



Statistiken zu Pflegeheimen
Statistiques des établissements médico-sociaux
Statistiche sulle case di cura

Medizinische Qualitätsindikatoren: aktueller Stand der Daten Indicateurs de qualité médicaux : état actuel des données Indicatori medici di qualità: stato attuale dei dati

2019/2020

05/2022

Impressum

© Herausgeber / éditeur / editore:

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Abteilung Tarife und Grundlagen

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Division Tarifs et bases

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), Divisione Tariffe e basi

Kontak / Contact / Contatto:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Postfach

CH-3003 Bern

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Case postale

CH-3003 Berne /

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Casella postale

CH-3003 Berna

KUV-DMS@bag.admin.ch

<https://www.bag.admin.ch>

Publikationszeitpunkt / Date de parution / Data di pubblicazione:

05.2022

Sprach- und digitale Versionen / Versions linguistiques et électroniques / Versioni linguistiche und digitale

Diese Publikation ist auf Französisch, Italienisch und Deutsch verfasst.

Cette publication est rédigée en français, en italien et en allemand.

Questa pubblicazione è scritta in francese, italiano e tedesco.

Statistiken zu Pflegeheimen
Statistiques des établissements médico-sociaux
Statistiche sulle case di cura

Medizinische Qualitätsindikatoren: aktueller Stand der Daten Indicateurs de qualité médicaux : état actuel des données Indicatori medici di qualità: stato attuale dei dati 2019/2020

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Tarife und Grundlagen
Sektion Datenmanagement und Statistik

Office fédéral de la santé publique
Division Tarifs et bases
Section Gestion des données et statistique

Ufficio federale della sanità pubblica
Divisione Tariffe e basi
Sezione gestione dei dati e statistica

Publikation / publication / pubblicazione: 05.2022

Abkürzungen / Abréviations / Abbreviazioni

BAG	Bundesamt für Gesundheit, Bern
BFS	Bundesamt für Statistik, Neuenburg
BStatG	Bundesstatistikgesetz
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
EMS	Etablissement médico-social
FTS	FileTransfer System
GDK	Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
INS	Institut for Nursing Science (Institut pour les sciences infirmières / Institut für Pflegewissenschaft)
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie Legge federale sull'assicurazione malattie
LSF	Loi sur la statistique fédérale
LStat	Legge sulla statistica federale
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie Ordinanza sull'assicurazione malattie
OFS	Office fédéral de la statistique, Neuchâtel
OFSP	Office fédéral de la santé publique, Berne
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
OPre	Ordinanza sulle prestazioni
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales Statistik der sozialmedizinischen Institutionen Statistica degli istituti medico-sociali
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica, Berna
UST	Ufficio federale di statistica, Neuchâtel

Verwendete Zeichen, wenn keine Zahlenangabe erfolgt

- ... Zahl unbekannt, weil (noch) nicht erhoben oder (noch) nicht berechnet
- * Zahl Entfällt, weil trivial oder Begriffe
- ~ nicht anwendbar
Symbol wird bei gerundeten Zahlen verwendet und
- steht hier für den Wert absolut null
Symbol steht für «Nicht anwendbar»

Signes utilisés en l'absence de chiffres

- ... Chiffre inconnu (pas [encore] relevé ou pas [encore] calculé)
- * Chiffre non indiqué, car évident ou non pertinent
- ~ Symbole utilisé pour les chiffres arrondis ; signifie zéro
- Symbole utilisé pour indiquer « ne s'applique pas »

Simboli utilizzati in assenza di cifre

- ... Dato non noto (non [ancora] rilevato o non [ancora] calcolato)
- * Dato omissso perché evidente o non pertinente
- ~ Simbolo utilizzato per le cifre arrotondate con valore di zero assoluto
- Simbolo utilizzato per indicare «non applicabile»

Männliche Form

Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter; aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nicht überall sowohl die männliche als auch die weibliche Form verwendet.

Forme masculine

Le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes afin de faciliter la lecture du document.

Forma maschile

Tutte le denominazioni personali si riferiscono ad entrambi i sessi; per questioni di leggibilità non vengono utilizzate ovunque sia la forma maschile che quella femminile.

Inhalt / Sommaire / Sommario

1	Einleitung	1 - 3
	Introduction	19 - 21
	Introduzione	36 - 38
2	Daten und Inhalt der Publikation	4 - 12
	Données et contenu de la publication	22 - 29
	Dati e contenuto della pubblicazione	39 - 46
3	Beschreibung der medizinischen Qualitätsindikatoren	13 - 18
	Description des indicateurs de qualité médicaux	30 - 35
	Descrizione degli indicatori medici di qualità	47 - 52
4	Numerische und grafische Darstellung der medizinischen Qualitätsindikatoren	53 - 82
	Représentation numérique et graphique des indicateurs de qualité médicaux	
	Rappresentazione numerica e grafica degli indicatori medici di qualità	
5	Anhänge	83 - 88
	Annexes	92 - 97
	Allegati	101 - 106
6	Glossar	89 - 91
	Glossaire	98 - 100
	Glossario	107 - 109

1 Einleitung

1.1 Kontext

Der Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), die «medizinischen Qualitätsindikatoren» im Bereich Pflegeheime jährlich zu berechnen und zu veröffentlichen, stützt sich auf Artikel 59a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10, ehemals Art. 22a KVG). Er verpflichtet die Leistungserbringer, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der KVG-Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Die Pflegeheime in der Schweiz sind demnach angehalten, Daten zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren zu liefern (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG).

In Anwendung von Artikel 59a KVG wurden 2009 – 2018 im Rahmen eines Pilotprojekts unter der Leitung von CURAVIVA Schweiz (Föderation ARTISET) mit dem BAG, der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und dem Bundesamt für Statistik (BFS) im Projektausschuss geeignete Qualitätsindikatoren erarbeitet, ausgewertet und sechs ausgewählt. Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel (INS) wurde im Rahmen dieses Pilotprojekts beauftragt, die Datenerhebung zu begleiten und die Daten auszuwerten. Für diese erste Ausgabe der «medizinischen Qualitätsindikatoren» wollte das BAG auf bestehenden Synergien mit dem INS aufbauen und von der Expertenunterstützung bei der Plausibilisierung und explorativen Datenanalyse profitieren. So beauftragte das BAG das INS, die Plausibilisierung der Daten 2019 vorzunehmen und Empfehlungen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren zu formulieren. Die Daten 2019, die die erste produktive Datenlieferung darstellen, wurden per Ende März 2020 geliefert.

1.2 Rechtliche Grundlagen

Wie oben erwähnt stellt Artikel 59a KVG die gesetzliche Grundlage für diese Publikation dar. Die zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren notwendigen Daten werden dem BAG über das BFS von den Pflegeheimen zur Verfügung gestellt. Das BFS ist die zentrale Statistikstelle des Bundes. Es erbringt statistische Dienstleistungen für Verwaltungseinheiten des Bundes, übrige Benutzerinnen und Benutzer der Bundesstatistik und die Öffentlichkeit (Art. 10 BStatG). Gemäss Ziffer 58 und 60 des Anhangs der Statistikerhebungsverordnung sind Betriebe nach Rechtsformen, die Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung in Rechnung stellen Erhebungsgegenstand notwendiger Daten zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren. Artikel 30 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) listet die Daten auf, die die Leistungserbringer an das BFS übermitteln müssen. Auf der Grundlage dieses

Artikels geben die Leistungserbringer dem BFS die medizinischen Qualitätsindikatoren nach Artikel 59a Absatz 1 KVG bekannt, soweit diese für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität ihrer Leistungen nach dem KVG erforderlich sind. Artikel 30a KVV regelt die Erhebung und Bearbeitung der Daten der Leistungserbringer. Gemäss Artikel 31 KVV veröffentlicht das BAG die medizinischen Qualitätsindikatoren regelmässig. Das Gesetz sieht eine Publikation pro Pflegeheime vor. Dafür ist allerdings die Qualität der gelieferten Daten entscheidend.

1.3 Gegenstand der Publikation

Die Publikation «Medizinische Qualitätsindikatoren» im Bereich Pflegeheime umfasst sechs Qualitätsindikatoren in vier Messthemen:

Messthema: Mangelernährung

Malnutrition: Prozentualer Anteil an Bewohnern mit einem Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen.

Messthema: Bewegungseinschränkende Massnahmen

Rumpffixation / Sitzgelegenheit: Prozentualer Anteil an Bewohnern mit täglicher Fixierung des Rumpfes (im Sitzen oder Liegen) oder Sitzgelegenheit, die die Bewohner am selbstständigen Aufstehen hindert, in den letzten 7 Tagen.

Bettgitter: Prozentualer Anteil an Bewohnern mit täglichem Gebrauch von Bettgittern und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, die die Bewohner am selbstständigen Verlassen des Bettes hindern, in den letzten 7 Tagen.

Messthema: Polymedikation

Polymedikation: Prozentualer Anteil an Bewohnern, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnahmen.

Messthema: Schmerzen

Schmerz – Selbsteinschätzung: Prozentualer Anteil an Bewohnern, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen oder nicht täglich sehr starke Schmerzen angaben.

Schmerz – Fremdeinschätzung: Prozentualer Anteil an Bewohnern, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen oder nicht täglich sehr starke Schmerzen zeigten

Kapitel 3 geht ausführlich auf jeden dieser Indikatoren ein und stellt die Formeln zu ihrer Berechnung vor.

1.4 Zweck der Veröffentlichung und Hinweis zur Auslegung

Das Ziel solcher Indikatoren ist es, einen ersten Anhaltspunkt zur Qualität der von einem Pflegeheim in den gemessenen Bereichen erbrachten KVG-Pflegeleistungen zu geben. Die in dieser ersten Ausgabe der Publikation ermittelten Indikatoren erreichen dieses Ziel jedoch nicht, da sich die Qualität der gelieferten Daten als unzureichend erwiesen hat, nicht nur, um sie auf der Ebene der Pflegeheime zu berechnen, sondern auch um risikoadjustierte Indikatoren zu bestimmen. Dieser letzte Schritt ist jedoch notwendig, wenn die Indikatoren als Vergleichsinstrument verwendet werden sollen. Die hier dargestellten Qualitätsindikatoren wurden für jeden Kanton und nicht für jedes einzelne Pflegeheim berechnet. Als Aggregate auf Ebene Kanton verlieren sie ihre Bedeutung als Qualitätsindikatoren in den Pflegeheimen, und als nicht risikoadjustierte Indikatoren dienen sie nicht als Vergleichsinstrument zwischen Gruppen. Diese erste Ausgabe der «Medizinischen Qualitätsindikatoren» ist somit als ein Bericht über den aktuellen Stand der Daten zu verstehen, die für die Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren im Bereich der Pflegeheime erforderlich sind. Die Publikation soll die betroffenen Kreise auf die Notwendigkeit aufmerksam machen, die Qualität der gelieferten Daten zu verbessern, damit in Zukunft risikoadjustierte Indikatoren auf Ebene Pflegeheim veröffentlicht werden können.

1.5 Regelmässigkeit der Veröffentlichung

Das BAG beabsichtigt, die medizinischen Qualitätsindikatoren ab dieser ersten Ausgabe 2022 jährlich zu veröffentlichen, und wird alles daran setzen, die Datenqualität so zu verbessern, dass eine Veröffentlichung der medizinischen Qualitätsindikatoren auf Ebene Pflegeheime und mit Risikoadjustierung möglich wird.

2 Daten und Inhalt der Publikation

Die Analyse und Plausibilisierung der Daten für 2019 und 2020 wird in diesem Kapitel zusammengefasst, wobei die für die Berechnung der Indikatoren erforderlichen Daten, das Datenqualitätsniveau und die damit verbundenen Schwierigkeiten überprüft werden. Die Ergebnisse der Plausibilisierung und die festgestellte Datenqualität veranlassten das BAG, seine Anforderungen betreffend die Veröffentlichung zu überprüfen und auf die Publikation von risikoadjustierten Qualitätsindikatoren auf Ebene Pflegeheim zu verzichten.

2.1 Daten, Erhebung und Übermittlung

Die zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren benötigten Daten werden im [Variablenbeschrieb der Erhebung der Qualitätsindikatoren](#)¹ aufgelistet, welcher den Anhang zum [Bearbeitungsreglement – Daten der Leistungserbringer nach Art. 59a KVG](#)² bildet. Der Variablenbeschrieb wird bei Bedarf jährlich angepasst. Das BFS stellt die für das betrachtete Datenjahr gültige Fassung jedes Jahr online zur Verfügung.

Für diese erste Ausgabe der «Medizinischen Qualitätsindikatoren» wurden die Daten der Jahre 2019 und 2020 der Pflegeheime verwendet. Die Pflegeheime werden nach der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) gruppiert. Das Jahr 2020 stellt insofern das Referenzjahr dar, als Indikatoren von 2020 mit denjenigen von 2019 verglichen werden. Die Berechnungsdaten umfassen alle im betrachteten Datenjahr im Pflegeheim in Langzeitpflege anwesenden Bewohner, wobei nur die letzte Evaluation berücksichtigt wird. Liegt für das betrachtete Datenjahr keine Evaluation vor, wird die letzte Evaluation des Vorjahres herangezogen. Ab 2020, gemäss Artikel 8 Absatz 2 Buchstabe a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), darf der Arzt oder die Ärztin den Auftrag oder die Anordnung bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 für maximal neun Monate erteilen. Ab 2020 muss daher spätestens alle 9 Monate eine Evaluation der Bewohner durchgeführt werden. Dies bedeutet, dass die früheste gültige Evaluation bis zu neun Monate vor dem Beginn des betrachteten Datenjahres liegen kann, d. h. bis zum 1. März. des Vorjahres zurückgehen kann.

Die zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren benötigten Daten werden von den Pflegeheimen erhoben. In der für die Bedarfsabklärung verwendeten Software sind die Module

¹ Variablenbeschrieb der Erhebung der (medizinischen) Qualitätsindikatoren im Bereich der Pflegeheime

Datenjahr 2020: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/somed/applikation-hilfe-benutzer.assetdetail.11507188.html> und

Datenjahr 2019: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.assetdetail.9847764.html>

² Bearbeitungsreglement – Daten der Leistungserbringer nach Art. 59a KVG - gültig ab 1.1.2020:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.11507909.html>

für die Datensammlung zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren von denjenigen Modulen getrennt, die für Routinemessungen verwendet werden. Die beiden Informationseinheiten sind somit voneinander unabhängig.

Einmal jährlich exportieren die Pflegeheime ihre Daten und liefern sie dem BFS. Der Datentransfer kann direkt durch die Pflegeheime oder durch datenliefernde Stellen erfolgen. Gemäss dem für diese Daten aufgestellten Informationssicherheit- und Datenschutzkonzept müssen die Daten elektronisch und verschlüsselt übermittelt werden, und zwar über das *Filetransfer Service (FTS)* des Bundes, das eine sichere Übertragung gewährleistet. In einigen Fällen wurden die Daten unverschlüsselt übermittelt. Das BAG und das BFS werden für eine optimale Kommunikation sorgen, damit alle Datenlieferanten ihre Informationen so datenschutzkonform wie möglich liefern.

