



---

# Nationale Prävalenzmessung Dekubitus | Kinder

---

Kurzfassung Nationaler Vergleichsbericht 2015

September 2016 / Version 1.1

## Inhaltsverzeichnis

---

1.	Einleitung.....	3
2.	Zielsetzung .....	3
3.	Methode.....	3
4.	Ethik und Datenschutz.....	4
5.	Deskriptive Ergebnisse .....	4
5.1	Teilnehmende Spitäler.....	4
5.2	Teilnehmende Kinder und Jugendliche .....	4
5.3	Prävalenz Dekubitus .....	5
5.3.1	Kinder und Jugendliche mit Dekubitus.....	5
5.3.2	Präventive Massnahmen .....	5
5.3.3	Strukturindikatoren Dekubitus.....	5
6.	Risikobereinigte Ergebnisse .....	5
6.1	Dekubitus – im Spital erworben, Kategorien 1–4 .....	6
6.2	Dekubitus – im Spital erworben, Kategorien 2–4 .....	7
7.	Diskussion .....	8
7.1	Teilnehmende .....	8
7.2	Prävalenzrate Dekubitus – im Spital erworben.....	8
7.2.1	Merkmale der Kinder und Jugendlichen.....	8
7.2.2	Prävalenzrate .....	9
7.3	Prozess- und Strukturindikatoren .....	9
7.4	Risikobereinigter Spitalvergleich.....	10
7.5	Stärken und Schwächen.....	10
8.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	10
8.1	Messteilnahme.....	10
8.2	Dekubitus – im Spital erworben .....	11
8.3	Weitere Empfehlungen.....	11

## 1. Einleitung

---

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) ist für Qualitätsmessungen in Schweizer Spitälern zuständig. Im Rahmen des Nationalen Qualitätsvertrags sind die dem Vertrag beigetretenen Spitäler und Kliniken verpflichtet, an den gemäss ANQ-Messplan durchgeführten Erhebungen teilzunehmen. Seit 2013 werden auch Kinder und Jugendliche des stationären Akutbereichs in die ANQ-Messungen einbezogen. Der kinderspezifische Messplan beinhaltet unter anderem die Häufigkeit von Dekubitus. Denn Aussagen über Wundliegen im Spital spiegeln wichtige Teilaspekte der Pflege- und Behandlungsqualität.

Nebst den Kinderspitälern sind jene Spitäler zur Umsetzung des kinderspezifischen Messplans verpflichtet, welche über explizite Kinderabteilungen verfügen. Darunter fallen Stationen, die ausschliesslich Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre betreuen und über das entsprechend qualifizierte Personal und die dafür erforderliche Infrastruktur verfügen.

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

In diesem Bericht über die Messung 2015 wird die Auswertung der Daten von Kindern und Jugendlichen auf nationaler Ebene in Kurzform präsentiert. Der detaillierte Bericht ist auf der Webseite unter [www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-akutsomatik](http://www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-akutsomatik) publiziert.

## 2. Zielsetzung

---

Aus den Messresultaten sollen vertiefte Kenntnisse der mit Dekubitus einhergehenden Patientenmerkmale sowie der Struktur- und Prozessmerkmale gewonnen werden. Weiter soll ein Vergleich der Ergebnisse zwischen ähnlichen Institutionen möglich sein.

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen bzw. Ziele:

- Prävalenzrate der im Akutspital erworbenen Dekubitus Kinder: Kategorien 1–4<sup>1</sup>
- Prävalenzrate der im Akutspital erworbenen Dekubitus Kinder: Kategorien 2–4
- Beschreibung der Prozess- und Strukturindikatoren bezüglich Dekubitus Kinder
- Gestaltung des risikoadjustierten Spitalvergleichs bezüglich Dekubitus Kinder

Ergänzend dazu werden auch die Gesamtprävalenzraten in den deskriptiven Resultaten beschrieben. Das bedeutet, dass in diesem Teil auch die Ereignisse vor Spitaleintritt dargestellt werden. Dabei sollen Erkenntnisse sowohl auf Ebene der einzelnen Spitäler als auch auf nationaler Ebene gewonnen werden.

## 3. Methode

---

Die Daten wurden am 10. November 2015 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 stationär behandelt wurden. Ausgeschlossen waren gesunde Säuglinge der Wochenbettstation und Kinder, die auf akutsomatischen Erwachsenenstationen hospitalisiert waren.

