

## Qualitätsverbesserungsmassnahme: Dekubitusprävention – FHV-Programm

Ablauf Antrag	Datum
Eingereicht	11.10.2022
fachliche Anerkennung	13.12.2022
vertragliche Anerkennung	06.04.2023
Publikation	April 2023

Allgemeines
<p>Qualitätsverbesserungsmassnahmen sind konkrete, systematische und von den Vertragspartnern anerkannte Massnahmen in Bezug auf Strukturen und Prozesse innerhalb eines Spitals oder einer Klinik. Sie haben zum Ziel, einen Teilaspekt der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in einem Handlungsfeld zu verbessern. Deren Wirkung in einem spezifischen Spital oder einer spezifischen Klinik wird im Rahmen des übergeordneten Qualitätskonzeptes des Handlungsfelds evaluiert und kontinuierlich verbessert. <b>Die QVM wird in den PDCA-Zyklus des Qualitätskonzeptes des Handlungsfelds integriert.</b> Diese Integration muss im Qualitätskonzept festgehalten und beschrieben sein.</p>

Änderungen	Datum
Kap. 1e: Ausweitung auf den Fachbereich Psychiatrie	11.09.2023
Kap. 1d: Anpassung Themenbereiche in Handlungsfelder aufgrund des überarbeiteten Qualitätsvertrags	18.09.2023

## 1. Abgrenzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM)

<b>a) Name der Qualitätsverbesserungsmassnahme</b>
Dekubitusprävention – FHV-Programm
<b>b) Einordnung</b>
Das Handlungsfeld ist «Patientensicherheit». Dekubitus ist ein unerwünschtes Ereignis, das bei adäquater Prävention weitgehend vermieden werden kann. Das Entstehen von Dekubitus ist zudem ein Indikator für die Behandlungsqualität (Ernährung, Inkontinenzmanagement, interprofessionelle Teamarbeit).
Der ANQ führt alljährlich eine Prävalenzmessung für die Dienste der Akutsomatik durch.
<b>c) Ziel der Qualitätsverbesserungsmassnahme</b>
Gesamtziel: Reduktion des Entstehens von Dekubitus (Kategorien 1–4+) in der Pflege. - Unterziele: Systematisches Screening zur Erfassung des Dekubitusrisikos bei allen Patient:innen, die in den unter Punkt 1e definierten Bereich fallen, mittels eines anerkannten Risiko-Scores (Braden-Skala oder Skala mit nachgewiesener Äquivalenz). Umsetzung eines Präventionsmassnahmen-Bundles für alle Risikopatient:innen.
<b>d) Handlungsfelder</b>
<input type="checkbox"/> Qualitätskultur <input checked="" type="checkbox"/> Patientensicherheit <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Entscheidungsfindung <input type="checkbox"/> Patientenzentriertheit
<b>e) Fachbereich(e)</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Akutsomatik <input checked="" type="checkbox"/> Psychiatrie <input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitation
<b>f) Abgrenzung: Abteilungen/Bereiche, Professionen etc.</b>
Alle stationären Abteilungen der Akutsomatik mit Ausnahme der Gynäkologie/Geburtshilfe. Alle Abteilungen der Rehabilitation und Geriatrie/Psychogeriatric. Die Gesundheitseinrichtung legt fest, ob die Notaufnahme und die teilstationären Angebote (z. B. Tagesklinik, Tageschirurgie) zum Bereich gehören. Betroffen sind alle krankenschwängerischen Berufe sowie Ärzt:innen, Ernährungsberater:innen und Therapeut:innen. Die optimale Dekubitusprävention ist interprofessionell. Dabei haben Wundspezialist:innen die Funktion von Expert:innen und Coaches.

## 2. Methodik, Entwicklung und Wirkung

### a) Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahme

#### **Risikoscreening**

- Die Braden-Skala ermöglicht die Einschätzung des Dekubitusrisikos.
- Sie umfasst Sensorik, Ernährung, Mobilität, Aktivität, Feuchtigkeit, Reibungs- und Scherkräfte.
- Der ermittelte Score ist im Patientendossier spätestens innert 24 Stunden nach dem Eintritt zu dokumentieren.
- Patient:innen mit einer Punktzahl zwischen 6 und 15 gelten als risikogefährdet.
- Die Punktzahl wird bei jeder Änderung des Patientenzustands und bei einem Abteilungswechsel neu ermittelt.
- Beim Eintritt – spätestens aber nach 6 Stunden – antizipiert das Pflegepersonal den Braden-Score mittels klinischem Befund und ergreift Präventionsmassnahmen, wenn ein Dekubitusrisiko erkannt wird.

