



HALLESCHER BEITRÄGE ZU DEN GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFTEN



»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«

Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

Qualitätsindikatoren für die professionelle häusliche Pflege in der Schweiz

René Schaffert, Laila Burla, Maja Mylaeus und Peter Rüesch

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG

ISSN 1610-7268

36

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 3. Juli 2009p

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610–7268

Alle Rechte vorbehalten.p

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Methodisches Vorgehen	7
2.1	Projektplan	7
2.2	Das Bedarfsabklärungsinstrument RAI-Home-Care Schweiz	8
2.3	Herleitung und Konstruktion von Qualitätsindikatoren (Studienphase 1)	8
2.4	Bewertung der Indikatoren durch Fachleute (Studienphase 2)	9
2.5	Bestimmung der Messgenauigkeit (Studienphase 3)	10
2.6	Überprüfung der Messeigenschaften (Studienphase 4)	10
2.6.1	Datengrundlage zur Bestimmung der Messeigenschaften	11
3	Ergebnisse	12
3.1	Entwickelte Indikatoren	12
3.2	Ergebnisse der Ratingrunden	12
3.2.1	Einstufungen	12
3.2.2	Erkenntnisse aus offenen Diskussionen	13
3.3	Ergebnisse der Interrater-Reliabilitätsbestimmung	13
3.4	Messeigenschaften der Qualitätsindikatoren	13
3.5	Synthese der Ergebnisse	14
3.6	Erste Anwendung der Indikatoren in Workshops	15
4	Diskussion	15
	Literatur	22

Zusammenfassung

Das Ziel eines Projektes war es, Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege in der Schweiz auf der Basis des Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI-HC Schweiz verfügbar zu machen. Die Bestimmung und Überprüfung der Indikatoren erfolgte in vier Studienphasen. In einem ersten Schritt wurden, bereits bewährte, von einem internationalen Team von Wissenschaftlern/innen aus Nordamerika entwickelte, auf RAI-HC basierende Qualitätsindikatoren bezüglich ihrer Umsetzbarkeit mit der Schweizer Version des RAI-HC überprüft. Ergänzend wurden weitere potentielle Indikatoren hergeleitet, die teilweise auf in der Schweiz neu entwickelten Formularen des RAI-HC beruhten.

Diese potentiellen Indikatoren wurden in einem zweiten Schritt von Experten/innen aus dem ambulanten Pflegebereich in Bezug auf Beeinflussbarkeit, Praktikabilität und Relevanz mit einem Gruppenkonsensverfahren (Nominal Group Technik, NGT) beurteilt.

In einem dritten Schritt erfolgte eine Überprüfung der Interraterreliabilität der für die Indikatoren verwendeten Items aus dem RAI-HC.

Abschliessend wurden die Messeigenschaften der Indikatoren anhand eines Datensatzes von 1808 Klienten/innen aus 45 Spitex-Organisationen überprüft. Untersucht wurden die

Prävalenzen, Inzidenzen und die Varianzen der Qualitätsindikatoren zwischen Organisationen.

Es konnten 29 potentielle Qualitätsindikatoren hergeleitet werden, wobei deren 16 inhaltlich kongruent mit dem Indikatorenset der nordamerikanischen Version des RAI HC sind.

Aufgrund der Bewertung dieser Indikatoren in Bezug auf die Kriterien – Rating durch Spitex-Pflegefachpersonen, Interraterreliabilität, Messeigenschaften (Prävalenz/Inzidenz in der Stichprobe, Varianz) liess sich ein Kernset von insgesamt 19 Qualitätsindikatoren festlegen. Diese Indikatoren schnitten aus der Perspektive der verschiedenen Bewertungsperspektiven überwiegend positiv ab. Somit erscheinen sie als geeignet für die Verwendung in Qualitätsmessungen.

Es zeigte sich, dass die Schweizer Version des RAI-HC für Qualitätsmessungen auf der Basis von Qualitätsindikatoren zu Prozessen und Ergebnissen der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege geeignet ist. Weiter wurde deutlich, dass die Datenqualität mit einigen Präzisierungen und einer konsequenteren Anwendung der bestehenden Kodierrichtlinien noch verbessert werden kann. Diese Faktoren sind bei der Schulung der Mitarbeitenden und Auszubildenden zukünftig vermehrt zu berücksichtigen.

Abstract

The purpose of this scientific project was to define quality indicators for home care in Switzerland using the Swiss version of the RAI-HC (Resident Assessment Instrument Home Care).

Indicators were developed and examined based on a research design consisting of four successive stages. Firstly, a set of potential quality indicators was operationalized. For this purpose, existing indicators based on the North American version of RAI-HC were adopted as well as additional indicators based on the Swiss RAI-HC were developed. In a second step, applying a group consensus method (nominal group technique) these quality indicators were judged by home care professionals with regard to changeability, practicability and relevance. Thirdly, the interraterreliability of the quality indicators was assessed. Further, based on data of 1'808 clients from a total of 45 home care organisations, the quality indicators were empirically tested with regard to sample-frequencies (incidences and prevalences) and between-group variance.

In this process a total of 29 potential home care quality indicators were developed. Based on the results of the sub-studies (rating by experts, interraterreliability and frequencies/variation) a core-set of 19 quality indicators was defined which can be recommended for quality measurement in real home care settings of Switzerland.

The Swiss version of RAI-HC seems to provide a suitable instrument for measuring quality of home care. The quality indicators may support home care providers to improve their services and to meet the legal obligation of quality assurance. To gain valid and reliable data from the RAI-HC, further training of health professionals in the application of the instrument is recommended.

Schlagworte

- häusliche Pflege
 - Spitex
 - Qualität
 - Indikatoren
 - RAI-HC
 - home care
 - RAI-HC
 - quality indicators
 - quality assurance
-
-

Über die Autoren

René Schaffert ist Soziologe, hat mehrjährige Erfahrung als Pflegefachmann und arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fachstelle Gesundheitswissenschaften am Departement Gesundheit der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Laila Burla ist Soziologin, war mehrere Jahre am Institut für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Bern tätig und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachstelle Gesundheitswissenschaften.

Maja Mylaeus-Renggli ist Soziologin und Pflegefachfrau, war mehrere Jahre im In- und Ausland tätig und leitet heute das Ressort Qualität beim Spitex Verband Schweiz.

Dr. Peter Rüesch, Peter, Psychologe FSP, ist Leiter der Fachstelle Gesundheitswissenschaften. Er ist seit 17 Jahren als Sozialwissenschaftler im Bildungs- und Gesundheitswesen tätig. Arbeitsschwerpunkte: Psychische Gesundheit-Krankheit, Chronische Krankheit und Behinderung, Versorgungsforschung im Gesundheitswesen.

1 Einleitung

Die Qualitätsförderung ist ein Aufgabenbereich, dem sich heute kein Leistungserbringer im Gesundheitswesen entziehen kann. In Anlehnung an entsprechende Entwicklungen im angelsächsischen Raum sind in den vergangenen zwei Jahrzehnten auch in Deutschland, Österreich und der Schweiz entsprechende Prozesse in Gang gesetzt worden. Ein Zeichen dieser Veränderungen ist es, dass in allen drei Ländern Gesetze und Verordnungen entstanden sind, die Massnahmen zur Qualitätsförderung vorsehen (Baartmans und Geng 2006; Freiler und Biringer 2007; Giebing et al. 1999).

Von der wachsenden Bedeutung der Qualitätsförderung ist auch die professionelle häusliche Krankenpflege betroffen. Es ist deshalb kein Zufall, dass fast zeitgleich in Deutschland, Österreich und der Schweiz Studien verwirklicht werden, die sich mit der Qualität in der ambulanten Pflege und Betreuung beschäftigen (Bölicke 2007; Garms-Homolova 2008; Rüesch et al. 2009).