---

<sup>1</sup> Der im Spital erworbene Dekubitus ist wie folgt eingeteilt: Kategorie 1 = nicht wegdrückbare Rötung der intakten Haut | Kategorie 2 = Teilverlust der Haut | Kategorie 3 = Verlust der Haut | Kategorie 4 = Vollständiger Haut- oder Gewebeverlust.

Die eingesetzten Instrumente basieren auf der in den Niederlanden sowie international periodisch wiederholten Erwachsenenmessung «International Prevalence Measurement of Care Problems» (LPZ International). Diese Messung wurde von der Universität Maastricht entwickelt. Im Auftrag des ANQ entwickelte die BFH im 2013 das Messmodul Dekubitus Kinder für die Schweiz. Im Messjahr 2015 wurde der Fragebogen unverändert eingesetzt.

Die Daten wurden zunächst deskriptiv ausgewertet, danach einer Risikoadjustierung<sup>2</sup> (Risikobereinigung) unterzogen. Angesichts der kleinen Datenmenge und der heterogenen Population erfolgte die Spitalvergleichende Berichterstattung nach zwei Vergleichsgruppen: Universitätsspital/Kinderspital und Zentrumsversorgung/Grundversorgung.

## 4. Ethik und Datenschutz

---

Voraussetzung für die Teilnahme war eine mündliche Einverständniserklärung der Kinder und Jugendlichen bzw. von deren Eltern oder vertretungsberechtigten Personen. Im Vorfeld der Messung informierten die Spitäler über die Datenerhebung und deren Ziel und Zweck schriftlich. Der Wunsch von Personen, die eine Teilnahme ablehnten, wurde respektiert. Die Kinder und Jugendlichen waren durch die Datenerhebung in keiner Weise in ihrer Integrität gefährdet. Alle patientenbezogenen Angaben werden jeweils verschlüsselt erhoben. Die Entschlüsselung ist ausschliesslich durch die Spitäler möglich.

Für die Messung 2015 klärte der ANQ ein optimiertes Vorgehen zum Einholen der Einverständniserklärung mit «Swissethics» ab. Ziel war es, die Teilnehmerate zu verbessern und den Aufwand für das Einholen der Zustimmung zu reduzieren. Neu konnten entscheidungsfähige Personen direkt vor der Datenerhebung vom Messteam gefragt werden.

## 5. Deskriptive Ergebnisse

---

### 5.1 Teilnehmende Spitäler

An der Messung nahmen 34 Akutspitäler mit Kinderstationen und spezialisierte Kinderkliniken mit insgesamt 105 Stationen teil. Allgemeine Kinderstationen (interdisziplinär) waren mit 30.5% die häufigste Stationsart, gefolgt von 25.7% neonatologischen Stationen.

### 5.2 Teilnehmende Kinder und Jugendliche

Am Messtag waren in den teilnehmenden Spitälern 950 Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre hospitalisiert. Davon nahmen 745 an der Messung teil (Teilnehmerate = 78.4%).

Die Teilnehmenden waren im Schnitt 3.7 Jahre alt und zu 54% männlich. Mehr als die Hälfte war allerdings jünger als 1 Jahr. Die mittlere Aufenthaltsdauer bis zum Messzeitpunkt betrug 18.1 Tage, die häufigste bis 7 Tage. 21.2% der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen wurden in den zwei Wochen vor der Messung operiert, 21.6% mussten sich einer Narkose unterziehen. Bei 79.5% der Teilnehmenden waren medizinische Installationen vorhanden.

«Verweigerung» war der häufigste Grund für eine Nichtteilnahme, gefolgt von der Kategorie «Sonstiges». «Nicht verfügbar» wurde als drittmeiste Antwort registriert, was bedeutet, dass das Kind oder die/der Jugendliche zum Erhebungszeitpunkt beispielsweise wegen einer Untersuchung abwesend war.

---

<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.

## 5.3 Prävalenz Dekubitus

### 5.3.1 Kinder und Jugendliche mit Dekubitus

Die *Häufigkeit der im Spital erworbenen Dekubitus* der Kategorien 1–4 beträgt 11.7% (Vorjahr 13.5%). Schliesst man Kategorie 1 aus, erhält man eine Rate von 1.7% (Vorjahr 3.0%). 87 Kinder und Jugendliche waren von Dekubitus im Spital betroffen. Bei den Teilnehmenden mit Dekubitus-Risiko wurde über alle Kategorien eine Rate von 14.9% ermittelt und bei solchen mit medizinischen Installationen eine von 14%.