#### **Präventionsmassnahmen-Bundle**

Bei allen Patient:innen mit einem Dekubitusrisiko werden je nach individuellem Bedarf Präventionsmassnahmen mit den folgenden fünf Schwerpunkten durchgeführt:

- Gewährleistung der richtigen Auflagefläche
- Regelmässige Inspektion der Haut
- Regelmässige Mobilisierung und Verlagerung, Entlastung von Druckstellen
- Feuchtigkeitsmanagement
- Optimierung der Ernährung und Hydratation.

Ausserdem ist bei allen Patient:innen die Eigenbewegung ausserhalb des Betts zu fördern. So wird ein Funktionsverlust vermieden, der seinerseits zur Entstehung von Dekubitus beiträgt.

#### **Klinische Dokumentation**

Im Patientendossier sind der Braden-Score, der klinische Befund, die durchgeführten Präventionsmassnahmen, die Aufklärung der Patient:innen und Angaben zum Dekubitus zu dokumentieren.

#### **Einbezug von Patient:innen**

Patient:innen und Angehörige müssen informiert und zu den Präventionsmassnahmen, die sie beanspruchen sollten sowie dem Beitrag, den sie leisten können, geschult werden.

#### **Schulung**

Das Pflegepersonal muss im Hinblick auf die Einschätzung des Dekubitusrisikos, die Prävention und die Erkennung von Dekubitus geschult werden. Die Gesundheitseinrichtung legt dabei fest, wie und in welcher Form die Schulung erfolgen soll.

#### *Beilagen zur Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahmen*

LPZ International, Informationsdossier/Schweizer Handbuch, Nationale Prävalenzmessung Sturz, Dekubitus sowie Dekubitus Kinder 2015 im Rahmen der internationalen Messung der Prävalenz von Pflegeindikatoren

HIS. Prevention of pressure ulcers driver diagram and change package. Healthcare improvement scotland. 2011

Gibbons W, Shanks HT, Kleinhalter P, Jones P. Eliminating facility-acquired pressure ulcers at Ascension Health. Jt Comm J Qual Patient Saf. Sep 2006;32(9):488-496.

<b>b) Gestaltungsspielraum</b>		
<p>Die Gesundheitseinrichtung kann sich auch für eine andere Skala als die als von Braden entscheiden. Tut sie dies, muss sie den Nachweis (wissenschaftliche Literatur) erbringen, dass die gewählte Skala für ihren Kontext mindestens genauso relevant ist wie die Braden-Skala.</p> <p>Es besteht ausserdem die Möglichkeit, systematische Präventionsmassnahmen erst ab einem Braden-Score von 16 statt ab 15 einzuführen.</p> <p>Die Gesundheitseinrichtung legt fest, ob teilstationäre Angebote (Notaufnahme, Tagesklinik, Tageschirurgie) in den Bereich einbezogen werden oder nicht.</p>		
<b>c) Übertragbarkeit auf andere Abteilungen und/oder Spitäler</b>		
<p>Zur Umsetzung dieses Präventionskonzepts muss die Gesundheitseinrichtung eine systematische Erfassung der folgenden Daten vornehmen:</p> <p>Klinischer Befund: Patient:in mit geringem Dekubitusrisiko (erwarteter Braden-Score 16–23), Patient:in mit mittlerem Dekubitusrisiko (erwarteter Braden-Score 12–15), Patient:in mit hohem Dekubitusrisiko (erwarteter Braden-Score 6–11) mit dem Zeitpunkt der Dokumentation der Beurteilung.</p> <p>Braden-Score mit dem Zeitpunkt der Dokumentation der Beurteilung.</p> <p>Aufgetretener Dekubitus (systematische Dokumentation) mit Angabe der Kategorie.</p>		
<b>d) Entwicklungsphase</b>		
Selbstdeklaration: Die Qualitätsverbesserungsmassnahme ist...		
<input checked="" type="checkbox"/> ... praxisnah entwickelt worden.	<input type="checkbox"/> ... und ist durch mindestens ein <u>Pilotprojekt</u> erprobt.	<input type="checkbox"/> Nicht erfüllt
	<i>Als ein Pilotprojekt gilt, wenn die QVM in mind. einem Spital oder Teilbereich eines Spitals umgesetzt und Erfahrungen dazu gesammelt wurden.</i>	
<b>e) Erwünschte Wirkung auf die Behandlungsqualität und/oder die Sicherheit von Patientinnen und Patienten</b>		
<p>Um das Entstehen von Dekubitus so weit wie möglich zu verhindern, sollte bei allen Patient:innen ein systematisches Screening auf Dekubitusrisiko mittels klinischem Befund innert 6 Stunden nach dem Eintritt sowie mittels Ermittlung des Braden-Scores innert 24 Stunden nach dem Eintritt durchgeführt werden. Bei allen Patient:innen, bei denen der klinische Befund auf ein mittleres oder hohes Risiko hinweist, wird das Präventions-Bundle systematisch umgesetzt. Dasselbe gilt für alle Patient:innen mit einem Braden-Score von 15 oder weniger.</p> <p>In regelmässigen Abständen (z. B. vierteljährlich) erhält jede Abteilung die nachfolgenden, für sie errechneten Daten: Indikator für die Dekubitusinzidenz, Prozentsätze der Patient:innen mit einem innert 6 Stunden dokumentierten klinischen Befund, einem innert 24 Stunden dokumentierten Braden-Score sowie mit einem Dekubitusrisiko (Braden-Score von 15 oder weniger), bei denen alle fünf der im Bundle enthaltenen Massnahmen angewendet wurden (automatische Extraktion des Patientendossiers oder Audit einer Stichprobe von Dossiers).</p>		

