



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Département Public Health



La Source.
Institut et Haute
Ecole de la Santé

Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana

SUPSI

Analyse des Handlungsbedarfs zur Qualitätsentwicklung

Arbeitspaket 2 / Teilprojekt 2.3

NATIONALES IMPLEMENTIERUNGSPROGRAMM – QUALITÄT DER
LANGZEITPFLEGE IN ALTERS- UND PFLEGEHEIMEN

NIP-Q-UPGRADE

Basel, 30.6.2024

Autor:innen: Lisa Kästner, Brigitte Benkert, Gabriela Rauber, Angelika Barco, Aurora Monticelli, Nereide Curreri, Laurie Corna, Nathalie IH Wellens, Sonja Baumann, Jianan Huang, Serena Sibillio, Franziska Zúñiga, Bastiaan Van Grootven

Im Namen des NIP-Q-UPGRADE Konsortiums

Institut für Pflegewissenschaft (INS), Department of Public Health, Universität Basel, Basel
Institut et Haute École de la Santé (La Source), University of Applied Sciences Western
Switzerland, Lausanne
Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI), Manno

Das NIP-Q-UPGRADE Programm unterstützt Betriebe der stationären Langzeitpflege (Pflegeheime) bei der datenbasierten Qualitätsentwicklung auf Grundlage der nationalen Qualitätsindikatoren.

Das Nationale Programm wird mit implementierungswissenschaftlichen Ansätzen umgesetzt. ARTISET Branchenverband CURAVIVA und senesuisse haben die wissenschaftliche Leitung des Programms an ihren Kooperationspartner, die Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft (INS), delegiert. Das INS seinerseits arbeitet mit dem Institut et Haute École de la Santé La Source (La Source) Universities of Applied Sciences Western Switzerland und dem Centro Competenze Anziani, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) bei der nationalen Umsetzung des Programms zusammen und hat verschiedene Teilziele an die Partnerinstitutionen delegiert. Die Interpretation der wissenschaftlich fundierten Ergebnisse durch die Forschungsinstitute, ihre Schlussfolgerungen und Empfehlungen an den Auftraggeber und an die Eidgenössische Qualitätskommission EQK können von der Sichtweise des Auftraggebers abweichen.

Vorgeschlagene Zitierung: [Lisa Kästner, Brigitte Benkert, Gabriela Rauber, Angelika Barco, Aurora Monticelli, Nereide Curreri, Laurie Corna, Nathalie IH Wellens, Sonja Baumann, Jianan Huang, Serena Sibillio, Franziska Zúñiga, Bastiaan Van Grootven \(2024\): *Analyse des Handlungsbedarfs zur Qualitätsentwicklung*. Schlussbericht zuhanden von ARTISET Branchenverband CURAVIVA und senesuisse im Rahmen des Nationalen Implementierungsprogramms – Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen \(NIP-Q-UPGRADE\) im Auftrag der Eidgenössischen Qualitätskommission. Basel: Pflegewissenschaft, Universität Basel. Doi: 10.5281/zenodo.12643697.](#)

Die Autor:innen möchten den Pflegeheimen danken, die an der nationalen Umfrage teilgenommen haben und sich bereit erklärt haben an Interviews teilzunehmen und einem Workshop in ihrem Betrieb durchzuführen.

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt	1
Zusammenfassung	2
<i>Auftrag</i>	2
<i>Hintergrund</i>	2
<i>Methode</i>	2
<i>Ergebnisse</i>	2
<i>Schlussfolgerungen und Empfehlungen</i>	5
Einleitung	7
Methodik	7
Ergebnisse der nationalen Umfrage zu Qualitätsentwicklungspraktiken in Schweizer Pflegeheimen (Teilprojekt 2.3a)	8
<i>Demographische Daten der teilnehmenden Betriebe und Personen</i>	8
<i>Darstellung der Hauptergebnisse der Umfrage</i>	9
<i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	11
Ergebnisse der Interviews zu Qualitätsentwicklungspraktiken in Schweizer Pflegeheimen (Teilprojekt 2.3b)	12
<i>Demografische Daten</i>	12
<i>Prozesse zur Organisation der Qualitätsentwicklung in den Pflegeheimen</i>	12
<i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	17
Ergebnisse der Workshops mit Bewohnenden und Angehörigen zu Pflege- und Versorgungsqualität in Schweizer Pflegeheimen (Teilprojekt 2.3c)	17
<i>Erfahrungen und Erwartungen zu Pflege- und Versorgungsqualität im Heim</i>	17
<i>Mitgestaltung der Pflege durch die Bewohnenden und Angehörigen</i>	20
<i>Vorstellungen einer guten Pflege- und Versorgungsqualität</i>	21
Schlussfolgerungen und Empfehlungen	21
gReferenzen	27
Anhang	28

<i>Anhang 1: Nationale online Umfrage 2.3a: Fragenkatalog</i>	<i>28</i>
<i>Anhang 2: Workshop 2.3c: Fiktives Fallbeispiel zum Einstieg in die Diskussion</i>	<i>42</i>
<i>Anhang 3: Workshop 2.3c: Ablauf mit Fragekatalog</i>	<i>43</i>
<i>Anhang 4: Nationale online Umfrage 2.3a: Rücklauf.....</i>	<i>46</i>
<i>Anhang 5: Nationale online Umfrage 2.3a: Merkmale der teilnehmenden Pflegeheime.....</i>	<i>47</i>
<i>Anhang 6: Interviews 2.3b: Charakteristiken der Teilnehmenden mit Verantwortung im Qualitätsbereich</i>	<i>48</i>
<i>Anhang 7: Interviews 2.3b: Charakteristiken von Setting und Interviews.....</i>	<i>49</i>
<i>Anhang 8: Interviews 2.3b: Identifizierte Determinanten für die Qualitätsentwicklung.....</i>	<i>50</i>
<i>Anhang 9: Interviews 2.3b: QAPI Ergebnisausrichtung.....</i>	<i>52</i>
<i>Anhang 10: Interviews 2.3b: Übersicht der identifizierten Themen gemäss CFIR.....</i>	<i>54</i>
<i>Anhang 11: Workshop 2.3c: Ideen zur Entwicklung der Pflegequalität aus der Sicht der Teilnehmenden (ausführliche Ergebnisse)</i>	<i>58</i>

Tabellen

Tabelle 1: Funktionen der Teilnehmenden	9
Tabelle 2: Anzahl Plätze der teilnehmenden Pflegeheime	9

Abbildungen

Abbildung 1 Projekte zu den MQI	10
Abbildung 2: Förderliche Faktoren für die Arbeit mit den MQI.....	10
Abbildung 3: Hinderliche Faktoren für die Arbeit mit den MQI.....	10
Abbildung 4: MQI mit grösstem Entwicklungsbedarf	11
Abbildung 5: Nutzung aggregierter Daten zur Bewertung der Pflege- und Versorgungsqualität	11
Abbildung 6: Themen in Bezug zur Qualitätsentwicklung.....	13

Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurse
BEM	Bewegungseinschränkende Massnahmen
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
GVP	Gesundheitliche Vorausplanung
FR	Französischsprachige Schweiz
IT	Italienischsprachige Schweiz
DE	Deutschsprachige Schweiz
MQI	Medizinische Qualitätsindikatoren
QAPI	Quality Assurance and Performance Improvement
CIRS	Critical Incident Reporting System
PDCA Zyklus	Plan, Do, Check, Act Zyklus
SHURP	Swiss Nursing Homes Human Resources Project
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales
GDK-Ost	Gesundheitsdirektorenkonferenz der Ostschweizer Kantone
NW-GDK	Nordwestschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz

Abstrakt

Projektbeschreibung: Das Teilprojekt 2.3 untersuchte Qualitätsentwicklungspraktiken in Schweizer Pflegeheimen, um die Entwicklung und Umsetzung eines effektiven, datenbasierten und nachhaltigen Qualitätsentwicklungsprogramms für Pflegeheime zu unterstützen.

Methoden: Es wurde eine nationale Online-Umfrage durchgeführt, gefolgt von Interviews mit Personen auf Führungsebene. Abschliessend fanden drei Workshops mit Bewohnenden und Angehörigen statt, um die Pflege- und Versorgungsqualität, insbesondere zu den Themen der medizinischen Qualitätsindikatoren (MQI) zu diskutieren.

Ergebnisse:

Die **nationale Umfrage** erreichte eine über die Sprachregionen gut verteilte Rücklaufquote von 13.4% in der französischsprachigen, 12.5% in der deutschsprachigen und 20.3% in der italienischsprachigen Schweiz. Insgesamt nahmen 204 Pflegeheime mit unterschiedlichen Strukturen teil. Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten Pflegeheime Qualitätsentwicklungsmassnahmen umsetzen, wobei Massnahmen im Bereich Polymedikation und Schmerzen am meisten genannt werden. Dies sind auch die Bereiche mit dem höchsten Entwicklungsbedarf, zusammen mit der Gesundheitlichen Vorausplanung. Genannte Methoden zur Qualitätsentwicklung sind: Beschwerdemanagement, Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) und der Plan-Do-Check-Act (PDCA)-Zyklus. Hindernisse umfassen Zeitmangel und fehlende Ressourcen. Die meisten befragten Pflegeheime nutzen Daten der MQI zur Bewertung der Pflege – und Versorgungsqualität. Nur wenige Heime nutzen gar keine Daten für die Qualitätsentwicklung.

An den **Interviews** auf Leitungsebene nahmen 15 Pflegeheime aus 11 Kantonen teil. Die meisten nutzen Berichte der Anbieter der Bedarfserhebungsinstrumente zur Reflexion ihrer Pflege- und Versorgungsqualität. Benchmarks werden als weniger relevant erachtet auch aufgrund der Unterschiede in Bewohnerprofilen. Weder Ausschlusskriterien noch Risikoadjustierung sind in der Praxis ausreichend bekannt. MQI-Daten werden oft auf Managementebene diskutiert, selten mit den Pflegepersonen. Keines der befragten Pflegeheime bestätigte jedoch von Projekte zur Qualitätsentwicklung mithilfe eines vollumfänglichen PDCA-Zyklus. Pflegeheime wünschen sich mehr Unterstützung bei der Nutzung des PDCA-Zyklus.

Drei **Workshops** mit **Bewohnenden** und **Angehörigen** zeigten diverse Ansichten zur Pflegequalität allgemein, sowie zu Schmerzmanagement, Polymedikation und Ernährung auf. Es gab keine Beispiele, bei denen Bewohnende aktiv an der Qualitätsentwicklung in den Pflegeheimen beteiligt waren. Die Bewohnenden würden eine stärkere Beteiligung wie z.B. durch Bewohnerräte begrüssen.

Zusammenfassung

Auftrag

Das Teilprojekt 2.3 untersuchte die Qualitätsentwicklungspraktiken in Schweizer Pflegeheimen, um die Entwicklung und Umsetzung eines effektiven, datenbasierten und nachhaltigen Qualitätsentwicklungsprogramms für Pflegeheime zu unterstützen.

Hintergrund

Die Qualität der Versorgung in Pflegeheimen ist aufgrund der steigenden Zahl hochaltriger Menschen und ihrer komplexen Gesundheitsprobleme von grosser Bedeutung. Ein umfassendes Verständnis der Organisationspraktiken zur Qualitätsentwicklung ist entscheidend, um effektive Qualitätsentwicklungsprogramme zu realisieren.

Methode

Zunächst wurde eine nationale Online-Umfrage über LimeSurvey in drei Landessprachen durchgeführt. Darauf aufbauend wurden halbstrukturierte Interviews mit ausgewählten Führungspersonen aus Pflegeheimen, die für die Qualität verantwortlich sind, geführt. Damit sollte ein umfassenderes Bild der internen Qualitätsentwicklungsprozesse erhalten werden. Ergänzend fanden schliesslich drei Workshops mit Bewohnenden und Angehörigen statt, in denen Erfahrungen, Erwartungen und Vorstellungen zum Thema Pflege- und Versorgungsqualität mit besonderem Fokus auf die Themen der medizinischen Qualitätsindikatoren (MQI) diskutiert wurden.

Ergebnisse

Anhand der *nationalen Umfrage* konnten Einblicke in organisatorische Strukturen und in die Nutzung datenbasierter Praktiken und auf zentrale Einflussfaktoren der Qualitätsentwicklung erlangt werden. Die Umfrage erreichte eine über die Sprachregionen gut verteilte Rücklaufquote von 13.4% in der französischsprachigen Schweiz, 12.5% in der deutschsprachigen Schweiz und 20.3% aus der italienischsprachigen Schweiz (n = 204 Teilnehmende). Die teilnehmenden Pflegeheime wiesen unterschiedliche Trägerschaften, organisatorische Strukturen und Grössen auf. Die Ergebnisse der Umfrage zeigen den aktuellen, teilweise heterogenen Stand der Pflegeheime bei der Nutzung von Qualitätsentwicklungspraktiken. Die Mehrheit der teilnehmenden Pflegeheime setzt Qualitätsentwicklungsmassnahmen im Bereich der MQI um. Bestimmte MQI wie Polymedikation und Schmerzen werden in Projekten besonders priorisiert. In der Umfrage wurden verbreitete Methoden zur Qualitätsentwicklung genannt: Beschwerdemanagementsysteme, CIRS und PDCA-Zyklus. Während unter anderem motiviertes Personal und Unterstützung durch die Heimleitung als besonders förderlich angesehen werden, stellen Zeitmangel und fehlende Ressourcen relevante Hindernisse dar. Es besteht Bedarf an Qualitätsentwicklung in Bereichen wie Polymedikation, Schmerzen und Gesundheitlicher Vorausplanung. Beim Einsatz von Daten zur Bewertung der Pflege- und Versorgungsqualität werden in den meisten Heimen sowohl interne als auch externe Daten genutzt, wenige Heime nutzen gar keine Daten für die Qualitätsentwicklung.

Schweizweit nahmen 15 Pflegeheime aus 11 Kantonen an den *Interviews* teil, drei aus der französischsprachigen Schweiz, neun aus der deutschsprachigen Schweiz und drei aus der italienischsprachigen Schweiz. Insgesamt befragten wir 25 Führungspersonen mit unterschiedlichen Rollen und Verantwortungen im Bereich Qualität. Die Führungspersonen reagieren kritisch auf die Berichterstattung des Bundes zu den nationalen Qualitätsindikatoren. Im Allgemeinen werden die Berichte der Anbieter der

Bedarfserhebungsinstrumente mit den Ergebnissen der MQI genutzt, um die Pflege- und Versorgungsqualität im Heim zu reflektieren. Dabei werden interne Daten (z.B. RAI oder BESA Berichte, Kennzahlen) verglichen und kontextbezogen analysiert. Dies dient zur Identifikation des Qualitätsentwicklungspotentials. Oft erfolgt auch ein Vergleich mit anderen Pflegeheimen anhand eines Benchmarks. Benchmarks werden aufgrund der unterschiedlichen Kontexte wie Bewohnendenprofile und Spezialisierungen des pflegerischen Angebots in den einzelnen Pflegeheimen als weniger relevant angesehen. Die Bedeutung von Ausschlusskriterien und der Risikoadjustierung, die der Bund bereits anwendet bei der Berechnung der veröffentlichten MQI, sind den Interviewten teilweise nicht bewusst. Ebenso ist kaum bekannt, dass auch die BESA und RAI Datensätze mit Ausschlusskriterien arbeiten. MQI Daten werden meistens erst auf Managementebene diskutiert und der Handlungsbedarf eruiert. Das Pflegepersonal erhält oft ausgewählte, zielorientierte Informationen zu den MQI, die verbessert werden oder verbessert werden sollten und diskutiert dies auf Abteilungsebene. Eine Ausnahme bilden Pflegeheime, die mit Plaisir arbeiten, da sie keinen Zugang zu MQI Berichten der Instrumentenanbieter haben.

Die Heime beziehen oft zusätzliche Qualitätsmessungen in ihre Analysen ein, z. B. Befragungen von Bewohnenden, Angehörigen und Personal sowie Diskussionen mit dem Personal über kritische Ereignisse. Keines der befragten Pflegeheime bestätigte jedoch Projekte zur Qualitätsentwicklung mithilfe eines vollumfänglichen PDCA-Zyklus: es werden nur einzelne Schritte durchgeführt. Die Teilnehmenden äusserten den Wunsch, mehr Unterstützung in diesem Bereich zu erhalten. Daten werden als Führungsinstrument genutzt, um Erfolge und Misserfolge zu kommunizieren, das Personal zu motivieren und das Entwicklungspotential zu ermitteln. Die obere Führungsebene organisiert die Qualitätsentwicklung je nach Möglichkeit: mit der Einrichtung von spezifischen Rollen , respektive Zuteilung von Aufgaben an bestehende Rollen. Die Rolle der Pflegeexpert:innen scheint für die Organisation der Qualitätsentwicklung gut geeignet zu sein

Viele Pflegeheime äusserten den Wunsch, in einem Netzwerk zusammenzuarbeiten, um Beispiele, Erfahrungen und Ressourcen zur Qualitätsentwicklung auszutauschen. Das Teilen von personellen Ressourcen z.B. durch einen Expertenpool wurde von kleineren Pflegeheimen gewünscht.

Nachfolgend sind die aus der Analyse identifizierten Hauptthemen abgebildet. Sie geben einen Einblick in die Organisation der Qualitätsentwicklung in den Pflegeheimen und weisen auf Erfolgsfaktoren und Prozesse hin.

Abbildung: Hauptthemen in Bezug zur Qualitätsentwicklung



Es wurden drei *Workshops* mit insgesamt 13 Bewohnenden und 13 Angehörigen durchgeführt. Die Bewohnenden und Angehörigen hatten unterschiedliche Ansichten zur Qualität der Pflege und Versorgung, u. a. in den Bereichen Kommunikation, Zeit des Personals, Grundbedürfnisse, Qualität des Essens und zwischenmenschliche Beziehungen zum Personal.

Das *Schmerzmanagement* im Pflegeheim wurde von Bewohnenden und Angehörigen sehr unterschiedlich geschildert. Negative Erfahrungen mit Schmerzen wurden mit Erfahrungen zu schlechter Kommunikation, ungenügender Reaktion und Zeitmangel des Pflegepersonals in Verbindung gebracht. Die Betroffenen äusserten Unmut und Hilflosigkeit und erklärten, dass dadurch ihr Vertrauen in das Pflegepersonal geschwächt und ihre Lebensqualität einschränkt werde.

Die Teilnehmenden diskutierten im Zusammenhang mit *Polymedikation* hauptsächlich Medikamentensicherheit. Dies könnte auf fehlende Informationen zur Bedeutung von Polymedikation hinweisen. Die Teilnehmenden äusserten Besorgnis zu Fällen mit fehlerhafter Medikamentenvergabe. Einige Bewohnende zeigten sich bestrebt, ihre Medikamente zu überwachen.

Mangelernährung scheint ebenso wie Polymedikation ein schwer fassbarer Begriff zu sein. Die Teilnehmenden fokussierten sich daher auf Appetitverlust, obwohl sie das Essen als gut bewerteten. Mangelernährung und besonders Appetitlosigkeit werden als krankheits- (und alters-)bedingter Prozess wahrgenommen, dem im Dialog mit allen involvierten Akteuren begegnet werden müsse.

Wenige Schilderungen gab es zu Erfahrungen mit *bewegungseinschränkenden Massnahmen*. Gleichzeitig gab es gegensätzliche Ansichten darüber, ob Autonomie oder Sicherheit der Bewohnenden zu priorisieren sei.

In den Gesprächsgruppen gab es nur ein Beispiel, in dem die Bewohnende ausdrücklich in Initiativen zur Entwicklung der Pflegequalität einbezogen wurden. Die Mitgestaltung der Pflege fokussiert sich entsprechend der Aussagen häufig auf Familien- und Fallgespräche nach dem Heimeintritt oder auf Nachfrage der Angehörigen. Viele Befragten wünschten sich einen stärkeren Einbezug in Entscheidungsprozesse, transparentere Kommunikation und mehr Selbstbestimmung.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Dies Ergebnisse in diesem Teilprojekt haben gezeigt, dass Pflegeheime die erzielte Performance bei den Qualitätsindikatoren nutzen, um über die Qualität der Pflege und Versorgung nachzudenken und Projekte zur Qualitätsentwicklung zu organisieren. Jedoch fehlen oft definierte Prozesse und strategische Ziele. Wichtige Determinanten für die Organisation der Qualitätsentwicklung sind ausreichend qualifiziertes und motiviertes Personal und eine Qualitäts-Kultur des Pflegeheims. Die Organisation der Qualitätsentwicklung erfordert die Unterstützung des Managements insbesondere die Einrichtung einer spezifischen Funktion zur Überwachung der Qualität und zur Organisation von Projekten. Die Pflegeheime wünschen sich die Schaffung von Netzwerken, um voneinander zu lernen. Wir konnten keine ausdrückliche Beteiligung der Bewohnenden an der Qualitätsentwicklung feststellen.

