

Komplexität in der Langzeitpflege: Auf den richtigen Grademix kommt es an

CURAVIVA-Kongress 2024– 25. Januar 2024

Prof. Dr. Sabine Hahn, Leiterin Fachbereich Pflege, BFH

Stefka Goldschmid, Leiterin BESA Schulungen und Pflegeentwicklung, BESA QSys

Agenda

- Der Grademix-Konfigurator
- Komplexität der Bewohner/innen
- Nurse to resident Ratio
- Delegationsmatrix
- Pflegequalität

Ziele und Partner

Innovationsprojekt
unterstützt von



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Innosuisse – Schweizerische Agentur
für Innovationsförderung



BESA QSys

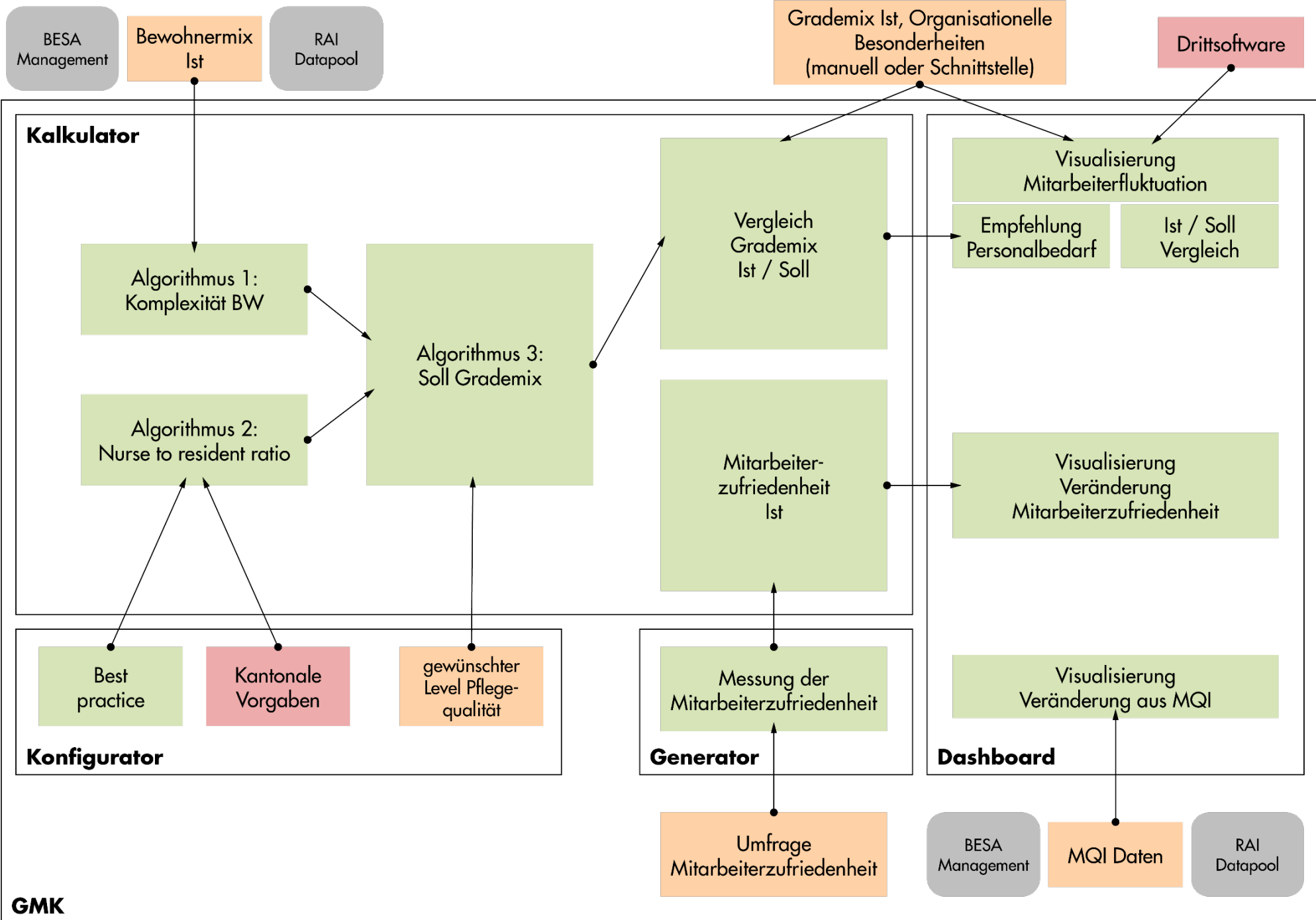
Berner Fachhochschule
► Gesundheit

Ziele

- Evidenzbasierte Berechnung und Begründung des Personalbedarfs
- Unter der Berücksichtigung der Komplexität der Bewohnenden-Situationen und des angestrebten Qualitätsniveaus
- Steigende Zufriedenheit der Mitarbeitenden, sinkende Fluktuation

Partner

- BESA QSys und Berner Fachhochschule
- Praxispartner und Pilotbetriebe aus der Praxis
- Experten- und Begleitgruppe
- Innosuisse – Schweizerische Agentur für Innovationsförderung



