

Praxisbericht vom Praxisprojekt zur 2. Aktualisierung des Expertenstandards Kontinenzförderung in der Pflege des DNQP, 2024 am Beispiel der Durchführung im Josephs-Hospital in Warendorf

Nach der Veröffentlichung der Aktualisierung eines Expertenstandards erfolgt in verschiedenen Medien der Aufruf des DNQP, sich um die Teilnahme am Praxisprojekt zu bewerben. Doch lohnt sich der ganze Aufwand? Welche Voraussetzungen sind zu erfüllen? Und welchen Benefit bringt es den Einrichtungen und im Einzelnen den Kolleg:innen.

Was ist ein Praxisprojekt?

In Folge eines neu entwickelten Expertenstandards und nach einer Aktualisierung sollen mit Hilfe des Praxisprojekts die theoretischen Grundlagen und die aktuelle Evidenz in der alltäglichen Praxis getestet werden. Die Voraussetzungen sind allerdings unterschiedlich, da bei einer Aktualisierung zumeist davon auszugehen ist, dass der Standard im Vorfeld schon implementiert wurde. Ziel ist es grundsätzlich, mit Hilfe eines internen Audits darzustellen, welche weiteren Schritte erforderlich sind, um das Qualitätsniveau des pflegerischen Handelns im Sinne des Expertenstandards zu verbessern, bzw. anzupassen. Dies kann sich z.B. auf die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses, die Dokumentation, Kommunikationsstrukturen, Hilfsmittel und/oder dem Wissen der Pflegenden beziehen.

Bei einem neuen Expertenstandard wird das Praxisprojekt vor der Veröffentlichung durchgeführt, damit abschließend mit den Ergebnissen der Konsentierungsveranstaltung noch aktuelle Erkenntnisse und Erfahrungen aus der praktischen Testung in der Praxis berücksichtigt und in die endgültige Fassung eingearbeitet werden können. Für alle nachzulesen, werden die Ergebnisse und Erfahrungen als zusätzliches Kapitel in das Gesamtdokument eingefügt. Bei einer aktualisierten Version, wie in diesem Fall, erfolgt das Praxisprojekt nach der Veröffentlichung des Expertenstandards und die Ergebnisse werden in einem zusätzlichen Berichtsheft vom DNQP veröffentlicht. Zusätzlich zum Audit erfolgt die Testung pflegerelevanter Indikatoren, die zur Darstellung und Messung der internen pflegerischen Qualität genutzt werden können.

Voraussetzungen für die Teilnahme

Für die Teilnahme am Praxisprojekt können sich die unterschiedlichen pflegerischen Einrichtungen, wie Akutkliniken, Reha-Kliniken, Langzeitpflegeeinrichtungen und Pflegedienste, schriftlich bewerben. Der Start des jeweiligen Bewerbungsverfahrens wird vom DNQP auf der Homepage, dem Newsletter und in der Fachpresse bekannt gegeben.

Unter Berücksichtigung bestimmter Voraussetzungen (nachzulesen im methodischen Vorgehen, S. 17, Homepage DNQP) können bis zu 25 Einrichtungen deutschlandweit teilnehmen. Der DNQP achtet bei der Auswahl darauf, dass die verschiedensten Settings Berücksichtigung finden, um möglichst aus verschiedenen

Blickwinkeln Ergebnisse und Erkenntnisse zu gewinnen.

Das Josephs-Hospital konnte die Voraussetzungen erfüllen und erhielt im Januar 2024 die Zusage zur Teilnahme. Am 11.03.2024 fand in Osnabrück die erste Sitzung aller Projektbeauftragten statt. Damit zeitnah mit der Planung begonnen werden konnte, erhielten sie alle erforderlichen Informationen.



Bild: AdobeStock @ mi_viri

Empfehlungen des DNQP zur Projektplanung und Durchführung

Neben einer zeitlichen Übersicht zur Planung des gesamten Projektverlaufs und regelmäßiger Treffen, erhielten die Projektbeauftragten eine Darstellung der anfallenden Aufgaben, die sich in drei Teile gliedern:

Teil 1: Auditvorbereitung, -durchführung und -nachbereitung, (März – Mai 2024)

Teil 2: Anpassung der Handlungserfordernisse, wie gezielte Fortbildungsangebote, Anpassung der Dokumentation und der Prozesse

Teil 3: Vorbereitung und Durchführung der Erhebung von Indikatoren (Mai – September 2024)

Die angegebenen Zeiträume müssen nicht zwingend eingehalten werden oder wie hier angedacht, hintereinander erfolgen. Es besteht in jedem Fall die Möglichkeit, die Durchführung der einzelnen Teile, abhängig von den Gegebenheiten und Abläufen vor Ort oder auf Grund der zeitlichen Ressourcen, individuell zu gestalten.