Empfehlungen:

- Wir empfehlen den Pflegeheimen, die **Einbeziehung von Bewohnenden und Angehörigen** in die Bereiche der Pflege- und Versorgungsqualität zu verstärken. Möglichkeiten hierfür stellen **Bewohnerräte, Angehörigenforen und Zufriedenheitsumfragen** dar.
- Wir empfehlen den Pflegeheimen, neben dem Monitoring der MQI weitere Strategien zur datenbasierten und nachhaltigen Qualitätsentwicklung in Betracht zu ziehen, z. B. Durchführung von Mitarbeitendenbefragungen, Überwachung und Überprüfung kritischer Zwischenfälle und Fallbesprechungen mit dem Pflegepersonal. Die Überprüfung der Pflege – und Versorgungsqualität sollte die Einbeziehung der Leitung und des Pflegepersonals beinhalten. Es wird empfohlen, eine **eigene Funktion für die Organisation der Qualitätsentwicklung zu schaffen**, resp. die Aufgaben klar zuzuweisen.
- Wir empfehlen den kantonal aktiven Verbandsmitgliedern von CURAVIVA und senesuisse, die **Schaffung von Netzwerken** zu unterstützen, in denen sich Vertreter:innen der Pflegeheime zu Themen der Pflege- und Versorgungsqualität austauschen können. Wir empfehlen, dass ein solches Qualitätsnetzwerk auf der Ebene der Pflegeexpert:innen, des Qualitätsmanagements oder der Pflegedienstleitung organisiert wird. Wir empfehlen, dass sich ein solches Qualitätsnetzwerk auf den Austausch von «best practices» konzentriert, die auf andere Pflegeheime übertragen werden können. Diese Qualitätsnetzwerke wurden von vielen Interviewteilnehmenden als Wunsch geäußert.
- Wir empfehlen CURAVIVA und senesuisse, sich dafür einzusetzen, dass Pflege- und Versorgungsqualität sowie datenbasierte und nachhaltige Qualitätsentwicklung verstärkt in **Aus- und Weiterbildung** aufgenommen werden: als Elemente in das Kerncurriculum des Pflegepersonals; MQI in die Weiterbildungsprogramme im Bereich der Langzeitpflege; Training von Fähigkeiten im Bereich der Qualitätsentwicklung in die Weiterbildungsprogramme für Pflegeexpert:innen, Qualitätsexpert:innen, Manager:innen, und Ärzt:innen.
- Wir empfehlen CURAVIVA und senesuisse und den kantonal aktiven Mitgliedern der beiden Verbände, sich für den **Aufbau von regionalen Expertenpools** einzusetzen. Pflegeheime mit schmälere Budget könnten sich so die Expertise für Qualitätsentwicklungsprojekte ins Heim holen. Wir empfehlen eine Zentralisierung und kostenlosen Zugriff für Materialien zur Entwicklung der Qualität.

Wir empfehlen CURAVIVA und senesuisse und den kantonal aktiven Mitgliedern der beiden Verbände, sich für die Entwicklung eines Qualifizierungs- und Zertifizierungsprozesses (Audits) einzusetzen und zu prüfen, welche/r Dienstleister hierfür geeignet wäre.

Einleitung

Die Qualität der Pflege in Pflegeheimen ist von entscheidender Bedeutung für die Gesundheitsversorgung, insbesondere angesichts der zunehmenden Zahl älterer Menschen und der steigenden Komplexität der gesundheitlichen Probleme der Bewohnenden von Pflegeheimen (1-3). Mit der wachsenden Bedeutung der Qualitätsentwicklung in diesen Pflegeheimen (4) ist ein umfassendes Verständnis und eine detaillierte Analyse der bestehenden Praktiken bei der Organisation der Qualitätsentwicklung erforderlich. Dies soll die Entwicklung und Umsetzung eines effektiven Qualitätsentwicklungsprogramms für Pflegeheime unterstützen.

Das Arbeitspaket 2 des NIP-Q-UPGRADE Programms zielt darauf ab, Pflegeheime in ihrer Arbeit mit den MQI zu stärken. Ein wichtiger Schritt besteht darin zu verstehen, wie die Pflegeheime die Qualitätsentwicklung organisieren und wie die MQI darin integriert sind. Um dieses Verständnis zu vertiefen, wurde zunächst eine nationale Umfrage in Schweizer Pflegeheimen durchgeführt (Teilprojekt 2.3a). Anschliessend wurden Interviews mit Qualitätsverantwortlichen aus Pflegeheimen geführt (Teilprojekt 2.3b) und es fanden Workshops mit Bewohnenden und Angehörigen statt (Teilprojekt 2.3c).

Die Erkenntnisse aus dem Teilprojekt 2.3 NIP-Q-UPGRADE dienen dazu, ein nationales Programm in der Schweiz zu entwickeln, das Pflegeheime bei der Organisation der Qualitätsentwicklung unterstützt.

Projektziele

Dieses Teilprojekt hatte drei Ziele:

Ziel des ersten **Teilprojektes 2.3a** war es, ein umfassendes Verständnis darüber zu erlangen, wie die Qualitätsentwicklung für die medizinischen Qualitätsindikatoren in Schweizer Pflegeheimen organisiert ist. Ziel des **Teilprojektes 2.3b** war es, die Erfahrungen und Wahrnehmungen des Personals in der Langzeitpflege in Bezug auf die Qualitätsentwicklung bei den medizinischen Qualitätsindikatoren zu verstehen und die Determinanten für die Qualitätsentwicklung zu ermitteln. Diese Informationen wurden gemeinsam genutzt, um den Umsetzungsbedarf für ein Qualitätsentwicklungsprogramm zu ermitteln. Um die Perspektive zu erweitern, wurden im letzten Schritt im **Teilprojekt 2.3c** Workshops mit Bewohnenden und Angehörigen in Pflegeheimen durchgeführt. Das Ziel war, ein breiteres Verständnis in Hinblick auf die aktuelle Situation und die Möglichkeiten zur Entwicklung der Pflege- und Versorgungsqualität in Schweizer Pflegeheimen zu gewinnen.

Methodik

Die vollständige Methodik ist im Protokoll detailliert beschrieben (5). Die Ethikkommission der Nordwest- und Zentralschweiz erklärte, dass das Teilprojekt nicht dem Humanforschungsgesetz unterstellt ist (Req-2023-00775).

Teilprojekt 2.3a: nationale online Umfrage

Eine nationale Umfrage in der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz wurde anonym und online über LimeSurvey durchgeführt. Sie umfasste Fragen zur Qualitätsentwicklung, Nutzung nationaler Qualitätsindikatoren und datenbasierten Praktiken, (siehe [Anhang 1](#)) basierend auf Literaturrecherchen und der SHURP 2018-Studie (6). Der Fragebogen wurde durch Feedback innerhalb des Konsortiums entwickelt, getestet und erprobt. Die Umfrage richtete sich an Leitungspersonal und Fachpersonen in Pflegeheimen, die nach KVG abrechnen (7). Etwa 1.530 Pflegeheime wurden eingeladen, die Rekrutierung erfolgte über den CURAVIVA- und senesuisse-Newsletter. Die Umfrage lief von August bis Dezember 2023. Am Ende konnten Teilnehmende ihr Interesse an Folgeinterviews

(Teilprojekt 2.3b) bekunden. Die Daten wurden mit R Studio und thematischer Analyse ausgewertet (8).

Teilprojekt 2.3b: Interviews

25 semi-strukturierte Interviews mit Führungspersonen in Pflegeheimen wurden durchgeführt. Eine Rekrutierungsmatrix stellte eine ausgewogene Vielfalt sicher (Sprachregion, Kanton, Rechtsform, Funktion). Eingeschlossen wurden Führungspersonen, die in Qualitätsentwicklungsprozesse involviert sind und eine Einverständniserklärung gaben. Vor den Interviews wurden Umfrageantworten geprüft, um vertiefende Fragen zu stellen. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und analysiert. Teilnehmende konnten am Ende des Interviews ihre Bereitschaft zur Teilnahme an Workshops (Teilprojekt 2.3c) bekunden. Die Themen der Interviews wurden gemäss dem Rahmenkonzept Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (=QAPI) (9) und dem Consolidate Framework for Implementation Research (CFIR) (10) klassifiziert. und in Berichten zusammengefasst.

Teilprojekt 2.3c: Workshops

Die Workshops mit Bewohnenden und Angehörigen im Teilprojekt 2.3c wurden mit vier Pflegeheimen geplant. Durchgeführt wurden schliesslich 3 Workshops (zwei deutschsprachige und ein französischsprachiger), da ein Workshop seitens des Heims so kurzfristig abgesagt wurde, dass eine erneute Rekrutierung und Planung eines vierten Workshops nicht mehr möglich war. Somit wurden schliesslich die Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS), die Gesundheitsdirektorenkonferenz der Ostschweizer Kantone (GDK-Ost) und die Nordwestschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz (NW-GDK) mit der Auswahl abgedeckt. Kein Workshop konnte in der Zentralschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz (ZGDK) durchgeführt werden. An den Workshops nahmen je zwischen 9 und 13 Personen teil, davon waren jeweils ca. die Hälfte Bewohnende und die Hälfte Angehörige von Bewohnenden des jeweiligen Pflegeheims. Die Pflegeheime rekrutierten die Teilnehmenden anhand von bereitgestellten Informationsmaterialien. Eingeschlossen wurden deutsch- oder französischsprachige Bewohnende mit stabilem Gesundheitszustand sowie Angehörige von Bewohnenden. Die Moderation begann mit einem fiktiven Fallbeispiel (siehe [Anhang 2](#)), gefolgt von Diskussionen über Pflegeerfahrungen und -erwartungen (siehe [Anhang 3](#)). Die Workshops wurden mit zwei Diktiergeräten aufgezeichnet, und ein Mitglied des Studienteams machte Notizen zu den Inhalten und der Gesprächsdynamik.

Ergebnisse der nationalen Umfrage zu Qualitätsentwicklungspraktiken in Schweizer Pflegeheimen (Teilprojekt 2.3a)

Demographische Daten der teilnehmenden Betriebe und Personen

Die Rücklaufquote der Umfrage betrug insgesamt $n = 204$ Teilnehmende aus verschiedenen Pflegeheimen und aus 22 verschiedenen Kantonen der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz (siehe [Anhang 4](#)). Die angestrebte Ziel-Rücklaufquote von 10% je Sprachregion wurde in allen Regionen erreicht (13.4% französischsprachige Schweiz, 12.5% deutschsprachige Schweiz, 20.3% italienischsprachige Schweiz), gemäss den gesamtschweizerischen und kantonalen Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime 2021 (7).

Etwa die Hälfte der teilnehmenden Pflegeheime war öffentlich-rechtlich strukturiert (46,1%), während 42,6% privatrechtlich organisiert waren und 11,3% einer sonstigen Organisationsform angehörten. Nur 31,9% der teilnehmenden Pflegeheime gehörten einer grösseren Gruppe von Langzeitpflegeeinrichtungen an.

Aus den Pflegeheimen nahmen Personen mit verschiedenen Funktionen an der Umfrage teil. Den grössten Anteil machten dabei Personen aus der Pflegedirektion oder Heimleitung aus (siehe [Tabelle 1](#)).

Tabelle 1: Funktionen der Teilnehmenden

Funktion der Teilnehmenden	Anzahl (%)
Heimleitung	77 (33,3%)
Pflegedirektion, Heimleitung oder Pflegedirektion ¹	96 (41,6%)
Abteilungsleitung	6 (2,6%)
Qualitätsmanager:in	29 (12,6%)
Pflegeexpert:in oder APN ²	19 (8,2%)
Pflegefachperson	4 (1,7%)

¹ Teilnehmende mit Doppelfunktion

² APN = Advanced Practice Nurse

Der Anteil von kleineren und grösseren Pflegeheimen, die an der Umfrage teilnahmen, war ausgeglichen mit jeweils ca. 27-28%. Den grössten Anteil an der Umfrage machten mit 39% Pflegeheime mittlerer Grösse aus (siehe [Tabelle 2](#)).

Tabelle 2: Anzahl Plätze der teilnehmenden Pflegeheime

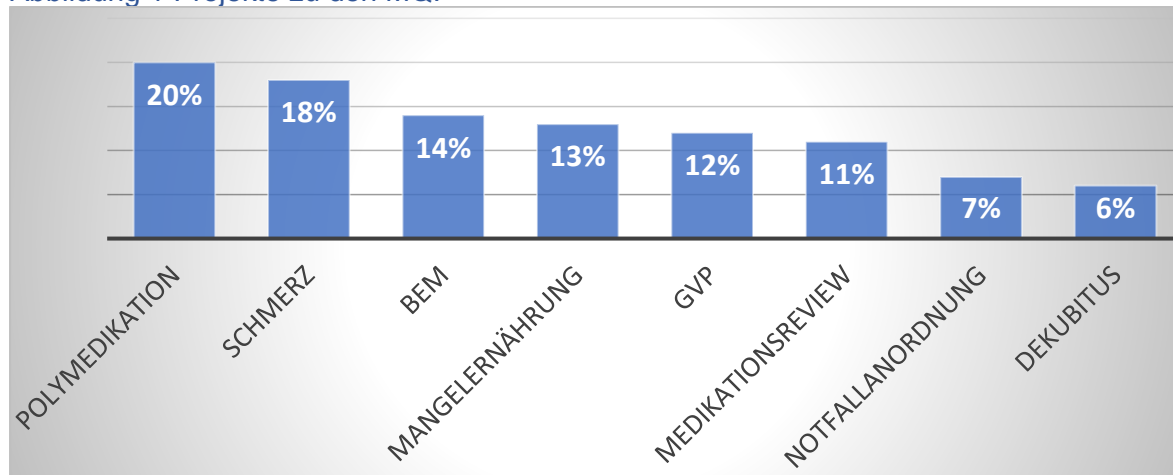
Anzahl Plätze	Anzahl (%)
Klein: 49 oder weniger Plätze	57 (27,9%)
Mittel: 50 bis 99 Plätze	80 (39,2%)
Gross: 100 bis 249 Plätze	58 (28,4%)
Sehr gross: 250 oder mehr Plätze	9 (4,4%)

Darstellung der Hauptergebnisse der Umfrage

Organisation der Qualitätsentwicklung

81.6 % der Teilnehmenden aus Pflegeheimen führen aktuell eine Qualitätsentwicklungsmassnahme für einen der aktuellen oder in Zukunft geplanten medizinischen Qualitätsindikatoren durch. Am häufigsten geht es um den MQI Polymedikation (20%) oder Schmerzen (18%). Am wenigsten Projekte werden zum potentiellen MQI Dekubitus durchgeführt (siehe [Abbildung 1](#)). In den teilnehmenden Pflegeheimen werden verschiedene systematische Qualitätsentwicklungsmethoden eingesetzt. Am meisten im Einsatz sind Beschwerdemanagementsysteme, Critical Incident Reporting Systeme (CIRS), der Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus), sowie ethische Diskussionen und Ursachenanalysen. Sechs Prozent der teilnehmenden Pflegeheime setzen bislang keine systematischen Methoden ein.

Abbildung 1 Projekte zu den MQI

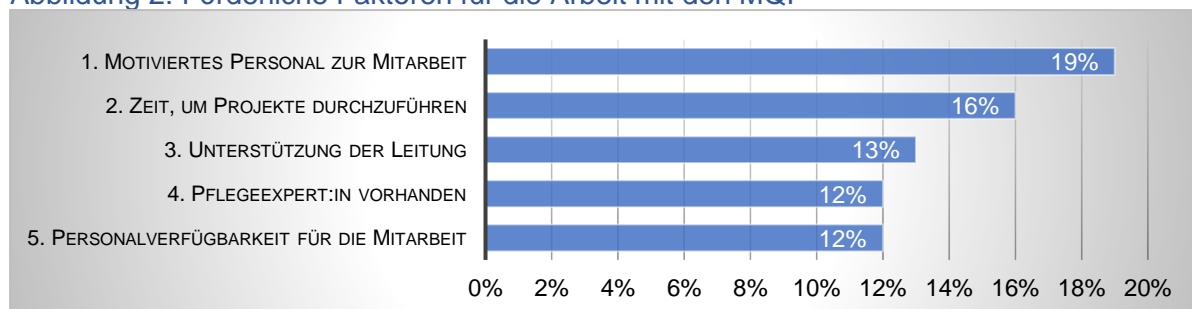


¹ BEM = Bewegungseinschränkende Massnahmen; GVP = Gesundheitliche Vorausplanung

Nutzung der medizinischen Qualitätsindkatoren

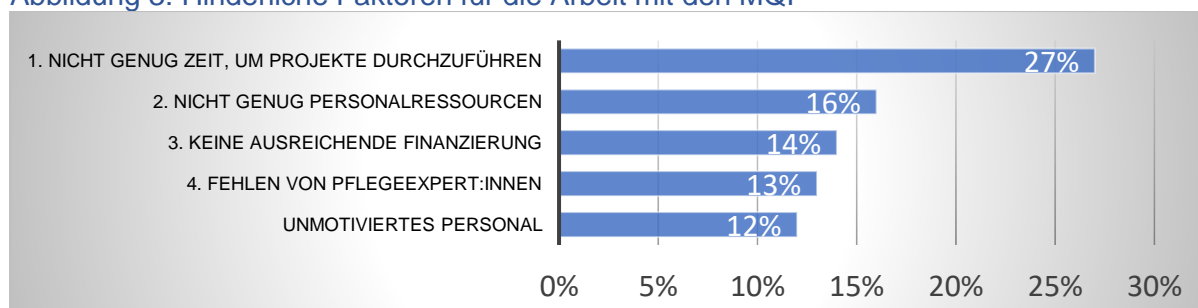
Als unterstützende Faktoren für die Arbeit mit den nationalen Qualitätsindikatoren werden insbesondere motiviertes Personal, Zeit und die Unterstützung durch die Heimleitung rückgemeldet. Auch das Vorhandensein eines Pflegeexperten / einer Pflegeexpertin im Pflegeheim zur Umsetzung von Projekten und die Personalverfügbarkeit insgesamt wird als förderlich empfunden (siehe [Abbildung 2](#)).

Abbildung 2: Förderliche Faktoren für die Arbeit mit den MQI



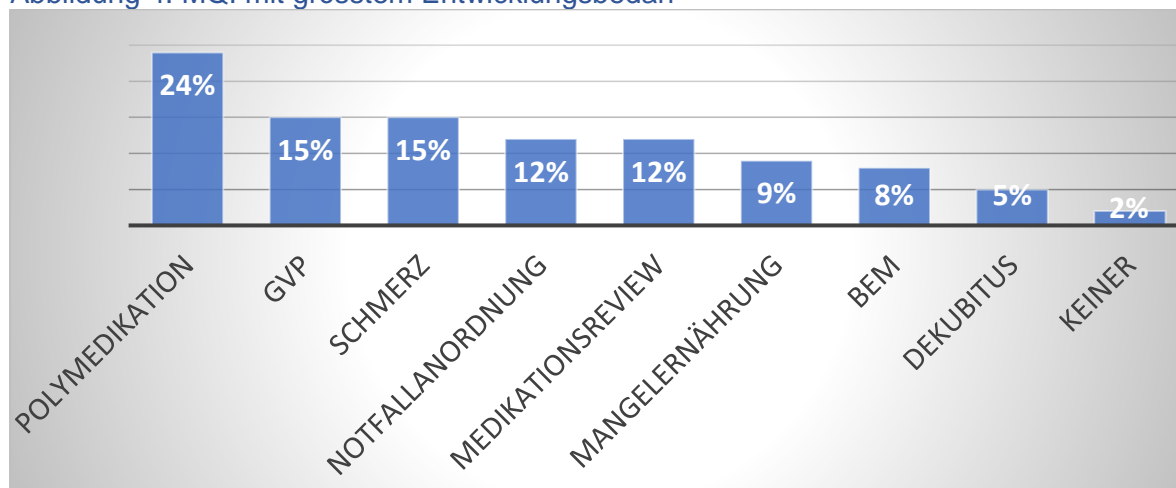
Auf der anderen Seite werden als hinderlich für die Arbeit mit den MQI an erster Stelle Zeitmangel für die Durchführung von Projekten und an zweiter und dritter Stelle die fehlenden Personalressourcen und eine fehlende Finanzierung genannt (siehe [Abbildung 3](#)). In der Umfrage sollten die Teilnehmenden jeweils die drei wichtigsten Faktoren aus einer Liste wählen.

Abbildung 3: Hinderliche Faktoren für die Arbeit mit den MQI



Mit 24% wird der grösste Entwicklungsbedarf von den Teilnehmenden der Umfrage beim MQI Polymedikation gesehen. Ebenso wird bei den Indikatoren Gesundheitliche Vorausplanung (GVP), Schmerz, Notfallanordnung und Medikationsreview ein Bedarf für Qualitätsentwicklung rückgemeldet (siehe [Abbildung 4](#)).

