

Modell zur Darstellung und Überprüfung der Qualität in der Pflege und Gesundheitsversorgung

Abschlussbericht

Das Projektteam:

Silvia Schmid Büchi, MNS, UniversitätsSpital Zürich (Projektleitung)

Horst Rettke, MNS, UniversitätsSpital Zürich

Eva Horvath, Dipl. Gesundheits-und Pflegeexpertin, FH, Stadtspital Triemli

Katrin Marfurt-Russenberger, Dipl. Pflegeexpertin, Kinderspital Zürich

René Schwendimann, MNS, Stadtspital Waid



UniversitätsSpital
Zürich

KINDERSPITAL ZÜRICH
Universitäts-Kinderklinik · Eleonoren-Stiftung



Stadtspital Triemli Zürich



Stadt Zürich
Stadtspital Waid

Dank

Wir danken den Expertinnen und Experten, die sich an der Vernehmlassung beteiligt und wesentlich zur Weiterentwicklung und Konkretisierung des Modells beigetragen haben.

Expertinnen und Experten aus den folgenden Institutionen haben sich daran beteiligt:

UniversitätsSpital Zürich

Kinderspital Zürich

(einschliesslich Mitarbeiterinnen des Rehabilitationszentrums Affoltern a. A. und der Kinderspitex)

Stadtspital Triemli, Zürich

Stadtspital Waid, Zürich

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Klinik Schlössli, Oetwil am See

Pflegezentrum Witikon, Zürich

Pflegezentrum Gehrenholz, Zürich

Krankenheim Rotacher, Dietlikon

Krankenheim Bächli, Bassersdorf

Stiftung Amalie Widmer, Horgen

Spitex Zürich

Entwicklung eines Modells zur Darstellung und Überprüfung der Qualität in der Pflege und der Gesundheitsversorgung

Abschlussbericht

Inhaltsverzeichnis

1. Abschlussbericht	
1.1 Ausgangslage	3
1.1.1 Ziele	3
1.1.2 Anforderungen an das Projekt	3
1.1.3 Projektauftrag	4
1.2 Projektorganisation	4
1.2.1 Auftraggeber	4
1.2.2 Projektteam	4
1.3 Projektverlauf	4
2. Inhaltliche Erarbeitung des Modells	5
2.1.1 Das "Quality Health Outcomes Model"	5
2.1.2 Qualitätsniveau	7
2.2.1 Expertenbefragung	7
2.2.2 Resultate der Expertenbefragung	8
2.3 Anpassung und Weiterentwicklung des Modells	10
2.4.1 Bewertung des Projektes	11
2.4.2 Projektorganisation	11
3. Umsetzungsstrategie	12
3.1 Weiterverbreitung des Modells	12
3.2 Die weitere Entwicklung des Modells	12
3.3 Weiterentwicklung eines pflegesensitiven Indikators	12
3.4 Die Entwicklung eines pflegesensitiven Qualitätsindikators am Beispiel des Symptommanagements	12
3.5 Empfehlungen	14
4. Literatur	15

Entwicklung eines Modells zur Darstellung und Überprüfung der Qualität in der Pflege und der Gesundheitsversorgung

1. Abschlussbericht

1.1 Ausgangslage

Im Rahmen der Sanierungsprogramme San 04 / San 05 legten sich die Gesundheitsdirektion und die Pflegedienst-Kommission des Kantons Zürich auf Mindestanforderungen für die Pflegequalität fest. Dabei wurde festgehalten, dass sich die Pflege nach dem individuell erhobenen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten richtet. Dieser wird beim Spitaleintritt mittels Pflegediagnose festgelegt, damit sichergestellt werden kann, dass der Umfang der Pflege bedarfsgerecht erfolgt und die Patientinnen und Patienten ihren Bedürfnissen und Gewohnheiten entsprechend gepflegt werden können. Eine „Angemessene Pflege“ (Fiechter & Meier, 1985, S. 178) ist dabei als Minimalstandard der Pflegequalität festgelegt worden. Auf dieser Grundlage erteilte die Pflegedirektion des UniversitätsSpitals Zürich den Projektauftrag, ein Konzept zur Darstellung und Überprüfung der Pflegequalität zu erarbeiten. Die Projektgruppe legte in Zusammenarbeit mit den Auftraggebern folgende Projektziele fest.

1.1.1 Ziele

- Entwickeln eines Modells mit Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der generellen Pflegequalität.
- Definition und inhaltliche Ausformulierung der Qualitätsindikatoren oder Konzepte als qualitative Leistungsnorm, welche die „Anzustrebende Pflegequalität“ abzubilden vermögen.

1.1.2 Anforderungen an das Projekt

Die Grundstruktur / das Modell mit den Qualitätsindikatoren

- muss in einen definierten konzeptuellen und philosophischen Rahmen eingebettet sein, den Geltungsbereich benennen und mit einer logisch nachvollziehbaren Struktur aufgebaut sein
- soll einen Bezugsrahmen bieten, in dem möglichst vielen pflegerischen Situationen Rechnung getragen werden kann
- soll den Erwartungen, Auffassungen, dem Pflegeverständnis, den Pflegemodellen und den philosophischen und ethischen Grundüberzeugungen von Pflegenden gerecht werden und diese widerspiegeln, um eine breite Akzeptanz und Glaubwürdigkeit zu erreichen
- soll in der Bestimmung des Qualitätsniveaus der Pflege eine richtungweisende Funktion übernehmen
- soll für diplomierte Pflegepersonen verständlich sein
- soll sich an den best verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren

1.1.2 Projektauftrag

Der ursprüngliche Projektauftrag wurde von der Pflegedirektion des UniversitätsSpitals Zürich, von Barbara Brühwiler, Markus Wittwer und Silvia Käppeli erteilt. Pflegewissenschaftlerinnen/-wissenschaftler und Pflegeexpertinnen/-experten vom UniversitätsSpital Zürich und anderen interessierten Institutionen sollten klären, ob ein Modell mit Qualitätsindikatoren zur Abbildung und Beurteilung der generellen Pflegequalität entwickelt werden kann. Dabei sollten die nationalen und internationalen Entwicklungen und das in der Disziplin Pflege erarbeitete Wissen und die wissenschaftlichen Erkenntnisse in Form von Literaturrecherchen einbezogen werden. Weiter sollten innerhalb des UniversitätsSpitals Zürich und in den anderen am Projekt beteiligten Institutionen Expertenpanels als inter- und evtl. multidisziplinäre Entwicklungsgruppen gebildet werden. Diese sollten an der Entwicklung beteiligt oder zu Vernehmlassungen beigezogen werden. Damit soll sichergestellt werden, dass das erarbeitete Modell in der Pflegepraxis breit abgestützt und eine grosse Akzeptanz erlangt werden kann.