Algorithmus 1: Komplexität



Algorithmus 1 – Komplexität

Routinedaten zur
Einschätzung der
Komplexität (basierend aus
BESA und RAI-NH Daten)

Algorithmus 2 – Nurse-to-Resident Ratio (NtR)

- Einhaltung kantonaler Vorgaben
- Best Practice Grademix



Algorithmus 3 – Soll-Grademix
unter Berücksichtigung
gewünschter Pflegequalität
sicher, gut, excellent



Expert:innenvalidierung

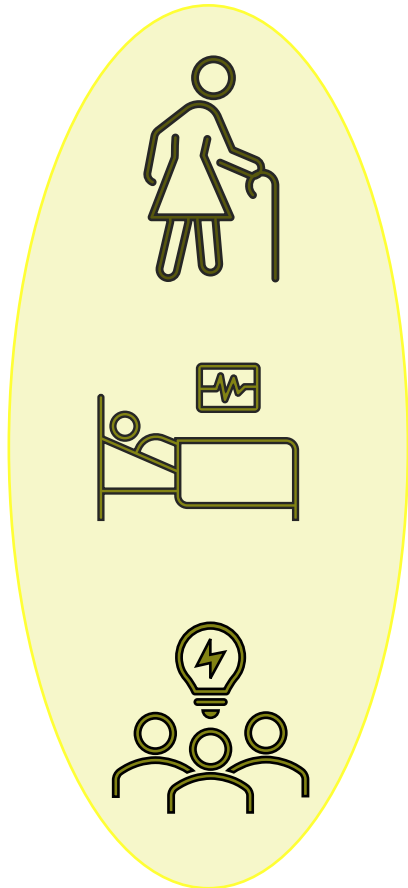
Definition Komplexität

- Komplexität einer Pflegesituation ist durch verschiedene Merkmale charakterisiert
- Zeigt sich auf unterschiedlichen Ebenen und wird durch Arbeitsumgebung beeinflusst
- Komplexität lässt sich als Kontinuum darstellen und beurteilen



Komplexität: Sensibilisierungsinstrument zur Einschätzung

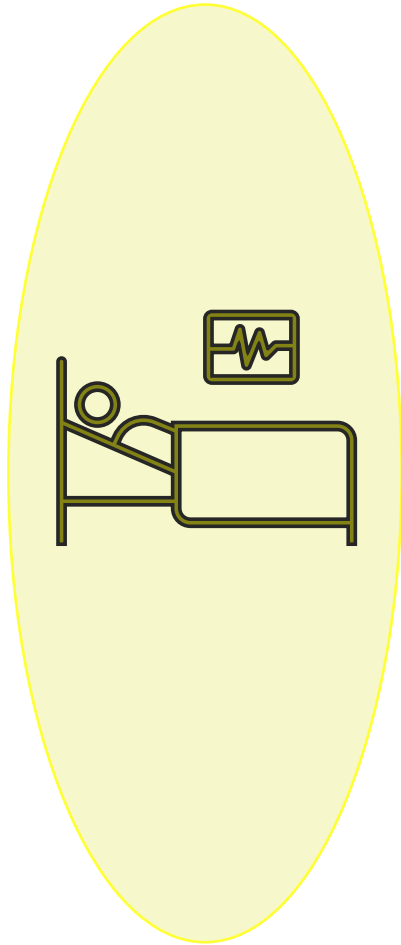
Komplexe Pflegesituationen lassen sich definieren durch:



- Merkmale, die sich auf die **Bewohnerinnen und Bewohner** beziehen.
- Merkmale, die sich auf die **Pflege und Behandlung** beziehen.
- Merkmale, die zu einer **Verdichtung der Komplexität** führen.