Am meisten Dekubitus traten auf der Intermediate Care (IMC), auf Intensivstationen und in der Neonatologie auf. Die Dekubitus-Kategorie 1 wurde am häufigsten (85.1%) festgestellt, gefolgt von Kategorie 2 (12.6%), Kategorie 3 (1.1%) und Kategorie 4 (1.1%).

Im Schnitt waren die Kinder mit Dekubitus 2.2 Jahre alt, wobei weit mehr als die Hälfte noch kein Jahr zählte. Von den unter 1-Jährigen war fast die Hälfte weniger als 1 Monat alt. 95.4% der Betroffenen wiesen am Erhebungstag medizinische Installationen auf.

Die *Gesamtprävalenzrate* schliesst auch Kinder und Jugendliche ein, die bereits mit Dekubitus ins Spital eingetreten sind: Insgesamt wurden bei 12.8% (Vorjahr 14.4%) mindestens ein Dekubitus der Kategorien 1–4 festgestellt. Bei den Kategorien 2–4 beträgt die Gesamtrate 2.3% (Vorjahr 3.2%). 95 Betroffene mit Dekubitus wurden gesamthaft registriert. Davon hatte die Mehrheit nur einen Dekubitus. Bei den übrigen wurden zwischen zwei und vier Läsionen angegeben. Geortet wurden sie am häufigsten am Mittelfuss, an der Nase und den Fersen. Angegeben wurde jedoch am meisten die Kategorie «Sonstige Lokalisationen». Für Kinder und Jugendliche mit Dekubitus-Risiko steigt die Gesamtrate für alle Kategorien auf 16.3%. Von Dekubitus Betroffene mit medizinischen Installationen weisen eine Gesamtrate von 15.2% auf.

### 5.3.2 Präventive Massnahmen

Bei Kindern und Jugendlichen mit Dekubitus-Risiko wurden vorwiegend folgende Präventivmassnahmen angewandt: Hautinspektion, Bewegungsförderung und Mobilisation sowie Positionswechsel im Liegen. Im Sitzen waren Antidekubitus-Kissen in über der Hälfte der Situationen nicht angebracht, weil die Betroffenen wegen ihres Alters nicht mobilisiert werden konnten. 93 Kinder und Jugendliche mit Dekubitus erhielten am Erhebungstag mindestens eine Präventionsmassnahme.

### 5.3.3 Strukturindikatoren Dekubitus

Bei der Verfügbarkeit der Strukturindikatoren *auf Spitalebene* bestehen zwischen den Vergleichsgruppen in einigen Bereichen Unterschiede. Standardisierte Informationen bei Verlegung waren am häufigsten vorhanden. Bei mindestens der Hälfte aller Spitäler war eine Fachperson mit der Überwachung und Aktualisierung des Standards beauftragt, lagen ein Standard oder eine Richtlinie zur Verwaltung von Präventionsmaterialien sowie ein Standard zur Dekubitus-Prävention und -Behandlung vor. Am wenigsten standen Informationsbroschüren für betroffene Kinder und Jugendliche sowie ihre Angehörigen zur Verfügung.

Auch bei den Strukturindikatoren *auf Stationsebene* zeigen sich hinsichtlich Vergleichsgruppen Unterschiede. Die Verfügbarkeit von Präventionsmaterialien, die Aufzeichnung der Massnahmen (Prävention/Behandlung), die standardisierten Informationen bei Verlegung sowie die systematische Überwachung und Erfassung des Risikos in der Pflegedokumentation wurden am häufigsten genannt. Auf keiner Station war eine Informationsbroschüre verfügbar.

## 6. Risikobereinigte Ergebnisse

---

Beim risikoadjustierten (risikobereinigten) Spitalvergleich liegen insgesamt einheitliche Ergebnisse vor. Bei den Kategorien 1–4 wurden drei Spitäler identifiziert, die statistisch deutlich vom Durchschnitt aller Spitäler abweichen, bei den Kategorien 2–4 weicht ein Spital davon ab.



Weiter sind in der Grafik zwei Linien ersichtlich, welche die statistische Unsicherheit in der Auswertung markieren und einen Trichter darstellen. Die Linien repräsentieren das Konfidenzlimit von 95%. Spitäler mit einer kleinen Fallzahl sind auf der linken Seite zu finden und liegen im breiten Teil des Trichters, weil niedrigere Fallzahlen eine grössere Unsicherheit bedeuten.