1.2 Projektorganisation

1.2.1 Auftraggeber

Die Auftraggeberin am UniversitätsSpital Zürich ist die Pflegedirektion, bestehend aus Barbara Brühwiler, Markus Wittwer und Silvia Käppeli. Nebst dem UniversitätsSpital Zürich beteiligten sich drei weitere Spitäler am Projekt: das Kinderspital Zürich mit der Pflegedienstleiterin Yvonne Huber, das Stadtspital Triemli, Zürich mit der Leiterin Bereich Pflege, Renate Monego, und das Stadtspital Waid, Zürich mit dem Pflegedienstleiter Lukas Furler. Sie legten in der Zusammenarbeit mit der Projektleiterin die Ziele und die Rahmenbedingungen des Projektes fest.

1.2.2 Projektteam

Das Projektteam wurde von Silvia Schmid Büchi, Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege, ZEFP, UniversitätsSpital Zürich, geleitet. Die vier weiteren Mitglieder des Projektteams waren Horst Rettke, UniversitätsSpital Zürich, Katrin Marfurt-Russenberger, Kinderspital Zürich, Eva Horvath, Stadtspital Triemli und René Schwendimann, Stadtspital Waid. Das Projektteam war für die inhaltliche Entwicklung des Modells verantwortlich und erarbeitete die Entscheidungsgrundlagen zuhanden der Auftraggeber. Es organisierte die Expertenpanels, welche die Entwicklung des Modells begleiten und beurteilen sollten.

1.3.1 Projektverlauf

Im Februar 2005 erhielt die Projektleiterin, Silvia Schmid Büchi von der Pflegedirektion des UniversitätsSpitals Zürich den Auftrag, einen Projektvorschlag auszuarbeiten, wie mit andern Spitälern des Kantons Zürich zusammen ein Modell zur Darstellung und Überprüfung der

Pflegequalität erstellt werden könnte. Der eigentliche Projektstart erfolgte im Mai 2005 mit einem ersten Treffen der Projektgruppe. Das Projekt sollte bis Ende 2005 abgeschlossen sein. Die Projektgruppe traf sich jeden Monat zu einer Halbtagesitzung, insgesamt elf Mal. Im September 2005 stand ein erster Entwurf eines Modells zur Darstellung und Überprüfung der Pflegequalität zur Verfügung. Im Oktober und November 2005 fanden die Expertenbefragungen (6 Panels, mit insgesamt 59 Personen) in Form von Hearings und schriftlichen Begutachtungen statt. Aufgrund der differenzierten Rückmeldungen wurde anlässlich eines Treffens der Projektgruppe mit den Pflegedienstleitungen der beteiligten Institutionen und der Pflegedirektion des UniversitätsSpitals Zürich beschlossen, die Gesamtdauer des Projektes bis Frühling 2006 zu verlängern, damit genügend Zeit für die Weiterentwicklung des Modells zur Verfügung stand und auch eine mögliche Umsetzungsstrategie von der Projektgruppe ausgearbeitet werden konnte. Das „Modell zur Darstellung und Überprüfung der Pflegequalität“ wurde am 15. Mai 2006 am Kongress des Schweizerischen Berufsverbandes für Pflegefachpersonen, SBK, in Luzern, vorgestellt.

Am 9. Juni 2006 wurden den ExpertInnen der Panels die Ergebnisse der Evaluation des Modells, das überarbeitete Modell und der Vorschlag für eine mögliche Umsetzung des Modells anlässlich einer Abschlussveranstaltung am UniversitätsSpital Zürich vorgestellt. Nach dem daran anschliessenden Treffen der Projektgruppe mit den Auftraggebern der beteiligten Institutionen wurde das Projekt gleichentags abgeschlossen.

Zeitlicher Verlauf des Projektes

	2005 Feb. - April	Mai - Sept.	Okt. - Nov.	2005/2006 Dez. -März	April - Juni
Erarbeitung / Genehmigung des Projektauftrages	X				
Erarbeitung der Grundlagen / Entwurf des Modells		X			
Besprechung / Fortgang weitere Ausrichtung mit Auftraggebern		August			
Hearings / Vernehmlassung durch Expertenpanels			X		
Auswertung Hearings / Vernehmlassung				X	
Besprechung / Fortgang weitere Ausrichtung mit Auftraggebern			November		
Erweiterung / Weiterentwicklung des Modells				X	
Ausarbeitung einer möglichen Umsetzungsstrategie				X	
Projektabschluss / Abschlussbericht					X
Präsentation des Modells					X
Schaufenster / SBK Kongress / Luzern					Mai
Abschlussveranstaltung mit ExpertInnen					Juni
Projektabschluss durch Auftraggeber					Juni

2. Inhaltliche Erarbeitung des Modells

2.1.1 Das “Quality Health Outcomes Model”

Mittels Literaturrecherche wurden verschiedene Modelle zur Darstellung und Überprüfung der Pflegequalität auf ihre Eignung geprüft. Die Projektgruppe hat sich für das Quality of Health Outcomes Modell (QHOM) entschieden, wie es von (Mitchell *et al.*, 1998; Mitchell & Lang, 2004)

