



Citation	<p>Ausserhofer, D., Gehri, B. (2015)</p> <p>Qualitäts- und Praxisentwicklung in Schweizer Akutspitälern durch Studienergebnisse – Eine Follow-up Befragung von PflegedirektorInnen der RN4Cast Spitäler (Quality improvement and practice development through study findings in Swiss acute care hospitals – Follow up survey of Chief Nursing Officers from the RN4CAST hospitals).</p> <p>Pflege, (28): S. 49 - 54.</p>
Archived version	<p>Post-print. Author manuscript: the content is virtually identical to the content of the published paper, but without the final typesetting by the publisher</p>
Published version	<p>http://dx.doi.org/10.1024/1012-5302/a000404</p>
Journal homepage	<p>http://www.heilberufe-online.de/</p>
Author contact	<p>Sabina.degeest@med.kuleuven.be Sabina.degeest@unibas.ch</p> <p>+ 32 (0)16 37 32 94 + 41 (0)61 267 09 16</p>
IR	<p>https://lirias.kuleuven.be/cv?u=U0005386</p>

(article begins on next page)



Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

**Qualitäts- und Praxisentwicklung in Schweizer Akutspitälern durch Studienergebnisse
– Eine Follow-up Befragung von PflegedirektorInnen der RN4CAST Spitäler**

**Quality improvement and practice development through study findings in Swiss acute
care hospitals – Follow up survey of Chief Nursing Officers from the RN4CAST
hospitals**

Kurztitel: RN4CAST Follow-up Befragung

Dietmar Ausserhofer, PhD, RN, Postdoktorand am Institut für Pflegewissenschaft, Universität
Basel

Beatrice Gehri, BSc, RN, Masterstudentin am Institut für Pflegewissenschaft, Universität
Basel

Sabina De Geest, PhD, RN, Professorin und Leiterin Institut für Pflegewissenschaft,
Universität Basel

Katharina Fierz, PhD, RN, Postdoktorandin am Institut für Pflegewissenschaft, Universität
Basel

René Schwendimann, PhD, RN, Leiter Bereich Lehre, Institut für Pflegewissenschaft,
Universität Basel

Korrespondenzadresse:

René Schwendimann

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Bernoullistrasse 28

CH-4056 Basel

E-Mail: rene.schwendimann@unibas.ch, Tel.: +41 (0)62 267 09 19

Danksagung:

Die Autoren bedanken sich bei allen PflegedirektorInnen für Ihre Teilnahme an der
Befragung.

Finanzierung der Studie / Interessenskonflikt

Die RN4CAST Studie, deren Ergebnisse zu dieser Sub-Studie geführt haben, wurde im Rahmen des 7. EU Forschungsrahmenprogrammes finanziert (FP7/2007-2013; EU Projektnummer: 223468). Weitere Informationen zur RN4CAST Studie entnehmen Sie der Website: www.rn4cast.eu.

Keiner der Autoren weist einen Interessenskonflikt im Zusammenhang mit dieser Studie auf.

Beitrag der Autorinnen und Autoren:

DA: Federführung bei der Manuskripterstellung, Datenanalyse und –interpretation

BG: Datenanalyse und –interpretation, Mitarbeit bei der Manuskripterstellung

SDG: Beratung und Mitarbeit bei der Manuskripterstellung

KF: Beratung und Mitarbeit bei der Manuskripterstellung

RS: Ideengeber, Mitarbeit bei der Dateninterpretation und Manuskripterstellung

Zusammenfassung

Im Rahmen der RN4CAST (Nurse forecasting in Europe) Studie erhielten die 35 teilnehmenden Schweizer Spitäler einen Studienbericht, der ihnen einen anonymisierten Vergleich mit den teilnehmenden Spitäler in Bezug auf Struktur-, Prozess- und Outcome-Faktoren ermöglichte. Rückmeldung zu Studienergebnissen im Rahmen dieses Benchmarking ermöglichte den Spitalern Verbesserungspotentiale aufzudecken und entsprechende Massnahmen zur Qualitäts- und Praxisentwicklung zu ergreifen. Wir befragten die Pflegedirektionen der RN4CAST Spitäler, ob die Ergebnisse des Studienberichts in ihrem Spital diskutiert und analysiert wurden und ob die Ergebnisse zu Praxis- und Qualitätsentwicklungsprojekten geführt hat rund 18 Monate nach Übermittlung des Studienberichts. Von den 35 versandten Fragebögen wurden 30 retourniert (Rücklaufquote = 85%). Der Studienbericht wurde in 27 Spitalern (90%) spitalintern diskutiert und analysiert, wobei die Qualität (n=27) und der Nutzen (n=22) als gut oder sehr gut beurteilt wurden. Weniger als die Hälfte der Spitäler (41%) haben die Ergebnisse mit den Abteilungen diskutiert. Der Studienbericht hat die Praxis- und Qualitätsentwicklung in den Bereichen Arbeitsumgebung (n=20) und Sicherheitskultur und -klima (n=16) unterstützt. Die Replikation der RN4CAST Studie in den beteiligten Spitalern wäre eine Möglichkeit, Veränderungen bei den gemessenen Faktoren, z. B. aufgrund von Qualitäts- und Praxisentwicklungsprojekten zu evaluieren.