Gerade die Umsetzungen der Handlungserfordernisse, wie die

Fortbildungsangebote, sind von verschiedenen Faktoren abhängig und sollten gemeinsam mit der beteiligten Versorgungseinheit gestaltet werden und sind so u. U. nicht in dem vorgegebenen Zeitraum durchzuführen. Die angedachten Zeitfenster geben aber einen Eindruck darüber, mit welchem zeitlichen Umfang für die Durchführung des Praxisprojektes zu rechnen ist, da in diesem Fall geplant wurde, dass für die abschließende Sitzung am 06.09.2024 die Datenerhebung abgeschlossen ist und entsprechende Ergebnisse vorliegen.

Begleitend erfolgt durch die Projektleitung eine Berichtsschreibung, die in ihrer Gesamtheit die Grundlagen für die nachfolgende Veröffentlichung bildet. Alle erforderlichen Unterlagen, wie z.B. die neu gestalteten Fragebögen fürs Audit, Tabellen zur Auswertung der Auditdaten und der Indikatoren und die Dokumente zur Berichtsschreibung werden den teilnehmenden Einrichtungen vom DNQP zur Verfügung gestellt.

Bei anfallenden Fragen und Problemen besteht für die Projektleitungen jederzeit die Möglichkeit, telefonisch oder per E-Mail-Kontakt aufzunehmen.

Projektplanung im Josephs-Hospital

Das Josephs-Hospital im Kreis Warendorf verfügt über insgesamt 241 Betten und 10 Kliniken, die sich über 11 Stationen verteilen. Ausgewählt wurde für das Praxisprojekt die geriatrische Station mit 29 Betten. Sie ist belegt mit Patient:innen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung und der Alterstraumatologie. Zu erwarten war eine hohe Relevanz und Häufigkeit des Themas in dieser Abteilung, sodass in dem zur Verfügung stehenden Zeitraum eine aussagekräftige Anzahl von Fällen erfasst und ausgewertet werden kann.

Mit Zustimmung der Pflegedirektion übernahm die Autorin die Projektleitung und gemeinsam wurde überlegt, welche Kolleg:innen das Praxisprojekt aktiv unterstützen können, wie und an wen Aufgaben und Verantwortungen verteilt werden und welche weiteren Fachkompetenzen erforderlich sind. Ausgewählt wurde eine pflegerische Kollegin, die wie auch die Projektleitung, über die Zusatzqualifikation Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde (PE SKW) verfügt und die Befragungen übernahm. Die Auswertung der Dokumentation, die Testung der Indikatoren und die Berichtsschreibung blieben in der Verantwortung der Projektleitung. Unter Berücksichtigung von Urlaubs- und Fortbildungszeiten wurde ein grober Zeitplan festgelegt.

Begonnen wurde im April mit einer Kick-off-Veranstaltung im Rahmen der Teamsitzung der Geriatrie. Das Projekt wurde der Pflegedirektion und dem pflegerischen und ärztlichen Team vorgestellt. Zur Steigerung der Akzeptanz wurde klar dargestellt, welche Aufgaben auf die Pflegenden zukommen werden, und dass es bei dem Projekt nicht um Kontrolle und Bewertung geht, sondern um eine Ist-Stand-Erhebung, um Handlungsbedarfe zu erkennen.

Des Weiteren wurden in Aussicht gestellt, mit Hilfe von Zahlen, Daten und Fakten die reale Arbeitsbelastung aufzuzeigen, d. h. weg von „gefühlter“ Belastung, hin zu aussagekräftigen Daten.

Wie geplant wurde im Mai mit der Erhebung der Daten mittels Fragebögen gestartet und im Anschluss die Auswahl und Testung der Indikatoren. Im Verlauf der Erfassung

wurde die Vorgehensweise allerdings verändert. Da für die Auswertung der Dokumentation 3x wöchentlich alle Akten durchgesehen werden mussten, schien es zeitliche Ressourcen zu sparen, wenn gleichzeitig die Sichtung nach den Kriterien für die Indikatoren erfolgt (s. Auswahl und Testung der Indikatoren).

Die Auditinstrumente – die Fragebögen des DNQP

Die Aktualisierung wurde um das Thema der Stuhlinkontinenz erweitert und so war es erforderlich, auch die Auditinstrumente anzupassen. Unverändert wurden die bekannten Fragestellungen zu den verschiedenen Kriterienebenen beibehalten. Erweitert wurden sie um zwei Spalten zur ggf. erforderlichen, differenzierteren Darstellung der Harninkontinenz und der Stuhlinkontinenz. Die neuen Dokumente wurden den teilnehmenden Einrichtungen vom DNQP zusammen mit einer Excel Tabelle zur Verfügung gestellt, in der die Daten zur Auswertung eingegeben und automatisch tabellarisch dargestellt werden.

