



Sturz und Dekubitus Akutsomatik Erwachsene

Nationaler Vergleichsbericht | Kurzfassung

Messung 2018

August 2019, Version 1.0

Einleitung

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) ist für Qualitätsmessungen in Spitälern der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein 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 (Punktprävalenz), 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 Kategorien¹ 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 13. November 2018 erhoben. In die Messung eingeschlossen waren alle Patientinnen und Patienten, die am Erhebungstag stationär behandelt wurden und über 18 Jahre alt waren. Ausgenommen waren die Spitalbereiche: Wochenbettstation, Notfall, Tagesklinik, Aufwachraum und ambulanter Bereich. 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.

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

In die Analyse einbezogen wurden die Daten von 196 Spitalstandorten (115 Einzelspitäler und 30 Spitalgruppen). Davon waren 5 Universitätsspitäler, 73 Spitäler des Typs Zentrumsversorgung/Allgemeine Krankenhäuser, 69 Spitäler der Grundversorgung und 49 Spezialkliniken.

Am Messtag waren 17'250 Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren in den teilnehmenden Spitälern hospitalisiert, von denen 13'227 Personen in die Messung einwilligten. Die Teilnahmerate betrug 76.7%.

Ergebnisse Dekubitus

Dekubitus-Raten

Landesweit liegen die *Gesamtprävalenzrate (alle Kategorien)* bei 5.8% und die *Prävalenzrate ab Kategorie 2* bei 3.0 %. Beide Raten schliessen auch Patientinnen und Patienten ein, die bereits mit Dekubitus ins Spital eintraten.

Die *nosokomiale Gesamtprävalenzrate (alle Kategorien)* sinkt auf 3.6% (Vorjahr 4.3). Die *nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2* reduziert sich auf 1.5% (Vorjahr 2.0); diese Abnahme ist statistisch signifikant.

Mehrjahresvergleich

Dekubitus-Rate in %	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Im Spital erworben, alle Kategorien	3.6	4.3	4.4	4.1	4.3	4.6	4.4	5.8
Im Spital erworben, ab Kategorie 2	1.5	2.0	2.0	1.9	1.8	2.0	1.7	2.1

Im *internationalen Vergleich* befindet sich die *nosokomiale Gesamtprävalenzrate* in den Schweizer Spitälern im unteren Bereich der in der Literatur angegebenen Referenzwerte. Im Vergleich mit den Ergebnissen anderer LPZ-Messungen sind die Schweizer Werte vergleichbar bzw. etwas tiefer als in der Türkei oder in den Niederlanden, jedoch höher als in Österreich.

Die *nosokomialen Prävalenzraten bei Risikopatientinnen und -patienten* zeigen weiter eine abnehmende Tendenz. Die nosokomiale Gesamtprävalenzrate sinkt um 1.9% auf 10.8% und die nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2 um 1.5% auf 4.6%.

Dekubitus-Lokalisation: Wie im Vorjahr sind vorwiegend das Kreuzbein und die Fersen von Dekubitus

Risikoadjustierung²

Im *risikoadjustierten Spitalvergleich* weichen bei der *nosokomialen Gesamtprävalenzrate* 5 Spitäler signifikant negativ vom Durchschnitt aller Spitäler ab, bei der *nosokomialen Prävalenzrate ab Kategorie 2* unterscheidet sich kein Spital signifikant vom Durchschnitt.

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.

Beim *nosokomialen Dekubitus aller Kategorien* beeinflussen folgende Variablen das Dekubitus-Risiko: positive subjektive klinische Einschätzung durch das Pflegepersonal oder gemäss Braden Skala, zunehmende Aufenthaltsdauer, steigende Pflegeabhängigkeit, eine Operation in den letzten zwei Wochen und/oder eine steigende Anzahl ICD-Diagnosegruppen.

Beim *nosokomialen Dekubitus ab Kategorie 2* beeinflussen folgende Variablen das Dekubitus-Risiko: positive subjektive klinische Einschätzung durch das Pflegepersonal oder gemäss Braden Skala, zunehmende Aufenthaltsdauer, völlige Pflegeabhängigkeit, die Altersgruppe 75 Jahre und älter 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 3.5% und liegt damit leicht tiefer als im Vorjahr (3.8).

