die standardisierte Informationsweitergabe bei Verlegungen/Entlassungen wird hingegen in den meisten Einrichtungen vorgenommen. So werden bezüglich Sturz, Inkontinenz und Dekubitus in über 30 Einrichtungen standardisiert Informationen weitergegeben. Den niedrigsten Wert zeigte die Informationsweitergabe bei Verlegung/Entlassung zum Thema Mangelernährung, wo in insgesamt 26 Einrichtungen standardisiert Informationen weitergegeben wurden (siehe Abb. 5). Auch hier trifft zu, dass Mangelernährung und deren Auswirkungen erst in den letzten Jahren vermehrt auch in der Pflegepraxis berücksichtigt wird. Die häufige standardisierte Weitergabe von Informationen bei Verlegung und Entlassung kann auch im Zusammenhang mit der Dokumentation gesehen werden. Dieser wird in der Pflege schon seit einigen Jahren ein sehr hoher Stellenwert zugewiesen. So scheint es nur eine logische Folge zu sein, auch bei Entlassung und Verlegung „gut“ zu dokumentieren. Diese Vermutung stützt sich auf die hohen Werte bei den Qualitätsindikatoren bezüglich Dokumentation.

Beim Vergleich zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zeigte sich, dass in allen Bereichen außer Dekubitus Pflegeheime häufiger standardisiert Informationen weiter geben. Die Unterschiede zwischen den beiden Einrichtungstypen sind jedoch gering (siehe Abb. 13). Lediglich im Bereich Intertrigo werden in den Krankenhäusern signifikant häufiger Informationen bei Entlassung weitergegeben und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen wird eine spezifische Informationsweitergabe zu dieser Problematik signifikant häufiger von Pflegeheimen durchgeführt.

Diskrepanzen zeigen sich bezüglich dieses QI auch zwischen Institutions- und Stationsebene. Es gibt einige Stationen (vor allem in den Krankenhäusern), die

standardisiert Informationen weitergeben, wobei diese Frage auf Institutionsebene jedoch verneint wurde. Umgekehrt gibt es auch einige Stationen, die diese Frage verneinten, obwohl auf Institutionsebene angegeben wurde, dass eine standardisierte Informationsweitergabe stattfindet (siehe Tab. 9). Möglicherweise liegen die Gründe dafür auch hier in einem unterschiedlichen Verständnis für die Bedeutung der standardisierten Informationsweitergabe. Die Häufigkeitsauswertung ergab, dass ein größerer Anteil an Stationen angab, standardisiert Informationen weiterzugeben, als es auf Institutionsebene der Fall war. Auch hier könnte auf Institutionsebene der Begriff so verstanden werden, dass hierbei formale Kriterien zum Tragen kommen, auf Stationsebene jedoch auch eine standardisierte Informationsweitergabe mit einem nicht standardisierten Formular oder ähnlichem in Verbindung gebracht wird. Der Großteil der Angaben zu diesem Punkt stimmen auf Stationsebene und Institutionsebene bezüglich Weitergabe von standardisierten Informationen jedoch überein (siehe Tab. 9).

6.2.5 Dokumentation

Auffallend viele statistisch signifikante Unterschiede gab es bei den Qualitätsindikatoren für Dokumentation im Bereich der Mangelernährung, vor allem hinsichtlich Erfassung des Ernährungszustandes und Erfassung des Risikos. Auch hier lassen sich nur Vermutungen über die Ursache anstellen. Van Nie-Visser et. al (2011) hat die Qualität von Pflege bei Mangelernährung zwischen deutschen und niederländischen Pflegeheimen untersucht und berichtet von einem nahezu lückenlosen Screening in deutschen Langzeitpflegeeinrichtungen. Diese Zahlen decken sich nahezu mit den teilnehmenden Pflegeheimen, so dokumentieren alle Pflegeheime den Ernährungszustand und 93% erfassen das Risiko für eine Mangelernährung. Der Grund für diese Diskrepanz zu Krankenhäusern besteht möglicherweise darin, dass in Langzeitpflegeeinrichtungen Mangelernährung als Pflegeproblem präsenter ist. Auch Meijers et al. (2009) kamen zum Ergebnis, dass Pflegeheime stärker auf die Qualität hinsichtlich Mangelernährung schauen, speziell auf der Stationsebene, als dies Krankenhäuser tun (Meijers et al. 2009).

Alle Stationen dokumentieren freiheitsentziehende Maßnahmen, Dekubitusprävention und -behandlung sowie das Dekubitusrisiko. Diese Zahlen finden sich auch in der Untersuchung von Wipke-Tevis et. al (2004) wieder, wo nahezu alle Einrichtungen Dekubituswunden dokumentierten, ebenso wie bei Lynn et al. (2007), Bartholomeyzik et al. (2010) und Amir, Meijers & Halfens (2011). Im Vergleich etwas niedrigere Werte konnten im Bereich der Mangelernährung beobachtet werden, so wird in nur 68% der Stationen das Risiko der Mangelernährung dokumentiert, was auch belegt,

dass dieses Pflegephänomen zum Beispiel im Vergleich zur Dekubitusprävention einen geringeren Stellenwert in der Wahrnehmung der Pflegenden besitzt. Bezüglich der Dokumentation bei den Dekubitalulzera kann dies wie bereits oben beschrieben ebenso auf Pflegetradition begründet werden. Es wird unter Pflegekräften als Selbstverständlichkeit gesehen, dieses Phänomen zu dokumentieren. Zudem ist es ein sehr offensichtliches Problem im Gegensatz zur Mangelernährung, die eher versteckt auftreten kann. Die hohen Werte der Dokumentation bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen sind in der gesetzlichen Lage begründet, da Pflegekräfte verpflichtet sind, derartige Maßnahmen zu dokumentieren.

6.3 *Limitationen der Erhebung*

Eine Limitation ist die geringe Stichprobe, wodurch keine repräsentativen Daten ableitbar sind und somit nicht generell auf alle Einrichtungen in Österreich geschlossen werden kann.

6.4 *Implikationen für Forschung und Praxis*

An erster Stelle steht, dass weitere Forschung in Bezug auf die Häufigkeit der Verwendung von Qualitätsindikatoren durchgeführt werden muss, um repräsentative Ergebnisse zu erhalten auf deren Basis weiterführende Qualitätsverbesserungsmaßnahmen implementiert werden können. Qualität in der Pflege und auch PatientInnensicherheit werden in den nächsten Jahren in Österreich mit Sicherheit an Bedeutung zunehmen. Um hier gut argumentieren zu können, vor allem auch im Hinblick auf eingegrenzte Ressourcen, werden unbedingt weitere Daten sowohl für die Forschung als auch für die Praxis benötigt. Ebenso sollte angestrebt werden, den Einfluss von Struktur- und Prozessqualität auf das Pflegeergebnis zu untersuchen, um noch gezielter Veränderung an Struktur und Prozess vornehmen zu können.

