

DNQP-Praxisprojekt „Qualitätsindikatoren auf der Basis von Expertenstandards“

in der Stiftung Mathias-Spital Rheine



- 4 Krankenhäuser
- 4 Altenhilfeeinrichtungen
- 1 Geriatriische Reha-Klinik
- 1 Ambulanter Pflegedienst
- + Bildungscampus

Britta Berlekamp, M.A.
Stabstelle Pflegedirektion Qualitätsentwicklung Pflege

02. März 2018

Modellstation



- Im Klinikum Ibbenbüren
- Unfallchirurgische Station mit 36 Betten

Warum?

- In der Vergangenheit: Auffälligkeiten im Rahmen der externen Qualitätssicherung
- Aktivitäten ohne einschlägigen Erfolg:
 - Entwicklung und Einführung - Risikoscreening und Checkliste zur Unterstützung bei der individuellen Risikobeurteilung in Orbis und Schulung dazu
 - Fortbildung Dekubitusprophylaxe und -entstehung
 - Überprüfung der Lagerungshilfsmittel und Test von Alternativprodukten
 - Thromboseprophylaxe-Wickel-Workshop

Besonderheiten aus dem Audit

- Position der Auditorin? (ehemalige Kollegin – während des Audits im PDL-Team)
 - Nutzung des Orbis-Risiko-Dokumentes erst ↓ - im Verlauf ↗
 - Maßnahmenplanung lag durchgehend vor
 - Förderung der Eigenbewegung nicht dokumentiert, aber in jedem Interview beschrieben
 - Beratung des Patienten im Interview stark bejaht – nur 45 % der Patienten wussten davon
 - Gemeinsame Maßnahmenplanung mit Patienten – im Interview für diese Patientengruppe durchgehend kritisch gesehen und immer verneint
- Fortbildung zur Risikoerfassung und Maßnahmenplanung in Orbis
- Planung weiterer Maßnahmen nach Indikatorenerhebung

Nach dem Audit

Erkenntnis nach Abgleich mit dem aktualisierten Expertenstandard:

- Gegebenheiten zur potentiell erfolgreichen Dekubitusprophylaxe liegen vor:

Geschulte und motivierte Pflegefachkräfte

Geschulte, motivierte und engagierte Stations- und Bereichsleitung

Orbis-Dokumente zur Risikoerfassung und Maßnahmenplanung

Frage: Warum läuft es trotzdem nicht immer gleich gut?

Maßnahme: Fortbildung zur Risikoerfassung und Maßnahmenplanung in Orbis

→ Planung weiterer Maßnahmen nach Indikatorerhebung

Vom DNQP vorgeschlagene Indikatoren



Indikator Inzidenz

Indikator Wissen Patient/Bewohner

Indikator Interventionen

Indikator Qualifikation Mitarbeiter

→ Vorgabe: aus jedem Themenfeld mindestens einen Indikator zu erheben

Erhobene Indikatoren I



1. Häufigkeit von neu aufgetretenen Dekubitus Kategorie 1-4 (pro Woche)

Vorgehen: wöchentlicher Auszug aus QS-Monitor durch QEP → Weiterleitung an die Bereichsleitung (BL)

→ anschließender kurzfristiger Austausch dazu

2. Anzahl der Patienten (ohne kognitive Einbußen), die von Ihrem Risiko wissen (Zähler), Gesamtanteil der Patienten (ohne kognitive Einbußen) mit einem Dekubitusrisiko (Nenner)

Vorgehen: BL macht (im Projektzeitraum bis Ende November) 1x wöchentlich Stichtagerhebungen

Erhobene Indikatoren II



3. Anzahl der Patienten, bei denen geplante Interventionen tatsächlich umgesetzt werden (Prüfung von z.B. Fersenfreilage oder Bewegungsförderung durch Stichprobenprüfungen) (Zähler), alle Patienten mit einem Dekubitusrisiko (Nenner)

Vorgehen: BL macht (im Projektzeitraum bis Ende November) 1x wöchentlich Stichtagerhebungen