Mehrjahresvergleich

Sturz-Rate in %	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Im Spital	3.5	3.8	3.8	3.0	3.6	4.1	3.8	4.3

Im *internationalen Vergleich*, bezogen auf die Literatur, sind die Raten aus der Schweiz im unteren Drittel der Bandbreite anzusiedeln. Allerdings werden in rund der Hälfte der berücksichtigten Studien tiefere Werte als in der Schweiz ausgewiesen. Verglichen mit den LPZ-Messungen anderer Länder liegt der Schweizer Wert tiefer als in Österreich und der Türkei, ist jedoch höher als in den Niederlanden.

Knapp ein Drittel aller Teilnehmenden wies ein Sturzrisiko gemäss einem Sturz in der Anamnese auf. Die *Sturzrate bei Risikopatientinnen und -patienten* nimmt im Vorjahresvergleich um 1.1% ab und beträgt 6.1%.

Fast 1/3 der im Spital Gestürzten waren von Sturzfolgen betroffen, was einer *Gesamtverletzungsrate* von 30.4% (Vorjahr 30.1) entspricht. Dieses Ergebnis ist tiefer als in Österreich und der Türkei. Im Vergleich mit der internationalen Literatur liegt es im oberen Bereich.

Risikoadjustierung

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

Folgende Variablen beeinflussen das Sturzrisiko: zunehmende Aufenthaltsdauer und/oder steigendes Alter, 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). Zudem erhöhen oder senken bestimmte ICD Diagnosegruppen das Sturzrisiko. Das Risiko, im Spital zu stürzen, verringert sich bei einer Operation in den zwei Wochen vor dem Messtag erheblich.

Prozess- und Strukturindikatoren

Die *Dokumentation des Sturzrisikos* (Sturz in der Anamnese) fehlte bei jeder/jedem vierten Risikopatientin/-patienten sowie bei knapp jeder siebten im Spital gestürzten Personen. Bei 4/5 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 weitere Entwicklungsmassnahmen eingeleitet wurden. Über die vergangenen Messjahre betrachtet 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. Zudem scheint es besonders beim Indikator Sturz zentral zu sein, den multidisziplinären Aspekt zu berücksichtigen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Messteilnahme

An der Messung nahmen rund 96.1% 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* nehmen die Raten leicht ab 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 recht 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 doppelt so hoch. 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.

Werden die *Tendenzen der Qualitätsforschung* in den vergangenen Jahren in Betracht gezogen, erhält die Adressierung und sinnvolle Vernetzung der verschiedenen Ebenen (Mikro bis Makro) zunehmende Bedeutung. Es kristallisieren sich die drei Themen heraus: Patientenzentrierung/Co-Design, Datenfeedback zu Qualitätsdaten und Kooperationen hinsichtlich Qualitätsverbesserungen.

Methodische Empfehlungen

Für die Weiterentwicklung des Fragebogens LPZ 2.0 wird empfohlen zu prüfen, inwiefern mit den Fragen zu den Struktur- und Prozessindikatoren auf Spital- und Stationsebene den aktuellen evidenzbasierten Empfehlungen entsprochen wird.

Bei der Datenplausibilitätsprüfung sollte geprüft werden, ob ein Teil der standardisierten Überprüfung der Daten bereits in die Prozesse von LPZ integriert werden könnte. Dies im Sinne einer Prozessoptimierung und um die Datenqualität längerfristig sicherzustellen.

Hinsichtlich der Selbstdeklaration der teilnehmenden Institutionen wäre zudem 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.

Um das Feedback zu den Qualitätsdaten zu fördern, könnten Ansätze der Datennutzung und -kommunikation in den jährlichen Schulungen thematisiert werden, insbesondere auch die effektive Nutzung der Ergebnisse im Dashboard LPZ 2.0 auf Institutions- und Stationsebene.

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 2018, 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».