

Pflegeinitiative: «Surveillance» und «Nurse-to-patient-ratio»

Genügend Pflegefachpersonen retten Leben und sparen Millionen

Die Patientensicherheit kann nur mit genügend qualifizierten Pflegefachpersonen gewährleistet werden. Studien belegen zudem klar, dass eine gesetzlich vorgegebene «nurse-to-patient-ratio» die Pflegequalität erhöht, die Burnout-Rate und die Kosten senkt sowie die Rückkehr von Pflegefachpersonen in den Beruf fördert. Der richtige Weg zu diesen Zielen ist die Volksinitiative für eine starke Pflege.

Text: Maria Müller Staub, Claudia Leoni-Scheiber / Fotos: Martin Glauser



Die Zunahme von Patientinnen¹ mit chronischen Krankheiten und komplexen Behandlungen ist bekannt. Um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, muss dem Fachkräftemangel begegnet werden. Die Volksinitiative «Für eine starke Pflege» (Pflegeinitiative) stellt dabei einen wesentlichen Pfeiler dar. Der Initiativtext (Art. 117c Pflege) verlangt, dass Bund und Kantone für eine ausreichende, allen zugängliche Pflege von hoher Qualität sorgt. Sie müssen zudem sicherstellen, dass eine genügende Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen für den zunehmenden Bedarf zur Verfügung steht und dass die in der Pflege tätigen Personen entsprechend ihrer Ausbildung und ihren Kompetenzen eingesetzt werden.²

Die Pflegeinitiative

Die Patientensicherheit kann zukünftig nur mit genügend qualifizierten Pflegefachpersonen gewährt werden (Aiken et al., 2003). Seit Jahren werden hier aber nur 43 % der benötigten diplomierten Pflegefachpersonen ausgebildet (GDK/OdASanté, 2016). Der Pflegenotstand zeichnet sich ab: im ersten Quartal 2018 waren 11 000 Stellen offen, davon mehr als 6000 fehlende dipl. Pflegefachpersonen.³

Die Pflegeinitiative fordert Massnahmen, die den Patientinnen nützen und

ihre Sicherheit gewährleisten. Dazu gehört, dass die Pflegefachpersonen im Beruf gehalten werden, und dass in die Ausbildung investiert wird, namentlich von dipl. Pflegefachpersonen.



Situative, individuell angepasste Pflege ist effizient und führt zu guten Patientenergebnissen.



Aktuelle Problemsituation

Der Mangel an dipl. Pflegefachpersonen gefährdet die Versorgungssicherheit. Derzeit werden dipl. Pflegefachpersonen durch weniger gut ausgebildetes Personal ersetzt (wie Fachfrauen und -männer Gesundheit (FaGe) und Betreuung (FaBe) oder AssistentInnen Gesundheit). Dies beschleunigt den Pflegenotstand, anstatt ihn zu verhindern. Viele dipl. Pflegefachpersonen haben

den Beruf bereits verlassen, weil sie nicht mehr mit Patientinnen arbeiten können. Sie werden zu blossen Organisatorinnen gemacht und tragen zugleich die Verantwortung für den Pflegeprozess. Sie sollen den Pflegebedarf einschätzen, Pflegemassnahmen planen und die Pflege evaluieren. Dafür sind sie zwar gut ausgebildet, können dies aber häufig nicht wahrnehmen, weil die Pflege von weniger qualifiziertem Personal durchgeführt wird. Es ist unmöglich, den Pflegeprozess zu verantworten, wenn man die Patientinnen kaum selbst pflegt.