Die beim BFS eingehenden Daten der Pflegeheime werden vor dem Import formalen Qualitätskontrollen unterzogen und danach dem BAG über das FTS gesichert übermittelt.

2.2 Qualität, Plausibilisierung und Bereinigung der Daten

Explorative Analyse der Daten 2019

Die Erhebung der Daten 2019 zur Berechnung der Qualitätsindikatoren war die erste obligatorische Datenerhebung für die Pflegeheime und auch die erste Gelegenheit für das BAG, die Situation in Bezug auf Inhalt und Qualität zu beurteilen. Im Jahr 2020 hatte das BAG das INS beauftragt, es bei der Plausibilisierung und Berechnung der auf den Daten 2019 basierenden Indikatoren zu begleiten. Nach einer ersten explorativen Analyse dieser Daten im Laufe des April 2020 teilte das INS dem BAG mit, dass die Qualität der Daten es nicht erlaube, den Auftrag wie definiert zu erfüllen. Das BAG hat daher das INS beauftragt, den Inhalt der Daten zu analysieren, um eventuelle Probleme in den gelieferten Daten zu erkennen, Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität abzuleiten und, soweit möglich, eine Methode zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren auf der Grundlage der erforderlichen Variablen zu empfehlen. Pflegeheime sind anhand einer Nummer identifizierbar, unter der sie im Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) eingetragen sind. Die explorative Analyse des INS zeigte Probleme in den Daten bei der Identifizierung der Pflegeheime anhand der BUR-Nummer oder des Namens. Die BUR-Nummer wurde nicht immer angegeben, und wenn sie angegeben wurde, war sie nicht immer korrekt. Auch der Name des Pflegeheims war nicht immer eindeutig identifizierbar, wenn es sich etwa um verkürzte Namen, Abkürzungen oder nicht offizielle bzw. interne Namen handelte. Auch waren nicht immer alle Variablen ausgefüllt bzw. korrekt angegeben. Die Analyse ergab eine grosse Anzahl fehlender Variablen, d. h. Variablen, die bei der Bedarfsabklärung nicht ausgefüllt wurden, und ungültiger Werte, d. h. Variablen, deren Werte nicht im Bereich der zulässigen Werte lagen. Auch die Variablen Eintrittsdatum und Datum der Bedarfsabklärung wurden nicht immer korrekt ausgefüllt, sodass es schien, als habe die Bedarfsabklärung bei Eintritt

in einigen Fällen nach der vorgeschriebenen Mindestzeit stattgefunden. Diese Probleme werden in Kapitel 5 über die Bereinigung der Daten behandelt. Weitere Inkonsistenzen im gelieferten Datensatz wurden festgestellt, wie etwa Verschiebungen von Daten um eine oder mehrere Zeilen. Um diese Probleme zu verstehen und, soweit möglich, zu beheben, organisierte das INS Gespräche mit den Bedarfsabklärungsinstrumentenanbietern sowie mit Vertretern einiger Pflegeheime. Wo möglich, wurde ein neuer Datenexport für das Jahr 2019 durchgeführt und dem INS angepasste Daten zur Verfügung gestellt. Diese Gespräche haben dazu beigetragen, den Ursprung einiger Probleme zu erkennen und die Bedarfsabklärungsinstrumentenanbieter für die Problematik fehlender und ungültiger Werte zu sensibilisieren. In Bezug auf die Identifizierung der Pflegeheime anhand der BUR-Nummern geben die Anbieter an, dass sie vor der Datenerhebung über eine aktuelle Liste der Pflegeheime verfügen müssten, um eine Auswahlliste für die automatisierte Erfassung der Namen und BUR-Nummern in ihre Software implementieren zu können. Die aktuellste Liste, die dem BFS zum Zeitpunkt des Imports der Daten für die Qualitätsindikatoren zur Verfügung steht und die zur Kontrolle der in der Erhebung vorhandenen Pflegeheime dient, ist die Liste des vorangegangenen Datenjahres. Eine Liste für das aktuelle Datenjahr hängt von den mit der SOMED-Statistik verbundenen Prozessen ab und ist frühestens zwei bis drei Monate nach der Lieferung der Daten für die medizinischen Qualitätsindikatoren verfügbar. Das BAG versucht zusammen mit dem BFS, diese Problematik so gut wie möglich zu lösen. Was die Inkohärenzen beim Eintrittsdatum und bei der bis zur Bedarfsabklärung bei Eintritt verstrichenen Zeitspanne betrifft, so lässt sich dies teilweise durch Erfassungsfehler erklären, etwa dass das Eintrittsdatum nicht korrigiert wurde, wenn ein Bewohner von einem Kurzaufenthalt zu einem Langzeitaufenthalt wechselt, aber auch durch die Logik der verwendeten Erfassungssysteme, die es nicht erlauben, das effektive Eintrittsdatum zu erfassen, ohne dass dies Auswirkungen auf andere Erfassungssysteme des Pflegeheims hat (Verknüpfung mit der internen Verwaltungssoftware, Übergang zu einem Bedarfsabklärungsinstrument usw.). Aus diesem Grund sind die durchgeführten Tests über das Eintrittsdatum sowie das Datum der Bedarfsabklärung unzuverlässig. Es ist derzeit tatsächlich unmöglich, die Information über das Datum zu verwenden, um eine Aufenthaltsdauer oder die Zeit bis zur Bedarfsabklärung bei Eintritt zu berechnen.

Das INS analysierte den angepassten Datensatz, der nach den Gesprächen mit den Bedarfsabklärungsinstrumentenanbietern geliefert wurde, auf fehlende Werte, Konsistenz und Vollständigkeit der Variablen. Insgesamt hatte sich die Qualität verbessert, insbesondere bei den fehlenden Werten. Die Frage der Identifizierung der Pflegeheime anhand der BUR-Nummer konnte jedoch nicht gelöst werden.

Die Empfehlungen und Berechnungen des INS erfolgten auf der Grundlage stark bereinigter Daten, in denen fehlende und nicht korrekt ausgefüllte Variablen ausgeschlossen wurden. Das INS kam zu dem Schluss, dass die Probleme mit der BUR-Nummer trotz Korrekturen an den Daten 2019 eine Publikation der medizinischen Qualitätsindikatoren auf Ebene Pflegeheime nicht zulassen. In Bezug auf die Risikoadjustierung der Indikatoren führte die nach wie vor grosse Menge an fehlenden und ungültigen Daten zu den für die Risikoadjustierung relevanten Variablen

dazu, dass das INS in seiner Modellierung nur die Datensätze berücksichtigte, bei denen alle erforderlichen Variablen ausgefüllt waren. Dies führte zum Ausschluss einer grossen Datenmenge. Dasselbe Vorgehen bei der Publikation der medizinischen Qualitätsindikatoren bedeutete, dass die Risikoadjustierung nur für einen Teil der Daten, nämlich für die vollständigen, ermittelt würde. Dies ist zwar aus rechnerischer Sicht sinnvoll, erschwert aber die Interpretation der Indikatoren erheblich.

Für die Personen, die die Daten zur Berechnung der Qualitätsindikatoren eingeben müssen, hatte das BAG Ende 2020 den [Leitfaden zur Erfassung der Variablen für die Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren](#)³ erstellt. Dieses Referenzdokument basiert auf dem [Variablenbeschrieb der Erhebung der Qualitätsindikatoren](#)¹ und beschreibt detailliert die Eigenschaften und Merkmale, die die zu liefernden Variablen aufweisen sollten, um eine angemessene Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren zu ermöglichen. Dieser Leitfaden steht seit dem 26. März 2021 im Internet zur Verfügung. Ziel dieses Dokument ist es, das Bewusstsein für die Anforderungen zu schärfen, die Variablen erfüllen müssen, um den Einschränkungen bei der Berechnung von Qualitätsindikatoren gerecht zu werden, sowie Kontroll- und Qualitätstest vorzuschlagen.

Plausibilisierung der Daten 2019 und 2020 zur Veröffentlichung

Beim Import der Daten der Pflegeheime führt das BFS Qualitätskontrollen durch. Dabei handelt es sich um Tests, die auf den Angaben in der Spalte «Bemerkungen» des Dokuments [Variablenbeschrieb der Erhebung der Qualitätsindikatoren](#)¹ beruhen. Diese Bemerkungen erlauben es zu prüfen, ob die Werte der Variablen im erwarteten Bereich liegen. Sie berücksichtigen jedoch weder die Beziehungen zwischen den Variablen, noch die Konsistenz zwischen ihnen, noch die Bedingungen und Restriktionen, die zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren gelten. Aus diesem Grund hat das BAG für den Eingang der Daten 2020 ein umfassendes Plausibilisierungsskript entwickelt. Die auf dem Referenzdokument [Leitfaden zur Erfassung der Variablen für die Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren](#)³ basierten festgesetzten Qualitätskontrollen decken alle vom BFS durchgeführten Qualitätskontrollen ab und konnten zur Plausibilisierung der Daten 2019 und 2020 verwendet werden. Obwohl sich die Datenqualität mit der Erhebung der Daten 2020 verbessert hat, sind noch dieselben Probleme bei der Identifizierung der Pflegeheime anhand der BUR-Nummern sowie eine hohe Anzahl fehlender oder ungültiger Werte zu beobachten. Die Datenqualität reicht immer noch nicht aus, um eine Publikation der Qualitätsindikatoren auf Ebene Pflegeheime zu veröffentlichen oder eine

³Leitfaden zur Erfassung der Variablen für die Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/somed/applikation-hilfe-benutzer.assetdetail.16664392.html>

Risikoadjustierung der Indikatoren vorzunehmen.

Als die Ergebnisse der Plausibilitätstests vorlagen, war es aus technischen Gründen nicht möglich, die Daten den liefernden Stellen zur Korrektur bzw. Klärung zurückzusenden. Längerfristig, wenn möglich ab den Daten für 2021, soll jedoch ein Prüfprozess beim Import der Daten durch das BFS implementiert werden. Ziel ist es, systematische Plausibilisierungstests beim Erhalt der Daten durchzuführen. Der Informationsaustausch zwischen dem BFS und den liefernden Stellen über die Testergebnisse und die beim Import aufgetretenen Fehler wird Anpassungen und Korrekturen ermöglichen, die mit der Zeit die Qualität der Daten weiter verbessern dürften.

2.3 Entscheidungen über die Daten

Die Plausibilisierungsergebnisse führten dazu, dass das BAG Entscheidungen über die Daten treffen musste, um einen bereinigten und kohärenten Berechnungsdatensatz zu erhalten. Diese Entscheidungen bestanden zum einen in der Datenbereinigung (Kapitel 5), d. h. in der Auswahl nur der Daten, die zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren verwendbar waren, und zum anderen in der Wahl einer Analyseebene, die es ermöglicht, das Niveau der Qualitätsindikatoren aufzuzeigen. Was den Umfang der Analyseeinheit betrifft, so war es für das BAG wichtig, alle Pflegeheime zu berücksichtigen, die Daten geliefert hatten. Es wurde daher beschlossen, die Pflegeheime, die anhand der BUR-Nummer schwer identifizierbar waren, nicht von der Analyse auszuschliessen, da nicht alle ihre Daten in Bezug auf die Variablen von Interesse inkohärent waren. Die Wahl fiel daher auf eine Publikation über die Qualitätsindikatoren auf Ebene Kanton, und zwar für die beiden Datenjahre 2019 und 2020. Der Datenausschluss betraf jedoch grösstenteils die Variablen, die zur Risikoadjustierung benötigt wurden. Dies hatte zur Folge, dass diese Risikoadjustierung auf Ebene Bewohner nicht vorgenommen werden konnte. Da die Risikofaktoren zudem nicht auf kantonaler Ebene definiert wurden, war die Risikoadjustierung der Indikatoren auf dieser Ebene nicht durchführbar.

Kantonale Analyseebene

Die Entscheidung, die sechs medizinischen Qualitätsindikatoren auf kantonaler Ebene zusammenzufassen, indem alle Bewohner von Pflegeheimen eines Kantons berücksichtigt werden, ermöglicht es, die Probleme der Identifikation der Pflegeheime, der Kohärenz und der fehlenden Werte, die jede der Berechnungsvariablen betreffen, zu beheben und für diese erste Ausgabe ein Beispiel dessen vorzuschlagen, was eine Publikation in diesem Bereich auf der Ebene Pflegeheime sein kann. Diese Entscheidung hat jedoch erhebliche Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit und die Interpretation der Werte der Indikatoren. Denn die Kantone unterscheiden sich in der Schweiz sehr stark in Bezug auf die Betreuung und die Pflegeintensität älterer Menschen. Der Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) über die

Langzeitpflege in den Kantonen zwischen 2006 und 2013 (Obsan, 2016)⁴ hat gezeigt, dass die Schweizer Kantone in Bezug auf die Langzeitpflege in den Pflegeheimen und Spitex-Organisationen grosse Unterschiede untereinander aufweisen, insbesondere zwischen der West- und der Ostschweiz. Laut Obsan (2016) lassen sich die Kantone anhand der Inanspruchnahme von Pflegeheimen und/oder von Spitex-Organisationen, des durchschnittlichen Eintrittsalters in ein Pflegeheim, der Aufenthaltsdauer, der KVG-Pflegeintensität (KLV-Pflegeleistungen und Spitex-Leistungen, zeigt die Schwere der Fälle an) und der Inanspruchnahme langer Spitalaufenthalte in drei Betreuungsmodelle einteilen. Die Ostschweiz stützt sich stärker auf die Betreuung durch Pflegeheime als auf die Spitex-Organisationen, während es in der Westschweiz umgekehrt ist, wo die Betreuung durch die Spitex-Organisationen überwiegt. Einige Kantone weisen Merkmale beider Modelle auf. Wesentlich ist auch, dass das Durchschnittsalter bei Eintritt in ein Pflegeheim positiv mit der Pflegeintensität der Bewohner in einem Heim korreliert. Das bedeutet, dass in den Kantonen, in denen die Personen später in ein Pflegeheim eintreten, auch ein höherer Pflegebedarf im Vergleich zu einem früheren Eintritt zu beobachten ist. Dies ist ein Unterschied, der zwischen den lateinischen und den deutschsprachigen Kantonen festzustellen ist.

Die aktuellen Obsan-Daten zeigen anhand einiger Indikatoren, dass diese Trends auch für das Jahr 2020 gelten⁵.

In Zukunft werden die medizinischen Qualitätsindikatoren nach Einrichtung gemäss SOMED-Statistik veröffentlicht. Die Pflegeheime, die an der Erhebung der medizinischen Qualitätsindikatoren teilnehmen, werden somit wie in der SOMED-Statistik durch die verantwortliche juristische Einheit repräsentiert, welche die Datenlieferung für alle vertretenen Betriebe übernimmt. Dies soll eine analoge Behandlung und eine Vergleichbarkeit der Pflegeheime, die Daten für die medizinischen Qualitätsindikatoren geliefert haben, mit denjenigen der SOMED-Statistik ermöglichen.

