

D I P L O M A R B E I T

Indikatoren zur Beurteilung pflegesensitiver Ergebnisqualität in Pflegeheimvergleichen

**Messung und Risikobereinigung ausgewählter
RAI MDS basierter Qualitätsindikatoren**

von

ROBERT FAUST

**Erster Betreuer: Herr Prof. Dr. Ulrich Schrader
Zweite Betreuerin: Frau Prof. Dr. Ruth Schwerdt**

**Studiengang Pflege
Fachbereich 4
Fachhochschule Frankfurt am Main**

JANUAR – APRIL 2003

ABSTRACT - DEUTSCH

Die Einführung eines nationalen Pflegeheimvergleiches in den USA bezeichnet eine neue Dimension öffentlich geführter, pflegerischer Berichterstattung. Auch in Deutschland gewinnt die Diskussion um einen landesweiten Pflegeheimvergleich im Rahmen des PQSG an Bedeutung. Jedoch ist eine angemessene Operationalisierung pflegerelevanter Messgrößen, insbesondere für den Bereich der Pflegeergebnisse, bisher nicht erfolgt.

Die vorliegende Arbeit eruiert 13 valide Indikatoren sowie 4 Subindikatoren pflegerischer Ergebnisqualität, deren Pflegesensitivität als ausreichend gesichert gilt. Die Messgrößen generieren sich aus Daten des RAI MDS 2.0 und lassen sich den Domänen *Harninkontinenz, Aktivität, Sturz und Fraktur, Nosokomiale Infektionen* und *Dekubitus* zuordnen. Die QI's unterscheiden sich zudem nach zwei Messcharakteristika. Sieben Indikatoren stehen für Veränderungen des Bewohnerstatus innerhalb eines vordefinierten Zeitraumes (Inzidenzmessungen): *Worsening bladder continence, ADL worsening, Late-Loss ADL worsening, ADL improvement, Locomotion worsening, Improvement in walking* und *Worsening pressure ulcers*. Weitere zehn Indikatoren und Subindikatoren generieren Messungen zu einem bestimmten Zeitpunkt (Prävalenzmessungen): *Bladder or Bowel incontinence prevalence (high and low risk), Bladder or Bowel incontinence prevalence (high risk), Bladder or Bowel incontinence prevalence (low risk), Prevalence of little or no activity, Falls prevalence, Prevalence of urinary tract infection, Infections, Pressure ulcer (stage 1-4) prevalence (high and low risk), Pressure ulcer (stage 1-4) prevalence (high risk), Pressure ulcer (stage 1-4) prevalence (low risk)*.

Es wird gezeigt, dass verschiedene Einflussgrößen das Risiko einer Fehlbeurteilung der präsentierten Indikatoren im Pflegeheimvergleich erhöhen. Hierzu zählen beispielsweise die klinische Komplexität der beurteilten Bewohner, der abweichende Ausbildungsstand der Pflegenden, die Bewohnerfluktuation einer Einrichtung, die zeitliche Stabilität einer Messung und verschiedene systematische Messfehler. Für jeden Einflussfaktor werden Modelle der Risikobereinigung vorgestellt und diskutiert.

Die präsentierten QI's können auch in Deutschland einen Beitrag zur pflegerischen Leistungstransparenz in der Öffentlichkeit leisten. Anwendungspotenzial statuiert sich zudem im Bereich des externen und internen Qualitätsmanagements.

ABSTRACT - ENGLISH

A new dimension of reporting nursing quality has been established by introducing a national nursing home compare in the USA. Currently, also German policy makers are discussing the application of a related nursing home compare instrument. However, there are no operational definitions of nursing sensitive quality indicators, especially in terms of outcome measurement.

The present work extracted 13 valid indicators and 4 sub-indicators for measuring nursing sensitive outcomes. All indicators are based on RAI MDS data and refer to one out of the following domains: *urinary incontinence, activity, falls and fracture, nosocomial infections and pressure ulcers*. QI distinction can be made by two measure criterion. Seven QI's describe changes in resident health status over defined time frames (incidence measures): *Worsening bladder continence, ADL worsening, Late-Loss ADL worsening, ADL improvement, Locomotion worsening, Improvement in walking und Worsening pressure ulcers*. Further ten indicator's and sub indicators represent resident outcome measures at a single point in time (prevalence measure): *Bladder or Bowel incontinence prevalence (high and low risk), Bladder or Bowel incontinence prevalence (high risk), Bladder or Bowel incontinence prevalence (low risk), Prevalence of little or no activity, Falls prevalence, Prevalence of urinary tract infection, Infections, Pressure ulcer (stage 1-4) prevalence (high and low risk), Pressure ulcer (stage 1-4) prevalence (high risk), Pressure ulcer (stage 1-4) prevalence (low risk)*.

