

Supplement 2: Methode der Pflegequalitätserhebung

Ziel und Zweck von Pflegequalitätserhebungen

In vielen Fällen können die genannten Indikatoren vermieden und somit in ihrer Häufigkeit reduziert werden. Voraussetzung dafür sind präzise und detaillierte Informationen über das Auftreten der genannten Pflegeindikatoren (Ergebnisebene), diesbezüglich durchgeführte Maßnahmen zur Prävention und Behandlung (Prozessebene) sowie Informationen über verschiedene Qualitätsindikatoren (Strukturebene) in den einzelnen österreichischen Gesundheitseinrichtungen. Diese Informationen bilden die Basis, um über die jeweilige Praxis zu reflektieren und gegebenenfalls Veränderungen zu initiieren. Solche Informationen (Daten) müssen objektiv, standardisiert und auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erhoben werden. Dazu können Prävalenzstudien genutzt werden, welche sich sehr gut eignen, landesweit einheitliche Daten zur Häufigkeit eines Problems (oder einer Krankheit) in einer Population zu erheben [1, 2]. Sie ermöglichen einen Einblick in die aktuelle Pflegepraxis und geben Anregungen für Verbesserungen [3]. Bei regelmäßiger Teilnahme der Einrichtungen an Prävalenzstudien können initiierte Verbesserungen erkannt und die so erzielten Erfolge sichtbar gemacht werden. Seit 2009 gibt es mit der Pflegequalitätserhebung für Österreich umfassende und standardisiert erhobene Daten zu den vorgestellten Pflegeindikatoren.

Die Pflegequalitätserhebung

Ziel dieser jährlich stattfindenden Pflegequalitätserhebung ist es, Daten zur Häufigkeit, Prävention und Behandlung von Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Stürzen und Schmerz sowie zur Häufigkeit, Art und Begründung freiheitsein-/beschränkender Maßnahmen in Gesundheitseinrichtungen zu erheben. Die gewonnenen Daten sollen den Einrichtungen die Möglichkeit bieten, zielgerichtete Maßnahmen zu initiieren wie z.B. die Einführung eines Assessmentinstruments. Darüber hinaus liefern diese Daten Ansatzpunkte für die Reflexion der täglichen Praxis, um letztendlich qualitativ hochwertige, individuelle und sichere Pflege anbieten zu können. Somit stellt die Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung den ersten und damit auch wichtigsten Schritt zur Sicherstellung und Entwicklung der Pflegequalität in Gesundheitseinrichtungen dar [4, 5].

Seit 2009 wird diese Erhebung in Österreich vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz durchgeführt.

Eine regelmäßige jährliche Teilnahme der österreichischen Einrichtungen mit allen Stationen wird empfohlen, um einen Vergleich über die Jahre (Längs- schnittvergleich) zu ermöglichen und um ein umfassendes Bild der jeweiligen Einrichtung und nicht nur von ausgewählten Stationen oder Wohnbereichen zu erhalten. Dadurch kann festgestellt werden ob eingeleitete pflegerische Maßnahmen zur Senkung der jeweiligen Prävalenzrate(n) beigetragen haben [6, 7].

Vorgehen

Alle österreichischen Gesundheitseinrichtungen, wie Krankenhäuser, Pflegeheime, Rehabilitationseinrichtungen und Organisationen der Hauskrankenpflege in Österreich können an der Pflegequalitätserhebung teilnehmen. Die Teilnahme an der Studie ist für alle Einrichtungen freiwillig. Ein positives Votum für die Durchführung der Studie gibt es von der zuständigen Ethikkommission (Medizinische Universität Graz). Es werden nur Daten von Patient*innen und Bewohner*innen erhoben für die eine mündliche informierte Zustimmung vorliegt. Die teilnehmenden Einrichtungen erhalten im Vorfeld eine Schulung sowie Informations- und Erhebungsmaterialien, welche für die Datenerhebung in den jeweiligen Einrichtungen notwendig sind. Die Daten werden von einem Erhebungsteam bestehend aus zwei Personen (i.d.R. diplomierte Pflegepersonen) erhoben. Dieses Team besteht aus einer unabhängigen (externen) Pflegeperson (von einer anderen Station/Wohnbereich) sowie einer zweiten (internen) Pflegeperson, die auf der Station, beziehungsweise dem Wohnbereich tätig ist. Beim Beantworten der Fragen soll eine Übereinstimmung erzielt werden. Gelingt dies nicht, entscheidet die unabhängige Pflegeperson. Die Daten werden in ein passwortgeschütztes Online-Eingabeprogramm eingetragen.