Vergleich zwischen den Pflegeheimen und Risikoadjustierung

Die Risikoadjustierung der Resultate und die Ausschlusskriterien sind zwei verschiedene Methoden, um die Vergleichbarkeit der medizinischen Qualitätsindikatoren zwischen Pflegeheimen zu verbessern. Bei Ausschlusskriterien werden gewisse Bewohner von vornherein von der Berechnung ausgeschlossen. Die Risikoadjustierung hingegen dient der statistischen

⁴ [Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions - Evolutions 2006–2013](#) (nur auf Französisch), OBSAN **RAPPORT 69, 2016**

⁵ Eintrittsalter ins Pflegeheim : <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/eintrittsalter-ins-pflegeheim>

Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen: <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/aufenthaltsdauer-in-pflegeheimen>

Pflegeintensität in Pflegeheimen: <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/pflegeintensitaet-in-pflegeheimen>

Betreuungsrate in Alters- und Pflegeheimen: <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/betreuungsrate-in-alters-und-pflegeheimen>

Leicht pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen:

<https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/leicht-pflegebeduerftige-bewohnerinnen-und-bewohner-in-pflegeheimen>

Kontrolle von Unterschieden in der Bewohnerstruktur (Case Mix) bei allen einbezogenen Bewohnern. Die Risikoadjustierung der Resultate erfolgt dabei vollständig auf Bewohnerebene und nicht auf Heimebene.

Wenn ein Indikator verwendet wird, um die Qualität der in einem Pflegeheim erbrachten KVG-Pflegeleistungen zu messen, ist sein Wert das Ergebnis mehrerer Einflussfaktoren, von denen einige nicht mit der Pflegequalität selbst zusammenhängen. Die Anzahl an Bewohnern mit bestimmten Gesundheitsbedingungen, der Zufall sowie die Qualität der Pflegeleistungen selbst können den Wert des Indikators beeinflussen. Diese Faktoren sind zudem für jedes Heim unterschiedlich. Aus diesem Grund möchte man beim Vergleich zweier Pflegeheime mit grösstmöglicher Sicherheit sagen können, dass der Unterschied, den man zwischen diesen Heimen beobachtet und der durch den Wert eines bestimmten Indikators gemessen wird, tatsächlich auf einen Unterschied in der Qualität der KVG-Pflegeleistungen in dem berücksichtigten Bereich zurückzuführen ist. Die Risikoadjustierung der Indikatoren ermöglicht die Unterscheidung der verschiedenen Effekte, die den Wert der Indikatoren beeinflussen, indem sie den Anteil berücksichtigt, der auf die Bewohner- und Heimstruktur zurückzuführen ist, und sie ermöglicht es, einen Wert anzugeben, der die Qualität der Pflegeleistungen so genau wie möglich widerspiegelt. Beispielsweise ist es in einem Pflegeheim, in dem der Anteil an Bewohnern mit Depressionen höher ist als in einem anderen, wahrscheinlicher, einen höheren Indikator zur Selbsteinschätzung des Schmerzes zu messen. Diese Bewohnerstruktur hat einen Einfluss auf den Indikator *Schmerz – Selbsteinschätzung* für dieses Pflegeheim, da sein Wert höher sein wird, ohne dass die Pflegequalität notwendigerweise schlechter ist als in einem Pflegeheim, das diese Bewohnerstruktur nicht aufweist. Es ist daher wichtig, beim Vergleich sicherzustellen, dass die Bewohnerstruktur berücksichtigt wurde und den Wert des Indikators nicht beeinträchtigt. Aus rechnerischer Sicht wird sichergestellt, dass der belastende Einfluss, der den Wert des Indikators erhöhen würde und der nicht direkt mit der Qualität der Pflegeleistungen in Verbindung steht, gewissermassen neutralisiert wird. Dies geschieht, wenn die Indikatoren risikoadjustiert werden. Bei einem angepassten Indikator spiegelt sein Wert die Qualität der Pflegeleistungen wider, und der Unterschied im Wert des Indikators in mehreren Pflegeheimen ist auf einen Qualitätsunterschied zurückzuführen. Ohne Risikoadjustierung gibt der Indikatorwert lediglich alle möglichen und pflegheimspezifischen Einflussfaktoren auf die Qualität der KVG-Leistungen wieder, die sich auf die Qualität der KVG-Leistungen auswirken. Es ist dann nicht möglich, die Pflegeheime untereinander zu vergleichen, da ihre spezifischen Merkmale ins Spiel kommen.

Die verschiedenen Simulationen und Analysen, die das INS während des Pilotprojekts zu den Variablen anstellte, führten zu der Schlussfolgerung, dass die relevantesten Variablen für die Berechnung der Risikoadjustierung die Pflegestufe und die *Cognitive Performance Scale (CPS)* sind. Dies entspricht auch den Aussagen der Pflegeheime, die darauf hinweisen, dass ihre Unterschiede darauf zurückzuführen sind, dass sie Bewohnerstrukturen unterliegen, die sich hinsichtlich des Grades der Pflegebedürftigkeit und der kognitiven Einschränkungen unterscheiden. Im Rahmen der ausgewählten Qualitätsindikatoren sind die Pflegestufe und die

Cognitive Performance Scale in die Risikoadjustierung der sechs in dieser Publikation betrachteten medizinischen Qualitätsindikatoren einbezogen. Die Risikoadjustierung für den Indikator Polymedikation basiert zusätzlich auf dem Alter. Bei der Risikoadjustierung für die Schmerzindikatoren werden das Geschlecht und die *Depression Rating Scale (DRS)* berücksichtigt. Diese Variablen wiesen leider ein unzureichendes Qualitätsniveau auf, um risikoadjustierte Indikatoren zu berechnen.

Den Experten des INS zufolge ist die Risikoadjustierung auf kantonaler Ebene weniger wichtig als auf der Heimebene. Sie weisen darauf hin, dass eine Risikoadjustierung auf kantonaler Ebene auf den für diese Analyseebene relevanten Variablen basieren sollte. Denn ein aussagekräftiger Vergleich zwischen kantonalen Qualitätsindikatoren ist abhängig von der Identifizierung der Risikofaktoren, die auf kantonaler Ebene auftreten. Beispielsweise würde der Unterschied zwischen der Westschweiz und dem Rest der Schweiz hauptsächlich durch die Variable Pflegestufe erklärt. Es gibt aber weitere Elemente, die diesem Unterschied ausmachen und die nicht klar erläutert werden.

Für das BAG ist der Aufwand einer Risikoanpassungsanalyse für die kantonale Ebene zu hoch angesichts der Tatsache, dass der Zweck einer Publikation über die medizinischen Qualitätsindikatoren darin besteht, Indikatoren auf der Ebene der Einrichtungen zu präsentieren. Da nicht geplant ist, den kantonalen Weg weiter zu verfolgen, ist auch nicht vorgesehen, eine entsprechende Risikoadjustierung zu definieren.

2.4 Empfehlungen an die Datenlieferanten

Wie in den ersten beiden Kapiteln bereits erwähnt, war es dem BAG mit den Daten für 2019 und 2020 nicht möglich, eine Publikation der medizinischen Qualitätsindikatoren auf Ebene Pflegeheime mit risikoadjustierte Indikatoren vorzuschlagen. Diese beiden Ziele bleiben vorrangig und das BAG wird alles daran setzen, um eine substanzielle Verbesserung der zur Berechnung der Qualitätsindikatoren erforderlichen Daten zu ermöglichen. Insbesondere empfiehlt das BAG den Datenlieferanten, den Wert der Variablen vor der Lieferung an das BFS zu kontrollieren und zu testen, indem sie sich sowohl auf die [Variablenbeschrieb der Erhebung der Qualitätsindikatoren](#)¹ als auch auf den [Leitfaden zur Erfassung der Variablen für die Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren](#)³ stützen. Während der Variablenbeschrieb es ermöglicht, das Vorhandensein aller für die Berechnung der Indikatoren geforderten Variablen zu testen und ihre Werte unabhängig voneinander sicherzustellen, liefert der Leitfaden zur Erfassung der Variablen die gleichen Spezifikationen unter Berücksichtigung der Relevanz der den Variablen gegebenen Werte sowie der möglichen Kombinationen und Beziehungen zwischen ihnen. Beispielsweise finden sich für die *Sitzgelegenheit, die die Bewohner am selbstständigen Aufstehen hindert* zwei voneinander abhängige Variablen, D120 (Frequenz) und D122 (Kontext). Für D120 sind laut dem Variablenbeschrieb folgende Werte [0, 1, 2] zulässig und für D122 sind nur die Werte [1, 2, 3, 99]

zulässig. Die Werte dieser beiden Variablen können jedoch nicht unabhängig voneinander eingegeben werden, da der Kontext und die Frequenz der Messung voneinander abhängig sind. Wenn zum Beispiel für einen bestimmten Bewohner keine Massnahme eingesetzt wurde, muss zwingend angegeben werden, dass die Massnahme nicht im Einsatz war. So kann D120 = 0 nur mit D122 = 99 kombiniert werden. Es reicht also nicht aus, nur zu testen, ob die zulässigen Werte eingehalten werden. Es muss zusätzlich getestet werden, ob die angegebenen Werte von einer Variablen zur anderen konsistent sind.

3 Beschreibung der medizinischen Qualitätsindikatoren

3.1 Analyseebene und Berechnungsmethode

Analyseebene

In der vorliegenden Publikation werden die Indikatoren für alle im betrachteten Datenjahr in Langzeitpflege in den Pflegeheimen eines Kantons anwesenden Bewohner berechnet, wobei nur die aktuellste Evaluation berücksichtigt wurde. Liegt für das betrachtete Datenjahr keine Evaluation vor, wird die letzte Evaluation des Vorjahres herangezogen. Die Indikatoren werden also auf Ebene Kanton berechnet. Da die Variable A04 – Kanton im für die Daten 2019 und 2020 gültigen Variablenbeschrieb der Erhebung der Qualitätsindikatoren nicht erwähnt wurde, war diese Variable im gelieferten Datensatz auch nicht verfügbar. Aus diesem Grund war es nicht möglich, ein Pflegeheim direkt einem Kanton zuzuordnen. Die Zuordnung eines Pflegeheims zu einem Kanton erfolgte durch den Abgleich der in der SOMED-Statistik gelieferten Informationen über den verantwortlichen Kanton und die BUR-Nummer mit der in den Daten zu den medizinischen Qualitätsindikatoren gelieferten BUR-Nummer.

Die kantonalen Werte der medizinischen Qualitätsindikatoren werden in Kapitel 4 dargestellt. Die Kantone sind in der folgenden Reihenfolge ausgeführt:

Darstellung der Kantone in Bundesstatistiken												
ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL
SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU
CH												

Medizinische Qualitätsindikatoren und Berechnungsmethode

Die dargestellten medizinischen Qualitätsindikatoren werden auf der Grundlage der Daten des Referenzjahres und des Vorjahres berechnet. In der vorliegenden Ausgabe sind es die Daten von 2019 und 2020. Sie decken die vier Messthemen Mangelernährung, bewegungseinschränkende Massnahmen, Polymedikation und Schmerzen.

Die Definitionen und die Berechnungsmethode werden im Folgenden vorgestellt. Sie beruhen auf den Analysen und Untersuchungen, die während des Pilotprojekts 2009 – 2018 mit dem INS durchgeführt wurden.

Mangelernährung		
Indikator <i>Malnutrition</i>	Zähler	Nenner
Prozentualer Anteil an Bewohnern mit einem Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen.	Gewichtsverlust D102 = 1 (Ja)	Alle nicht ausgeschlossenen Bewohner. <u>Ausschlusskriterien:</u> - Lebenserwartung weniger als 6 Monate: D103 = 1 (Ja) - Bedarfsabklärung bei Eintritt: D101 = 1 (Ja)
Die Anzahl Bewohner mit einem Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10 % und mehr in den letzten 180 Tagen (D102 = 1) wird durch die Anzahl der nicht ausgeschlossenen Bewohner geteilt, d. h. durch die Anzahl der Bewohner, deren Lebenserwartung nicht weniger als 6 Monate beträgt (D103 nicht 1) oder deren berücksichtigte Bedarfsabklärung nicht eine Bedarfsabklärung bei Eintritt ist (D101 nicht 1).		

Bewegungseinschränkende Massnahmen		
Indikator <i>Rumpffixation / Sitzgelegenheit</i>	Zähler	Nenner
Prozentualer Anteil an Bewohnern mit täglicher Fixierung des Rumpfes (im Sitzen oder Liegen) oder Sitzgelegenheit, die die Bewohner am selbstständigen Aufstehen hindert, in den letzten 7 Tagen.	Sitzgelegenheit – Frequenz D120 = 1 (täglich) ODER Rumpffixation – Frequenz D123 = 1 (täglich)	Alle nicht ausgeschlossenen Bewohner. <u>Ausschlusskriterien:</u> Einsatz auf Wunsch des Bewohners - Sitzgelegenheit – Kontext der Massnahme D122 = 1 - Rumpffixation – Kontext der Massnahme D125 = 1
Die Anzahl Bewohner, bei denen die Massnahme «tägliche Fixierung des Rumpfes (im Sitzen oder Liegen) oder Sitzgelegenheit, die am selbstständigen Aufstehen hindert, in den letzten 7 Tagen» umgesetzt wurde (D120 = 1 oder D123 = 1), wird durch die Anzahl der nicht ausgeschlossenen Bewohner geteilt, d. h. durch die Anzahl der Bewohner, bei denen die Massnahme nicht auf ihren Wunsch umgesetzt wurde.		

Bewegungseinschränkende Massnahmen		
Indikator <i>Bettgitter</i>	Zähler	Nenner
Prozentualer Anteil an Bewohnern mit täglichem Gebrauch von Bettgittern und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, die die Bewohner am selbstständigen Verlassen des Bettes hindern, in den letzten 7 Tagen.	Bettgitter – Frequenz D126 = 1 (täglich)	Alle nicht ausgeschlossenen Bewohner. <u>Ausschlusskriterien:</u> Einsatz auf Wunsch des Bewohners – Bettgitter – Kontext der Massnahme D128 = 1
Die Anzahl Bewohner, bei denen die Massnahme «täglich Gebrauch von Bettgittern und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, die am selbstständigen Verlassen des Bettes hindern, in den letzten 7 Tagen» umgesetzt wurde (D126 = 1), wird durch die Anzahl der nicht ausgeschlossenen Bewohner geteilt, d. h. durch die Anzahl der Bewohner, bei denen die Massnahme nicht auf ihren Wunsch umgesetzt wurde.		

Polymedikation		
Indikator <i>Polymedikation</i>	Zähler	Nenner
Prozentualer Anteil an Bewohnern, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnahmen.	Anzahl eingenommene D130 = 9 und mehr	Alle Bewohner <u>Ausschlusskriterien:</u> Keine
Die Anzahl Bewohner, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnahmen, wird durch die Anzahl Total Bewohner im Datensatz geteilt.		