Inzwischen sind für alle interessierten Einrichtungen die aktualisierten Fragebögen auf der Homepage des DNQP zum Expertenstandard zu finden. Bei Bedarf können sie heruntergeladen und zusätzlich kann per E-Mail kostenlos die Excel-Tabelle zur Auswertung angefordert werden.

Geplant ist, die Fragebögen zu digitalisieren, sodass die Nutzung komfortabler wird und z.B. Kommentare, wie Ideen zu Änderungen oder Anpassungen und Begründungen direkt zugeordnet und eingetragen werden können.

Fragebogen 1: Menschen mit Kontinenzproblemen

- Dokumentenanalyse,
- Befragung der zuständigen Pflegefachperson,
- Befragung des Menschen mit Kontinenzproblemen und/oder ihrer Angehörigen,
- Hinweise zu den einzelnen Items des gesamten Fragebogens,
- Ergänzung zu Fragebogen 1: Erhebungsbogen Kontinenzprofile.

Fragebogen 2: Pflegepersonal

- anonyme Befragung zur Einschätzung des eigenen Wissens und der Kenntnisse zum Thema.

Fragebogen 3: Einrichtungsbezogen

- Fachexpertise steht zur Verfügung,
- Regelung der Vorgehensweise,
- Verfahrensanweisung,
- Hilfsmittel vorhanden, geschlechterspezifisch
- Informationsmaterial vorhanden?

Praktische Durchführung des Audits

Zur Gewährleistung der korrekten Erfassung und Bearbeitung der vorgegebenen

Aspekte und Fragestellungen wurde damit begonnen, sich gemeinsam mit den Inhalten der Fragebögen auseinanderzusetzen. Zur Vermeidung von Datenverlust wurde im Einzelnen nochmals die genaue Vorgehensweise und Dokumentation abgesprochen und festgelegt.

Seit zwei Jahren erfolgt die gesamte Dokumentation im Josephs-Hospital in digitaler Form. Genutzt wird die Software von Medico Cerner mit der Leistungserfassung (LEP) epaAc 2.3. für Erwachsene. Im Gegensatz zur papiergestützten Form ist dies ein großer Vorteil, da zu bearbeitende pflegerische Aspekte für alle Pflegenden gleich sind und nicht nach persönlichen Präferenzen in ihrem Umfang und Aussage dokumentiert werden. Im Einzelnen bedeutet das, dass die Beurteilung von Ressourcen bzw. Defiziten der Betroffenen und zu erwartende Maßnahmen einheitlich benannt werden und so auch nicht unterschiedlich vom Leser interpretiert werden können. Auch war so jederzeit der ungehinderte Zugriff auf die Daten möglich, da auf die Nutzungszeiten im Tagesablauf der Station keine Rücksicht genommen werden musste. Von Nachteil ist allerdings, dass spezifische Aspekte fehlen, wie z.B. zur Fingerfertigkeit oder Hautproblemen, und diese deshalb auch nicht in der Dokumentation zu finden sind. Die Erhebung der Daten aus den Patient:innenakten erfolgte dreimal wöchentlich.

Die Fragen werden mit ja/nein, oder nicht anwendbar (na) beantwortet. Im Falle von nein oder (na) wird empfohlen, einen erklärenden Kommentar zu schreiben, um im Nachhinein die Einschätzung nachvollziehen zu können. Bedacht werden muss auch, dass die Einschätzung „nicht anwendbar“ in der Auswertung keine Berücksichtigung findet und somit die Fallzahl (Teilnehmende = n) geringer ausfällt. Ob und wie die einzelnen Kriterien eingeschätzt und genutzt werden, ist abhängig von den Rahmenbedingungen und Vorgaben vor Ort. In keinem Fall soll hier der Eindruck entstehen, dass die Anforderungen des Expertenstandards infrage gestellt werden, sondern dass überlegt werden muss, ob die Erhebung sinnvoll ist und wie die Aussagekraft bewertet werden kann. Durch die Nutzung von Medico Cerner ergaben sich im Josephs-Hospital dadurch folgende Aspekte:

- die Quote zur Ersteinschätzung lag bei 100% - durch eine Verfahrensregelung ist festgelegt, dass die Erhebung der Pflegeanamnese in den ersten 24 Stunden erfolgen muss – das Ergebnis bezieht sich demnach nicht nur auf die Kontinenzsituation, sondern auch auf die Einhaltung der Vorgaben zur Anwendung der digitalen Patient:innenakte und wird deshalb als Ergebnis übernommen,
- die Darstellung der vertieften, individuellen Einschätzung auf Basis der Software ist nicht möglich und
- die Nutzung des Kontinenzprofils muss infrage gestellt werden, da die Pflegenden es nicht „aktiv“ nach eigener Einschätzung festlegen, sondern es sich automatisch aus der Gesamtheit der eingegebenen Daten der Pflegeanamnese ergibt.
Um die Kommentare (Ideen zu Änderungen, Anmerkungen) direkt dem jeweiligen Kriterium zuordnen zu können, wurde zur Dokumentation eine eigens erstellte Wordtabelle genutzt.