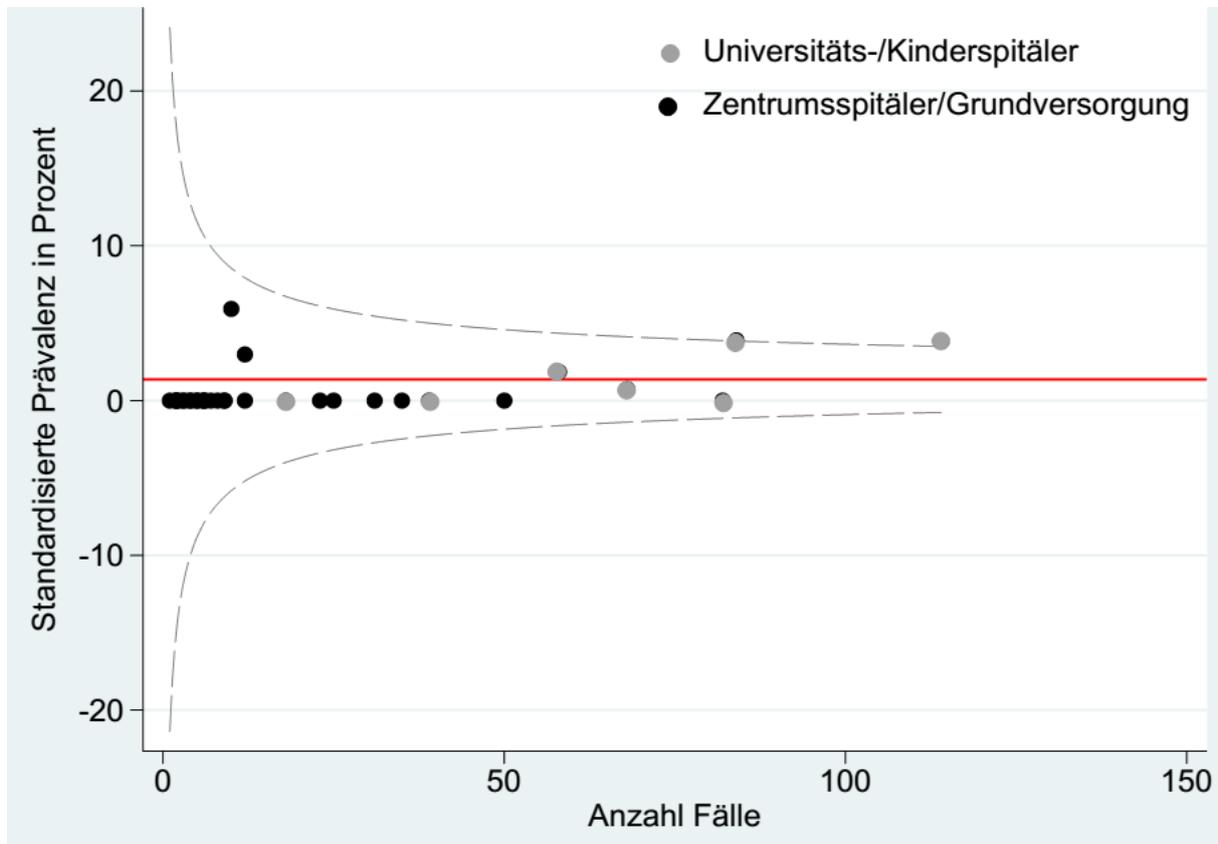
Drei Spitäler liegen ausserhalb des 95%-Limits: Ihr Wert weicht statistisch signifikant nach oben ab. Dabei handelt es sich um ein Spital aus der Vergleichsgruppe Universitätsspital/Kinderspital und zwei Spitäler aus der Gruppe Zentrumsversorgung/Grundversorgung. Wie die Werte sich berechnen, lässt sich exemplarisch am höchstplatzierten Zentrumsspital (links oben in der Grafik Abb.1) erläutern, dessen Wert bei 67% liegt. Dieses Spital berichtete über 7 Fälle bei 25 Kindern und Jugendlichen; erwartet worden waren nur 1.2 Fälle. Es ereigneten sich also 5.8x mehr Dekubitus als erwartet. Multipliziert mit der Rate von 11.7% ergibt dies eine standardisierte Prävalenz von 67%.