Schmerzen		
Indikator <i>Schmerz – Selbsteinschätzung</i>	Zähler	Nenner
Prozentualer Anteil an Bewohnern, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen oder nicht täglich sehr starke Schmerzen angaben.	Schmerzhäufigkeit D140 = 2 (täglich) UND Schmerzintensität D141 = (2 ODER 3 ODER 4) ODER Schmerzhäufigkeit D140 = 1 (nicht täglich) UND Schmerzintensität D141 = 4	Alle nicht ausgeschlossenen Bewohner. <u>Ausschlusskriterien:</u> Keine gültige Selbsteinschätzung: – Schmerzhäufigkeit D140 = (8 ODER 9) ODER – Schmerzintensität D141 = (8 ODER 9)
Die Anzahl Bewohner, die in den letzten 7 Tagen täglich (D140 = 2) mässige und mehr Schmerzen (D141 = 2–4) oder nicht täglich (D140 = 1) sehr starke Schmerzen (D141 = 4) angaben, wird durch die Anzahl der nicht ausgeschlossenen Bewohner geteilt, d. h. durch die Anzahl der Bewohner mit gültiger Selbsteinschätzung der Schmerzen.		

Schmerzen		
Indikator <i>Schmerz – Fremdeinschätzung</i>	Zähler	Nenner
Prozentualer Anteil an Bewohnern, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen oder nicht täglich sehr starke Schmerzen zeigten.	Schmerzhäufigkeit D147 = 2 (täglich) UND Schmerzintensität D148 = (2 ODER 3 ODER 4) ODER Schmerzhäufigkeit D147 = 1 (nicht täglich) UND Schmerzintensität D148 = 4	Alle Bewohner <u>Ausschlusskriterien:</u> Keine
Die Anzahl Bewohner, die in den letzten 7 Tagen täglich (D147 = 2) mässige und mehr Schmerzen (D148 = 2–4) oder nicht täglich (D147 = 1) sehr starke Schmerzen (D148 = 4) zeigten, wird durch die Anzahl Total Bewohner im Datensatz geteilt.		

3.2 Darstellung der Indikatorenseite

In der Publikation auf Ebene Pflegeheime ist vorgesehen, jedes Pflegeheim auf einer Seite mit allgemeinen Informationen in der Kopfzeile, einer numerischen Darstellung der medizinischen Qualitätsindikatoren in Tabellenform sowie in einer grafischen Darstellung als Balkendiagramm darzustellen. In ähnlicher Weise wird in dieser Ausgabe jeder Kanton auf einer Seite mit den gleichen Informationen vorgestellt.

Zur Veranschaulichung wurden fiktive Zahlen und ein fiktiver Kantonsname verwendet.

Kopfzeile

Der Name des nach SOMED zuständigen Kantons, dessen Zahlen abgebildet werden, erscheint in der Kopfzeile links, die Anzahl Bewohner nach Datenbereinigung auf gesamtschweizerischer Ebene (Total Bewohner - CH) und auf kantonaler Ebene (Total Bewohner) rechts. Es wurde entschieden, die Rechtsform und das für die Bedarfsabklärung verwendete Instrument auf kantonaler Ebene nicht zu zeigen.

Kanton KT	Rechtsform:	–
	Total Bewohner – CH:	103234
	Total Bewohner:	16400
	Instrument:	–

Numerische Darstellung

Numerisch werden die medizinischen Qualitätsindikatoren in Form einer Tabelle dargestellt.

Medizinische Qualitätsindikatoren						
Numerische Darstellung						
Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	5.7 %	10'350	6.0 %	13'300	0.3 PP	6.5 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	2.2 %	12'560	2.5 %	17'000	0.3 PP	3.0 %
Bettgitter	8.1 %	11'970	8.8 %	15'700	0.7 PP	11.7 %
Polymedikation	47.1 %	12'570	46.3 %	16'400	–0.8 PP	42.7 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	22.7 %	10'500	23.1 %	13'300	0.4 PP	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	16.3 %	12'570	16.9 %	16'400	0.6 PP	16.1 %

Hier weist die Tabelle für jeden der sechs medizinischen Qualitätsindikatoren die Prozentwerte für alle Bewohner des nach SOMED verantwortlichen Kantons für das Referenzjahr und das Vorjahr aus. Die Werte sind nicht risikoadjustiert. Für die Publikation auf Ebene Pflegeheime wird der Wert

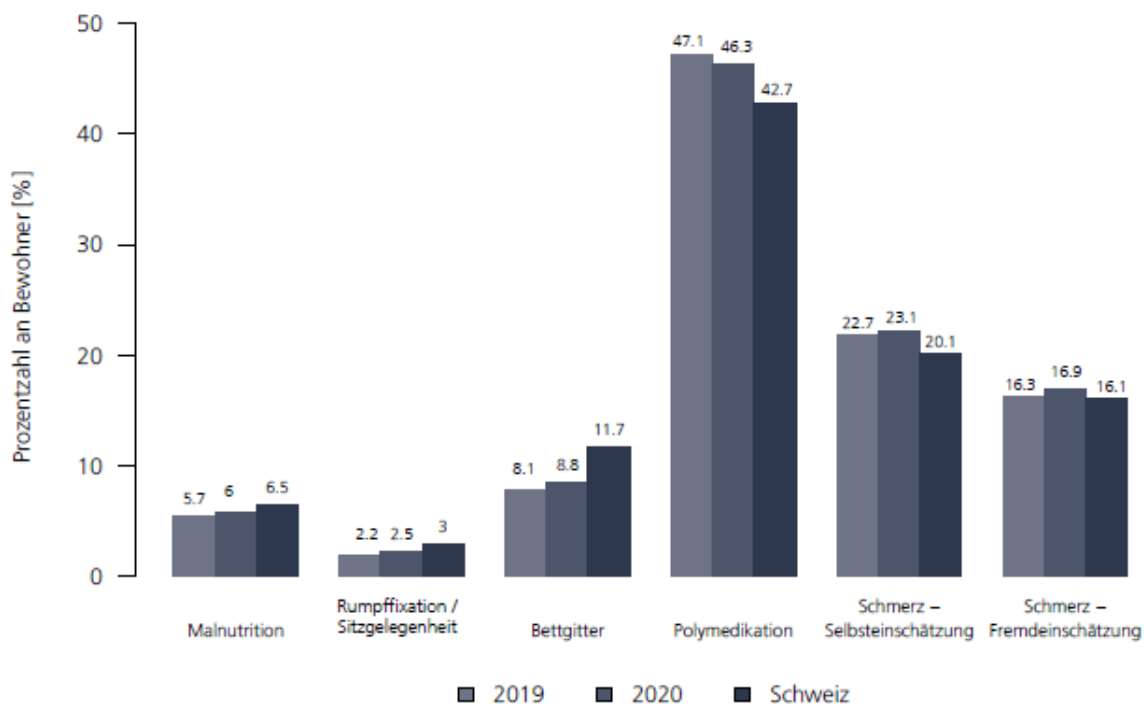
jedes Indikators für alle Bewohner des Pflegeheims berechnet und, soweit es die Datenqualität zulässt, ebenfalls risikoadjustiert. *NBew* gibt die Zahl der zur Berechnung des Indikators berücksichtigten Anzahl Bewohner für das jeweilige Jahr an. Aufgrund der Datenbereinigung und der Ausschlusskriterien im Zusammenhang mit der Berechnung weicht *NBew* vom Total Bewohner des Gesamtdatensatzes ab und variiert von Indikator zu Indikator. Für eine Publikation auf Ebene Pflegeheime ist nicht auszuschliessen, dass noch Qualitätsbereinigungen notwendig sind, die in jedem Fall klar dargestellt werden. In der Spalte «Differenz» ist die Abweichung der Zahlen in Prozentpunkten (PP) zwischen Referenzjahr und Vorjahr ausgewiesen, in der Spalte «Schweiz» der Wert des Indikators gesamtschweizerisch für das Referenzjahr, hier 2020. Die Indikatoren werden hier für alle Bewohner berechnet, die im Berechnungsdatsatz des Betrachtungsjahres vorhanden sind.

Grafische Darstellung

Grafisch sind die medizinischen Qualitätsindikatoren zudem in Balkendiagrammen dargestellt. Für jeden Qualitätsindikator bilden die Balken die kantonalen Werte in Prozenten für das Referenzjahr und das Vorjahr sowie die Werte in Prozenten für das Referenzjahr auf Schweizer Ebene ab.

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



1 Introduction

1.1 Contexte

Le mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de calculer et publier chaque année les « Indicateurs de qualité médicaux » dans le domaine des établissements médico-sociaux (EMS) trouve sa justification dans l'art. 59a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10 ; avant art. 22a LAMal). Sur cette base, les fournisseurs de prestations doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données nécessaires à la surveillance de l'application des dispositions de la LAMal relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Les EMS de Suisse sont ainsi tenus de fournir les données permettant le calcul des indicateurs de qualité médicaux (art. 59a, al.1, let. f LAMal).

En application de l'art. 59a LAMal, dans le cadre d'un projet pilote de 2009 à 2018, sous la direction de CURAVIVA Suisse (Fédération ARTISET) avec, comme membres du comité de projet, l'OFSP, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et l'Office fédéral de la statistique (OFS), des indicateurs de qualité adéquats ont été élaborés et évalués et six ont été sélectionnés. L'Institut pour les sciences infirmières de l'Université de Bâle (INS) avait été mandaté pour accompagner la collecte des données dans le cadre de ce projet pilote et évaluer les données. Pour cette première édition des « Indicateurs de qualité médicaux », l'OFSP a voulu s'appuyer sur les synergies existantes avec l'INS et profiter de son soutien expert en matière de plausibilisation et d'analyse exploratoire des données. C'est ainsi que, pour la livraison des premières données productives, les données 2019 livrées fin mars 2020, l'OFSP a mandaté l'INS pour procéder à leur plausibilisation et formuler des recommandations concernant le calcul des indicateurs de qualité.

1.2 Bases légales

Comme mentionné plus haut, cette publication se fonde sur l'art. 59a LAMal. Les données nécessaires au calcul des indicateurs de qualité sont fournies par les EMS à l'OFSP par l'intermédiaire de l'OFS. Ce dernier est le service statistique central de la Confédération. Il fournit des prestations de nature statistique aux unités administratives de la Confédération, ainsi qu'à d'autres utilisateurs de la statistique fédérale et au public (art. 10 LSF). Selon les chiffres 58 et 60 de l'annexe de l'ordonnance sur les relevés statistiques, les établissements selon la forme juridique qui facturent des prestations relevant de la loi fédérale sur l'assurance-maladie font l'objet du relevé sur les données nécessaires au calcul des indicateurs de qualité médicaux. L'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) liste les données des fournisseurs de prestations qui doivent être transmises à l'OFS. C'est sur cette base que les fournisseurs de prestations

communiquent les données sur les indicateurs de qualité médicaux, conformément à l'art. 59a, al. 1, LAMal, pour autant qu'elles soient nécessaires au contrôle du caractère économique et de la qualité de leurs prestations tel que prévu par la LAMal. L'art. 30a OAMal règle les dispositions en matière de collecte et de traitement des données des fournisseurs de prestations. En vertu de l'art. 31 OAMal, l'OFSP se charge de publier, sur une base régulière, les indicateurs de qualité médicaux. Les dispositions légales prévoient une publication par établissement. La qualité des données livrées conditionne cependant cette possibilité.

1.3 Objet de la publication

La publication « Indicateurs de qualité médicaux » dans le domaine des EMS porte sur six indicateurs de qualité répartis en quatre domaines de mesures :

Domaine de mesure « malnutrition »

Malnutrition : Pourcentage des résidents qui ont eu une perte de poids de 5 % et plus au cours des 30 derniers jours ou de 10 % et plus au cours des 180 derniers jours.

Domaine de mesure « mesures limitant la liberté de mouvement »

Fixation du tronc / siège : Pourcentage de résidents avec fixation quotidienne du tronc (en position assise ou couchée) ou siège ne permettant pas de se lever de façon autonome au cours des 7 derniers jours.

Barrières de lit : Pourcentage de résidents avec utilisation quotidienne de barrières de lit ou autres dispositifs sur tous les côtés ouverts du lit destinés à empêcher les résidents de quitter leur lit de manière autonome au cours des 7 derniers jours.

Domaine de mesure « polymédication »

Polymédication : Pourcentage de résidents ayant pris 9 principes actifs ou plus au cours des 7 derniers jours.

Domaine de mesure « Douleur »

Douleur – Auto-évaluation : Pourcentage de résidents ayant fait part, au cours des 7 derniers jours, de douleurs quotidiennes modérées ou plus fortes ou de douleurs très fortes, mais non quotidiennes.

Douleur – Evaluation externe : Pourcentage de résidents chez qui, au cours des 7 derniers jours, des douleurs quotidiennes modérées ou plus fortes ont été observées ou des douleurs très fortes, mais non quotidiennes.

Le chapitre 3 revient en détail sur chacun de ces indicateurs et en présente les formules de calculs.

1.4 Objectif de la publication et précaution d'interprétation

L'objectif de tels indicateurs est de donner un premier aperçu du niveau de qualité des prestations de soins LAMal fournies par un EMS dans les domaines mesurés. Les indicateurs calculés dans cette première édition de la publication n'atteignent cependant pas cet objectif, car la qualité des données livrées s'est révélée insuffisante non seulement pour procéder à leur calcul au niveau des établissements, mais aussi pour déterminer des indicateurs ajustés en fonction du risque. Cette dernière étape est nécessaire lorsque les indicateurs sont voués à être utilisés comme instrument de comparaison. Les indicateurs de qualité présentés ici ont été calculés pour chaque canton et non pas pour chaque EMS. En tant qu'agrégats au niveau cantonal, ils perdent leur sens d'indicateurs de qualité dans les EMS et, en tant qu'indicateurs non ajustés en fonction des risques, ils ne peuvent servir d'instruments de comparaison entre groupes.

Cette première édition des « Indicateurs de qualité médicaux » doit ainsi se comprendre comme un compte rendu de l'état actuel des données nécessaires au calcul des indicateurs de qualité médicaux dans le domaine des EMS et a pour but de rendre attentifs les milieux concernés à la nécessité d'améliorer la qualité des données livrées de manière à permettre dans le futur une publication des indicateurs au niveau des EMS et ajustés en fonction du risque.

1.5 Périodicité de la publication

L'OFSP prévoit cependant de publier les indicateurs de qualité médicaux de manière annuelle, à partir de cette première édition 2022 et mettra tout en œuvre pour permettre l'amélioration de la qualité des données de façon à permettre une publication des indicateurs de qualité médicaux au niveau des EMS, avec un ajustement en fonction des risques.

2 Données et contenu de la publication

Les analyse et la plausibilisation des données 2019 et 2020 est résumée dans ce chapitre qui passe en revue les données nécessaires aux calculs des indicateurs, leur niveau de qualité et les difficultés liées. Les résultats de plausibilisation et la qualité des données constatée à conduit l'OFSP à revoir ses exigences en matière de publication et à renoncer à la publication des indicateurs de qualité au niveau des EMS et ajustés en fonction du risque.

2.1 Données, collecte et transmission

Les données nécessaires au calcul des indicateurs de qualité médicaux sont recensées dans la [description des variables du relevé des indicateurs de qualité](#)¹, qui représente une annexe au [règlement de traitement de l'OFS sur les données des fournisseurs de prestations selon l'art. 59a LAMa](#)². La description des variables est actualisée si nécessaire chaque année et l'OFS met en ligne une version valable pour l'année de données considérée.