In diesem Beitrag wird eines dieser Projekte, die Entwicklung und Überprüfung von Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege in der Schweiz beschrieben. Im Mittelpunkt der Ausführungen sollen dabei die Methoden der Auswahl und Überprüfung von in Frage kommenden Indikatoren auf der Basis des Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI-HC Schweiz stehen.

Die professionelle häusliche Hilfe und Pflege wird in der Schweiz grösstenteils von gemeinnützigen, regional organisierten Diensten, teilweise auch von privaten Unternehmen erbracht; sie wird als so genannte spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Spitex bezeichnet. Fast alle der rund 650 gemeinnützigen Spitex-Organisationen sind einem der 26 kantonalen Spitex-Verbände angeschlossen, die ihrerseits den Spitex Verband Schweiz tragen. (Bundesamt für Sozialversicherungen 2007; Gmür und Rufenacht 2007). Diese dezentrale Struktur der professionellen häuslichen Hilfe und Pflege widerspiegelt die föderalistische politische Struktur der Schweiz.

Wie in anderen westlichen Ländern hat auch in der Schweiz die häusliche Hilfe und Pflege von Betagten, chronisch Kranken und Menschen mit Behinderung in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen (Bos et al. 2007; Schneekloth und Wahl 2005). So haben in der Schweiz im Jahre 2006 rund 17% der zu Hause lebenden über 64-Jährigen Leistungen der ambulanten Hilfe und Pflege in Anspruch genommen (Bundesamt für Sozialversicherungen 2007). Die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle bei krankenkassenpflichtigen Leistungen hat in den Jahren zwischen 1998 und 2006 um rund 25% zugenommen.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich der Spitex Verband Schweiz seit einigen Jahren mit der Sicherung und Förderung der Qualität (Mazenauer 2000). Als Teil eines umfassenderen Qualitätskonzeptes ist ein Qualitätsnachweis vorgesehen, der auch die Messung von Ergebnissen der häuslichen Hilfe und Pflege umfasst. Dabei soll beachtet werden, dass der Aufwand der Qualitätsüberprüfung in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen für die Klientinnen und Klienten sowie für die Mitarbeitenden steht.

Mit RAI-HC verfügt der Spitex Verband Schweiz über ein Bedarfsabklärungsinstrument, das auch qualitätsrelevante Daten erfasst. Das Instrument wird bereits von vielen Spitex-Organisationen für die Bedarfserfassung eingesetzt. Das Ziel eines wissenschaft-

lichen Projektes war es nun, Qualitätsindikatoren auf der Basis dieses Instruments zu entwickeln und zu überprüfen.

Im Zentrum standen dabei folgende Fragestellungen:

1. Welche von der Schweizer Version des RAI-HC erfassten Variablen eignen sich als Indikatoren der Ergebnis- und/oder der Prozessqualität der ambulanten Pflege?
2. Wie ist die Beeinflussbarkeit, die Praktikabilität und die Relevanz dieser potentiellen Indikatoren für die Praxis der häuslichen Pflege zu bewerten?
3. Wie sind die Messeigenschaften (Variabilität, Prävalenz/Inzidenz qualitätsrelevanter Zustände) und die Messgenauigkeit (Reliabilität) der Qualitätsindikatoren zu bewerten?

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Projektplan

Die Umsetzung dieser Fragestellungen orientierte sich an Vorgehensweisen, die sich in anderen Studien zur Bestimmung von Qualitätsindikatoren für den Pflegebereich bewährt hatten (Berg et al. 2001; Hirdes et al. 2004; Mor et al. 2003; Morris et al. 2003; Phillips und Branch 2003). Für die Herleitung und Überprüfung von Qualitätsindikatoren der ambulanten Hilfe und Pflege in der Schweiz wurden vier Projektphasen sowie eine anschließenden Anwendung in zwei Workshops verwirklicht.

- Phase 1: Ableitung und Entwicklung potentieller Qualitätsindikatoren ausgehend von ähnlichen Indikatoren aus Kanada und den USA.
- Phase 2: Beurteilung der Indikatoren im Rahmen eines Gruppenkonsensverfahrens mit Fachleuten aus der Praxis.
- Phase 3: Überprüfung der Messgenauigkeit der den Indikatoren zugrunde liegenden Items des RAI-HC anhand wiederholter Bedarfsabklärungen.
- Phase 4: Analyse der Messeigenschaften der Indikatoren auf der Grundlage von Daten aus Spitex-Organisationen.
- Erste Umsetzung: Anwendung der Ergebnisse einer ersten Qualitätserhebung im Rahmen von Workshops mit teilnehmenden Organisationen.

Im Rahmen des Projektes erfolgte ebenfalls eine Erprobung von verschiedenen Verfahren der Risikoanpassung, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden kann (vgl. Rüesch et al. 2009).

2.2 Das Bedarfsabklärungsinstrument RAI-Home-Care Schweiz

Die Grundlage für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren bildet das Bedarfsabklärungsinstrument RAI-Home-Care Version 2.0. RAI-HC wurde vom internationalen Forschungsnetzwerk InterRAI für die ambulante Pflege auf der Basis des Resident Assessment Instrument zur Bedarfsabklärung bei Heimbewohnern und Heimbewohnerinnen entwickelt und mit einem umfassenden internationalen Feldtest abgeschlossen (Hirdes et al. 2004).

Für die Schweiz wurde eine angepasste Version, das »RAI-Home-Care Schweiz«, entwickelt (Bartelt 2003; Mylaeus-Renggli 2006). Die Schweizer Version enthält im Vergleich zur englischen Version zwei zusätzliche Formulare (vgl. Anliker et al. 2003):

Im Mittelpunkt des RAI-HC Schweiz steht die Erfassung der Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität von Klientinnen und Klienten im häuslichen Umfeld. Das Instrument ermöglicht eine differenzierte Beurteilung bestehender Beeinträchtigungen und vorhandener Ressourcen einer Klientin/ eines Klienten, um darauf aufbauend die erforderliche Pflege und Betreuung bedarfsgerecht zu planen. RAI-HC Schweiz besteht aus folgenden fünf Elementen

- **ADUA (Administrative Daten und Anfrage):** Administrative Angaben zu Klientinnen und Klienten sowie erste Abklärung des Dienstleistungsbedarfs einschliesslich einer Triagefunktion im Hinblick auf ausführlichere Abklärungen.
- **Hauswirtschaft:** Ermittlung der voraussichtlichen hauswirtschaftlichen Leistungen.
- **MDS (Minimal Data Set):** Standardisierte, strukturierte Zustandsbeschreibung der Klientinnen oder Klienten und der aktuellen Situation mit Erfassung von Ressourcen und Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen.
- **Austrittsformular:** Zeitpunkt und Grund der Beendigung des Einsatzes.
- **Leistungskatalog:** Prospektive Planung und Quantifizierung der zu erbringenden Leistungen.

2.3 Herleitung und Konstruktion von Qualitätsindikatoren (Studienphase 1)

Die Herleitung von möglichen Qualitätsindikatoren der ambulanten Pflege in der Schweiz erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Vorgehens. Zuerst wurden die vom InterRAI-Team für den Einsatz in Kanada und den USA entwickelten Qualitätsindikatoren auf ihre Umsetzbarkeit mit der Schweizer Version des RAI-HC überprüft. Anschliessend wurden alle Items im MDS und den zusätzlichen Formularen des RAI-HC Schweiz in Bezug auf ihre Eignung für die Entwicklung neuer Indikatoren untersucht.