Schlüsselwörter: Benchmarking, Studienbericht, Praxis- und Qualitätsentwicklung, Akutspitäler

Abstract

In the RN4CAST (Nurse forecasting in Europe) study all 35 participating Swiss hospitals received a study report, which allowed them to anonymously compare findings in relation to structure, process and outcome variables. Thus, this benchmarking allowed the hospitals to identify potentials for improvement and to plan counter measures for developing the quality of their practice environment. We surveyed the RN4CAST hospitals 18 months after submitting the study report and asked chief nursing officers if the results of the RN4CAST study report had been discussed and analysed within their hospitals and if the results had led to any quality improvement or practice development projects. Out of 35 questionnaires 30 were returned (response rate = 85%). The study report was discussed and analysed in 27 hospitals (90%), whereby the quality (n=27) and the usefulness (n=22) were rated as good or very good. Less than half of the hospitals (41%) discussed the results with the hospital units. The study report stimulated practice development and quality improvement efforts in view of the nurses' work environment (n=20) and safety culture / climate (n=16). Replicating the RN4CAST study in the participating hospital would allow evaluating changes on the measured variables, e.g., due to this quality improvement and practice development projects.

Keywords: Benchmarking, study report, quality improvement, practice development, acute care hospitals

Einleitung

Rückmeldung zur eigenen Leistung anhand von Daten („*Performance feedback*“) stellt eine effektive Massnahme dar, um das Verhalten von Individuen, Teams oder der gesamten Organisation positiv zu verändern und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern (Bradley et al., 2004; Jamtvedt, Young, Kristoffersen, O'Brien, & Oxman, 2006).

Benchmarking, d.h. die vergleichende Analyse von Ergebnissen mit einem festgelegten Bezugswert (*Benchmark*), hat sich im Gesundheitswesen und in der Pflege als Instrument zur Qualitätssicherung und -entwicklung etabliert (Amina Ettorchi-Tardy & Philippe, 2012; Ellis, 2006). So ermöglichen beispielsweise die im Rahmen der vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung (ANQ) in Spitälern und Kliniken erhobenen und veröffentlichten Qualitätsindikatoren einen Schweizweiten Vergleich zu den beiden pflegesensitiven Ergebnisparametern „Patientenstürze“ und „Dekubitus“. Aus der wissenschaftlichen Literatur ist bekannt, dass diese und weitere pflegesensitive Ergebnisparameter mit Struktur- (z. B. Arbeitsumgebungsqualität, Stellenbesetzung, Ausbildungsniveau) und Prozess-Faktoren (z. B. implizite Rationierung von Pflege) zusammenhängen (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007; Needleman et al., 2011; Schubert, Clarke, Aiken, & de Geest, 2012). Im Rahmen von nationalen Datenbanken, wie z. B. der *National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)*[®] oder der *Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (CALNOC)*[™] werden Daten zu pflegesensitive Struktur-, Prozess- und Ergebnisparameter standardisiert und routinemässig erfasst und bieten die Möglichkeit ein relativ umfassendes Abbild von „Pflegequalität“ zu geben.

Ohne solche Datenbanken sind Ergebnisstudien in der Pflege eine Möglichkeit Daten zu pflegesensitive Struktur, Prozess, und Ergebnisparameter zu generieren und für ein Benchmarking zu nutzen. Die bislang grösste Ergebnisstudie in der Pflege - die RN4CAST (Nurse Forecasting in Europe) Studie, an der 12 Europäische Ländern, inklusive der Schweiz teilnahmen (Sermeus et al., 2011) - hat hierzu einen wichtigen Beitrag geleistet. Erste internationale Studienergebnisse haben gezeigt, dass in Spitälern mit einer guten Arbeitsumgebungsqualität und Stellenbesetzung Patienten zufriedener mit ihrer Betreuung waren und die Pflegenden von einer höheren Pflegequalität, weniger Burnout, höheren Arbeitszufriedenheit, sowie einer geringeren Absicht den Beruf zu verlassen berichteten (Aiken et al., 2012; Heinen et al., 2013). Im Europäischen Vergleich schnitten die Schweizer Spitäler in Bezug auf die Arbeitsumgebungsqualität und die Stellenbesetzung sehr gut ab. Die nationalen Studienergebnisse zeigten jedoch zwischen den teilnehmenden Spitälern signifikante Unterschiede auf (z.B. beim Sicherheitsklima, Arbeitsumgebungsqualität)

(Ausserhofer et al., 2012; Desmedt, De Geest, Schubert, Schwendimann, & Ausserhofer, 2012). Zudem zeigte sich, obwohl die befragten Pflegefachpersonen angaben selten pflegerische Massnahmen implizit rationieren zu müssen, dass das Ausmass der Rationierung von der Stellenbesetzung und vom Sicherheitsklima im Spital abhängig war (Schubert et al., 2013). Eine stärkere Rationierung von Pflege wird von Patienten wahrgenommen und zeigt sich beispielsweise in einer tieferen Zufriedenheit mit der Spitalbetreuung (Ausserhofer et al., 2013).