Trotz der Beschränktheit des Datenumfanges sind einige deutliche Tendenzen erkennbar und die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit internationaler Literatur in Zusammenhang gebracht, erlauben Implikationen für die Praxis.

Hinsichtlich der Indikatoren in Bezug auf die Verwendung und Überwachung von Protokollen/Richtlinien steht an erster Stelle, dass ein einheitliches Verständnis geschaffen werden muss, was unter Protokollen/Richtlinien zu verstehen ist und diese insbesondere nicht mit hausinternen Standards gleich zu setzen sind. In weitere Folge wäre eine umfassende Implementierung dieser anzustreben, denn wie die Literatur zeigt,

beeinflusst eine Vorgehensweise, die sich an Protokollen/Richtlinien orientiert, das Pflegeergebnis. Bezüglich Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie PflegeexpertInnen kann abgeleitet werden, je mehr besser ausgebildetes Pflegepersonal in den Einrichtungen tätig ist, umso positiver sind die Auswirkungen auf die Pflegeergebnisse. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind in vielen Einrichtungen bereits ein fixer Bestandteil. Dennoch wäre es auch notwendig, diese hinsichtlich Häufigkeit, Ausmaß und Einfluss auf die Ergebnisqualität zu überprüfen. Bei den PflegeexpertInnen besteht noch Handlungsbedarf, da weniger als 40% der Einrichtungen PflegeexpertInnen beschäftigen. Vor allem auch in Hinblick auf einen internationalen Angleich der Tätigkeitsbereiche und Verantwortlichkeiten, die Pflegende im Gesundheitswesen einnehmen, wäre eine Erhöhung des Anteils an PflegeexpertInnen wünschenswert.

Ein weiterer QI, bei dem Handlungsbedarf für die Praxis besteht, ist die Bereitstellung von Informationsbroschüren. Der „informierte Patient“ oder „Patientenedukation“ sind Begriffe, die im modernen Pflegealltag auch als ein Zeichen für qualitativ hochwertige Pflege stehen. Deswegen ist es anzustreben, dass Einrichtungen vermehrt PatientInnen und Angehörige über Pflegephänomene informieren und damit auch einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten.

Eine umfassende Dokumentation, vor allem in Bezug auf das Pflegephänomen Dekubitus, scheint schon gängige Praxis zu sein. Aber auch hier gibt es vor allem hinsichtlich des Pflegephänomens Mangelernährung noch Handlungsbedarf. Insbesondere in Krankenhäusern wird eher weniger dokumentiert, was impliziert, dass diese Problematik in der Pflege wenig erfasst wird. Gerade in Bezug auf Mangelernährung, welche eine manchmal nicht auf den ersten Blick erkennbare Problematik darstellt, ist es von immenser Wichtigkeit, dass hier gut aufgezeichnet wird, was ein erster Schritt für ein Screening sein kann.

Zusammenfassend kann noch gesagt werden, dass auf Grund der Diskrepanzen der Ergebnisse zwischen Institutions- und Stationsebene auf Informations- und Kommunikationsdefizite zurück geschlossen werden kann und es gilt, diese zu beseitigen. Das Ziel, Pflege qualitativ zu verbessern, ist nur möglich, wenn alle an der Pflege beteiligten Personen gemeinsam daran arbeiten.

7 Literaturverzeichnis

Abel, R, Warren, K, Bean, G, Gabbard, B, Lyder, C, Bing, M & McCauley C 2005, 'Quality Improvement in Nursing Homes in Texas: Results from a Pressure Ulcer Prevention Project', *Journal of American Medical Directors Association*, vol. 6, pp. 181-188.

Abrams, P, Cardozo, L, Khoury, S & Wein, A (ed.) 2002, 2nd International Consultation on Incontinence Paris, Plymbridge Distributors, UK Plymouth.

Agency of Healthcare Research and Quality, 2011 download am 14. 09. 2011
<<http://www.ahrq.gov/about/profile.htm>>.

Albiez, T, Bächle, B, Grässle, B, Naegele, M, Schramm, K & Treiber, J 2005, 'Pflegequalifikation bestimmt Pflegequalität', *PrinterNet*, vol. 11.

American Nurses Association 1996, Nursing Quality Indicators: Definitions and Implications, American Nurses Association, Washington .

Amir, Y, Meijers, J & Halfens, R 2011, 'Retrospective study of pressure ulcer prevalence in Dutch general hospitals since 2001', *Journal of Wound Care*, vol. 20, no. 1.

Arah, OH, Klazinga, NS, Delnoij, DMJ, Ten Asborek, AHA & Custers, T 2003, 'Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 15, no. 5.

Arora, VM, Johnson, M, Olson, J, Pordrazik, PM, Levine, S, DuBeau, CE, Sachs, G & Meltzer, DO 2007, 'Using Assessing Care of Vulnerable Elders Quality Indicators to Measure Quality of Hospital Care for Vulnerable Elders', *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 55, pp. 1705-1711.

Attree, M 1996, 'Towards a conceptual model of 'Quality Care'', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 33, no. 1, pp. 13-28.

Attree, M 1993, 'An analysis of the concept „quality‘ as it relates to contemporary nursing care', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 30, no. 4, pp. 355-369.

Attree, M 2001, 'A study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care', *Journal of Nursing Management*, vol. 9, pp. 67-78.

Bartholomeyczik, S, Reuther, S, Luft, L, van Nie, N, Meijers, J, Schols, J & Halfens, R 2010, 'Prävalenz von Mangelernährung, Maßnahmen und Qualitätsindikatoren in deutschen Altenpflegeheimen – erste Ergebnisse einer landesweiten Pilotstudie', *Gesundheitswesen*, vol. 72, pp. 868-874.

Blegen, M, Vaughn, TE & Goode, C, 2001, 'Nurse Experience and Education: Effect on Quality of Care', *The Journal of Nursing Administration*, vol. 31, no. 1, pp. 33-39.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010, *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008*, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2011, *Hochaltrigkeit in Österreich: Eine Bestandsaufnahme*, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien .

Burhans, L & Alligood, M 2010, Quality nursing care in the words of nurses, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 66, no. 8, pp. 1689-1697.

Butler, M, Collins, R, Drennan, J, Halligan, P, O'Mathúna, DP, Schultz, TH, Sheridan, A & Vilis, E 2011, 'Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes (Review)', *The Cochrane Collaboration*, Issue 7.

Campbell, SM, Roland, MO & Buetow, SA 2000, *Defining quality of care*, *Social Science & Medicine*, vol. 51, pp. 1611 – 1625.

