



Dekubitus Akutsomatik Kinder

Nationaler Vergleichsbericht | Kurzfassung

Messung 2017

August 2018, 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 Auswertung zuständig. Für die Datenerhebung in der französischen und in der italienischen Schweiz kooperiert die BFH mit der Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) und der Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI).

Als Messmethode wird das Verfahren der Universität Maastricht «LPZ International» (International Prevalence Measurement of Quality of Care) angewandt. Zum Einsatz kommt das eigens für die ANQ-Messung entwickelte Messmodul Dekubitus Kinder. Für das Messjahr 2017 wurde das Modul vollständig überarbeitet und dem neuesten Stand der Methode (LPZ 2.0) angepasst. Dekubitus werden am Messtag erhoben (Punktprävalenz), als Gesamtprävalenzraten und als nosokomiale, das heisst im Spital erworbene, Prävalenzraten.

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 14. November 2017 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 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 direkt am Patientenbett: u.a. das Vorhandensein von Dekubitus und/oder ein Dekubitus-Risiko. Für alle anderen Fragen diente die Patientendokumentation als Quelle

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 33 Spitalstandorte teil (Akutspitäler mit Kinderstationen und spezialisierte Kinderkliniken). Davon waren 7 Universitäts-/Kinderspitäler und 26 Spitäler des Typs Zentrumsversorgung/Grundversorgung.

Am Messtag waren 934 Kinder und Jugendliche in den teilnehmenden Spitälern hospitalisiert, von denen sich 779 an der Messung beteiligten. Die Teilnehmerrate betrug 83.4%.

Ergebnisse

Dekubitus-Raten

Landesweit liegt die *Gesamtprävalenzrate (alle Kategorien)* bei 8.9% und die *Prävalenzrate ab Kategorie 2* bei 1.5%. Beide Raten schliessen auch alle ein, die bereits mit Dekubitus ins Spital eintraten.

Die *nosokomiale Gesamtprävalenzrate (alle Kategorien)* beträgt 8.0% (Vorjahr 9.9). Sie reduziert sich somit um 1.9% gegenüber dem Vorjahr. Die *nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2* beträgt 1.3% (Vorjahr 2.6) und sinkt somit um 1.3%.

Mehrjahresvergleich

Dekubitus-Rate in %	2017	2016	2015	2014	2013
Im Spital erworben, alle Kategorien	8.0	9.9	11.7	13.5	15.1
Im Spital erworben, ab Kategorie 2	1.3	2.6	1.7	3.0	2.5

Im *internationalen Vergleich* bewegen sich die Schweizer Gesamtprävalenzraten innerhalb der international publizierten Bandbreite bis 2011. Neuere Studien für gemischte pädiatrische Stichproben weisen etwas tiefere Gesamtprävalenzraten aus. Die nosokomiale Gesamtprävalenzrate liegt über den internationalen Referenzwerten, während sich die nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2 hier im Mittelfeld befindet.

Im Vorjahresvergleich nehmen die nosokomialen Prävalenzraten bei den Teilnehmenden mit *Dekubitus-Risiko* ab: Die nosokomiale Gesamtprävalenzrate reduziert sich hier um 3.1% auf 13.0% und die nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2 um 2.0% auf 2.2%.

Die nosokomiale Gesamtprävalenzrate *mit medizinischen Installationen* lag bei 9.5% und die nosokomiale Prävalenz ab Kategorie 2 bei 1.5%. Verglichen mit den Werten der Messjahre 2015 und 2016 liegen sie tiefer, sind im Kontext der internationalen Literatur jedoch weiterhin hoch.

Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit einem nosokomialen Dekubitus war auf einer *Neonatologie- oder Intensivstation* hospitalisiert. Diese Kinder befanden sich häufiger in der Neonatalperiode (Zeitraum: bis 28 Tage nach der Geburt) und/oder wurden öfter in einem Inkubator betreut.

Bei der *nosokomialen Dekubitus-Lokalisation* wurde am häufigsten die Kategorie «Andere Lokalisationen» angegeben, gefolgt von Gesicht/Nase und Mittelfuss.

Risikoadjustierung²

Im *risikoadjustierten Spitalvergleich* weicht nur 1 Spital bei der *nosokomialen Gesamtprävalenzrate* negativ vom Durchschnitt aller Spitäler ab. Bei der *nosokomialen Prävalenzrate ab Kategorie 2* sind es 2 Spitäler, die sich leicht negativ abheben.

Beim *nosokomialen Dekubitus aller Kategorien* beeinflussen folgende Variablen das Dekubitus-Risiko: positive subjektive klinische Einschätzung durch das Pflegepersonal, die Neonatalperiode, ein operativer Eingriff in den letzten zwei Wochen, das weibliche Geschlecht und/oder die Anzahl der ICD-Diagnosegruppen.

Beim *nosokomialen Dekubitus ab Kategorie 2* beeinflussen folgende Variablen das Dekubitus-Risiko: zunehmende Aufenthaltsdauer und/oder bestimmte ICD-Diagnosegruppen. Ebenfalls ein sehr hohes Risiko besteht, wenn Kinder sich in einem Inkubator befinden.