Abbildung 4: MQI mit grösstem Entwicklungsbedarf

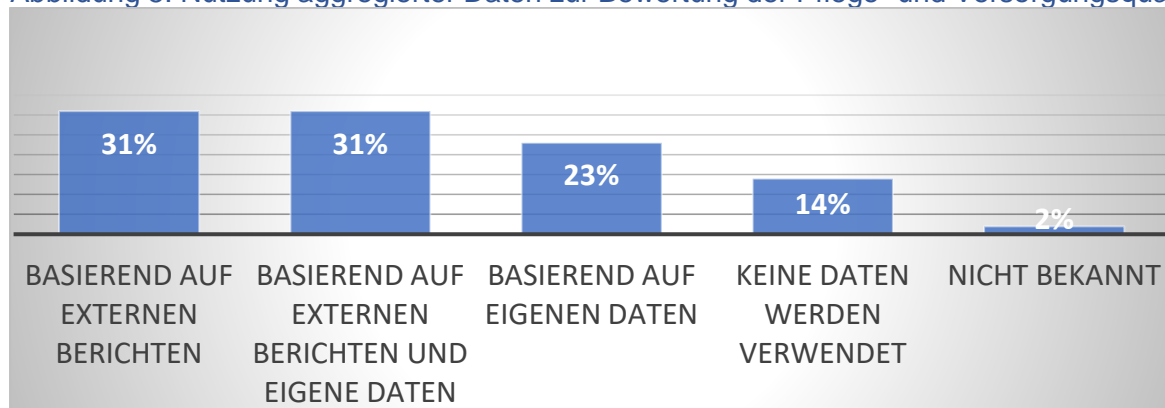


¹ GVP = Gesundheitliche Vorausplanung, BEM = Bewegungseinschränkende Massnahmen

Datenbasierten Praktiken der Qualitätsentwicklung

Bei der Nutzung aggregierter Daten zur Bewertung der Pflege- und Versorgungsqualität zeigt sich, dass in den Pflegeheimen zu gleichen Teilen hausinterne Daten (eigene Kennzahlen, Anbieterberichte) sowie externe Daten (Bundesamt für Gesundheit, kantonale Berichte) genutzt werden. Insgesamt 14% der Heime geben an, überhaupt keine Daten für die Qualitätsentwicklung zu nutzen (siehe [Abbildung 5](#)).

Abbildung 5: Nutzung aggregierter Daten zur Bewertung der Pflege- und Versorgungsqualität



Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen den aktuellen, teilweise heterogenen, Stand der Pflegeheime bei der Nutzung von Qualitätsentwicklungspraktiken auf. Die Mehrheit der teilnehmenden Pflegeheime in der Schweiz setzt Qualitätsentwicklungsmassnahmen für medizinische Qualitätsindikatoren um, mit einem Fokus auf Polymedikation und Schmerzen. Verbreitete Methoden zur Qualitätsentwicklung umfassen Beschwerdemanagementsysteme,

CIRS und PDCA-Zyklus. Motiviertes Personal und Unterstützung durch die Heimleitung werden als förderlich angesehen, während Zeitmangel und fehlende Ressourcen Hindernisse darstellen. Es besteht Bedarf an Qualitätsentwicklung in Bereichen Polymedikation, Schmerzen und Gesundheitlicher Vorausplanung. Pflegeheime nutzen sowohl intern generierte Daten (Kennzahlen, RAI/BESA Daten), als auch externe Daten zur Bewertung der Pflege- und Versorgungsqualität, einige nutzen keine Daten.

Die Umfrageergebnisse geben keine Aufschlüsse über die Gründe für die Nutzung bestimmter Praktiken oder Daten. Daher werden die Daten durch qualitative Interviews und Workshops ergänzt, um ein tiefergehendes Verständnis zu erhalten.

Ergebnisse der Interviews zu Qualitätsentwicklungspraktiken in Schweizer Pflegeheimen (Teilprojekt 2.3b)

Demografische Daten

Schweizweit nahmen 15 Pflegeheime aus 11 Kantonen teil, drei aus der französischsprachigen Schweiz, neun aus der deutschsprachigen Schweiz und drei aus der italienischsprachigen Schweiz. Die 15 Pflegeheime wiesen unterschiedliche Trägerschaften auf, davon waren sieben öffentlich, vier privat und vier Stiftungen. Kategorisiert nach Bettenanzahl nahmen vier kleine, fünf mittlere, fünf grosse und ein sehr grosses Pflegeheim an der Studie teil (siehe [Anhang 5](#)).

Insgesamt nahmen 25 Personen aus dem Management mit unterschiedlichen Rollen und Verantwortungen im Bereich Qualität teil. Die Rollen waren im oberen und mittleren Management angesiedelt. Die Zuteilung der Rolle des Qualitätsmanagements wurde in den Pflegeheimen unterschiedlich gehandhabt. In den meisten Pflegeheimen wurde die Verantwortung der Pflegequalität an Leitung Pflege oder deren Stellvertretung (n= 10), Pflegeexperte/APN (n=3), Qualitätsmanager (n=4) übertragen. Weitere Rollen waren Direktor:in Administration, Direktor:in Gesundheit, Leitung Dienste und Projekte, RAI Expert:in (siehe [Anhang 6](#)). Merkmale zu Setting und Interviews sind im [Anhang 7](#) beschrieben.

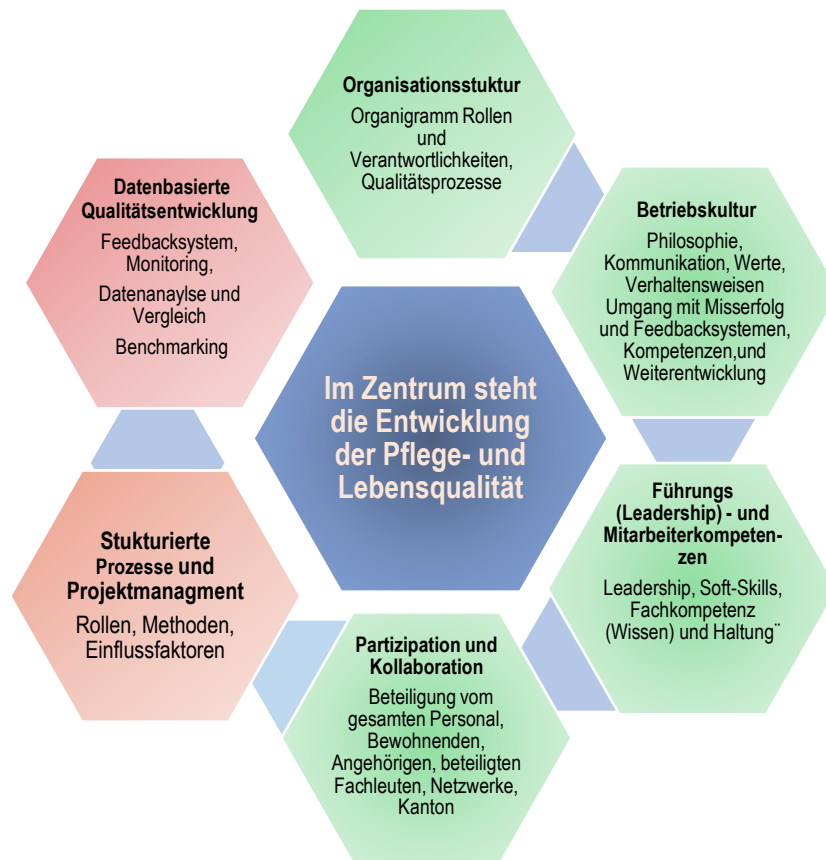
Prozesse zur Organisation der Qualitätsentwicklung in den Pflegeheimen.

Die interviewten Führungspersonen legen grossen Wert auf eine gute Pflege- und Versorgungsqualität in ihren Pflegeheimen. Die 15 Pflegeheime weisen unterschiedlich Art und Weisen auf, wie die Verantwortung zur Qualitätssicherung und -entwicklung wahrgenommen wird. Es zeigt sich, dass bisher im Qualitätsmanagement vom Gesamtbetrieb (z.B. mit TQM) bei den entwickelten Prozessen und Prozess Landschaften noch kein übergeordneter Prozess zu den medizinischen Qualitätsindikatoren entwickelt und kein Prozesseigner definiert wurde. Die meisten Pflegeheime konzentrieren sich auf andere Bereiche der Qualitätsentwicklung als auf die medizinischen Qualitätsindikatoren. Pflegeheime, die mit dem Bedarfsinstrument RAI arbeiten, haben diesen Qualitätsprozess in der Regel im Bereich der mittleren Führungsebene unter der Verantwortung der Leitung Pflege und je nach vorhandenen personellen Ressourcen in Zusammenarbeit mit zum Beispiel Pflegeexpert:innen, RAI Expert:innen, oder Qualitätsmanager:innen integriert. In Pflegeheimen, die mit Plaisir arbeiten, sind die Qualitätsprozesse zu den MQI bisher nicht aufgegleist, da dieses Bedarfsinstrument hier keine Unterstützung bietet.

In Pflegeheimen, die schon Erfahrungen mit datenbasierter Qualitätsentwicklung aufweisen, fanden sich Hinweise, wie es gelingen kann. Eine Übersicht der identifizierten Hauptthemen, die Einblick in die Organisation der Qualitätsentwicklung in den Betrieben sowie Hinweise auf Erfolgsfaktoren und Prozesse geben, zeigt [Abbildung 6](#). Das Studienteam konnte gemeinsame Merkmale, Prozesse und Einflussfaktoren erkennen, die in den Pflegeheimen

mit in Betracht gezogen werden sollten, auf dem Weg hin zur datenbasierten Entwicklung der Pflege- und Lebensqualität der Bewohnenden.

Abbildung 6: Wichtige Themen in Bezug zur Qualitätsentwicklung



Bemerkung: Diese Grafik gibt Einblick in übergreifende Strukturen, Prozesse und Determinanten auf dem Weg zur datenbasierten Qualitätsentwicklung. Im Zentrum (blaues Feld) steht die Entwicklung der Pflege und damit der Lebensqualität der Bewohnenden. In den grünen Feldern wird das Augenmerk auf Voraussetzungen, Grundbedingungen gerichtet, die ein Projektmanagement auf der Grundlage von strukturierten Prozessen und eine datenbasierte Qualitätsentwicklung (orange Felder) ermöglichen.

Organisationsstruktur

Die Verantwortung für die Qualitätsentwicklung zu MQI wird meistens im Bereich der Pflege unter der Leitung Pflege respektive ihre Stellvertretung (n=10) angesiedelt, in einem kleinen Betrieb in Doppelfunktion Heimleitung und Leitung Pflege. Auf dieser Ebene folgt oft die Delegation der Aufgaben an eine Fachperson mit Expertise (z. B. Pflegeexpert:in/APN, RAI Expert:in, Qualitätsbeauftragte). Eine kontinuierliche Entwicklung der Qualität (zum Beispiel MQI) zeigt sich in Pflegeheimen, in denen spezifische Rollen (Pflegeexpert:in/APN, Qualitätsmanager:in, RAI-Expert:in) verantwortlich sind für Sicherung und Entwicklung der Qualität. Förderlich wirken sich klar definierte Verantwortlichkeiten mit Handlungsspielraum (Freiheit), Weisungsbefugnis sowie Interesse und Rückendeckung seitens Heimleitung und Leitung Pflege aus. In diesen Pflegeheimen wird von positiven Erfahrungen bei der Organisation von Projekten zur Qualitätsentwicklung berichtet, da durch die klar definierten Verantwortlichkeiten und Handlungsspielräume Qualitätsprozesse und Projekte mit Einbezug der Teams auf den Abteilungen praxisrelevant aufgeführt und umgesetzt werden. Der Einsatz von Fachspezialist:innen zu Schwerpunktthemen übergreifend oder auf den

Abteilungen wirkt sich unterstützend auf den Transfer in die Praxis und die Nachhaltigkeit aus (ACP Expert:in, Palliative Care Expert:in, Schmerzexpert:in). Die Qualitätsentwicklung wurde erfolgreich sowohl durch direktive Prozesse vom Management bis zur Basis, als auch durch partizipative Prozesse von der Basis bis zum Management organisiert. Pflegeexpert:innen mit Führungskompetenzen, günstige Rahmenbedingungen, vorhandene Richtlinien und Anweisungen und die Einbindung des Personals sowie Bewohnende und Angehörige werden als die wichtigsten Faktoren für den Erfolg genannt. Weitere Erfolgsfaktoren sind: zur Verfügung gestellte Ressourcen (ausreichend Personal und Zeit), Kommunikations- und Informationsgefässe. Hinderliche Faktoren sind: Hierarchische Strukturen, die ein Miteinander und Teamarbeit verhindern, Personalknappheit infolge Fluktuation und Krankheitsausfällen, Rekrutierungsproblemen von Fachpersonen und Ersatz durch Temporärarbeitende.

Betriebskultur

In den Interviews zeigt sich, dass Betriebskultur und Qualitätsbewusstsein eng miteinander verwoben sind. Förderliche Faktoren zur Gestaltung einer Betriebskultur, in der sich alle wohlfühlen, respektiert und gehört werden sowie sich einbringen können, ist die Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes (Philosophie), in dem zum Beispiel Wertvorstellungen und Kommunikations- und Umgangsformen, Art und Weisen der Zusammenarbeit festgehalten werden. Elementar sind hier die gegenseitige Wertschätzung, Fehlerkultur, Vertrauen und offene Kommunikation. Die Entwicklung einer positiven Betriebskultur wird grundsätzlich unterstützt durch Einholen von Feedback durch Befragungen von Mitarbeitenden, Bewohnenden und Angehörigen, durch die Einrichtung eines Fehler- und Beschwerdemanagements, durch flache Hierarchien (offene Tür der Führungspersonen) und Präsenz an der Basis (in der Praxis). Die Nähe zu den Mitarbeitenden auf der Abteilung unterstützt das Gemeinschaftsgefühl und hilft Mitarbeitende, sich mit den Zielen und Umsetzung von Projekten zur Qualitätsentwicklung zu identifizieren. Die zur Verfügungstellung von Zeit-, Personalressourcen, Schulungs- und Materialangebote (Computer, Software) wirken sich positiv aus. Hinderlich hingegen wirken hierarchische Strukturen, die ein Mitwirken und einen Einbezug der Mitarbeitenden verunmöglichen.

Führungs- (Leadership) - und Mitarbeiterkompetenzen

Die Fähigkeiten der Personen, die für die Organisation der Qualitätsentwicklung verantwortlich sind, erwiesen sich als entscheidender Faktor. Dazu gehören Führungsfähigkeiten (Soft Skills), die Erzeugung intrinsischer Motivation (Enthusiasmus) sowie die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden. Förderlich wirken Fähigkeiten, auf der Grundlage von Daten Probleme zu identifizieren und praxisrelevante Massnahmen zur Qualitätsentwicklung einzuleiten. Dies umfasst auch die Fähigkeiten der Führungspersonen, eine Kultur zu entwickeln, die das Wissen, die Fähigkeiten und die Fertigkeiten der Mitarbeitenden fördert und stärkt (z.B. Schulungen, Coaching in der Praxis). Kritisches Denken, Reflexionen und die Analyse von Problemen in Fallbesprechungen fördern das Qualitätsbewusstsein und eine positive Einstellung der Mitarbeitenden. Es scheint entscheidend zu sein, wer die Rolle der Qualitätsentwicklung übernimmt.

Das Studienteam gewann aus Interviews mit Pflegeexpert:innen/APN den Eindruck, dass sie aufgrund ihrer spezifischen Expertise, analytischen Fähigkeiten und Führungskompetenzen gut für diese Rolle geeignet sind, was sich positiv auf die Qualitätsentwicklung im Team auswirkt. Pflegeexpert:innen/APN berichteten über Schwierigkeiten bei der Initiierung von Qualitätsentwicklungsprozessen in der Organisation, insbesondere wenn ihre Rolle neu war und keine explizite Unterstützung durch die Geschäftsleitung vorlag.

Partizipation und Kollaboration

Partizipation und Kollaboration kristallisieren sich als Erfolgsfaktor mit Blick auf Betriebskultur, Projekte sowie datenbasierte Qualitätsentwicklung heraus. Die interviewten Personen berichten von Beteiligung der Mitarbeitenden, Bewohnenden und Angehörigen an Prozessen, mit der Möglichkeit ihre Bedürfnisse und Interessen einzubringen. In einem Fall entwickelte ein Pflegeheim seine Vision zur Qualität der Pflege durch Workshops mit Bewohnenden, Angehörigen und Mitarbeitenden. Als Ergebnis definierten sie ihre Qualität der Pflege mit Fokus auf die Lebensqualität der Bewohnenden. Eine Leitung Pflege hebt hervor, dass es ihr sehr wichtig ist sichtbar für die Mitarbeitenden zu sein und sich für deren tägliche Arbeit, ihre Bedürfnisse zu interessieren. Dies fördert eine gute Beziehung und motiviert die Mitarbeitenden sich einzubringen und mitzuarbeiten. Pflegeexpert:innen/APN verfolgen ebenfalls den Ansatz der Präsenz in der Praxis und das Weiterentwickeln der MQI mit den Pflgeteams zusammen.

Partizipation und Kollaboration auf unterschiedlichen Ebenen, zum Beispiel in Form von Netzwerkarbeit mit anderen Pflegeheimen der Langzeitpflege sowie mit externen Zuweisenden, Expert:innen, Fachspezialist:innen, wird von allen als wertvoll und wichtig erachtet. Die Pflegeheime wünschen sich Unterstützung im Aufbau eines Qualitätsnetzwerks. Das Zuziehen externer Expertise und die Integration von externen Spezialist:innen z.B. Ernährungsberater:innen, Zahnarzt / Zahnärztin wird als wichtig erachtet.

Eine Herausforderung in den Pflegeheimen stellt die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen dar. Nicht immer wird die Zusammenarbeit mit den Heim- und Hausärzt:innen partnerschaftlich erlebt. Die Zusammenarbeit und der Einbezug des Pflegepersonals in die Entscheidungsfindungen scheint eher gegeben, wenn der Betrieb einen Heimarzt / eine Heimarztin unter Vertrag hat.

Strukturierte Prozesse und Projektmanagement

Im Gegensatz zu den Umfrageergebnissen zur Nutzung des PDCA Zyklus in den Pflegeheimen lässt sich in den Interviews kein methodischer Ansatz unter Verwendung des PDCA-Zyklus in den Pflegeheimen erkennen. Einige Manager:innen berichten, dass sie den PDCA-Zyklus als Gedankenstütze verwenden, diesen jedoch bisher nicht als strukturierte Methode in die Praxis umgesetzt haben. Sie wünschen sich Unterstützung bei der Implementierung dieser Methode in der Praxis. Während viele Pflegeheime einige Elemente integriert haben, z. B. die Überprüfung von MQI Daten, die Diskussion dieser Daten mit dem Team und das Identifizieren von Handlungsfeldern, wurde das Durchführen von PDCA-Zyklen als herausfordernd empfunden. Es wurde festgestellt, dass Qualitätsentwicklung Zeit braucht, manchmal viele Jahre. Erfolgsfaktoren umfassen das Fokussieren auf ein einziges Ziel/Projekt über mehrere Jahre und die Ausdauer der Projektleitenden in Bezug auf das Engagement und die Motivation der Mitarbeitenden. Motivation für die Projektarbeit wird durch die Diskussion und Präsentation von Daten getrieben, die die Ausgangslage, Erfolge und Misserfolge zeigen. Mit dem Team gemeinsam entwickelte Folgemaßnahmen werden eher umgesetzt. Es ist wichtig, dass die Mitarbeitenden den Sinn ihrer Bemühungen verstehen und wissen, warum sie Zeit für das Sammeln und Analysieren von Daten aufwenden.

In einigen Kantonen sind Kontrollorgane eingerichtet, um Qualitätsprojekte, Qualitätssicherung und -entwicklung zu überprüfen. Dies geschieht zum Beispiel durch die Gesundheitsdepartemente der Kantone oder von ihnen beauftragte externe Expert:innen zur Durchführung von Audits, sowie durch Audits zwischen den Pflegeheimen oder Selbst- und Fremdeinschätzung von Qualivista. Regelmässige Leistungsüberprüfungen werden von den Pflegeheimen sehr geschätzt, um die Qualität einzuschätzen und sich mit anderen Pflegeheimen im Kanton zu vergleichen (Benchmarking). Pflegeheime in diesen Kantonen berichteten, dass sie strukturierte Prozesse zur Qualitätsentwicklung haben, um die externen

Standards zu erfüllen. Dies wurde als starker Faktor für die Arbeit an der Pflege- und Versorgungsqualität angesehen.

Datenbasierte Qualitätsentwicklung

Interesse und Verständnis der Führungspersonen für die Bedeutung datenbasierte Qualitätsentwicklung wurden als Voraussetzungen für die Nutzung von Daten im Pflegeheim auf verschiedenen Ebenen betrachtet. Im Allgemeinen wurden Daten der MQIs genutzt, um die Pflege- und Versorgungsqualität zu reflektieren. In einigen Fällen geschah dies in Zusammenarbeit mit dem Management des Pflegeheims. In anderen Fällen war dies ausschliesslich der Verantwortung der Person für Qualitätsentwicklung überlassen. Das Interesse an diesen Daten variierte. Einige waren daran interessiert, Veränderungen im Vergleich zur Vergangenheit zu überwachen und zu sehen, ob es eine Qualitätsentwicklung gab. Andere waren daran interessiert, wie gut sie im Vergleich zu ähnlichen Pflegeheimen abschneiden. Benchmarking wurde von allen Führungspersonen als ein wichtiges Führungsinstrument zur Einschätzung und Entwicklung der Pflege- und Versorgungsqualität gesehen. Die Interpretation der Benchmarks basierte auf der Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit (Datenerhebungsverfahren, Datenqualität) und dem Kontext des Pflegeheims wie ein spezialisiertes Angebot (z.B. Demenz), Pflegestufe, Infrastruktur, Belegung. Voraussetzung sind verständliche und vergleichbare Daten mit der Möglichkeit Kontexte zu filtern.