Castle, N & Engberg, J 2007, 'The Influence of Staffing Characteristics on Quality of Care in Nursing Homes', *Health Services Research*, vol. 42, no. 5, pp.1822-1847.

Castle, N & Ferguson, J 2010, 'What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured?', *The Gerontologist*, vol. 50, no. 4, pp. 426-442.

Chang, B, Lee, J, Pearson, M, Kahn, K, Elliot, M & Rubenstein, L 2002, 'Evaluating Quality of Nursing Care: The Gap Between Theory and Practice', *Journal of Nursing Administration*, vol. 32, no. 7/8, pp. 405-418.

Currie, V, Harvey, G, McKenna H & Keeney, S 2005, 'Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix & and nurse autonomy: literature review', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 51, no. 1, pp. 73-82.

Copnell, B, Hagger, V, Wilson, S, Evans, S, Sprivulis, P & Cameron, P 2009, 'Measuring the quality of hospital care: an inventory of indicators', *Internal Medicine Journal*, vol. 39, pp. 352-360.

de Laat, E, Schoonhoven, L, Pickkers, P Verbeek, AL & Van Achterberg, T 2006, 'Implementation of a new policy results in a decrease of pressure ulcer frequency', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 18, no. 2, pp.107-112.

Dahlstrom, M, Best, T, Baker, C, Doering, D, Davis, A, Doty, J & Arora, V 2011, 'Improving identification and documentation of pressure ulcers at an urban academic hospital', *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, vol. 37, no. 3, pp. 123-130.

Demir, F, Ozsaker, E & Ilce, A 2008, 'The quality and suitability of written educational materials for patients', *Journal of Clinican Nursing*, vol. 17, pp. 249-265.

Dienemann, J (ed.) 1992, "Continuous Quality Improvement in Nursing", American Nurses Association Council on Nursing Administration, Washington, D.C.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (edn.) 2006, Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Osnabrück .

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (edn.) 2009, Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Osnabrück .

Donabedian, A 1966, *Evaluating the quality of medical care*, Milbank Memorial Fund quarterly, vol. 44, no. 3, pp. 166-206.

Donabedian, A 1980, '*Methods for deriving criteria for assessing the quality of Medical Care*', Medical Care Review, vol. 37, no. 3, pp.653-598.

Donabedian, A 1988, 'The quality of care. How can it be assessed?', *Journal of the American Medical Association*, vol. 260, pp. 1743-1748`.

Du Moulin, M, Hammers J, Paulus, A, Berendsen, C & Halfens, R 2007, '*Effects of Introducing a Specialized Nurse in the Care of Community-Dwelling Women Suffering From Urinary Incontinence*', Journal Wound Ostomy Continence Nurs., vol. 34, no. 6, pp.631-640.

Du Moulin, M, van Haastregt, J & Hamers, J 2010, 'Monitoring quality of care in nursing homes and making information available for the general public: State of the art', *Patient Education and Counseling*, vol. 78, pp. 288-296

Duffy, JR & Hoskins, LM 2003, "'The Quality-Caring Model: Blending Dual Paradigms', *Advances in Nursing Science*, vol. 26, no. 1, pp.77-88.

Ehrenberg, A & Birgersson, C 2003, Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district, *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol. 17, pp. 278-284

Evans, D, Wood, J & Lambert, L 2003, 'Patient injury and physical restraints devices: a systematic review, *Journal of Advanced Nursing*', vol.41, no. 3, pp. 274-282.

Evans, S, Lowinger, J, Sprivulis, P, Copnell, B & Cameron, P 2009, 'Prioritizing quality indicator development across the healthcare system: identifying what to measure', *Internal Medicine Journal*, vol. 39, pp. 648-654.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) 2009, 'Leitlinie Dekubitus Prävention: Eine Kurzanleitung', *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, Washington DC

Flynn, L, Liang, Y, Dicksons, G & Aiken, L 2010, Effects of Nursing Practice Environments on Quality Outcomes in Nursing Homes, *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 58, pp.2401-2406.

Gajewski, B, Hall, M & Dunton, N 2007, 'Summarizing Benchmarks in the National Database of Nursing Quality Indicators Using Bootstrap Confidence Intervals', *Research in Nursing & Health*, vol. 30, pp. 112-119.

Gama, ZAS, Medina-Mirapeix, F & Saturno PJ 2011, 'Ensuring Evidence-Based Practices for Falls Prevention in a Nursing Home Setting, *Journal of American Medical Directors Association*, vol. 12, p. 398-402.

Gebert, AJ & Kneubühler, HU 2001, *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen*, 2nd edn, Verlag Hans Huber, Bern

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2011, 'Jahresbericht 2010', Gesundheit Österreich GmbH, Wien.

Gunther, A & Alligood, MR 2001, 'A discipline-specific determination of high quality nursing care', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 38, no. 4, pp. 353-359.

Godolphin, W, Towle, A & McKendry, R 2001, 'Evaluation of the quality of patient information to support informed shared decision-making', *Health Expectations*, no. 4, pp. 235-242.

Griffin, J, McKenn, K & Tooth, L 2003, 'Written health educational materials: Making them more effective', *Australina Occupational Therapy Journal*, vol. 50, pp. 170-177

Grimmer, K & Moss, J 2001, 'The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 13, no. 2, pp. 109-116

Grol, R, Wensing, M & Eccles, M 2005, *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice*, Elsevier Butterworth Heinemann, Edinburgh, London .

Hart, P & Davis, N 2011, 'Effects of Nursing Care and Staff Skill Mix on Patient Outcomes Within Acute Care Nursing Units', *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 26, no. 2, pp. 161-168

Heinze, C, Halfens, R & Dassen, T 2007, 'Falls in German in-patients and residents over 65 years of age', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, pp. 495-501.

Huycke, L & All, A 2000, "*Quality in health care and ethical principles*", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, no. 3, pp. 562-571.

Jankowski, I 2010, *Machtching Patient Safety Goals to the Nursing Speciality: Using Wound, Ostomy, Continence Nursing Services*, *Journal of Nursing Administration*, vol. 40, no. 1, pp. 26-31.

Kane, RL 2006, *Understanding Health Care Outcome Research*, 2nd edn, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts.

Kristensen, S, Mainz, J & Bartels, P 2009, 'Selection of indicators for continuous monitoring of patient safety: recommendations of the project 'safety improvements for patients in Europe'', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 21, no. 3, pp. 169-175

Krüger, C, Meyer, G & Harmers, J 2010, Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus: Ein systematischer Literaturüberblick, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, vol. 5, no. 43, pp. 291-296.

Kim, H, Harrington, C & Greene, W 2009, "*Registered Nurse Staffing Mix and Quality of Care in Nursing Homes: A Longitudinal Analysis*", The Gerontologist, vol. 49, no. 1, pp. 81-90.