Für Patient:innen, mit denen eine Befragung durchgeführt werden sollte, wurde jeweils ein Fragebogen ausgedruckt und mit der Patient:innenidentifikationsnummer

versehen. Bei der Auswahl der Betroffenen wurde darauf geachtet, dass sie sich maximal seit sieben Tagen in stationärer Behandlung befanden. So blieb bei einem durchschnittlichen Aufenthalt von mindestens 14 Tagen genügend Zeit für die Kollegin, die Befragung durchzuführen.

Die Bögen zur Befragung der Pflegefachpersonen zu ihrem Wissen und Kenntnissen wurde zur freien Nutzung im Aufenthaltsraum der Station ausgelegt. So konnte die Anonymität gewährleistet werden und die Zustimmung durch den Betriebsrat war nicht erforderlich.

Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Audit

Die erwartete Häufigkeit von Betroffenen mit einer Kontinenzproblematik bestätigte sich bei der täglichen Sichtung der Patient:innenakten (s. Indikatoren). So konnte ohne Verzögerung der geplante Zeitraum für die Erfassung von 20 Fällen, mit der anschließenden Durchführung der Befragungen, eingehalten werden. Erfreulich war die hohe Beteiligung der Kolleg:innen an der anonymen Befragung zur Einschätzung ihres Wissensstands und Fortbildungsbedarfs. Von 21 Pflegefachpersonen haben 17 (81%) einen Fragebogen ausgefüllt. Abschließend wurden die Antworten aller Fragebögen in die vom DNQP zur Verfügung gestellten Auswertungstabellen eingetragen. Erwartet wurde ein geringeres Wissen und ein höherer Bedarf an Fortbildungen zum Thema Stuhlkontinenz. Die Auszählung konnte diese Vermutung nicht bestätigen. Die Differenz war z. T. so gering, dass die Ergebnisse nicht getrennt betrachtet wurden.

Infolge werden alle Fragebögen anhand der einzelnen Kriterien zusammenfassend dargestellt. Da sie sich häufig ergänzen und so Vermutungen in ihrer Gesamtheit bestätigen, lassen sich die Ergebnisse und Erkenntnisse nachvollziehbar darstellen.

Einschätzung der Kontinenzsituation

Die Zielerreichungsgrade der Dokumentation der Harn- und Stuhlkontinenz ist positiv ausgefallen. Bewertet wurden die Qualität der Dokumentation bezogen auf Häufigkeiten und Inhalt zur Pflegeanamnese oder auch der geplanten und durchgeführten Maßnahmen, ohne Rücksprache mit den Pflegenden zu halten. Im Einzelnen bedeutet das Folgendes:

Die Durchführung der Ersteinschätzung erfolgte zu 100%. Eine sehr positive Entwicklung im Vergleich zu den Werten eines Audits, als die Dokumentation noch handschriftlich erfolgte. Hier spiegelt sich deutlich der positive Effekt der Verfahrensanweisung und intensiven Schulung aller Mitarbeiter:innen in der Nutzung der digitalen Akte und dass verbindliche Vorgaben zur Nutzung eingehalten werden.

Ebenso positiv (100%) zeigte sich der Wert zur Wiederholung der Einschätzung. In einer abteilungsinternen Verfahrensanweisung ist der Zeitraum genau festgelegt, wann eine Evaluation des Pflegebedarfs zu erfolgen hat (interprofessionelle Fallbesprechung). Informationen der vertieften Einschätzung, das individuelle, differenzierte Erfragen von Problemen mit der Inkontinenz, konnte in der Form in der Dokumentation nicht gefunden werden (0%). Eine Möglichkeit der Dokumentation der Ergebnisse zur vertieften Einschätzung in der digitalen Akte ist aktuell noch nicht

festgelegt. Es sollte daher in Zukunft festgelegt werden, wo und in welchem Umfang die Ergebnisse dokumentiert werden könnten, damit sie für alle Kolleg:innen jederzeit, ohne aufwendig suchen zu müssen, einsehbar sind. Möglich wäre hierfür die Nutzung der Kommentarschreibung zur Maßnahme, da so der Text beim Arbeiten in der Fieberkurve ohne viel Aufwand jederzeit zur Verfügung steht.