Die Bewertung der Pflege- und Versorgungsqualität führte nicht zwangsläufig zu Massnahmen zur Qualitätsentwicklung. Oft lief bereits ein Projekt in dem Pflegeheim. In einigen Fällen wurde der Bedarf an Qualitätsentwicklung mit dem Pflegepersonal besprochen. Häufig wurden andere Aspekte herangezogen, um den Bedarf an Qualitätsentwicklung zu ermitteln, und nicht so grossen Wert auf die Daten der MQI gelegt. Beispiele dafür sind Zufriedenheitsumfragen bei Bewohnenden und Mitarbeitenden, die Analyse kritischer Ereignisse und Gespräche mit dem Pflegepersonal.

Daten wurden als motivierender Faktor angesehen, wenn sie 1) den Bedarf an Qualitätsentwicklung aufzeigen und 2) Qualitätsentwicklung demonstrieren können. Daten wurden als ein Mittel betrachtet, um die Pflege- und Versorgungsqualität dem Pflegepersonal und den Heim- und Hausärzt:innen zu kommunizieren. Daten konnten als Evidenz genutzt werden und stärkten die Verantwortlichen für Qualitätsentwicklung in der Begründung von der Notwendigkeit von Veränderungen. Dies wurde als besonders wichtig erachtet, wenn mit externen Hausärzt:innen kommuniziert wurde. Für das Pflegepersonal wurde die Kommunikation von Daten als eine Möglichkeit gesehen, sie zur Teilnahme an einem Projekt zu motivieren. Daten wurden auch als wichtig angesehen, um das zugrunde liegende Problem besser zu verstehen. Während die MQIs eine allgemeine Reflexion über die Pflege- und Versorgungsqualität initiierten, nutzten einige Pflegeheime zudem Daten aus den elektronischen Bewohnerdokumentationen, um die Ursachen der Qualitätsprobleme zu bestimmen.

Einen Überblick über die identifizierten Determinanten zur Organisation der Qualitätsentwicklung ist in [Anhang 8](#) zu finden. In [Anhang 9](#) werden die Ergebnisse der Analyse der Qualitätsentwicklung gemäss QAPI zusammengefasst und geben Einblick in Nutzen, Strukturen und Prozesse (9). Eine Übersicht zu identifizierten Themen gemäss den fünf Domänen von CFIR (Charakteristika der Innovation, äusseres Setting, inneres Setting, Charakteristika der Individuen und Prozesse) ist in [Anhang 10](#) zu finden ([10](#)).

Zusammenfassung der Ergebnisse

Schweizweit nahmen 15 Pflegeheime aus 11 Kantonen teil, drei aus der französischsprachigen Schweiz, neun aus der deutschsprachigen Schweiz und drei aus der italienischsprachigen Schweiz. 25 Personen aus dem Management mit unterschiedlichen Rollen und Verantwortungen im Bereich Qualität waren beteiligt. Das Management äusserte Kritik an der nationalen Berichterstattung zu MQI. Im Allgemeinen nutzen die Pflegeheime die Berichte der Anbieter der Bedarfserhebungsinstrumente mit den MQI Ergebnissen, um über ihre Pflege- und Versorgungsqualität zu reflektieren, sie zu bewerten, Veränderungen zu erkennen und Benchmarks durchzuführen. Benchmarks wurden aufgrund des unterschiedlichen Kontexts, z. B. Bewohnerprofile, Spezialisierungen (z.B Demenzpflege) in einzelnen Pflegeheimen als weniger relevant angesehen. MQI Daten werden häufig auf Managementebene diskutiert, mit dem Pflegepersonal eher zielorientiert mit Blick auf die Qualitätsentwicklung. Die Ausnahme sind Pflegeheime, die mit Plaisir arbeiten, da sie keinen Zugang zu MQI Berichten haben. Zusätzliche Qualitätsmessungen umfassen z. B. Befragungen von Bewohnenden, Angehörigen und Personal sowie Diskussionen über Zwischenfälle. Es gab keine Beispiele für Projekte zur Qualitätsentwicklung zu MQI mit dem PDCA-Zyklus. Die Teilnehmenden äusserten jedoch den Wunsch nach mehr Unterstützung in diesem Bereich. Die Daten wurden eher allgemein genutzt, um das Personal zu motivieren und Entwicklungsmöglichkeiten zu ermitteln. Die obere Führungsebene organisierte die Qualitätsentwicklung je nach Möglichkeit mit der Einrichtung von spezifischen Rollen für die Qualitätsentwicklung, respektive Zuteilung von Aufgaben an bestehende Rollen. Die Pflege einer Betriebskultur, in der eine Partizipation der Mitarbeitenden erfolgt, offen Probleme kommuniziert, der Dialog gefördert und Experimentieren mit Lösungen ermöglicht werden, fördern eine konstruktive Zusammenarbeit.

Pflegeexpert:innen schienen für die Organisation der Qualitätsentwicklung gut geeignet zu sein, benötigten aber Unterstützung bei der Entwicklung ihrer Fähigkeiten in diesen Bereichen. Viele Führungspersonen wünschten sich Netzwerke zum Austausch von Beispielen, Erfahrungen und Ressourcen, sowie die Verfügbarkeit eines Expert:innenpools.

Ergebnisse der Workshops mit Bewohnenden und Angehörigen zu Pflege- und Versorgungsqualität in Schweizer Pflegeheimen (Teilprojekt 2.3c)

Erfahrungen und Erwartungen zu Pflege- und Versorgungsqualität im Heim

Als erste Erkenntnis lässt sich festhalten, dass die teilnehmenden Bewohnenden und Angehörigen kritisch vergangene Situationen reflektierten und klare Erwartungen und Entwicklungsvorschläge äusserten. Die Schilderungen zur erlebten Pflege und Versorgung in den Pflegeheimen waren vielfältig und beinhalteten unterschiedliche Herausforderungen, während die geäusserten Erwartungen der Befragten etwas homogener ausfielen. Nachfolgend werden die Erkenntnisse zu den Themen der MQI Schmerz, Polymedikation, Mangelernährung und bewegungseinschränkende Massnahmen dargestellt. Dabei wird deutlich, dass sich die Befragten auf die Teilbereiche innerhalb der MQIs konzentrierten, die für sie im Alltag am fassbarsten sind.

MQI Schmerzen

In allen drei Workshops berichteten die Teilnehmenden über ihre Erfahrungen mit meist chronischen, vereinzelt auch akuten Schmerzen und wie die Pflegepersonen darauf reagierten. Die Wahrnehmung, wie mit ihren Schmerzen umgegangen wurde, war sehr unterschiedlich. Mehrere Personen berichteten von einer guten bis sehr guten Betreuung und

schnellen Reaktionen seitens der Pflegepersonen. Andere beschrieben lange Wartezeiten, bis auf Schmerzäusserungen der Bewohnenden reagiert wurde und schliesslich Massnahmen zur Linderung ergriffen wurden. So berichtete etwa ein Angehöriger von einem exzellenten Schmerzmanagement während des Sterbeprozesses seiner Frau, während eine andere Angehörige selbst den Arzt rief, nachdem die zuständigen Pflegepersonen nicht ausreichend auf die für sie offensichtlich starken Schmerzen ihres Vaters reagiert hatten. Ähnlich berichtete ein Bewohner von vergeblichen Bitten um seine in Reserve verschriebenen Opiate, während eine andere Bewohnerin äusserst zufrieden war, wie gut ihre Rückenschmerzen durch verschiedene Therapien und Medikamente unter Kontrolle gebracht wurden.

Die Beispiele zeigen, dass das Schmerzmanagement im Pflegeheim von den Teilnehmenden sehr unterschiedlich erlebt wird. Prägend für die Wahrnehmung dürfte nicht nur die eigentliche Schmerztherapie sein, sondern insbesondere auch die Qualität der Kommunikation zwischen den Pflegepersonen und den Bewohnenden/Angehörigen sowie innerhalb des Pflegeteams. So wurden negative Schmerzerfahrungen häufig mit schlechter Kommunikation und Zeitmangel der Pflegepersonen in Verbindung gebracht. Angehörige berichteten, dass sie nicht über neu auftretende Schmerzen informiert wurden. Bewohnende erzählten wiederum, dass sie versuchten, mit den Pflegepersonen über ihre Schmerzen zu sprechen, sich aber nicht ernst genommen fühlten. Eine unzureichende Reaktion auf Schmerzen kann zu Frustration, Wut oder einem Gefühl der Hilflosigkeit führen. Nach Ansicht der Teilnehmenden schwächt dies das Vertrauen in die Pflegepersonen und mindert die Lebensqualität der Betroffenen.

Die Erwartungen der Teilnehmenden hinsichtlich der Art, wie mit Schmerzen umgegangen werden sollte, waren einheitlicher als die Erfahrungen. In allen drei Workshops wünschten sich Bewohnende und Angehörige eine schnelle, professionelle und einfühlsame Schmerzbehandlung durch die Pflegepersonen. Dabei wurde betont, wie wichtig eine reibungslose Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Pflegepersonen und den Ärzt:innen sei. In einem Workshop wurde zusätzlich die Erwartung geäussert, dass Heimärzt:innen stets verfügbar und häufig vor Ort sein sollten, um Schmerzursachen effektiv diagnostizieren zu können. Auch die Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Bewohnenden/Angehörigen sollte nach Meinung aller Workshopteilnehmenden rasch und transparent erfolgen. Dasselbe galt für die Kommunikation innerhalb des Pflegeteams. So wurde mehrfach von Schmerzsituationen berichtet, in denen Informationen innerhalb des Pflegeteams nicht weitergegeben wurden, was zu erheblichen Verzögerungen in der Schmerzbehandlung führte. Während eine Minderheit der Teilnehmenden ein gewisses Verständnis für kontextuelle Faktoren äusserte und anmerkte, dass Pflegepersonen "nicht überall zur gleichen Zeit" sein können, war die Mehrheit der Teilnehmenden der Meinung, dass solche Situationen nicht vorkommen sollten. Sie argumentierten, dass eine angemessene Reaktion auf Schmerzen zu den Grundleistungen gehöre, die sie von einem Pflegeheim erwarten.

MQI Polymedikation

In allen drei Workshops wurden die Erfahrungen in Zusammenhang mit Polymedikation erfragt. Mehr als die Hälfte der Bewohnenden gab an, täglich "mehrere Tabletten" einzunehmen. Eine Bewohnerin erzählte, dass sie "viele" Medikamente einnehme, aber nicht auf eine Umstellung beharre, da sie dadurch gesundheitlich stabil sei. Konkrete Angaben zur Polymedikation konnten nicht erhoben werden. Die Aussagen im weiteren thematischen Bezug zur Medikation deuten darauf hin, dass den Befragten Polymedikation nicht explizit bekannt war. Nur wenige Bewohnende sowie Angehörige gaben an, in Gespräche über die Medikation einbezogen worden zu sein. Nur eine Person beschrieb, wie ihr erklärt wurde, welche Medikamente verordnet/geändert wurden und warum. Eine Person sah es als ihre

Aufgabe an, nach Informationen über Medikamenten zu fragen. Gleichzeitig gab sie an, dazu zufriedenstellende Antworten von den Pflegepersonen erhalten zu haben. In zwei Workshops wurde deutlich, dass die Teilnehmenden sehr daran interessiert sind, über Medikamente informiert und in Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden. Viele gaben an, Fragen zu bestimmten Medikamenten an die Pflegepersonen gerichtet zu haben, teilweise ohne befriedigende Antwort. Trotz mangelnder Informationen gaben viele Teilnehmende an, dass sie versuchen, die Medikamente selbst zu kontrollieren. Zwei Angehörige gaben an, die Medikamente selbst zu richten (was in einem Pflegeheim erlaubt ist). In zwei Workshops wurde ausführlich über mangelnde Medikamentensicherheit berichtet. Die Betroffenen äusserten Unverständnis, Frustration und Besorgnis darüber, dass Medikamente falsch gerichtet, verteilt und vereinzelt auch verabreicht wurden. Eine Angehörige erzählte, dass sie schockiert beobachtet habe, wie eine Pflegeperson ihrer Mutter mit Demenz die Medikamente der Zimmernachbarin verabreichen wollte. Im dritten Workshop wurde die Medikamentensicherheit deutlich besser bewertet. Gleichzeitig fiel jedoch auf, dass auch diese Befragten kaum Informationen über die verordneten Medikamente hatten und nicht mehr über Polymedikation berichten konnten als in den beiden anderen Workshops.

In allen Workshops wurde die Erwartung deutlich, dass die Medikation von Pflegepersonen und Ärzt:innen mit grösster Sorgfalt überwacht werden muss. In zwei der Workshops wurde diesbezüglich akuter Handlungsbedarf gesehen. Zudem wurde mehr Transparenz und Einbezug beim Thema Medikation gefordert. Viele Bewohnende und Angehörige gaben an, dass sie sich weder um die Kontrolle der einzelnen Medikamente noch um die Informationen bei Änderungen selbst kümmern möchten. Vielmehr erwarteten sie von den Pflegeheimen, dass sie auf die Fachkenntnis und Zuverlässigkeit der Pflegepersonen (und Ärzt:innen) vertrauen können und dass sie ungefragt informiert und miteinbezogen werden.

MQI Mangelernährung

Mangelernährung war - ähnlich wie Polymedikation - ein Thema, das für die Teilnehmenden nicht einfach zu fassen war und daher im erweiterten Themenbezug diskutiert werden konnte. So beschrieben die Anwesenden für sie konkret fassbare Aspekte, die mit Mangelernährung in Zusammenhang stehen können: die Qualität der Ernährung, Gewichtsverlust und vor allem Appetitverlust. Überall wurde mit deutlichem Konsens festgestellt, dass das Angebot und die Qualität der Speisen von guter Qualität seien. Dementsprechend wurde argumentiert, dass mangelnder Appetit nicht auf eine schlechte Qualität des Essens zurückzuführen sei. Einige Bewohnende hatten persönliche Erfahrungen mit Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust. Als Ursachen wurden Depressionen, Verlust des Lebenswillens, körperliche Erkrankungen und Medikamente genannt. In einem Workshop waren sich alle einig, dass die ersten Wochen nach dem Heimeintritt oft als „traumatisch“ erlebt werden und dass diese Zeit grossen Einfluss auf den Appetit habe. Sie lobten die Pflegepersonen, die sie zum Essen ermutigten und proaktiv Alternativen anboten. Besonders hervorgehoben wurde, dass die Pflegepersonen in dieser Phase psychosoziale Schwierigkeiten ansprachen und dafür Verständnis zeigten. In den beiden anderen Workshops konnten kaum Aussagen zum Umgang der Pflegepersonen mit Appetitlosigkeit gewonnen werden. Es konnten lediglich einige wenige Aussagen zum Umgang mit Mangelernährung und wie diese erkannt oder vorgebeugt wird (Proteindrinks, hochkalorische Nahrungsergänzung) gewonnen werden. Die eher vagen Beschreibungen zeigten, dass die Teilnehmenden im Allgemeinen mit den Reaktionen und ergriffenen Massnahmen der Pflegepersonen zufrieden waren.

Die Teilnehmenden betonten klare Erwartungen im Umgang mit Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust: Frühzeitiges Erkennen, insbesondere nach dem Heimeintritt, ausführliche Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen, ärztliche Unterstützung bei der Ursachenklärung und die Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen

seien ihnen wichtig. Auch die Selbstbestimmung der Bewohnenden, einschliesslich einer möglichen Nahrungsverweigerung am Lebensende, müsse respektiert werden.

MQI Bewegungseinschränkende Massnahmen

In den Workshops wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie schon einmal eine Situation erlebt hätten, in der sie oder ein Familienmitglied (Bewohnende) sich in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt gefühlt hätten. Nur zwei Teilnehmende berichteten von solchen Erfahrungen. Ein Bewohner erzählte von seinem Unmut darüber, dass er mit seinem Rollstuhl nicht den Balkone fahren konnte. Eine Bewohnerin schilderte, dass sie selbst Bettgitter beantragt hatte, weil sie Angst hatte, aus dem Bett zu fallen. Dafür habe sie dann ein Dokument unterschreiben müssen. Beide Situationen beschreiben architektonische Gegebenheiten bzw. selbst gewünschte Massnahmen und sind somit keine Massnahmen, die mit den aktuellen MQI erfasst werden. Die Schilderungen der Angehörigen von Menschen mit Demenz beschränkten sich auf deren Zustimmung zu baulichen Massnahmen (geschützter Garten), die den Bewegungsradius in weglaufgeschützten Abteilungen im Sinne der Sicherheit einschränken.

Hinsichtlich der Erwartungen zeigten sich in den Workshops zwei diametral entgegengesetzte Haltungen. Während in zwei Gruppen vehement dafür plädiert wurde, die Selbstbestimmung der Bewohnenden im Zweifelsfalle stärker zu gewichten als deren Sicherheit (Bettgitter, Sturzgefahr), herrschte in der dritten Gruppe ein auffälliger Konsens darüber, dass die Sicherheit vor der Autonomie stehen müsse. Gleichzeitig wurde in allen drei Workshops gleichermaßen betont, wie wichtig es sei, Bewohnende sowie deren Angehörige in die notwendigen Entscheidungsprozesse miteinzubeziehen, da bewegungseinschränkende Massnahmen, so die Argumentation der Teilnehmenden, zu einer verringerten Teilnahme am Heimalltag, zu Appetitlosigkeit und insgesamt zu einer verminderten Lebensqualität führen können.

Mitgestaltung der Pflege durch die Bewohnenden und Angehörigen

Vielen Teilnehmenden fiel es schwer, ihre Mitgestaltung bei der Pflege zu benennen. Diskutiert wurde, inwieweit die Bewohnenden und Angehörigen im Pflegealltag nach ihren Wünschen und Bedürfnissen gefragt und wie diese berücksichtigt wurden. Die Aussagen hierzu waren vielfältig und in zwei Heimen deutlich von Kritik im Zusammenhang mit Kommunikation und Selbstbestimmung geprägt.

Kommunikation

Bei allen vier thematisierten MQIs hielten die Teilnehmenden eine effektive Kommunikation für entscheidend, um die Bewohnenden/Angehörigen in die Gestaltung der Pflege einzubeziehen. Sie wünschten sich einen aktiven Dialog über Schmerzen, Medikamente, Ernährung und bewegungseinschränkende Massnahmen. Insbesondere in Ad-hoc-Situationen wünschten sie sich eine hohe Reaktionsfähigkeit und Gesprächsflexibilität der Pflegepersonen. Die Zufriedenheit mit der Kommunikation hing für sie mit dem (Nicht-)vorhandensein dieser Reaktionsfähigkeit zusammen.

In allen Workshops wurden formelle Fall-/Familiengespräche erwähnt, in denen Bewohnende, Angehörige und Pflegepersonen gemeinsam über die Pflegebedürfnisse/-ziele sprechen. Diese Gespräche fanden laut Aussagen vieler Teilnehmenden jedoch häufig nur nach dem Heimeintritt oder auf ausdrücklichen Wunsch der Bewohnenden/Angehörigen statt, was insbesondere von letzteren als mangelnde Einbindung in Entscheidungsprozesse empfunden wurde. Informelle Gespräche zwischen Pflegepersonen und Bewohnenden/Angehörigen seien häufiger, wobei der Anstoss dazu meist von den Angehörigen ausgehe. In zwei der

Workshops schilderten letztere, dass die geäusserten Wünsche/Bedürfnisse zu wenig umgesetzt würden, was zu einem Gefühl des "sich Wehrenmüssens" und zu Frustration führe. Im dritten Workshop zeigte sich ein grosses Bewusstsein der Teilnehmenden dafür, dass Kommunikation eine gemeinsame Aufgabe ist. Sie argumentierten, dass die Initiative auch von den Bewohnenden/Angehörigen ausgehen sollte und dass sie mit einer positiven Einstellung und Respekt die Pflegebeziehung selbst verbessern können. Schliesslich wurden in allen drei Gruppen Formen formeller Gesprächsrunden zwischen den Bewohnenden und der Heimleitung erwähnt, in denen sich die Bewohnenden zur Pflegegestaltung und zur Berücksichtigung ihrer Wünsche äussern konnten. In einem Workshop wurde erzählt, dass vor kurzem ein „Bewohnerausschuss“ gegründet wurde, um einen regelmässigen Dialog mit der Heimleitung zu führen. Bisher seien dort aber keine qualitätsbezogenen Themen diskutiert worden. Nach Aussagen der Teilnehmenden in allen Workshops werden bisherige Austauschplattformen nur von relativ wenigen Bewohnenden genutzt. Dies könnte darauf hindeuten, dass die derzeitigen Kommunikationsmöglichkeiten zur Mitgestaltung nicht für alle Bewohnende das geeignete Format darstellen oder dass die Heimkultur noch nicht darauf eingestellt ist, dass Bewohnende ergebnisbezogene Qualitätsaspekte mitdiskutieren.