Kunkel, S, Rosenqvist, U & Westerling, R 2007, 'The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital departments in sweden', *BMC Health Service Research*, vol. 7, no. 104.

Lahmann, N, Halfens, R & Dassen, T 2010, '*Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals*', Journal of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals, vol. 16, pp. 50-56.

Lawhorne, L, Ouslander, J & Parmelee, P 2008, 'Clinical Practice Guidelines, Process Improvement Teams, and Performance on a Quality Indicator for Urinary Incontinence: a Pilot Study', Journal of American Medical Directors

Lynn, J, West, J, Hausamann, S, Gifford, D, Nelson, R, McGann, P, Bergstrom, N & Ryan J 2007, 'Collaborative Clinical Quality Improvement for Pressure Ulcer in Nursing Homes', Journal of American Geriatrics Society, vol. 55, pp. 1663-1669.

Ludwig Boltzmann Insitut für Medizin- und Gesundheitssoziologie 2003, 'Pflegenotstand in Österreich: Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB', Wien

Mainz, J 2003, 'Defining and classifying clinical indicators for quality improvement', International Journal for Quality in Health Care, vol. 15, no. 6, pp. 523-530.

McGillis, L, Peterson, J, Brown, A, McKillop, I & Pedersen, C 2008, 'Nurse Staffing and System Integration and Change Indicators in Acute Care Hospitals', *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 23, no. 3, pp. 242-250.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. 2009, 'Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches'

McLoughlin, V, Leatherman, S, Fletcher, M & Owen J 2001, 'Improving performance using indicators. Recent experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 13, no. 6, pp. 455-462.

Meijers, J, Halfens, R, van der Schueren, M, Dassen, T & Schols, J 2009, '*Malnutrition in Dutch health care: Prevalence, prevention, treatment and quality indicators*', *Nutrition*, vol. 25, pp.512-519.

Mitchell, P & Shortell, S 1997, 'Adverse Outcomes and Variations in Organization of Care Delivery', *Medical Care*, vol 35, no.11, pp. NS19-NS32.

Mitchell, P, Ferketich, S, Jennings, B, 1998, 'Quality Health Outcomes Model', *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 30, no. 1, pp. 43-46.

Mueller, C & Karon, S 2004, 'ANA Nurse Sensitive Quality Indicators for Long-term Care Facilities', *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 19, no. 1, pp. 39-47.

Nakrem, S, Vinsnes Guttormsen, A, Harkless, G, Paulsen, B & Seim, A 2009, 'Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 46, pp. 848-857.

Nolan, J, Nolan, M & Booth, A 2001, 'Developing the nurse's role in patient education: rehabilitation as a case example', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 38, pp. 163-173.

NHS Quality Improvement Scotland 2005, 'The Impact of Nursing on Patient Clinical Outcomes', Scottish Executive

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) 2006, *Österreichischer Pflegebericht*, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.

Mistiaen, P & Halm-Walters, H 2009, 'Preventions and treatment of intertrigo in large skin folds of adults: a systematic review', *BMC Nursing*, vol. 9, no. 12.

Nightingale, F 1860 (Dover 1969 ed.), 'Notes on Nursing: what it is and what it is not', Dover Publications, Inc. New York

Kane, R, Shamliyan, T, Mueller, C, Duval, S & Wilt, T 2007, 'The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes', *Medical Care*, vol. 45, pp. 1195-1204

King's College London 2008, Policy, 'Can you measure nursing?', National Nursing Research Unit

Kwong, E, Lau, A, Lee, R & Kwan, R 2011, 'A pressure ulcer prevention programme specially designed for nursing homes: does it work?', *Journal of Clinical nursing*, vol. 20, pp. 2777-2786.

Patrician, P, Loan, L, McCarthy, M, Brosch LR & Davey, KS 2010, 'Towards Evidence-based Management: Creating an Informative Database of Nursing-Sensitive Indicators', *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 42, no. 4, pp. 358-366.

Page, A 2004, Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses. A report of the Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety Board on Health Care Services. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.

Pirlich, M, Schwenk, A, Müller, MJ, Ockenga, J, Schmidt, S, Schütz, T, Selberg, O & Volkert, D 2003, 'DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Ernährungsstatus', *Aktuelle Ernährung Med.*, vol. 28, supp. 1, pp. 10-25

Polit, DF & Beck, CT 2008, ' *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practise*', 8th edn, Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Popp, J, Profener, F, Stappenbeck, J, Reintjes, R & Weber, P 2006, 'Der Einfluss des Fachkräfteanteils auf die Dekubitusinzidenz in Pflegeheimen', *Pflege*, vol. 19, pp. 303-307.

Pottenkämper, K 2010, 'Auswahl und Bestimmung von Qualitätsindikatoren', *Die Schwester Der Pfleger*, vol. 50. , no. 10/11

Raeder, K, Siegmund, U, Grittner, U, Dassen, T & Heinze, C 2010, 'The use of fall prevention guidelines in German hospitals – a multilevel analysis', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 16, pp. 464-469.

Reuben, D 2007, 'Quality Indicators for the Care of Undernutrition in Vulnerable Elders', *Journal of American Geriatrics*, vol. 55, pp. S438-S442.

Ridley, R, 2008, 'The Relationship between Nurse Education Level and Patient Safety: An Integrative Review', *Journal of Nursing Education*, vol. 47, no. 4.

Shaw, C, Bruneau, C, Kutryba, B, De Jongh, G & Sunol, S 2010, TITEL 'International Journal for Quality in Health Care', vol. 22, no. 4, pp. 244-249.

Saliba, D, Rubenstein, L, Simon, B, Hickey, E, Ferrell, B, Czarnowski, E & Berlowitz, D 2003, Adherence to Pressure Ulcer Prevention Guidelines: Implications for Nursing Home Quality, *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 51, pp. 56-62.

Sangl, J, Saliba, D, Gifford, D & Hittle, D 2005, 'Challenges in Measuring Nursing Home and Home Health Quality: Lessons From the First National Healthcare Quality Report', *Medical Care*, vo. 43, no. 3, pp. I-24-I-32.

Savitz, LA, C Jones, S Bernard (2005). 'Quality Indicators Associated with Nurse Staffing in Acute Care Settings,' *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*, invited manuscript accepted with revisions, May, AHRQ Publication No. 05-0021-4, pages 375-385.