Ein Drittel (6 von 17) der Kolleg:innen gaben Fortbildungsbedarf an. Zwei Drittel schätzen ihr Wissen als gut bis befriedigend ein. Aufgrund der positiven Ergebnisse ist zu überlegen, ob und in welcher Form eine Fortbildung angeboten werden sollte. Eine Sensibilisierung zum Thema der Einstiegsfragen und der Risikofaktoren in Form eines „one minute wonders“ sollte zunächst ausreichend sein, da andere Kriterien einen deutlich höheren Bedarf zeigen.

Die Vereinheitlichung zur Qualitätssteigerung der Dokumentation könnte im Rahmen der Fallbesprechungen oder Kurvenvisiten angesprochen und verdeutlicht werden.

Kontinenzprofile

Die Beschreibung des Kontinenzprofils wurde im Audit grundsätzlich mit „Nein“ bewertet, auch wenn es auf der Ergebnisseite der Pflegeanamnese angezeigt wird. Grund dafür ist die Tatsache, dass durch die Bearbeitung der verschiedenen Items in der Pflegeanamnese automatisch eine Einschätzung der Harnkontinenz bzw. -inkontinenz auf der Grundlage von festgelegten Risikofaktoren erfolgt und nicht aktiv von den Pflegenden. So ist davon auszugehen, dass sie das Ergebnis lesen, aber die Kontinenzprofile nicht als Einschätzungsinstrument verstehen und nutzen. Des Weiteren fehlt z.B. die Möglichkeit, ein differenziertes Tag- oder Nachtprofil darzustellen, oder ein Ziel zur Verbesserung des Kontinenzprofils auszuwählen. Aktuell wird ein Kontinenzprofil zur Einschätzung der Stuhlkontinenz in Medico cerner nicht angeboten und so wurden die erforderlichen Daten (Ressourcen/ Defizite) aus der Pflegeanamnese abgeleitet. Der Zusatzbogen zu den Kontinenzprofilen wurde nicht verwendet, da auch aufgrund der kurzen Liegedauer eine Veränderung zu selten auftritt und nicht zu erwarten war.

Fortbildungsbedarf zum Thema Kontinenzprofile gaben 15 von 17 Kolleg:innen an und schätzen ihr eigenes Wissen maximal als befriedigend ein. Hier scheint Hintergrundwissen zu fehlen, von der Vorgehensweise in der Erhebung und Aussagekraft, aber auch Nutzung, Sinn und Zweck in der Anwendung. Der hohe Bedarf unterstreicht die Annahmen aus der Dokumentenanalyse. Eine Fortbildung, kombiniert mit Auswahl und Einsatz von Hilfsmitteln, unter dem Aspekt der Förderung der Unabhängigkeit der Betroffenen, wäre denkbar und sinnvoll.

Maßnahmenplanung und Hilfsmittel

Die Planung und Durchführung von Maßnahmen und der Einsatz von Hilfsmitteln wurde bei der Dokumentenauswertung der Harn- und Stuhlinkontinenz fast identisch bewertet. Die Werte lagen zwischen 86 – 95%. Zu erwarten war ein Wert von 100%, da davon auszugehen ist, dass alle Patient:innen ihrem Bedarf entsprechend versorgt wurden und werden. Auch stehen die unterschiedlichen Hilfsmittel jederzeit zur Verfügung. Die Differenz ergibt sich vermutlich daraus, dass nur die Dokumentation bewertet wurde, die nachvollziehbar zu lesen war und z. T. die Bestätigung der Durchführung fehlte. Um das zu verhindern, sollten

grundsätzlich alle Maßnahmen zu einem festen Zeitpunkt und nicht auf „Bedarf“ geplant werden. Ein Argument der Pflegenden dagegen ist, dass zeitlich nicht genau geplant werden kann, wann eine Produktwechsel durchzuführen ist. Da aber von mindestens 3 Wechseln am Tag auszugehen ist, sollte es auch so geplant werden. Vorteilhaft ist, dass das System anzeigt, wenn die geplante Durchführung nicht bestätigt wurde und zusätzliche, ungeplante Maßnahmen jederzeit trotzdem dokumentiert werden können.

Das Wissen zum Thema der Maßnahmenplanung und dem Einsatz (Auswahl) wird überwiegend mit gut bis befriedigend angegeben und trotzdem gaben 11 von 17 Kolleg:innen Bedarf an Fortbildung an. Die Ursachen hierfür könnten sein, z.B. das Gefühl, dass die geplanten Maßnahmen nicht ausreichend sind oder es individuelle Lösungen und die verschiedensten Produkte gibt, die sie nicht kennen oder nutzen. Auch der Aspekt der Förderung der Selbständigkeit in der Versorgung der Inkontinenz sollte mehr in den Fokus genommen werden, denn das durch Werbung scheinbar komfortabelste Produkt muss nicht das Beste für die betroffene Person sein.

