



VERBESSERUNG DER ERGEBNISSE VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN SOWIE PFLEGEFACHPERSONEN INDEM DAS PROBLEM „UNTERBLIEBENE PFLEGE“ ANGEANGEN WIRD

- ▶ Die Rationierung von Pflege bezieht sich sowohl auf die ökonomische wie auch die ethische Dimension der Gesundheitsversorgung und Pflegeleistungen und ist konzeptualisiert innerhalb der Elemente der Ressourcenallokation, Entscheidungsfindung und Patientenergebnisse
- ▶ Dieses Thema war bislang nicht auf dem Radar der Medien und nicht Inhalt der öffentlichen Diskussionen und der politischen Agenda
- ▶ Politische Entscheidungsträger und Akteure im Gesundheitswesen müssen handeln, und zwar schnell. Um eine faire Zuteilung zu gewährleisten und Ungerechtigkeit zu verhindern, müssen die politischen Entscheidungsträger die grundlegenden Pflegebedürfnisse im Dialog mit Bürgern und Pflegefachpersonen und durch eine offene Diskussion über die Prioritäten in der Pflege berücksichtigen.

Worum geht es?

Die Rationierung von Pflege wird begrifflich innerhalb der Elemente der Ressourcenallokation, Entscheidungsfindung und Patientenergebnisse konzeptualisiert. Pflegefachpersonen rationieren die Pflege oft ohne explizite Grundlagen, Richtlinien oder institutionelle Unterstützung. Dies kann dazu führen, dass grundlegende Patientenbedürfnisse nicht erfüllt werden und die Menschenrechte, die sich gegen Diskriminierung richten, verletzt werden.

Unterbliebene Pflege (Missed Nursing Care, MNC) bezieht sich auf Pflegeleistungen, die verzögert, teilweise oder überhaupt nicht durchgeführt wurden. Ähnlich wie die medizinischen oder pflegerischen Fehler stellen auch diese Unterlassungen ein weltweites Phänomen dar, welches die Patientensicherheit in Spitälern, Pflegeeinrichtungen oder anderswo gefährdet und die Kosten der Gesundheitsversorgung erhöht. Im Gegensatz zu anderen Problemen, von denen die Gesundheitssysteme betroffen sind, hat MNC bisher noch nicht die notwendige Aufmerksamkeit erhalten und dieses Thema wurde sowohl von der politischen Agenda als auch der öffentlichen Debatte ausgeklammert. Trotzdem ist MNC ein wichtiges Thema der öffentlichen Gesundheit (Public Health).

Neben den direkten Auswirkungen auf die Patientensicherheit kann sich die unterbliebene Pflege auch negativ auf die Patientenergebnisse auswirken. Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Belege dafür, dass z.B. die fehlende Mobilisierung oder mangelnde Umlagerung von Patientinnen und Patienten zu einem Delirium, einer Lungenentzündung, einer verlängerten Aufenthaltsdauer und einer verzögerten Entlassung, stärkeren Schmerzen und anderen Beschwerden sowie einer körperlichen Behinderung führen kann. Noch besorgniserregender sind Ergebnisse von Studien, die zeigen, dass ein Anstieg in der pflegerischen Arbeitsbelastung in Form einer/eines zusätzlich zu versorgenden Patientin / Patienten pro Pflegefachperson und eine 10%ige Zunahme der unterbliebenen Pflege mit einer 7%igen bzw. 16%igen Zunahme der Wahrscheinlichkeit einhergeht, dass Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach Spitaleintritt sterben.

MNC ist ein multifaktorielles Problem, welches nicht auf einen einzelnen Faktor zurückgeführt werden kann. Die Arbeitsintensivierung, bedingt durch eine Zunahme der schweren Krankheitsfälle, wurde als ein relevanter Faktor

ermittelt, welcher sich mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und der hiermit verbundenen steigenden Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen weiter verschärfen wird. Weitere relevante Faktoren für MNC ist ein Personaleinsatz der mit einer höheren Anzahl an Patientinnen / Patienten pro Pflegefachperson, einem unzureichenden Skill und Grade Mix (Qualifikationsmix) in den Pflorgeteams, Kommunikationsproblemen zwischen den Gesundheitsfachleuten, von Schicht zu Schicht variierende Arbeitsbelastungen und einer mangelnden Unterstützung durch andere Mitarbeitende wie Hilfs- oder Assistenzpersonal einhergeht.

Zusätzlich fehlen Richtlinien, Standards und Unterstützungsangebote bei der Vermittlung des Themas Patientensicherheit an Pflegestudierende. Dies führt zu einem unstrukturierten, vagen und nicht standardisierten Ansatz. Trotz einiger Versuche, die Regulierung der Berufstätigkeit und die Zulassung für Pflegefachpersonen innerhalb Europas zu standardisieren, gibt es nach wie vor grosse Unterschiede.

Studien deuten darauf hin, dass die unterbliebene Pflege über alle europäischen Länder hinweg weit verbreitet ist und kein isoliertes Phänomen darstellt. Auf europäischer Ebene wurden einige Initiativen verfolgt, um das Verständnis von MNC zu verbessern.

Gleichermassen erzielte RANCARE, ein über die COST-Aktion finanzierte internationale Netzwerkaktivität, bedeutende Fortschritte unter anderen bei der Sensibilisierung von Führungspersonen, politischen Entscheidungsträgern, anderen Akteuren im Gesundheitswesen und der breiten Öffentlichkeit für die Relevanz dieses Themas. **Auf der politischen Ebene muss jedoch noch mehr hierfür getan werden.**

Warum ist es wichtig, MNC ganz oben auf die politische Agenda zu setzen?