4. Anzahl der Mitarbeiter, die im vergangenen Jahr an einer Fortbildung zum Thema Dekubitusprophylaxe teilgenommen haben (Zähler), alle MitarbeiterInnen der Station (Nenner)

- **Indikator 4a** FB Dekubitusentstehung und Dekubitusprophylaxe
- **Indikator 4b** Umsetzung der Expertenstandards in der Krankenpflege (inhaltlich sowie praktisch in Orbis)
- Vorgehen: QEP evaluiert Teilnehmerlisten

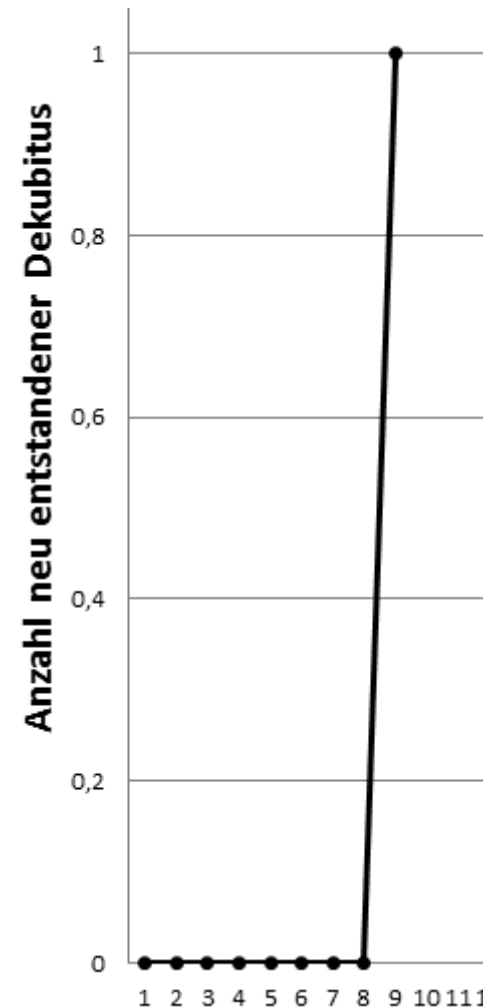
Ergebnisse der Indikatorerhebungen I



1. Häufigkeit von neu aufgetretenen Dekubitus
Kategorie 1-4 (pro Woche)

Zeitpunkte	Konkreter Zeitpunkt (z. B. Datum, Kalenderwoche)	Was wird gemessen (z. B. Anzahl Dekubitus)
	wöchentlich	Anzahl neu entstandener Dekubitus
1	08.09.	0
2	15.09.	0
3	22.09.	0
4	29.09.	0
5	06.10.	0
6	13.10.	0
7	20.10.	0
8	03.11.	0
9	24.11.	1

→ Einschätzung: Indikator retrospektiv aus QS-Monitor
erhoben nicht direkt praxisrelevant.