Etwa zwei Drittel der Betroffenen gaben in der Befragung an, an der Maßnahmenplanung nicht beteiligt worden zu sein. Wissen um Hilfsmittel zur Kompensation der Harninkontinenz gaben 58% der Befragten an, während es bei der Stuhlinkontinenz nur 29% waren. Eine häufige Aussage war, dass die Auswahl und Beschaffung von Hilfsmitteln häufig die Angehörigen übernehmen. Die Betroffenen sind vermutlich über die Vielfalt und Auswahlmöglichkeiten nicht informiert, da nicht sie persönlich mit ihren Bedürfnissen beraten werden, sondern ihre Angehörigen.

Im Vorfeld des Praxisprojektes hatte die Kollegin als Kontinenzexpertin die Umstellung und Erweiterung von Materialien gemeinsam mit den Kolleg:innen der Station getestet. Kosten, Nachhaltigkeit, die Praktikabilität und vor allem die Selbständigkeit und damit die Unabhängigkeit der betroffenen Personen standen dabei im Fokus. Es zeigte sich, dass diese Vorgehensweise zu sehr positiven Effekten führte, bei den Betroffenen und auch bei den Pflegenden. Aufgrund der guten Erfahrungen soll dieses Verfahren beibehalten werden, um direkt in der Praxis im täglichen Tun Lösungsansätze zu suchen, zu testen, die Pflegenden direkt mit einzubeziehen und die Qualität der Versorgung mit Hilfsmitteln der Betroffenen zu verbessern.

Fachexpertise

Die Auswertung der Dokumentation zeigte, dass nur in 2 von 19 Fällen die Kollegin als Kontinenzberaterin hinzugezogen wurde. Demgegenüber steht das Wissen aller Pflegefachpersonen (100%), dass sie jederzeit Fachexpertise hinzuziehen könnten.

Die Gründe für diese Differenz können nur vermutet werden. Die Pflegeexpertin für Stoma, Kontinenz und Wunde ist als Kollegin schon lange Jahre im Haus tätig und somit allen bekannt. Schwerpunkt ihrer Tätigkeiten lag aber bisher in der Versorgung von Stomapatient:innen und Menschen mit chronischen Wunden. So ist es möglicherweise nicht im Denken der Kolleg:innen verankert, dass sie sie für Betroffene mit Kontinenzproblemen und auch zur Unterstützung in ihrer eigenen täglichen Arbeit hinzuziehen können. Bestätigt durch die Auswertungen des

Praxisprojektes soll sich das ändern und es ist geplant, die Kontinenzberatung verstärkt auszubauen.

Information, Schulung und Beratung

Obwohl 47% bzw. 14% der Kolleg:innen in der Befragung angaben, eine Beratung zu Problemen der Harnkontinenz bzw. Stuhlkontinenz angeboten oder durchgeführt zu haben, wurde sie nur von 16% bzw. 14 % der Betroffenen als solche wahrgenommen. Zum Tragen kommen hierbei vermutlich die unterschiedlichen Sichtweisen und Vorstellungen, was eine Beratung ist oder wie sie durchgeführt wird.

Pflegende selbst nehmen Information, Schulung und Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen häufig nicht als pflegerische Tätigkeit wahr, da sie im Alltag meist so nebenbei durchgeführt wird. Dementsprechend konnte nur eine Beratung im Erhebungszeitraum bei der Durchsicht der Patient:innenakte gefunden werden. Ihr Wissen zum Thema schätzen die Pflegenden überwiegend gut bis befriedigend ein. Trotz der guten Selbsteinschätzung wünschen 10 bzw. 12 Kolleg:innen eine Fortbildung zu Problemen, Maßnahmen und Hilfsmitteln mit der Harn- und Stuhlkontinenz.

Dass der Bedarf an Information, Schulung und Beratung auf Seiten der Betroffenen hoch ist, zeigte sich sehr eindrücklich in den Ergebnissen und im Verlauf der Befragungen. Alle Patientinnen und Patienten waren gerne bereit, sich mit der Kollegin zu unterhalten und sprachen offen über das sensible Thema. Das ein oder andere Mal hatte die Kollegin den Eindruck, dass sie froh waren, endlich mit jemanden darüber sprechen zu können.

Am deutlichsten zeigte sich der hohe Bedarf daran, dass sich aus jeder Befragung ein Beratungsgespräch ergab, das, wenn es die Zeit zuließ, sofort durchgeführt oder ein Termin vereinbart wurde.

Geplant war, schon vor dem Audit das Angebot zur Kontinenzförderung auszubauen. Die Ergebnisse aus dem Audit unterstreichen die Notwendigkeit, durch Information, Schulung und Beratung die Qualität der pflegerischen Versorgung der Betroffenen zu verbessern und das Angebot zu erweitern. Im Fokus steht dabei die Förderung der Selbständigkeit und Unabhängigkeit und z.B. die Möglichkeit eine individuelle Lösung in der Auswahl der Hilfsmittel zu finden. Auch das Stationsteam soll unterstützt werden, durch regelmäßige Präsenz der Pflegeexpertin, die Vermittlung von Wissen oder Erweiterung und Optimierung der Hilfsmittel.

