



# Sturz und Dekubitus Akutsomatik Erwachsene

---

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 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 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. Dekubitus werden am Messtag erhoben (Punktprevalenz), als Gesamtprävalenzraten und als nosokomiale, das heisst im Spital erworbene, Prävalenzraten. Stürze werden rückblickend auf 30 Tage erfasst (Periodenprävalenz). Dazu zählen Sturzraten im Spital, Sturzfolgen und Gesamtverletzungsraten.

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 14. November 2017 erhoben. In die Messung eingeschlossen waren alle Patientinnen und Patienten, die am Erhebungstag stationär behandelt wurden. Ausgenommen waren die Spitalbereiche: Wochenbettstation, Notfall, Tagesklinik, Aufwachraum und Ambulatorien. Die Patientinnen, Patienten oder deren 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 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

In die Analyse einbezogen wurden die Daten von 198 Spitalstandorten (115 Einzelspitäler und 30 Spitalgruppen). Davon waren 5 Universitätsspitäler, 71 Spitäler des Typs Zentrumsversorgung/Allgemeine Krankenhäuser, 77 Spitäler der Grundversorgung und 45 Spezialkliniken.

Am Messtag waren 17'438 Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren in den teilnehmenden Spitälern hospitalisiert, von denen 13'227 Personen in die Messung einwilligten. Die Teilnahmerate betrug 75.9%.

## Ergebnisse Dekubitus

### Dekubitus-Raten

Landesweit liegt die *Gesamtpravalenzrate (alle Kategorien)* bei 6.9% und die *Prävalenzrate ab Kategorie 2* bei 3.9%. Beide Raten schliessen auch alle ein, die bereits mit Dekubitus ins Spital eintraten.

Die *nosokomiale Gesamtpravalenzrate (alle Kategorien)* beträgt 4.3% (Vorjahr 4.4). Die *nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2* ist mit 2.0% gleich hoch wie im Vorjahr.

### Mehrfjahresvergleich

Dekubitus-Rate in %	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Im Spital erworben, alle Kategorien	4.3	4.4	4.1	4.3	4.6	4.4	5.8
Im Spital erworben, ab Kategorie 2	2.0	2.0	1.9	1.8	2.0	1.7	2.1

Im *internationalen Vergleich* befindet sich die nosokomiale Gesamtpravalenzrate im unteren Drittel der in der Literatur angegebenen Referenzwerte. Verglichen mit den Ergebnissen der LPZ-Messungen in den Niederlanden fallen diese Raten in der Schweiz etwas tiefer aus als in den Niederlanden. In Österreich und der Türkei sind sie jedoch niedriger als in der Schweiz. Die nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2 liegt ebenfalls im unteren Bereich der Referenzwerte. Allerdings weisen die Niederlande und Österreich hier leicht tiefere Raten aus.

Im Vorjahresvergleich gehen die nosokomialen Prävalenzraten bei den Teilnehmenden mit *Dekubitus-Risiko* leicht zurück. Die *nosokomiale Gesamtpravalenzrate* sinkt hier auf 12.7% (Vorjahr 14.2) und die *nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2* auf 6.1% (Vorjahr 6.5).

*Dekubitus-Lokalisation:* Wie im Vorjahr waren vorwiegend das Kreuzbein und die Fersen von Dekubitus betroffen, was mit der internationalen Datenlage korrespondiert.

### Risikoadjustierung<sup>2</sup>

Im *risikoadjustierten Spitalvergleich* weichen bei der *nosokomialen Gesamtpravalenzrate* 14 Spitäler (13 negativ, 1 positiv) signifikant vom Durchschnitt aller Spitäler ab, bei der *nosokomialen Prävalenzrate ab Kategorie 2* sind es 4 Spitäler, die sich im klinischen Sinne negativ abheben.

<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

Beim *nosokomialen Dekubitus aller Kategorien* beeinflussen folgende Variablen das Dekubitus-Risiko: positive subjektive klinische Einschätzung durch das Pflegepersonal, zunehmende Aufenthaltsdauer und/oder steigende Pflegeabhängigkeit sowie bestimmte ICD-Diagnosegruppen.

Beim *nosokomialen Dekubitus ab Kategorie 2* beeinflussen folgende Variablen das Dekubitus-Risiko: positive subjektive klinische Einschätzung durch das Pflegepersonal, zunehmende Aufenthaltsdauer, steigende Pflegeabhängigkeit, eine Operation in den letzten zwei Wochen und/oder bestimmte ICD-Diagnosegruppen.

### Prozess- und Strukturindikatoren

Die Ergebnisse zur *Prozessqualität* können als Indiz für eine gute Qualität hinsichtlich Dekubitus-Prävention und -Behandlung gesehen werden. Entwicklungsbedarf könnte beim aktiven Einbezug der betroffenen Patientinnen und Patienten bestehen. Auf *Strukturebene* wäre prüfenswert, ob die Schulung der Mitarbeitenden zu noch besseren Ergebnissen beitragen könnte.

## Ergebnisse Sturz im Spital

### Sturzrate

Die *Sturzrate* beträgt 3.8% und bleibt damit gegenüber dem Vorjahr unverändert.

#### Mehrjahresvergleich

Sturz-Rate in %	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Im Spital	3.8	3.8	3.0	3.6	4.1	3.8	4.3

Im *internationalen Vergleich* werden mehrheitlich niedrigere Sturzsaten ausgewiesen als in der Schweiz. Im Vergleich mit anderen LPZ-Ländern liegt die Schweizer Rate gegenüber Österreich und der Türkei tiefer, ist jedoch höher als in den Niederlanden.