## 6.2 Dekubitus – im Spital erworben, Kategorien 2–4

Die eindeutige Diagnose von Dekubitus Kategorie 1 stellt eine Herausforderung dar. Daher wird der im Spital erworbene Dekubitus der Kategorien 2–4 einer gesonderten Analyse unterzogen. Ein Ausschluss von Kategorie 1 reduziert die Häufigkeit erheblich. Zudem liegen dieser Berechnung auch andere Risikofaktoren zugrunde: Der grösste ist im 2015 das Vorliegen von Reibe- und Scherkräften (gemäss Braden-Skala).

Mit Hilfe der Risikofaktoren wurde auch für Dekubitus der Kategorien 2–4 erneut ein Risikowert für jede Patientin/jeden Patienten errechnet. Wie schon zuvor wurden danach die erwarteten und die beobachteten Dekubitus-Fälle je Spital zueinander in Beziehung gesetzt.

**Abbildung 2: Prävalenzraten Dekubitus, Kategorien 2–4 – Alle teilnehmenden Spitäler**



Ein Spital liegt knapp ausserhalb des 95%-Konfidenzlimits. Die Pflegequalität dieses Spitals weist möglicherweise in diesem Bereich Verbesserungspotential auf. Zu beachten ist, dass lediglich 6 der 34 Spitäler

überhaupt Dekubitus der Kategorien 2–4 gemeldet haben. Die Spitäler ohne solche Dekubitus-Fälle reihen sich daher an der Null-Prozent-Linie auf.

## 7. Diskussion

---

Mit diesen Ergebnissen liegen zum dritten Mal landesweit Aussagen zur Häufigkeit von Dekubitus bei Kindern und Jugendlichen vor. Dekubitus trat 2015 am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen in der Kategorie 1 und bei Kindern unter einem Jahr auf.

Bei Risikopatientinnen und -patienten gemäss Braden-Skala und subjektiver Einschätzung der Pflegefachpersonen sind die Raten auch in anderen Altersgruppen erhöht, insbesondere in der Gruppe Universitätsspital/Kinderspital (Altersgruppe 1-4 Jahre).

Die höchsten Raten des im Spital erworbenen Dekubitus der Kategorien 1–4 werden auf der Intermediate Care (IMC), auf Intensivstationen und in der Neonatologie ausgewiesen. Im Spital erworbene Dekubitus der Kategorien 2–4 waren eher selten und wurden bei 13 Kindern und Jugendlichen festgestellt, vorwiegend in der Gruppe Universitätsspital/Kinderspital. Die Rate für im Spital erworbene Dekubitus der Kategorien 2–4 liegt gesamtschweizerisch bei 1.7%.

Internationale Vergleichswerte liegen nur begrenzt vor. Die Daten werden deshalb in der Diskussion mit denen der letzten zwei Messungen und, wo möglich, mit internationalen Studien verglichen.

### 7.1 Teilnehmende

An der Messung nahmen 34 spezialisierte Kinderkliniken sowie Akutspitäler mit integrierten Kinderstationen aus allen Kantonen teil, welche über Spitäler mit einem Leistungsauftrag im Bereich Kinder und Jugendliche verfügen. Die beteiligten Stationen bilden die Kinderstationen der Schweizer Akutspitäler repräsentativ ab.

Gegenüber der Vorjahresmessung sinkt die Teilnahmerate (78.4%) um 3.8% und unterschreitet damit erstmals die 80%-Grenze. Weder aus der Evaluationsbefragung der Messung 2015 noch aus sonstigen Rückmeldungen liegen eindeutige Hinweise vor, welche die tiefere Teilnahmerate erklären. Unklar ist, ob sich das leicht veränderte Vorgehen (siehe Kapitel 4) zum Einholen der Einverständniserklärung auf die Teilnahme auswirkte. Aufgrund des vereinfachten Einwilligungsverfahrens wurde 2015 eher eine höhere Messbeteiligung erwartet. Etwas mehr als ein Drittel der Gründe für eine Nichtteilnahme fiel jeweils unter «Verweigert» und «Sonstiges». Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der Kategorie «Verweigerung» um 3.2% und der Anteil der Kategorie «Sonstiges» um 5.0% abgenommen.