Schroeder, P (ed.) 1991, "The Encyclopedia of Nursing Care Quality Volume III: Monitoring and Evaluating in Nursing", Aspen

Shepperd, S, McClaran, J, Phillips, CO, Lannin, NA, Clemson, LM, McCluskey A, Cameron ID & Barras, SL 2010, 'Discharge planning from hospital to home (Review)', *The Cochrane Collaboration*, Issue 1

Soban, L, Hempel, S, Munjas, B, Miles, J & Rubenstein, L 2011, Preventing Pressure Ulcer in Hospitals: A Systematic Review of Nurse-Focused Quality Improvement Interventions, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 37, no. 6, pp 245-252.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010, *Demografischer Wandel in Deutschland, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige in Bund und in den Ländern*, Heft 2, Statistische Ämter des Bundes und der Länder.

Statistik Austria 2011, 'Krankenanstalten und tatsächlich aufgestellte Betten 2010 nach Rechtsträgern, Öffentlichkeitsrecht und Bundesländern'
Statistik Austria

Statistik Austria 2008, 'Jahrbuch der Gesundheitsstatistik

Statistik Austria 2011, *Bevölkerungsvorausschätzung 2011-2050*, Schnellbericht 8.2, Statistik Austria, Wien .

Suominen, MH, Kivisto, SM & Pitkala, KH 2007, 'The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards', *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 61, pp. 1226-1232.

Tannen, A, Dietz, E, Dassen, T & Halfens, R 2009, 'Explaining the national differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany – adjusted for personal risk factors and institutional quality indicators', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol.15, pp. 85-90.

Universiteit Maastricht 2010, Informationsmappe Europäische Pflegequalitätserhebung (LPZ), Untersuchungsprotokoll

Vanderwee, K, Clays, E, Bocquaert, I, Verhaeghe, S, Lardennois, M, Gobert, M & Deflor, T 2010, 'Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67, no. 4, pp. 736-746.

VanDenKerkhof, E, Friedberg, E & Harrison, M 2011, Prevalence and Risk of Pressure Ulcers in Acute Care Following Implementation of Practice Guidelines: Annual Pressure Ulcer Prevalence Census 1994-2008, *Journal for Healthcare Quality*, pp.1-10.

van Nie-Visser, N, Meijers, J, Schols, J, Lohrmann, C, Bartholomeyczik, S & Halfens, R 2011, 'Comparing quality of nutritional care in Dutch and German nursing homes', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 20, pp. 2501-2508.

Volkert, D 2004, 'Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG: Ernährungszustand, Energie- und Substratstoffwechsel im Alter', *Aktuelle Ernährung Med*, vol. 29, pp. 190-197

Wagner, C, van der Wal, G, Groewegen, P & de Bakker, D 2001, 'The effectiveness of quality system in nursing homes: a review', *Quality in Health Care*, vol. 10, pp. 211-217.

Wagner, C, Klein-Ikkink, K, van der Wal, G, Spreeuwenberg, P, de Bakker, DH & Groenewegen, PP 2006, 'Quality management systems and clinical outcomes in Dutch nursing homes', *Health Policy*, vol. 75, pp. 230-240.

Wagg, A, Mian, S, Lowe, D Potter, J & Pearson, M 2004, 'National audit of continence care for older people: results of a pilot study', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 11, no. 6, pp. 525-532.

Wagg, A, Potter, J, Peel, P, Irwin, P, Lowe, D & Pearson, M 2008, 'National Audit of continence care for older people: management of urinary incontinence', *Age and Ageing*, vol. 37, pp. 39-44.

Wagg, A, Lowe, D, Peel, P & Potter, J 2009, 'Do self-reported 'integrated' continence services provide high-quality continence care?', *Age and Ageing*, vol. 38., pp.730-733.

Wilborn, D, Halfens, R & Dassen T 2006, 'Pressure Ulcer: prevention protocols and prevalence', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 12, pp. 630-638.

Wilborn, D, Grittner, U, Dassen, T & Kottner, J 2010, 'The National Expert Standard Pressure Ulcer Prevention in Nursing an pressure ulcer prevalence in German health care facilities: a multilevel analysis', *Journal of Clinical Nursing* , vol. 19, pp.3364-3371.

Weech-Maldonada, R, Meret-Hanke, L, Neff, M & Mor, V 2004, Nurse Staffing Patterns and Quality of Care in Nursing Homes, *Health Care Manage Review*, vol. 29, no, 2, pp. 105-116.

Willis, CD, Evans SM, Stoelwinder JU & Cameron PA 2007, 'Measuring quality', *Australian Health Review*, vol. 31, no. 2, p. 276-281.

Wipke-Tevis, D, Williams, D, Rantz, M, Popejoy, L, Madsen, R, Petroski, G & Vogelsmeier, A 2004, 'Nursing Home Quality and Pressure Ulcer Prevention and Management Practice', *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 52, pp. 583-588.

8 Anhang

Angaben zur Einrichtung

Art der Einrichtung

- | | |
|--|--|
| ☐ Universitätskrankenhaus | ☐ Ambulante Pflege |
| ☐ Allgemeines Krankenhaus | ☐ Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung |
| ☐ Psychiatrisches Krankenhaus | ☐ Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung |
| ☐ Pflegeheim | ☐ Rehabilitationszentrum |
| ☐ Betreuungseinrichtung | ☐ Sonstiges |

Dekubitus		ja	nein
1	Gibt es in Ihrer Einrichtung eine DekubitusexpertIn/-gruppe?	☐	☐
2	Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Dekubitusprävention?	☐	☐
3	Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Dekubitusbehandlung?	☐	☐
4	Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, die für die Aktualisierung der Protokolle/Richtlinien zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
5	Werden PatientInnen mit einem Dekubitus minimal zweiten Grades in Ihrer Einrichtung von einer zentralen AnsprechpartnerIn erfasst (zum Beispiel von einer ExpertIn für Dekubitus)?	☐	☐
6	Wird die Zahl der PatientInnen mit Dekubitus in Ihrer Einrichtung zentral erfasst?	☐	☐
7	Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Präventionsmaterialien?	☐	☐
8	Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Dekubitusprävention und Behandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
9	Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitusprävention?	☐	☐
10	Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Dekubitus einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus in ein Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
Inkontinenz		ja	nein
11	Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung?	☐	☐
12	Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung in Ihrer Einrichtung überwacht?	☐	☐
13	Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Inkontinenzprotokolls zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
14	Gibt es auf Einrichtungsebene eine ExpertIn für die Inkontinenzbehandlung?	☐	☐
15	Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Inkontinenzbehandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
16	Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Inkontinenzmaterial?	☐	☐
17	Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	☐	☐
18	Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich der Inkontinenz einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
Mangelernährung		ja	nein
19	Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung?	☐	☐
20	Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Mangelernährung in Ihrer Einrichtung überwacht?	☐	☐

