



# Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus Akutsomatik Erwachsene

---

Nationaler Vergleichsbericht | Kurzfassung

Messung 2016

Mai 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 und aufgetretenen Stürze spiegeln wichtige Aspekte der Pflege- und Behandlungsqualität.

Seit 2011 führt die Berner Fachhochschule (BFH) im Auftrag des ANQ die nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus Erwachsene 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, das vollständig überarbeitet wurde und nun LPZ 2.0 heisst.

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.

Stürze wurden rückblickend auf 30 Tage erfasst (Periodenprävalenz). Dazu zählen Sturzraten im Spital, Sturzfolgen und Gesamtverletzungsraten. Neu wurde auch ein Sturz in der Anamnese (letzte 12 Monate) als Risikofaktor sowie die Einnahme von sedierenden und verhaltensbeeinflussenden Medikamenten erhoben.

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

## Fragestellung

---

Zusammengefasst verfolgt die Messung folgende Fragestellungen:

- Häufigkeitsraten der im Spital erworbenen Dekubitus: alle Kategorien<sup>1</sup> bzw. Kategorie 2 und höher
- Häufigkeitsrate der im Spital erfolgten Stürze
- Gestaltung des risikoadjustierten Spitalvergleichs bezüglich Sturz und Dekubitus
- Beschreibung der Struktur- und Prozessindikatoren bezüglich Sturz und Dekubitus

## Datenerhebung

---

Die Daten wurden am 8. November 2016 erhoben. In die Messung eingeschlossen waren alle Patientinnen und Patienten, die am Erhebungstag stationär behandelt wurden. Ausgenommen waren Wöchnerinnen der Wochenbettstation. Die Patientinnen, Patienten oder deren vertretungsberechtigte Person gaben vorgängig ihr mündliches Einverständnis.

Jeweils zwei Pflegefachpersonen (eine stationseigene, eine stationsfremde) erhoben die Daten direkt am Patientenbett: u.a. das Vorhandensein von Dekubitus und/oder ein Dekubitus-Risiko bzw. ein Sturz im Spital in den letzten 30 Tagen). Für alle anderen Fragen diente die Patientendokumentation als Quelle.

---

<sup>1</sup> 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

---

Alle angemeldeten 195 Spitalstandorte (114 Einzelspitäler und 29 Spitalgruppen) nahmen teil. Davon waren 5 Universitätsspitäler, 67 Spitäler des Typs Zentrumsversorgung/Allgemeine Krankenhäuser, 83 Spitäler der Grundversorgung und 40 Spezialkliniken. Insgesamt beteiligten sich 1'175 Stationen.

Am Messtag waren 17'619 Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren in den teilnehmenden Spitälern hospitalisiert, von denen 13'465 Personen in die Messung einwilligten. Die Teilnahmerate betrug 76.4%.

## Ergebnisse Dekubitus

---

### Dekubitus-Raten

Landesweit liegt die *Gesamtprävalenzrate (alle Kategorien)* bei knapp 7% und die *Prävalenzrate ab Kategorie 2* bei 3.8%. Beide Raten schliessen auch alle ein, die bereits mit Dekubitus ins Spital eintraten.

Die *nosokomiale Gesamtprävalenzrate (alle Kategorien)* beträgt 4.4% (Vorjahr 4.1). Im 2016 erreichte sie den höchsten Wert der vergangenen Messjahre. Die *nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2* beträgt 2.0% (Vorjahr 1.9) und nahm über die letzten drei Messjahre jeweils um 0.1% zu.

#### Mehrjahresvergleich

Dekubitus-Rate in %	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Im Spital erworben, alle Kategorien	4.4	4.1	4.3	4.6	4.4	5.8
Im Spital erworben, ab Kategorie 2	2.0	1.9	1.8	2.0	1.7	2.1

Im *internationalen Vergleich* befindet sich die nosokomiale Gesamtprävalenzrate im unteren Drittel der in der Literatur angegebenen Referenzwerte. Die nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2 liegt ebenfalls im unteren Bereich dieser Referenzwerte. Verglichen mit den letzten drei LPZ-Messungen in den Niederlanden liegen diese Raten in der Schweiz weiterhin etwas tiefer als in den Niederlanden. In Österreich sind sie deutlich niedriger als in der Schweiz.

Im Vorjahresvergleich steigen die nosokomialen Prävalenzraten bei den Teilnehmenden mit *Dekubitus-Risiko* leicht an. Die nosokomiale Gesamtprävalenzrate erhöht sich hier um 1.7% auf 14.2% und die nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2 um 0.6% auf 6.5%. Diese Schwankungen liegen im Zufallsbereich.