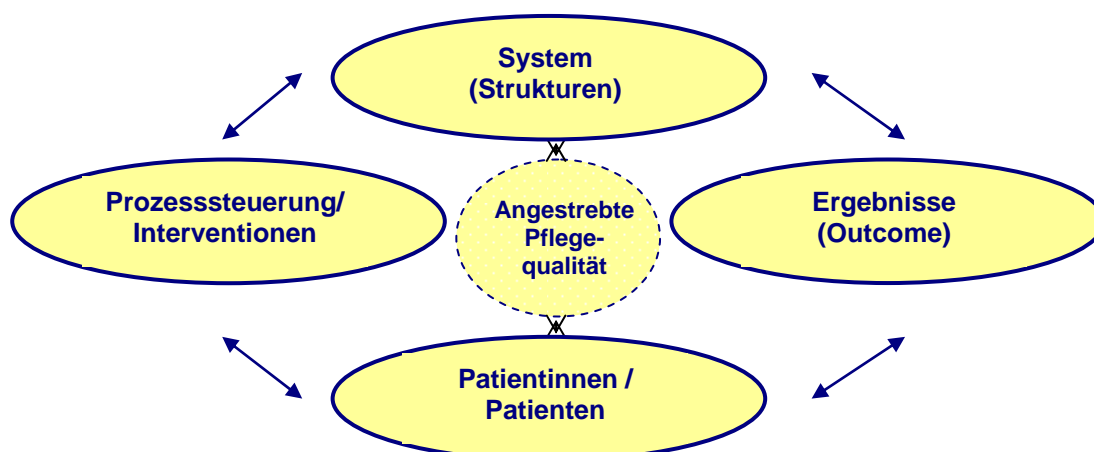
vorgelegt wurde. Das QHOM hat die klassische lineare Aufteilung „Struktur, Prozess, Ergebnis“ nach (Donabedian *et al.*, 1982) erweitert, um die dynamischen Wechselwirkungen zwischen den Elementen einzubeziehen. Eine umfassende und realistische Evaluation der Pflegequalität muss Faktoren beinhalten, die sich auf das Ergebnis (Outcome) beziehen und mit den verschiedenen Struktur- und Prozessfaktoren verknüpft sind.

Faktoren, die das Ergebnis (Outcome) beeinflussen:

1. Persönliche, soziokulturelle und gesundheitsbezogene Faktoren der Patientinnen und Patienten, welche Pflege brauchen und erhalten
2. Die persönlichen und professionellen Merkmale der Pflegenden
3. Physische und soziale Merkmale der Umgebung, in der gepflegt wird
4. Art und Menge der Pflegeinterventionen, die für Patientinnen und Patienten erbracht werden

Die angestrebte Pflege soll individualisiert sein, die Bedürfnisse und Erwartungen der Patientinnen und Patienten erfüllen und dadurch dem als wichtig erachteten Patienten-orientierten Pflegeansatz entsprechen. Diese Merkmale wirken sich direkt und indirekt auf das Ergebnis (Outcome) aus. Der direkte Einfluss zeigt an, dass das Ergebnis (Outcome) variiert durch die Funktion der Charakteristika (Mitchell & Lang, 2004; Sidani *et al.*, 2002). Das „Quality Health Outcome Model“ bietet in diesem Sinne einen konzeptuellen Bezugsrahmen für die Ausarbeitung des Qualitätsmodells. Die Projektgruppe entwickelte und erweiterte das QHOM entsprechend und passte es dem schweizerischen Kontext an.

**Figure 1: Schematische Abbildung:
Modell zur Darstellung und Überprüfung der Pflegequalität**



Die Faktoren System und Ergebnisse werden zur Beurteilung der Pflegequalität als für die Praxis besonders relevant erachtet. Zur Beurteilung der Ergebnis-Messung (Outcome-Messung) sollten nebst den pflegesensitiven Indikatoren der Strukturebene, *Pflegeorganisation/Pflegepersonal* und *Pflegedokumentation* auch die Indikatoren *Funktionaler Status*, *Angemessene Selbstpflegefähigkeit*

und Selbstmanagement, Angemessenes Symptommanagement, Patientenzufriedenheit, die Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Kritische Zwischenfälle erhoben werden. Diese pflegesensitiven Indikatoren bilden zusammen die Pflegequalität als Ganzes ab (Doran, 2003; Mitchell & Lang, 2004). Die Projektgruppe hat die ausgewählten Indikatoren, basierend auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Literatur und an der zur Zeit best möglichen Evidenz, beschrieben und entsprechende Kriterien dazu formuliert. Im Modell werden auch erste Überprüfungsmöglichkeiten der Indikatoren und wo vorhanden Instrumente vorgeschlagen.

Die Konzeption der Pflege orientiert sich am Integrierten Pflegemodell von Käppeli (1993) und an der Definition der professionellen Pflege des Institutes für Pflegewissenschaft der Universität Basel (Spichiger *et al.*, 2004). Pflegefachpersonen pflegen Patientinnen und Patienten und beziehen dabei deren soziales Umfeld, also ihre Familien, Angehörigen und Bezugspersonen, unmittelbar mit ein. Die Gestaltung und Steuerung der Pflege basiert auf dem Pflegeprozess, Assessment, Diagnostik, Interventionen und der Evaluation. Weitere Ausführungen sind in der Modellbeschreibung zu finden.