Die Konstruktion der Qualitätsindikatoren folgte dem Prinzip, welches bereits bei den InterRAI-Indikatoren zur Anwendung kam. Dabei ist ein Indikator bestimmt durch den Anteil von betroffenen Personen mit einem Qualitäts- bzw. Gesundheitsproblem gemessen an der Anzahl der Personen, welche von diesem Problem betroffen sein können. Dieses Verhältnis lässt sich mit einem Quotienten mit Zähler und Nenner ausdrücken und kann in einer Prozentzahl wiedergegeben werden:

$$\frac{\text{Zähler}}{\text{Nenner}} = \frac{\text{Klienten/innen mit Gesundheitsproblemen}}{\text{potenziell gefährdete Klienten/innen}}$$

Es gibt zwei unterschiedliche Arten von Indikatoren. Bei den einen wird ein Zustand zu einem bestimmten Zeitpunkt erfasst. Es handelt sich um Prävalenzindikatoren. Bei den Anderen richtet sich der Fokus auf die Veränderung des Zustandes, es handelt sich um Inzidenzindikatoren, bei denen jeweils die Zustandsveränderung zwischen zwei Assessments beurteilt wird. Da Pflegende auf den Eintrittszustand (Erst-Assessment) einer betreuten Person keinen Einfluss nehmen können, erfolgt die Berechnung von Indikatoren immer erst auf der Grundlage eines aktuellen Re-Assessments. Die Bestimmung von Inzidenzindikatoren erfolgt anhand eines Vergleiches zwischen einem aktuellen und dem vorangehenden Assessment.

2.4 Bewertung der Indikatoren durch Fachleute (Studienphase 2)

Die in der ersten Studienphase konstruierten Indikatoren wurden einer Gruppe von Experten und Expertinnen aus dem Bereich der Spitex und der Qualitätsmessung vorgelegt und verfeinert. Anschliessend wurde in einem strukturierten Verfahren eine Bewertung durch in der Praxis tätige Pflegefachpersonen vorgenommen. Diese Beurteilungen erfolgte nach der *Technik der nominellen Gruppen (NGT)*, einem speziellen Gruppenkonsensverfahren, welches in der Gesundheitsforschung häufig eingesetzt wird (Campbell et al. 2006; Delbecq, van de Ven und Gustafson 1975; Fink et al. 1984; Jones und Hunter 1995). Diese Methode ermöglicht es, die individuellen Einschätzungen und Sichtweisen von verschiedenen Fachleuten zu einem bestimmten Thema zu erfassen. Die NGT beruht auf einer stark strukturierten Sitzung, in der sich Einzel- und Gruppenarbeit abwechseln. So können für Gruppendiskussionen typische Probleme, wie beispielsweise unterschiedliche Redebeteiligung, minimiert werden. Das Verfahren wurde für die vorliegende Studie adaptiert und nach einem Pretest in folgendem Ablauf umgesetzt:

- Erläuterung von Fragestellung, Bewertungskriterien sowie des Ablaufs der Ratings zu Beginn der Sitzung.
- Erste individuelle Beurteilungsrunde der einzelnen Qualitätsindikatoren durch die Pflegefachpersonen nach drei festgelegten Kriterien; gemäss dem Ansatz der NGT fanden dabei keine Diskussionen und kein Austausch zwischen den Teilnehmenden statt.
- Diskussion und Austausch über die Hintergründe der Beurteilungen.
- Bestätigung oder Korrektur der vorgenommenen Bewertungen in einer zweiten individuellen Runde.
- Offene Diskussion mit Rückmeldungen zum Verfahren und zur Qualitätsmessung mit den vorgeschlagenen Indikatoren.

Die Bewertung der Qualitätsindikatoren orientierte sich an Kriterien, die von Saliba und Schnelle (2002) in einer Studie zur Qualitätsmessung im Heimbereich angewandt wurden. Die Pflegefachleute beurteilten die Indikatoren nach:

- **Beeinflussbarkeit:** Gefragt wurde, ob der vom Indikator erfasste Zustand durch das pflegerische Handeln der Spitex beeinflusst werden könne. Beeinflussbarkeit wurde im Sinne einer multidisziplinären Leistungserbringung verstanden, wobei eine Veränderung des Zustandes auch durch indirekte Einflussnahme der Pflegenden, beispielsweise durch Information des betreuenden Arztes erfolgen kann.
- **Praktikabilität:** Hier ging es um die Frage, ob die für den entsprechenden Indikator verwendeten Items in der Praxis zuverlässig und mit einem für die Pflege vertretbarem Aufwand eingeschätzt werden können.
- **Relevanz:** Erfragt wurde die Einschätzung der Wichtigkeit eines Qualitätsindikators für die Qualität der ambulanten Hilfe und Pflege.

Jedes Kriterium wurde von den Teilnehmenden der Ratingrunden mittels einer neunstufigen Skala für die einzelnen Indikatoren eingeschätzt. Für die Auswertungen wurde diese Skala linear auf die Einstufungen »ungeeignet«, »bedingt geeignet« und »gut geeignet« übertragen.

2.5 Bestimmung der Messgenauigkeit (Studienphase 3)

Im Rahmen dieser Teilstudie wurde die Messgenauigkeit mit der so genannten Interrater-Reliabilität (vgl. Mor et al. 2003) erfasst. Es wurde untersucht, ob zwei erfahrene Pflegefachpersonen bei einem Assessment mit dem MDS des RAI-HC zu ähnlichen Beurteilungen des Gesundheitszustandes kommen. Bei 24 Klientinnen und Klienten wurde deshalb nach dem Erst-Assessment durch eine Spitex-Mitarbeiterin ein zusätzliches zweites Assessment durch eine externe Projektmitarbeiterin (»Study Nurse«) durchgeführt.

Anschliessend wurde die durchschnittliche Interraterreliabilitäten der den Indikatoren zugrunde liegenden Items berechnet. Als Kennwerte der Interraterreliabilität kamen Kappa κ und Yules Y zum Einsatz. Für die Einschätzung der Kennwerte können gemäss Cichetti (1994) folgende verbalen Einstufungen für Kappa- bzw. Yuleswerte angewandt werden: Werte bis 0.40 entsprechen einer fehlenden oder schwachen Übereinstimmung, Werte zwischen 0.40 und 0.59 gelten als mässige, solche zwischen 0.60 und 0.74 als gute und jene über 0.75 als sehr gute Übereinstimmung.

2.6 Überprüfung der Messeigenschaften (Studienphase 4)

Im Vordergrund der Beurteilung von Messeigenschaften stand die Frage, ob sich ein Indikator in ausreichendem Ausmass zwischen Organisationen unterscheidet. Konkret wurden folgenden Kriterien überprüft:

- Die in der Stichprobe beobachtete relative Häufigkeit der Indikatoren sollte sich zwischen 5% und 95% bewegen (Berg et al. 2001; Hirdes et al. 2004).
- Die Indikatoren sollten eine minimale Streuung (Varianz) zwischen den Spitex-Organisationen zeigen. Als Mass dazu wurde in der vorliegenden Studie eine Interquartilsdifferenz von mindestens 6 Prozentpunkten gefordert.

- Die Indikatoren müssen auf der Basis einer minimalen Zahl von Klientinnen und Klienten, die den Indikator potenziell zeigen, berechnet werden (Fallzahl im Nenner des betreffenden Indikators).

Der Wertebereich von 5% und 95% in der relativen Häufigkeiten von Indikatoren wird empfohlen, weil ausserhalb dieses Spektrums Zustände so selten oder so häufig sind, dass sie sich zwischen Organisationen kaum mehr unterscheiden. Auch werden bei sehr kleinen Häufigkeiten die Messfehler grösser (Berg et al. 2001; Hirdes et al. 2004).

Ein Vergleich von Organisationen anhand von Qualitätsindikatoren ist in der Praxis nur sinnvoll, wenn sich zwischen den einzelnen Organisationen feststellbare Unterschiede zeigen. Diesbezüglich kann die Streuung des Indikators zwischen den Organisationen beurteilt werden. In dieser Studie erfolgte dies anhand der Interquartilsdifferenz, wobei Werte von unter 6% als unzureichend eingeschätzt wurden. Dieser Grenzwert wurde angesichts der Überlegung festgelegt, dass bei einer Fallzahl von 20 Klientinnen und Klienten in einer Organisation die Veränderung durch das Hinzukommen oder Wegfallen einer Person einer Erhöhung oder Reduktion des Indikatorwertes um 5% entspricht.