Pour cette première édition des « Indicateurs de qualité médicaux », les données 2019 et 2020 des EMS, regroupés selon la statistique des établissements médico-sociaux SOMED, ont été utilisées, l'année 2020 étant l'année de référence dans la mesure où les indicateurs de 2020 sont comparés aux indicateurs de 2019. Les données de calcul contiennent l'ensemble des résidents hébergés en long séjour présents dans l'EMS durant l'année de données considérée, en ne considérant que l'évaluation la plus récente. Si aucune évaluation n'est disponible dans l'année de données considérée, l'évaluation la plus récente de l'année précédente sera considérée. Dès 2020, l'article 8, al.2, let. a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), indique que la durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser neuf mois. Une évaluation des résidents doit donc être réalisée au plus tard tous les neuf mois. Cela implique que l'évaluation valide considérée remonte parfois au plus tôt à neuf mois avant le début de l'année de données considérée, c'est-à-dire 01.03, de l'année précédente.

Les données nécessaires au calcul des indicateurs de qualité médicaux sont collectées par les EMS. Dans les logiciels utilisés, les modules permettant la récolte des données pour le calcul des indicateurs de qualité médicaux sont séparés de ceux utilisés pour les mesures de routine. Ces deux ensembles d'informations sont ainsi indépendants l'un de l'autre.

¹ Description des variables du relevé des indicateurs de qualité du domaine des établissements médico-sociaux
Données 2020 : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/somed/application-aide-utilisateurs.assetdetail.11507189.html> et

Données 2019 : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.assetdetail.9847766.html>

² Règlement de traitement - Données des fournisseurs de prestations selon l'art. 59a LAMa - valable dès le 1.1.2020 : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.11507910.html>

Une fois par année, les EMS exportent leurs données et les livrent à l'OFSP. Le transfert peut se faire directement par les EMS ou par le biais d'intermédiaires. Selon le concept de protection et de sécurité des données établi pour ces données, ces données doivent être transmises de façon électronique et cryptée, par le *Service de transfert de fichiers (FTS)* de la Confédération, qui permet un transfert sécurisé. Dans certains cas, les données ont été transmises de manière non cryptée. L'OFSP et l'OFS se charge de communiquer le plus clairement possible à ce sujet, de manière à ce que tous les fournisseurs de données livrent leurs informations de la manière la plus conforme possible en matière de sécurité des données.

Les données reçues des EMS par l'OFS sont soumises à des contrôles de qualité formels avant importation et mise à disposition de l'OFSP. Les données sont envoyées à l'OFSP par FTS.

2.2 Qualité, plausibilisation et nettoyage des données

Analyse exploratoire sur les données 2019

Le relevé des données 2019 pour le calcul des indicateurs de qualité a été la première récolte de données obligatoire pour les EMS, mais également la première occasion pour l'OFSP d'évaluer la situation en matière de contenu et qualité. En 2020, l'OFSP avait mandaté l'INS pour l'accompagner dans la plausibilisation et le calcul des indicateurs, basés sur les données 2019. Après une première analyse exploratoire de ces données, courant avril 2020, l'INS a informé l'OFSP que la qualité de ces données ne permettait pas de réaliser le mandat tel que défini. L'OFSP a donc demandé à l'INS d'analyser le contenu pour détecter les éventuels problèmes, de proposer des mesures d'amélioration de la qualité des données, et, dans la mesure du possible, de recommander une méthode de calcul des indicateurs de qualité médicaux, sur la base des variables requises.

Les EMS sont identifiables par le numéro sous lequel ils sont inscrits au registre des entreprises et des établissements (REE). L'analyse exploratoire de l'INS a montré des problèmes dans les données au niveau de l'identification des EMS par leur numéro REE ou leur nom. Le numéro REE n'était pas toujours indiqué et, lorsqu'il l'était, pas forcément correct. Le nom de l'EMS n'était pas non plus toujours clairement identifiable, dans la mesure où l'on pouvait rencontrer des noms tronqués, des abréviations ou des noms non officiels ou internes. Aussi, toutes les variables n'étaient pas toujours renseignées ou renseignées de manière correcte. L'analyse a ainsi montré un grand nombre de variable manquantes, c'est-à-dire des variables qui n'avaient pas été renseignées lors de l'évaluation des besoins requis, et de valeurs non valides, c'est à-dire des variables dont les valeurs n'étaient pas dans le champ des valeurs admises. Aussi, les variables de date d'entrée et date d'évaluation n'étaient pas non plus toujours correctement renseignées de sorte que, dans certains cas, l'évaluation à l'entrée semblait avoir eu lieu au-delà du temps minimal exigé. Tous ces problèmes sont adressés dans le chapitre 5 qui traite du nettoyage des données. D'autres incohérences telles que des données décalées d'une ou plusieurs lignes dans l'ensemble

de données livrés ont aussi été détectées.

Pour comprendre et, dans la mesure du possible, remédier à ces problèmes, l'INS a organisé des discussions avec les fournisseurs d'instruments d'évaluation des besoins requis ainsi qu'avec le représentant de certains EMS. Lorsque cela a été possible, un nouvel export des données a été réalisé pour l'année 2019 et des données adaptées ont été mises à disposition de l'INS. Ces discussions ont permis de lever le voile sur certains problèmes et de sensibiliser les fournisseurs d'instruments d'évaluation à la problématique des valeurs manquantes ou non valides. En ce qui concerne l'identification des EMS par leur numéro REE, les fournisseurs indiquent qu'ils devraient disposer, avant le relevé des données, d'une liste actuelle des EMS pour pouvoir implémenter, dans leur logiciel, une liste à choix pour la saisie automatisée des noms et des numéros REE. La liste la plus actuelle dont dispose l'OFS au moment de l'importation des données des indicateurs de qualité et qui sert de contrôle des établissements présents dans la récolte est celle de l'année de données précédente. Une liste pour l'année de donnée en cours dépend des processus liés à la statistique SOMED et est disponible au plus tôt deux à trois mois après la livraison des données pour les indicateurs de qualité médicaux. L'OFSP, en collaboration avec l'OFS, tente de résoudre au mieux cette problématique. En ce qui concerne les incohérences dans la date d'entrée et le temps écoulé jusqu'à l'évaluation à l'entrée, cela s'explique en partie par des erreurs de saisies comme ne pas corriger la date d'entrée lorsqu'un résident passe d'un séjour court à un séjour de longue durée, mais aussi par la logique des systèmes de saisie utilisés et qui ne permettent pas de saisir la date d'entrée effective sans que cela ait un impact dans d'autres systèmes de saisie de l'EMS (lien avec le logiciel administratif interne, passage à un instrument d'évaluation des besoins, etc.). De ce fait, les tests réalisés sur les dates d'entrée et d'évaluation ne sont pas fiables. Il est en effet actuellement impossible d'utiliser les informations de date pour calculer une durée de séjour ou le temps écoulé jusqu'à l'évaluation à l'entrée.

L'INS a analysé l'ensemble de données adapté livré après les discussions avec les fournisseurs d'instruments d'évaluation des besoins requis sur le plan des valeurs manquantes, de la cohérence et de l'exhaustivité des variables. Globalement, la qualité s'était améliorée, surtout au niveau des valeurs manquantes. La question de l'identification des EMS par leur numéro REE n'a cependant pas été résolue.

Les recommandations et les calculs de l'INS se sont faits à partir de données fortement nettoyées, dans lesquelles les variables manquantes et mal renseignées avaient été exclues. L'INS conclut que, malgré certaines corrections apportées aux données 2019, les problèmes détectés au niveau de l'identification des établissements ne permettaient pas de publier des indicateurs de qualité médicaux par EMS avec ces données. Concernant l'ajustement des indicateurs en fonction des risques, la quantité toujours importante de données manquantes ou non valides sur les variables utiles à l'ajustement a amené l'INS à ne considérer, dans sa modélisation, que les saisies pour lesquelles toutes les variables nécessaires étaient renseignées. Cela a mené à l'exclusion d'un grand nombre de données. Procéder de la même manière pour la publication des indicateurs de qualité médicaux reviendrait à n'estimer l'ajustement que pour une partie des données, celles qui

sont complètes. Si cela a du sens d'un point de vue calculatoire, l'interprétation des indicateurs en est rendue très difficile.

A l'intention des personnes qui doivent saisir les données pour le calcul des indicateurs de qualité, l'OFSP avait préparé, fin 2020, le [guide de saisie des variables pour le calcul des Indicateurs de qualité médicaux](#)³. Ce document de référence est élaboré sur la base de la [description des variables du relevé des indicateurs de qualité](#)¹ et détaille les propriétés et les caractéristiques que les variables doivent avoir pour permettre un calcul adéquat des indicateurs de qualité médicaux. Ce guide est disponible sur Internet depuis le 26 mars 2021. Le but de ce document est de sensibiliser aux exigences que doivent respecter les variables pour répondre aux contraintes du calcul des indicateurs de qualité et de proposer des tests de contrôle et de qualité.

Plausibilisation des données 2019 et 2020 en vue de la publication

A l'importation des données des EMS, l'OFS procède à des contrôles de qualité. Il s'agit de tests basés sur les indications données dans la colonne « Remarques » de la [description des variables du relevé des indicateurs de qualité](#)¹. Ces remarques permettent de vérifier que les valeurs des variables se situent bien dans le champ des valeurs attendues, mais ne tiennent pas compte des relations entre les variables, ni de la cohérence entre ces dernières, ni des conditions et des restrictions posées au calcul des indicateurs de qualité médicaux. C'est pourquoi, pour la réception des données 2020, l'OFSP a développé un script de plausibilisation complet dont les contrôles de qualité, basés sur le [guide de saisie des variables pour le calcul des Indicateurs de qualité médicaux](#)³, couvrent les tests réalisés par l'OFS et ont permis de plausibiliser les données 2019 et 2020. Bien que la qualité des données se soit améliorée avec le relevé des données 2020, on observe encore les mêmes problèmes d'identification des établissements au niveau des numéros REE et un nombre important de valeurs manquantes ou non valides. Le niveau de qualité des données reste donc toujours insuffisant pour élaborer une publication au niveau des établissements ou pour procéder à un ajustement des indicateurs en fonction des risques.

Au moment de la prise de connaissance des résultats de plausibilisation, il n'était pas envisageable, pour des questions techniques, de renvoyer, pour corrections ou clarifications, les données à ceux qui les avaient livrées. Il est cependant prévu de mettre en place, à terme, et si possible dès les données 2021, un processus de contrôle à l'importation des données par l'OFS qui permettra d'appliquer les tests de plausibilisation de manière systématique à l'arrivée des données. Les échanges d'information, entre l'OFS et ceux qui ont livré les données, sur les résultats des tests et

³ Guide de saisie des variables pour le calcul des indicateurs de qualité médicaux : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/somed/application-aide-utilisateurs.assetdetail.16664393.html>

les erreurs encourues à l'importation permettra des ajustements et des corrections qui devraient, à terme, améliorer la qualité des données.

2.3 Décisions sur les données

Les résultats de plausibilisation ont amené l'OFSP à devoir prendre des décisions sur les données pour obtenir un ensemble de données de calcul nettoyé et cohérent. Ces décisions ont consisté, d'une part, en un nettoyage des données (chapitre 5), c'est-à-dire à ne sélectionner que les données utilisables pour le calcul des indicateurs de qualité médicaux et, d'autre part, à choisir un niveau d'analyse permettant de montrer la valeur des indicateurs de qualité. En ce qui concerne l'étendue de l'unité d'analyse, il était important pour l'OFSP de prendre en compte l'ensemble des établissements qui avaient livré des données. Il a donc été décidé de ne pas exclure de l'analyse les EMS qui présentaient des difficultés d'identification par leur numéro REE, car leurs données n'étaient pas toutes incohérentes au regard des variables d'intérêt. Le choix s'est donc porté sur une publication des indicateurs de qualité au niveau cantonal, pour les deux années de données 2019 et 2020. L'exclusion de données a cependant concerné en grande partie les variables nécessaires à l'ajustement des indicateurs en fonction des risques. Cela a eu pour conséquence que cet ajustement n'a pas pu se faire au niveau des résidents. De plus, comme les facteurs de risque n'avaient pas été définis au niveau cantonal, l'ajustement n'était pas réalisable sur les indicateurs à ce niveau-là.

Niveau d'analyse cantonal

La décision d'agrèger les six indicateurs de qualité médicaux au niveau cantonal en les calculant sur l'ensemble des résidents des EMS d'un canton permet de pallier les problèmes d'identification des établissements, de cohérence et de valeurs manquantes affectant chacune les variables de calcul et de proposer, pour cette première édition, une maquette de ce que peut être une publication dans ce domaine au niveau des EMS. Cette décision a cependant d'énormes conséquences en termes de comparabilité et d'interprétation des indicateurs. En effet, les cantons sont très différents en termes de prise en charge et d'intensité en soins des personnes âgées, en Suisse. Le rapport de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) sur les soins de longue durée dans les cantons entre 2006 et 2013 (Obsan, 2016)⁴ a montré que les cantons suisses présentent de grande disparités entre eux en matière de prise en charge des personnes âgées par les établissements médico-sociaux et par les services d'aide et de soins à domicile, notamment entre les régions romandes et de Suisse orientale. Selon l'Obsan (2016), les cantons peuvent se classer

⁴ [Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions - Evolutions 2006–2013](#), OBSAN RAPPORT 69, 2016

en trois modèles-types de prise en charge selon le taux de recours aux EMS et/ou aux services d'aide et de soins à domicile, l'âge moyen d'entrée en EMS, la durée du séjour, l'intensité en soins LAMal (prestations de soins OPAS et prestations d'aide à domicile, indique la lourdeur des cas) et le recours aux longs séjours en hôpitaux. La Suisse orientale s'appuie davantage sur la prise en charge par les EMS que par les services d'aide et de soins à domicile alors que c'est l'inverse en Suisse romande où la prise en charge par les services d'aide et de soins à domicile est prédominante. Certains cantons présentent des caractéristiques des deux modèles. Il est également essentiel de noter que l'âge moyen à l'entrée en EMS est positivement corrélé avec l'intensité en soins des résidents en EMS. Cela signifie que dans les cantons où les personnes entrent plus tard en EMS, on observe également un besoin en soins plus élevé que lorsque les personnes entrent plus tôt en EMS. C'est une différence que l'on constate entre les cantons latins et les cantons alémaniques.

Les données actuelles de l'Obsan montrent au travers de quelques indicateurs que ces tendances sont toujours valables en 2020⁵.

Dans le futur, les indicateurs de qualité médicaux seront publiés par établissement, selon le regroupement que propose la statistique SOMED. Les établissements qui participent au relevé des indicateurs de qualité médicaux seront ainsi représentés, comme dans la statistique SOMED, par l'entité juridique responsable, laquelle devrait se charger de livrer les données pour tous les établissements représentés. Cela devra permettre un traitement analogue et une comparabilité des EMS qui ont livré des données pour les indicateurs de qualité médicaux avec ceux de la statistique des institutions médico-sociales (SOMED).