2.1.2 Qualitätsniveau

Die von Fiechter & Meier (1985) beschriebenen vier Qualitätsniveaus - *Optimale, Angemessene, Sichere und Gefährliche Pflege* - vermögen die Qualität der Pflege nur allgemein zu beschreiben. Ihre Niveaus lassen sich zudem nicht klar von einander abgrenzen und können in der bestehenden Form nicht operationalisiert werden, um die Pflegequalität valide zu bestimmen. Die im Modell beschriebenen „Pflegesensitiven Qualitätsindikatoren“ mit den entsprechenden Kriterien beinhalten eine erste Beschreibung der Pflegequalität. Sie dienen als Ausgangspunkt für die Entwicklung von Standards und Richtlinien. Das Qualitätsniveau wird hier nicht als eine absolute Grösse, sondern als die „Anzustrebende Pflegequalität“ beschrieben. Eine effektive Qualitätseinschätzung erfolgt in Form einer Qualitätserhebung anhand operationalisierter Kriterien mittels Fragebogen oder Messinstrumente. Mit diesen Fragebogen / Messinstrumenten können dann Patientinnen/Patienten oder Pflegenden befragt, Pflegesituationen beobachtet und Dokumente, wie Patientendossiers analysiert werden. Die so gemessene Pflegequalität ergibt sich aus dem Grad der Übereinstimmung zwischen den zuvor formulierten Gütekriterien und der tatsächlich erhobenen Pflegequalität. Die Bandbreite der tolerierten Abweichung von der beschriebenen „Angestrebten Pflegequalität“ muss festgelegt werden und wird oft in Form einer Prozentzahl festgehalten.

2.2.1 Expertenbefragung (Panels)

Im Oktober und November 2005 wurde das „Modell zur Darstellung und Überprüfung der Pflegequalität“ Expertinnen und Experten aus den am Projekt beteiligten Spitälern, aus der Psychiatrie, den Pflegeheimen und aus der Spitex an insgesamt sechs Hearings mit 59 Teilnehmerinnen und Teilnehmern vorgestellt. Die Diskussionspunkte, Meinungen und Rückmeldungen wurden protokolliert und die PanelteilnehmerInnen füllten einen Fragebogen mit

offenen und strukturierten Fragen aus. An der zusätzlichen schriftlichen Vernehmlassung beteiligten sich auch die Auftraggeberinnen und Auftraggeber des Projektes, die Mitarbeiterinnen des Zentrums für Entwicklung und Forschung Pflege (ZEFP).

2.2 Resultate der Expertenbefragung

An der Befragung nahmen insgesamt 59 Pflegefachpersonen aus unterschiedlichen Positionen und Fachgebieten teil. Diese Experten waren im Durchschnitt 41 Jahre alt (zwischen 25 und 59 Jahren) und verfügen über eine Berufserfahrung von durchschnittlich 17 Jahren (zwischen 3 und 36 Jahren). Die folgenden Tabellen stellen die Merkmale der Expertinnen und Experten dar, welche an den Hearings teilgenommen haben, und zeigen die Ergebnisse der Expertenbefragung im Detail.

Tabelle 1: Teilnehmende aus den Institutionen

Institution	n
Kinderspital Zürich	8
Stadtspital Triemli Zürich	11
Stadtspital Waid Zürich	5
UniversitätsSpital Zürich (Pflegeexpertinnen)	9
UniversitätsSpital Zürich (Pflegerinnen)	12
Andere Institutionen (Psychiatrie, Heime, Spitex)	14
Total	59

Tabelle 2: Funktionen der Expertinnen / Experten

Funktion	n
Pflegeexpertinnen (HöFa II)	18
HöFa I	10
Pflegefachfrauen / Pflegefachmänner	7
Kinderspitex	1
Pflegedienstleitung	1
Leitung Pflege / Zentrumsleitung	5
Abteilungsleitungen / Stv.	13
LehrerInnen / AusbilderInnen / Stabsstelle	4
Total	59

Die Frage, ob das Modell die Elemente der Pflegequalität abbildet, beantworteten 38 Personen (57%) mit *ja, vollumfänglich* und 25 (43%) mit *eher ja*.

Rückmeldungen zum Modell als Ganzes

- Gutes Ergebnis, ausgezeichnet
- Stellt die Komplexität des Qualitätsbegriffes in der Pflege gut dar
- Genau, umfangreich, differenziert ausformuliert
- Als globales Modell sinnvoll, noch auf abstrakter Ebene
- Systemebene wird als wichtig erachtet
- Ist auch für die Pflegepraxis verständlich
- Modell ist auch für Geburtshilfe, Langzeitbereich und Spitex anwendbar
- Das Modell ist noch zu wenig konkret
- Die einzelnen Indikatoren bilden die Pflegequalität eher wenig ab

Die nachfolgenden Graphiken zeigen, dass auf die Fragen zur Praxisrelevanz, zur Verständlichkeit und Wichtigkeit der Indikatoren die meisten Expertinnen und Experten mit *ja* oder mit *eher ja* antworteten. Am meisten Schwierigkeiten boten die Indikatoren *Funktioneller Zustand*, *Selbstpflegefähigkeit* und *Gesundheitsförderung*.

Punkte, die ausgebaut oder besser hervorgehoben werden sollen

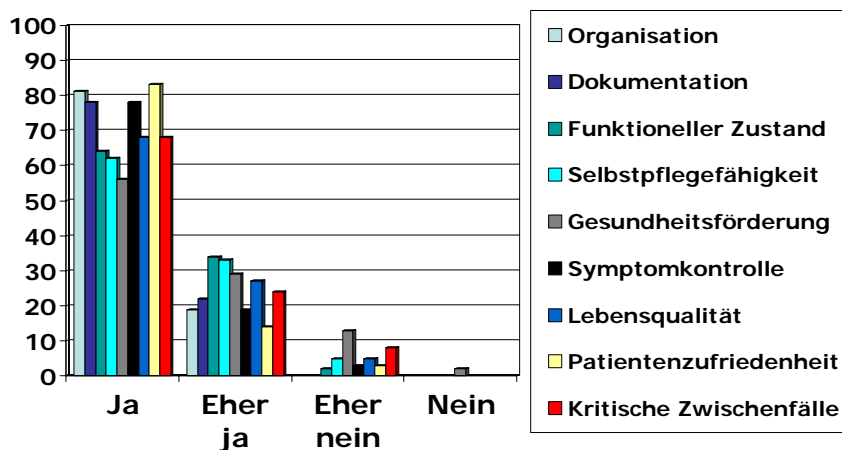
- Fach- und disziplinspezifische Anpassungen und Ergänzungen von Indikatoren wie
 - Psychiatrie, Langzeitbereich, Geburtshilfe
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Bezugspersonen
- Austritt und Überleitung
- Coping, Caring
- Selbstmanagement