Für die statistische Stabilität der Qualitätsindikatoren ist auch eine minimale Fallzahl von Klientinnen und Klienten, die von einem bestimmten Gesundheitsproblem betroffen sein können, notwendig. Je kleiner die Zahl der gefährdeten Klientinnen und Klienten in einer Organisation ist (Nenner des Indikators), desto stärker verändert sich der Indikatorwert durch die Zustandsveränderung bei einer Person. Als Referenzwert wird hier eine Zahl von mindestens 20 Klientinnen und Klienten pro Organisation gefordert (Berg et al. 2001; Hirdes et al. 2004). Für die vorliegende Studie musste dieser Wert aufgrund von niedrigen Fallzahlen angepasst werden, beurteilt wurden Indikatoren mit mindestens 10 Fällen.

2.6.1 Datengrundlage zur Bestimmung der Messeigenschaften

Für die Analyse der Messeigenschaften wurden Daten von Klienten und Klientinnen aus 45 Spitex-Organisationen ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass in einigen Organisationen Re-Assessments nur selten durchgeführt wurden. Dies hatte bei einigen Indikatoren niedrige Fallzahlen zur Folge, eine Tendenz, die durch die kleinräumige, lokale Struktur der häuslichen Pflege in der Schweiz und die damit einhergehenden teilweise kleinen Zahlen von behandelten Klientinnen und Klienten verstärkt wurde. Deswegen musste die Analyse der Messeigenschaften in zwei verschiedenen Stichproben erfolgen. Die relativen Häufigkeiten liessen sich anhand einer umfassenden Stichprobe mit 1808 Klientinnen und Klienten aus 45 Organisationen beurteilen. Die Bestimmung der Streuung erfolgte in einer reduzierten Stichprobe mit Organisationen, die minimal 10 Fälle mit wiederholten Assessments liefern konnten. Diese reduzierte Stichprobe enthielt 1402 Fälle aus 23 Organisationen. Ein Vergleich zwischen diesen Stichproben zeigte, kaum Unterschiede in der Altersverteilung und in der Häufigkeit der Indikatoren. Beim Vergleich mit der Gesamtheit der Klienten und KlientInnen, welche in der Schweiz kassenpflichtige Leistungen der ambulanten Krankenpflege (KLV-Leistungen) erhielten, zeigten sich hingegen deutliche Unterschiede. In der Studien-Stichprobe sind ältere Personen übervertreten und

Jüngere untervertreten (Tabelle 1). Dieser Unterschied der Altersverteilung erklärt sich aus dem Umstand, dass bei Personen mit weniger komplexen Betreuungssituationen kein RAI-HC-MDS aufgenommen wird.

Tabelle 1: Altersverteilung der Klienten/innen im Vergleich zur Spitex-Statistik

Altersklassen	Gesamtstichprobe Klienten/innen mit MDS		Klienten/innen mit KLV-Leistungen gem. Spitex-Statistik 2006	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0 - 64 Jahre	184	10.2%	34'200	22.3%
65 - 79 Jahre	468	25.9%	45'300	29.5%
80+ Jahre	1140	63.1%	73'900	48.2%
Fehlende	16	0.8%	-	-
Total	1808	100%	153'400	100%

3 Ergebnisse

3.1 Entwickelte Indikatoren

Anhand des mehrstufigen Vorgehens zur Entwicklung potentieller Indikatoren konnte ein Set mit 29 Indikatoren bestimmt werden. Davon konnten 16 Indikatoren kongruent oder zumindest ähnlich wie bereits bestehende Qualitätsindikatoren aus Kanada und Teilen der USA konstruiert werden. Weitere 13 Qualitätsindikatoren wurden neu aus den Formularen des RAI-HC Schweiz abgeleitet. Die gebildeten Indikatoren decken fast alle Dimensionen der Zustanderfassung im MDS-Formular des RAI-HC ab (vgl. Tabelle 2 auf Seite 19).

3.2 Ergebnisse der Ratingrunden

3.2.1 Einstufungen

Die 29 potentiellen Qualitätsindikatoren wurden durch Pflegefachpersonen aus der Spitex nach den Kriterien Beeinflussbarkeit, Praktikabilität und Relevanz bewertet: In Bezug auf die Praktikabilität wurden alle mit Ausnahme von zwei Indikatoren als in der Praxis gut handhabbar bewertet. Kritischer fielen die Ratings bei den Kriterien, Beeinflussbarkeit und Relevanz aus. Doch auch in diesen Dimensionen erreichten 20 respektive 22 Indikatoren bei mehr als der Hälfte der Fachpersonen eine Einstufung, »gut geeignet«.

Für ein übergreifendes Urteil aus den Ratingrunden wurden die Ergebnisse der drei Kriterien in eine Gesamtbewertung zusammengeführt (Abbildung 1 auf Seite 14). Dabei erreichten 22 der 29 Indikatoren in mehr als der Hälfte der Einschätzung die Bewertungen

»gut geeignet«. Sieben Indikatoren erhielten in weniger als der Hälfte (28-48%) der Einschätzungen diese Bewertungsstufe.

3.2.2 Erkenntnisse aus offenen Diskussionen

In den offenen Diskussionen betonten einige der teilnehmenden Pflegefachpersonen, dass in der häuslichen Pflege nicht in erster Linie eine *Verbesserung eines Gesundheitszustandes* im Mittelpunkt stehe. Wichtiger sei den Pflegenden die *Unterstützung im Umgang* mit den oftmals chronischen Beschwerden. Durch die Konzentration auf Zustände in den vorgeschlagenen Indikatoren werde dieser unterstützende Teil ihrer Arbeit nicht abgedeckt. Gleichwohl äusserten sich die Fachleute zur Qualitätsmessung mehrheitlich positiv. Hervorgehoben wurde, dass die Qualitätsindikatoren auf einem bereits bekannten Instrument aufbauen und keinen zusätzlichen Aufwand generieren. In Bezug auf das RAI-HC als Bedarfabklärungsinstrument wiesen die Teilnehmenden darauf hin, dass für die korrekte Anwendung ein fundiertes Fachwissen notwendig sei. In diesem Zusammenhang äusserten einige auch den Wunsch nach einem regelmässigen Austausch unter Pflegenden über konkrete Schwierigkeiten in der Anwendung des Instruments. Kritisch merkten die Diskussionsteilnehmenden weiter an, dass sich das RAI-HC in seiner aktuellen Form nur bedingt für spezielle Gruppen, wie etwa psychisch Kranke oder Personen in einer palliativen Situation eigne und dass bei der Qualitätsmessung auf Grundlage des RAI-HC jene Klientel, die nicht mit dem MDS abgeklärt werde, nicht berücksichtigt sei. Die Teilnehmerinnen schätzten diesen Anteil an Patienten in einfachen Betreuungssituationen auf rund 50-60 Prozent.

3.3 Ergebnisse der Interrater-Reliabilitätsbestimmung

Die Überprüfung der Messgenauigkeit lieferte Hinweise, wie genau die einzelnen MDS-Items des RAI-HC – als Fundament der Qualitätsindikatoren – in der Praxis erfasst werden. Aufgrund der kleinen Stichprobe von Assessments, die für diese Teilstudie aufgrund von Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung erfasst werden konnten, liessen sich lediglich für 18 Indikatoren die Interrater-Reliabilitäten der zugrundeliegenden Items ermitteln.

Davon konnte für sieben Qualitätsindikatoren eine gute bis sehr gute Messgenauigkeit der zugrunde liegenden Items attestiert werden. Bei fünf Indikatoren zeigte sich eine mässige, aber noch ausreichende Messgenauigkeit und zu den Items von sechs Qualitätsindikatoren konnte lediglich eine ungenügende Messgenauigkeit ermittelt werden (vgl. Tabelle 3 auf Seite 20). Die niedrigen gefundenen Reliabilitäten könnten auch damit zusammenhängen, dass im Normalfall ein MDS auf der Basis von mehreren Patientenbesuchen erfasst wird. Die Bestimmung der Interrater-Reliabilität musste in dieser Studie im Vergleich zwischen zwei einzelnen Besuchen erfolgen.