Hahn, S., Sommerhalder, K., Münger, A. F., & Berger, F. (2014). *Komplexität Langzeit-pflege Beurteilungsraster: Unveröffentlichtes Manuskript*, Berner Fachhochschule, Abteilung Forschung und Entwicklung in der Pflege, Bern

Merkmale in Bezug auf Pflege und Behandlung



Unterscheidung zwischen **stabilen und komplexen Situationen**:

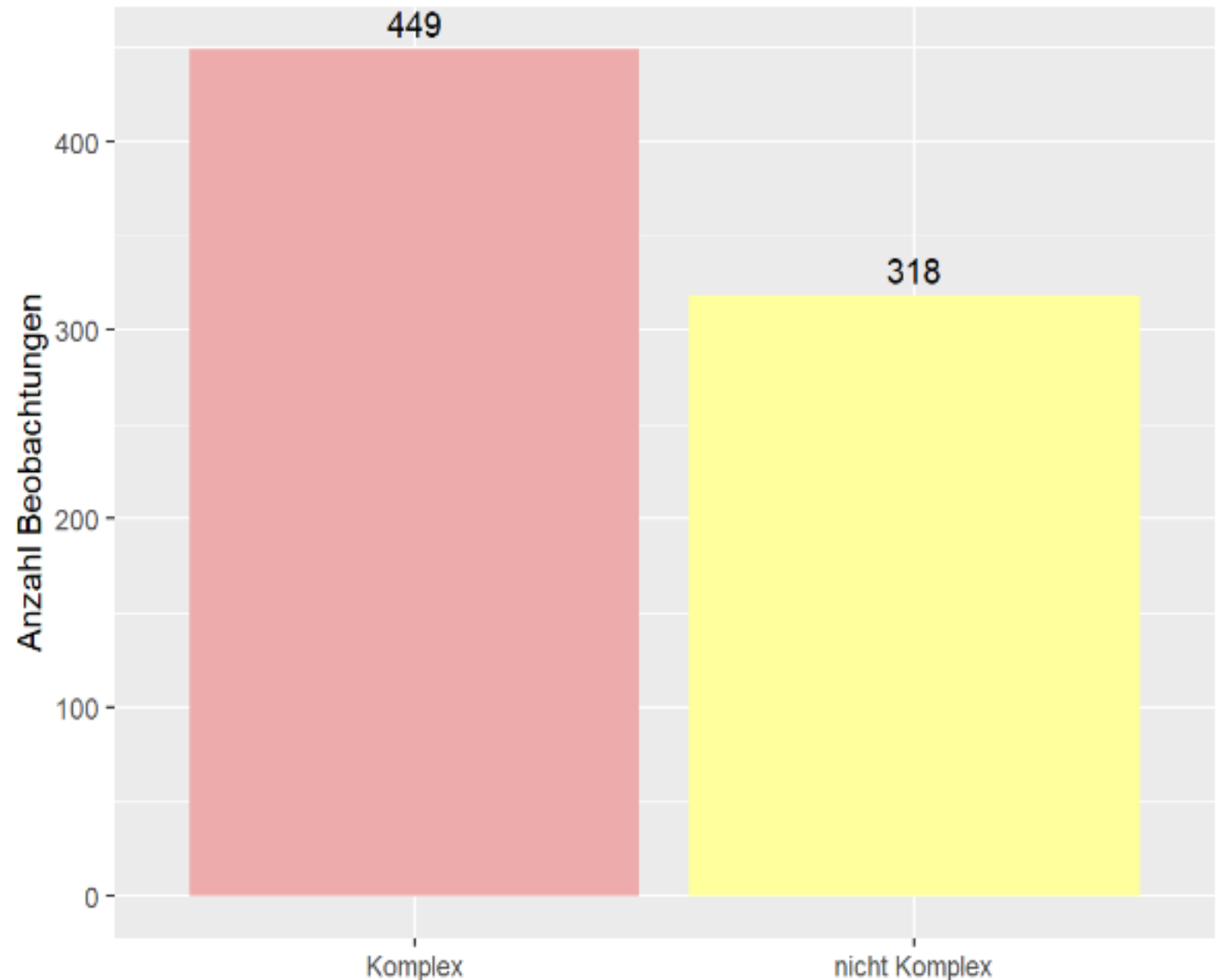
- **Stabile Situationen** sind einfach zu erfassen, benötigen Grundkenntnisse und können regelgeleitet gelöst werden
- **komplexe Situationen** müssen als Ganzes wahrgenommen werden, benötigen ein hohes Mass an Wissen und erfordern neue, innovative Lösungen