Bei knapp 1/3 der Teilnehmenden wurde ein Sturzrisiko (Sturz in der Anamnese, Sturz in den vergangenen 12 Monaten vor Spitaleintritt) nachgewiesen. Die *Sturzrate bei Risikopatientinnen und -patienten* beträgt 7.2% (Vorjahr 12.5). Diese Abnahme ist jedoch höchstwahrscheinlich auf eine methodische Anpassung zurückzuführen.

Fast 1/3 der im Spital Gestürzten waren von Sturzfolgen betroffen, was einer *Gesamtverletzungsrate* von 30.1% (Vorjahr 41.3) entspricht. Dieses Ergebnis ist tiefer als in Österreich und der Türkei, allerdings höher als in den Niederlanden und liegt im oberen Bereich der internationalen Referenzwerte.

### Risikoadjustierung

Im *risikoadjustierten Spitalvergleich* weicht kein Spital signifikant vom Durchschnitt aller Spitäler ab.

Folgende Variablen beeinflussen das Sturzrisiko: zunehmende Aufenthaltsdauer, Sturz in der Anamnese, sedierende und/oder verhaltensbeeinflussende Medikamente und/oder steigende Pflegeabhängigkeit (wobei die komplette Abhängigkeit nicht mit einem signifikanten Sturzrisiko verbunden ist, was vermutlich mit der eingeschränkten Mobilität der Patientinnen und Patienten zu erklären ist) sowie die ICD-Diagnosegruppen psychische und Verhaltensstörungen, in welcher die Demenz klassifiziert wird. Das Risiko, im Spital zu stürzen, verringert sich für Frauen und bei einer Operation in den zwei Wochen vor dem Messtag erheblich.

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.

### **Prozess- und Strukturindikatoren**

Die *Dokumentation des Sturzrisikos* (Sturz in der Anamnese) fehlte bei mehr als 1/4 der Risikopatientinnen und -patienten sowie bei knapp 1/6 der im Spital gestürzten Personen. Bei 3/4 aller Teilnehmenden wurden sturzpräventive Massnahmen angewendet. Die auffallend höhere Anzahl Massnahmen bei Gestürzten könnte darauf hindeuten, dass der Sturz einen Sensibilisierungsprozess auslöste.

Einige der deskriptiven Ergebnisse weisen darauf hin, dass in den Spitälern Entwicklungsmassnahmen eingeleitet wurden. Im Vorjahresvergleich sind Anzeichen für positive Entwicklungen bei der Implementierung von *Prozessindikatoren* (Risikoerfassung) auszumachen. Bei der Entwicklung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen wird nach wie vor empfohlen, die Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten, den Ausbau des Multi-Interventionsansatzes zur Prävention, die Patientenedukation und die Mitarbeiterschulung zu priorisieren.

## Schlussfolgerungen und Empfehlungen

---

### **Messteilnahme**

An der Messung nahmen rund 98% der Akutspitäler teil, die dem Nationalen Qualitätsvertrag beigetreten sind. Die beteiligten Spitalstandorte bilden die Schweizer Akutspitäler repräsentativ ab.

Stichprobengrösse und Teilnehmerate blieben in den letzten drei Messjahren relativ konstant. Die Zielquote von 80%, welche die Messung aussagekräftiger machen würde, konnte nicht erreicht werden. «Ablehnung» ist der Hauptgrund für eine Nichtteilnahme.

### **Qualitätsindikatoren und Qualitätsentwicklung**

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

Beim *Sturz im Spital* präsentieren sich die Raten im Mehrjahresvergleich ebenfalls stabil. Es zeigt sich jedoch, dass sie im internationalen Vergleich nach wie vor eher hoch anzusiedeln sind. Insbesondere die Rate der schweren Verletzungen infolge eines Sturzes im Spital ist mehr als doppelt so hoch ist wie in anderen LPZ-Ländern oder der internationalen Literatur. Hier besteht eindeutig Verbesserungspotential. Auf Prozessebene werden Präventionsmassnahmen eher erst nach einem Sturz im Spital angewendet. Hier bieten sich Verbesserungsmassnahmen in Form von systemischen Risiko-Screenings an. Zudem scheint der Einbezug der Organisationskultur (Leadership, Sicherheitskultur, Kommunikation etc.) zentral zu sein.

In internationalen Studien wird die Kombination von Qualitätsverbesserungsmethoden mit fachlichen Interventionen sowie mit Ansätzen auf Organisations- und Systemebene postuliert. Dies beinhaltet Mehrfachinterventionen sowie Begleitmassnahmen, durch welche Fachpersonen in der Praxis aktiv in den Verbesserungsprozess miteinbezogen werden. Seit einigen Jahren rückt zudem die institutionsübergreifende Zusammenarbeit in den Vordergrund. Mit der Bündelung von (externen) wissenschaftlichen Ressourcen und (internen) klinisch-fachlichen Ressourcen könnten Kräfte konzentriert werden.

### **Methodische Empfehlungen**

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.

Im Online-Dateneingabeprogramm LPZ 2.0 sollten die Spitaltypen aus dem akutsomatischen und nicht-akutsomatischen Bereich visuell besser getrennt werden. Dies, um eine möglichst korrekte Selbstdeklaration der teilnehmenden Institutionen bei der Spitaltypklassifikation zu fördern.

Nicht nur die Abnahme von Sturzraten, sondern auch der Rückgang von schwerwiegenden Verletzungen machen Aussagen über die Pflegequalität. Deshalb wird empfohlen zu prüfen, inwiefern die Publikationen und das Dateneingabeportal LPZ 2.0 mit den Verletzungsraten ergänzt werden soll.

Zudem ist zu prüfen, 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 schwankenden Raten der Jahre 2011 bis 2017, 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.

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».