Um den teilnehmenden Spitälern ein anonymisiertes Benchmarking zu ermöglichen, hat die Schweizer RN4CAST-Forschungsgruppe den teilnehmenden Spitälern in der Schweiz die Ergebnisse in Form eines Studienberichts zur Verfügung gestellt. Die Daten wurden hierfür grafisch so aufbereitet, dass ein schneller Überblick über die Ergebnisse im jeweils eigenen Betrieb gewonnen werden konnten (siehe Abbildung 1). Um möglichst plausible Vergleiche vornehmen zu können, erhielt jedes Spital mittels seiner individuellen Code Nummer Informationen darüber, welche der Spitäler eine ähnliche Grösse (<100 Betten, 100-300 Betten, >300-600 Betten, >600 Betten) und desselben Typ (Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspital) aufweisen. Diese Darstellungen ermöglichten es den leitenden Pflegefachkräften, Verbesserungspotentiale in den untersuchten Struktur-, Prozess- und Outcome-Faktoren zu identifizieren und gegebenenfalls entsprechende Massnahmen zu ergreifen. Zu den pflegerelevanten Struktur-, Prozess- und Outcome-Faktoren, welche im Rahmen der Befragungen erfasst wurden, gehörten die Arbeitsumgebungsqualität (z. B. Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten, Pflegemanagement), Stellenbesetzung und Skill Mix, implizite Rationierung von Pflege, Sicherheitsklima, Ergebnisse bei Patienten (z. B. Mortalität, Patientenzufriedenheit) und Ergebnisse beim Pflegefachpersonal (z. B. Arbeitszufriedenheit, Burnout).

[Abbildung 1 einfügen]

Die Abbildungen im Spitalbericht waren wie folgt zu interpretieren: Der Titel beschrieb die jeweils gemessenen Variablen. Auf der horizontalen Achse (X-Achse) waren stets die 35 Spitäler mit ihrem Zahlencode aufgelistet. Dazu wurde in jeder Abbildung mit einem zusätzlichen roten Balken der Durchschnittswert aller beteiligten Spitäler als „Spital Schweiz (CH)“ dargestellt. Um den Vergleich und die Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern, waren diese stets von „unterdurchschnittlich“ (links vom Spital CH) nach „überdurchschnittlich“ (rechts vom Spital CH) sortiert. Die vertikale Achse (Y-Achse)

beinhaltete die Ergebnisse bezüglich der gemessenen Variablen. Diese Ergebnisse bezogen sich – von Ausnahmen abgesehen (z. B. Mittelwerte) – jeweils auf den prozentuellen Anteil von Pflegefachpersonen, die z.B. einer Frage zustimmten. Diese vergleichenden Darstellungen sollten es den Spitälern ermöglichen, Verbesserungspotentiale in den gemessenen Struktur-, Prozess- und Outcome-Faktoren aufzudecken und entsprechende Massnahmen zu ergreifen. Allerdings ist aus der Literatur wenig darüber bekannt, ob und inwieweit die Spitäler Benchmarking-Daten aus Qualitätsmessungen bzw. Studienberichten tatsächlich zur kontinuierlichen Praxis- und Qualitätsentwicklung nutzen.

Ziel- und Fragestellung

Die Zielsetzung dieser Follow-up Befragung war es zu evaluieren, ob der RN4CAST Studienbericht in den Spitälern analysiert wurde und ob dieser Studienbericht zur Praxis- und Qualitätsentwicklung in den Spitälern angeregt hat. Die Fragestellungen, welche im Rahmen dieser Untersuchung beantwortet werden sollten, lauteten:

1. Wurde der RN4CAST Studienbericht von den teilnehmenden Akutspitälern ausgewertet bzw. diskutiert?
2. Wurden infolge des RN4CAST Studienberichts Themen und Verbesserungspotentiale der Patientensicherheit und Pflegequalität identifiziert?
3. Haben diese die Spitäler zu Praxis- und Qualitätsprojekten angeregt und an welchen Themen arbeiten die Spitäler gegenwärtig?

Methode und Vorgehen

Projektdesign

Diese Follow-up Befragung von PflegedirektorInnen der Schweizer RN4CAST Spitäler zur Praxis- und Qualitätsentwicklung in ihrem Spital wurde rund 18 Monate nach Übermittlung des Studienberichts durchgeführt.