Prozess- und Strukturindikatoren

Nationale Leitlinien zu Dekubitus Kinder fehlen und internationale sind noch wenig verbreitet. Dennoch sind standardisierte Massnahmen zur Prävention und/oder Behandlung auf Mikroebene in unterschiedlichem Ausmass implementiert. Im Vorjahresvergleich bleibt der Erfüllungsgrad der beiden Indikatoren beinahe unverändert.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Messteilnahme

An der Messung nahmen 97% der Akutspitäler mit Leistungsauftrag im Bereich Kinder/Jugendliche teil, die dem Nationalen Qualitätsvertrag beigetreten sind. Die beteiligten Spitalstandorte bilden die Schweizer Akutspitäler repräsentativ ab.

Stichprobengrösse und Teilnahmerate blieben in den letzten drei Messjahren relativ konstant. Mit einer Teilnahmerate von 83.4% konnte die Zielquote von 80% erreicht werden, was die Messung aussagekräftiger macht. «Ablehnung» ist der Hauptgrund für eine Nichtteilnahme.

Qualitätsindikator und Qualitätsentwicklung

Seit Messbeginn reduzieren sich die Schweizer Raten stetig und zum Teil erheblich. Diese Abnahme weist auf eine zunehmende Sensibilisierung in den Spitälern für diesen Indikator/dieses Pflegephänomen hin. Es gilt, das gute Qualitätsniveau zu sichern und, wo erforderlich, weiterzuentwickeln. Der Vergleich mit den Messergebnissen bei Erwachsenen deutet nach wie vor ein Entwicklungspotential bei den Struktur- und Prozessindikatoren an. Insbesondere Investitionen in medizinische Installationen, die Dokumentation der Risikoerfassung sowie eine regelmässige, systematische Hautinspektion könnten helfen, die Raten weiter zu senken. Dabei sollte der Fokus auf Kleinkinder in der Neonatalperiode, die auf der Neonatologie oder Intensivstation hospitalisiert sind, gelegt werden.

In internationalen Studien wird die Kombination von Qualitätsverbesserungsmethoden mit fachlichen Interventionen sowie mit Ansätzen auf Organisations- und Systemebene postuliert. Dies beinhaltet

² 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.

Mehrfachinterventionen unter aktivem Einbezug der Fachpersonen in der Praxis sowie Massnahmen auf der Strukturebene, wie beispielsweise eine Anpassung der Materialien.

Seit einigen Jahren rückt zudem die institutionsübergreifende Zusammenarbeit in den Vordergrund. Mit der Bündelung von (externen) wissenschaftlichen Ressourcen und (internen) klinisch-fachlichen Ressourcen könnten gewisse Hürden bei komplexen Verbesserungsprogrammen überwunden werden.

Methodische Empfehlungen

Der für die Messung 2017 angepasste Fragebogen ermöglicht präzisere Aussagen über Patientinnen und Patienten in der Neonatologie. Die Daten können detaillierter verwendet und entsprechend besser interpretiert werden. Deshalb wird empfohlen, diese Anpassungen auch künftig beizubehalten.

Zu prüfen wäre, ob ein mindestens zweistündiger Auffrischkurs für das gesamte Pflegepersonal noch zeitgemäss ist. Im Fragebogen LPZ 2.0 wird danach gefragt. Eine Überprüfung verfolgt das Ziel, neuere Schulungsformen im Fragebogen besser abbilden zu können.

Prüfungswert ist weiter, inwiefern es sinnvoll und möglich ist, ein unabhängiges Auditverfahren zwecks Einhaltung der Methode LPZ 2.0 durch die Spitäler und somit der Datenqualität zu entwickeln.

Empfehlungen zur Prävalenzmessung

Die nationale Messung ermöglicht einen konkreten Soll-Ist-Vergleich zum intern definierten Qualitätsniveau in den Spitälern. Sie gibt auch wichtige Hinweise zur Priorisierung von internen Qualitätsentwicklungsprozessen. Zudem können die Ergebnisse für das interne und externe Benchmarking sowie für das Qualitäts-Reporting genutzt werden.

Aufgrund der tendenziell sinkenden Raten seit Messbeginn wird empfohlen, die Messungen auch in Zukunft regelmässig durchzuführen. Dabei sollten insbesondere die Risikoeinschätzung, die Hautinspektion und die besonders gefährdeten Patientinnen und Patienten im Auge behalten werden. Die belegten positiven Auswirkungen von wiederkehrenden Messungen auf die Qualitätsentwicklung tragen zur nachhaltigen Sensibilisierung bei.

Gemäss OECD sind transparente Qualitätsdaten ein Schlüsselinstrument, um Rechenschaft gegenüber der Öffentlichkeit abzulegen und Verbesserungspotential (Effektivität, Effizienz) im Gesundheitssystem zu orten. Die systematische und einheitliche Datenerfassung trägt landesweit zu einer Verbesserung der Datengrundlage betreffend Pflegequalität bei und schafft Transparenz. Dies im Sinne der Handlungsfelder «Versorgungsqualität sichern und erhöhen» sowie «Transparenz schaffen, besser steuern und koordinieren» der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates «Gesundheit 2020».