Auswahl und Testung der Indikatoren

Im Rahmen des Praxisprojektes sollten Indikatoren zur internen Qualitätskontrolle, wie auch schon bei der Aktualisierung der Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Schmerz- und Entlassungsmanagement, getestet werden. Zu verstehen sind sie als Messinstrumente zur Verbesserung und Darstellung der Pflegequalität, eine Möglichkeit, das Spektrum pflegerischer Tätigkeiten in Zahlen, Daten und Fakten abzubilden und Auffälligkeiten, Problembereiche und positive wie auch negative Veränderungen zu erkennen. Sie orientieren sich an den Anforderungen der verschiedenen Kriterienebenen des Expertenstandards und folgen damit den Schritten des Pflegeprozesses.

Die zu testenden Indikatoren zum Expertenstandard Kontinenzförderung beziehen sich auf Prävalenz, Einschätzung, Fachexpertise, Beratung, Hilfsmittel, Maßnahmen, Evaluation und Nutzer:innen. Genauer definiert wird ein Indikator mit Hilfe von 2 - 4 Kennzahlen, in Form einer genauen Fragestellung. Wie häufig oder in welchen Intervallen die Erhebung der Daten erfolgt, kann jede Einrichtung für sich individuell festlegen. Entscheidend hierfür können die Zielsetzung, Sinnhaftigkeit und Aussagekraft der erhobenen Daten, die Machbarkeit der Durchführung und letztendlich die Interpretation und die daraus entstehenden Konsequenzen für die tägliche Praxis sein.

Ein Beispiel ist der Indikator „Prävalenz“ mit der Kennzahl 2: Anzahl der Menschen mit Problemen der Harnkontinenz im Verhältnis zu allen Patient:innen.

Zur Erfassung der Daten der verschiedenen Kennzahlen wurden vom DNQP Tabellen zur Verfügung gestellt. So konnten die Daten ohne viel Aufwand in eine Tabelle eingetragen werden und wurden automatisch ausgewertet.

Die optische Darstellung erfolgt in einem Laufdiagramm, d.h. der prozentuale Anteil der Betroffenen bezogen auf die Gesamtzahl aller Patient:innen und der Median, dem Durchschnittswert, über den gesamten Erhebungszeitraum.

Ergebnisse und Erkenntnisse zur Anwendung der Indikatoren

Geplant war, sich nach dem Audit mit den Indikatoren auseinanderzusetzen. Aus zeitlichen und planungstechnischen Gründen wurde die Erhebung vorgezogen und parallel durchgeführt. Zuvor musste geklärt werden, welche Daten aus der Patient:innenakte dafür genutzt werden können. Geplant ist zukünftig, die Erhebung von Kennzahlen umzusetzen, aber unter der Vorgabe, dass sie automatisch aus der digitalen Akte erhoben werden können und nicht händisch wie im Praxisprojekt mit zeitlichem und personellem Aufwand. Nach Rücksprache mit dem Controller bieten sich dafür die Daten an, die vom Programm vorformuliert sind. Sie sind im System in Tabellen angelegt und können mit Hilfe der Funktionen einer Excel-Tabelle herausgefiltert werden. Dies trifft z.B. auf Daten aus der Pflegeanamnese und der Maßnahmenplanung zu. Frei formulierte Texte, wie in der Kommentarschreibung, eignen sich nicht dafür.

Nach der Auseinandersetzung mit den einzelnen Kennzahlen zeigte sich, dass einige nicht für die Erhebung geeignet scheinen, da keine aussagekräftigen Ergebnisse zu erwarten waren oder sie aus der Dokumentation nicht herausgefiltert werden konnten.

Die Ergebnisse, die sich ergaben, waren sehr eindrucksvoll und zeigten eindeutig, dass die Anzahl der Betroffenen mit einer Kontinenzproblematik nicht nur gefühlt hoch ist, sondern tatsächlich zu einer hohen personellen und zeitlichen Belastung führen.

Insgesamt wurden 26 Datensätze bis zu dreimal wöchentlich erhoben. Gesichtet wurden alle Akten, die zum Erhebungszeitpunkt morgens zwischen 07:00 – 07:30 Uhr zur Verfügung standen. Die unterschiedliche Zahl der Teilnehmenden ergibt sich

aus dem Entlassungs- und Aufnahmezeitpunkt der Patient:innen. Da das Verhältnis zwischen Betroffenen und nicht Nichtbetroffenen berechnet wird, hatte dies keine Auswirkungen auf die Ergebnisse.

