



Prävalenzmessung Dekubitus Akutsomatik Kinder

Nationaler Vergleichsbericht | Kurzfassung

Messung 2016

Juni 2017, Version 1.0

Einleitung

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) ist für Qualitätsmessungen in Schweizer Spitälern zuständig. Die dem Nationalen Qualitätsvertrag beigetretenen Institutionen sind verpflichtet, an ANQ-Messungen teilzunehmen. Die Häufigkeit (Prävalenz) der im Spital erworbenen Dekubitus spiegelt wichtige Aspekte der Pflege- und Behandlungsqualität.

Seit 2013 führt die Berner Fachhochschule (BFH) im Auftrag des ANQ die nationale Prävalenzmessung Dekubitus Kinder in der stationären Akutsomatik durch. Sie ist für die landesweite Messorganisation und Datenaufbereitung zuständig. Für die Datenerhebung im Tessin und in der Westschweiz kooperiert die BFH mit der Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) und der Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR).

Als Messmethode wurde 2016 erneut das Verfahren der Universität Maastricht «LPZ International» (International Prevalence Measurement of Quality of Care) verwendet. Im Auftrag des ANQ hatte die BFH das Messmodul Dekubitus Kinder entwickelt. Die Methode wurde für die Messung Erwachsene vollständig überarbeitet (LPZ 2.0). Für die Messung Kinder wurden vorerst ausschliesslich Anpassungen im Bereich der Strukturindikatoren gemacht.

Dekubitus wurden am Messtag erhoben (Punktprävalenz), als Gesamtprävalenzraten und als nosokomiale, das heisst im Spital erworbene, Prävalenzraten. Neu wird die NPUAP-EPUAP-PPPIA-Klassifikation mit 6 (statt wie bislang 4) Dekubitus-Kategorien verwendet.

In dieser Kurzfassung sind die Ergebnisse der Kinder auf nationaler Ebene enthalten. Der detaillierte Bericht ist [online](#) publiziert.

Fragestellung

Zusammengefasst verfolgt die Messung folgende Fragestellungen:

- Häufigkeitsraten der im Spital erworbenen Dekubitus: alle Kategorien¹ bzw. Kategorie 2 und höher
- Gestaltung des risikoadjustierten Spitalvergleichs bezüglich Dekubitus
- Beschreibung der Struktur- und Prozessindikatoren bezüglich Dekubitus

Datenerhebung

Die Daten wurden am 8. November 2016 erhoben. In die Messung eingeschlossen waren alle Kinder und Jugendlichen von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag in Akutspitälern mit Kinderstationen bzw. in spezialisierten Kinderkliniken hospitalisiert waren. Ausgeschlossen waren gesunde Säuglinge der Wochenbettstation und Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. Die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern oder vertretungsberechtigte Person gaben vorgängig ihr mündliches Einverständnis. Pro Station erhoben jeweils zwei Pflegefachpersonen die Daten.

¹ Der im Spital erworbene Dekubitus ist wie folgt eingeteilt: Kategorie 1 = nicht wegdrückbare Rötung der intakten Haut | Kategorien 2 bis 6 = vom Teilverlust der Haut bis zum vollständigen Haut- oder Gewebeverlust sowie «Tiefe unbekannt»

Teilnehmende

An der Messung nahmen 31 Spitalstandorte teil (Akutspitäler mit Kinderstationen und spezialisierte Kinderkliniken). Davon waren 7 Universitäts-/Kinderspitäler und 24 Spitäler des Typs Zentrumsversorgung/Grundversorgung. Insgesamt beteiligten sich 101 Stationen.

Am Messtag waren 905 Kinder und Jugendliche in den teilnehmenden Spitälern hospitalisiert, von denen sich 734 an der Messung beteiligten. Die Teilnehmerrate betrug 81.1%.

Ergebnisse

Dekubitus-Raten

Landesweit liegt die *Gesamtprävalenzrate (alle Kategorien)* bei 11.4% und die *Prävalenzrate ab Kategorie 2* bei 3.3%. Beide Raten schliessen auch alle ein, die bereits mit Dekubitus ins Spital eintraten.

Die *nosokomiale Gesamtprävalenzrate (alle Kategorien)* beträgt 9.9% (Vorjahr 11.7). Sie reduzierte sich somit um 1.8% gegenüber dem Vorjahr. Die *nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2* beträgt 2.6% (Vorjahr 1.7) und nahm um 0.9% zu. Diese Verschiebungen liegen jedoch im Zufallsbereich.

Mehrjahresvergleich

Dekubitus-Rate in %	2016	2015	2014	2013
Im Spital erworben, alle Kategorien	9.9	11.7	13.5	15.1
Im Spital erworben, ab Kategorie 2	2.6	1.7	3.0	2.5

Im *internationalen Vergleich* bewegen sich die Schweizer Prävalenzraten innerhalb der international publizierten Bandbreite der Raten bis 2011. Neuere Studien für gemischte pädiatrische Stichproben weisen tiefere Gesamtprävalenzraten auf. Für die Prävalenzrate ab Kategorie 2 werden für gemischte pädiatrische Stichproben etwas tiefere Werte genannt. Bei der nosokomialen Prävalenzrate ab Kategorie 2 liegen in der spärlichen Literatur ähnliche Werte sowie auch ein merklich tieferer Wert vor.