Die Sicherstellung der notwendigen Gesundheitsversorgung für alle diesbezüglich bedürftigen Menschen kann die gesundheitsbezogenen Ergebnisse verbessern, aber auch die Effizienz der Gesundheitsausgaben sowie das Wohlbefinden der Bevölkerung steigern. Dies trägt auch zu weniger Fehlzeiten und einem längeren Arbeitsleben bei, was zu einem höheren Lebensinkommen führt.

Fast alle europäischen Länder sind mit einer alternden Bevölkerung konfrontiert, deren zukünftige Gesundheitsversorgungsbedürfnisse die Gesundheits- und Pflegesysteme schon bald noch mehr unter Druck setzen werden. Im europäischen Kontext ist MNC deshalb besonders besorgniserregend. Wenn stationäre Patientinnen / Patienten nicht die benötigte Pflege und Betreuung erhalten, steigt die Wahrscheinlichkeit für einen Wiedereintritt in das Krankenhaus an, was das Problem weiter verschärft.

Die Wurzeln des Problems der unterbliebenen Pflege liegen in organisatorischen und trägerbezogenen Faktoren. Dementsprechend kann dieses durch die entsprechenden Akteure und Interessenvertretern des Gesundheitswesens reduziert werden, sofern sich diese des Problems bewusst sind, die richtigen Richtlinien erlassen werden und die Thematik offen diskutiert wird.

Literaturangaben und weiterführende Literatur

Aiken, Linda H. et al. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, Volume 383, Issue 9931, 1824 – 1830

Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, et al. (2018) Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2018;78:10–15. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004

Tønnessen S, Christiansen K, Hjaltadóttir I, et al. (2020) Visibility of nursing in policy documents related to health care priorities. *J Nurs Manag*. 2020;10.1111/jonm.12977 (forthcoming).

Henderson, H et al. (2016) Causes of missed nursing care: qualitative responses to a survey of Australian nurses. *Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work*, 26:4, 281-297

Jones T, Drach-Zahavy A, Amorim-Lopes M, Willis E. (2020). Systems, economics, and neoliberal politics: Theories to understand missed nursing care. *Nurs Health Sci*. 2020;10.1111/nhs.12700.

Kalisch, B.J., Landstrom, G.L. and Hinshaw, A.S. (2009), Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65: 1509-1517

Kirwan, M., Riklikiene, O., Gotlib, J., Fuster, P., & Borta, M. (2019). Regulation and current status of patient safety content in pre-registration nurse education in 27 countries: Findings from the RANCARE COST Action project. *Nurse education in practice*, 37, 132–140

Papastavrou E, Andreou P, Tsangari H, Schubert M, De Geest S. (2014) Rationing of nursing care within professional environmental constraints: a correlational study. *Clin Nurs Res*. 2014;23(3):314-335.

Scott PA, Harvey C, Felzmann H, et al. (2019) Resource allocation and rationing in nursing care: a discussion paper. *Nurs Ethics*. 2019;26(5):1528-1539. doi:10.1177/0969733018759831

Was sollten politische Entscheidungsträger tun?

- Sprechen Sie mit Pflegefachpersonen und Pflegeorganisationen und berücksichtigen Sie bei allen Entscheidungen, welche die Pflegefachpersonen, die Pflegepraxis oder die Patientenversorgung betreffen, explizit die Perspektive der Pflegefachpersonen.
 - Verstehen Sie bei der Aufrechterhaltung und Förderung der Patientensicherheit die bedeutsame Rolle des Pflegefachpersonals, welche die größte Personalressource im Gesundheitswesen ist, mit dem engsten und längsten Kontakt zu den Patientinnen und Patienten
 - Die Überwachung von Patientinnen / Patienten verbunden mit der Alarmierung von Gesundheitsfachpersonen ist zentral. Das Fördern von Forschung und Entwicklung und der Einsatz von intelligenten Geräten und Hilfsmitteln in Spitälern, welche das Gesundheitsfachpersonal unterstützen, können zu einer Reduzierung der MNC beitragen. Fragebögen zur Selbsteinschätzung von MNC sind wichtig, aber in ihrer Aussage limitiert und retrospektiv.
- Stattdessen sollten MNC-Indikatoren explizit erfasst werden.
- Beauftragen und entwickeln Sie einen europaweiten Rahmen für die Untersuchung, Überwachung und Messung von MNC und deren Proxy-Indikatoren, wie der Personalbestand, über alle europäischen Länder und Gesundheitssysteme hinweg. Hierbei ist das Subsidiaritätsprinzip zu respektieren und vorschreibende Richtlinien und Top-down Anordnungen zu vermeiden, die sich als ineffektiv herausgestellt haben.
 - Fördern Sie eine sichere Personalausstattung. Auch wenn diese nicht der einzige Prädiktor für MNC ist, ist diese doch einer der aussagekräftigsten. Fehlende Personalressourcen oder ein unzureichender Skill- und Grade Mix kann zu unterbliebener Pflege führen, was wiederum zur Unzufriedenheit des Pflegefachpersonals und negativen Patientenergebnissen führt.
 - Ausbildungsprogramme für Pflegefachpersonen in der Grundausbildung sollten explizite und messbare Inhalte zur Patientensicherheit beinhalten