Eine dipl. Pflegefachfrau macht beispielsweise bei einer Mobilisation vor dem Frühstück viel mehr als Mobilisieren. Sie beobachtet Ergehen und Zustand der Patientin bezüglich ihrer Krankheitsbilder, erkundigt sich nach der Schlafqualität und berät für Verbesserungen. Sie schätzt Gangsicherheit, Schmerzzustände und Appetit ein. Dieses Beispiel zeigt die Mehrschichtigkeit einer einzelnen Pflegehandlung, die Vieles beinhaltet: Re-Assessments der Pflegediagnosen Schlafstörung, Schmerz, eingeschränkte Gehfähigkeit und Gefahr einer Mangelernährung. Zugleich führt sie wirksame Pflegein-



Gut ausgebildete Pflegefachpersonen erkennen Risiken und sich anbahnende Komplikationen und ergreifen adäquate Pflegeinterventionen.

erventionen durch (Schlafförderung, Schmerzminderung, Gehtraining, Beratung/Unterstützung bei der Nahrungseinnahme). Situative, individuell angepasste Pflege ist effizient und führt zu guten Patientenergebnissen.

Kompetenzen sind unabdingbar

Dafür braucht es ausgeprägte Kompetenzen in klinischer Entscheidungsfindung, das Erkennen von Zusammenhängen zwischen dem Ergehen der Patientin und Krankheitsbildern, Pflegediagnosen und notwendigen Handlungen. Dazu gehören Empathie, Einschätzungsvermögen und vertrauensbildende Beziehungsfähigkeiten. Dipl. Pflegefachpersonen können dies jedoch kaum umsetzen, weil vielerorts funktionell (Tätigkeiten «abhakend») gepflegt wird. Weniger gut ausgebildetes Personal verfügt weder über die Ausbildung in klinischer Entscheidungsfindung noch über Fachwissen zu Pflegekonzepten und Krankheitsbildern, um Zusammen-

hänge zu erkennen und entsprechend wirksam und effizient zu handeln.

Aus einer Pflegehandlung werden oft mehrere gemacht und auf verschiedene Personen verteilt: jemand mobilisiert, eine andere Person schätzt später den Schmerz ein, eine verteilt das Essen. Bei solch gesplitteter Arbeitsweise geht Wesentliches unter. Im Beispiel ist es die Einschätzung bezüglich Ergehen, Schlaf- und Ernährungsförderung, Schmerzlinderung vor Mobilisation, Gehtraining und die Vertiefung einer professionellen Beziehung.

Die Patientensicherheit

Dipl. Pflegefachpersonen spielen für die Patientensicherheit die entscheidende Rolle. Sie sind dafür ausgebildet, Patientinnen zu beobachten und Zusammenhänge zwischen Krankheitsbildern, Pflegebedarf und Kontext zu erfassen. Sie sehen Risiken und sich anbahnende Komplikationen (wie Infekte, Flüssigkeitsdefizite, Blutzuckerschwankungen, Stürze, Blutungen, Aspirationen) voraus und leiten adäquate Pflegeinterventionen ein. Aufgrund ihrer Beobachtungen informieren sie die Ärzteschaft, um Komplikationen zu verhindern.

Die konstante Überwachung und Einschätzung des Pflegebedarfs sowie das Erkennen sich anbahnender Komplikationen erfordern Wissen und «Surveillance». «Surveillance» meint die fortlaufende Informationssammlung, interpretation und -synthese zur klinischen Entscheidungsfindung (Bulechek et al., 2016). Dies bedingt konstante Wachsamkeit und kritisches, problemlösendes Denken, gute intellektuelle Fähigkeiten und eine tertiäre Ausbildung. Wenn sie aber kaum Zeit für die direkte Pflege haben, können sie «Surveillance» nicht wahrnehmen.

«Surveillance-capacity»

Was ist bekannt über die Konsequenzen der Anzahl an Patientinnen, die von einer dipl. Pflegefachperson gepflegt werden? Die Evidenz ist umfassend, hier werden einige Ergebnisse dargestellt. In 174 Spitälern (Pennsylvania, USA) wurde die Kapazität für «Surveillance» (Surveillance-capacity) untersucht (Kutney-Lee et al., 2009). Spitäler mit der höchsten «Surveillance-capacity» verfügten über doppelt so viele Bachelorabsolventinnen. Diese waren für durchschnittlich zwei Patientinnen weniger verantwortlich (als in Spitälern niedriger «Surveillance-capacity»). Dort stürzten die Patientinnen mehr als doppelt so häufig und hatten 10 % mehr nosokomiale Infektionen.