Weitere Punkte

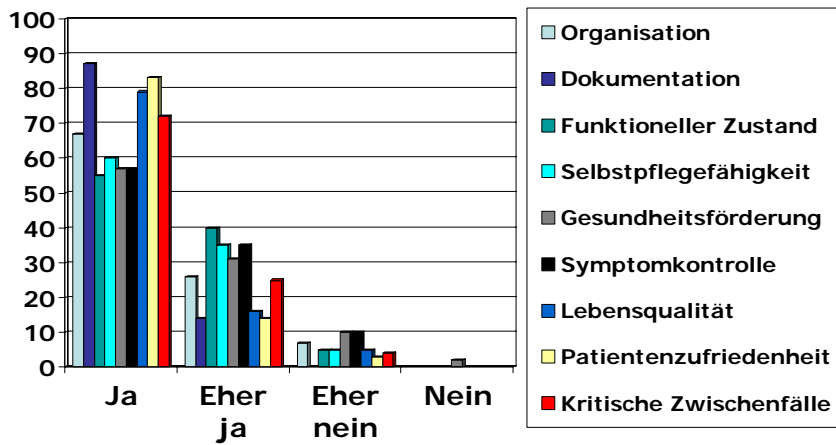
- Überschneidungen von Indikatoren überprüfen
- Indikatoren genauer definieren
- Bessere Hervorhebung der Leistungen der Pflege
- Pflegeprozess als zentraler Prozess muss besser ersichtlich sein
- Verbindungen zu anderen Instrumenten darlegen wie RAI, BESA
- Verbindungen zu anderen Datenerfassungssystemen wie LEP: Nursing Data
- Konkretisierung des Begriffes „Angestrebte Pflegequalität“
- Entwickeln einer Umsetzungsstrategie

In den folgenden drei Graphiken werden die Ergebnisse der Befragung in Prozenten dargestellt (n=59)

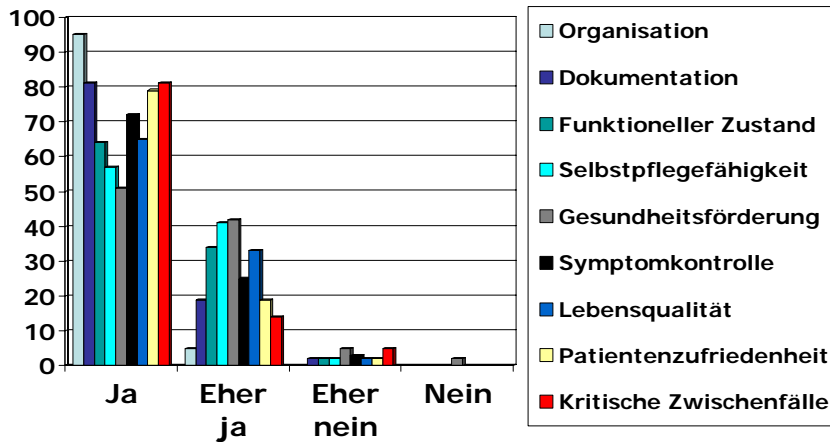
Praxisrelevanz der Qualitätsindikatoren



Verständlichkeit der Qualitätsindikatoren



Wichtigkeit der Qualitätsindikatoren



2.3.1 Anpassung und Weiterentwicklung des Modells

Die Inhalte der drei Indikatoren - *Funktioneller Zustand*, *Selbstpflegefähigkeit* und *Gesundheitsförderung* - sind auf Grund der Rückmeldungen angepasst und verbessert worden. Der Indikator *Gesundheitsförderung* wurde weggelassen und dessen Inhalte sind in den neuen Indikator *Angemessene Selbstpflegefähigkeit / Selbstmanagement* eingefügt worden. Somit konnte das Selbstpflegemanagement inklusive Schulung und Beratung von Patientinnen und Patienten ausgebaut werden. Allgemein sind die Indikatorenbeschreibungen und die Definitionen der Indikatoren erweitert worden. Caring wurde stärker gewichtet, vor allem im Indikator *Patientenzufriedenheit*. Coping der Patientinnen und Patienten kann nicht als Outcomefaktor erfasst

werden. Coping ist ein sehr persönlicher Prozess und wird stark von der Persönlichkeit, den Lebensumständen und der Lebenserfahrung von Patientinnen und Patienten beeinflusst. Pflegende können Patientinnen und Patienten in ihren Bewältigungsprozessen unterstützen und ihnen entsprechende Hilfestellung geben. Somit können Interventionen von Pflegenden in Bezug auf Bewältigung und am ehesten in den Indikatoren *Selbstpflegefähigkeit / Selbstmanagement*, *Patientenzufriedenheit* und in der *Gesundheitsbezogenen Lebensqualität* indirekt beurteilt werden. Die entsprechenden Indikatoren sind in diesem Sinne erweitert worden. Die Interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde als Systemfaktor ins Modell integriert, das Austrittsmanagement als Prozessfaktor. Die beiden Faktoren sind aber nicht weiter ausgeführt worden. Der Pflegeprozess als zentraler und grundlegender Prozess wurde in all seinen Schritten beschrieben, und die Begriffe sind definiert worden, womit auch die Leistungen der Pflege besser aufgezeigt werden können. Es ist klar dargestellt, dass Pflegende sich nicht nur an Patientinnen und Patienten allein ausrichten, sondern dass sie das soziale Umfeld, die Familie mit einbeziehen. Das Modell ist durch eine Beschreibung von Familienpflege erweitert worden. Der Begriff „Anzustrebende Pflegequalität“ wurde weiter konkretisiert. Fach- und disziplinspezifische Anpassungen und Ergänzungen von Indikatoren können erst in den weiteren Entwicklungsschritten des Modells erfolgen.