Mangelernährung Fortsetzung	ja	nein
21 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine multidisziplinäre Beratungskommission/ Ernährungsteam zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
22 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention von Mangelernährung zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
23 Sind in Ihrer Einrichtung Kriterien für die Ermittlung von Mangelernährung festgelegt worden?	☐	☐
24 Ist in Ihrer Einrichtung eine DiätassistentIn tätig?	☐	☐
25 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
26 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
27 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Ernährungszustandes einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
Intertrigo	ja	nein
28 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo?	☐	☐
29 Werden in Ihrer Einrichtung (nationale) Vorschriften eingehalten?	☐	☐
30 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Intertrigo in Ihrer Einrichtung überwacht?	☐	☐
31 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
32 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder eine Veranstaltung zur Prävention und Behandlung von Intertrigo für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
33 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Prävention von Intertrigo?	☐	☐
34 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Intertrigo einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen	ja	nein
35 Werden Sturzereignisse in Ihrer Einrichtung dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	☐	☐
36 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für die Prävention von Stürzen?	☐	☐
37 Wurde eine nationale Richtlinie in das Protokoll/die Richtlinie der Einrichtung aufgenommen?	☐	☐
38 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige mit Informationen über die Sturzgefahr und Sturzprävention?	☐	☐
39 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Sturzgefahr, Sturzprävention und Verletzungen für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
40 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Sturz/Stürze einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
41 Werden in Ihrer Einrichtung freiheitsentziehende Maßnahmen dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	☐	☐
42 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für freiheitsentziehende Maßnahmen?	☐	☐
43 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung über freiheitsentziehende Maßnahmen für das Pflegepersonal Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
44 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich freiheitsentziehende Maßnahmen einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Überprüfen Sie für eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Angaben, ob **alle** Fragen vollständig ausgefüllt sind.



Angaben zur Station/Wohnbereich

2

Art der Station/Wohnbereich

A Universitätskrankenhaus

- ☐ Operativ
- ☐ Nichtoperativ
- ☐ Intensivstation
- ☐ Überwachungsstation/
Herzüberwachungsstation
- ☐ Pädiatrie
- ☐ Pflege/Langzeit/Geriatrie
- ☐ Short-stay
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Sonstiges

B Allgemeines Krankenhaus

- ☐ Operativ
- ☐ Nichtoperativ
- ☐ Intensivstation
- ☐ Überwachungsstation/
Herzüberwachungsstation
- ☐ Pädiatrie
- ☐ Pflege/Langzeit/Geriatrie
- ☐ Short-stay
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Sonstiges

C Psychiatrisches Krankenhaus

- ☐ Langzeitunterbringung (>6 Monate)
- ☐ Geriatrische Station/Wohnbereich
- ☐ Sonstiges

D Pflegeheim

- ☐ Psychogeriatric
- ☐ Somatische Reaktivierung
- ☐ Somatische Station/Wohnbereich
- ☐ Pflegestation/Wohnbereich
- ☐ Ambulante Pflege
- ☐ Betreutes Wohnen
- ☐ Sonstiges

E Betreuungseinrichtung

- ☐ Demenzstation/Wohnbereich
- ☐ Pflegeabteilung
- ☐ Ambulante Pflege
- ☐ Keine Clusterbildung
- ☐ Betreutes Wohnen
- ☐ Sonstiges

F Ambulante Pflege

- ☐ Pflegen und Betreuen
- ☐ Familienpflege
- ☐ Pflegen und Betreuen einschließlich
Familienpflege
- ☐ Sonstiges

G Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung

- ☐ Überwiegend an das Bett/den Rollstuhl
gebundene Gruppe
- ☐ Überwiegend mobile Gruppe
- ☐ Sonstiges

H Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung

- ☐ Überwiegend an das Bett/den Rollstuhl
gebundene Gruppe
- ☐ Überwiegend mobile Gruppe
- ☐ Sonstiges

I Rehabilitationszentrum

- ☐ Abteilung für Querschnittsläsionen
- ☐ Abteilung für Amputationen
- ☐ Schmerzabteilung
- ☐ Station/Wohnbereich für die
Behandlung nach einem Schlaganfall
- ☐ Sonstiges

J Sonstiges

- ☐ Geriatrisches Krankenhaus
- ☐ Sonstiges

Dekubitus

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn (z.B. eine Pflegefachperson für Dekubitus und/oder chronische Wunden), die auf dem Gebiet Dekubitus spezialisiert ist? | ☐ | ☐ |
| 2 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen der monodisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | ☐ | ☐ |
| 3 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | ☐ | ☐ |
| 4 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht? | ☐ | ☐ |
| 5 Wird das Dekubitusrisiko der einzelnen PatientInnen in der Krankenakte aufgezeichnet? | ☐ | ☐ |
| 6 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus bei RisikopatientInnen erforderlich sind? | ☐ | ☐ |
| 7 Wird das vorgeschriebene Dekubitusmaterial innerhalb von 24 Stunden bei der/dem Betroffenen abgeliefert? | ☐ | ☐ |
| 8 Erhalten alle PatientInnen mit erhöhtem Dekubitusrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitusprävention? | ☐ | ☐ |
| 9 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Dekubitus einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. von Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben? | ☐ | ☐ |

Inkontinenz

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet Inkontinenz spezialisiert ist? | ☐ | ☐ |
| 11 Werden alle PatientInnen mit Inkontinenzproblemen im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | ☐ | ☐ |
| 12 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Inkontinenz auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht? | ☐ | ☐ |
| 13 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Inkontinenzbehandlung bei InkontinenzpatientInnen erforderlich sind? | ☐ | ☐ |
| 14 Steht das für die Betroffenen vorgeschriebene Inkontinenzmaterial standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung? | ☐ | ☐ |