Datenerhebung

Der im Rahmen der Pflegequalitätserhebung verwendete originale Fragenkatalog wurde innerhalb einer internationalen Forschungsgruppe entwickelt [8, 9]. Die Fragen basieren auf der internationalen wissenschaftlichen Literatur sowie auf der Expertise von Fachpersonen im Bereich der jeweiligen Pflegeindikatoren und werden regelmäßig anhand neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse aktualisiert. Bei der Entwicklung des Fragenkatalogs wurde auf bestehende, wissenschaftlich validierte (psychometrisch geprüfte) Messinstrumente zurückgegriffen, wie etwa die Bradenskala [10] oder die Pflegeabhängigkeitsskala [8, 9].

Generell besteht der Fragenkatalog aus Fragen auf 3 Ebenen:

- (1) Fragen zum Profil der Einrichtung (Art der Einrichtung) und zu vorhandenen Qualitätsindikatoren,
- (2) Fragen zum Profil der Station (Art der Station) und zu vorhandenen Qualitätsindikatoren,
- (3) Fragen zu den Teilnehmer*innen. Hier umfasst der allgemeine Teil demographische Merkmale (wie Alter und Geschlecht) und in einem spezifischen Abschnitt werden Daten und Merkmale zu den Pflegeindikatoren sowie zur Prävention und den durchgeführten Interventionen abgedeckt.

Risikoerfassung

Bei Dekubitus, Mangelernährung und Sturz wird mithilfe bestimmter Risikofaktoren erfragt ob bei dem jeweiligen Patient*in ein Risiko für den Pflegeindikator vorliegt. Bei Dekubitus nutzen wir die Bradenskala und bei Mangelernährung das MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) für Krankenhäuser und den SNAQ-RC (Short Nutritional Assessment Questionnaire for the Residential Care) für Pflegeheime. Zusätzlich dazu sollen die erhebenden Pflegepersonen bei Dekubitus auch noch eine Risikobeurteilung mithilfe des klinischen Blicks durchführen, weil Screening- und Assessmentinstrumente Grenzen und Einschränkungen haben [11, 12]. Daher wird seit ein paar Jahren empfohlen, auch den

klinischen Blick bei der Beurteilung eines Risikos hinzuzuziehen. Das wird beispielsweise auch in der aktuellen Leitlinie zur Prävention und Behandlung von Dekubitus sowie der aktuellen evidenzbasierten Sturzleitlinie empfohlen [13-15].

Studienpopulation

Die Pflegequalitätserhebung findet in einem vorab festgelegten Zeitraum im November statt. Zur Population der Studie zählen alle Patient*innen und Bewohner*innen, die sich am Tag der Erhebung auf den teilnehmenden Stationen/Wohnbereichen befanden. Alle Personen, die Ihre mündliche Informierte Zustimmung zur Datenerhebung gaben, wurden befragt.

Verarbeitung der Daten

Alle Einrichtungen haben die Daten direkt online in das passwortgeschützte Eingabeprogramm eingegeben. Die Ergebnisse werden den Koordinator*innen und Ansprechpartner*innen der teilnehmenden Einrichtungen auf der LPZ-Website (<https://at.lpz-um.eu/de>) in einem Dashboard (Online Ergebnispräsentation) mit übersichtlichen Grafiken und Tabellen zur Verfügung gestellt. In den nachfolgenden Abbildungen 1 und 2 werden die Darstellungen im Dashboard als Beispiele dargestellt.