Im Vorjahresvergleich stiegen die nosokomialen Prävalenzraten bei den Teilnehmenden mit *Dekubitus-Risiko* leicht an. Die nosokomiale Gesamtprävalenzrate erhöhte sich hier um 3.4% auf 18.3% und die nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2 um 1.3% auf 4.8%. Die Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten unterscheidet sich ja nach Methode der Einschätzung. Gemäss Braden-Skala² waren fast 2/3 der Teilnehmenden gefährdet; mit der subjektiven klinischen Einschätzung durch die Pflegefachperson wurden gut 4/5 der betroffenen Kinder als gefährdet eingestuft.

Auf *Stationsebene* sind die nosokomialen Gesamtprävalenzraten auf den Intensivstationen, neonatologischen und chirurgischen Kinderstationen am höchsten, besonders in der Vergleichsgruppe Universitätsspital/Kinderspital. Dies stimmt mit der internationalen Datenlage überein.

Die Auswertung nach *Alterskategorien* zeigt, dass die nosokomiale Gesamtprävalenzrate in der Altersgruppe bis zu 1 Jahr am höchsten ist, wobei vor allem Kleinkinder bis zu 1 Monat betroffen sind, was mit der nationalen und internationalen Datenlage korrespondiert.

² Zur Ermittlung des Dekubitus-Risikos wird die sogenannte Braden-Skala eingesetzt. Sie besteht aus sechs Subskalen.

Bei der *Dekubitus-Lokalisation* wurde am häufigsten die Kategorie «sonstige Lokalisationen» angegeben, gefolgt von Mittelfuss und Kreuzbein.

Bei 97.6% der Dekubitus-Betroffenen wurden *medizinische Installationen* angewendet. Die nosokomiale Gesamtprävalenz nahm bei dieser Gruppe im Vergleich zum Vorjahr leicht ab. Verglichen mit der Literatur sind die Raten im Zusammenhang mit medizinischen Installationen in der Schweiz jedoch weiterhin hoch.

Risikoadjustierung³

Im *risikoadjustierten Spitalvergleich* wich nur 1 Spital bei der *nosokomialen Gesamtprävalenzrate* vom Total aller Spitäler ab. Bei der *nosokomialen Prävalenzrate ab Kategorie 2* waren es 2 Spitäler.

Beim *nosokomialen Dekubitus aller Kategorien* erwiesen sich gemäss Braden-Subskala als relevante Risikofaktoren: (oftmals/ständige) feuchte Hautverhältnisse, subjektive klinische Einschätzung des Dekubitus-Risikos, operativer Eingriff in den 2 Wochen vor der Messung.

Beim *nosokomialen Dekubitus ab Kategorie 2* zeigte sich bei den Risikofaktoren eine in Teilen veränderte Struktur mit zwei ICD-Diagnosegruppen (Neubildungen und Tumore, Verletzungen/Vergiftungen), einer Aufenthaltsdauer von mehr als 14 Tagen und mit der Braden-Subskala (oftmals/ständige) feuchte Hautverhältnisse.

Prozess- und Strukturindikatoren

Bei den *Prozessindikatoren* werden, wie im Vorjahr, sowohl allgemeine Präventionsmassnahmen (Hautinspektion, Bewegungsförderung/Mobilisation, Positionswechsel im Liegen) als auch kinderspezifische (Polsterung/Fixation bei medizinischen Installationen, Positionswechsel Elektroden/Monitoring-Sensoren) angewendet.

Auch bei den *Strukturindikatoren* zeigt sich ein ähnliches Bild wie im Vorjahr. Im Gegensatz zur Messung bei Erwachsenen stehen diese auf Spitalebene markant weniger und auf Stationsebene tendenziell weniger häufig zur Verfügung.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Messteilnahme

Spitäler und Kliniken mit einem Leistungsauftrag im Bereich Kinder und Jugendliche aus allen Kantonen nahmen an der Messung teil. Die beteiligten Stationen bilden die Kinderstationen der Schweizer Akutspitäler repräsentativ ab.

Gegenüber dem Vorjahr stieg die Teilnahmerate um 2.7% und liegt damit wieder über 80%, was die Messung aussagekräftiger macht.

2016 wurde erstmals erfasst, wie viele Personen wegen fehlender Sprachkenntnisse nicht an der Messung teilnahmen: es sind 7% der Nichtteilnehmenden. Die Erarbeitung der Patienten- und Angehörigeninformation in den wichtigsten Migrationssprachen könnte eine höhere Teilnahmerate bewirken.