Ergebnisse der Indikatorerhebungen II

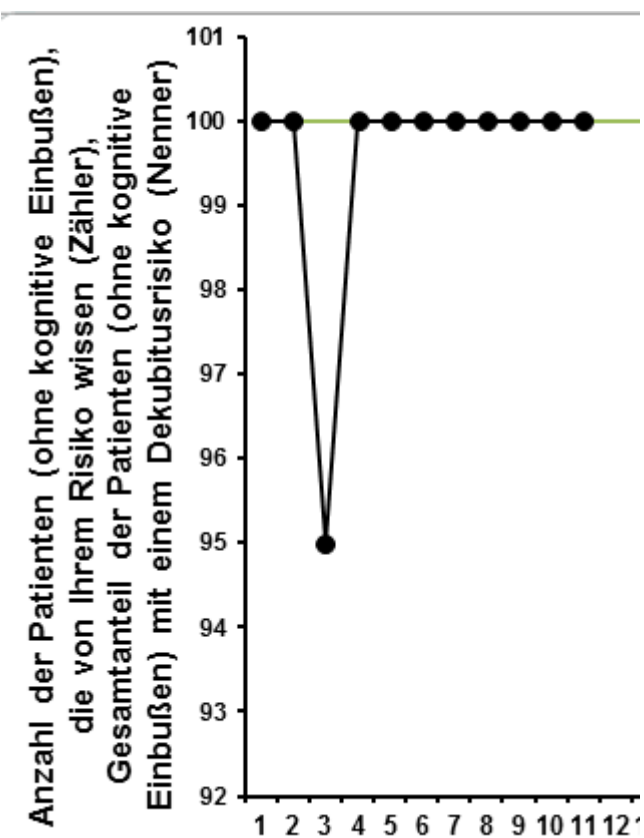


2. Anzahl der Patienten (ohne kognitive Einbußen), die von Ihrem Risiko wissen (Zähler), Gesamtanteil der Patienten (ohne kognitive Einbußen) mit einem Dekubitusrisiko (Nenner)

	Stichtag	Zähler	Nenner	Verhältnis
1	22.09.2017	12	12	100,0
2	28.09.2017	13	13	100,0
3	06.10.2017	19	20	95,0
4	13.10.2017	7	7	100,0
5	20.10.2017	13	13	100,0
6	27.10.2017	2	2	100,0
7	03.11.2017	4	4	100,0
8	10.11.2017	7	7	100,0
9	17.11.2017	11	11	100,0
10	24.11.2017	9	9	100,0
11	01.12.2017	7	7	100,0

→ Ergebnis entgegen Auditergebnis

→ Gründe?



Ergebnisse der Indikatorerhebungen III



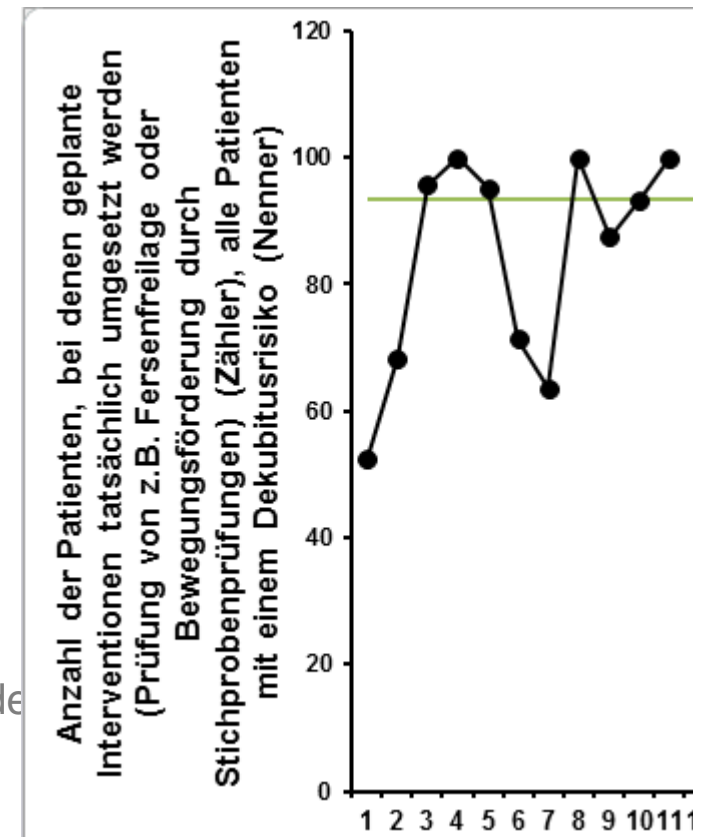
3. Anzahl der Patienten, bei denen geplante Interventionen tatsächlich umgesetzt werden (Prüfung von z.B. Fersenfreilage oder Bewegungsförderung durch Stichprobenprüfungen) (Zähler), alle Patienten mit einem Dekubitusrisiko (Nenner)

	Stichtag	Zähler	Nenner	Verhältnis
1	22.09.2017	10	19	52,6
2	28.09.2017	13	19	68,4
3	06.10.2017	22	23	95,7
4	13.10.2017	11	11	100,0
5	20.10.2017	20	21	95,2
6	27.10.2017	5	7	71,4
7	03.11.2017	7	11	63,6
8	10.11.2017	11	11	100,0
9	17.11.2017	14	16	87,5
10	24.11.2017	14	15	93,3
11	01.12.2017	12	12	100,0