## Beilagen zur Wirkung bzw. Evidenz

Staines, A., Amherdt, I., Burnand, B., Rotzetter, M., Currat, P., Roux, S., & Lécureux, E. (2021). [Impact of a Swiss pressure ulcer prevention breakthrough collaborative](#). Journal of Evaluation in Clinical Practice, 27(5), 1143-1153.

Website des Programms Patientensicherheit und Behandlungsqualität der Vereinigung der Waadtländer Spitäler (Fédération des hôpitaux vaudois, FHV).

### 3. Umsetzung und Kosten

a) Register		
Sieht die QVM das Führen eines Registers oder mehrerer Register vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
b) Zertifizierung		
Sieht die QVM eine Zertifizierung vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
c) Lizenzen		
Sieht die QVM Lizenzen vor (z.B. Fragebogen, IT-System)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
d) Abschätzung des personellen und finanziellen Aufwands zur Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme		
<p>Die Umsetzungsphase des von der Vereinigung der Waadtländer Spitäler durchgeführten Pilotprojekts dauerte 18 Monate. Während dieser Phase verfügte jedes Spital über eine:n Projektleiter:in mit einem Arbeitspensum von 15–45 % (30 % bei 200 Betten). Zwei weitere Mitglieder des Projektteams (Wundspezialist:in, Qualitätsspezialist:in) beteiligten sich mit einem Pensum von 10 %.</p> <p>Die Audits zur Umsetzung der Präventionsmassnahmen (Einhaltung des Bundles) erforderten 4 Stunden zur Einsicht der Dossiers pro Pflegeabteilung und Quartal.</p> <p>Diese Ressourcen wurden 18 Monate lang benötigt. Nach Ablauf dieser Phase wurden sie nicht weiter eingesetzt. Die Weiterführung wurde durch die reguläre Organisationsstruktur sichergestellt.</p>		

### 4. Überprüfung der Integration in das betriebsinterne Qualitätskonzept

Die externe Prüfstelle überprüft, ob die QVM in das interne Qualitätskonzept (PDCA-Zyklus) integriert ist. Für eine zielführende und faire Überprüfung dieser Integration sind hier **Kriterien** festgelegt.

Ein institutioneller Text beschreibt die erwartete Risikoscreeningpraxis (klinischer Befund innert 6 Stunden, Ermittlung des Braden-Scores innert 24 Stunden) sowie den Inhalt des Präventions-Bundles, das bei allen Risikopatient:innen umgesetzt wird.

Dieser Text legt den angestrebten Prozentsatz der Mitarbeiter:innen, die an einer Schulung/Sensibilisierung teilgenommen haben sowie die Ziele derselben fest.

Er bestimmt weiterhin den Rhythmus, in dem die unter Punkt 2 genannten Indikatoren berechnet und den Teams mitgeteilt werden (Aushang und Diskussion über Verbesserungsmaßnahmen).  
Zudem beschreibt er, wie leitende Angestellte daran teilnehmen und ihr Engagement mittels Verbreitung von Best Practices und Überwachung der Indikatoren unter Beweis stellen.

## 5. Antragsteller und Interessenskonflikte

<b>Antragssteller</b> (Institution)	Fédération des hôpitaux vaudois, FHV
<i>Beschrieb von allfälligen Interessenskonflikten des Antragsstellers</i>	
Die Vereinigung der Waadtländer Spitäler hat das in diesem Antrag vorgestellte Programm mit fünf ihrer Mitglieder durchgeführt. Sie hat ein Interesse daran, dass diese Gesundheitseinrichtungen das Programm anerkennen. Die FHV hat keinerlei kommerzielle oder wirtschaftliche Interessen an diesem Programm.	