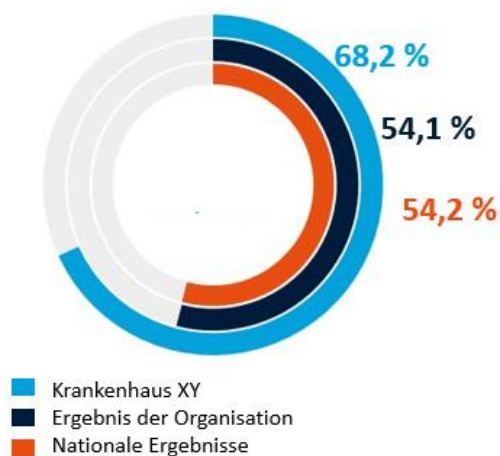


Abbildung 1 Darstellung der Prävalenz im Vergleich zur gesamten Organisation und den nationalen Ergebnissen

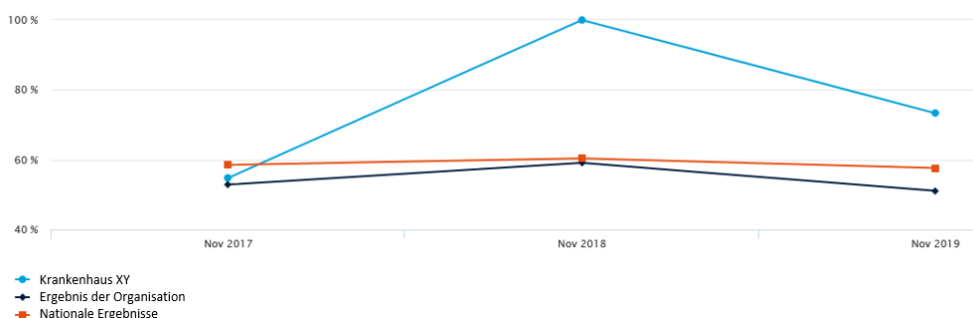


Abbildung 2 Verlauf über die Jahre im Vergleich zur gesamten Organisation und den nationalen Ergebnissen

Referenzen

1. Pirlich, M., et al., *The German hospital malnutrition study*. Clin Nutr, 2006. 25(4): p. 563-72.
2. Polit, D. and C. Beck, *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 2016: Lippincott, Williams & Wilkins Philadelphia.
3. Bours, G.J., et al., Development of a model for case-mix adjustment of pressure ulcer prevalence rates. Med Care, 2003. 41(1): p. 45-55.
4. Schönherr, S., M. Mandl, and C. Lohrmann, *Gutes Sehen, Gutes Hören, Gutes Sagen - Pflegequalität als ein Thema für Österreich*. Österreichische Pflegezeitschrift, 2012. 12: p. 20-22.
5. Simon, M., et al., Messung der Pflegequalität in der Langzeitpflege Eine vergleichende Analyse von Pflege透明enzkriterien, bewohnerbezogenen Indikatoren und Beurteilungen der Mitarbeiter. Bundesgesundheitsblatt, 2013. 56: p. 1088-1097.
6. Lahmann, N., R. Halfens, and T. Dassen, Auditing pressure ulcer prevalence. Structures, processes and outcomes in annual surveys. Verpleegkunde, 2007. 22(1): p. 55.
7. Meijers, J.M., et al., Decreasing Trends in Malnutrition Prevalence Rates Explained by Regular Audits and Feedback. The Journal of Nutrition, 2009. 139(7): p. 1381-1386.
8. Dijkstra, A., G. Buist, and T. Dassen, *Nursing-Care Dependency*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1996. 10(3): p. 137-143.
9. Lohrmann, C.H., Die Pflegeabhängigkeitsskala: ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken – Eine methodologische Studie, in Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft. 2003, Charité Universitätsmedizin Berlin.
10. Bergstrom, N., et al., *The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk*. Nurs Res, 1987. 36(4): p. 205-10.
11. Cascio, B.L. and J.V. Logomarsino, Evaluating the effectiveness of five screening tools used to identify malnutrition risk in hospitalized elderly: A systematic review. Geriatric Nursing, 2018. 39(1): p. 95-102.
12. Huang, C., et al., Predictive validity of the Braden scale for pressure injury risk assessment in adults: a systematic review and meta-analysis. Nursing Open, 2021. 8(5): p. 2194-2207.
13. EPUAP, NPIAP, and PPPIA, Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. 2019.
14. Kottner, J., S. Coleman, and K. Balzer, *Pressure ulcer risk assessment: Where will the journey take us?* International Journal of Nursing Studies, 2024. 150: p. 104646.
15. Schoberer, D.W., D, Leitlinie 4.0: Evidenzbasierte Leitlinie zur Sturzprävention älterer Erwachsener in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen. 2025: Graz, Austria.