- Ergebnisse sehr unterschiedlich mit leicht steigender Tendenz
- Identifikation von Gründen: Physio, Ergo und mangelnde Compliance

02. März 2018

Britta Berlekamp



Datum	Punkt 2.1. Gesamtanteil der Patienten (ohne kognitive Einbußen) mit einem Dekubitusrisiko (Nenner)	Punkt 2.2. Anzahl der Patienten (ohne kognitive Einbußen), die von Ihrem Risiko wissen (Zähler), ja, nein, nicht sicher	Punkt 2.3 Anzahl der Patient die beraten wurden, (ohne kognitive Einbußen), (Doku, Maßnahme angelegt)	Punkt 3.1. Alle Patienten mit einem Dekubitusrisiko (Nenner)	Punkt 3.2. Alle Patienten: geplante Maßnahmen tatsächlich umgesetzt (Zähler) z.B. Stimmt die Lagerung am Patienten mit der Doku überein?	Zeit
22.9.17	12	12 (davon waren 2 Patienten unsicher)	12 1x Screening fehlt	19	10 wie geplant 3 Änderungen durch KG/ ERGO 2 Patienten sehr unruhig 4 stimmten nicht überein	3 Std
28.09.	13	13	13 2x Screening fehlt	19	13 wie geplant 3 Patienten sehr unruhig 3 stimmten nicht überein	2 Std
06.10.	20	19	16 4x Maßnahmenplanung fehlt	23	22 wie geplant 1 Patient stimmt nicht überein, lässt sich kaum lagern, hat Rötung an der Ferse	1,5 Std
13.10.	7	7	4 1x Screening fehlt 2x Maßnahmenplanung fehlt	11	11 wie geplant	1 Std
20.10.	13	13	11 2x Maßnahmenplanung fehlt	21	20 wie geplant 1 sehr unruhig	1,5 Std
27.10.	2	2	2	7	5 wie geplant 1 stimmt nicht überein 1 Änderung durch KG	0,5 Std
03.11.	4	4	3 1x Maßnahmen fehlt	11	7 wie geplant 2 stimmen nicht überein 1 Änderung durch Ergo 1 sehr unruhig	1 Std
10.11.	7	7	7	11	11	1 Std
17.11.	11	11	6 1 x Screening fehlt 1 x Schnell-Info fehlt 3 x Maßnahmen fehlt	16	14 wie geplant 2 Änderung durch KG	1 Std
24.11.	9	9	8 1 x Maßnahmen fehlt	15	14 wie geplant 1 Pat sehr unruhig	1 Std
01.12.	7	7	5 2x fehlt komplett	12	12	1 Std

Ergebnisse der Indikatorerhebungen IV



4. Anzahl der Mitarbeiter, die im vergangenen Jahr an einer Fortbildung zum Thema Dekubitusprophylaxe teilgenommen haben (Zähler), alle MitarbeiterInnen der Station (Nenner)

4a Teilnahme FB Dekubitusentstehung und Dekubitusprophylaxe

→ **Pflicht-FB - Compliance-management!**

Zähler	Nenner	Verhältnis
17	25	68,0

4b Umsetzung der Expertenstandards in der Krankenpflege
(inhaltlich sowie praktisch in Orbis)

→ **5 Mitarbeiter (inkl. Ltg.) als Multiplikatoren geschult - nicht ausreichend**

Zähler	Nenner	Verhältnis
5	25	20,0

Highlights der Indikatorerfassung



- Nähe zum Team (schon während des Audits)
- Wöchentliche Rückkopplung zum Leitungsteam
- Bericht der BL zu Gesprächen mit den Dekubitus gefährdeten Patienten
- Zusätzliche Erfassung der Dokumentation
- Bericht der BL zu Veränderungen im Team – Flurgespräche zur Thematik „Dekubitus“
- 1. Indikator – Entstandene Dekubitus nicht erforderlich – BL/SL sind über jede Entwicklung informiert

→ **Einführung (monatlicher?) Pflegevisite mit Dokumentenprüfung**

Fazit



Ein gutes Mittelmaß aus
„Nah dran sein“
und Überprüfung
führen zum Erfolg.