³ Bei dieser Messung wird die Pflegequalität der Spitäler miteinander verglichen. Bei einem solchen Vergleich spielt der generelle Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten, der Grad der behandelten Erkrankung sowie die Grösse der Stichprobe eine entscheidende Rolle. Denn Hospitalisierte können auch dann unterschiedliche Pflegeergebnisse aufweisen, wenn sie qualitativ gleichwertig gepflegt wurden. Ein schlechteres Ergebnis bedeutet also nicht automatisch eine mindere Pflegequalität. Für einen fairen Vergleich ist es deshalb wichtig, die Risikofaktoren der Patientinnen und Patienten durch die Anwendung eines statistischen Verfahrens einzubeziehen. Ein solches Verfahren wird als Risikoadjustierung bezeichnet.

Qualitätsindikator und Qualitätsentwicklung

Vor allem Kleinkinder unter einem Jahr, hospitalisiert auf Neonatologie- und Intensivstationen mit vielen medizinischen Installationen, waren von nosokomialen Dekubitus betroffen. Deshalb liegt hier das grösste Potential für Qualitätsverbesserungen. Die Thematik der medizinischen Installationen bleibt relevant. In den letzten Jahren wurden vermehrt (internationale) Richtlinien oder Standards zu Dekubitus und Dekubitus-Prävention bei Kindern und Jugendlichen entwickelt, was die Entwicklung von Strukturindikatoren zur Prävention und Behandlung auf Spitalebene fördert. Zudem erschienen vermehrt Qualitätsstudien, die zeigen, wie Dekubitus-Raten mittels eines Multi-Interventionsansatzes und/oder mittels Aktionsforschung sowie Implementierung von Struktur- und Prozessoptimierungen gesenkt werden können. Empfohlen werden Schulungen zu kinderspezifischen Risikofaktoren, zu Dekubitus und Dekubitus-Prävention, angepasst am jeweiligen Praxisfeld.

Die in der Schweiz erhobenen Prävalenzraten sind vergleichbar mit den internationalen Referenzzahlen. Dennoch zeigt sich ein gemischtes Bild. Einerseits wird ein stetiger, statistisch nicht signifikanter Trend zu abnehmenden Raten der folgenden Typen festgestellt: nosokomiale Gesamtprävalenz (inkl. Risikopatientinnen und -patienten nach subjektiver klinischer Einschätzung) und Prävalenzrate der Betroffenen mit medizinischen Installationen. Andererseits haben die nosokomialen Prävalenzraten ab Kategorie 2 und die nosokomiale Prävalenzrate bei vorliegendem Dekubitus-Risiko zugenommen. Diese Aussagen treffen besonders für die Vergleichsgruppe Universitätsspital/Kinderspital zu.

Hier zeigt sich nach wie vor Entwicklungspotential bei den Struktur- und Prozessindikatoren (Richtlinie Standard, Informationsbroschüren, Schulung, Sensibilisierung), besonders im Bereich der medizinischen Installationen und bei (Klein)Kindern mit Dekubitus-Risiko. Ein erster Schritt zur Bewertung der Benchmarking-Resultate könnte spitalintern der Abgleich mit den Fallanalysen der betroffenen Kinder und Jugendlichen sein, wodurch wichtige Hinweise für interne Qualitätsentwicklungsprozesse gewonnen würden.

Methodische Empfehlungen

Aufgrund der Rückmeldungen zur Subpopulation der Neonatologie wird die Weiterentwicklung des Fragebogens Kinder empfohlen. Dabei sollten die spezifischen Risikofaktoren für diese Subpopulation besser im Fragebogen integriert werden – unter Einbezug von Expertinnen und Experten aus diesem Praxisfeld. Weiter wird empfohlen, den Patientenfragebogen im Sinne der Methode LPZ 2.0 zu überarbeiten und dem Erwachsenenbereich anzupassen, also zu prüfen, welche Prozessindikatoren reduziert werden können.

Empfehlungen zur Prävalenzmessung

Die nationale Messung ermöglicht einen konkreten Soll-Ist-Vergleich zum intern definierten Qualitätsniveau in den Spitälern. Wichtige Hinweise für die Priorisierung von internen Qualitätsentwicklungsprozessen können gewonnen werden. Aufgrund der schwankenden Raten der Jahre 2013 bis 2016 ist es empfehlenswert, die Messungen auch in Zukunft regelmässig durchzuführen. Die belegten positiven Auswirkungen von wiederkehrenden Messungen auf die Qualitätsentwicklung tragen zur nachhaltigen Sensibilisierung bei.

Nicht zuletzt bewegt sich diese Messung in den Handlungsfeldern 3 (Versorgungsqualität sichern und erhöhen) und 4 (Transparenz schaffen, besser steuern und koordinieren) der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates «Gesundheit 2020». Die systematische und einheitliche Datenerfassung trägt landesweit zu einer Verbesserung der Datengrundlage betreffend Pflegequalität bei und schafft Transparenz.