Stichprobe und Setting

In die RN4CAST Studie wurden 488 Akutspitäler in 12 Europäischen Ländern eingeschlossen. In der Schweiz wurden aus einer vom Bundesamt für Gesundheit zur Verfügung stehenden Liste von 150 Akutspitälern jene 88 Akutspitälern ausgewählt, die entsprechend dem internationalem Studienprotokoll über mindestens 60 Betten und mindestens 50 Pflegefachpersonen verfügten. Aus diesen 88 Akutspitälern wurde eine

Quotenstichprobe von 35 Akutspitälern aller Spitaltypen (Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspitäler) aus allen drei Sprachregionen gezogen. Der Ablauf der Stichprobenziehung wurde in anderen Veröffentlichungen detailliert beschrieben (Ausserhofer et al., 2012; Desmedt et al., 2012). Die Follow-up-Befragung richtete sich an die PflegedirektorenInnen der 35 Schweizer RN4CAST Spitäler.

Instrument zur Erfassung der Praxis-/Qualitätsentwicklung in den RN4CAST Spitälern

Ausgehend von den Ziel- und Fragestellungen wurde von den Studienkoordinatoren (DA, RS) ein Evaluationsinstrument mit insgesamt 20 Fragen entwickelt. Das Instrument gliedert sich thematisch in drei Bereiche: (1) Auswertung, Diskussion und Nutzen des Studienberichts (5 Fragen), (2) Identifikation von Verbesserungspotentialen, Planung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen aufgrund des Spitalberichts (5 Fragen), und (3) Patientensicherheit und Qualität im Spital (10 Fragen). Die Fragen zum Thema Patientensicherheit und Qualität dienten dazu, einige Kontextfaktoren der Spitäler zu erfassen, in welchem Praxis- und Qualitätsentwicklung stattfindet. Mit Ausnahme von drei offen formulierten Fragen wurden die Fragen geschlossen gestellt und konnten von den PflegedirektorInnen anhand von Likert-Skalen (z.B. von „Schlecht“ bis „Sehr gut“) beantwortet werden. Das Instrument wurde innerhalb der Forschungsgruppe einer Augenscheinvalidität unterzogen. Vor der Befragung wurde das Instrument von einer Pflegedirektorin hinsichtlich Verständlichkeit und Relevanz der Fragen überprüft und für gut befunden. In Tabelle 1 sind exemplarisch vier Fragen aufgeführt.

[Tabelle 1 einfügen]

Datensammlung und -management

Die Datensammlung in den teilnehmenden Spitälern erfolgte zwischen September und Oktober 2012. Die Fragebogen wurden vom Institut für Pflegewissenschaft (Universität Basel) vorbereitet und zusammen mit einem Begleitbrief und einem vorfrankierten und adressierten Antwort-Kuvert per Post an die PflegedirektorInnen gesandt. Drei Wochen nach Versand der Fragebogen wurden die PflegedirektorInnen, die den Fragebogen noch nicht retourniert hatten, per E-Mail nochmals zum Ausfüllen eingeladen. Die retournierten ausgefüllten Fragebogen wurden auf fehlende Werte überprüft, um gegebenenfalls telefonisch nachfragen zu können. Die Daten wurden manuell in SPSS Statistics (version 19.0.1; IBM

Inc., Armonk, NY, USA) eingegeben und der Datensatz wurde hinsichtlich Eingabefehler systematisch kontrolliert.

Statistische Analysen

Die Merkmale der Spitäler und die geschlossenen Fragen mit Likert-Antwortskala wurden mit SPSS deskriptiv (absolute und relative Häufigkeiten) ausgewertet.

Die wesentlichen Themen aus den Antworten auf die 3 offenen Fragen wurden von zwei Autoren (BG, DA) mittels thematischer Analyse extrahiert.

Ethische Aspekte

Alle Spital- und PflegedirektorInnen haben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der RN4CAST Studie gegeben und die Studie wurde von den entsprechenden 13 kantonalen Ethikkommissionen geprüft und zur Durchführung freigegeben (Ausserhofer et al., 2012). Für die vorliegende Befragung wurden die PflegedirektorInnen anhand des Begleitschreibens über den Zweck der Befragung, über die Freiwilligkeit der Teilnahme und Wahrung der Anonymität informiert. Das Ausfüllen und Zurücksenden des Fragebogens durch die PflegedirektorInnen wurde als Zustimmung zur Studienteilnahme gewertet.

Ergebnisse

Teilnehmer

Von den 35 versandten Fragebogen wurden 30 retourniert (Rücklaufquote = 85%). Von den 30 Spitälern waren 4 Universitäts-, 11 Zentrums- und 15 Grundversorgungsspitäler. Die Grösse der teilnehmenden Spitäler (Anzahl betriebener Akutbetten) ist aus Tabelle 2 zu entnehmen.