Selbstbestimmung

Die Einstellungen der Teilnehmenden zur Selbstbestimmung der Bewohnenden waren unterschiedlich. Viele Bewohnende wünschten sich mehr Mitspracherecht im Pflegealltag. Insbesondere in zwei Workshops wurde betont, dass die Bewohnenden so lange wie möglich in Pflegeentscheidungen einbezogen werden sollten. Einige Angehörige erklärten, dass sie nur dann in Pflegeentscheidungen einbezogen werden wollen, wenn die Bewohnenden dies ausdrücklich wünschen oder es aus gesundheitlichen Gründen unumgänglich sei. Andere Angehörige, speziell von Bewohnenden mit Demenz, wünschten sich hingegen, kontinuierlich und unaufgefordert von den Pflegepersonen informiert und einbezogen zu werden.

Vorstellungen einer guten Pflege- und Versorgungsqualität

In den Workshops wurde übereinstimmend betont, dass zu einer guten Pflegequalität nicht nur Professionalität und Fachwissen der Pflegepersonen sowie die umfassende Erfüllung der Grundbedürfnisse der Bewohnenden gehören. Als ebenso wichtig erachteten die Teilnehmenden eine respekt- und vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegepersonen und Bewohnenden, eine klare Kommunikation, den Schutz der Privatsphäre und die Berücksichtigung der Selbstbestimmung der Bewohnenden. Bemerkenswert war, dass zahlreiche Bewohnende und Angehörige oft auf das Gesundheitssystem und dessen Grenzen verwiesen und teilweise Verständnis für die Situation des Personals zeigten. Zur Entwicklung der Pflegequalität wünschten sich die Teilnehmenden eine lückenlose Informationsweitergabe, eine stärker personenzentrierte Pflege, ein vertrauensvolles Gesprächsklima, mehr Respekt (z.B. Anklopfen beim Betreten des Zimmers), proaktives Handeln sowie mehr Zeitressourcen für die Pflegepersonen. Darüber hinaus wünschten sich die Teilnehmenden Schulungen für Pflegepersonen, die all diese Elemente gezielt thematisieren (ausführliche Diskussion der Entwicklungsideen siehe [Anhang 11](#)).

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Im Rahmen des Teilprojektes 2.3 zu Qualitätsentwicklungspraktiken in Schweizer Pflegeheimen konnten wichtige Einblicke in die Organisation der Qualitätsentwicklung, die Nutzung der nationalen Qualitätsindikatoren und datenbasierter Praktiken der Qualitätsentwicklung der Pflegeheime, sowie die Vorstellungen von Bewohnenden und Angehörigen von Pflegeheimen über die Organisation der Pflege gewonnen werden. Diese Erkenntnisse können für die Entwicklung eines Programms zur Unterstützung von

Pflegeheimen bei der Arbeit an der Qualität der Pflege genutzt werden. In den Interviews zeigte sich, dass die Organisation der Qualitätsentwicklung durch die Unterstützung der oberen Führungsebene geprägt wird. Wichtig ist die Regelung der Verantwortlichkeiten und Aufgaben für das Qualitätsmanagement. Die Einrichtung einer Stelle (Rolle) mit Schwerpunkt Qualität (z.B. Pflegeexpert:in, RAI-Expert:in, Qualitätsmanager:in), sowie klare Rahmenbedingungen (Aufgaben, Verantwortlichkeiten Handlung- und Weisungsbefugnis), die Bereitstellung von zeitlichen, personellen und materiellen Ressourcen sowie die Pflege einer partizipativen wertschätzenden Betriebskultur unterstützen die datenbasierte Qualitätsentwicklung. Die Nutzung der Daten wird unterschiedlich gehandhabt und hängt vom Wissen, den analytischen Fertigkeiten, der Philosophie und pflegerischen Ausrichtung ab. Eine verlässliche korrekte Datenerhebung und Datenqualität und Verfügbarkeit der Daten werden als Voraussetzung genannt. Leadershipkompetenzen, analytische, reflexive Fähigkeiten der Führungspersonen sind Voraussetzung einerseits zum Erkennen von Entwicklungspotential, andererseits zum Entwickeln von Projekten. Die Bewohnenden möchten durch Bewohnerräte in Aspekte der Pflege- und Versorgungsqualität einbezogen werden. Die Ergebnisse stimmen mit früheren Ergebnissen aus dem nationalen Implementierungsprogramm überein. In der ethnographischen Studie (Teilprojekt 1.3/3.3) wurde ebenfalls festgestellt, dass das Pflegepersonal nicht in die Prozesse von MQI und deren Rolle für die Pflege- und Versorgungsqualität eingebunden ist oder diese gar nicht kennt. Der mangelnde Einbezug des Pflegepersonals, welcher auch im aktuellen Teilprojekt festgestellt wurde, erklärt wahrscheinlich, warum ein allgemein geringes Bewusstsein und wenig Kenntnisse beim Pflegepersonal vorliegen. Dementsprechend werden die MQI eher als administrative Belastung denn als klinische Hilfe wahrgenommen. Diese Ergebnisse deuten insgesamt stark darauf hin, dass Qualitätsindikatoren sowohl in die Pflegebewertung als auch in die Pflegeplanung integriert werden müssen.

Eine weitere Entwicklung der nationalen Qualitätsindikatoren im Langzeitpflegesystem wird wahrscheinlich erhebliche Investitionen in eine unterstützende Umgebung erfordern. Das aktuelle System konzentriert sich auf Datenprozesse von der Erfassung der Daten bis zur öffentlichen Berichterstattung. Unsere Ergebnisse zeigen, dass ein solches System nicht ausreicht, um datenbasierte Qualitätsentwicklung zu unterstützen. Insbesondere sind die gemeldeten Daten zu veraltet, um informativ zu sein, und Pflegeheime finden die aktuellen Vergleiche (nationaler Benchmark oder Benchmarking mit BESA- oder RAI-Pflegeheimen) nicht relevant. Kleine Pflegeheime haben oft nicht die Ressourcen, um an Qualitätsindikatoren zu arbeiten, im Gegensatz zu grösseren Einrichtungen.

Ausserdem gibt es keine Unterstützung für Pflegeheime, an Qualitätsindikatoren zu arbeiten. Die Erkenntnisse aus den Teilprojekten im Rahmen von NIP-Q-UPGRADE betonen die Notwendigkeit eines dedizierten Unterstützungssystems für datenbasierte Qualitätsentwicklung in Pflegeheimen. Das alleinige Bereitstellen von Materialien wird nicht ausreichen. Die Fallstudie (Teilprojekt 2.2) zeigt, dass eine blosser Dateninfrastruktur ohne strukturelle Unterstützung, unzureichend ist. Aktuell steht im Schweizer System die Messung im Vordergrund. Die Verwendung von MQI zur Qualitätsentwicklung braucht ein strukturelles Unterstützungssystem, das Ausbildung, Schulung, rechtzeitiges Feedback zu den Daten und Unterstützung für die Pflegeheime (z. B. Helpdesk) bietet. Dies beinhaltet weiterhin Investitionen in die Entwicklung lokaler Qualitätsnetzwerke, in denen Pflegeheime voneinander lernen und sich durch den Austausch bewährter Verfahren unterstützen können. Schliesslich umfasst dies auch die Integration von Aspekten zur Überwachung der Pflege- und Versorgungsqualität und zur Organisation der Qualitätsentwicklung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, von Assistenzpersonal, über die verschiedenen Pflegeberufe bis hin zur Fortbildung von Heimleitungen und Verwaltungsräten.

Die Workshops zeigten, dass die Bewohnenden und Angehörigen die spezifischen Aspekte der MQI ansprachen, die sie aus ihrer persönlichen Erfahrung kannten. In den Bereichen

Polymedikation bezog sich dies primär auf die Medikamentensicherheit, während bei Mangelernährung vordergründig über Appetitlosigkeit gesprochen wurde. Dies lässt darauf schliessen, dass den Teilnehmenden weder die Begrifflichkeiten Polymedikation und Mangelernährung, noch die Tatsache, dass diese Themen mittels MQI erhoben werden, ausreichend bekannt waren. Die Workshops haben überdies verdeutlicht, dass die MQI nicht alle Themenbereiche zur Pflege- und Versorgungsqualität abdecken, die in der Wahrnehmung der Bewohnenden und Angehörigen zu einer guten Pflege- und Versorgungsqualität dazu gehören. Sie haben gezeigt, dass sich zentrale Elemente guter Pflege- und Versorgungsqualität in den alltäglichen, sozialen Interaktionen zwischen institutionellen Akteuren einerseits und Bewohnenden/Angehörigen andererseits konstruieren. Dazu gehört, sich respektiert und ernst genommen zu fühlen, ebenso wie das Gefühl, explizit in Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden und sich darin bestärkt zu wissen, dass individuelle Wünsche und Bedürfnisse angehört und umgesetzt werden. Die Äusserungen lassen darauf schliessen, dass die Berücksichtigung dieser Elemente massgeblich mit der subjektiv empfundenen Lebensqualität zusammenhängen. Aussagekräftig ist letztlich auch die Forderung nach „Bewohnerräten“ und Angehörigenforen, in denen sich die Personen gegenseitig austauschen können, ehe Anliegen an die Heimleitung herangetragen werden. Dies verweist auf die strukturell bedingte Asymmetrie zwischen institutionellen Akteuren und Bewohnenden/Angehörigen. Wünsche nach Veränderung oder Kritik zu äussern, kann für Betroffene als riskant empfunden werden, da sie einen negativen Einfluss auf die Pflege- und Versorgungsqualität befürchten. Daraus ergibt sich die Frage, wie diese Befürchtungen zu Gunsten eines offenen Gesprächsklimas abgebaut werden können.

Insgesamt wurden die Arbeiten wie geplant und im Einklang mit dem Projektzeitplan abgeschlossen. Im nächsten Schritt des NIP-Q-UPGRADE-Programms werden Materialien entwickelt, um Pflegeheime bei der Organisation datenbasierter Qualitätsentwicklung für ihre Bewohnenden zu unterstützen. Diese werden dann im Rahmen eines Pilotprojekts erprobt, woraufhin Empfehlungen zu spezifischen Strategien ausgesprochen werden, die zur Unterstützung der Ausweitung erforderlich sind. Im Rahmen des Programms wird untersucht, wie die Bewohnenden stärker in die Aspekte der Pflege- und Versorgungsqualität einbezogen werden können.

Empfehlungen zur weiteren nationalen Umsetzung/Ausweitung

	Empfehlung	Erklärung	Link zu NIP-Q-UPGRADE
1	Wir empfehlen den Pflegeheimen das Einrichten von internen Austausch-, und Kommunikationsgefässen zur Information, Diskussion der Daten zu MQI und zur gemeinsamen Entwicklung von Projekten.	Die Daten der MQI zur Information und Diskussion der Pflege- und Versorgungsqualität werden häufig nicht innerhalb der Pflegeheime weitergegeben, was die Qualitätsentwicklung beeinträchtigt.	Teilprojekt zum Programm der Qualitätsentwicklung (2.4) wird untersuchen, wie Pflegeheime die Integration von MQI in der Einrichtung vorantreiben können.

	Empfehlung	Erklärung	Link zu NIP-Q-UPGRADE
2	Wir empfehlen den Pflegeheimen zu prüfen, ob die Qualitätsentwicklung mit der Einrichtung von spezifischen Funktionen auf verschiedenen Ebenen wie Pflegeexpert:in, Fachspezialist:innen vorangetrieben werden kann.	Die Interviews ergaben, dass die Organisation der Qualitätsentwicklung dadurch erleichtert wurde, dass es in dem Pflegeheim eine spezifische Funktion gab, die sich auf die Überwachung der Pflege- und Versorgungsqualität und die Umsetzung von Qualitätsentwicklungsprojekten konzentrierte.	Im Teilprojekt zum Programm der Qualitätsentwicklung (2.4) wird untersucht, wie Pflegeheime bei der Organisation einer Funktion/ Verantwortung für die Pflege- und Versorgungsqualität in ihrer Einrichtung unterstützt werden können.
3	Wir empfehlen den kantonal aktiven Verbandsmitgliedern von CURAVIVA und senesuisse die Schaffung von lokalen Netzwerken zu unterstützen, in denen Vertreter:innen der Pflegeheime sich zu Themen der Versorgungsqualität austauschen und gemeinsame Strategien entwickeln können. Dieses Qualitätsnetzwerk sollte auf der Ebene Pflegedienstleitende, Pflegeexpert:innen, Qualitätsmanager:innen organisiert sein.	In den Interviews zum Handlungsbedarf hinsichtlich der Qualitätsentwicklung (2.3b) wurde deutlich, dass Partizipation, Kollaboration und Netzwerken sehr geschätzt wird. Die Einrichtung von Netzwerken, wurde von den meisten Interviewten als äusserst wichtig eingeschätzt.	Dies ist eine Empfehlung an externe Partner:innen und liegt ausserhalb des Rahmens des NIP-Q-UPGRADE Programms.
4	Wir empfehlen, dass in NIP-Q-UPGRADE nach Gelegenheiten gesucht wird den Bottom-up Ansatz zur Bildung von Netzwerken zu unterstützen (durch z.B. Konferenzen, Kommunikation innerhalb der Interventionen zum Programm zur Qualitätsentwicklung (2.4), über die Nützlichkeit des gegenseitigen Austauschs und Erörterung praktischer Schritte zur Initiierung). Die konkrete Umsetzung erfolgt nach dem Abschluss des Programms.	In den Interviews zum Handlungsbedarf hinsichtlich der Qualitätsentwicklung (2.3b) wurde deutlich, dass Partizipation, Kollaboration und Netzwerken sehr geschätzt wird. Die Einrichtung von Netzwerken, wurde von den meisten Interviewten als äusserst wichtig eingeschätzt. Die Bildung von Netzwerken sollte jedoch nicht nur Top Down, sondern auch Bottom-Up geschehen.	Die Empfehlung richtet sich an die Verantwortlichen für das NIP-Q-UPGRADE Programm und das wissenschaftliche Konsortium.
5	Wir empfehlen CURAVIVA und senesuisse und den kantonal aktiven Mitgliedern der beiden Verbände sich für den Aufbau von regionalen Expertenpools einzusetzen. Pflegeheime mit schmalerem Budget könnten sich so Expertise für Qualitätsentwicklungsprojekte ins Heim holen.	Die Bereitstellung von ausreichend personellen, materiellen und finanziellen Ressourcen ist für die Entwicklung der Versorgungsqualität Grundvoraussetzung. Expertenpools könnten ermöglichen, dass mehr Experten in den Pflegeheimen zur Qualitätsentwicklung eingesetzt werden können.	Die Empfehlung richtet sich an die Verantwortlichen für das NIP-Q-UPGRADE Programms. Das wissenschaftliche Konsortium kann im Rahmen der Entwicklung der Massnahmenpakete und der Unterstützung des Scale-up einbezogen werden.

	Empfehlung	Erklärung	Link zu NIP-Q-UPGRADE
6	Wir empfehlen CURAVIVA und senesuisse sich dafür einzusetzen dass MQI in die Curricula der Pflegeausbildungen sowie Weiterbildungsprogramme für Führungspersonen, Pflegedienstleitungen, Pflegeexpert:innen und Pflege- und Assistenzpersonen aufgenommen werden mit Blick auf die Entwicklung von Qualitätsprozessen und Projekten zur datenbasierten und nachhaltigen Qualitätsentwicklung.	In den Interviews zum Handlungsbedarf hinsichtlich der Qualitätsentwicklung (2.3b) zeigte es sich, dass strukturierte Prozesse wichtig sind um Projekte zur Qualitätsentwicklung zu entwickeln. Unterstützung bei der Implementation des PDCA Zyklus in der Praxis wurde gewünscht.	Die Empfehlung richtet sich an die Verantwortlichen für das NIP-Q-UPGRADE Programms. Das wissenschaftliche Konsortium kann im Rahmen der Entwicklung der Massnahmenpakete und der Unterstützung des Scale-up einbezogen werden.
7	Wir empfehlen den kantonal aktiven Verbandsmitgliedern von CURAVIVA und senesuisse sich einzusetzen für die Entwicklung eines Qualifizierungs- und Zertifizierungsprozess (Audits) und zu prüfen, welche/r Dienstleister hierfür geeignet wäre..	In den Interviews 2.3b zeigte sich, dass Pflegeheime Audits begrüssen, da es ihnen wichtig ist ihre Performance zu messen, zu vergleichen und sich ständig weiter zu entwickeln.	Die Empfehlung richtet sich an die Verantwortlichen für das NIP-Q-UPGRADE Programms. Das wissenschaftliche Konsortium kann im Rahmen der Entwicklung der Massnahmenpakete und der Unterstützung des Scale-up einbezogen werden.
8	Wir empfehlen CURAVIVA und senesuisse , eine nationale Plattform zu entwickeln, zu fördern und aufrechtzuerhalten , um Materialien und E-Learnings, Schulungseinheiten zur Unterstützung von Pflegeheimen zu verbreiten.	In den Interviews zum Handlungsbedarf hinsichtlich der Qualitätsentwicklung (2.3b) zeigte sich, dass die Pflegeheime bestrebt sind ihre Versorgungsqualität ständig weiter zu entwickeln. Sie wünschen sich den Zugang zu Ressourcen, die ihnen ermöglichen im Heim Qualitätsentwicklung voranzutreiben.	Die Empfehlung richtet sich an die Verantwortlichen für das NIP-Q-UPGRADE Programms. Das wissenschaftliche Konsortium kann im Rahmen der Entwicklung der Massnahmenpakete und der Unterstützung des Scale-up einbezogen werden.

	Empfehlung	Erklärung	Link zu NIP-Q-UPGRADE
9	Wir empfehlen der Eidgenössischen Qualitätskommission , das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit anzugehen, um die Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen, z.B. Hausärzt:innen und Pflegeheimen zu fördern. Es könnten verschiedene Versorgungsmodelle untersucht werden, einschliesslich der Rolle des Heimarztes / der Heimgärtin, und die Verantwortlichkeit von Ärzt:innen für die Erfüllung der Kriterien der medizinischen Qualitätsindikatoren in Pflegeheimen	In den Interviews zum Handlungsbedarf hinsichtlich der Qualitätsentwicklung (2.3b) zeigte sich, dass die Zusammenarbeit mit den Heim- und Hausärzt:innen nicht immer partnerschaftlich ist. Strategien zur Entwicklung von Partizipation und Kollaboration mit den Ärzt:innen werden als dringlich erachtet.	Dies ist eine Empfehlung an externe Partner:innen und liegt ausserhalb des Rahmens des NIP-Q-UPGRADE Programms.
10	Wir empfehlen den Anbietern von Instrumenten zur Bedarfserhebung und von elektronischer Bewohnendokumentation , Systeme zu entwickeln, die eine zeitnahe Rückmeldung über die Performance der MQI ermöglichen. (z.B. vierteljährlich). Die elektronischen Hilfsmittel sollen einfach anwendbar, die Informationen verständlich sein.	In den Interviews zum Handlungsbedarf hinsichtlich der Qualitätsentwicklung (2.3b) zeigte sich, dass neben dem Angebot von elektronischen Systemen zur Bedarfserhebung und Dokumentation die Benutzerfreundlichkeit, Fertigkeiten zur Anwendung sowie Wissen und Informationen über die Möglichkeiten bisher zu wenig gegeben sind.	Dies ist eine Empfehlung an externe Partner:innen und liegt ausserhalb des Rahmens des NIP-Q-UPGRADE Programms.
11	Wir empfehlen allen Pflegeheimen , den Bewohnenden und Angehörigen gegenüber explizit und in geeigneter Sprache zu erklären, was MQIs sind und wie, wann und weshalb sie erhoben werden.	Die Workshops zeigten, dass die Mehrheit der Bewohnenden und Angehörigen kaum Kenntnis zu MQIs hat. Gerade Polymedikation und Mangelernährung waren schwer fassbare Begriffe, die sich nicht anhand der Alltagserfahrungen festmachen liessen.	Im Teilprojekt zum Programm der Qualitätsentwicklung (2.4) werden wir weiter untersuchen, wie die Bewohnenden in die Qualität der Pflege einbezogen werden können.