2.4.1 Bewertung des Projektes

- Die Projektziele und die Vorgaben für das Projekt wurden erreicht.
- Das Modell konnte wesentlich differenzierter ausgearbeitet werden als ursprünglich geplant und bietet einen Bezugsrahmen für die Entwicklung von Qualitätsmanagementsystemen in der Pflege und übernimmt eine richtungsweisende Funktion in Bezug auf die Pflegequalität.
- Die Evaluation des Modellentwurfes konnte durch die Expertenbefragung breit abgestützt werden und das Modell ist auf eine grosse Akzeptanz gestossen. Die Anregungen von den Expertinnen und Experten konnten weitgehend ins Modell eingearbeitet werden.

2.4.2 Projektorganisation

Die Projektorganisation hat sich sehr bewährt. Die fünf Projektgruppenmitglieder verfügen über eine grosse Fachexpertise und arbeiteten bei der Modellentwicklung hoch motiviert mit. Die Verbindung mit der Pflegepraxis wurde durch die Hearings und die Befragung der Expertinnen und Experten aus der Pflegepraxis gewährleistet.

3. Umsetzungsstrategie

3.1 Weiterverbreitung des Modells

Die Präsentation des „Modells zur Darstellung und Überprüfung der Pflegequalität“ vom 15. Mai 2006 am Kongress des Schweizerischen Berufsverbandes für Pflegefachpersonen, SBK, in Luzern, ist auf grosses Interesse gestossen. Die Projektgruppe schlägt vor, das Modell einem grösseren Fachpublikum und in den vier am Projekt beteiligten Spitälern vorzustellen. Das Modell sollte in einer Fachzeitschrift, z.B. in der wissenschaftlichen Zeitschrift Pflege, PrinterNet oder in einer andern deutschsprachigen Zeitschrift publiziert werden. Die Weiterverbreitung des Modells muss dringend geregelt werden, damit auf bereits vorhandene Anfragen von einzelnen Interessentinnen und Interessenten und von Organisationen, wie z.B. dem Verein Outcome und von anderen Gesundheitsinstitutionen im Sinne der Auftraggeber und somit auch der Urheberinnen und Urheber reagiert werden kann.

3.2 Die weitere Entwicklung des Modells

Das Modell zur Darstellung und Überprüfung der Qualität in der Pflege und Gesundheitsversorgung bietet einen Bezugsrahmen für die Qualitätsentwicklung und die Qualitätsüberprüfung, zur Interpretation bereits gesammelter pflegesensitiver Daten oder zur Schaffung entsprechender Datenerfassungsstrategien. Es ermöglicht die Schaffung von Qualitätskonzepten in Form von Standards oder Guidelines, die Auswahl oder Schaffung von Überprüfungssystemen oder Instrumenten, mit deren Hilfe die verschiedenen Qualitätsaspekte der Pflege eingeschätzt, überprüft und gemessen werden können. Vor einer Qualitätsüberprüfung müssen die Konzepte, Standards oder Guidelines und Messsysteme in der Pflegepraxis implementiert und Instrumente auf ihre Anwendbarkeit, Validität und Reliabilität getestet werden.