[Tabelle 2 einfügen]

Auswertung und Diskussion des RN4CAST Studienberichts

Insgesamt haben 27 der teilnehmenden Spitäler (90%) den RN4CAST Studienbericht ausgewertet. Lediglich in drei Grundversorgungsspitälern wurde der Studienbericht weder analysiert noch diskutiert. Bei diesen drei Spitälern kam es zwischen der Übermittlung des Studienberichts und der Follow-up Befragung zu personellen Veränderungen bei der Pflegedirektion. In 13 Spitälern waren die PflegedirektorInnen selbst, in weiteren 14 Spitäler

die Mitglieder der Pflegedirektion, beispielsweise LeiterIn Departement mit der Auswertung des Berichts beauftragt. In den 27 Spitälern, welche den Studienbericht ausgewertet haben, wurden die darin enthaltenen Ergebnisse mit Stations- und Abteilungsleitungen (n=25), in der Pflegedirektion (n=20), in der Spitaldirektion (n=17) oder auf den Abteilungen (n=11) diskutiert. In 11 der teilnehmenden Spitäler wurde der Studienbericht sowohl spitalintern als auch –extern, d.h. zusammen mit anderen Spitälern, diskutiert. Dabei zeigten sich Unterschiede bei der Spitalategorie. Drei der vier teilnehmenden Universitätsspitäler thematisierten den Studienbericht spitalintern und -extern und in 8 von 11 Zentrumsspitalern wurde der Bericht lediglich intern thematisiert. Die Qualität (n=27) und der Nutzen (n=22) des Berichts wurden von 27 resp. 22 der Spital- und Pflegedirektion als gut oder sehr gut beurteilt.

Verbesserungspotentiale und -massnahmen

Aufgrund des RN4CAST Studienberichts identifizierten 22 der Akutspitäler Verbesserungsmöglichkeiten in den Bereichen Patientensicherheit und Pflegequalität. Auch hier sind Unterschiede zwischen den Spitalategorien erkennbar. Während alle vier Universitätsspitäler und 14 der 15 Grundversorgungsspitäler Verbesserungsmöglichkeiten identifizierten, lag der Anteil bei den Zentrumsspitalern bei weniger als der Hälfte (46%). In der Hälfte der teilnehmenden Spitäler wurden entsprechende Verbesserungsmassnahmen geplant und in 8 der Spitäler sind solche Massnahmen umgesetzt worden. Mehr als die Hälfte der Spitäler haben Verbesserungspotentiale in den Bereichen Arbeitsumgebungsqualität, Sicherheitskultur / -klima und Ergebnisse beim Pflegepersonal identifiziert (Tabelle 3). Beispiele für geplante und teilweise umgesetzte Verbesserungsmassnahmen, welche von den PflegedirektorInnen genannt wurden, sind u.a. Anpassungen beim Skill und Grade Mix auf den Abteilungen, Interdisziplinäre Fallbesprechungen oder Sicherheitsrundgänge.

[Tabelle 3 einfügen]

Diskussion

Diese Follow-up Befragung gibt aus der Sicht der PflegedirektorInnen einen Einblick, in welchen Themenbereichen Praxis- und Qualitätsentwicklung in den Schweizer RN4CAST Spitälern ausgehend von Benchmarking-Daten stattfindet und welche Massnahmen hierfür geplant und teilweise umgesetzt wurden. Der RN4CAST Studienbericht hat dabei die Spitäler bei der Themenwahl unterstützt.

Der RN4CAST Studienbericht wurde von der grossen Mehrheit der Spitäler auf Ebene Pflegedirektion analysiert und diskutiert und ermöglichte den teilnehmenden Spitalern in einem anonymisierten Vergleich mit Spitalern ähnlicher Grösse und Typs eigene Stärken und Schwächen zu identifizieren (Amina Ettorchi-Tardy & Philippe, 2012). Um eine kontinuierliche Qualitäts- und Praxisentwicklung und organisationales Lernen zu erreichen, ist es notwendig, Abteilungen bzw. Teams Rückmeldung zu ihrer Leistung zu geben (Tucker, Nembhard, & Edmondson, 2007), damit dies sich diese aktiv im Verbesserungsprozess (z. B. in „*Plan-Do-Check-Act*“-Zyklen) engagieren (Nicolay et al., 2012). Die RN4CAST Ergebnisse wurden jedoch von weniger als der Hälfte der Spitäler bis auf Abteilungsebene hin kommuniziert. Die genauen Gründe hierfür lassen sich anhand der Befragung und der bestehenden Literatur nicht beantworten. Im Rahmen einer weiterführenden qualitativen Arbeit sollte untersucht werden, inwiefern und nach welchen Kriterien das Pflegemanagement Informationen bzw. Daten in Akutspitalern an Abteilungen kommuniziert, ob dieses *Performance Feedback* von den Abteilungen erwünscht ist und ihre Erwartungen erfüllt und letztendlich ihr Engagement zur kontinuierlichen Qualitäts- und Praxisentwicklung erhöht.