3.4 Messeigenschaften der Qualitätsindikatoren

Aufgrund der Werte in der umfassenden Stichprobe erweisen sich 26 der 29 Qualitätsindikatoren in Bezug auf ihre relativen Häufigkeiten als geeignet für die Qualitätsmessung.

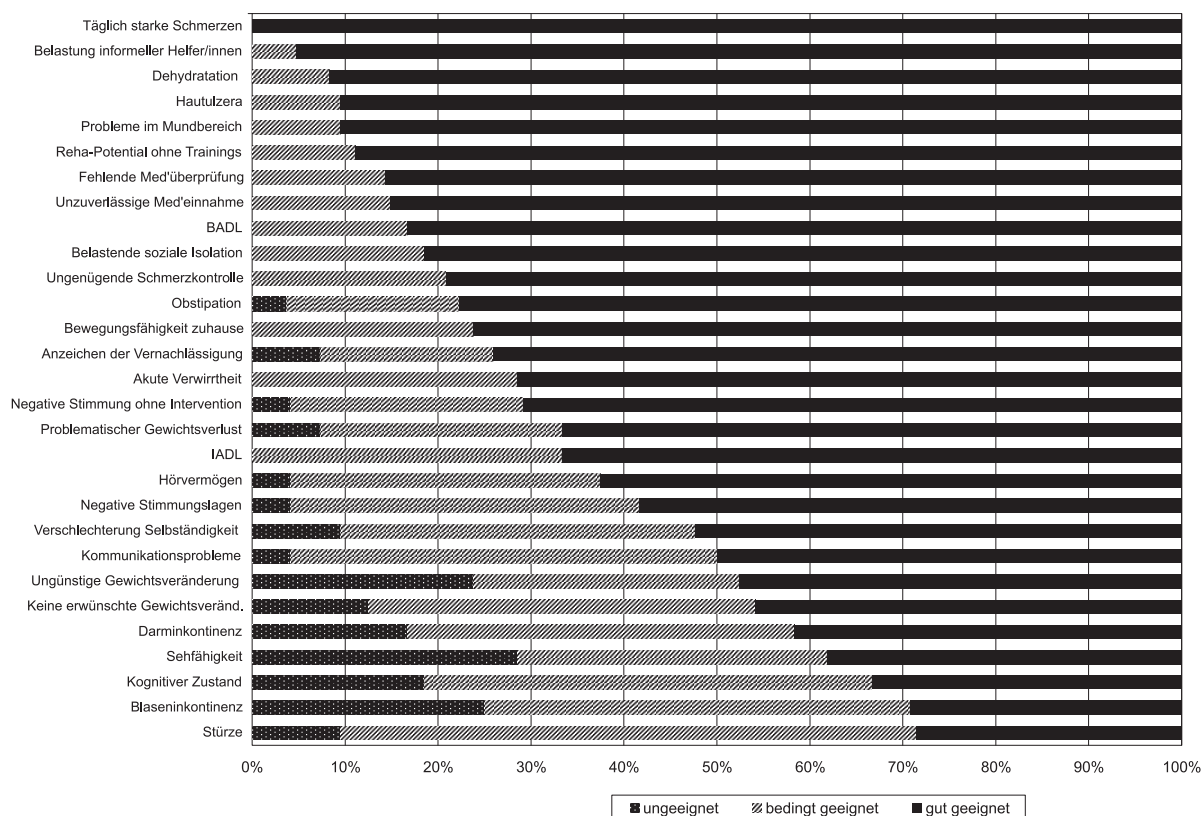


Abbildung 1: Gesamtbewertungen über alle Kriterien

Nur drei Indikatoren zeigten Häufigkeiten, die ausserhalb des geforderten Bereiches von 5% bis 95% lagen.

Eine Beurteilung der Streuungen war aufgrund der Datenlage nicht bei allen 29 Qualitätsindikatoren möglich. Bei sieben Indikatoren wäre bei einer besseren Datenbasis allenfalls mit geringeren Streuungen zu rechnen, bei fünf Indikatoren war die Datenlage für eine Auswertung ungenügend. Angesichts dieser Einschränkungen zeigte sich bei einer Mehrheit der Indikatoren eine markante Streuung. Insgesamt wiesen 17 auswertbare Indikatoren sowohl ausreichende Streuungen wie auch die geforderten Häufigkeiten (Prävalenzen/Inzidenzen) auf und erscheinen aufgrund ihrer Messeigenschaften für Vergleiche zwischen verschiedenen Spitex-Basisorganisationen geeignet. Vier der auswertbaren Indikatoren zeigten ausreichende Häufigkeiten, aber geringe Streuungen. Nur drei Indikatoren eignen sich aufgrund der Messeigenschaften nicht für einen Qualitätsvergleich sowohl aus der Sicht der geforderten Häufigkeiten wie auch angesichts der beobachteten Streuungen (vgl. Tabelle 3 auf Seite 20).

3.5 Synthese der Ergebnisse

Für die abschliessende Beurteilung der potentiellen Qualitätsindikatoren wurden die Ergebnisse der verschiedenen Teilstudien zusammengetragen und das Abschneiden der Indikatoren in vier verschiedenen Dimensionen ausgewertet (gesamtes Rating, Messgenau-

igkeit, Häufigkeit, Streuung). Aus der Synthese dieser Befunde ergaben sich vier Gruppen von Qualitätsindikatoren, nämlich:

1. Fünf Indikatoren, die in allen vier Bereichen die Kriterien erfüllten.
2. Vierzehn Indikatoren, die in drei Bereichen die Kriterien erfüllten.
3. Drei Indikatoren, die in zwei Bereichen die Kriterien erfüllen und höchstens ein Kriterium nicht erreichten.
4. Sieben Indikatoren, die in höchstens zwei Bereichen die Kriterien erfüllen und mindestens zwei Kriterien nicht erreichten.

Mit dieser Einteilung liess sich ein Kernset von insgesamt 19 Qualitätsindikatoren (Gruppen 1 und 2) bestimmen, die aus der Perspektive der verschiedenen Bewertungsperspektiven überwiegend positiv abschneiden und somit geeignet sind für die Verwendung in Qualitätsmessungen der häuslichen Pflege. Von den 16 InterRAI-Indikatoren erfüllten deren 15 die Kriterien, von den neu gebildeten Indikatoren erfüllten vier die Mehrheit der Kriterien.

3.6 Erste Anwendung der Indikatoren in Workshops

Im Anschluss an die Studie wurden die Daten liefernden Spitex-Organisationen eingeladen, die Ergebnisse dieser ersten Qualitätsmessung zu diskutieren. In diesen Workshops, die unter der Anleitung von Experten für Qualitätsmessungen mit RAI-HC standen, wurde den Teilnehmenden erklärt, wie die Indikatoren berechnet werden und wie diese für die Förderung der Qualität genutzt werden können.

Das Ziel dieser Workshops war nicht ein Vergleich im Sinne eines Benchmarkings zwischen Organisationen, sondern das Bestreben im gegenseitigen Austausch Erkenntnisse über Problemlösungen und bewährte Vorgehensweisen zu gewinnen. Jede Organisation erhielt die erreichten eigenen Indikatorwerte zusammen mit den Durchschnittswerten über alle Organisationen. (Abbildung 2 auf Seite 21 gibt eine ähnliche Auflistung für alle Indikatoren einer Organisation wieder.) Anschliessend setzten sich die Teilnehmenden in kleinen Gruppen zusammen und diskutierten mit Vertreterinnen anderer Organisationen ihre Werte. Dabei entstanden angeregte Diskussionen zwischen den beteiligten Organisationsvertreterinnen und es konnten verschiedene Anregungen und Erfahrungen hinsichtlich einer Qualitätsverbesserung ausgetauscht werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer äusserten sich positiv über diese Form der Auswertung von Qualitätsindikatoren und wünschten eine Fortsetzung des begonnenen Prozesses der Erhebung und Diskussion von Indikatoren der ambulanten Hilfe und Pflege.