In einem Schweizer Spital zeigte sich zwischen dem Anteil dipl. Pflegefachpersonen ein statistisch hoch signifikanter Zusammenhang mit der Qualität der Pflegediagnosen und Pflegeergebnissen: Je höher der Anteil an dipl. Pflegefachpersonen pro Station, desto besser waren die Pflegeergebnisse (Leoni-Scheiber, Mayer, Müller-Staub, in press). Dieses Resultat wird durch weitere Studien gestützt (Kutney-Lee et al., 2009; Aiken et al., 2014; Dufield

Autorinnen

Prof. Dr. Maria Müller Staub, PhD, EdN, RN, FEANS, FNI, Professorin, Lektorat Nursing Diagnostics, Hanze University Groningen & Pflege PBS, Wil, muellerstaub@me.com

Claudia Leoni-Scheiber, MScN, MSc, PhDc, DGKP, Intensivpflegefachfrau, Pflegepädagogin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Stadtspital Waid, Zürich/CH, freiberufliche Lektorin, Doktorandin am Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien

et al., 2011; Kane et al. 2007). Ein bedeutendes Pflegeergebnis ist «failure-to-rescue», also Todesfälle nach behandelbaren Komplikationen (Royal College of Nursing, 2010). Solche Todesfälle sind durch fehlende Beobachtungen bedingt (King's College London, 2011). Das heisst, Verschlechterungen werden aufgrund mangelnder «Surveillance» nicht erkannt und ihnen nicht vorgebeugt. 94 Studien belegten, dass ein höherer Anteil an dipl. Pflegefachpersonen mit einer geringeren Krankenhaussterblichkeit einhergeht. Ebenso kamen weniger «failure to rescue», Herzkreislaufstillstände, nosokomiale Pneumonien und andere unerwünschte Ereignisse (wie Dekubiti, gastrointestinale Blutungen, Stürze) vor (Kane et al., 2007). Je mehr Stunden eine dipl. Pflegefachperson in der direkten Pflege pro Patientin und Tag aufwendet, desto kürzer ist die Krankenhausaufenthaltsdauer (Kane et al., 2007; Frith et al., 2010). Zugleich gab es weniger vermeidbare Wiederaufnahmen (Bobay et al., 2011). Auch steht jedes Jahr an zusätzlicher, praktischer Erfahrung von dipl. Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit sechs Todesfällen weniger (pro 1000 Patienten) (Tourangeau et al., 2002).

Die Arbeitsbelastung

Zwei Studien aus den USA mit über 1,2 Mio. Patientinnen und knapp 40000

Pflegenden in 665 Spitälern zeigten (Aiken et al., 2011): In Spitälern mit der geringsten Anzahl von Patientinnen pro Pflegefachperson (vier oder weniger) sanken die Wahrscheinlichkeit der Krankenhaussterblichkeit und von «failure to rescue» um 12 bis 14 %. Ebenso belegten Studien aus Europa und der Schweiz (mit über 26 500 Pflegenden aus 300 Spitälern) (Aiken et al., 2014): Wenn die Arbeitsbelastung um eine Patientin pro Pflegefachperson steigt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 30 Tagen nach Spitaleintritt zu versterben, um 7 %. Hingegen senkt eine um 10 % höhere Bachelorratio diese Wahrscheinlichkeit um 7 %. Patientinnen in Spitälern, in denen über 60 % der Pflegenden über einen Bachelorabschluss verfügten – die jeweils für durchschnittlich sechs Patientinnen verantwortlich waren – hatten eine um 30 % geringere Mortalität.