Die ANQ-Messergebnisse zu Patientenstürze und Dekubitus dienen den PflegedirektorInnen als wichtige Indikatoren zu Patientensicherheit und Pflegequalität, geben jedoch nur Auskunft zu pflegesensitiven Ergebnissen. Der RN4CAST Spitalbericht ermöglichte ebenso einen Vergleich zu pflegerelevanten Struktur- (z. B. Arbeitsumgebungsqualität, Stellenbesetzung und Skill-Mix) und Prozess-Faktoren (Rationierung von Pflege). Obwohl die Schweizer Spitäler im europäischen Vergleich in Bezug auf die gemessenen Faktoren sehr gut abgeschnitten haben (Aiken et al., 2012), zeigen die nationalen Studienergebnisse teilweise grosse Unterschiede zwischen den Spitalern auf (Ausserhofer et al., 2012; Desmedt et al., 2012). Diese Befragung von PflegedirektorInnen hat gezeigt, dass diese Unterschiede wahrgenommen wurden. Mehr als die Hälfte hat für ihr Spital Verbesserungspotentiale hinsichtlich Strukturfaktoren (Arbeitsumgebungsqualität, Sicherheitskultur /-klima) und Ergebnisse beim Pflegepersonal (Arbeitszufriedenheit, Berufverbleib und Burnout) identifiziert haben. Dies hat die Planung und teilweise Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen, wie z. B. Anpassung Skill-Grade-Mix (Dubois & Singh, 2009) oder Implementierung von Sicherheitsrundgängen ("safety walk rounds") unterstützt. Um die Auswirkungen dieser Massnahmen und Veränderungen im Gesundheitswesen (z. B. Implementierung von SwissDRGs) zu evaluieren, ist es denkbar und sinnvoll die RN4CAST Studie in den beteiligten Spitalern zu replizieren und in einem Prä-Post-Studiendesign Veränderungen hinsichtlich der gemessenen Faktoren zu untersuchen. Um

langfristig pflegesensitive Qualitätsindikatoren zu monitorisieren, wäre es sinnvoll die bereits etablierten ANQ-Messungen um pflegerelevante Indikatoren zu Strukturen und Prozessen wie z.B. Arbeitsumgebungsfaktoren zu erweitern. Nationale Datenbanken, wie z. B. die *National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)*[®] oder die *Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (CALNOC)*[™] könnten als Vorbild dienen, um ein Benchmarking zu pflegesensitiven Struktur-, Prozess- und Ergebnisparametern zu ermöglichen.

Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist mehrere methodologische Einschränkungen auf, welche für die Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Obwohl es sich beim Schweizer Teil der RN4CAST Studie um eine nationale Quotenstichprobe bezüglich Sprachregion, Spitaltyp und Spitalgrösse handelt, wurden die Spitäler nicht stratifiziert randomisiert. Damit lässt sich nicht eindeutig feststellen, ob es sich bei den RN4CAST Spitälern und den befragten PflegedirektorInnen um eine repräsentative Stichprobe handelt. Diese Befragung war eine Querschnittsbefragung von PflegedirektorInnen und spiegelt somit ihre Sichtweise / Meinung zum RN4CAST Studienbericht und zur Praxis- und Qualitätsentwicklung in ihrem Spital wider. Diese muss nicht zwingend der Meinung des mittleren Pflegemanagements oder des klinisch tätigen Pflegefachpersonals entsprechen. Zudem lässt sich anhand dieser Befragung nicht beantworten, welche Massnahmen in weiterer Folge tatsächlich implementiert wurden und welche Wirkungen sie auf die Verbesserung der Pflegequalität hatten.

Schlussfolgerungen

Die Follow-up Befragung von PflegedirektorInnen der Schweizer RN4CAST Spitäler ergab, dass der Studienbericht von der grossen Mehrheit mit Interesse zur Kenntnis genommen wurde. Der Studienbericht hat die Themenwahl der Praxis- und Qualitätsentwicklung unterstützt und zur Planung und teilweisen Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen, z. B. in den Bereichen Arbeitsumgebungsqualität, Sicherheitskultur / -klima geführt. Die Rückmeldung zu Studienergebnissen an die Studienteilnehmer hat sich im Rahmen der RN4CAST Studie bewährt. Es sollte zur „guten Forschungspraxis“ werden, dass Gesundheitseinrichtungen für ihre Teilnahme an derartigen Untersuchungen Rückmeldungen zu ihren Ergebnissen erhalten. Beispielsweise erhalten die an der SHURP (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) Studie teilnehmenden Alters- und Pflegeheime Rückmeldungen zu ihren Ergebnissen in erweiterter Form (Schwendimann et al., 2013). Um

den Alters- und Pflegeheime ein Benchmarking zu ermöglichen, werden interaktive Datenvisualisierungen mit Hilfe von spezieller Software (Tableau Reader) eingesetzt. Weitere Forschungsarbeiten sind notwendig, um z. B. ein besseres Verständnis dafür zu gewinnen, mit welcher Systematik Daten aus der klinischen Praxis zu *Performance Feedback* genutzt werden und wie dies zur kontinuierlichen Qualitäts- und Praxisentwicklung führt. In Abwesenheit einer nationalen Datenbank zu pflegerelevante Struktur-, Prozess- und Ergebnisfaktoren könnte die Replikation der RN4CAST Studie die Spitäler unterstützen, um beispielsweise Veränderungen bei den gemessenen Faktoren aufgrund von Qualitäts- und Praxisentwicklungsprojekten oder von Entwicklungen im Gesundheitswesen zu untersuchen.