Comparaison entre les établissements et ajustement en fonction des risques

L'ajustement en fonction des risques des indicateurs et les critères d'exclusion sont deux méthodes distinctes pour améliorer la comparabilité des indicateurs de qualité médicaux entre EMS. Le critère d'exclusion sert à exclure dès le départ certains résidents du calcul. L'ajustement en fonction des risques, quant à lui, sert de contrôle statistique des différences au niveau de la structure de tous les résidents inclus (case mix). Il se fait entièrement au niveau du résident et non au niveau de l'EMS.

Lorsque l'on utilise un indicateur pour mesurer la qualité des prestations de soins LAMal fournies

⁵ Âge à l'entrée en EMS : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/age-a-lentree-en-ems>

Durée de séjour en EMS : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/duree-de-sejour-en-ems>

Intensité des soins en EMS : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/intensite-des-soins-en-ems>

Taux de recours aux EMS et maisons pour personnes âgées : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/taux-de-recours-aux-ems-et-maisons-pour-personnes-agees>

Résidents peu dépendants de soins en EMS : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/residents-peu-dependants-de-soins-en-ems>

dans un EMS, la valeur de celui-ci est le résultat de plusieurs influences, certaines n'étant pas liées à la qualité des soins elle-même. Le nombre de résidents présentant certaines conditions, le hasard ainsi que la qualité des prestations de soins elle-même peuvent influencer la valeur de l'indicateur. Ces influences sont par ailleurs différentes pour chaque établissement. C'est pourquoi, lorsque l'on compare deux EMS, on veut pouvoir dire, avec le plus de confiance possible, que la différence que l'on observe entre ces établissements, et qui se mesure par la valeur d'un indicateur donné, est effectivement due à une différence dans la qualité des prestations de soins LAMal, dans le domaine considéré. L'ajustement des indicateurs en fonction des risques permet de distinguer les différents effets qui influent sur la valeur des indicateurs en prenant en compte la part due à la structure des résidents et de l'EMS et permet de donner une valeur qui reflète au plus près la qualité des prestations de soins. Par exemple, dans une EMS où la proportion de résidents présentant de la dépression est plus grande que dans un autre, il est plus probable de mesurer un indicateur d'auto-évaluation de la douleur plus élevé. Cette structure de résident a une influence sur l'indicateur *Douleur – Auto-évaluation* pour cet EMS puisque sa valeur sera plus élevée, sans forcément que la qualité des soins ne soit moins bonne que dans un EMS ne présentant pas cette structure de résidents. Il est donc important, dans la comparaison, de s'assurer que la structure de résidents a été prise en compte et ne viennent pas entacher la valeur de l'indicateur. D'un point de vue calculatoire, on s'assure que l'influence pénalisante qui ferait augmenter la valeur de l'indicateur et qui n'a pas de relation directe avec la qualité des prestations de soins soit, en quelque sorte, neutralisée. C'est ce que l'on fait lorsque l'on ajuste les indicateurs en fonction du risque. Dans le cas d'un indicateur ajusté, sa valeur reflète la qualité des prestations de soins et la différence de valeur de l'indicateur dans plusieurs EMS est attribuable à une différence de qualité. Sans ajustement en fonction des risques, la valeur de l'indicateur rend simplement compte de toutes les influences possibles et spécifiques à l'EMS qui jouent sur la qualité des prestations LAMal. Il n'est alors pas possible de comparer les EMS entre eux puisque leurs spécificités entrent en jeu.

Les différentes simulations et analyses effectuées par l'INS sur les variables lors du projet pilote ont amené à la conclusion que les variables les plus pertinentes pour effectuer l'ajustement en fonction des risques sont le niveau de soins et l'échelle de performance cognitives *Cognitive Performance Scale (CPS)*. Cela répond également aux assertions des EMS qui indiquent que leurs différences proviennent du fait qu'ils sont soumis à des structures de résidents qui diffèrent par le niveau de dépendance et de performance cognitives. Dans le cadre des indicateurs de qualité sélectionnés, le niveau de soin et l'échelle de performance cognitive *Cognitive Performance Scale* interviennent dans l'ajustement en fonction des risques des six indicateurs de qualité médicaux considérés dans cette publication. L'ajustement en fonction des risques pour l'indicateur de polymédication se fait en plus sur la base de l'âge. L'ajustement en fonction des risques pour les indicateurs de la douleur prend en compte le sexe et l'échelle d'évaluation de la dépression *Depression Rating Scale (DRS)*. Ces variables ont malheureusement présenté un niveau de qualité insuffisant pour permettre l'ajustement des indicateurs.

Selon les expertes de l'INS, au niveau cantonal, l'ajustement en fonction des risques est moins important qu'au niveau des EMS. Elles indiquent qu'un ajustement au niveau cantonal doit se baser sur les variables pertinentes pour ce niveau d'analyse. En effet, une comparaison pertinente entre des indicateurs de qualité cantonaux est subordonnée à l'identification des facteurs de risque qui se présentent au niveau cantonal. Par exemple, la différence entre la Romandie et le reste de la Suisse serait essentiellement expliquée par la variable du niveau de soins, mais il y a d'autres éléments qui participent à cette différence et qui ne sont pas clairement explicités.

Pour l'OFSP, la charge d'une analyse d'ajustement en fonction des risques pour le niveau cantonal est trop importante au regard du fait que le but de la publication sur les indicateurs de qualité médicaux est de présenter des indicateurs au niveau des établissements. Comme il n'est pas prévu de poursuivre dans la voie cantonale, il n'est pas non plus prévu de définir un ajustement en fonction des risques correspondant.

2.4 Recommandations à l'intention des fournisseurs de données

Comme il a été question tout au long de ces deux premiers chapitres, les données 2019 et 2020 n'ont pas permis à l'OFSP de proposer une publication des indicateurs de qualité médicaux par EMS et ajustés en fonction du risque. Ces deux objectifs restent prioritaires et l'OFSP mettra tout en œuvre pour permettre une amélioration substantielle des données nécessaires au calcul des indicateurs de qualité. Notamment, l'OFSP recommande aux fournisseurs de données de contrôler et tester la valeur des variables avant livraison à l'OFS en se basant à la fois sur la [description des variables du relevé des indicateurs de qualité](#)¹ et sur le [guide de saisie des variables pour le calcul des Indicateurs de qualité médicaux](#)³. Si la description des variables permet de tester la présence de toutes les variables exigées pour le calcul des indicateurs et de s'assurer de leur valeur indépendamment les unes des autres, le guide de saisie des variables donne les mêmes spécifications en tenant compte de la pertinence des valeurs données aux variables ainsi que des combinaisons et relations possibles entre elles. Par exemple, pour le *Siège ne permettant pas de se lever de manière autonome*, on trouve deux variables interdépendantes, D120 (fréquence) et D122 (contexte). D120 doit posséder, selon la description des variables, des valeurs dans l'ensemble [0, 1, 2] et D122 des valeurs dans l'ensemble [1, 2, 3, 99]. Les valeurs de ces deux variables ne peuvent cependant pas être saisies indépendamment l'une de l'autre, car le contexte et la fréquence de la mesure sont interdépendants. Par exemple, pour un résident donné, si la mesure n'est pas mise en place, on doit obligatoirement indiquer que la mesure n'est pas utilisée. Ainsi D120 = 0 ne peut être combinée qu'avec D122 = 99. Cela ne suffit donc pas de tester que les valeurs admises sont respectées. Il faut encore tester que les valeurs données sont cohérentes d'une variable à l'autre.

3 Description des indicateurs de qualité médicaux

3.1 Niveau d'analyse et méthode de calcul

Niveau d'analyse

Dans la présente publication, les indicateurs sont calculés pour l'ensemble des résidents hébergés en long séjour et présents dans les EMS d'un même canton durant l'année de données considérée, en ne considérant que l'évaluation la plus récente. Si aucune évaluation n'est disponible dans l'année de données considérée, l'évaluation la plus récente de l'année précédente a été considérée. Les indicateurs sont donc calculés par canton. Comme la description des variables du relevé des indicateurs de qualité médicaux valable pour les données 2019 et 2020 ne mentionnait pas la variable A04 – Canton, celle-ci n'était pas disponible dans l'ensemble des données livrées. De ce fait, il n'a pas été possible de relier directement un EMS à un canton. L'attribution d'un EMS à un canton s'est faite par le recouplement entre l'information sur le canton responsable et le numéro REE fournie par la statistique SOMED et le numéro REE fourni dans les données sur les indicateurs de qualité médicaux.

Les valeurs cantonales des indicateurs de qualité médicaux sont présentées au chapitre 4. Les cantons sont répertoriés dans l'ordre suivant :

Ordre de présentation des cantons dans les statistiques fédérales												
ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL
SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU
CH												

Indicateurs de qualité médicaux et méthode de calcul

Les indicateurs de qualité médicaux présentés sont calculés sur la base des données de l'année de référence et de l'année qui la précède. Pour cette édition, il s'agit ainsi des données 2019 et 2020. Ils couvrent les quatre domaines de mesures que sont la malnutrition, les mesures limitant la liberté de mouvement, la polymédication et la douleur.

Les définitions et la méthode de calcul, présentées ci-après, sont le résultat du travail d'analyse et d'étude avec l'INS durant le projet-pilote de 2009 à 2018 :

Malnutrition		
Indicateur <i>Malnutrition</i>	Numérateur	Dénominateur
Pourcentage des résidents qui ont eu une perte de poids de 5 % et plus au cours des 30 derniers jours ou de 10 % et plus au cours des 180 derniers jours.	Perte de poids D102 = 1 (Oui)	Tous les résidents non exclus. <u>Critères d'exclusion</u> : - Espérance de vie de moins de 6 mois D103 = 1 (Oui) - Évaluation à l'entrée D101 = 1 (Oui)
Le nombre de résidents ayant subi une perte de poids de 5 % et plus au cours des 30 derniers jours ou de 10 % et plus au cours des 180 derniers jours (D102 = 1) est divisé par le nombre de résidents non exclus, c'est-à-dire par le nombre de résidents dont l'espérance de vie n'est pas de moins de 6 mois (D103 non 1) ou dont l'évaluation prise en compte n'est pas une évaluation à l'entrée (D101 non 1).		

Mesures limitant la liberté de mouvement		
Indicateur <i>Fixation du tronc / siège</i>	Numérateur	Dénominateur
Pourcentage de résidents avec fixation quotidienne du tronc (en position assise ou couchée) ou siège ne permettant pas de se lever de façon autonome au cours des 7 derniers jours.	Siège – Fréquence : - D120 = 1 (quotidiennement) OU Fixation du tronc – Fréquence : - D123 = 1 (quotidiennement)	Tous les résidents non exclus. <u>Critères d'exclusion</u> : Mise en place à la demande du résident : - Siège – Contexte de la mesure D122 = 1 - Fixation du tronc – Contexte de la mesure D125 = 1
Le nombre de résidents pour lesquels la mesure « fixation quotidienne du tronc (en position assise ou couchée) ou siège ne permettant pas de se lever de façon autonome au cours des 7 derniers jours » a été mise en place (D120 = 1 ou D123 = 1) est divisé par le nombre de résidents non exclus, c'est-à-dire par le nombre de résidents pour lesquels la mesure n'a pas été mise en place à leur demande.		

Mesures limitant la liberté de mouvement		
Indicateur <i>Barrières de lit</i>	Numérateur	Dénominateur
Pourcentage de résidents avec utilisation quotidienne de barrières de lit ou autres dispositifs sur tous les côtés ouverts du lit destinés à empêcher les résidents de quitter leur lit de manière autonome au cours des 7 derniers jours.	Barrière de lit – Fréquence D126 = 1 (quotidiennement)	Tous les résidents non exclus. <u>Critères d'exclusion</u> : Mise en place à la demande du résident : – Barrière de lit – Contexte de la mesure D128 = 1
Le nombre de résidents pour lesquels la mesure « utilisation quotidienne de barrières de lit ou autres dispositifs sur tous les côtés ouverts du lit destinés à empêcher les résidents de quitter leur lit de manière autonome au cours des 7 derniers jours » a été mise en place (D126 = 1) est divisé par le nombre de résidents non exclus, c'est-à-dire par le nombre de résidents pour lesquels la mesure n'a pas été mise en place à leur demande.		

Polymédication		
Indicateur <i>Polymédication</i>	Numérateur	Dénominateur
Pourcentage de résidents ayant pris 9 principes actifs ou plus au cours des 7 derniers jours.	Nombre de substances actives D130 = 9 ou plus	Tous les résidents. <u>Critères d'exclusion</u> : Aucun
Le nombre de résidents ayant pris 9 principes actifs ou plus au cours des 7 derniers jours est divisé par le nombre total de résidents de l'ensemble de données considéré.		

Douleur		
Indicateur <i>Douleur – Auto-évaluation</i>	Numérateur	Dénominateur
Pourcentage de résidents ayant fait part, au cours des 7 derniers jours, de douleurs quotidiennes modérées ou plus fortes ou de douleurs très fortes, mais non quotidiennes.	Fréquence de la douleur D140 = 2 (quotidiennement) ET Intensité de la douleur la plus forte D141 = (2 OU 3 OU 4) OU Fréquence de la douleur D140 = 1 (non quotidiennement) ET Intensité de la douleur la plus D141 = 4	Tous les résidents non exclus. <u>Critères d'exclusion</u> : Pas d'autoévaluation valable: - Fréquence de la douleur D140 = (8 OU 9) OU - Intensité de la douleur D141 = (8 OU 9)
Le nombre de résidents ayant fait part au cours des 7 derniers jours et de façon quotidienne (D140 = 2) de douleurs modérées à très fortes (D141 = 2 à 4) ou, de façon non quotidienne (D140 = 1), de douleurs très fortes (D141 = 4) est divisé par le nombre de résidents non exclus, c'est-à-dire par le nombre de résidents qui ont une auto-évaluation valable de la douleur.		

Douleur		
Indicateur <i>Douleur – Evaluation externe</i>	Numérateur	Dénominateur
Pourcentage de résidents chez qui, au cours des 7 derniers jours, des douleurs quotidiennes modérées ou plus fortes ont été observées ou des douleurs très fortes, mais non quotidiennes.	Fréquence de la douleur D147 = 2 (quotidiennement) ET Intensité de la douleur D148 = (2 OU 3 OU 4) OU Fréquence de la douleur D147 = 1 (non quotidiennement) ET Intensité de la douleur D148 = 4	Tous les résidents. <u>Critères d'exclusion</u> : Aucun
Le nombre de résidents ayant montré au cours des 7 derniers jours et de façon quotidienne (D147 = 2) de douleurs modérées à très fortes (D148 = 2 à 4) ou, de façon non quotidienne (D147 = 1), de douleurs très fortes (D148 = 4) est divisé par le nombre total de résidents de l'ensemble de données considéré.		

3.2 Présentation de la page des indicateurs

Dans la publication au niveau des EMS, il est prévu de présenter chaque établissement sur une page avec un en-tête d'informations générales, une représentation chiffrée des indicateurs de qualité médicaux dans un format tabellaire et une représentation graphique sous la forme d'un diagramme en bâtons. De la même façon, dans cette édition, chaque canton est présenté sur une page avec le même type d'information.

Pour les besoins de l'illustration, les chiffres et le nom du canton sont fictifs.