4 Diskussion

Gegenstand der Studie war die Auswahl, Validierung und Erprobung von Qualitätsindikatoren der ambulanten Hilfe und Pflege (Spitex) in der Schweiz. Als Grundlage für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren diente dabei das MDS (Minimal Data Set) der

schweizerischen Version des Bedarfsabklärungsinstruments RAI-HC. Angestrebt wurde auch die Vergleichbarkeit mit international erhobenen Qualitätsindikatoren auf der Basis von RAI-HC. So konnte ein Set von 29 potentiellen Qualitätsindikatoren für die häusliche Pflege entwickelt werden. 16 dieser Indikatoren konnten kongruent zu bereits bestehenden von einem InterRAI-Forschungsteam für Kanada und Teile der USA entwickelte Indikatoren konstruiert werden. 13 Indikatoren wurden neu – spezifisch für die Schweizer Version – definiert. Die Überprüfung und Beurteilung dieser Indikatoren mittels eines Ratings durch Pflegefachpersonen (Beeinflussbarkeit, Praktikabilität, Relevanz), einer Berechnung der Interrater-Reliabilität und der Bestimmung von Messeigenschaften (Häufigkeit; Streuung) resultierte in der Bestimmung eines Kernsets von 19 Indikatoren (66%), wovon deren 15 kongruent zu bereits eingesetzten und erprobten Indikatoren aus Kanada und den USA sind.

Bei der Bestimmung dieses Kernsets von Qualitätsindikatoren wurden alle erhobenen Kriterien in gleichem Ausmass berücksichtigt. Für eine definitive Auswahl von Indikatoren zur routinemässigen Qualitätsmessungen ist unter Umständen eine unterschiedliche Gewichtung der verschiedenen Kriterien angezeigt. Auch ist zu überlegen, ob neben wissenschaftlichen Kriterien auch zusätzliche Aspekte, wie beispielsweise die Anschlussfähigkeit an übergreifende Programme der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen berücksichtigt werden sollen. So erfüllt der Indikator »unzuverlässige Medikamenteneinnahme« zwar nur eines von vier wissenschaftlichen Kriterien (nur 3 Kriterien konnten beurteilt werden), ist aber im Zusammenhang mit nationalen und internationalen Bemühungen um die Steigerung der Sicherheit im Umgang mit Medikamenten von Bedeutung (Hochreutener et al. 2006). In Kanada wurden bei der definitiven Auswahl von Indikatoren für die Anwendung in der Qualitätsmessung auch Indikatoren berücksichtigt, die in Bezug auf ihre Messeigenschaften die geforderten Kriterien nicht erfüllten. Es handelte sich dabei beispielsweise um die Indikatoren zur Dehydratation und zur Vernachlässigung (Hirdes et al. 2004).

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine erste, teilweise noch explorative Untersuchung zur Unterstützung der Einführung einer routinemässigen Messung von Indikatoren zur Qualität in der ambulanten Hilfe und Pflege in der Schweiz. Im Zuge der Durchführung zeigten sich auch praktische und technische Schwierigkeiten, die Hinweise für einzuleitende Massnahmen und weiteren Forschungsbedarf geben. Sowohl in bei der Bestimmung der Interrater-Reliabilitäten, wie auch bei der Berechnung der Streuung zwischen den Organisationen ergaben sich Einschränkungen aufgrund von kleinen Fallzahlen. Während für die Bestimmung der Messeigenschaften durch eine regelmässige Erfassung von MDS-Assessments einhergehend mit Re-Assessments im zeitlichen Abstand von 3 bis 6 Monaten die Datenbasis für eine Wiederholung der Qualitätsmessung verbessert werden kann, ginge die Verbesserung der Datenlage zur Bestimmung der Interrater-Reliabilitäten mit grossem Aufwand einher. Es zeigte sich, dass die Durchführung von kurz aufeinander folgenden Assessments im privaten Rahmen bei den Klientinnen zuhause mit erheblichem logistischem Aufwand verbunden ist. Zudem wird im Normalfall ein MDS-Assessment über mehrere Patientenbesuche vorgenommen, was die Überprüfung der Interrater-Reliabilität zusätzlich erschwert.

Trotz der erwähnten Einschränkungen bewährte sich das gewählte Design zur Bestimmung von Qualitätsindikatoren in dieser Studie. Im Rahmen der Rating-Runden mit Fachpersonen konnten neben den strukturierten Bewertungen der Indikatoren auch wichtige Rückmeldungen zum Einsatz des RAI-HC und zur geplanten Erhebung der Qualität mit Indikatoren gewonnen werden. Im Rahmen der Datensammlung für die Bestimmung der Messeigenschaften konnten zudem Erkenntnisse im Hinblick auf eine Verbesserung der Datenqualität gewonnen werden. Aufgrund der Forschungsergebnisse und der im Zuge des Studienablaufs gewonnenen zusätzlichen Erkenntnisse konnten für die Umsetzung einer routinemässigen Erhebung von Qualitätsindikatoren die folgenden Empfehlungen formuliert werden:

- Eine rasche Umsetzung und Einführung von Qualitätsmessungen ist anzustreben, damit der mit dieser Studie geweckte Aufbruchgeist genutzt werden kann.
- Zur Verbesserung der Akzeptanz der Qualitätsmessung in den Institutionen und zur Erleichterung der Abfrage von Resultaten ist es sinnvoll, ein Konzept für ein Reporting der Messresultate zu entwickeln. Dies sollte in einer Form erfolgen, die für Praktikerinnen und Praktiker verständlich ist und zu Lernprozessen anregt.
- Eine Optimierung der Datenqualität könnte durch zusätzliche Bemühungen zur Vereinheitlichung der Anwendung des RAI-HC in den lokalen Spitex-Organisationen erreicht werden. Dazu sind eine kontinuierliche Schulung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und eine Optimierung, aber vor allem auch eine konsequentere Anwendung der Kodierungsrichtlinien hilfreich. Es gilt auch zu vermitteln, dass für die Anwendung des RAI-HC zur Qualitätsmessung eine einheitliche Kodierung über die einzelnen Organisationen hinaus notwendig ist – eine Anforderung, die bei der alleinigen Anwendung als Bedarfsabklärungsinstrument weniger zentral ist.
- Weiter könnte eine Verbesserung der Datennutzungsmöglichkeiten in den Organisationen im Sinne einer Erleichterung der Abfrage von mit dem RAI-HC gesammelten Daten die Bereitschaft fördern, regelmässige Bedarfsabklärungen und Re-Assessments durchzuführen. Dazu müssten die bislang noch wenig ausgeprägten Auswertungsmöglichkeiten seitens der Software optimiert werden.
- Eine Wiederholung der Erhebung von Qualitätsindikatoren kann dazu genutzt werden, eine Replikation der quantitativen Analysen zu vollziehen, dabei könnten die Messeigenschaften an einer umfassenderen Stichprobe bestimmt werden.

Die vorliegende Studie zeigte, dass sich das RAI-HC Schweiz für die Erhebung von Qualitätsindikatoren eignet. Durch die kongruente Konstruktion einer Mehrheit der in dieser Studie gut abschneidenden Indikatoren zu bereits bestehenden von InterRAI definierten Indikatoren ist auch eine internationale Vergleichbarkeit gewährleistet. Für die Verankerung einer routinemässigen Qualitätserhebung ist neben der Erarbeitung und Realisation eines Einführungskonzeptes auch weiterführende Forschung sinnvoll.

Danksagung

Der Zentralvorstand des Spitex Verbands Schweiz trat als Praxispartner dieser Studie auf. Neben den Projektpartnern standen die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer Santésuisse als zusätzlichen Projektträger zur Seite. Die Finanzierung erfolgte hauptsächlich über den Schweizerischen Nationalfonds (SNF).