Gesetzliche Regelungen

Die Pflegesituation ist vielerorts eskaliert. Dies zeigt sich in einer enorm gestiegenen beruflichen Unzufriedenheit, einem vermehrten Berufsausstieg gepaart mit einer höheren Krankenhausmortalität, vermehrten Infektionen und unerwünschten Ereignissen. In einem australischen Bundesstaat (5,8 Mio. Einwohner) wurde schlechthin von der Krise gesprochen: Ca. 20000 Pflegenden

stiegen aus dem Beruf aus, 400 Spitalbetten wurden geschlossen, 1300 Stellen waren unbesetzt. Mehrere Staaten führten wegen der prekären Pflegesituation gesetzliche Vorgaben für eine «nurse-to-patient-ratio» ein. Victoria war der erste Bundesstaat, der im Jahr 2000 die maximale Anzahl an Patientinnen vorschrieb, die von einer dipl. Pflegefachperson gepflegt werden dürfen. In Kalifornien wurde das Gesetz 1999 erlassen und 2004 umgesetzt; weitere folgten (siehe Tabelle, S. 23).

Die Tabelle zeigt Vorgaben für diverse Fachbereiche für Pennsylvania und British Columbia. Ein Verhältnis von 1 zu 4 bedeutet, dass jede dipl. Pflegefachperson maximal vier Patientinnen pflegen darf. Für eine Abteilung mit 20 Betten stehen also mindestens fünf dipl. Pflegefachpersonen zur Verfügung. Leitendes Personal, Case Manager u.a. dürfen nicht einberechnet werden. Dieses Verhältnis gilt rund um die Uhr – Tag und Nacht, Wochenende inklusive Ferienzeit. Der Grund dafür ist die vorliegende Evidenz, dass Patientinnen während Randzeiten (und nachts) ein höheres Risiko für schlechtere Outcomes aufweisen (British Columbia Nurses' Union, 2015). In Pennsylvania wurde zudem festgehalten, dass 80 % der Pflegenden bis zum Jahr 2020 über einen Bachelorabschluss verfügen sollen (Joint State Government Commission, 2015).

Auswirkungen der Initiative

Die Pflegeinitiative hat zum Ziel, dass genügend dipl. Pflegefachpersonen vorhanden sind, um die Versorgungssicherheit gewährleisten. Ebenso würde sich eine gesetzlich festgeschriebene «nurse-to-patient-ratio» positiv auswirken. Die Festlegung einer «nurse-to-patient-ratio» erzielte positive Folgen: In Victoria kamen tausende dipl.

Pflegefachpersonen zurück in den Beruf (Australian Nursing & Midwifery Federation Victorian Branch, ANMF, 2016).

Auch in Kalifornien führte die Einführung der «nurse-to-patient-ratio» zur Verminderung der Anzahl Patienten pro Pflegefachperson und in der Folge sank die Krankenhaussterblichkeit. Bei den

Eine gesetzlich vorgegebene «nurse-to-patient-ratio» erhöht die berufliche Zufriedenheit der Pflegefachpersonen und senkt die Burnoutrate.



Pflegefachpersonen stieg zugleich die berufliche Zufriedenheit und die Burn-outrate ist gesunken (Aiken et al. 2010). Ebenso in Österreich fehlen dipl. Pflegefachpersonen und ein Pflegenotstand wird vorausgesagt. In Vorarlbergs Spitälern wird deshalb ein Anteil von 70 % dipl. Pflegefachpersonen (aller in der Pflege tätigen) gefordert und die Ausbildungskapazitäten auf Tertiärstufe werden erhöht (Rappold et al., 2017; Zsifkovits et al., 2013).