Während die nosokomialen Prävalenzraten auf *Stationsebene* bei den meisten Stationsarten nur leicht schwanken, fällt deren Anstieg auf Intensivstationen auf. Sie verzeichneten in den letzten drei Messjahren eine Zunahme der Prävalenzrate ab Kategorie 2 von über 3%. Die Ergebnisse sind dennoch mit der Literatur vergleichbar, wo ähnlich hohe Raten angegeben sind.

## Risikoadjustierung<sup>2</sup>

Im *risikoadjustierten Spitalvergleich* weichen bei der *nosokomialen Gesamtprävalenzrate* 10 Spitäler signifikant vom Total aller Spitäler ab, bei der *nosokomialen Prävalenzrate ab Kategorie 2* sind es 3.

Beim *nosokomialen Dekubitus aller Kategorien* beeinflussen folgende Variablen das Dekubitus-Risiko: positive subjektive klinische Einschätzung, Pflegeabhängigkeit, zunehmende Aufenthaltsdauer und unabhängig voneinander bestimmte ICD-Diagnosegruppen (Infektions- und Kreislauferkrankungen).

Beim *nosokomialen Dekubitus ab Kategorie 2* beeinflussen folgende Variablen das Dekubitus-Risiko: positive subjektive klinische Einschätzung, zunehmende Aufenthaltsdauer, Pflegeabhängigkeit, unabhängig voneinander bestimmte ICD-Diagnosegruppen (Infektions-, Kreislauf- und Hauterkrankungen sowie Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äusserer Ursachen).

## Prozess- und Strukturindikatoren

Die Verteilung des Dekubitus gemäss den Kategorien der NPUAP-EPUAP-PPPIA-Klassifikation entspricht der internationalen Datenlage, wo ebenfalls vorwiegend Dekubitus der Kategorien 1 und 2 an erster respektive zweiter Stelle stehen. Vorwiegend betroffen waren die Ferse und das Kreuzbein, was ebenfalls mit der internationalen Datenlage korrespondiert.

Die Ergebnisse zur *Prozessqualität* können als Indiz für eine gute Qualität hinsichtlich Dekubitus-Prävention und -Behandlung gesehen werden. Entwicklungsbedarf könnte bei der Patientenedukation und der Risikoerfassung bestehen. Auf *Strukturebene* wäre zu prüfen, inwiefern die Schulung der Mitarbeitenden zu noch besseren Ergebnissen beitragen könnte.

## Ergebnisse Sturz im Spital

---

### Sturzrate

Die *Sturzrate* beträgt 3.8% (Vorjahr 3.0). Die Zunahme gegenüber dem Vorjahr liegt im Zufallsbereich.

#### Mehrjahresvergleich

Sturz-Rate in %	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Im Spital	3.8	3.0	3.6	4.1	3.8	4.3

Obwohl seit Messbeginn eine leichte Abnahme der Sturzszenen verzeichnet wird, ist sie in der Schweiz höher als im internationalen Vergleich. Verglichen mit anderen LPZ-Ländern ist sie gegenüber den Niederlanden relativ hoch, mit Österreich jedoch vergleichbar.

Bei knapp 1/3 der Teilnehmenden wurde ein Sturzrisiko (Sturz in der Anamnese, vergangene 12 Monate) nachgewiesen. Diese Personen waren 3x so oft gestürzt als die anderen Teilnehmenden.

Auf Stationsebene blieben die Raten in den chirurgischen und nichtchirurgischen Stationen relativ konstant. Die höchsten Sturzraten wiesen die Rehabilitation und Akutgeriatrie auf.

---

<sup>2</sup> 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.

Fast 40% der im Spital Gestürzten waren von Sturzfolgen betroffen, was eine Gesamtverletzungsrate von 41.3% ergibt. Dieses Ergebnis ist höher als in Österreich und liegt im oberen Bereich der internationalen Referenzwerte.

### **Risikoadjustierung**

Folgende Variablen beeinflussen das Sturzrisiko: Aufenthaltsdauer, Pflegeabhängigkeit (wobei die komplette und die überwiegende Abhängigkeit nicht mit einem signifikanten Sturzrisiko verbunden ist, was vermutlich mit der sehr eingeschränkten Mobilität der Patientinnen und Patienten zu erklären ist), unabhängig voneinander bestimmte ICD-Diagnosegruppen (psychische und Verhaltensstörungen, Blutkrankheiten, Verletzungen, Vergiftungen und Folgen äusserer Ursachen).