En-tête

Dans l'en-tête, le nom du canton responsable selon la SOMED pour lequel les chiffres sont présentés est à gauche et le nombre de résidents, après nettoyage des données, au niveau suisse (Total résidents - CH) ainsi que celui au niveau du canton (Total résidents) sont à droite. Au niveau cantonal, la forme juridique et l'instrument d'évaluation utilisé sont des informations que l'on décide de ne pas afficher.

Canton CT	Forme juridique :	–
	Total résidents – CH :	103234
	Total résidents :	880
	Instrument :	–

Représentation chiffrée

La représentation chiffrée des indicateurs de qualité médicaux est donnée sous forme tabellaire.

Indicateurs de qualité médicaux						
Représentation chiffrée						
Indicateurs	2019	NRés₂₀₁₉	2020	NRés₂₀₂₀	Différence	Suisse
Malnutrition	5.5 %	51	3.7 %	782	–1.8 pp	6.5 %
Fixation du tronc / siège	19.5 %	58	11.8 %	889	–7.7 pp	3.0 %
Barrières de lit	22.7 %	46	28.1 %	777	5.4 pp	11.7 %
Polymédication	32.5 %	55	46.0 %	880	13.5 pp	42.7 %
Douleur – Auto-évaluation	18.6 %	49	18.8 %	766	0.2 pp	20.1 %
Douleur – Evaluation externe	15.1 %	55	12.1 %	880	–3.0 pp	16.1 %

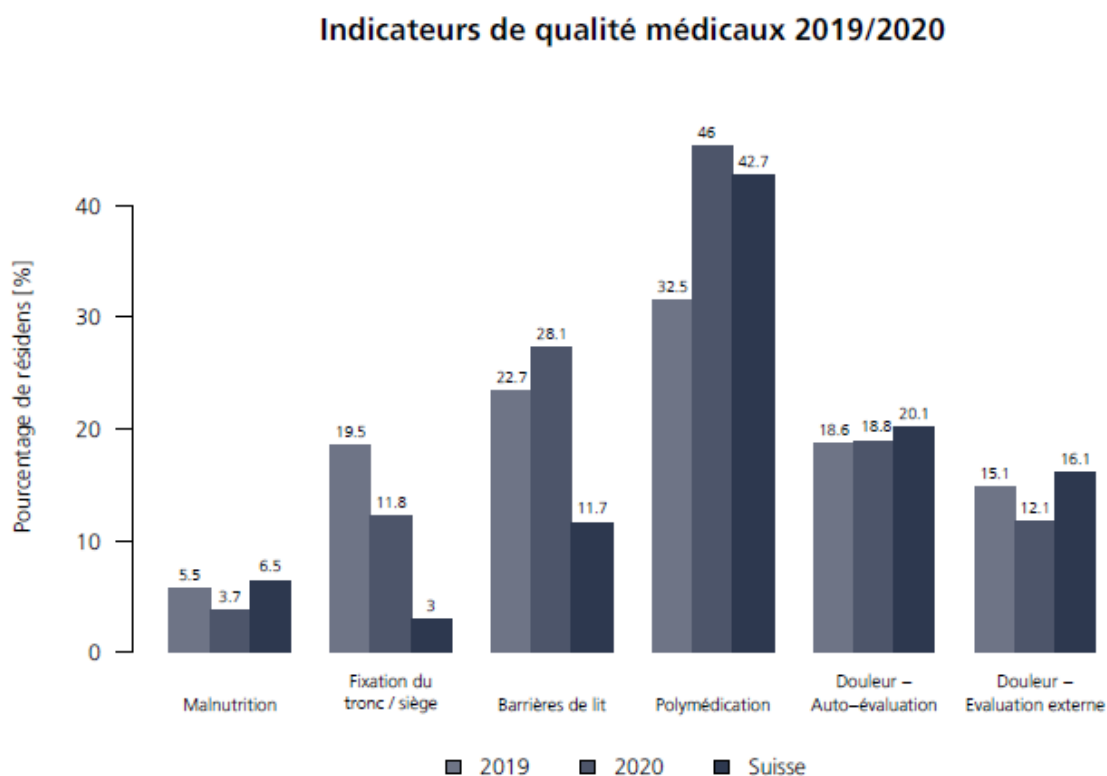
Ici, le tableau donne, pour chacun des six indicateurs de qualité médicaux, les valeurs en pourcent pour l'ensemble des résidents du canton responsable selon la SOMED pour l'année de référence et pour l'année qui la précède. Les valeurs ne sont pas ajustées en fonction du risque. Pour la publication par EMS, la valeur de chaque indicateur sera calculée sur l'ensemble des résidents de

l'EMS et, dans la mesure où la qualité des données le permet, également ajustée en fonction du risque. *NRés* indique le nombre de résidents pris en compte pour le calcul de l'indicateur pour chacune des années considérées. Du fait du nettoyage des données et des critères d'exclusion liés à la formule de calcul elle-même, *NRés* varie par rapport au total de résidents présents dans l'ensemble de données considéré et également d'un indicateur à l'autre. Dans la publication par EMS, il n'est pas exclu que des nettoyages de qualité soient encore nécessaires. Ceux-ci seront, dans tous les cas, présentés clairement. La colonne « Différence » montre la différence entre les valeurs de l'année de référence et celles de l'année qui la précède, en points de pourcentage (pp). La colonne « Suisse » fournit les valeurs de l'indicateur au niveau suisse, pour l'année de référence, ici 2020. Les indicateurs sont ici calculés sur l'ensemble des résidents présents dans l'ensemble des données de calcul de l'année considérée.

Représentation graphique

Les valeurs des indicateurs de qualité médicaux sont également illustrées graphiquement, dans un diagramme en bâtons. Celui-ci montre, pour chaque indicateur de qualité, les valeurs cantonales pour l'année de référence et l'année qui la précède ainsi que les valeurs de l'année de référence au niveau suisse.

Représentation graphique



1 Introduzione

1.1 Contesto

Il mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) di calcolare e pubblicare ogni anno gli «Indicatori medici di qualità» nell'ambito delle case di cura si basa sull'articolo 59a della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10; precedentemente art. 22a LAMal). Su questa base, i fornitori di prestazioni sono tenuti a comunicare alle competenti autorità federali i dati di cui necessitano per vigilare sull'applicazione delle disposizioni della legge sull'assicurazione malattie relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni. Le case di cura svizzere devono pertanto fornire i dati che consentono di calcolare gli indicatori medici di qualità (art. 59a cpv.1 lett. f LAMal).

In applicazione dell'art. 59a LAMal, nel quadro di un progetto pilota che si è svolto dal 2009 al 2018 sotto la direzione di CURAVIVA Svizzera (Federazione ARTISET) con l'UFSP, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e l'Ufficio federale di statistica (UST) in qualità di membri del comitato di progetto, sono stati sviluppati e valutati indicatori della qualità adeguati e ne sono stati selezionati sei. L'Istituto di Scienze Infermieristiche dell'Università di Basilea (INS) è stato incaricato di accompagnare la raccolta e la valutazione dei dati nel quadro del progetto pilota. Per questa prima edizione degli «Indicatori medici di qualità», l'UFSP ha voluto partire dalle sinergie esistenti con l'INS e approfittare del suo competente sostegno in termini di plausibilizzazione e di analisi esplorativa dei dati. Pertanto, per la trasmissione dei primi dati produttivi, quelli del 2019 consegnati a fine marzo 2020, l'UFSP ha incaricato l'INS di effettuare una plausibilizzazione e di formulare raccomandazioni sul calcolo degli indicatori di qualità.

1.2 Basi legali

Come menzionato, la presente pubblicazione si basa sull'art. 59a LAMal. I dati necessari al calcolo degli indicatori di qualità sono forniti dalle case di cura all'UFSP tramite l'UST, il servizio statistico centrale della Confederazione. Quest'ultimo fornisce prestazioni di natura statistica alle unità amministrative della Confederazione, agli altri utenti della statistica federale e al pubblico (art. 10 LStat). Conformemente alle cifre 58 e 60 dell'allegato dell'ordinanza sulle rilevazioni statistiche, gli stabilimenti secondo la forma giuridica che fatturano prestazioni secondo la legge federale sull'assicurazione malattie sono oggetto della rilevazione dei dati necessari al calcolo degli indicatori medici di qualità. L'art. 30 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) elenca i dati dei fornitori di prestazioni che devono essere trasmessi all'UST. Ciò rappresenta la base sulla quale i fornitori di dati comunicano quindi

e di qualità delle loro prestazioni ai sensi della LAMal. L'articolo 30a OAMal disciplina le disposizioni in materia di rilevazione e trattamento dei dati dei fornitori di prestazioni.

Secondo l'articolo 31 OAMal, l'UFSP provvede a pubblicare su base regolare gli indicatori medici di qualità. Le disposizioni legali prevedono una pubblicazione per case di cura. Questa possibilità dipende tuttavia dalla qualità dei dati forniti.

1.3 Oggetto della pubblicazione

La pubblicazione «Indicatori medici di qualità» nell'ambito delle case di cura verte su sei indicatori medici di qualità in quattro temi di misurazione:

Temi di misurazione «malnutrizione»

Malnutrizione: percentuale di residenti che hanno accusato una perdita di peso del 5 % o più nel corso degli ultimi 30 giorni o del 10 % o più nel corso degli ultimi 180 giorni.

Temi di misurazione «misure limitative della libertà di movimento»

Fissaggio del busto / sedile: percentuale di residenti con fissaggio quotidiano del busto (in posizione seduta o distesa) o sedile che non permette di alzarsi in modo autonomo, nel corso degli ultimi 7 giorni

Barriera al letto: percentuale di residenti con utilizzo quotidiano di barriere al letto o di altri dispositivi su tutti i lati aperti del letto volti a impedire i residenti di lasciare autonomamente il letto, nel corso degli ultimi 7 giorni.

Temi di misurazione «polimedicazione»

Polimedicazione: percentuale di residenti che hanno assunto 9 o più principi attivi nel corso degli ultimi 7 giorni.

Temi di misurazione «dolore»

Dolore – Autovalutazione: percentuale di residenti che, negli ultimi 7 giorni, hanno accusato di soffrire, quotidianamente, di dolori moderati o più dolori oppure di dolori molto forti ma non quotidianamente.

Dolore – Valutazione esterna: percentuale di residenti che hanno riportato, negli ultimi 7 giorni, di soffrire, quotidianamente, di dolori moderati o più dolori oppure di dolori molto forti ma non quotidianamente

Il capitolo 3 esamina in dettaglio ciascuno di questi indicatori e ne illustra le formule di calcolo.

1.4 Scopo della pubblicazione e avviso di interpretazione

L'obiettivo di tali indicatori è quello di offrire una prima panoramica del livello qualitativo delle prestazioni di cure coperte dalla LAMal fornite da una casa di cura nei temi di misurazione. Tuttavia, gli indicatori calcolati in questa prima edizione della pubblicazione non raggiungono questo obiettivo, poiché la qualità dei dati forniti si è rivelata insufficiente non solo per calcolarli a livello delle case di cura, ma anche per determinare indicatori adeguati ai rischi. Quest'ultimo passo è necessario quando gli indicatori sono destinati ad essere utilizzati come strumento comparativo. Gli indicatori di qualità qui presentati sono stati calcolati per ogni Cantone e non per ogni casa di cura. Essendo aggregati a livello cantonale perdono il loro significato come indicatori di qualità nelle case di cura e, in quanto indicatori non adeguati ai rischi, non possono essere utilizzati come strumenti di confronto tra gruppi.

Questa prima edizione degli «Indicatori medici di qualità» deve quindi essere intesa come un resoconto dello stato attuale dei dati necessari per il calcolo degli indicatori di qualità nell'ambito delle case di cura e ha lo scopo di richiamare l'attenzione delle persone interessate sulla necessità di migliorare la qualità dei dati forniti in modo da consentire in futuro la pubblicazione degli indicatori a livello delle case di cura e adeguati ai rischi.

1.5 Periodicità della pubblicazione

L'UFSP prevede comunque di pubblicare annualmente gli indicatori medici di qualità, a partire da questa prima edizione del 2022, e farà il possibile per migliorare la qualità dei dati affinché gli indicatori medici di qualità possano essere pubblicati a livello delle case di cura e adeguati ai rischi.

2 Dati e contenuto della pubblicazione

Le analisi e la plausibilizzazione dei dati del 2019 e del 2020 è riassunta in questo capitolo, che passa in rassegna i dati necessari per il calcolo degli indicatori, il loro livello di qualità e le difficoltà connesse. I risultati della plausibilizzazione e la qualità dei dati osservata hanno portato l'UFSP a rivedere i requisiti di pubblicazione e ad abbandonare la pubblicazione degli indicatori di qualità a livello delle case di cura e adeguati ai rischi.

2.1 Dati, rilevazione e trasmissione

I dati necessari al calcolo degli indicatori medici di qualità sono elencati nella [descrizione delle variabili relative al rilevamento degli indicatori della qualità](#)¹ consultabile come allegato al [regolamento di trattamento dell'UST sui dati dei fornitori di prestazioni secondo l'art.59a LAMal](#)² (solo in francese o tedesco). Per questa prima edizione degli «Indicatori medici di qualità» sono stati utilizzati i dati 2019 e 2020 delle case di cura, raggruppati secondo la statistica degli istituti medico-sociali (SOMED), essendo l'anno 2020 l'anno di riferimento nella misura in cui gli indicatori del 2020 sono confrontati con quelli del 2019. I dati di calcolo contengono l'insieme dei residenti di lunga durata presenti nella casa di cura durante l'anno dei dati considerato, tenendo conto solo della valutazione più recente. Se non è disponibile alcuna valutazione nell'anno dei dati considerato, sarà considerata la valutazione più recente dell'anno precedente. A partire dal 2020, secondo l'articolo 8 cpv.2 lett. a dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre), la durata della prescrizione o del mandato medico non può superare nove mesi per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2. Quindi una valutazione dei residenti deve essere effettuata ogni nove mesi al più tardi. Ciò implica che la prima valutazione valida considerata può risalire talvolta al più presto a nove mesi prima dell'inizio dell'anno dei dati considerato, ovvero al 1° marzo dell'anno precedente.

Le case di cura rilevano i dati necessari al calcolo degli indicatori medici di qualità. Nei software impiegati a tale fine, i moduli che consentono di rilevare i dati per il calcolo degli indicatori medici di qualità sono separati da quelli utilizzati per le valutazioni di routine. Questi due insiemi di informazioni sono quindi indipendenti l'uno dall'altro.

Le case di cura esportano una volta all'anno i loro dati e li inviano all'UST. Esse possono trasmettere direttamente i dati o ricorrere a degli intermediari. Secondo il piano di sicurezza dell'informazione

¹ Descrizione delle variabili relative al rilevamento degli indicatori medici di qualità nell'ambito degli istituti medico-sociali

Dati 2020: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/somed/applicazione-aiuto-utenti.assetdetail.11507190.html>

Dati 2019: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.assetdetail.11287423.html>

² Regolamento di trattamento - Dati dei fornitori di prestazioni secondo l'art. 59a LAMal - valido dal 1.1.2020 (solo in [tedesco](#) o in [francese](#))

e protezione dei dati stabilito per tali dati, questi ultimi devono essere trasmessi elettronicamente e criptati, utilizzando il *Servizio Filetransfer (FTS)* della Confederazione, che permette una trasmissione sicura. In alcuni casi, i dati non sono stati trasmessi in modo criptato. L'UFSP e l'UST si occupano di comunicare nel modo più chiaro possibile al riguardo, affinché tutti i fornitori di dati forniscano le loro informazioni nel modo più conforme possibile in termini di sicurezza dei dati.