Positive ökonomische Bilanz

Die ökonomische Bilanz einer «nurse-to-patient-ratio» fällt positiv aus: Die Aufstockung des Pflegefachpersonals macht nur rund 1,7 % des Budgets aus, während Komplikationen wesentlich mehr gekostet hätten. Pro Patientin könnten so 5–6 % an Kosten eingespart werden (Stokowski, 2009). Auf zwei Intensivstationen wurde berechnet, dass jährlich Einsparungen zwischen 2,2 und 13,2 Mio. Dollar durch verhinderte unerwünschte Ereignisse möglich wären, während die Personalkosten für denselben Zeitraum bloss 1,36 Mio. betragen würden («nurse-to-patient-ratio» von 1 zu 1) (Rothschild et al., 2009). Eine andere Studie ergab, dass steigende Pflegestunden von dipl. Pflegefachpersonen und ein höherer Anteil dieser (auf 75 % des Pflegeteams) jährlich 6700 Menschenleben retten würde. Dadurch können 5,7 Milliarden Dollar und vier Millionen Spital-Pflegetage gespart werden. Ein erhöhter Anteil an dipl. Pflegefachpersonen würde Nettokosten in der Höhe von 242 Millionen Dollar einsparen (Needleman et al., 2006).

Staat	Pennsylvania (USA)	British Columbia (Canada)
Pflegeabteilung		
Intensiv	1:2	1:2 beatmet 1:1
Kinder	1:4	1:4
Chirurgie	1:5	1:4
Innere Medizin	1:5	1:4
Onkologie	1:5	k. A.
Psychiatrie	1:6	k. A.
Quelle	Joint State Government Commission (2015)	BCNU (2015)

Tab. 1: angeordnetes Pflegefachperson / PatientInnen / Verhältnis (k. A. = keine Angabe, BCNU = British Columbia Nurses' Union)

Schlussfolgerungen

Eine «nurse-to-patient-ratio» lohnt sich auch für die Schweiz. Pflege wird momentan noch vermehrt an weniger gut ausgebildete FaGe/FaBe und an Hilfspersonal delegiert, um vermeintlich Kosten zu sparen oder weil dipl. Pflegefachpersonen fehlen. Eine gesetzlich vorgegebene «nurse-to-patient-ratio» hingegen fördert die Rückkehr von dipl. Pflegefachpersonen in den Beruf, steigert die Pflegequalität, senkt die Burn-out Rate des Personals (ANMF, 2016) und die Kosten.

Eine vorgegebene Ratio für medizinische und chirurgische Abteilungen von einer dipl. Pflegefachperson auf vier Patientinnen bewährte sich im Ausland. Diese Zahl muss aber verschärft werden können (z. B. 2:1 oder 1:1 auf Intensivstationen oder bei Patientinnen mit Delir/Suizidgefahr). Die jeweils festgelegte Zahl muss auch während der Nacht, am Wochenende und in der Ferienzeit gelten – sonst ist die Patienten-

sicherheit nicht rund um die Uhr gewährt. Auch eine festgelegte Zahl von 80 % dipl. Pflegefachpersonen (eines Pflegeteams) wird empfohlen. Sollte die Schweiz als eines der reichsten Länder nicht mit der Evidenz Schritt halten?

¹ Der Leserlichkeit halber wird die weibliche Form verwendet und schliesst Patienten mit ein.

² Der gesamte Initiativtext und weitere Informationen unter: www.pflegeinitiative.ch

³ Dipl. Pflegefachpersonen schliessen Abschlüsse Höhere Fachschule (HF) und Fachhochschule (FH= Bachelor in Nursing) ein.



Das Literaturverzeichnis ist in der digitalen Ausgabe verfügbar oder erhältlich bei: muellerstaub@me.com

INSERAT

 **Stadt Zürich**
Schulungszentrum Gesundheit

Für Praxisausbilder/-innen mit Schwung ...

die Lernende/Studierende im Gesundheitswesen ausbilden.

Lehrgang Praxisausbilder/-in mit SVEB-Zertifikat
Nächster Start: 16.5. oder 6.11.2019

www.wissen-pflege-bildung.ch