	Empfehlung	Erklärung	Link zu NIP-Q-UPGRADE
12	Wir empfehlen allen Pflegeheimen zu prüfen, inwiefern die Gründung von Bewohnerräten“ eine Strategie sein könnte, um Bewohnende verstärkt in die Pflegeorganisation einzubeziehen. In den Bewohnerräten sollten sich Bewohnende regelmässig über ihre Bedürfnisse u. Schwierigkeiten austauschen können, bevor diese an die Heimleitung herangetragen werden. Die Bewohnerräte sollten so koordiniert werden, dass Feedback zeitnah an die Heimleitung weitergeleitet und in geplante Veränderungen in der Pflegeorganisation integriert werden kann.	In den Workshops mit Bewohnenden und Angehörigen (2.3c) wurde der Wunsch nach einem Wohnerrat wiederholt geäussert. Zwar gibt es in den drei Pflegeheimen regelmässige Gesprächsrunden zwischen Bewohnenden und Heimleitung, aber bisher erst ein Versuch, ein formelles Gremium für die Bewohnenden zu verankern. Die Workshops zeigten, dass nicht alle Bewohnenden ihre Anliegen direkt an die Heimleitung herantragen, und dass ein Wohnerrat eher den Bedürfnissen dieser Personen entsprechen könnte.	Im Teilprojekt zum Programm der Qualitätsentwicklung (2.4) werden wir weiter untersuchen, wie die Bewohnenden in die Qualität der Pflege einbezogen werden können.

Referenzen

1. Barker RO, Hanratty B, Kingston A. (2020), Changes in health and functioning of care home residents over two decades: what can we learn from population-based studies? *Age and Ageing*. 2020;50(3):921-7.2.
2. Elderly population [Internet]. (2014), Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/data/8d805ea1-en.3>.
3. OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
4. OECD/European Union (2013), A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
5. Rüttimann, A.; Kästner, L., Curreri, N. et al. (2023), Current quality improvement practices in long-term care: a protocol for a mixed methods study: <https://zenodo.org/records/10469515>. Doi: 10.5281/zenodo.10469515.
6. Zúñiga F, Favez L, Baumann S, Kindlimann A, Oeri A, Benkert B, et al. (2021), SHURP 2018–Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie. Universität Basel. 2021.
7. Federal Statistical Office. Etablissements médico-sociaux (2021), [Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.html>].
8. Braun V, Clarke V. (2022), Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*. 2022;9(1):3.
9. Centers for Medicare & Medicaid Services. QAPI at a Glance: A Step by Step Guide to Implementing Quality Assurance and Performance Improvement (QAPI) <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/QAPI/downloads/QAPIAtaGlance.pdf> (Zugriff 22.05.24).
10. Damschroder L.J., Aron D.C., Keith R.E. (2009), Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 2009 Aug 7;4:50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50. PMID: 19664226; PMCID: PMC2736161.

Anhang

Anhang 1: Nationale online Umfrage 2.3a: Fragenkatalog

Nationale Umfrage zur Ermittlung der aktuellen Qualitätsentwicklungspraktiken in Schweizer Betrieben der stationären Langzeitpflege

Sehr geehrte Damen und Herren,

Vielen Dank, dass Sie sich an dieser Umfrage beteiligen.

Ziel dieser Umfrage ist es, Praktiken zur Qualitätsentwicklung in Schweizer Betrieben der stationären Langzeitpflege zu ermitteln, insbesondere in Bezug auf die nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren (Bewegungseinschränkende Massnahmen, Mangelernährung, Polymedikation, selbst- und fremd eingeschätzte Schmerzen).

Für diese Umfrage wird "Qualitätsentwicklung" definiert als *die Anwendung systematischer und geplanter Strategien zur Entwicklung der Pflegeprozesse und -strukturen im Betrieb mit dem Ziel, die Ergebnisse für die Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern.*

WER KANN DIESE UMFRAGE AUSFÜLLEN

Die Umfrage kann einmal pro Betrieb von der Geschäftsleitung, Pflegedirektion/Leitung Pflege, Abteilungs- resp. Wohngruppenleitung, Pflegeexpert/-in, Qualitätsmanager/-in oder einer anderen Fachpersonen, die eng in die Prozesse zur Qualitätsentwicklung in der Pflege eingebunden sind, ausgefüllt werden. Falls gewünscht, kann die Umfrage auch als Team ausgefüllt werden. Wenn Sie Teil eines Betriebs mit mehreren Standorten oder einer Gruppe von Betrieben sind, kann jeder einzelne Standort oder Campus die Umfrage ausfüllen.

BEARBEITUNGSZEIT

Das Ausfüllen der Umfrage dauert etwa 10 bis 20 Minuten.

ANONYMITÄT

Die Umfrage ist vollständig anonym. Weder einzelne teilnehmende Personen, noch Betriebe werden in den Ergebnissen dieser Studie identifizierbar sein. Die Ergebnisse der Studie werden auf einem sicheren Server der Universität Basel gespeichert und werden nicht an Dritte weitergegeben.

ERGEBNIS

Die Ergebnisse der Umfrage werden zur Entwicklung eines Massnahmenpakets verwendet, das Betriebe der stationären Langzeitpflege bei der Qualitätsentwicklung für die Bewohnerinnen und Bewohner unterstützen soll.

Es wird ein Bericht verfasst und die Empfehlungen werden der Eidgenössischen Qualitätskommission vorgelegt. Auch eine wissenschaftliche Veröffentlichung ist geplant.

Weitere Informationen über die Studie, zu der diese Umfrage gehört, finden Sie hier: [Link zum OnlinePDF]

Nationales Implementierungsprogramm – **Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen 2022–2026** (NIP-Q-UPGRADE), Übertragung von Aufgaben mit Abgeltung durch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) an: ARTISET mit dem Branchenverband CURAVIVA und senesuisse – [Laufende Programme und Projekte \(admin.ch\)](#)

Umgesetzt in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaft (INS), Universität Basel, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source (La Source), Lausanne und Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI), Manno.



Universität
Basel
Pflegewissenschaft
Nursing Science

Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana
SUPSI

La Source.
Institut et Haute
Ecole de la Santé

TEILNAHME

Sind Sie mit der Teilnahme an dieser Umfrage einverstanden?

- Ja
- Nein

Teil 1: Die Organisation der Qualitätsentwicklung in Ihrem Betrieb

Frage 1. Welche Berufsgruppe ist in Ihrem Betrieb für die Organisation* der Qualitätsentwicklung in der Pflege zuständig? (Mehrfachnennungen möglich)

**Organisieren: Festlegung der Strategien / Richtlinien im Betrieb zur Qualitätsentwicklung und Koordinierung von Projekten zur Qualitätsentwicklung.*

- Geschäftsleiter/-in
- Pflegedirektion / Leitung Pflege
- Abteilungs- / Wohngruppenleitung
- Qualitätsmanager/-in
- Pflegeexpert/-in oder Advanced Practice Nurse (APN)
- Pflegefachperson
- Keine Person im Betrieb ist formell für die Organisation der Qualitätsentwicklung in der Pflege verantwortlich
- Andere Person (bitte angeben):

Frage 2a: Gibt es in Ihrem Betrieb derzeit Projekte zur Qualitätsentwicklung in der Pflege?

- Ja
- Nein

Frage 2b Wenn ja, wählen Sie bitte das Pflege Thema aus, dass das aktuelle Projekt verbessern soll (Mehrfachnennungen möglich)

- Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen
- Mangelernährung
- Polymedikation
- Schmerz
- Medikationsreview
- Gesundheitliche Vorausplanung
- Ärztliche Anordnungen für den Notfall
- Dekubitus
- Andere (bitte angeben):

Frage 3. Wurde(n) eine oder mehrere der in der Qualitätsentwicklung engagierten Person(en) im Betrieb in der Qualitätsentwicklung geschult*? (nur eine Antwort)

**Die Schulung kann im Rahmen eines Diplom- oder Zertifizierungsprogramms erfolgen und kann beispielsweise Strategien oder Methoden zur Qualitätsentwicklung umfassen.*

- Ja
- Nein
- nicht bekannt

Frage 4. Gibt es auf jeder Abteilung eine bestimmte Person*, die bei der Umsetzung von Projekten zur Qualitätsentwicklung in der Pflege unterstützt? (nur eine Antwort)

**Diese Person organisiert nicht die Qualitätsentwicklung der Pflege, sondern unterstützt die Umsetzung von Qualitätsprojekten auf einer Abteilung.*

- Ja
- Nein, nicht auf jeder Abteilung
 - Nein, auf keiner Abteilung
 - Ist angedacht
 - Nicht bekannt

Frage 5. Haben Sie Zugang zu den Ergebnissen* der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren Ihres Betriebs? (nur eine Antwort)

**Die Ergebnisse der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren beziehen sich auf den prozentualen Anteil der Bewohnenden mit bewegungseinschränkenden Massnahmen, Mangelernährung, Polymedikation und Schmerzen im Betrieb in einem bestimmten Jahr.*

- Ja, basierend auf externen Berichten
- Ja, wir berechnen unsere eigenen Resultate
- Ja, basierend auf externen Berichten und wir erheben unsere eigenen Daten zur Pflegequalität
- Nein, wir haben keinen Zugang zu diesen Daten
- nicht bekannt

Frage 6. Verwenden Sie aggregierte Daten von Bewohnenden*, um die Qualität der Pflege in Ihrem Betrieb zu bewerten? (nur eine Antwort)

**Aggregierte Daten von Bewohnenden beziehen sich auf Daten, die alle Bewohnende des Betriebs (oder eine bestimmte Gruppe) betreffen; sie können sich auf die nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren oder auf andere Pflege Themen beziehen (z. B. Stürze, Dekubitus)*

- Ja, basierend auf externen Berichten
- Ja, wir erheben unsere eigenen Daten zur Pflegequalität
- Ja, basierend auf externen Berichten und wir erheben unsere eigenen Daten zur Pflegequalität
- Nein, wir verwenden keine Daten
- nicht bekannt

Frage 7a. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie jeden der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren zur Bewertung der Versorgungsqualität für angemessen halten. Sollten Sie zusätzliche Anmerkungen haben, können Sie diese am Ende des ersten Teils der Umfrage im Freitextfeld hinzufügen.

1 ist nicht angemessen; 5 ist sehr angemessen

Qualitätsindikator	Angemessenheit des Indikators				
Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen - Fixierung des Rumpfes oder Sitzgelegenheit, die kein Aufstehen erlaubt: Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit täglicher Fixierung des Rumpfes oder mit Sitzgelegenheit, die die Bewohnenden am selbständigen Aufstehen hindert, in den letzten 7 Tagen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<i>Nicht angemessen</i>			<i>Sehr angemessen</i>	
Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen - Bettgitter: Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit täglichem Gebrauch von Bettgittern und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, welche Bewohnende am selbständigen Verlassen des Bettes hindern, in den letzten 7 Tagen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<i>Nicht angemessen</i>			<i>Sehr angemessen</i>	
Mangelernährung (Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit einem Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<i>Nicht angemessen</i>			<i>Sehr angemessen</i>	
Polymedikation (Prozentualer Anteil an Bewohnenden, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnahmen.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<i>Nicht angemessen</i>			<i>Sehr angemessen</i>	

Schmerzen Selbsteinschätzung: Prozentualer Anteil der Bewohnenden, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen angaben oder nicht täglich sehr starke Schmerzen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 <i>Nicht angemessen</i> <i>Sehr angemessen</i>
Schmerzen Fremdeinschätzung: Prozentualer Anteil der Bewohnenden, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen zeigten oder nicht täglich sehr starke Schmerzen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 <i>Nicht angemessen</i> <i>Sehr angemessen</i>

Frage 7b. Bitte geben Sie an, wie nützlich Sie jeden der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren für die Bewertung der Versorgungsqualität finden. Sollten Sie zusätzliche Anmerkungen haben, können Sie diese am Ende des ersten Teils der Umfrage im Freitextfeld hinzufügen.

1 ist nicht nützlich; 5 ist sehr nützlich

Qualitätsindikator	Nützlichkei <i>t</i> des Indikators
Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen - Fixierung des Rumpfes oder Sitzgelegenheit, die kein Aufstehen erlaubt: Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit täglicher Fixierung des Rumpfes oder mit Sitzgelegenheit, die die Bewohnenden am selbständigen Aufstehen hindern in den letzten 7 Tagen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 <i>Nicht nützlich.....Sehr nützlich</i>

<p>Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen - Bettgitter: Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit täglichem Gebrauch von Bettgittern und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, welche Bewohnende am selbständigen Verlassen des Bettes hindern, in den letzten 7 Tagen.</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 <i>Nicht nützlich.....Sehr nützlich</i></p>
<p>Mangelernährung (Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit einem Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen)</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 <i>Nicht nützlich.....Sehr nützlich</i></p>
<p>Polymedikation (Prozentualer Anteil an Bewohnenden, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnahmen.)</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 <i>Nicht nützlich.....Sehr nützlich</i></p>
<p>Schmerzen Selbsteinschätzung: Prozentualer Anteil der Bewohnenden, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen angaben oder nicht täglich sehr starke Schmerzen.</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 <i>Nicht nützlich.....Sehr nützlich</i></p>
<p>Schmerzen Fremdeinschätzung: Prozentualer Anteil der Bewohnenden, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen zeigten oder nicht täglich sehr starke Schmerzen.</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 <i>Nicht nützlich.....Sehr nützlich</i></p>

Frage 8. Wie motiviert ist das Pflege- und Betreuungspersonal in Ihrem Betrieb, sich an Projekten zur Qualitätsentwicklung zu beteiligen?

0 ist nicht motiviert; 10 ist hoch motiviert

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Frage 9a. Wie ermitteln Sie in Ihrem Betrieb Pflegebereiche, die einer Qualitätsentwicklung bedürfen (eine Antwort möglich)?

- Entwicklungsbereiche werden ausschliesslich von der Linienverantwortlichen (von der Geschäftsführung bis zur Abteilungs-/Wohngruppenleitung) identifiziert
- Entwicklungsbereiche werden von den Linienverantwortlichen zusammen mit verantwortlichen Stabsstellen (z. B. Qualitätsmanager/-in, Pflegeexpert/-in) ermittelt
- Entwicklungsbereiche werden von allen Ebenen gemeinsam inkl. dem Pflege- und Betreuungspersonal ermittelt
- Es gibt keinen Fokus auf die Identifizierung von Verbesserungsbereichen
- Sonstiges (bitte angeben):

Frage 9b. Wenn das Personal an der Qualitätsentwicklung in der Pflege beteiligt ist, geben Sie bitte an, wie sie Vorschläge zur Qualitätsentwicklung machen können

- Vorschläge können über ein spezielles System gemacht werden (z. B. ein Feedbacksystem, dafür reservierte Zeit in Teamsitzungen)
- Vorschläge können spontan gemacht werden (z. B. während Gesprächen mit Vorgesetzten)
- Sonstiges (bitte angeben):

Frage 10a. Bitte wählen Sie die drei wichtigsten Faktoren aus, die die Qualitätsentwicklung der Pflege in Ihrem Betrieb erleichtern. (bis zu drei Antworten möglich)

- Personal, das für die Organisation der Qualitätsentwicklung in der Pflege verfügbar ist
- Personal, das Daten von Bewohnenden aus elektronischen Gesundheitsakten exportieren kann, um die Pflegequalität zu messen
- Eine Pflegeexpertin / ein Pflegeexperte, die/der bei der Umsetzung der Qualitätsentwicklung auf der Abteilung helfen kann
- Verfügbare Zeit für die Durchführung von Projekten zur Qualitätsentwicklung
- Verfügbare Finanzmittel für die Durchführung von Projekten zur Qualitätsentwicklung
- Personal, das motiviert ist, sich an der Qualitätsentwicklung zu beteiligen
- Unterstützung durch die Geschäftsführung bei der Organisation der Qualitätsentwicklung
- Öffentlich verfügbare Informationen über die Ergebnisse des Betriebes zu den nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren, die vom Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht werden
- Zugang zu den Ergebnissen des Betriebes zu den nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren über die Anbietenden der Bedarfsermittlung im Gesundheitswesen (Besa, RAI, Plaisir)
- Zugang zu Rückmeldungen von Bewohnenden oder Familienmitgliedern über die Pflegequalität im Betrieb
- Zugang zu Rückmeldungen des Personals über die Pflegequalität im Betrieb

Andere Faktoren :

Frage 10b. Bitte wählen Sie die drei wichtigsten Faktoren aus, die die Qualitätsentwicklung der Pflege in Ihrem Betrieb behindern. (bis zu drei Antworten möglich)

- Kein Personal, das für die Organisation der Qualitätsentwicklung in der Pflege verfügbar ist
- Kein Personal, das Daten von Bewohnenden aus elektronischen Gesundheitsakten exportieren kann, um die Pflegequalität zu messen
- Fehlen einer Pflegefachperson, die bei der Umsetzung der Qualitätsentwicklung auf der Abteilung helfen kann
- Nicht genügend Zeit für die Durchführung von Projekten zur Qualitätsentwicklung
- Nicht genügend Mittel für die Durchführung von Projekten zur Qualitätsentwicklung verfügbar
- Personal, das nicht motiviert ist, sich an der Qualitätsentwicklung zu beteiligen
- Keine ausreichende Unterstützung durch die Geschäftsführung bei der Organisation der Qualitätsentwicklung
- Keine öffentlich zugänglichen Informationen über die Ergebnisse des Betriebes zu den nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren, die vom Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht werden
- Kein Zugang zu den Ergebnissen des Betriebes zu den nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren über die Anbietenden der Bedarfsermittlung im Gesundheitswesen (Besa, RAI, Plaisir)
- Kein Zugang zu Rückmeldungen von Bewohnenden oder Familienangehörigen über die Pflegequalität im Betrieb
- Kein Zugang zu Rückmeldungen des Personals über die Qualität der Betreuung im Betrieb
- Andere Faktoren:

Frage 11. Bitte geben Sie an, wenn bekannt, wie häufig die folgenden Situationen im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung der Pflege in Ihrem Betrieb auftreten. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage EIN Kästchen an. Sollten Sie zusätzliche Anmerkungen haben, können Sie diese am Ende des ersten Teils der Umfrage im Freitextfeld hinzufügen.

Die nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren betreffen vier Messthemen: bewegungseinschränkende Massnahmen, Mangelernährung, Polymedikation und Schmerzen.

	Niemals	Mindestens einmal alle 6 Monate	Alle 7 bis 12 Monate	Alle 13 bis 24 Monate	Alle 2 bis 5 Jahre	nicht bekannt
Frage 11.a: Es werden Umfragen bei den Bewohnenden durchgeführt, die Fragen zur Pflegequalität enthalten.						

Frage 11.b: Es werden Umfragen bei den Familienangehörigen der Bewohnenden durchgeführt, die Fragen zur Pflegequalität enthalten.						
Frage 11.c: Es werden Erhebungen mit dem gesamten Personal durchgeführt, die Fragen zur Pflegequalität enthalten.						
Frage 11.d Bewohnende und/oder Familienangehörige werden über die Ergebnisse unserer nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren informiert						
Frage 11.e Die Resultate der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren werden dem gesamten Personal mitgeteilt.						
Frage 11.f Die Resultate der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren werden verwendet, um Ziele zur Qualitätsentwicklung der Pflege zu ermitteln.						
Frage 11.g Die Resultate der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren werden verwendet, um die Pflegequalität mit den Leistungszielen zu vergleichen, die wir uns selbst gesetzt haben.						

Frage 11.h Die Resultate der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren werden verwendet, um die aktuelle Pflegequalität mit den Ergebnissen der Vorjahre zu vergleichen						
Frage 11.i Die Resultate der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren werden zum Vergleich der Pflegequalität mit anderen Betrieben herangezogen						

Frage 12. Bitte wählen Sie die Qualitätsentwicklungs-, Pflegequalitäts- oder Qualitätsmanagementprogramme oder Zertifizierungen aus, an denen Sie teilnehmen (wählen Sie alle zutreffenden aus)

- SanaCERT
- Qualivista
- ISO-Zertifizierung (wie ISO 9001 oder ISO 9004)
- EFQM (Europäische Stiftung für Qualitätsmanagement)
- Sonstiges, bitte angeben: *Text*
- Keine Teilnahme an einem Programm oder einer Zertifizierung

Frage 13. Welcher Bereich ist Ihrer Meinung nach in Ihrem Betrieb entwicklungswürdig? (wählen Sie alle zutreffenden aus)

- Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen
- Mangelernährung
- Polymedikation
- Schmerzen
- Medikationsreview
- Gesundheitliche Vorausplanung
- Ärztliche Anordnungen für den Notfall
- Dekubitus
- Keiner
- andere (bitte angeben):

Frage 14. Bitte wählen Sie die systematischen Methoden zur Qualitätsentwicklung der Pflege aus, die in Ihrem Betrieb mindestens einmal pro Jahr angewendet werden (Mehrfachnennungen möglich)

- Ursachenanalyse
- Plan Do Study Act (PDSA) Zyklus (*auch bekannt als Plan Do Check Act, PDCA*)
- Totales Qualitätsmanagement (TQM), kontinuierliche Qualitätsentwicklung
- Lean production system, schlankes Management

- Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse
- Six Sigma, DMAIC-Modell
- Interprofessionelle ethische Diskussionen
- Verwendung eines Systems zur Meldung kritischer Ereignisse (CIRS)
- Nutzung eines Feedback-Systems für Beschwerden von Bewohnenden oder Familienangehörigen
- Sonstiges, bitte angeben: *Text*
- Es werden keine systematischen Methoden zur Qualitätsentwicklung der Pflege eingesetzt

Frage 15. Diese Umfrage wird im Rahmen des NIP-Q-UPGRADE-Programms durchgeführt, das Betriebe der stationären Langzeitpflege bei der Qualitätsentwicklung der Pflege unterstützen soll, insbesondere in den Bereichen bewegungseinschränkende Massnahmen, Mangelernährung, Polymedikation und Schmerzen.