3.3 Weiterentwicklung eines pflegesensitiven Indikators

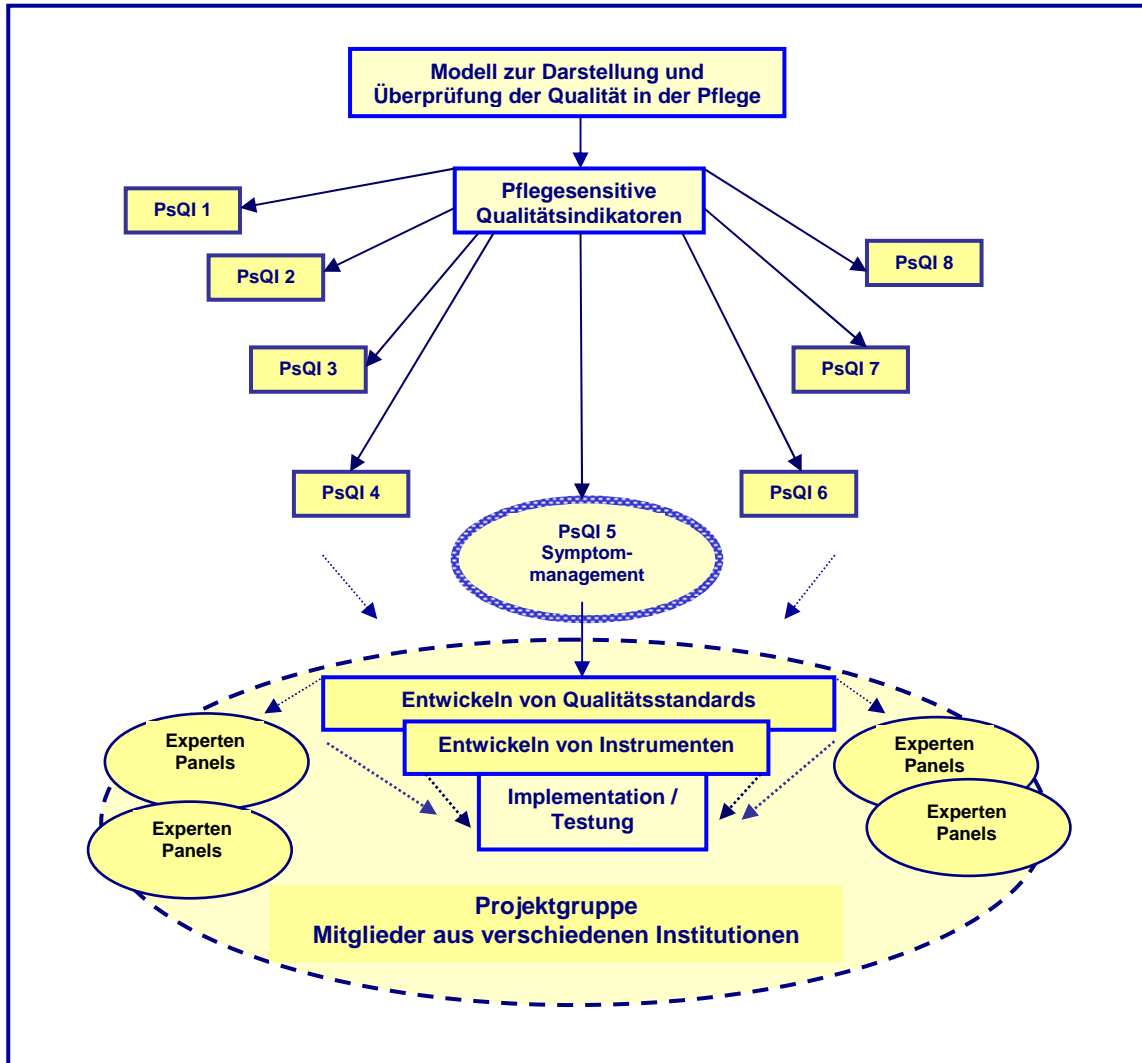
Beginn mit einem Indikator

Der aufwändige Prozess macht es schwierig, alle pflegesensitiven Qualitätsindikatoren gleichzeitig als Gesamtsystem zu entwickeln. Es empfiehlt sich, **mit einem einzelnen Indikator zu beginnen** und diesen exemplarisch auszuarbeiten. Das Modell soll dafür die Orientierung und die Leitstruktur bieten. Die Ausarbeitung von einzelnen pflegesensitiven Qualitätsindikatoren könnte in derselben Art und Weise wie die Entwicklung des Modells organisiert werden. Diese Projektorganisation hat sich sehr bewährt. Die exemplarische Entwicklung eines pflegesensitiven Qualitätsindikators würde die folgenden Teilschritte umfassen:

- Erarbeitung eines Konzeptes oder Standards
- Evaluation des Standards durch Expertenpanels und durch weitere interessierte Kreise
- Entwicklung eines Überprüfungs-/Messkonzeptes / Entwicklung und Testung von Instrumenten
- Entwicklung eines Implementationskonzeptes zur Einführung des Standards

Die nachfolgende schematische Darstellung zeigt auf, wie das Modell und die *Pflegesensitiven Qualitätsindikatoren* (PsQI) weiter ausgearbeitet und entwickelt werden könnten.

Schematische Darstellung: Weiterentwicklung des Modells



Legende:

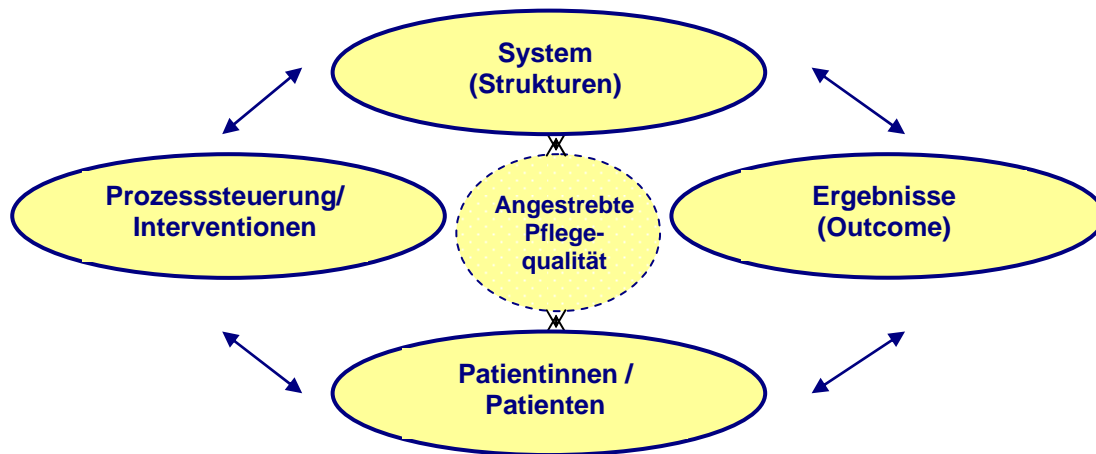
PsQI 1 Pflegepersonen/Pflegeorganisation
 PsQI 2 Pflegedokumentation
 PsQI 3 Funktioneller Status
 PsQI 4 Selbstpflegefähigkeit/Selbstmanagement

PsQI 5 Angemessenes Symptommanagement
 PsQI 6 Patientenzufriedenheit
 PsQI 7 Gesundheitsbezogene Lebensqualität
 PsQI 8 Kritische Zwischenfälle

3.4 Die Entwicklung eines pflegesensitiven Qualitätsindikators am Beispiel des Symptommanagements

Anhand eines Beispiels für den Qualitätsindikator Symptommanagement soll illustriert werden, wie die nachfolgend dargestellten Elemente des Modells in einen Standard integriert werden könnten. Das Beispiel erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, es handelt sich um eine Ideenskizze zur Umsetzung.

Schematische Darstellung des Modells



System

Pflegepersonal

- Verfügt das Pflegepersonal über die nötige Fachexpertise und Berufserfahrung?
- Werden Schulungen und / oder Fortbildungen angeboten, um sich die Fachexpertise zu erwerben und um auf dem neuesten Stand zu bleiben?
- Gibt es schriftliche Unterlagen (Standards / Richtlinien oder Guidelines) zum Symptommanagement und zur Symptomkontrolle auf der Abteilung?

Pflegeorganisation / Zufriedenheit des Pflegepersonals mit der Arbeitsqualität

- Hat es genügend (Anzahl) und genügend gut ausgebildete (diplomierte) Pflegefachpersonen, um die Aufgabe / Symptommanagement zu erfüllen?
- Kann im Team zusammengearbeitet werden?
- Ist die Verantwortung geklärt / die Bezugsperson bestimmt?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

- Sind die notwendigen Behandlungen / Therapien / Medikamente verordnet?
- Gibt es organisatorisch festgelegte Strukturen, die eine interdisziplinäre Problemlösung und Zusammenarbeit in Bezug auf das Symptommanagement ermöglichen?
- Haben die Pflegefachpersonen einen genügend grossen Handlungsspielraum, um das Symptommanagement durchführen zu können?