Ein herzlicher Dank gebührt allen Spitex-Organisationen und Fachpersonen, die durch ihre Mitwirkung diese Studie erst ermöglicht haben. Für ihre Unterstützung bei der Interrater-Reliabilitätsstudie möchten wir Dr. phil. Susanne Fischer vielmals danken. Einen besonderen Dank möchten wir auch gegenüber den Mitgliedern der projektbegleitenden Pilotgruppe aussprechen: Guido Bartelt (Q-Sys AG), Rudolf Gilgen (Q-Sys AG), Heidi Hefti (Spitex Region Müllheim) und Martin Oertig (Spitex Untermarch).

Tabelle 2: Vorgeschlagene Qualitätsindikatoren der ambulanten Pflege

Indikatorname	Bereich im MDS	Typ*	Version**
Akute Verwirrtheit	Kognitive Fähigkeiten	Präv.	InterRAI
Kognitiver Zustand	Kognitive Fähigkeiten	Inz.	InterRAI
Hörvermögen	Kommunikation	Präv.	neu
Kommunikationsprobleme	Kommunikation	Inz.	InterRAI
Sehfähigkeit	Sehen	Präv.	neu
Negative Stimmungslagen	Stimmungslage und Verhalten	Präv.	InterRAI
Neg. Stimmung ohne Intervention	Stimmungslage und Verhalten	Präv.	neu
Belastende soziale Isolation	Psychosoziales Wohlbefinden	Präv.	InterRAI
Belastung informeller Helfer/innen	Informelle Unterstützung	Präv.	neu
IADL***	Körperliche Funktionsfähigkeit	Inz.	InterRAI
Bewegungsfähigkeit zuhause	Körperliche Funktionsfähigkeit	Inz.	InterRAI
BADL***	Körperliche Funktionsfähigkeit	Inz.	neu
Reha-Potenzial ohne Trainings	Körperliche Funktionsfähigkeit	Präv.	neu
Blaseninkontinenz	Kontinenz	Inz.	InterRAI
Darminkontinenz	Kontinenz	Inz.	neu
Obstipation	Gesundheitszustand	Inz.	neu
Ungenügende Schmerzkontrolle	Gesundheitszustand	Präv.	InterRAI
Täglich starke Schmerzen	Gesundheitszustand	Präv.	InterRAI
Stürze	Gesundheitszustand	Präv.	InterRAI
Anzeichen der Vernachlässigung	Gesundheitszustand	Präv.	InterRAI
Ungünstige Gewichtsveränderung	Ernährung/Flüssigkeitsstatus	Inz.	neu
Keine erwünschte Gewichtsveränd.	Ernährung/Flüssigkeitsstatus	Inz.	neu
Problematischer Gewichtsverlust	Ernährung/Flüssigkeitsstatus	Präv.	InterRAI
Dehydratation	Ernährung/Flüssigkeitsstatus	Präv.	InterRAI
Probleme im Mundbereich	Ernährung/Flüssigkeitsstatus	Präv.	neu
Hautulzera	Zustand der Haut	Inz.	InterRAI
Fehlende Med'überprüfung	Medikamente	Präv.	InterRAI
Unzuverlässige Med'einnahme	Medikamente	Präv.	neu
Verschlechterung Selbständigkeit	Gesamteinschätzung	Präv.	neu

* Indikatortyp: Präv. = Prävalenzindikator; Inz. = Inzidenzindikator

** Herkunftsversion Indikator:

InterRAI = analog oder kongruent zu InterRAI Indikator aus Kanada und USA;

neu = für die Schweiz neu konstruierter Indikator

*** IADL = instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung, etc.)

BADL = basale Aktivitäten des täglichen Lebens (Aufstehen, Ankleiden, Essen etc.)

Tabelle 3: Übersicht Kriterien zu allen Indikatoren geordnet nach Kriterienerfüllung

Qualitätsindikator	Rating Gesamt- bewertung % gut geeignet		Häufigkeit % Gesamt- stichprobe		Streuung Differenz des IQR ^a		Reliabilität Überein- stimmungs- koeffizient ^b	
	%	+/-	%	+/-		+/-		+/-
BADL ^{a)}	83.3	+	45.7	+	27.6*	+	0.81	+
Bewegungsfähigkeit zuhause	76.2	+	90.5	+	17.6	+	1.00	+
Dehydratation	91.7	+	16.7	+	16.9	+	0.47	+
Probleme im Mundbereich	90.5	+	12.7	+	14.2	+	0.43	+
Belastende soziale Isolation	81.5	+	30.0	+	13.9	+	0.41	+
Kognitiver Zustand	33.3	-	55.5	+	27.3*	+	0.48	+
Blaseninkontinenz	29.2	-	13.1	+	17.5*	+	0.67	+
Stürze	28.6	-	29.4	+	14.8	+	0.63	+
IADL ^{b)}	66.7	+	61.9	+	.	§	0.66	+
Täglich starke Schmerzen	100	+	8.7	+	5.6	-	0.44	+
Negative Stimmungslagen	58.3	+	30.4	+	15.2	+	0.25	-
Ungenügende Schmerzkontrolle	79.2	+	17.1	+	15.0*	+	0.22	-
Hautulzera	90.5	+	8.1	+	13.2*	+	0.05	-
Belastung informeller Helfer/-innen	95.2	+	22.4	+	11.7	+	0.29	-
Verschlechterung Selbständigkeit	52.4	+	41.0	+	21.4	+	.	.
Problematischer Gewichtsverlust	66.7	+	13.2	+	16.0	+	.	.
Anzeichen der Vernachlässigung	74.1	+	11.4	+	12.5	+	.	.
Fehlende Med'überprüfung	85.7	+	7.5	+	10.4	+	.	.
Kommunikationsprobleme	50.0	+	5.0	+	9.7*	+	.	.
Neg. Stimmung ohne Intervention	70.8	+	49.4	+	.	§	0.33	-
Reha-Potential ohne Trainings	88.9	+	94.1	+	.	§	.	.
Akute Verwirrtheit	71.4	+	7.5	+	4.6	-	.	.
Hörvermögen	62.5	+	11.1	+	4.9	-	0.16	-
Obstipation	77.8	+	4.3	-	5.9*	-	1.00	+
Darminkontinenz	41.7	-	5.6	+	5.9*	-	0.68	+
Keine erwünschte Gewichtsveränd.	45.8	-	45.4	+	.	§	.	.
Ungünstige Gewichtsveränderung	47.6	-	35.4	+	.	§	.	.
Unzuverlässige Med'einnahme	85.2	+	3.8	-	5.8	-	.	.
Sehfähigkeit	38.1	-	3.5	-	5.9	-	.	.

a) basale Aktivitäten des täglichen Lebens (Aufstehen, Ankleiden, Essen etc.)

b) instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung, etc.)