Inkontinenz Fortsetzung	ja	nein
15 Erhalten alle PatientInnen mit Inkontinenz eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	☐	☐
16 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich der Inkontinenz einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
Mangelernährung	ja	nein
17 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet der Mangelernährung spezialisiert ist?	☐	☐
18 Werden alle RisikopatientInnen und/oder PatientInnen mit Mangelernährung im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Bereich-/Teamebene erörtert?	☐	☐
19 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Mangelernährung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
20 Wird das Gewicht der PatientIn bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	☐	☐
21 Wird die Körpergröße der PatientIn bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	☐	☐
22 Wird der Ernährungszustand der PatientIn bei der Einweisung dokumentiert?	☐	☐
23 Wird das Risiko für Mangelernährung in der Krankenakte der einzelnen PatientInnen aufgezeichnet?	☐	☐
24 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen bei PatientInnen mit einem Ernährungsrisiko erforderlich sind?	☐	☐
25 Wird die Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) der PatientIn in der Krankenakte erfasst?	☐	☐
26 Wird auf der Station/Wohnbereich bei (drohender) Mangelernährung standardmäßig mit Proteinen und Kohlehydraten angereicherte Nahrung angeboten?	☐	☐
27 Erhalten alle PatientInnen, die an (drohender) Mangelernährung leiden, eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
28 Werden beim Essen auf der Station/Wohnbereich die Umgebungsfaktoren berücksichtigt (z.B. ungestörte Mahlzeiten, ein gedeckter Tisch, Menüauswahl)?	☐	☐
29 Existiert auf der Station/dem Wohnbereich ein Standard/eine Richtlinie bezüglich der regelmäßigen Gewichterfassung?	☐	☐
30 Wie oft werden die PatientInnen gewogen? <i>(Bitte nur eine Antwort auswählen)</i>		
☐ Wöchentlich	☐ Unregelmäßig (wenn sich der Zustand der PatientIn verändert)	
☐ Monatlich	☐ Die PatientInnen werden nicht gewogen	
☐ Vierteljährlich		
31 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Ernährungszustandes einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
Intertrigo	ja	nein
32 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet von Intertrigo spezialisiert ist?	☐	☐
33 Werden alle PatientInnen mit Intertrigo (oder einem Risiko auf Intertrigo) im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert?	☐	☐
34 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Intertrigo auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
35 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo erforderlich sind?	☐	☐
36 Steht das bei Intertrigo vorgeschriebene Material standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung?	☐	☐
37 Erhalten alle PatientInnen mit Intertrigo eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Intertrigo?	☐	☐
38 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Intertrigo einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
Stürze und Freiheitsentziehende Maßnahmen	ja	nein
39 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet der Sturzprävention spezialisiert ist?	☐	☐
40 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Stürzen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
41 Erfolgt bei der Aufnahme/Einweisung der PatientInnen eine Bewertung des Sturzrisikos?	☐	☐
42 Werden im Rahmen einer multidisziplinären Beratung spezifische (auf die PatientInnen zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention erörtert?	☐	☐
43 Werden die spezifischen (auf die PatientInnen zugeschnittenen) Maßnahmen mit der PatientIn und/oder mit den Angehörigen, erörtert?	☐	☐
44 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Sturz/Stürze einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
45 Gibt es auf der Station/Wohnbereich mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die sich im Bereich freiheitsentziehende Maßnahmen spezialisiert hat?	☐	☐
46 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zu freiheitsentziehende Maßnahmen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
47 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche freiheitsentziehende Maßnahmen getroffen wurden?	☐	☐
48 Werden freiheitsentziehende Maßnahmen in einem multidisziplinären Team erörtert?	☐	☐
49 Werden freiheitsentziehende Maßnahmen mit der PatientIn und/oder den Angehörigen erörtert?	☐	☐
50 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich freiheitsentziehende Maßnahmen einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Überprüfen Sie für eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Angaben, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.



Inkludierte Studien:

Nr.	Autor	Design	QI	SPO	Setting	Stichprobe	Land	Ergebnisse
1	Abel, R, Warren, K, Bean, G, Gabbard, B, Lyder, C. Bing, M, McCauley, C 2005	Preintervention and postintervention	Prozessindikatoren: Dokumentation, Guideline	P O	PH	34 PH USA (Texas)	USA	Interventionen, die Prozessindikatoren verbessern sollen: Fort- und Weiterbildungsprogramm, sowie Veränderung bestehender „tools“
2	Amir, Meijers & Halfens 2011	Retrospektive, multizentrische Querschnittstudie	Guidelines, Pflegeexperten Dokumentation, Fort- und Weiterbildung, Informationsbroschüren	S P	KH	NL	414 KH	Daten über acht Jahre
3	De Laat, EH, Schoonhoven, L, Pickkers, P, Verbeek, AL & Van Achterberg, T 2006	Interventionsstudie	Einfluss von Guidelines auf die Dekubitusprävalenz	Prozes squalit ät	KH	1 KH mit 755 TN	NL	Nach der Implementierung von Guidelines für die Behandlung von Dekubitus gab es eine signifikante Verringerung der Dekubitusinzidenz
4	Hart, P & Davis, N 2011	Retrospektiv, deskriptive, Korrelationsstudie	Staffing skill mix	O S	KH	26 Akutpflege Stationen	USA	Je besser ausgebildet das Personal, umso weniger Fixierungen; je mehr Personal umso weniger Dekubitalulcera;
5	Heinze, Halfens & Dassen 2007	Querschnittsstudie	Guidelines bei Sturz			D		
6	Kim, H, Harrington, C & Greene, W 2009	Längsschnittstudie	Staff mix/Skill mix	S	PH	411 Einrichtungen	USA	Je besser ausgebildetes Personal, umso höher die Pflegequalität

7	Kwong, E, Lau, A. Lee, R & Kwan, R 2011	Quasi experimentelle Studie mit Pre- und Posttest Design	Fortbildung und Implementierung einer Guideline und dessen Einfluss auf Dekubitusinzidenz und Prävalenz	S	PH	1 PH (124 TN) 41 Pflegehilfskräfte (non-licensed care providers NLCP) 9 ausgebildete Pflegekräfte (Nurses)	Hong Kong (China)	Das Wissen sowie die Fertigkeiten nach der Fortbildung wurden evaluiert; Wissen und Fähigkeiten waren danach höher; ebenso konnte sowohl die Prävalenz(von 9 auf 2,5) als auch Inzidenz (von 2,5 auf 0,8) gesenkt werden;
8	Lahmann, Halfens & Dassen 2010	Multizentrische Querschnittstudie	Guidelines	S	PH & KH	D	60 PH 82 KH	Zusammenfassung der Daten über einen 4jährigen Erhebungszeitraum
9	Lawhorne, Ouslander & Parmelee 2008	Pilotstudie deskriptives Desing	Verwendung von Inkontinenzguidelines	P S	34 PH		USA	Die 34 PH wurden zwischen sogenannten „good performers“ and „poor performers“ eingeteilt; beide Gruppen hatten zu gleichen Teilen (65%) Guidelines für Inkontinenz implementiert; es wurde festgestellt, dass die Gruppe der „good performers“ zu 47% Guidelines und ein ein sog. „process improvement team“ implementiert hatte;
10	Lynn, J, West, J, Hausmann, S, Gifford, D, Nelson, R, McGann, P, Bergström, N & Ryan, J 2007	Report	Fort-Weiterbildung, Guidelines	P	PH	35 Einrichtungen (PH)	USA	Interventionen: Fort- und Weiterbildung: drei „learning sessions“ → Reduzierung der PU Rate in gewissen Stadien
11	Meijers, Halfens, van de Schueren, Dassen, Schols 2010	Multizentrische Querschnittstudie	Qualitätsindikatoren Mangelernährung (Guidelines, Überwachung der Guideline, Gewichtskontrolle bei Aufnahme, Interventionen)	S	KH, PH	NL	142 KH, 324 PH	Qualitätsindikatoren bei Mangelernährung