Die Beurteilung der Repräsentativität der Stichprobe ist durch die spärliche Datenlage im Bereich Kinder und Jugendliche sowie durch die Heterogenität beim Alter erschwert. Der Vergleich der soziodemografischen Angaben der Teilnehmenden mit der Patientenschaft der Schweizer Spitäler ist dadurch nur bedingt möglich. Die Altersgruppe unter 1 Jahr macht in der Gesamtstichprobe und in den Vergleichsgruppen den grössten Anteil an Teilnehmenden aus. Dies stimmt überein mit der Erhebung des BFS von 2014, in der Kinder bis zu 1 Jahr am häufigsten hospitalisiert wurden.

### 7.2 Prävalenzrate Dekubitus – im Spital erworben

#### 7.2.1 Merkmale der Kinder und Jugendlichen

In der *deskriptiven Auswertung* sind die Betroffenen durchschnittlich etwas häufiger männlich (51.7%) und etwa 5 Monate jünger als die Gesamtstichprobe. In der Gruppe der Kinder bis zu 1 Jahr waren vor allem die Kinder bis zu 1 Monat betroffen, was mit der nationalen und internationalen Datenlage übereinstimmt. Bei den Diagnosegruppen stehen «Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode» an erster Stelle,

gefolgt von «Krankheiten des Atmungssystems» und «Angeborenen Fehlbildungen» sowie von «Krankheiten des Kreislaufsystems». Die betroffenen Kinder und Jugendlichen wurden in den letzten zwei Wochen vor der Messung etwas häufiger (27.6%) operiert als die Gesamtstichprobe (21.2%).

In der *risikobereinigten Auswertung* erwies sich das Alter als beinahe wichtiges Merkmal: ein erhöhtes Dekubitus-Risiko trat bei Kindern auf, die 1 bis 4 Jahre alt waren. Bei den Diagnosen waren Krankheiten des Kreislauf- und Nervensystems sowie psychische und Verhaltensstörungen besonders relevant. Die geringen Fallzahlen lassen keine eindeutigen Aussagen darüber zu, welche Risikofaktoren auf Dauer wichtig sind. Ob Folgemessungen ein klareres Bild ergeben, muss sich erst zeigen.

### 7.2.2 Prävalenzrate

Im Vorjahresvergleich nahmen die Raten der im Spital erworbenen Dekubitus um 1.8% (Kategorien 1–4) bzw. um 1.3% (Kategorien 2–4) ab. Die Ergebnisse der Spitäler sind unterschiedlich verteilt. In der Gruppe Universitätsspital/Kinderspital fallen sie ungefähr 1.5x (Kategorien 1–4) bzw. 3.5x (Kategorien 2–4) so hoch aus wie in der Gruppe Zentrumsversorgung/Grundversorgung. Die Tatsache, dass hier mehr unter 1-Jährige, kritisch kranke oder schwerkranke Kinder betreut werden, spielt dabei sicher eine Rolle.

Im Vergleich zum ersten Messjahr 2013 hat die Rate der im Spital erworbenen Dekubitus um 3.4 % (Kategorien 1–4) bzw. 0.8 % (Kategorien 2–4) abgenommen. Gesamthaft gesehen liegen diese Verschiebungen jedoch im Zufallsbereich.

**Tabelle 1: Schweizer Dekubitus-Raten | Kinder im Vorjahresvergleich**

Prävalenzraten	2015	2014	2013
Im Spital erworben, Kategorien 1–4	11.7	13.5	15.1
Im Spital erworben, Kategorie 2–4	1.7	3.0	2.5

Im Vergleich mit den international publizierten Gesamtprävalenzraten bis 2011 (Bandbreite 1.6–33.7%) erreicht die Schweizer Gesamtrate von 12.8% einen Wert im unteren Drittel. Neuere Studien berichten jedoch international von tieferen Gesamtprävalenzraten (6.6-8.2%).

Im Gegensatz zur Dekubitus-Messung bei Erwachsenen wurde bei den Kindern und Jugendlichen nur ein geringer Unterschied zwischen der Gesamtrate (12.8%) und der im Spital erworbenen Rate der Kategorien 1–4 (11.7%) festgestellt. In Übereinstimmung mit internationalen und nationalen Studien im Bereich Kinder kann dies als Hinweis dafür betrachtet werden, dass die Mehrheit der Dekubitus in dieser Population im Spital entsteht. Konkret entstanden 91.6% der Dekubitus in dieser Messung im Spital.