Komplexität

- Die Komplexität wurde anhand des Sensibilisierungsinstrument der BFH-Gesundheit eingeschätzt
- Die Ergebnisse der Komplexitätseinschätzung wurden mit den Erhebungen im BESA-System und RAI-NH abgeglichen und statistisch ausgewertet.
- Auswertungen wurden durch Expert*innen überprüft
- Anschliessend wurden die Algorithmen für die Bestimmung der Komplexität mit den beiden Pflegebedarfsinstrumenten entwickelt. Die beiden System bilden die Komplexität zuverlässig ab.

Ergebnisse zur Komplexität

- **23 Praxispartner haben 767 Komplexitäts-einstufungen** durchgeführt
- Die Datenanalyse zeigte, dass gesamthaf **449 Pflegesituationen (58.5%)** als komplex eingeschätzt wurden
- Entsprechend **318 Einschätzungen (41.5%)** als nicht komplex



Ergebnisse zur Komplexität

- Es hat sich gezeigt, dass mit den Instrumenten BESA und RAI die Komplexität sehr gut abgeklärt werden kann.
- BESA: 15 Variablen erklären die Einschätzung zu 76.95%
- RAI: 15 Variablen erklären die Einschätzung zu 77.64 %

Algorithmus 2: Nurse-to-Resident Ratio



Algorithmus 1 – Komplexität
Routinedaten zur
Einschätzung der
Komplexität (basierend aus
BESA und RAI-NH Daten)

Algorithmus 2 – Nurse-to-Resident Ratio (NtR)