Bitte beschreiben Sie so detailliert wie möglich, welche Unterstützung Sie sich wünschen würden oder was Ihr grösstes Bedürfnis im Hinblick auf die Organisation der Qualitätsentwicklung in der Pflege ist.

Freier Text

Teil 2: Soziodemographische- und Betriebsmerkmale

Frage 16. Bitte geben Sie den Kanton an, in dem sich Ihr Betrieb der stationären Langzeitpflege befindet: TEXT

Frage 17. Bitte geben Sie die Art des Betriebs an: *(einfache Antwort)*

- Öffentlich-rechtlich
- Privatrechtlich

Frage 18. Sind Sie Teil einer grösseren Gruppe von Betrieben der stationären Langzeitpflege? *(Einzelne Antwort)*

- Ja
- nein

Frage 19. Falls ja, geben Sie bitte an, welche Prozesse zur Qualitätsentwicklung und für medizinische Qualitätsindikatoren zentralisiert sind (falls vorhanden): *(Wählen Sie alle zutreffenden aus)*

- Datenerhebung und Erfassung von nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren
- Einholung von Rückmeldungen des Pflege- und Betreuungspersonals, der Bewohnenden und/oder der Familienangehörigen zur Pflegequalität
- Überwachung der Pflegequalität
- Festlegen von Zielen bezüglich der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren
- Koordinierung von Projekten zur Qualitätsentwicklung
- Organisation von Strategien zur Qualitätsentwicklung, z. B. Schulungsmodule für das Personal
- Sonstiges, bitte angeben: *Text*

Frage 20. Bitte geben Sie die Anzahl der Plätze in Ihrem Betrieb an: *(Einfachantwort)*

- Klein = 49 oder weniger
- Mittel = 50 bis 99
- Gross = 100 oder mehr
- Sehr gross = 250 oder mehr

Frage 21. Was ist Ihre Funktion in Ihrem Betrieb der stationären Langzeitpflege? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- Geschäftsleiter/-in
- Pflegedirektion / Leitung Pflege
- Abteilungs- / Wohngruppenleitung
- Qualitätsmanager/-in
- Pflegeexpert/-in oder Advanced Practice Nurse (APN)
- Pflegefachperson
- Andere Person (bitte angeben):

Frage 22. Welche Aufgaben haben Sie bzw. die Gruppe der Personen, die die Umfrage ausfüllen, in Bezug auf die Qualitätsentwicklung? *(Kreuzen Sie alles an, was zutrifft)*

- Gesamtkoordination der Qualitätsentwicklung in der Pflege im Betrieb
- Organisation und/oder Leitung von Projekten zur Qualitätsentwicklung in der Pflege
- Teilnahme an Projekten zur Qualitätsentwicklung in der Pflege
- Organisation von Schulungen zur Qualitätsentwicklung in der Pflege im Betrieb
- Zieldefinition hinsichtlich der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren
- Sammeln von Daten über nationale medizinische Qualitätsindikatoren
- Erfassung und Verarbeitung von nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren
- Sammeln von Feedback oder Zusammenstellen von Ergebnisse von Befragungen von Bewohnenden, Familienangehörigen oder Personal
- Sonstiges, bitte angeben: *Text*

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Teil 3: Teilnahme an der Folgestudie

Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben. Wir werden diese Umfrageergebnisse zur Entwicklung eines Massnahmenpakets verwendet, das Betriebe der stationären Langzeitpflege bei der Qualitätsentwicklung für die Bewohnerinnen und Bewohner unterstützen soll.

Wir sind ausserdem auf der Suche nach Betrieben, die an einem weiterführenden Forschungsinterview interessiert sind, um näher zu beleuchten, wie sie die Qualitätsentwicklung organisieren, was gut funktioniert und was eine Herausforderung darstellt. Diese Informationen werden uns helfen, die Massnahmen zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung weiter auf die Bedürfnisse der Betriebe zuzuschneiden.

Gerne können Sie sich bei Fragen oder für nähere Informationen bei Lisa Kästner (nip@unibas.ch) oder Prof. Dr. Franziska Zúñiga (franziska.zuniga@unibas.ch) melden.

Wenn Sie an einem Folgegespräch interessiert sind, wird sich ein Mitglied unseres Studienteams mit Ihnen in Verbindung setzen, um ein gemeinsames online Treffen zu planen.

Frage 24a: Sind Sie daran interessiert, an einem Follow-up über die Organisation der Qualitätsentwicklung in Ihrem Betrieb teilzunehmen?

- Nein (wenn Nein: **Frage 24b:** vielen Dank für Ihre Teilnahme)
- Ja

Frage 25: Bitte geben Sie Ihre Kontaktinformationen an

Vorname:

Nachname:

E-Mail:

Frage 26: Bevorzugte Ansprache für den Schriftverkehr:

- Herr
- Frau
- Akademischer Titel / Sonstiges: bitte angeben

Frage 27: Um eine möglichst vielfältige Gruppe von Teilnehmenden für diese Folgestudie auswählen zu können, werden wir einige Umfragedaten hierzu verwenden (z. B. Grösse des Betriebs, berichtete hinderliche- und förderliche Faktoren für die Qualitätsentwicklung, Anwendung bestimmter Praktiken zur Qualitätsentwicklung). Diese Informationen helfen uns bei der Vorbereitung auf das Interview. Persönliche Informationen oder Informationen über einzelne Betriebe werden nicht in die Ergebnisse einfließen.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir die von Ihnen angegebenen Antworten in der Umfrage verwenden, um ein Folgegespräch mit Ihnen vorzubereiten?

- Nein
- Ja

Wenn Sie Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren unter nip@unibas.ch

Anhang 2: Workshop 2.3c: Fiktives Fallbeispiel zum Einstieg in die Diskussion

*die Geschichte und die Namen sind frei erfunden

Fallbeispiel von Herrn Ritter*, Bewohner des Alters- und Pflegeheims Rosengarten*

Herr Ritter* ist 88 Jahre alt und lebt seit dem letzten Sommer im Alters- und Pflegeheim Rosengarten*. Er ist verwitwet und hat zwei Töchter und drei Enkelkinder. Herr Ritter ist vor einem Jahr zuhause gestürzt und hat sich den Oberschenkelhals gebrochen. Kurz darauf verstarb seine Frau sehr unerwartet, als er noch im Spital war und sich von seiner Hüftoperation erholte. Danach war klar, dass er nicht mehr nach Hause zurückkehren konnte. Deshalb zog er in den Rosengarten. Seit dem Sturz vor einem Jahr hat Herr Ritter oft Schmerzen in der Hüfte und im Rücken. Dadurch ist auch sein Gang unsicher geworden.

Die beiden Töchter besuchen Herrn Ritter jede Woche. Als Eliane, seine jüngere Tochter, ihn letztes Mal besuchte, wirkte er sehr bedrückt. Er sass vor seinem Abendessen im Speisesaal und stocherte mit der Gabel im Spätzligratin herum, ass aber kaum etwas. Eliane fragte ihn, ob er keinen Hunger habe und er sagte, nein. Seine vier Tabletten, die er jeden Abend nehmen muss, schluckte er nur mit etwas Milchkaffee. Eliane sagte darauf noch einmal, er solle doch etwas essen. Sie hatte den Eindruck, er habe Gewicht verloren. Doch er schüttelte den Kopf. Dann wurden die Tische abgeräumt. Niemand fragte ihn, warum er nicht mehr gegessen habe. Eliane begleitete Herrn Ritter in sein Zimmer. Er setzte sich in seinen Fernsehsessel und sagte, er habe Schmerzen. Dann stand er mühsam wieder auf und sagte, er müsse auf's WC. Eliane wollte läuten, aber er sagte, nein. Mit unsicheren Schritten ging er dann ins Badezimmer. Eliane wollte ihm helfen, aber er sagte, es gehe schon alleine. Während ihr Vater auf der Toilette war, dachte Eliane an früher zurück. Er war immer ein unternehmungslustiger Mann gewesen. Er hatte oft Witze erzählt. Er liebte gutes Essen und seine Kühe waren sein grosser Stolz. Sie machte sich Gedanken, warum er immer so Schmerzen hatte, obwohl er doch viele Medikamente bekam. Auch die Tatsache, dass er schlecht auf den Beinen war, aber keine Hilfe annehmen wollte, machte ihr Sorgen. Was, wenn er wieder stürzte? Und warum hatte er keinen Appetit?

Eine Stunde später verabschiedete sich Eliane. Auf dem Gang traf sie eine Pflegende und erzählte ihr, worüber sie sich Gedanken machte. Die Pflegende erklärte ihr dann, dass Herr Ritter nie läute, obwohl man ihn immer wieder dazu ermuntere. Gerade wenn er nachts aufstehe, sei er sehr unsicher auf den Beinen. Deshalb versuche man es jetzt einmal mit Bettgittern. Appetit habe er in letzter Zeit auch kaum. Schliesslich schlug die Pflegende vor, dass es demnächst ein Familiengespräch mit Herrn Ritter, seinen Töchtern und den Pflegenden geben sollte.

Anhang 3: Workshop 2.3c: Ablauf mit Fragekatalog

Fragenkategorie	Frage	Bemerkung
FALLBEISPIEL	Vorlesen und mitlesen lassen	
<p>1. Reaktionen zum Fallbeispiel/ Fragen zur Einschätzung der Situation von Herrn Ritter Einstieg</p>	<p>1. Sie haben nun diese Geschichte gelesen und gehört. Ganz spontan, was ging Ihnen als erstes durch den Kopf, als Sie diese Geschichte hörten?</p>	
<p>Familiengespräch Perspektive Herr Ritter Perspektive Töchter</p>	<p>2a Stellen Sie sich vor, es kommt zu diesem Familiengespräch mit Herrn Ritter, seinen Töchtern und Pflegenden. Was würden Sie ansprechen, wenn Sie Herr Ritter wären?</p> <p>2b Wenn Sie seine Töchter wären, was würden Sie dann ansprechen?</p>	<p><u>Inputs zum Nachhaken:</u></p> <p><i>*würde er etwas sagen wollen?</i></p> <p><i>*würde er etwas ändern wollen?</i></p> <p><i>*was könnte ihn im Alltag belasten?</i></p>
<p>2. Fragen zu den eigenen Erfahrungen und Wahrnehmungen Überleitung zur eigenen Lebenssituation</p>	<p>3 Kommen Ihnen gewisse Aspekte in dieser Geschichte bekannt vor? Wenn ja, welche und von wem?</p>	<p><i>[Bewohnende direkt ansprechen, wenn sie nicht von sich aus sprechen]</i></p>
<p>Qualitätsindikatoren</p>	<p>4 Hatten Sie [oder Ihr Familienmitglied, das hier lebt] auch schon mal Phasen, in denen Sie [oder die Person] längere Zeit Schmerzen hatte[n]?</p> <p>Wenn ja, haben Sie mit den Pflegenden über die Schmerzen gesprochen? Wenn ja, wie haben sie darauf reagiert? Fühlten Sie sich ernstgenommen? Haben die Pflegenden Sie zuerst auf die Schmerzen angesprochen?</p>	<p><i>[animieren, frei zu sprechen!]</i></p> <p><i>*Schmerzen</i></p>
	<p>5 Viele Bewohnende müssen regelmässig Medikamente nehmen. Wissen Sie, wofür die einzelnen Medikamente</p>	<p><i>* Medikamente</i></p>

	<p>sind, die Sie einnehmen [oder die Ihr Familienmitglied, das hier lebt einnimmt]?</p> <p>Hat der Arzt oder die Pflege mit Ihnen über diese Medikamente gesprochen?</p>	
	PAUSE	
	<p>6 Hatten Sie [oder Ihr Familienmitglied, das hier lebt] auch schon mal längere Phasen von Appetitlosigkeit oder Probleme mit dem Essen?</p> <p>Wenn ja, haben Sie mit Pflegenden darüber gesprochen? Wie haben diese darauf reagiert? Haben die Pflegenden Sie von sich aus darauf angesprochen?</p>	<p>* <i>Appetitlosigkeit/Essen</i></p>
	<p>7 Haben Sie sich seit Sie hier im Heim leben bereits einmal irgendwie in Ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt gefühlt?</p> <p>Oder haben Sie von Ihrem Familienmitglied, das hier lebt schon einmal gehört, dass es sich in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt fühlte?</p>	<p>*<i>Bewegungseinschränkung</i></p> <p>* <i>aus einem tiefen Stuhl nicht selber aufstehen können?</i></p> <p>*<i>den Stuhl vom Tisch nicht selber zurückschieben können?</i></p> <p>*<i>Bettgitter u.ä. sehr persönlich, nicht direkt ansprechen, nur nachhaken, wenn Thema erwähnt wird!</i></p>
Gute Pflegequalität	<p>8a Was bedeutet für Sie eine gute Betreuung und Pflege im Heim? Was gehört da alles dazu?</p> <p>8b Wenn Sie an den Alltag hier denken, sind diese Punkte, die eine gute Betreuung und Pflege ausmachen für Sie erfüllt oder fehlt etwas?</p>	<p>Check:</p> <p>*<i>welche Akteure werden erwähnt?</i></p> <p>*<i>Welche (Pflege)handlungen werden aufgezählt?</i></p> <p>*<i>werden QIs erwähnt? Wenn ja, welche und wie?</i></p>

	<p>8c Wie möchten Sie ganz generell im Alltag in die Gestaltung der Betreuung und Pflege einbezogen werden? Können Sie ein Beispiel nennen?</p>	
<p>Interaktion Direktion und Bewohnende</p>	<p>9a Gibt es hier im Heim Infoveranstaltungen für die Bewohnenden, die durch das Heim organisiert werden?</p> <p>Wenn ja, zu welchen Themen?</p> <p>9b Gibt es hier einen BewohnerInnenrat?</p> <p>Wenn ja, worüber wird dort gesprochen?</p> <p>Wenn ja, wie findet der Austausch zwischen dem Rat und der Heimleitung statt?</p>	<p><i>Check:</i></p> <p><i>*welche Themen werden genannt?</i></p> <p><i>*welche Kommunikationswege werden angesprochen?</i></p> <p><i>*welche Probleme werden genannt?</i></p>

Anhang 4: Nationale online Umfrage 2.3a: Rücklauf

Kanton / Sprachregion	Anzahl Teilnehmende nationale Umfrage
Gesamt	n = 204
FR¹	45
Freiburg	13
Genf	8
Neuenburg	5
Waadt	16
Wallis	3
DE²	140
Aargau	13
Appenzell Ausserrhoden	7
Basel Landschaft	11
Basel Stadt	3
Bern	7
Freiburg	5
Graubünden	4
Luzern	3
Nidwalden	1
Obwalden	3
Schaffhausen	4
Schwyz	5
Solothurn	7
St. Gallen	22
Tessin	3
Thurgau	1
Wallis	2
Zug	3
Zürich	36
IT³	19
Tessin	19

¹ FR = Französischsprachige Schweiz

² DE = Deutschsprachige Schweiz

³ IT = Italienischsprachige Schweiz

Anhang 5: Nationale online Umfrage 2.3a: Merkmale der teilnehmenden Pflegeheime

Anzahl Pflegeheime	N = 15
Deutschsprachige Schweiz	9
Französischsprachige Schweiz	3
Italienischsprachige Schweiz	3
Kantone (n=26), n	11
Trägerschaft, n	
Öffentlich	7
Privat	4
Stiftung	4
Grösse der Pflegeheime, n	
klein (= <=1 bis 49)	4
mittel (= 50 bis 99)	5
gross (= >=100 bis 249)	5
sehr gross (= >250)	1

Anhang 6: Interviews 2.3b: Charakteristiken der Teilnehmenden mit Verantwortung im Qualitätsbereich

Anzahl Teilnehmende	n= 25
Deutschsprachige Schweiz	13
Französischsprachige Schweiz	4
Italienischsprachige Schweiz	9
Anzahl Rollen; n	
Betriebsleitung/Direktor:in	4
Leitung Pflege	10
Pflegeexpert:in/APN	3
Qualitätsmanager	4
Andere Rollen: Direktor:in Administration, Direktor:in Gesundheit, Leitung Dienste und Projekte, RAI Expert:in	

Anhang 7: Interviews 2.3b: Charakteristiken von Setting und Interviews

Anzahl Interviews	n=15
Durchführung, n	
vor Ort	5
online per zoom	10
Anzahl Teilnehmende an den Interviews, n	N = 25
Einzelinterview	9
Gruppeninterview (2 – 4 Teilnehmende)	6
Dauer der Interviews, Bandbreite Min	36,39 bis 87,48

Anhang 8: Interviews 2.3b: Identifizierte Determinanten für die Qualitätsentwicklung

Der folgende Kasten gibt einen Überblick über die in den Interviews ermittelten Determinanten für die Organisation der Qualitätsentwicklung.

- Klar zugewiesene Verantwortlichkeiten und Aufgaben im Qualitätsmanagement (z.B. Pflegeexpert:innen, Qualitätsmanager:innen) sowie Prozesse und Strukturen und Bereitstellung von Ressourcen (Finanzen, Personal, Zeit, Material). Die Unterstützung durch das Management ermöglicht es der für die Qualitätsentwicklung zuständigen Person, von der Problemerkennung zur Organisation von Projekten überzugehen.
- Analyse von vertrauenswürdigen und zuverlässigen Daten unter Einbezug von Kontextfaktoren, wie z.B. spezialisierte Angebote (Demenz), Pflegestufe, Infrastruktur, und Belegung, ermöglicht einen Vergleich mit ähnlichen Betrieben. Die Analyse von Daten und das Verstehen der Daten wird beeinflusst von den Software Kenntnissen sowie die Möglichkeiten der Software zur Datengewinnung und -nutzung. Unzureichende Anwendermöglichkeiten der Software (z.B. Plaisir) oder fehlende Anwenderkenntnisse zur Nutzung der Software erschweren die Datenanalyse und die Nutzung von vertrauenswürdigen Daten.
- Interner Datenvergleich unter Einbezug von Kontextfaktoren (z.B. Demenz, Palliative Care, Veränderungen der Pflegestufen) ermöglicht die Einschätzung der erreichten Qualität, identifizieren von Erfolg und Misserfolg und Erkennen von Optimierungsbedarf. Mit den Mitarbeitenden zusammen Erfolge feiern und Misserfolge konstruktiv anzugehen wird durch eine wertschätzende Fehler- und Feedbackkultur im Pflegeheim unterstützt.
- Externer Datenvergleich (Benchmarking) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren mit ähnlichen Betrieben sowie Networking mit anderen Betrieben der Langzeitpflege, Akutspitäler, medizinischen und therapeutischen Diensten etc. wird als wichtig erachtet zur Positionierung des Pflegeheims, Imagepflege, Erkennen von Entwicklungspotential und Nutzen von Ressourcen zur Entwicklung der Qualität.
- Zugänglichkeit von Informationen zu den Daten auf allen Ebenen mithilfe eines definierten Datentransfers von verständlichen zielgruppenorientierten Informationen zu den Daten. Dies erfordert seitens Management und Leadership die Bereitstellung von zeitlichen und materiellen Ressourcen, sowie organisatorische Strukturen zur Kommunikation und Information.
- Diskussion der Daten auf allen Ebenen und Einbezug aller Mitarbeitenden, Bewohnenden, Angehörigen, sowie medizinischer und therapeutische Dienstleister (Ärzt:innen, Expert:innen z.B. Ernährung, Therapeut:innen etc.). Förderlich sind hier flache Hierarchien, ein Ansatz der Partizipation und Kollaboration und Kommunikationsgefässe. Hinderlich sind hier Desinteresse seitens Management an den MQI Daten sowie hierarchische Strukturen und Führungsentscheide, die Partizipation und Kollaboration verunmöglichen.
- Motivation der Mitarbeitenden durch Verständnis generieren, die Bereitstellung von verständlichen Informationen, Vermittlung von Wissen zu den MQI und Nutzung der Software der Anbieter der Bedarfserhebungsinstrumente sowie der Bewohnerdokumentation. Förderlich sind hier Leadership Kompetenzen der Führungspersonen.
- Einbezug der Erkenntnisse und Meinungen, Bedürfnisse und Werte sowie Handlungsoptionen zur Entwicklung der Qualität seitens der Mitarbeitenden, Bewohnenden, Angehörigen. Feedbacksysteme z.B. Mitarbeitenden, Bewohner- und

Angehörigenbefragungen zu Qualitätsthemen. Eine Betriebskultur die Partizipation und Kollaboration wirkt unterstützend.

- Strategien auf Führungsebene zur Kollaboration mit Ärzt:innen mit dem Ziel auf Augenhöhe mit den Mitarbeitenden an der Basis zu kommunizieren und gemeinsam Entscheidungen zu treffen zugunsten der Bewohnenden.