^{a)}: Interquartilrange bzw. mittlere 50% der Fälle;

^{b)}: Yules (falls nicht berechenbar: Kappa);

* knappe Fallzahlen im Indikatorenenner (Median der Fallzahlen im Nenner <20, aber minimale Fallzahl =10),

§ Fallzahlen < 10;

+ = befriedigendes Ergebnis; - = unbefriedigendes Ergebnis

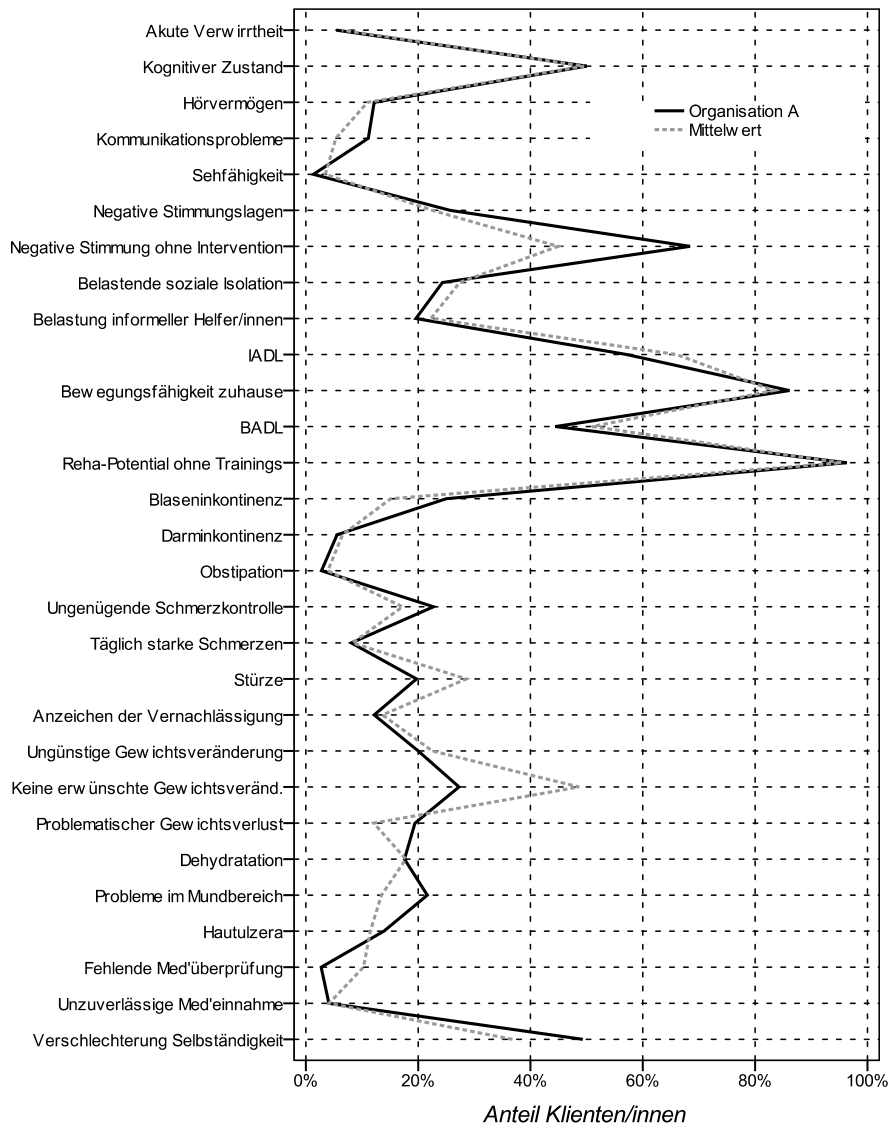


Abbildung 2: Indikatoren einer Organisation mit Mittelwerten aller Organisationen

Literatur

- Anliker, M., G. Bartelt, J.N. DuPasquier, R. Gilgen, P. Müller und B. Staudenmaier. 2003. *Handbuch RAI-Home-Care Schweiz*. St. Gallen: Q-Sys AG.
- Baartmans, P.C.M., und V. Geng. 2006. *Qualität nach Mass: Entwicklung und Implementierung von Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen*. Bern: Huber Verlag.
- Bartelt, G. 2003. *Entwicklung und Evaluation des RAI-HC Schweiz im Auftrage des Spitex Verbands Schweiz. Zusammenfassender Schlussbericht*. St. Gallen: Q-Sys AG.
- Berg, K., B. E. Fries, R. Jones, S. Mattke, T. Moore, V. Mor, J. N. Morris, K. M. Murphy und S. Nonemaker. 2001. »Identification und evaluation of existing quality indicators that are appropriate for use in long-term care settings.« Ann Arbor, Michigan: University of Michigan, Institute of Gerontology.
- Bölicke, Claus. 2007. »Ist gute Pflege messbar? Ergebnisqualität in der Pflege.« in *Deutscher Pflegekongress/Hauptstadtkongress 2007* Berlin.
- Bos, J. T., D. H. Frijters, C. Wagner, G. I. Carpenter, H. Finne-Soveri, E. Topinkova, V. Garms-Homolova, J. C. Henrard, P. V. Jonsson, L. Sorbye, G. Ljunggren, M. Schroll, G. Gambassi und R. Bernabei. 2007. »Variations in quality of home care between sites across Europe, as measured by home care quality indicators.« *Aging Clinical and Experimental Research* 19:323-9.
- Bundesamt für Sozialversicherungen. 2007. »Spitex-Statistik 2006.« Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Cichetti, D.V. 1994. »Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology.« *Psychological Assessment* 6:284-290.
- Delbecq, A.L., A.H. van de Ven und D.H. Gustafson. 1975. *Group Techniques for Program Planning: A Guide to Nominal Group and Delphi Processes*. Glenview Scott, Foresman
- Fink, A., J. Kosecoff, M. Chassin und R. H. Brook. 1984. »Consensus methods: characteristics and guidelines for use.« *American Journal of Public Health* 74:979-983.
- Freiler, Irma und Erwin Biringer. 2007. »Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege – eine Zwischenbilanz.« in *Soziale Sicherheit Online*
- Garms-Homolová, Vjenka. 2008. »Messung der Pflege-Outcomes mithilfe von Routinedaten.« *Public Health Forum* 16.
- Giebing, Hannie, Hedi Francois-Kettner, Martina Roes und Heather Marr. 1999. *Pflegerische Qualitätssicherung: Konzept, Methode, Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Gmür, R., und M. Rüfennacht. 2007. »Spitex.« Pp. 353-364 in *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht*, Hsg.: G.Kocher und W. Oggier. Bern: Verlag Hans Huber.

- Hirdes, J. P., B. E. Fries, J. N. Morris, N. Ikegami, D. Zimmerman, D. M. Dalby, P. Aliaga, S. Hammer und R. Jones. 2004. »Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC.« *Gerontologist* 44:665-79.
- Hochreutener, Marc-Anton, Karin Fattinger, Samuel Henz und Max Giger. 2006. »Pharmakoepidemiologie und Adverse Drug Event Monitoring in Schweizer Spitälern: Konzeptskizze: Dateninhalte und -erfassung für das nationale Projekt.« Zürich: Stiftung für Patientensicherheit.
- Jones, J. und D. Hunter. 1995. »Consensus methods for medical and health services research.« *British Medical Journal* 311:376-380.
- Mazenauer, Beatrice. 2000. »Qualitätssicherung und Effizienz widersprechen sich nicht.« *Krankenpflege* 2000:10-12.
- Mor, V., J. Angelelli, R. Jones, J. Roy, T. Moore und J. Morris. 2003. »Inter-rater reliability of nursing home quality indicators in the U.S.« *BMC Health Services Research* 3:20.
- Morris, J., Terry Moore, Rich Jones, Vincent Mor, Joseph Angelelli, Katherine Berg, Christine Hale, Shirley Morris, Katharine M. Murphy, und Melissa Rennison. 2003. »Validation of long-term and post-acute care quality indicators. Final report.« Providence, Rhode Island USA: Brown University, Center for Gerontology and Health Care Research.
- Mylaeus-Renggli, M. 2006. »Entwicklung und Einführung von RAI-HC Schweiz als einheitliches Bedarfsabklärungssystem in der ambulanten Hilfe und Pflege zu Hause.« *PrInterNet*:477-486.
- Phillips, C., und L. Branch. 2003. »Validating nursing home quality indicators: Contrasting approaches and strategies.« *Gerontologist* 43:482-483.
- Rüesch, Peter, Laila Burla, René Schaffert und Maja Mylaeus. 2009, im Druck. Qualitätsindikatoren der ambulanten Pflege (Spitex) in der Schweiz auf der Grundlage von RAI-HC. Bern: Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP (Band 96).
- Saliba, D. und J. F. Schnelle. 2002. »Indicators of the quality of nursing home residential care.« *Journal of the American Geriatrics Society* 50:1421-1430.
- Schneekloth, U. und H.W. Wahl. 2005. »Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III).« Berlin: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.