Zusammenfassend werden sie im Folgenden dargestellt:

Indikator Prävalenz - Kennzahl 1:

Anzahl der Menschen mit Kontinenzproblemen im Verhältnis zu allen Patient:innen – das bedeutet im Durchschnitt waren 70 % der Patient:innen von einer Harn- und/oder Stuhlinkontinenz betroffen (= 19 von 28 Patient:innen).

Indikator Prävalenz - Kennzahl 2:

Anzahl der Menschen mit Problemen bei der Harnkontinenz im Verhältnis zu allen Patient:innen – im Durchschnitt waren 35 % der Patient:innen von einer Harninkontinenz betroffen (= 10 von 28 Patient:innen).

Indikator Prävalenz - Kennzahl 4:

Anzahl der Menschen mit Problemen bei der Harn- und Stuhlinkontinenz im Verhältnis zu allen Patient:innen – im Durchschnitt waren 32 % der Patient:innen von einer Harn- und Stuhlinkontinenz betroffen (9 von 28 Patient:innen).

Indikator Prävalenz-Kennzahl 17:

Anzahl der Menschen mit Kontinenzproblemen, die in der Lage sind, ihren Alltag selbständig bewältigen zu können im Verhältnis zu allen Menschen mit Kontinenzproblemen – im Durchschnitt waren 16 % der Patient:innen mit einer Kontinenzproblematik in der Lage, sich selbständig zu versorgen (3 von 19 Patient:innen).

Weitere Kennzahlen wurden nicht erhoben, da sie entweder der Fragestellung entsprechend sich nicht in der Dokumentation spiegelten oder die Häufigkeit zu gering war, um zu einem aussagekräftigen Ergebnis zu kommen. Zum einen bezog es sich auf das vorhandene oder passende Hilfsmittel, denn es kann davon ausgegangen werden, dass es im Setting Krankenhaus zur Verfügung steht. Zum anderen auf angebotene oder durchgeführte Maßnahmen, da Pflegende jederzeit vor Ort sind. Eine Auswertung macht deswegen keinen Sinn und so wurde auf die Erhebung verzichtet. Kennzahlen zur Fachexpertise und Beratung wären auf jeden Fall geeignet und sinnvoll. Sie konnten jedoch zum Zeitpunkt des Praxisprojektes nicht in dem Umfang in der Dokumentation gefunden werden, die zu einem Ergebnis geführt hätten. Aufgrund der 100%-Quote aus dem Audit zur Einschätzung und Evaluation, wurde auch darauf verzichtet.

Wegen der beeindruckenden Werte soll die Erhebung der Indikatoren fortgeführt werden. Gemeinsam konnten die Projektleitung und der Controller ein Verfahren entwickeln, das es möglich macht, automatisch die gewünschten Werte auszuleiten. Geplant ist, dass auch weitere Indikatoren dazu kommen sollen.

Fazit

Die Pflegedirektion, das Stationsteam, die Projektleitung und die unterstützende Pflegeexpertin waren sich einig, dass sich der Arbeitsaufwand in jedem Fall gelohnt

hat. Sei es z.B. die strukturierte Durchführung eines Audits mit den Werkzeugen des DNQP, „gezwungen“ zu sein, alle Prozesse zu überprüfen und zu hinterfragen, den Bedarf an Fachexpertise und Information, Schulung und Beratung hervorzuheben, die Hilfsmittel zu überprüfen und letztendlich den Bedarf an geplanten kontinenzfördernden Maßnahmen darzulegen. Auch die Auswahl und Testung der Indikatoren führte zu aussagekräftigen Werten, die eindrucksvoll in den Abschlussveranstaltungen zum Projekt präsentiert werden konnten.

Mit Hilfe des Audits wurde es möglich, anhand von Zahlen aus der Dokumentation und Aussagen der Pflegenden und der Betroffenen ein Bild des tatsächlichen Bedarfs und der Qualität eindrucksvoll darzustellen. Die Erfahrungen machen Mut und fordern dazu auf, regelmäßig zu auditieren und so die pflegerische Qualität kontinuierlich objektiv darzustellen und frühzeitig und zeitnah auf Entwicklungen zu reagieren.

Literaturverzeichnis

DNQP (2024): Expertenstandard Kontinenzförderung in der Pflege – Aktualisierung 2024 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie, Schriftreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, ISBN: 978-3-00-017143-7

DNQP (2019): Methodisches Vorgehen, zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards, online auf der Homepage des DNQP: <https://www.dnqp.de/methodisches-vorgehen/> Zugriff 09.02.2025



Bild: Gaby Ungethüm

*Autorin: Gaby Ungethüm
Krankenschwester, Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde, Case-Managerin,
MSc ANP
Kontakt
gaby.ungethuem@webtogether.de*