

Ulrich Frick



Marianne Frick



Wem nützen Patientenbefragungen?

Analyse aus der Sicht
von Psychologie und Qualitätsmanagement



Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
Société suisse pour la politique de la santé



Tagung „Patientenbefragungen“

Bern, 13. Oktober 2016

Übersicht

1. Patientenbefragungen im Kontext von Qualitätsmanagement
2. Sieben Qualitätsdeutungen als Rahmen für Patientenbefragungen
3. Spezifische Aspekte von Patientenzufriedenheitsmessung
4. Feedback als Qualitätssteuerung bei unsicheren Handlungsalternativen
5. Zusammenfassung

Patientenbefragungen im Kontext von Qualitätsmanagement

good old Donabedian

Struktur:

Warum sollte man dazu PatientInnen fragen? **Befragungsökonomie, Validität.**

Prozess:

Sinnvoll bei Interaktionsaspekten.
Kaum sinnvoll bei Clinical Pathways.

Outcome:

Sinnvoll bei Funktionslevel.
Sinnvoll bei Wissen/Orientierung.
Schwierig bei Zufriedenheit.

Daten aus Patientenbefragungen

gemeinsame Vorstellung:

Feedback an die Leistungserbringer.

=> Sicherung/Verbesserung von **Qualität.**

good old PDCA-cycle

Qualitätsbegriff – inhaltlich(!)

vorgelagerte Überlegungen:

Medizinisches Handeln dient der (Wieder-) Herstellung von “Gesundheit”.

“Gesundheit” ist kein statischer Zustand, sondern ein Prozess (Homöostase).

Diesen (auch sozialen) Prozess bestimmt das Individuum mit.

(1) Qualität als “Beschaffenheit”

Messung ohne Quantifizierung (~ Relation)

“Qualität” als deskriptives, nicht als normatives Konzept

Grundidee aller
Zertifizierungsmodelle!
Patientenbefragung
überflüssig.

Ist Versorgung so, dass G.prozess in Gang kommt?

Qualitätsmessung als Frage nach den notwendigen Attributen

Resultatemesung notwendig?

(2) Qualität als “Beschaffenheit mit Exklusivitätscharakter”

Patientenbefragung
zur medizinischen
Leistung: überflüssig.

Qualität als Synonym für etwas **Besonderes**,
“Spitze”, “Ausnahme”, “wertvoll”, “Exklusivität” ...

→ Elitärer Begriff (über Herrschaft, nicht über
zugesicherte Eigenschaften wird Qualität errichtet)

Cave: Konnotation oft nicht hinterfragt! Soft-
Variante: „**Reputation**“ einer Institution generiert
„Qualität“ ?!

Unbrauchbar für Evidenz-basiertes QM

(3) Qualität als Exzellenz (I) ("Vortrefflichkeit")

Patientenbefragung unmöglich:
Wissen um Standards, Wissen
um Messung,
Vergleichsmöglichkeiten fehlen

Qualitätsgesicherte medizinisch-pflegerische
Versorgung übertrifft überprüfbare Standards.

Messung erfordert Quantifikation ($>$, \geq als
Operatoren).

Problemverlagerung: Welche sind die
einzulösenden / zu übertreffenden Standards?

Wer sind dazu die „Verhandlungspartner“?

(4) Qualität als Exzellenz (II) ("Perfektion")

Analogie zu Exzellenz (I): **Fehlerlosigkeit** erreichen, in dem "*die richtigen Dinge in der richtigen Weise*" getan werden.

Patientenbefragung oft gut möglich:
je nach Operationalisierung von
Teilschritten.

Vorteil i.Vgl. zu "**Vortrefflichkeit**": Prävention von Fehlern essentiell im System mitgedacht!

⇒ Outcome-Messung überflüssig, evtl. kontra-
produktiv

⇒ "Demokratisierung" der Qualitätsverantwortung

Starke Verbreitung im Gesundheitswesen.

(5) Qualität als “Zweckmäßigkeit“

Differenzierung der Zwecke verschiedener stakeholder (Patienten, Leistungserbringer, Versicherer, Staat)

Risiko für PatientInnen-ferne, sogar P.-feindliche Zweckbestimmung

**Zweckmäßigkeit als Multi-Level Problem:
Patient/in, Station/Team, Spital**

Vorteil: Outcome-Orientierung

A large green arrow pointing upwards, with a rounded rectangular base. The text 'Patientenbefragung schlecht möglich:' is written inside the base of the arrow.

**Patientenbefragung
schlecht möglich:**

(6) Qualität als “value for money”

Oft geknüpft an die Idee:
Medizinisch-pflegerische Versorgung als
Marktgeschehen.