Pflegedokumentation

- Ist die individuelle Situation des Patienten / der Patientin, sind die Assessments, die Pflegediagnosen, Symptome und der Prozess des Symptommanagements in der Pflegedokumentation festgehalten und ist der Prozess nachvollziehbar?

Patientin / Patient

- Ist der Gesundheitszustand / die individuelle Lebenssituation erfasst worden?
- Ist der Zusammenhang zwischen medizinischer Diagnose und den Symptomen hergestellt worden?
- Gibt es Komorbidität, wenn ja welchen Einfluss hat sie?
- Welche Erwartungen hat der Patient / die Patientin in Bezug auf die Symptombehandlung, wie sind die Akzeptanz und die Toleranz der Symptome, wie wird die Lebensqualität in Bezug auf die Symptome von der Patientin, vom Patienten eingeschätzt?
- Welche Selbstpflegefähigkeiten, welche Möglichkeiten hat die Patientin / der Patient in Bezug auf das Symptommanagement, wie ist ihre / seine Motivation, wie sind ihre Lernmöglichkeiten?

Prozesssteuerung / Interventionen

- Werden die notwendigen Interventionen / Behandlungen / Therapien eigenständig, fachkompetent (auch zeitlich und in der Häufigkeit) ausgeführt?
- Orientiert sich die Problemlösung an den Schritten des Pflegeprozesses, wird die Situation der Patientin, des Patienten einbezogen?
- Orientiert sich das Symptommanagement an den Standards / Richtlinien / Guidelines und werden diese wenn möglich eingehalten oder können Abweichungen begründet werden?
- Nutzen die Pflegefachpersonen ihren Handlungsspielraum aus, nehmen sie ihre Verantwortung wahr, erkennen sie Grenzen?
- Erkennen die Pflegepersonen sich verändernde Pflegesituationen und reagieren sie flexibel, adäquat und fachkompetent darauf?
- Wird der Symptommanagement-Prozess an vorbestimmten Zeitpunkten mit der Patientin, dem Patienten, im Pflegeteam und interdisziplinär evaluiert und wenn nötig angepasst?

Ergebnisse / Outcome

Der Outcome wird anhand des Symptom-Status beurteilt

- Ist durch biomedizinisches und/oder komplementärmedizinisches, professionelles und pflegerisches Symptom-Management- und /oder durch Selbstpflege Strategien ein negatives Ergebnis (Outcome) verhindert, verzögert oder gelindert worden?
- Sind aus der individuellen Perspektive und Einschätzung der Patientin / des Patienten die Symptome verschwunden, gebessert worden oder treten sie in einer Art und Weise auf, wie sie von den einzelnen Patientinnen oder Patienten akzeptiert und toleriert werden können?

3.5 Empfehlungen

Weiterverbreitung des Modells

- Präsentation des Modells in den vier am Projekt beteiligten Spitälern
- Publikation des Modells in der Zeitschrift Pflege, PrinterNet oder in einer anderen deutschsprachigen Zeitschrift
- Klärung der generellen Weiterverbreitung, Weitergabe des Modells
- Klärung des Umgangs mit andern Organisationen wie z.B. Verein Outcome, CONCRET AG

Weiterentwicklung eines Qualitätsindikators

- In einem ersten Teilschritt sollte ein einzelner pflegesensitiver Qualitätsindikator, zum Beispiel das *Angemessene Symptommanagement* weiter ausgearbeitet und entwickelt werden.
- An der Entwicklung sollten wiederum verschiedene Institutionen des Kantons Zürich beteiligt sein, vorzugsweise diejenigen Institutionen, welche sich schon an der Entwicklung des Modells beteiligt haben.
- Die Projektorganisation kann mit leichten Anpassungen für die mögliche Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren übernommen werden, da sie sich bewährt hat.
- Das Projektteam sollte nicht zu gross sein (max. 6 Personen). Die Grundlagen sollten von Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern und Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten entwickelt werden, welche über die nötige Expertise, fachliche und auch methodische Kompetenz (insbesondere wissenschaftliches Arbeiten) verfügen.
- Pflegende aus der Pflegepraxis sollten eng in die Entwicklungsarbeit einbezogen werden, wofür in der Projektorganisation Strukturen geschaffen werden müssen (z.B. Expertenpanels).

4. Literatur

- Donabedian, A., Wheeler, J. R., & Wyszewianski, L. (1982). Quality, cost, and health: an integrative model. *Med Care*, 20(10), 975-992.
- Doran, D. M. (2003). *Nursing-Sensitive Outcomes: State of the Science*. Boston, Toronto, London, Singapore: Jones And Bartlett Publishers.
- Fiechter, V., & Meier, M. (1985). *Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis*. Basel: RECOM.
- Käppeli, S. (1993). *Pflegekonzepte: Gesundheits-, entwicklungs- und krankheitsbezogene Erfahrungen*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality health outcomes model. American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care. *Image J Nurs Sch*, 30(1), 43-46.
- Mitchell, P. H., & Lang, N. M. (2004). Framing the problem of measuring and improving healthcare quality: Has the Quality Health Outcomes Model been useful? *Med Care*, 42(2 Suppl), 114-111.
- Sidani, S., Irvine, D., Porter, H., LeFort, S., O'Brien-Pallas, L. L., & Zahn, C. (2002). *Evaluating the impact of nurse practitioners in acute care settings. Final Report*. Canadian Institutes of Health Research.
- Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R., & De Geest, S. (2004). Professionelle Pflege - neu definiert: Zwei Kernsätze und acht Ergänzungen. *Krankenpflege*, 8, 20-23.