Dekubitus traten bei Kindern und Jugendlichen – nebst in der Kategorie «Sonstiges» – am häufigsten am Mittelfuss und der Nase auf. Im nationalen Vergleich der Gruppen fällt auf, dass bestimmte Stellen wie die Nase und die Kategorie «Sonstiges» in der Gruppe Universitätsspital/Kinderspital und die Ferse und der Handrücken in der Zentrumsversorgung/Grundversorgung markant häufiger vorkommen. Dies hängt möglicherweise mit den kleineren Fallzahlen, der spezifischeren Patientenpopulation bzw. dem unterschiedlichen Einsatz von medizinischen Installationen zusammen.

### 7.3 Prozess- und Strukturindikatoren

Bei den *Prozessindikatoren* zeigt sich ein ähnliches Bild wie in den Vorjahresmessungen. Es werden sowohl allgemeine als auch kinderspezifische Präventionsmassnahmen angewendet. Bei der Anwendungshäufigkeit besteht kaum ein Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Dekubitus-Risiko. Daher stellt sich die Frage, ob die Anwendung der Präventionsmassnahmen intensiviert und differenziert werden müsste. Wie im Vorjahr werden andere Hilfsmittel zur Prävention wenig verwendet. Bei der Wundbehandlung gibt es

eine Tendenz zu adäquateren Wundbehandlungsstrategien, insbesondere bei Dekubitus Kategorie 1, wo korrekterweise kaum noch Wundaufgaben verwendet wurden.

Auch die Auswertung der *Strukturindikatoren* ergibt ähnliche Resultate wie im Vorjahr. Strukturindikatoren auf *Spitalebene* stehen markant weniger und Strukturindikatoren auf *Stationsebene* tendenziell weniger häufig zur Verfügung als bei Erwachsenen. Hier sollte allerdings berücksichtigt werden, dass in dieser Stichprobe auch kleinere, im Akutspital integrierte Kinderstationen, enthalten sind. In solchen Einheiten ist es schwieriger, kinderspezifische Fachressourcen im gleichen Ausmass wie in spezialisierten Kliniken zur Verfügung zu stellen.

## 7.4 Risikobereinigter Spitalvergleich

Bei diesem Spitalvergleich ist der Unterschied zwischen den Analyse-Ergebnissen der Kategorien 1–4 und 2–4 sehr auffällig. Während unter Einbezug der Kategorie 1 drei Spitäler als Ausreisser identifiziert werden können, ist dies ohne Kategorie 1 bei einem Spital nur knapp der Fall. Dies lässt auf eine gute Pflegequalität schliessen, da beim besonders bedeutsamen Dekubitus (ab Kategorie 2) lediglich ein Spital knapp ausserhalb des festgelegten Limits lag. Auch die Ergebnisse der Kategorien 1–4 belegen eine hohe Pflegequalität und geben den Hinweis, dass die Gefährdung erkannt, als solche klassifiziert wurde und Massnahmen eingeleitet wurden.

## 7.5 Stärken und Schwächen

Bei der Messung 2015 handelte es sich um die dritte Schweizer Erhebung. Gemäss den Erfahrungen der internationalen LPZ-Partner kann dies die Datenqualität potenziell positiv beeinflussen und zwar aufgrund der zunehmenden Routine während der Datenerhebung.

Zur Förderung der Datenqualität werden alle Spitalkoordinatorinnen und -koordinatoren einheitlich geschult. Ab der Messung 2014 ist die Schulungsteilnahme nicht mehr obligatorisch, neuen Koordinatorinnen und Koordinatoren wird sie jedoch dringend empfohlen. Im Messjahr 2015 besuchte nur noch ca. ein Drittel der Koordinatorinnen und Koordinatoren die Schulungen. Möglicherweise erklärt das die Zunahme der Datensätzen mit nicht plausiblen Daten bzw. die fehlerhafte Dateneingabe.

Nebst dem Messhandbuch stand am Vor- und am Messtag eine Hotline zur Verfügung. Die Datenqualität wurde durch zeitsparende Online-Erfassung der Daten unterstützt. Werden die klinischen Daten am Patientenbett durch geschulte Fachpersonen erhoben, sind die Ergebnisse zuverlässiger als die Angaben aus der Patientendokumentation oder aus Routinedaten.

Eine weitere Stärke ist das Evaluationsverfahren nach den jeweiligen Messzyklen. Die Erkenntnisse daraus führen zu Anpassungen in der Messorganisation sowie der Erhebungsinstrumente – in Absprache mit der internationalen Forschungsgruppe LPZ.