Literaturangaben

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, *288*(16), 1987-1993.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, *344*, e1717.
- Amina Ettorchi-Tardy, Marie Levif, & Philippe, Michel. (2012). Benchmarking: A Method for Continuous Quality Improvement in Health. *Healthcare Policy*, *7*(4), e101-e119.
- Auer, C., Schwendimann, R., Koch, R., De Geest, S., & Ausserhofer, D. How hospital leaders can contribute to patient safety and trust in management – Testing the mediating role of safety communication using path analysis. *Journal of Nursing Administration*, Manuscript submitted for publication.
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M. A., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(2), 240-252.
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S., Blegen, M., De, G., & Schwendimann, R. (2012). Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals: a descriptive-explorative substudy of the Swiss RN4CAST study. *Swiss Medical Weekly*, *142*, 0.
- Bradley, E. H., Holmboe, E. S., Mattera, J. A., Roumanis, S. A., Radford, M. J., & Krumholz, H. M. (2004). Data feedback efforts in quality improvement: lessons learned from US hospitals. *Qual Saf Health Care*, *13*(1), 26-31.
- Clarke, John R., Lerner, Jeffrey C., & Marella, William. (2007). The Role for Leaders of Health Care Organizations in Patient Safety. *American Journal of Medical Quality*, *22*(5), 311-318.
- Desmedt, M., De Geest, S., Schubert, M., Schwendimann, R., & Ausserhofer, D. (2012). A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. *Swiss Medical Weekly*, *142*, 0.
- Dubois, Carl-Ardy, & Singh, Debbie. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, *7*(1), 87.
- Ellis, Judith. (2006). All inclusive benchmarking. *Journal of Nursing Management*, *14*(5), 377-383.
- Frankel, A., Grillo, S. P., Pittman, M., Thomas, E. J., Horowitz, L., Page, M., & Sexton, B. (2008). Revealing and resolving patient safety defects: the impact of leadership WalkRounds on frontline caregiver assessments of patient safety. *Health Services Research*, *43*(6), 2050-2066.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kozka, M., Ensio, A., Sjetne, I. S., Moreno Casbas, T., Ball, J., & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(2), 174-184.
- Institute of Medicine. (2004). *Patient safety. Achieving a new standard for care*. Washington D.C.: The National Academies Press.

- Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., & Oxman, A. D. (2006). Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD000259.
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, *45*(12), 1195-1204.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*, *364*(11), 1037-1045.
- Nicolay, C. R., Purkayastha, S., Greenhalgh, A., Benn, J., Chaturvedi, S., Phillips, N., & Darzi, A. (2012). Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare. *British Journal of Surgery*, *99*(3), 324-335.
- Schubert, M., Ausserhofer, D., Desmedt, M., Schwendimann, R., Lesaffre, E., Li, B., & De Geest, S. (2013). Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals--a cross sectional study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(2), 230-239.
- Schubert, M., Clarke, S. P., Aiken, L. H., & de Geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, *24*(3), 230-238.
- Schwendimann, R., Milne, J., Frush, K., Ausserhofer, D., Frankel, A., & Sexton, J. B. (2013). A closer look at associations between hospital leadership walkrounds and patient safety climate and risk reduction: a cross-sectional study. *American Journal of Medical Quality*, *28*(5), 414-421.
- Schwendimann, René, Zúñiga, Franziska, Ausserhofer, Dietmar, Schubert, Maria, Engberg, Sandra, & De Geest, Sabina. (2013). Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): protocol of an observational study. *Journal of Advanced Nursing*.
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A. P., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., Zikos, D., & Rn4cast, R. C. (2011). Nurse Forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, *10*(1), 6.
- The Joint Commission. (2012). Sentinel Event Data - Root Causes by Event Type 2004 - 2Q 2012 Retrieved 07.12.2012, 2012, from http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_2004_2Q2012.pdf
- Tucker, Anita L., Nembhard, Ingrid M., & Edmondson, Amy C. (2007). Implementing New Practices: An Empirical Study of Organizational Learning in Hospital Intensive Care Units. *Management Science*, *53*(6), 894-907.
- Vaughn, T., Koepke, M., Kroch, E., Lehrman, W., Sinha, S., & Levey, S. (2006). Engagement of leadership in quality improvement initiatives: Executive quality improvement survey results. *J Patient Saf*, *2*(1), 2-6.
- Vincent, C. (2003). Understanding and responding to adverse events. *New England Journal of Medicine*, *348*(11), 1051-1056.
- WHO. (2009). Global priorities for patient safety research. Retrieved 07.12.2012, 2012, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf

Abbildung 1: Beispiel der grafische Ergebnisdarstellungen im RN4CAST-Spitalbericht

Abbildung 16: Pflegefachpersonen die zustimmten, dass die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen dipl. Pflegefachpersonen und Ärzten gut ist (PES-NWI-R)