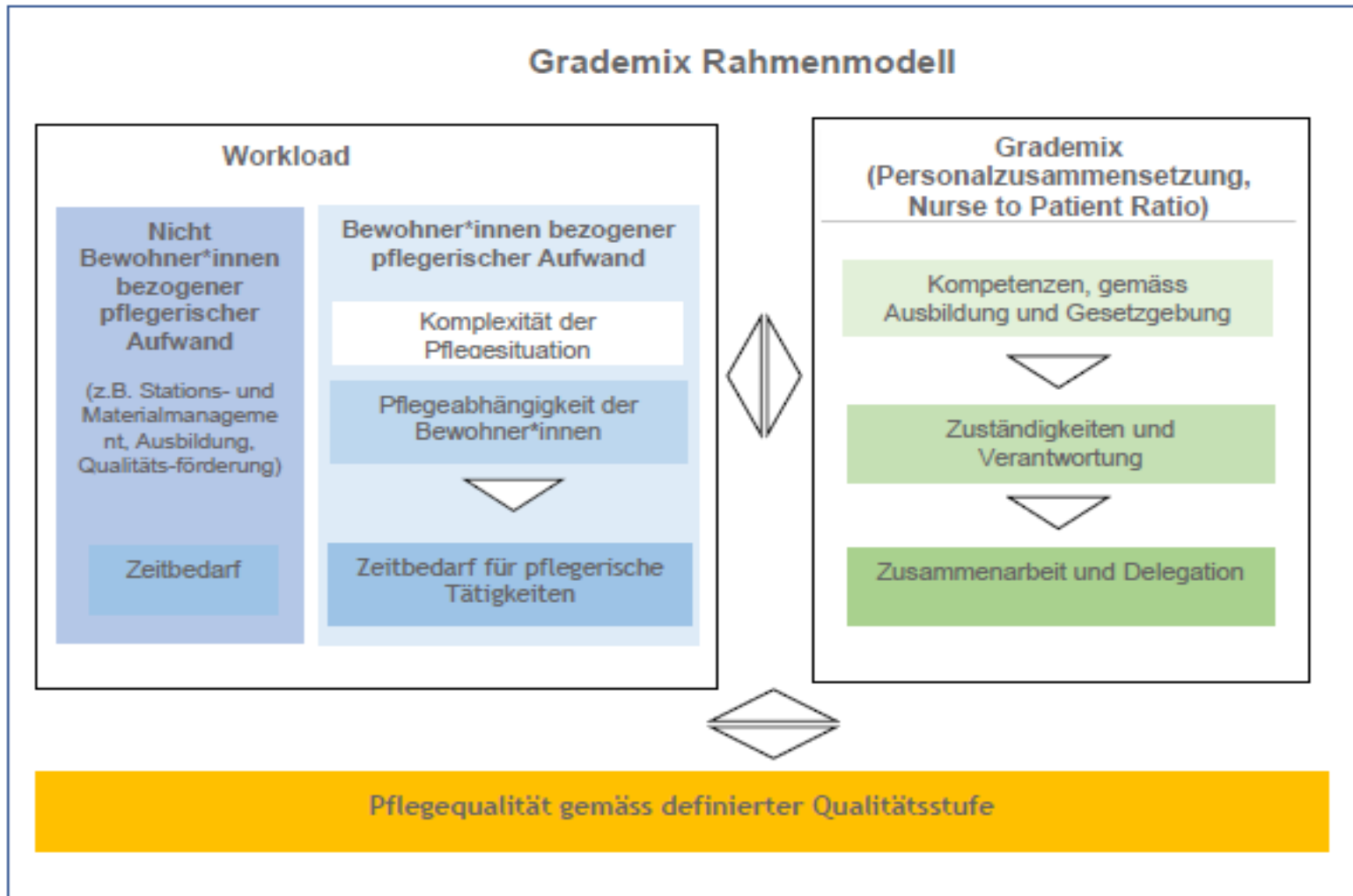
- Einhaltung kantonaler Vorgaben
- Best Practice Grademix



Algorithmus 3 – Soll-Grademix
unter Berücksichtigung
gewünschter Pflegequalität
sicher, gut, excellent

Expert:innenvalidierung

Staff-to-Resident Ratio (Personalzusammensetzung)



Weiter entwickelt nach: Sommerhalder, K., Münger, A. F., Berger, F., & Hahn, S. (Eds.). (2014). *Bestimmung des Skill- und Grademix in der Langzeitpflege: Wir brauchen sie alle - Pflege benötigt Differenzierung*. Nidda: hpsmedia

Staff-to-Resident Ratio

Bei der Kalkulation von SRR zu berücksichtigende Faktoren:

- Spezifisch für jeweilige Abteilung (Diensten, Komplexität der Bewohnenden, Zeitaufwand)
- Qualifikationsstufen der Pflegenden und Kompetenzen/Aufgaben innerhalb der Kernprozesse und Delegationsmatrix (z.B. Auszubildende)
- Pflegequalitätsstufe

Delegationsmatrix

Voraussetzung

- Konsensentwicklung 2011 im Rahmen eines Grademix Projekts in der Langzeitpflege mit Pflegepraktiker*innen, Managementpersonen der Pflege und Expert*innen der Pflege
- Berücksichtigt 3 Kompetenzstufen (Spezialabschlüsse, Berufsprüfung Langzeitpflege, Höhere Fachprüfung oder Masterstufe nach individuellem Entscheid)
- Voraussetzung, Teameffizienz daher ist Zusammenarbeits- und Delegationskultur wichtig

Trede et al. (2023) Abschlüsse in Pflege, EHB

Hahn et al. (2013) Panorama Gesundheitsberufe, BFH

Hahn et al. (2012) Grade- und Skillmix im Pflegebereich der Spital Netz Bern AG: Bestimmung des Grade- und Skillmix in der Langzeitpflege Schlussbericht

Backhaus et al. (2018) Rethinking the Staff Quality Relationship in Nursing Homes. Journal of Nutrition, Health and Aging. 22(6)634-638.