12	Popp, J, Profener, F, Stappenbeck, J, Reintjes, R & Weber, P 2006	Historische Kohortenstudie	Fachkräfteanteil als Strukturindikator	S O	PH	2813 Datensätze von 29 PH	D	Zusammenhang zwischen dem Anteil an Fachkräften und Dekubitusinzidenzen besteht. Die Ergebnisse waren sehr widersprüchlich – Forschungsfrage konnte nicht beantwortet werden.
13	Raeder, Siegmund, Grittner, Dassen & Heinze 2008	Querschnittsstudie	Guidelines bei Sturz				D	
14	Ridley, R 2008	Review	Einfluss des Ausbildungsgrades von Pflegenden auf die Dekubitusprävalenz	S	-	-		Inverse Korrelation zwischen Dekubitalulzera und Ausbildungsgrad der Pflegekräfte
15	Saliba, Rubenstein, Simon, Hickey, Ferrell, Czarnowski & Berlowitz	Review of NH records	Verwendung von Guidelines	P S	PH	35 PH	USA	NH welche die AHRQ PU Guideline implementiert haben 15 Empfehlungen der Guideline wurden als Messkriterien ausgewählt, sowie 6 „Schlüsselempfehlungen“ um die „Verwendung von Guidelines“ zu überprüfen Facility adherence rate ranged from 29% to 51% der Guideline Empfehlungen
16	Tannen, A, Dietz, Dassen & Halfens 2009	Binationale, multizentrische, Querschnittstudie	Verwendung von Guidelines, Fort- und Weiterbildung, Informationsbroschüre	P S	PH und KH	Nursing homes: 90 NL, 39 D Hospitals: 66 NL, 37 D	D& NL	Unterschied zwischen KHn und PH; signifikante Unterschiede gab es bei den Qualitätsindikatoren „Experten“ und „Informationsbroschüren sowie Fort- und Weiterbildung
17	Vanderwee, Clays, Bocquaert, Verhaeghe, Lardennois, Gobert & Defloor, 2010	Landesweite Querschnittstudie	Verwendung von Guidelines bei Mangelernährung			140 Stationen im KH	Belgien	13,6% (19 von 140) Stationen hatten eine Guideline zur Verfügung 48,6 % (68 von 140) Stationen haben eine nutritional support team
18	Van Nie-Visser, H, Meijers, j, Schols, J, Lohrmann, C, Bartholomeyczi, S & Halfens, R 2011	Multizentrische Querschnittstudie	Strukturindikatoren für Mangelernährung	S P	PH	80 PH (NL) 71 PH (D)	NL D	Vergleich von Verwendung von Protokollen/Richtlinien, Experten, Fort- und Weiterbildung, Informationsmaterial

19	Wagg, A, Mian, S, Pilotstudie Lowe, D, Potter, J & Pearson, M 2004	Struktur-, Prozess- und S Ergebnisqualität P Anzahl an O Qualitätsindikatoren	Primary Care, KH, PH	13 KH 11 PH 10 Primary Care Einrichtungen	UK	Pilotstudie, um geeignete Indikatoren für Struktur- und Prozessqualität bei der Versorgung von Personen mit Inkontinenz
20	Wagg, A, Potter, J, Peel, Audit Report P, Irwin, P, Lowe, D & Pearson, M 2008	Struktur- und S Prozessqualität P	Primary Care, KH, PH	138 primary care, 195 KH, 27 PH	UK	Strukturindikatoren: „written policy“, „structured training programm“; Prozessindikatoren: Vorhandensein von „care plans“
21	Wagg, A, Lowe, D, Deskriptive und Peel, P & Potter, J 2009 Korrelationen	Zusammenhang S zwischen Struktur- und P Prozessqualität	KH PH	108 primary care, 187 KH, 104 PH	UK	Zusammenhang zwischen Struktur und Prozessqualität bei der Pflege von Patienten mit Harn- und Stuhlinkontinenz
22	Wagner, C, van der Wal, Review G, Groenewegen P & de Bakker, D 2001	Guidelines, S P	PH		NL	spezifisches Training und die Verwendung von Guidelines können das Outcome auf PatientInnen-Ebene beeinflussen
23	Wagner, C, Ikkink, KK, Querschnittstudie Van der Wal, G, Spreeuwenberg, P, de Bakker, D & Groenewegen PP, 2006	Der Einfluss von S Qualitätssicherungsmaß P nahmen auf die Pflegequalität	PH	65 PH	NL	Maßnahmen, wie systematische Pflegeplanung, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, sowie die Verwendung von Guidelines haben keinen Einfluss auf schlechte Outcomes
24	Wilborn, Halfens & Querschnittstudie, Dassen 2006 deskriptiv	Anzahl von Guidelines S in den Einrichtungen		D	12 PH 28 KH	Inhaltliche Übereinstimmung von „hauseigenen Standards mit Expertenstandard/EPUAP oder RCN guidelines; Relation zwischen Verwendung von Guidelines und Dekubitusprävalenzen
25	Wilborn, D, Grittner, U, Querschnittstudie Dassen, T & Kottner, J 2010	Ob die Verwendung P von Guidelines die sie an den Expertenstandard anlehnen die Dekubitusprävalenz beeinflusst	PH und KH	102 deutsche D KH und PH; 14832 Patienten und Klienten waren inkludiert		Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass in Einrichtungen, die ihre Guidelines bzw. Standards an den „Expertenstandard“ anlehnen, eine geringere Dekubitusprävalenz aufweisen;

Wipke-Tevis, D, Williams, D, Rantz, M, Popejo, L, Madsen, R, Petroski, G & Vogelsmeier, A 2004	Retrospektive Analyse und vergleichende Beobachtung	Maßnahmen und Dekubitusvorbeugung/-behandlung → P Verwendung von Guidelines, Erhebung und Dokumentation von Wunden, Spezialisten	PH 321 (Long Term Care Facilities LTCFs)	USA	66,8% nutzen ein Einrichtungsspezifisches standardisiertes Protokoll, 64,9% haben individuelle Pflegepläne, 51,7% ärztliche Anordnungen, 43,4% pflegerische Anordnungen; nur 12,7% nützen die Dekubitusguideline des Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Dokumentation: 100% der Einrichtungen dokumentieren Länge, Breite sowie Gebiet des Dekubitus; 98,9% dokumentieren Tiefe und Geruch, 95,6% nekrotisches Gewebe, 92,5% die umgebende Haut, 92% Farbe des Gewebes; 62,9% verfügen über eine Pflegekraft, die auf Wund- und Hautpflege spezialisiert ist;
--	---	--	--	-----	---