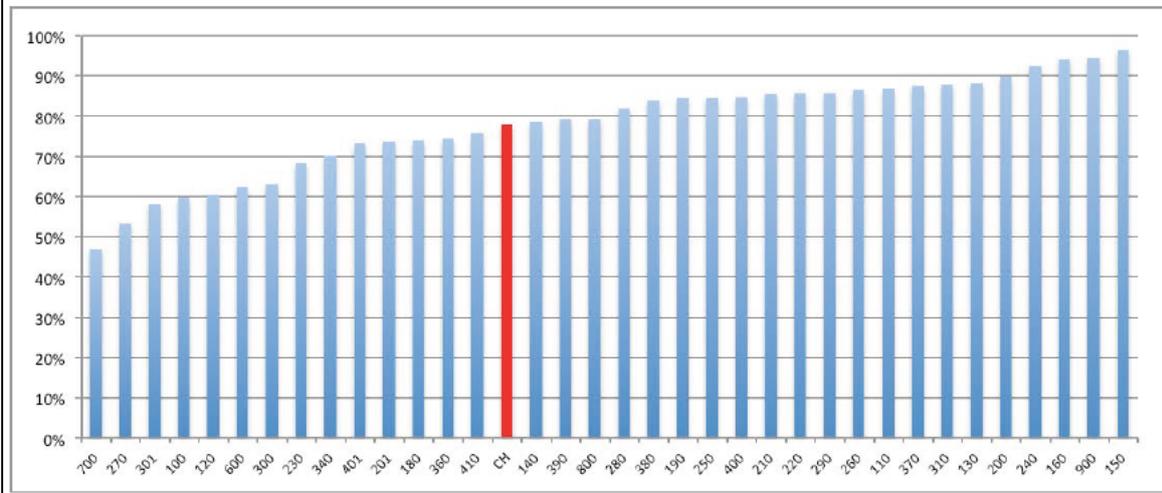


Tabelle 1: Beispielfragen des Fragebogens

Beispielfragen
<ul style="list-style-type: none">• Auf welcher Organisationsebene wurden in Ihrem Spital die Ergebnisse des RN4CAST Studienberichts diskutiert?• In welchen Bereichen wurden aufgrund des RN4CAST Studienberichts Aktivitäten / Interventionen zur Verbesserung der Patientensicherheit und Pflegequalität geplant?• Wie würden Sie insgesamt das Engagement Ihres Spitals in den Bereichen Patientensicherheit und Pflegequalität beschreiben?• Hinsichtlich welcher unerwünschten Patientenergebnisse sehen Sie in Ihrem Spital Handlungsbedarf?

Tabelle 2: Merkmale der an der Follow-up Befragung teilnehmenden RN4CAST Spitäler

Spitäler (N = 30)	n (%)
Spitaltyp– n	
Universitätsspitäler	4 (13.3%)
Zentrumsspitäler	11 (36.7%)
Grundversorgungsspitäler	15 (50.0%)
Spitalgrösse (Anzahl Akutbetten) – n	
Gross (> 500)	8 (26.7)
Mittel (200 – 500)	11 (36.7)
Klein (< 200)	11 (36.7)

Tabelle 3: Identifizierte Verbesserungsmöglichkeiten und geplante und z. T. umgesetzte Massnahmen (n=30 Spitäler)

Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert hinsichtlich...	Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert - % (n) Spitäler	Verbesserungsmassnahmen geplant - % (n) Spitäler	Beispiele für geplante und z.T. umgesetzte Verbesserungsmassnahmen
1) Arbeitsumgebungsqualität (z.B. Stellenbesetzung und personelle Ressourcen)	70% (21)	66.7% (20)	<ul style="list-style-type: none"> • Anstellung zusätzliches Pflegepersonal • Anpassung Skill und Grade Mix auf den Abteilungen • Anstellung administrativer Mitarbeiter auf den Abteilungen
2) Sicherheitskultur /-klima (z.B. „Lernen aus Fehlern“ und Kommunikation)	60% (18)	53% (16)	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Fallbesprechungen • Analyse von CIRS-Meldungen • Ursachenanalyse (“Root Cause Analysis”) von kritischen Ereignissen • Durchführung von Sicherheitsaudits, "Walk arounds" (Rundgänge) z. B. zu Medikationssicherheit
3) Implizite Rationierung von Pflege (z.B. Überwachung und Sicherheit)	35% (11)	33.3% (10)	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung bestehender Pflegerichtlinien • Entwicklung von Patientenpfaden • Personalschulung zu “Pflegeassessment”
4) Ergebnisse beim Pflegepersonal (z.B. Arbeitszufriedenheit)	65% (20)	40.0% (12)	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmässige Mitarbeiterbefragungen • Neue Dienstplangestaltung
5) Patientenergebnisse (z.B. Unerwünschte Ereignissen)	40% (12)	26.7% (8)	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme ANQ-Messungen • Implementierung eines Sturzprotokolls • Früherkennung von Delirium • Sichere Patientenidentifikation