Annahme: Marktkräfte wirken

Messung: Leistungsindikatoren (LI) zur
Effizienzmessung

(Vorsicht: LI sind nicht Effektivität selbst)

Cost-Effectiveness-Analysis

Patientenbefragung
verändert C/E-Analyse zu
Cost-Utility-Analysis.

(7) Qualität als “Transformation”

Gesundheitsversorgung nicht Dienstleistung *für* PatientInnen sondern *an* PatientInnen unter deren aktiver Mitgestaltung.

⇒ **Enhancing**

(Veränderungsmessung, Zuerwerb)

⇒ **Empowerment**

Selbstbefähigung, Verantwortungsübernahme

(Evaluation durch Betroffene, Selbstorganisation eigenes Gesundheitshandeln, “Health Literacy”)

Patientenbefragung als zentrale Zielvariable.
Gefahr der Ideologisierung

Zwischenfazit



“Es ist Zeitverschwendung, Qualität definieren zu wollen.” (Vroeijenstyn, 1991)

⇒ **Perspektivenabhängigkeit**

Notwendig: transparente Deklaration

⇒ **Interessenabhängigkeit**

Welcher Begriff von Qualität ist wozu funktional?

⇒ **pragmatischer Ansatz**

z.B. auch Befragung über jeweilige Wertigkeit von Qualitätskriterien (jenseits Freundlichkeit, Hotel-service, etc.)

Zentraler Kritikpunkt für die Interpretation
von

Patientenzufriedenheitsmessung:

Kundenbegriff (Rational Choice Theory)

versus :

Principal – Agent - Theory

Informationsgefälle, fehlende
Risikoneutralität, Urteils”fehler”

... dafür erhielt ein Psychologe den Nobelpreis in Ökonomie!

ebenfalls schwierig an

Patientenzufriedenheitsmessung:

Zufriedenheit als Trait bzw. State (?!!)

versus

Zufriedenheit als Urteilsbildung

**=> Abhängigkeit von Situationseinflüssen
zusätzlich zu Personenmerkmalen.**

**Risiken einer exklusiven Ausrichtung des
Versorgungsgeschehens an**

Patientenzufriedenheitsmessung:

**Beispiel Hochschullehre: “Kumpanei”
zwischen Lehrenden und Studierenden.**

**Risiko im Spital: Fehlsteuerung des
Ressourceneinsatzes (“Pampern statt
Heilen”).**

Continuous Quality Improvement: Feedback als Königsweg?

Feedback kann zur Vereinheitlichung beitragen (zeitnah, handlungsbezogen).

Was, wenn Vereinheitlichung inhaltsleer, evtl. dysfunktional ist?

Medizin ist in weiten Teilen auch Einzelfall-Experiment, nicht Serienproduktion!

Patientenbefragung sinnvoll. Interpretation im Kontext von Forschung, nicht von standardisierter Produktion.

Welche Informationen braucht es?

Theoretischer Bezugsrahmen unsicherer Aufgabenstellungen (van der Geer et al., 2009)					
Ausmass der mit der Aufgabe verbundenen Unsicherheit	Ausgangssituation	Lösungsstrategie	Zwischenschritte	Dauer bis zur Lösung	Ergebnis
Gering	detaillierte Diagnose des Problems	Algorithmen (exakte Prozeduren)	genau bekannt	genau bekannt	genau bekannt
Mittel	ungefähre Problem-diagnose	Heuristiken ("wenn-dann Regeln")	verschiedene Szenarien bekannt	Ober- und Untergrenzen bekannt	verschiedene Szenarien bekannt
Hoch	Problem-diagnose unbekannt	Problemlösung nur Schritt für Schritt	unbekannt	unbekannt	unbekannt

Prozessdaten!!!

Schlussfolgerungen



„In der Zusammenfassung aller Argumente wird deutlich, dass der **Nutzen** von Patientenbefragungen für die Befragten selbst **eher gering** ist: Das Versprechen besserer Behandlungsqualität wird höchstens marginal von den Ergebnissen solcher Befragungen gesteuert.

Nichtsdestotrotz bildet die Sichtweise der Patienten/innen auf das Behandlungsgeschehen in der Medizin ein **wichtiges Forschungsthema**, insbesondere wegen des zunehmend erkannten Einflusses von **Gesundheitskompetenz** und Einbezug von Patienten/innen in die Behandlungsabläufe.

Für eine routinemässige Befragung jedes/jeder einzelnen Patienten/in sprechen dagegen kaum wissenschaftliche, kaum betriebswirtschaftliche, aber durchaus **gesundheitpolitische Gründe.**“ *(Frick & Frick, 2016)*