### **Prozess- und Strukturindikatoren**

Die *Dokumentation des Sturzrisikos* (Sturz in der Anamnese) fehlte bei gut 1/3 der Risikopatientinnen und -patienten sowie bei 1/5 der im Spital gestürzten Personen. Bei fast 3/4 aller Teilnehmenden wurden sturzpräventive Massnahmen angewendet. Die beinahe doppelt so hohe Anzahl Massnahmen bei Gestürzten könnte darauf hindeuten, dass der Sturz einen Sensibilisierungsprozess auslöst.

Die deskriptiven Ergebnisse der *Prozess- und Strukturindikatoren* weisen darauf hin, dass Entwicklungsmassnahmen in den Spitälern eingeleitet wurden. Diese scheinen sich zurzeit noch mehr auf der Strukturebene als auf der Prozess- und Ergebnisebene auszuwirken. Bei der Entwicklung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen wird empfohlen, die Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten, den Ausbau des Multi-Interventionsansatzes zur Prävention, die Patientenedukation und die Mitarbeiter-schulung zu priorisieren.

## **Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

---

### **Messteilnahme**

An der Messung nahmen 96% der Akutspitäler teil, die dem Nationalen Qualitätsvertrag beigetreten sind. Die beteiligten Stationen bilden die Schweizer Akutspitäler repräsentativ ab.

Stichprobengrösse und Teilnahmerate blieben in den letzten drei Messjahren relativ konstant. Die Zielquote von 80%, welche die Messung aussagekräftiger machen würde, konnte nicht erreicht werden.

2016 wurde erstmals erfasst, wie viele Personen wegen fehlender Sprachkenntnisse nicht an der Messung teilnahmen: es sind 8.1 % der Nichtteilnehmenden. Die Erarbeitung der Patienten- und Angehörigeninformation in den wichtigsten Migrationssprachen könnte eine höhere Teilnahmerate bewirken.

### **Qualitätsindikatoren und Qualitätsentwicklung**

Beim *im Spital erworbenen Dekubitus* sind die Raten recht stabil und liegen im unteren Drittel der internationalen Referenzwerte. Aktuelle Kostenanalysen zeigen, dass hier effektive Präventionsprogramme kosteneffizienter sind als die Finanzierung der Behandlungsfolgen.

Intensivstationen weisen steigende Raten auf. In Publikationen zur Dekubitus-Reduktion auf Intensivstationen werden Qualitätsverbesserungsprogramme mit Setting-spezifischen Mehrfachinterventionen beschrieben.

Beim *Sturz im Spital*, bei dem die Raten im internationalen Vergleich höher sind, gab es seit Messbeginn eher zögerliche Entwicklungen. Diese zeigen sich vielmehr auf der Strukturebene als auf der Prozess- und Ergebnisebene. Hier sollte sichergestellt werden, dass die auf Strukturebene vorhandenen Indikatoren (wie Richtlinie, multidisziplinäre Fachgruppe) auf der Prozessebene nachhaltig umgesetzt werden. Der Einbezug der Organisationskultur (Leadership, Sicherheitskultur, Kommunikation, Personal- und Patientenebene) sowie Aspekte der Patientenpartizipation sollten dabei aktiv integriert werden.

In der Literatur wird ein Sturz in der Anamnese nach wie vor als wichtigster Prädiktor (Vorhersagevariable) für weitere Stürze angesehen. Hier zeigt sich ein zentraler Ansatz für Verbesserungsmaßnahmen, besonders wenn in Betracht gezogen wird, dass in dieser Messung bei knapp 1/3 der Betroffenen mit einem Sturz im Spital keine Risikoeinschätzung dokumentiert war.

### **Methodische Empfehlungen**

Aufgrund der in der Risikoadjustierung identifizierten Limitationen zu *Sturz im Spital* werden Anpassungen im Fragebogen LPZ 2.0 empfohlen (Trennschärfe Variable Sturz in der Anamnese, Vollerhebung der Variable sedierende oder verhaltensbeeinflussende Medikamente).

Nicht nur die Abnahme der Sturzzraten, sondern auch die Reduktion der schwerwiegenden Verletzungen machen Aussagen über die Pflegequalität. In diesem Sinne wird empfohlen zu prüfen, inwiefern die Publikation der Sturzzraten im Spital mit denjenigen der Verletzungsraten ergänzt werden soll.

### **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 2011 bis 2016, insbesondere für Sturz im Spital, 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.