Anhang 9: Interviews 2.3b: QAPI Ergebnisausrichtung

Feedback/Datensystem und Monitoring

Die Überprüfung der Pflegequalität erfolgt mithilfe von z. B. Berichten zu MQI, Mitarbeiter-, Bewohnerbefragungen, Beschwerdemanagement, Überprüfen von kritischen Ereignissen (CIRS), Informationsveranstaltungen (Mitarbeitende, Bewohnende, Angehörige). Vergleich von Daten unterschiedlicher Quellen wird genutzt zur Identifikation von Problemen und Handlungsfeldern unter Einbezug von Kontext- und Einflussfaktoren. Diskussion erfolgt erst im Kader (obere, mittlerer), danach zielgruppenbezogen auf Abteilungsebene. Der Nutzen der Daten liegt z.B. im Aufzeigen von Ist- und Sollstand, Erfolg und Misserfolg. Einbeziehen von Mitarbeitenden auf Abteilungsebene fördert deren Motivation, Engagement sowie Unterstützung von Qualitätsentwicklung. Wichtig sind zielgruppengerichtete Informationen und verständliche Daten. Zur Verbreitung von Resultaten werden z.B. Newsletter, Informationsveranstaltungen, Fallbesprechungen genutzt. Der Input von internen und externen Experten:innen (Schmerz, Ernährung) unterstützt die Qualitätsentwicklung. Datenvergleiche z.B. Polymedikation sind nützlich zur Diskussion und Entwicklung der Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen. Benchmarks mit ähnlichen, Pflegeheimen im selben Kanton werden nationalen Benchmarks vorgezogen. Zuverlässige Datenerhebungsverfahren (Messinstrumente) sind Voraussetzung für die Vertrauenswürdigkeit der Daten.

Management und Leadership

Je nach Ressourcen (personell, finanziell) werden Aufgaben und Verantwortlichkeiten über unterschiedliche Rollen im oberen oder mittleren Kader organisiert. Die Zuteilung der Verantwortung für die Qualität erfolgt an Einzelrollen (Pflegeexpert:in/APN, Qualitätsmanager:in) oder durch Zuordnung zu einer bestehenden Funktion (Leitung Pflege). In einigen Pflegeheimen gibt es Pflegefachpersonen mit spezieller Expertise zur Unterstützung der Abteilungen. Führungskompetenzen (Leadership, Softskills, intrinsische Motivation), Fachwissen zu den MQI, analytische Fähigkeiten, sowie die Fähigkeit Mitarbeitende zu motivieren und zu integrieren in Qualitätsprozesse sind Voraussetzung für erfolgreiche Qualitätsentwicklung. Wert wird auf Bereitstellung von personellen Ressourcen, Zeit, Kommunikations- und Informationsgefässe sowie Rahmenbedingungen, Materialien (Richtlinien, Konzepte, Software) und Schulungen gelegt. Die Präsenz von Kaderpersonen auf der Abteilung wird von Mitarbeitenden geschätzt. Eine gute Arbeitsatmosphäre, wo Mitarbeitende gehört und in Entscheidungen einbezogen werden, sich einbringen können und Wertschätzung erfahren, fördert ein gemeinsames Arbeiten. Eine Kultur, in der Mitarbeitende unterstützt und Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten gestärkt, Anliegen ernst genommen und strategische Lösungsmöglichkeiten (Mitarbeiterpool, Experten, Gespräche) angeboten werden, fördert Teamdynamik und Teamwork.

Systematische Analysen und systematischer Ansatz

In einigen Pflegeheimen werden systematische Analysen von Daten unterschiedlicher Quellen durchgeführt und diese mit bestehenden Daten verglichen, um Probleme zu identifizieren. Einige Führungspersonen nutzen die Ursachenanalyse, um Problemen auf den Grund zu gehen. Ein systematischer Ansatz wird in einigen Pflegeheimen mithilfe der Erfassung und Auswertung von kritischen Ereignissen (CIRS) genutzt, um Ursachen zu erkennen und Präventionsmassnahmen zu ergreifen, respektive nachhaltige Qualitätsentwicklung einzuleiten. Das Bestreben, sich immer weiter zu entwickeln und in einem kontinuierlichen Lernprozess zu sein, war den interviewten Personen wichtig und führte

zum dementsprechenden Angebot an Schulungen zur Vertiefung von Wissen, Fallanalysen und Besprechungen sowie die praktische Unterstützung und Präsenz auf den Abteilungen.

Performance- und Entwicklungsprojekte

In den Pflegeheimen werden auf der Basis von Daten und Bedarfsanalysen Projekte zur Qualitätsentwicklung durchgeführt. Die Haltung vom Management, Wissen, Philosophie sowie Rahmenbedingen beeinflussen hierbei die Sichtweise und den Fokus auf Projekte wie personenzentrierte Pflege, oder Entwicklung von MQI. Klar definierte Rollen (Projektleitung, Projektteam) sind wichtig. Der PDCA Zyklus ist als strukturierte Ansatz einigen interviewten Personen bekannt, wird meist eher als Gedankenstütze genutzt, scheint bisher noch nicht als strukturierte Ansatz in die Praxis transferiert zu sein. In den Pflegeheimen zeigte sich, dass systematische und strukturierte Projekte langfristig (über mehrere) Jahre geplant und durchgeführt eher zur Entwicklung der Qualität führen, als kurzfristig geplante. Begründet wurde dies mit instabilen Personalressourcen (Fluktuation, Krankheitsausfälle, Rekrutierungsproblemen von Fachpersonen) und Zeit. Auf dem Weg zur Performance sind die Leadershipkompetenzen von engagierten Projektleitungen wichtig, um die Mitarbeitenden zu motivieren, sich für die Qualitätsentwicklung einzusetzen. Performance Kriterien für Qualitätsentwicklungsprojekt sind Mitarbeitende "on board", Einbezug von Bewohnenden und Angehörigen und der Einsatz von Pflegexpert:innen.

Anhang 10: Interviews 2.3b: Übersicht der identifizierten Themen gemäss CFIR

Bereich	Thema des Interviews	Erläuterung
INTERVENTION		
– Design	Checklisten und Werkzeuge	Es werden unterstützende Materialien gewünscht zu den MQI, welche Verständnis und Angebot einer guten Pflege unterstützen.
– Quelle der Intervention	Bewährte Praktiken	Die Pflegeheime schätzten vor allem Praxisbeispiele von Kollegen, wie die Qualität der Pflege organisiert werden kann.
– Relativer Vorteil	PDCA	Elemente des PDCA-Zyklus könnten die Qualitätsentwicklung unterstützen, indem sie die Mitarbeitenden in das Projekt einbinden.
– Stärke und Qualität der Evidenz	Qualität der Daten	Es gibt ein Zögern bei der Verwendung von Daten, wenn ein(e) Pflegeexpert:in kein Vertrauen in die Qualität der QI-Daten hat. Dies erstreckt sich auch auf eine kritische Haltung gegenüber der Nützlichkeit von Benchmarking (da die Daten nicht wahr sind).
– Komplexität	Ein neues System lernen	Wenn ein neues System für Qualitätsindikatoren eingeführt wird, z. B. RAI, braucht man Zeit, um sich mit den Funktionen vertraut zu machen und damit zu arbeiten.
ÄUSSERES SETTING		
– Externe Vernetzung	Netzwerk des Pflegeheims	Die Zusammenarbeit mit Spitälern und externen Expert:innen wurde als förderlich für Qualitätsentwicklungsprojekte angesehen, da sie den Zugang zu Fachpersonen des Gesundheitswesens mit Spezialwissen, z. B. über Demenz, ermöglichten.
		Die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen wurde als ein Schlüsselfaktor für die Qualitätsentwicklung genannt. Dazu gehörten das Lernen voneinander, der Austausch von Ideen, das Sammeln von Ideen, wie ein Problem angegangen werden kann, die Interpretation von Ergebnissen usw.
– Politik and Gesetze	Einfluss der Gesetzgebung und der Krankenversicherungen	Es gibt keine Anreize für Pflegeheime, ihre Versorgungsqualität weiter zu entwickeln. In einigen Fällen kann eine wesentliche Entwicklung der Ergebnisse für die Bewohnenden dazu führen, dass die Heime weniger Geld für die geleistete Pflege von der Krankenkasse erhalten.

Bereich	Thema des Interviews	Erläuterung
– Äusserer Druck	Programme zur Qualitätsüberwachung	Das Programm Qualivista verlangt von einer Einrichtung, Ziele zu planen und diese zu bewerten. Die Pflegeheime haben damit positive Erfahrungen gemacht, und es wurde als ein starker Förderer empfunden. Das Qualivista-Programm wird von einigen Kantonen vorgeschrieben. In einigen Kantonen ist das Erfüllen der Anforderungen von Qualivista durch Selbst- und Fremdeinschätzung mit der "Erlaubnis zum Führen des Pflegeheimes" verbunden.
INNERES SETTING		
– Strukturelle Charakteristika		
○ Arbeitsinfrastruktur	Ärzt:innen der Pflegeheime	Interne Heimärzt:innen erleichterten die interprofessionelle Zusammenarbeit im Vergleich zur Arbeit mit externen Hausärzt:innen. Eine gute Zusammenarbeit war wichtig für Bereiche wie Schmerzen und Polymedikation.
	Klarheit der Rolle	Bei der gesundheitlichen Vorausplanung wurde die Unklarheit darüber, wer wofür zuständig ist, zwischen Pflegepersonal und Heim- und Hausärzt:innen als Hindernis für die Umsetzung angesehen.
○ Informationstechnische Infrastruktur	Das Datensystem	Plaisir als Bedarfserhebungsinstrument und das System wird als nicht ausreichend angesehen, um eine datenbasierte Qualitätsentwicklung zu unterstützen, da mit diesem System keine Rückmeldung über die Leistungen in Bezug auf Qualitätsentwicklung mit MQI möglich ist.
	IT-Infrastruktur	Daten in elektronischen Bewohnergeldokumentationen ermöglichen es den Pflegeheimen, ihre eigenen Daten zu überwachen. Dies erfordert jedoch die notwendigen technischen Fähigkeiten. Es besteht der Eindruck, dass die Pflegeheime ihre IT-Infrastruktur nicht ausreichend nutzen.
– Kultur		

Bereich	Thema des Interviews	Erläuterung
- Zentriertheit auf das Lernen	Befähigung/unterstützendes Umfeld	Eine inspirierende Kultur am Arbeitsplatz scheint aus Respekt, Werten, Gehört werden und Handlungsspielraum zu bestehen. Eine Kultur, in der Probleme ernst genommen, analysiert und nach Lösungen gesucht werden, in der Misserfolge als Möglichkeit zur Optimierung und nicht zur Schuldzuweisung genutzt werden, wird als förderlich angesehen. Dies motiviert die Mitarbeitenden zur Arbeit an den MQI, was durch geteilte Verantwortung und flache Hierarchien unterstützt wird.
	Kultur des Lernens	Qualitätsentwicklung wurde als das Ausprobieren von etwas Neuem angesehen. Eine Betriebskultur, die dies förderte, wurde als förderlich für die Organisation der Qualitätsentwicklung angesehen.
- Anreizsysteme	Finanzieller Interessenskonflikt	In einigen Gegenden geben die Hausärzt:innen die von ihnen verschriebenen Medikamente ab. Manche Heime äusserten die Meinung, dass dies hinderlich bei der Umsetzung des QI Polymedikation bei den Bewohnenden sein könnte.
- Verfügbare Ressourcen	Ressourcen der Pflegeheime	Pflegeheime mit mehr Ressourcen können ihren gesamten Qualitätsentwicklungsprozess und ihre Massnahmen intern organisieren. Dies gibt ihnen mehr Möglichkeiten Personal mit spezifischen Rollen für die Versorgungsqualität einzusetzen und mehr Flexibilität, um den Bedürfnissen des Personals in Bezug auf interne Schulungen gerecht zu werden. Dies scheint bei grösseren Gruppen von Pflegeheimen und privaten Einrichtungen der Fall zu sein. Kleinere Pflegeheime signalisieren den Bedarf an finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen, die sie mit anderen Pflegeheimen teilen können.
	Niedrige Personalressourcen, knapper Stellenplan	Zu wenig Personal in der Pflege beeinflusst die Teamdynamik und stellt ein Hindernis für die Durchführung eines Qualitätsentwicklungsprojekts auf einer Abteilung dar. Der Einsatz von Temporärmitarbeitenden, Personalfluktuaton und Krankheitsausfälle führen zu einer negativen Teamdynamik, die die Umsetzung von Qualitätsentwicklungsprojekten behindert.
- Zugang zu Wissen und Informationen	QI-Materialien und Schulungen	Die Pflegeheime wünschen sich Unterstützung für einen besseren Zugang zu Ressourcen für die Qualitätsentwicklung. Im Allgemeinen fehlt es an Schulungen zu den nationalen Qualitätsindikatoren.
EINZELPERSONEN		

Bereich	Thema des Interviews	Erläuterung
– Offiziell ernannte, intern Verantwortliche für die Implementierung	Pflegeexpert:innen	Pflegeexpert:innen sind für die Organisation der Qualitätsentwicklung zuständig. Nicht alle Pflegeheime haben Pflegeexpert:innen
– Teammitglieder für die Implementierung	Pflegefachpersonal mit spezifischer Expertise	Für bestimmte Themen werden Pflegefachpersonen mit Spezialkenntnissen geschätzt, um die Qualität der Pflege zu diesem Thema zu unterstützen. Dies können Expert:innen im Pflegeheim oder externe Expert:innen sein, mit denen das Pflegeheim zusammenarbeitet.
– Empfänger:innen der Intervention	Wissen über MQI des Pflegepersonals	Es wurde festgestellt, dass die Kenntnisse über die korrekte Erfassung der nationalen Qualitätsindikatoren gering sind.
	Einstellung des Pflegepersonals	Die Einstellung des Pflegepersonals zu einem bestimmten Problem der Pflegequalität wird als wichtig angesehen, um Qualitätsentwicklung zu erreichen, z. B. die Relevanz eines Qualitätsindikators
UMSETZUNGSPROZESS		
– Teambildung	Partizipativer Ansatz	Gehört zu werden und an der Gestaltung von Qualitätsentwicklungsprogrammen mitzuwirken, erhöht die Motivation, den Zusammenhalt, die Leistung und die Zufriedenheit des Pflegepersonals.

Anhang 11: Workshop 2.3c: Ideen zur Entwicklung der Pflegequalität aus der Sicht der Teilnehmenden (ausführliche Ergebnisse)

Ideen zur Entwicklung der Pflegequalität

In den drei Workshops wurden verschiedene, jedoch häufig überlappende Wünsche und Ideen zur Entwicklung der Pflegequalität geäußert. Diese Vorstellungen können in mehreren Kategorien zusammengefasst werden: Kommunikation und Transparenz, personenzentrierte Pflege mit einem vertrauensvollen Gesprächsklima, Respekt und Würde, Proaktives Handeln, Fachkenntnisse und Schulungen der Pflegepersonen sowie mehr Zeit und Aufmerksamkeit für die Bewohnenden.

Kommunikation und Transparenz

Das zentralste Anliegen zur Entwicklung der Pflegequalität war der Wunsch nach einer kontinuierlichen, klaren und inklusiven Kommunikation. Die Befragten wünschen sich klar heiminterne Massnahmen zur Entwicklung der gesamten Kommunikationsprozesse, gerade in Hinblick auf Entscheidungsprozesse, beispielsweise bei Änderungen des Allgemeinzustands. In zwei der Workshops wünschten sich viele Teilnehmende überdies die Gründung eines eigentlichen „Bewohnerrates“, in dem Bewohnende unter sich über ihre Anliegen und Bedürfnisse sprechen können bevor sie diese an die Heimleitung herantragen. Dies wäre gerade für diejenigen Bewohnenden von grosser Bedeutung, die sich nicht trauen, Bedürfnisse und Probleme direkt gegenüber der Heim- oder Pflegedienstleitung zu äussern. Letztlich wünschen sich viele der Befragten in allen Workshops regelmässige Informationsveranstaltungen und eine formalisierte Form der Befragung zur Zufriedenheit, um den Austausch zwischen Bewohnenden, Angehörigen und Pflegepersonen zu verbessern.

Personenzentrierte Pflege mit einem vertrauensvollen Gesprächsklima

Besonders in zwei der drei Workshops wurde der Anspruch laut, die Pflege stärker personenzentriert auszurichten, um die individuellen Bedürfnisse und Wünsche besser zu berücksichtigen. Darüber hinaus wünscht sich die grosse Mehrheit der Befragten eine klare Bezugsperson innerhalb des Pflegeteams. Entscheidend ist hierbei nicht, ob formell bereits eine Bezugsperson vorhanden ist, sondern die Wahrnehmung der Befragten. Diese lässt darauf schliessen, dass das Vorhandensein einer solchen Person gegenüber den Bewohnenden und Angehörigen nicht genügend bekannt ist.

Das Bedürfnis nach einer klaren Bezugsperson wurde verschiedentlich im Zusammenhang mit dem Wunsch nach einer stabilen Vertrauensperson innerhalb des Pflegeteams geäußert. Bewohnende äusserten, dass sie sich teilweise nicht trauen würden, Pflegepersonen mit ihren Anliegen zu bemühen, um Hilfe zu bitten oder Kritik zu äussern. Kritik, so die Befürchtung einiger Teilnehmenden, könnte sich negativ auf die Pflegebeziehung und Pflegequalität auswirken. Ein offenes, vertrauensvolles Klima, in dem sich Bewohnende und auch Angehörige offen äussern können, konnte deshalb als wichtiges Anliegen identifiziert werden.

Respekt und Würde

In allen drei Workshops war Respekt und Würde der Bewohnenden ein zentrales Anliegen. In zwei davon wurden genau diese Elemente einer guten Pflegequalität massiv bemängelt. Es wurde geschildert, wie Pflegepersonen ohne zu klopfen das Zimmer betreten. Ein Bewohner beschrieb, wie wiederholt Pflegepersonen das Badezimmer betraten, während dem er auf der Toilette sass. Andere beschrieben, wie Bewohnende von Pflegepersonen geduzt wurden. Beides wurde als sehr respektlos und als Beschneidung der minimalen Privatsphäre und mangelnder Respektierung der menschlichen Würde wahrgenommen. Die Bewohnenden und

Angehörigen votierten stark dafür, dass pflegeheimintern Richtlinien erlassen werden, die diese einfachen Wünsche nach mehr Respekt und Würde für alle Mitarbeitenden zum Standard machen.

Proaktives Handeln

Speziell in einem Workshop wurde betont, wie wichtig es sei, dass Pflegepersonen, Bewohnende und Angehörige proaktiv agieren. Die meisten Schwierigkeiten, die die Workshop Teilnehmenden im Pflegealltag beschrieben, waren nicht einmalig oder punktuell, sondern entwickelten sich über längere Zeit. Die Teilnehmenden dieses Workshops sahen es als eine gemeinsame Verantwortung, so die Argumentation, dass alle Akteure vorausschauend handeln. Pflegepersonen obliege es, sich kontinuierlich im Team und mit den Bewohnenden/Angehörigen auszutauschen und darauf aufbauend proaktive Massnahmen zu treffen. Bewohnenden/Angehörigen wiederum seien ebenso in der Verantwortung, mit den Pflegepersonen einen Dialog zu suchen und Bedürfnisse und Wünsche klar zu äussern. Ein Beispiel dafür stellte der Heimeintritt dar, der von den Teilnehmenden eines Workshops als „traumatisch“ benannt wurde. Ein proaktives Handeln könnte beinhalten, dass beim Eintrittsgespräch bereits über Themen, wie Depression, Einsamkeit oder Appetitlosigkeit diskutiert wird. Dies entspricht laut Schilderungen dem Vorgehen in einem der Pflegeheime.

Fachkenntnisse und Schulungen des Pflegepersonals

Die Bedeutung von gezielter Schulung und verbesserten Fachkenntnissen des gesamten Pflegepersonals wurde ebenfalls in zwei der Workshops genannt, um die Pflegequalität zu weiter zu entwickeln und besonders um Fehler in der Medikamentenverabreichung künftig zu vermeiden. Als Massnahme, die die Medikamentensicherheit erhöhen und gleichzeitig die Pflegepersonen entlasten würde, wurde medifilm® vorgeschlagen. Demgegenüber wurden im dritten Workshop Schulungen genannt, die den Aspekten Respekt, Kommunikation und Empathie mehr Gewicht geben sollen, um die Qualität der Pflege zu steigern.

Zeit und Aufmerksamkeit

Ein häufig geäussertes Wunsch in allen drei Workshops war, dass es möglich sein müsste, dass Pflegepersonen mehr Zeit für individuelle Gespräche und Betreuung aufwenden können. Den Teilnehmenden war der aktuelle Personalmangel im Gesundheitswesen bekannt und sie bezogen diesen in ihre Argumentationen mit ein. Deshalb war dieser Wunsch mit der Forderung nach grösseren staatlichen finanziellen Ressourcen verknüpft, um den Pflegeberuf, besonders im Sektor Langzeitpflege attraktiver zu machen. Dies dürfte, so die Hoffnung einiger Teilnehmenden auch dem sehr hohen personellen Wechsel innerhalb der Pflegeheime entgegenwirken. Dadurch würde letztlich dem Wunsch nach stabilen Pflegebeziehungen entsprochen.