Delegationsmatrix

Die Delegationsmatrix ist ein Instrument der Arbeitsteilung gemäss gesetzlichen Vorgaben, Kompetenzen und Zuständigkeiten, aktuell mit Zukunftsgerichteter Abstimmung zwischen Pflegefachperson, Fachperson Gesundheit und Pflegeassistenz:

1. Kernprozesse
2. Pflegeprozessbezogene Pflegeaufträge
3. Organisation/tätigkeitsorientierte Pflegeaufträge
4. Supportaufträge
5. Ausbildungsaufträge
6. Qualität und Entwicklung

Delegationsmatrix (Beispiel)

1. Kernprozesse

1.1. Eintritt

1.2. Pflegeprozessgestaltung

1.2. Bezugspersonenpflege

1.4. Sterben, Tod, Abschied

1.5. Austritt/Übertritt

2. Pflegeprozessbezogene Pflegeaufträge

2.1. Kognitive Beeinträchtigungen/Demenz

2.2. Kommunikative Fähigkeiten/Hören/Sehen

2.3. Stimmungslage/Verhalten

2.4. Psychosoziales Wohlbefinden

2.5. Rehabilitationspotential in ADL

2.6. Urininkontinenz/Dauerkatheter

2.7. Schmerz

2.8. Stürze

2.9. Dehydration/Flüssigkeitsbilanz

2.10. Dekubitus/chronische Wunden (inkl. Präventive Massnahmen)

2.11. Wundmanagement

2.12. Aktivität und Beschäftigung

2.13. Psychopharmaka

2.14. Pflegeinterventionen und Medizinaltechnik

Algorithmus 3: Grademix und Qualität



Algorithmus 1 – Komplexität
Routinedaten zur
Einschätzung der
Komplexität (basierend aus
BESA und RAI-NH Daten)

Algorithmus 2 – Nurse-to-Resident Ratio (NtR)
- Einhaltung kantonaler Vorgaben
- Best Practice Grademix



Algorithmus 3 – Soll-Grademix
unter Berücksichtigung
gewünschter Pflegequalität
sicher, gut, excellent

Expert:innenvalidierung

Pflegequalität

Pflegequalität kann als Grad bezeichnet werden, „mit welcher die Pflege bzw. das Pflegesystem für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen die Wahrscheinlichkeit erhöht, das angestrebte Pflegeziel zu erreichen, und welches mit dem besten Fachwissen übereinstimmt“

Pflegequalität als multi dimensionales Konzept enthält objektive und subjektive **Qualitätsindikatoren:**

sicher

wirksam

rechtzeitig

personenzentriert

effizient

gerecht

(siehe https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 und Hahn, S., Schwarze, T. & Vangelooen, C., (2017). Pflegequalität aus wissenschaftlicher Sicht. *Pflegerecht*, 1(2), 3. S. 96).

Drei Stufen der Pflegequalität



Der GMK

- unterstützt das Management dank Routinedaten basierte Berechnungen bei der Entscheidung der Personalzusammensetzung und bei der Qualitätssteuerung und Entwicklung
 - berücksichtigt Komplexitätseinschätzungen, Pflegebedarf sowie Umgebungsfaktoren & nicht-bewohner*innen bezogenen Faktoren
 - ermöglicht Überprüfung benötigter Personalbestand & notwendiger Personalzusammensetzung entsprechend angestrebter Qualitätsstufe
- produziert dank Routinedaten keinen Mehraufwand in der Pflege
 - entscheidend dabei ist die Qualität der Routinedaten

Haben Sie Fragen?

- Prof. Dr. Sabine Hahn, sabine.hahn@bfh.ch
- Stefka Goldschmid, s.goldschmid@besaqsys.ch



Berner Fachhochschule
▶ Gesundheit

Innovationsprojekt unterstützt von



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Innosuisse – Schweizerische Agentur
für Innovationsförderung