



# Dekubitus Akutsomatik Kinder

---

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 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 Kategorien<sup>1</sup> bzw. Kategorie 2 und höher
- Gestaltung des risikoadjustierten Spitalvergleichs bezüglich Dekubitus
- Beschreibung der Struktur- und Prozessindikatoren bezüglich Dekubitus

## Datenerhebung

---

Die Daten wurden am 13. November 2018 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.

---

<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

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 910 Kinder und Jugendliche in den teilnehmenden Spitälern hospitalisiert, von denen sich 763 an der Messung beteiligten. Die Teilnehmerate betrug 83.8%.

## Ergebnisse

### Dekubitus-Raten

Landesweit liegt die *Gesamtprävalenzrate (alle Kategorien)* bei 8.5%, die *Prävalenzrate ab Kategorie 2* beträgt 2.4%. Beide Raten schliessen auch alle ein, die bereits mit Dekubitus ins Spital eintraten.

Die *nosokomiale Gesamtprävalenzrate (alle Kategorien)* beträgt 7.9% (Vorjahr 8.0). Sie reduziert sich somit um 0.1% gegenüber dem Vorjahr. Die *nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2* beträgt 2.1% (Vorjahr 1.3) und steigt demnach um 0.8%. Während die nosokomiale Gesamtprävalenz über die vergangenen drei Messjahre laufend abgenommen hat, schwankt die nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2 im statistisch nicht signifikanten Bereich.

### Mehrjahresvergleich

Dekubitus-Rate in %	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Im Spital erworben, alle Kategorien	7.9	8.0	9.9	11.7	13.5	15.1
Im Spital erworben, ab Kategorie 2	2.1	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 knapp über den internationalen Referenzwerten, während sich die *nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2* hier im Mittelfeld befindet.

Die *nosokomiale Gesamtprävalenzrate bei Teilnehmenden mit Dekubitus-Risiko* zeigt weiter eine abnehmende Tendenz: Sie reduziert sich um 1.4 auf 11.6%. Die *nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2* steigt im Vorjahresvergleich um 1.0 auf 3.2%, liegt aber noch unter dem Wert von 2016.

Die *nosokomiale Gesamtprävalenzrate bei Kindern und Jugendlichen mit medizinischen Installationen* nimmt ebenfalls weiter ab und beträgt 8.8%. Die *nosokomiale Prävalenzrate ab Kategorie 2* ist mit 2.3% etwas höher als im Vorjahr, jedoch tiefer als 2016.

Gut ein Drittel aller Teilnehmenden mit einem nosokomialen Dekubitus war auf einer *Neonatologie- oder Intensivstation* hospitalisiert. Im Vergleich zu Teilnehmenden ohne nosokomialen Dekubitus befanden sich Patientinnen und Patienten mit nosokomialen Dekubitus häufiger in der Neonatalperiode und/oder wurden häufiger in einem Inkubator betreut.

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

## Risikoadjustierung<sup>2</sup>

Im *risikoadjustierten Spitalvergleich* weichen 2 Spitäler bei der *nosokomialen Gesamtprävalenzrate* negativ vom Durchschnitt aller Spitäler ab. Bei der *nosokomialen Prävalenzrate ab Kategorie 2* hebt sich kein Spital positiv oder negativ von den andern ab.

Beim *nosokomialen Dekubitus aller Kategorien* beeinflussen folgende Variablen das Dekubitus-Risiko: subjektive klinische Einschätzung einer Dekubitusgefährdung durch das Pflegefachpersonal, Inkubator und die ICD-Diagnosegruppe Krankheiten des Kreislaufsystems.

Beim *nosokomialen Dekubitus ab Kategorie 2* beeinflussen folgende Variablen das Dekubitus-Risiko: Inkubator, Alterskategorie 8 bis 16 Jahre, 4 und mehr ICD-Diagnosegruppen, operativer Eingriff in den 14 Tagen vor der Messung.

## 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. Grosses Entwicklungspotenzial scheint bei der systematischen Implementierung einer standardisierten Risikoeinschätzung zu bestehen.

## Schlussfolgerungen und Empfehlungen

---

### Messteilnahme

An der Messung nahmen 97.1% 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 Teilnehmerate blieben in den letzten drei Messjahren relativ konstant. Mit einer Teilnehmerate von 83.8% konnte die Zielquote von 80% erreicht werden, was die Messung aussagekräftiger macht. «Ablehnung» ist der Hauptgrund für eine Nichtteilnahme.

### Qualitätsindikator und Qualitätsentwicklung

Die *nosokomialen Prävalenzraten* nahmen in den vergangenen Messungen tendenziell ab und unterscheiden sich teilweise signifikant von früheren Messergebnissen. Diese Abnahme könnte als Hinweis für die zunehmende Sensibilisierung gesehen werden.

Es gilt, das gute Qualitätsniveau in den Schweizer Spitälern und Kliniken zu sichern, zu halten und – wo erforderlich – weiterzuentwickeln. Bei den *Struktur- und Prozessindikatoren* besteht weiterhin Entwicklungspotenzial. Insbesondere Investitionen in medizinische Installationen und in die Dokumentation des Risiko-Assessments hätten das Potential, die Prävalenzraten weiter zu senken. Dabei sollte der Fokus auf die Subpopulationen mit einem hohen Risiko (Kinder in einem Inkubator, auf der Neonatologie oder Intensivstation) gelegt werden.

---

<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.

Neuere Ansätze in der internationalen Forschung zur Qualitätsentwicklung postulieren die Kombination der Methoden der Qualitätsverbesserung mit fachlichen Interventionen sowie mit Ansätzen auf Organisations- und Systemebene. Dies beinhaltet die nachhaltige Implementierung von indikatorspezifischen Mehrfachinterventionen unter aktivem Einbezug der Fachpersonen in der Praxis sowie Massnahmen auf Strukturebene (z.B. Anpassung der Materialien).

Seit einigen Jahren rücken zudem Ansätze auf Makroebene, d.h. auf spitalübergreifender Ebene im Sinne von Kooperationen zur Qualitätsverbesserung (sog. «Quality Improvement Collaboratives»), in den Vordergrund. Damit können gewisse Hürden bei komplexen Verbesserungsprogrammen überwunden werden: mittels Bündelung wissenschaftlicher Ressourcen (Interventionsprogramme, fachlichem Support, Datenfeedback, Austausch) einerseits und klinisch-fachlichen Ressourcen (u.a. Ansprechpersonen in der Praxis, Themenverantwortliche, Coaching, Leadership, Setting spezifisches Wissen) andererseits.

### **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.

### **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 Messung im Sinne eines Monitorings auch in Zukunft regelmässig durchzuführen: Sie sollte auf freiwilliger Basis weiterhin im Indikatoren-Set von LPZ (koordiniert über die BFH) angeboten werden, auch wenn der Indikator Dekubitus Kinder ab 2019 nicht mehr auf dem ANQ-Messplan Akutsomatik steht. 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».