Work has been showing different bias, increasing the risk of indicator misinterpretation. These bias are: the clinically complexity of assessed residents, ascertainment bias, censoring via transfer and hospitalization bias, stability of indicator over time, and some systematic measurement errors. Models of risk adjustment are presented and discussed for every single indicator.

Using indicators for nursing home compare and public reporting purposes may offer important customer and public domain information. Furthermore, application is also appropriate and therefore recommended for external and internal quality management.

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	1
1.1 PROBLEMSTELLUNG	2
1.2 ENTSTEHUNGSKONTEXT DIESER ARBEIT	4
Methoden.....	5
2.1 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG	6
2.2 METHODISCHE SCHRITTE.....	6
2.3 LITERATURERECHERCHE	7
Klärung Zentraler Begriffe	10
3.1 PFLEGEQUALITÄT.....	11
3.2 PFLEGESENSITIVE ERGEBNISQUALITÄT	12
3.3 OUTCOME VS. INDIKATOR	13
Kapitel 1 Pflegeheimvergleiche	16
4.1 INTERESSE AN PFLEGEHEIMVERGLEICHEN	17
4.1.1 DEUTSCHLAND	17
4.1.2 USA.....	19
4.2 NUTZUNG VON PFLEGEHEIMVERGLEICHSDATEN	22
4.2.1 VERBRAUCHERNACHFRAGE.....	22
4.2.2 BENCHMARKING.....	23
4.3 KRITERIEN IM PFLEGEHEIMVERGLEICH	23
4.3.1 KRITERIEN DEUTSCHLAND	23
4.3.2 KRITERIEN USA	24
<i>Datenbank OSCAR.....</i>	<i>24</i>
<i>Datenbank MDS Repository.....</i>	<i>27</i>
4.4 PFLEGEHEIMVERGLEICHE AUS PFLEGERISCHER PERSPEKTIVE	28
Kapitel 2 Datenqualität des MDS.....	30
5.1 ÜBERBLICK ZUR DATENQUALITÄT	31
5.2 RELIABILITÄT DES MDS.....	31
5.2.1 INTERPRETATION DER MAßE.....	31
5.2.2 AUSGEWÄHLTE FORSCHUNGSBEFUNDE	32
5.3 VALIDITÄT DES MDS.....	34
5.3.1 FORMEN DER VALIDITÄT UND INTERPRETATION	35
5.3.2 AUSGEWÄHLTE FORSCHUNGSBEFUNDE	36
<i>Bereich Kognition</i>	<i>36</i>
<i>Bereich ADL</i>	<i>37</i>
<i>Bereich Ernährung.....</i>	<i>38</i>
<i>Bereich Dekubitus.....</i>	<i>39</i>
<i>Bereich Depression.....</i>	<i>41</i>
5.4 EINSCHÄTZUNG DER DATENQUALITÄT.....	42
Kapitel 3 MDS basierte Qualitätsindikatoren	44
6.1 WAS SIND MDS BASIERTE QI'S?	45
6.2 ENTWICKLUNGSPROZESS DER MDS BASIERTEN QI'S	45

6.3	PROBLEME BEI DER KALKULATION UND INTERPRETATION.....	47
6.3.1	PFLEGESENSITIVITÄT.....	47
6.3.2	KLINISCHE KOMPLEXITÄT.....	51
	<i>Bereich Dekubitus.....</i>	<i>54</i>
	<i>Bereich Harninkontinenz.....</i>	<i>57</i>
	<i>Bereich Aktivität.....</i>	<i>59</i>
	<i>Bereich Sturz und Fraktur.....</i>	<i>64</i>
	<i>Bereich Nosokomiale Infektionen.....</i>	<i>65</i>
6.3.3	ASSESSMENTTYP UND HOSPITALISIERUNGSEFFEKT.....	67
6.3.4	EINFLÜSSE BEI DER MDS DATENERHEBUNG.....	69
6.3.5	SELTENE EREIGNISSE UND SENTINEL EVENTS.....	71
6.3.6	ZEITLICHE STABILITÄT VON QI MESSUNGEN.....	71
	Zusammenfassung.....	74
	Diskussion und Ausblick.....	77
	Literaturverzeichnis.....	81
	Abbildungsverzeichnis.....	90
	Anhang.....	91

Autor Kontakt

Robert Faust

Otto-Hahn-Str. 7

64546 Mörfelden-Walldorf

Email:

<mailto:rofa@stud.fh-frankfurt.de>