Die relativ geringe Häufigkeit von Dekubitus in der dritten Messung ist aus methodisch-statistischer Sicht nicht unproblematisch. Da sich die Aussagen bei den Kategorien 2–4 lediglich auf 13 von 745 Kindern und Jugendlichen beziehen, sind die Risikokonstellationen der Betroffenen in hohem Mass zufallsabhängig. Folgemessungen sollen hier mehr Erkenntnisse bringen.

# 8. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

---

## 8.1 Messteilnahme

Die Teilnehmerate von unter 80% könnte die Aussagekraft der Messung beeinträchtigen. Die hohe Teilnehmerate der Vorjahresmessungen (82.2%) ist erneut anzustreben. Für das Messjahr 2016 sollte daher das Vorgehen zum Einholen der Einverständniserklärung am Messtag hinterfragt werden. Eine höhere Teilnehmerate könnte allenfalls durch intensivere Öffentlichkeitsarbeit erzielt werden.

## 8.2 Dekubitus – im Spital erworben

Die Dekubitus-Raten lassen im Vorjahres- und im internationalen Vergleich auf eine gute Pflegequalität schliessen. Verglichen mit früheren Messungen liegt ein stetiger, statistisch jedoch nicht signifikanter Trend zur Abnahme der Raten vor – besonders auf Intensivstationen. Dennoch wurde Optimierungspotential erkannt, auch auf Prozess- und Strukturebene.

Die Thematik der medizinischen Installationen bleibt relevant. Eine weitere Verbesserung könnte hier über den Einsatz spezifischer Interventionen bei Kindern mit Dekubitus-Risiko sowie mit medizinischen Installationen erreicht werden. Die Ergebnisse einer Qualitätsintervention zeigen auf, dass die Rate bei nicht invasiv beatmeten Kindern markant gesenkt werden kann: dank Mehrfachintervention, Struktur- und Prozessoptimierungen.

Übereinstimmend mit der internationalen Datenlage wurden vorwiegend in der Intensivpflege, der IMC und der Neonatologie hohe Raten für die Kategorien 1–4 festgestellt. Dies kann unter anderem mit der unreifen Haut von Frühgeborenen begründet werden.

Eine Studie zeigt auf, dass die Anwendung einer Richtlinie auf Spital-/Stationsebene, welche die Best Practice abbildet, zu einer markanten Abnahme von vermeidbaren Hautläsionen führen kann. In den letzten Jahren wurden vermehrt (internationale) Richtlinien oder Standards zu Dekubitus und Dekubitus-Prävention bei Kindern und Jugendlichen entwickelt. In der Schweiz steht die Publikation einer nationalen Leitlinie in Kürze bevor. Diese soll die Entwicklung von Strukturindikatoren auf Spitalebene fördern, gerade weil die Ressourcen hier beschränkt sind und das Praxisfeld verhältnismässig klein.

Bei der Wundbehandlung existieren nach wie vor kaum Produkte, die den spezifischen Anforderungen der Haut im Kindesalter – speziell jener von Frühgeborenen und Säuglingen – gerecht werden. Hier besteht viel Potential zur Produktentwicklung, ebenso bei kinderspezifischen Matratzen und Druckentlastungsaufgaben.

Aus wissenschaftlicher und fachlicher Sicht stellt sich weiterhin die Frage, ob und inwiefern die Vorhersagekraft des Dekubitus-Risikos der klinischen Einschätzung durch Pflegefachpersonen derjenigen mittels Braden-Skala oder einer anderen Risikoeinschätzungsskala überlegen ist.

## 8.3 Weitere Empfehlungen

Die Datenpublikation sensibilisiert für das Thema Dekubitus, gezielte Wundbehandlungen und Präventivmassnahmen werden gefördert. Die nach den Vergleichsgruppen dargestellten Ergebnisse erlauben es den Spitalern, ihre eigenen Resultate mit den Ergebnissen in der jeweiligen Vergleichsgruppe zu beurteilen.

Auch wenn die Daten in erster Linie dem Spitalvergleich dienen, finden sich in der Literatur vermehrt Hinweise auf die Konzentration von Interventionen auf Stationsebene. Dies könnte sich in der Summe auf eine Verbesserung auf Spitalebene auswirken.

Nicht zuletzt bewegt sich diese Messung in den Handlungsfeldern drei (Versorgungsqualität sichern und erhöhen) und vier (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. Dies in einem Bereich (Dekubitus Kinder) mit einer noch geringfügigen Datenlage.