I dati delle case di cura ottenuti dall'UST sono sottoposti a controlli di qualità formali prima di essere importati e messi a disposizione dell'UFSP. I dati sono inviati all'UFSP mediante FTS.

2.2 Qualità, plausibilizzazione e pulizia dei dati

Analisi esplorativa dei dati del 2019

La raccolta di dati del 2019 per il calcolo degli indicatori di qualità è stata la prima raccolta di dati obbligatoria per le case di cura, ma anche la prima opportunità per l'UFSP di valutare la situazione in termini di contenuto e qualità. Nel 2020, l'UFSP ha incaricato l'INS di affiancarlo nella plausibilizzazione e nel calcolo degli indicatori sulla base dei dati del 2019. Dopo una prima analisi esplorativa di questi dati nell'aprile 2020, l'INS ha informato l'UFSP che la qualità di questi dati non permetteva di adempiere il mandato secondo quanto definito. L'UFSP ha quindi chiesto all'INS di analizzare il contenuto per individuare eventuali problemi, di proporre misure per migliorare la qualità dei dati e, nella misura del possibile, di raccomandare un metodo di calcolo degli indicatori medici di qualità sulla base delle variabili richieste.

Le case di cura sono identificabili tramite il numero con cui figurano nel Registro delle imprese e degli stabilimenti (RIS). L'analisi esplorativa dell'INS ha mostrato problemi nei dati per quanto riguarda l'identificazione delle case di cura tramite il loro numero RIS o il loro nome. Il numero RIS non era sempre indicato e, quando lo era, non era necessariamente corretto. Anche il nome delle case di cura non era sempre chiaramente identificabile, poiché a volte vi erano nomi tronchi, abbreviazioni o nomi non ufficiali o interni. Inoltre, le variabili non sempre erano compilate o compilate correttamente. L'analisi ha altresì mostrato un gran numero di variabili mancanti – cioè che non erano state compilate durante la valutazione dei bisogni di cure – e valori non validi, vale a dire che per alcune variabili i valori non rientravano nel campo dei valori ammessi. Inoltre, le variabili della data di ingresso e della data della valutazione non erano sempre compilate correttamente, per cui in alcuni casi la valutazione all'ingresso sembrava essersi svolta oltre il tempo minimo richiesto. Tutti questi problemi sono trattati nel capitolo 5, che verte sulla pulizia dei dati. Sono state rilevate anche altre incongruenze, come i dati spostati di una o più righe nell'insieme di dati consegnato.

Al fine di comprendere e, ove possibile, rimediare a questi problemi, l'INS ha discusso con i fornitori degli strumenti utilizzati per la valutazione dei bisogni di cure e con i rappresentanti di alcune case di cura. Dove possibile è stata fatta una nuova esportazione di dati per l'anno 2019, e i dati adattati

sono stati messi a disposizione dell'INS. Queste discussioni hanno permesso di chiarire alcuni problemi e di sensibilizzare i fornitori di strumenti per la valutazione dei bisogni di cure sul problema dei valori mancanti o non validi. Per quanto riguarda l'identificazione delle case di cura in base al loro numero RIS, i fornitori di strumenti hanno indicato che dovrebbero avere un elenco aggiornato delle case di cura prima della raccolta dei dati, al fine di implementare nel loro software un elenco a scelta per l'inserimento automatico dei nomi e dei numeri RIS. L'elenco più aggiornato di cui l'UST dispone al momento dell'importazione dei dati degli indicatori di qualità, che serve anche a verificare le case di cura presenti, è quello dell'anno di dati precedente. Un elenco per l'anno di dati corrente dipende dai processi relativi alla statistica SOMED, ed è disponibile al più presto due o tre mesi dopo la consegna dei dati per gli indicatori medici di qualità. L'UFSP, in collaborazione con l'UST, sta cercando di risolvere al meglio questo problema. Le incongruenze per quanto riguarda la data di ingresso e il tempo trascorso fino alla valutazione all'ingresso sono dovute in parte a errori di inserimento, come la mancata correzione della data di ingresso quando un residente passa da una permanenza breve a una permanenza di lunga durata, ma anche alla logica dei sistemi di inserimento utilizzati, che non consentono di inserire la data effettiva di ingresso senza che ciò abbia un impatto su altri sistemi di inserimento della casa di cura (collegamento con il software amministrativo interno, passaggio a uno strumento per la valutazione dei bisogni, ecc.). Di conseguenza, i test effettuati sulle date di ingresso e di valutazione non sono affidabili. Attualmente è impossibile utilizzare le informazioni sulla data per calcolare la durata del soggiorno o il tempo trascorso fino alla valutazione all'ingresso.

L'INS ha analizzato l'insieme di dati adattato consegnato dopo le discussioni con i fornitori degli strumenti per la valutazione dei bisogni di cure in termini di valori mancanti, coerenza e completezza delle variabili. Nel complesso, la qualità era migliorata, soprattutto per quanto riguarda i valori mancanti. Tuttavia, la questione dell'identificazione delle case di cura tramite il loro numero RIS non è stata risolta.

Le raccomandazioni e i calcoli dell'INS sono stati fatti sulla base di dati estremamente puliti, in cui le variabili mancanti e mal compilate erano state escluse. L'INS conclude che, nonostante alcune correzioni dei dati del 2019, i problemi rilevati nell'identificazione delle case di cura non hanno permesso la pubblicazione degli indicatori medici di qualità a livello delle case di cura con questi dati. Per quanto riguarda l'adeguamento degli indicatori ai rischi, la quantità ancora elevata di dati mancanti o non validi sulle variabili utili per l'adeguamento ha portato l'INS a considerare, nella sua modellizzazione, solo le voci per le quali tutte le variabili necessarie sono state compilate. Ciò ha portato all'esclusione di una grande quantità di dati. Fare lo stesso per la pubblicazione degli indicatori medici di qualità significherebbe valutare l'adeguamento solo per una parte dei dati, quelli completi. Ciò ha senso da un punto di vista computazionale, ma rende molto difficile l'interpretazione degli indicatori.

Per coloro che devono inserire i dati per il calcolo degli indicatori di qualità, l'UFSP ha preparato, a fine 2020, la [guida all'inserimento delle variabili per il calcolo degli indicatori medici di qualità](#)³. Questo documento di riferimento è elaborato sulla base della [descrizione delle variabili relative al rilevamento degli indicatori di qualità](#)¹ e precisa le proprietà e le caratteristiche che devono avere le variabili per permettere il calcolo adeguato degli indicatori medici di qualità. Questa guida è disponibile su Internet dal 26 marzo 2021. Lo scopo di questo documento è quello di far conoscere i requisiti che le variabili devono soddisfare per rispettare i vincoli del calcolo degli indicatori di qualità, nonché di proporre test di controllo e di qualità

Plausibilizzazione dei dati 2019 e 2020 per la pubblicazione

Al momento di importare i dati delle case di cura, l'UST esegue dei controlli di qualità. Si tratta di test effettuati in base alle indicazioni fornite nella colonna «Osservazioni» della [descrizione delle variabili relative al rilevamento degli indicatori di qualità](#)¹. Queste osservazioni permettono di verificare che i valori delle variabili si situino effettivamente nel campo dei valori attesi ma non tiene conto delle relazioni tra le variabili, né della coerenza tra queste ultime, né delle condizioni e delle restrizioni poste al calcolo degli indicatori medici di qualità. Per questo motivo, per la ricezione dei dati del 2020, l'UFSP ha sviluppato uno script di plausibilizzazione completo i cui controlli di qualità, basati sulla [guida all'inserimento delle variabili per il calcolo degli indicatori medici di qualità](#)³, coprono i test effettuati dall'UST e hanno permesso di plausibilizzare i dati del 2019 e del 2020. Anche se la qualità dei dati è migliorata con la raccolta dei dati del 2020, si osservano ancora gli stessi problemi con l'identificazione delle case di cura a livello dei numeri RIS e un numero significativo di valori mancanti o non validi. Il livello di qualità dei dati è quindi ancora insufficiente per elaborare una pubblicazione a livello delle case di cura o per adeguare gli indicatori ai rischi.

Quando si sono appresi i risultati della plausibilizzazione non è stato possibile, a causa di questioni tecniche, rinviare i dati alle persone che li hanno forniti per ottenere correzioni o chiarimenti. Tuttavia, si prevede di mettere in atto, a lungo termine e se possibile a partire dai dati del 2021, un processo di controllo dell'importazione dei dati da parte dell'UST che permetterà di applicare sistematicamente i test di plausibilità all'arrivo dei dati. Lo scambio di informazioni tra l'UST e i fornitori dei dati sui risultati dei test e sugli errori commessi in sede di importazione permetterà aggiustamenti e correzioni che dovrebbero, a lungo termine, migliorare la qualità dei dati.

³ Guida all'inserimento delle variabili per il calcolo degli indicatori medici di qualità:
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/somed/applicazione-aiuto-utenti.assetdetail.16664394.html>

2.3 Decisioni sui dati

I risultati della plausibilizzazione hanno spinto l'UFSP a prendere decisioni sui dati per ottenere un insieme pulito e coerente di dati di calcolo. Queste decisioni consistevano, da un lato, nella pulizia dei dati (capitolo 5), cioè nella selezione dei soli dati che potevano essere utilizzati per il calcolo degli indicatori medici di qualità e, dall'altro, nella scelta di un livello di analisi che mostrasse il valore degli indicatori di qualità. Per quanto riguarda la portata dell'unità d'analisi, per l'UFSP era importante prendere in considerazione tutte le case di cura che avevano fornito dati. Si è quindi deciso di non escludere dall'analisi quelle case di cura che erano difficili da identificare con il loro numero RIS, poiché non tutti i loro dati erano incoerenti per quanto riguarda le variabili di interesse. Si è quindi scelto di pubblicare gli indicatori di qualità a livello cantonale per i due anni di dati 2019 e 2020. Tuttavia, l'esclusione dei dati ha riguardato in gran parte le variabili necessarie per adeguare gli indicatori ai rischi. Di conseguenza, non è stato possibile apportare questo adeguamento a livello dei residenti. Inoltre, poiché i fattori di rischio non erano stati definiti a livello cantonale, non è stato possibile adeguare gli indicatori per quanto riguarda questo livello.

Livello di analisi cantonale

La decisione di aggregare i sei indicatori medici di qualità a livello cantonale calcolandoli sulla totalità dei residenti delle case di cura del Cantone permette di ovviare ai problemi concernenti l'identificazione delle case di cura, la coerenza e i valori mancanti che riguardano le variabili di calcolo e di proporre, per questa prima edizione, un modello di ciò che potrebbe essere una pubblicazione in questo ambito a livello delle case di cura. Tuttavia, questa decisione comporta ingenti conseguenze in termini di comparabilità e interpretazione degli indicatori. In effetti, i Cantoni sono molto differenti per quanto riguarda la presa a carico e l'intensità delle cure prestate alle persone anziane in Svizzera. Il rapporto dell'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) sulle cure di lunga durata nei Cantoni tra il 2006 e il 2013 (Obsan, 2016)⁴ ha mostrato che i Cantoni svizzeri presentano grandi disparità tra loro per quanto riguarda la presa a carico delle persone anziane da parte delle case di cura e dei servizi di assistenza e cura a domicilio, in particolare tra le regioni della Svizzera romanda e quelle della Svizzera orientale. Secondo l'Obsan (2016), i Cantoni possono essere classificati in tre modelli tipo di presa a carico secondo il tasso di ricorso alle case di cura e/o ai servizi di assistenza e cura a domicilio, l'età media di ingresso nelle case di cura, la durata del soggiorno, l'intensità delle cure LAMal (prestazioni di cure OPre e servizi di assistenza a domicilio, che indicano la gravità dei casi) e il ricorso a lunghe degenze ospedaliere. Per la presa a carico, la Svizzera orientale si affida più alle case di cura che ai servizi di assistenza e cura a domicilio, mentre nella Svizzera romanda predomina la presa a carico fornita dai servizi

⁴ [Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions - Evolutions 2006–2013](#) (solo in francese), OBSAN RAPPORT 69, 2016

di assistenza e cura a domicilio. Alcuni Cantoni presentano caratteristiche di entrambi i modelli. È inoltre essenziale notare che l'età media all'ingresso nella casa di cura è positivamente correlata all'intensità delle cure dei residenti della struttura. Ciò significa che nei Cantoni in cui le persone entrano nella casa di cura più tardi si osserva anche un maggiore bisogno di cure rispetto a quando le persone entrano prima. Si constata questa differenza tra i Cantoni latini e quelli tedeschi. I dati attuali dell'Obsan mostrano attraverso alcuni indicatori che queste tendenze sono ancora valide nel 2020⁵.

In futuro, gli indicatori medici di qualità saranno pubblicati per casa di cura, secondo il raggruppamento proposto dalla statistica SOMED. Le case di cura che partecipano alla raccolta degli indicatori medici di qualità saranno così rappresentate, come nella statistica SOMED, dall'entità giuridica responsabile che dovrebbe occuparsi della trasmissione dei dati per tutte le case di cura rappresentate. Questo dovrà permettere un trattamento analogo e la comparabilità delle case di cura che hanno fornito dati per gli indicatori medici di qualità con quelle della statistica degli istituti medico-sociali (SOMED).

Confronto tra le case di cura e adeguamento ai rischi

L'adeguamento degli indicatori ai rischi e i criteri di esclusione sono due metodi distinti per migliorare la comparabilità degli indicatori medici di qualità tra le case di cura. Il criterio di esclusione serve a escludere sin dall'inizio determinati residenti dal calcolo. L'adeguamento ai rischi serve come controllo statistico delle differenze nella struttura di tutti i residenti inclusi (case mix). Avviene interamente a livello del residente e non a livello della casa di cura.

Quando un indicatore è utilizzato per misurare la qualità delle prestazioni di cure LAMal fornite in una casa di cura, il valore dell'indicatore è il risultato di diverse influenze, alcune delle quali non sono legate alla qualità delle cure stessa. Il numero di residenti con certe condizioni, il caso e la qualità delle cure stessa possono influenzare il valore dell'indicatore. Queste influenze sono peraltro diverse per ogni casa di cura. Pertanto, quando si confrontano due case di cura l'obiettivo è essere in grado di dire, con la massima sicurezza possibile, che la differenza osservata tra queste case di cura, misurata con il valore di un dato indicatore, è effettivamente dovuta a una differenza nella qualità delle prestazioni di cure LAMal nell'area considerata. Adeguando gli indicatori ai rischi

⁵ Indicatori solo in francese o tedesco:

Âge à l'entrée en EMS : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/age-a-lentree-en-ems>

Durée de séjour en EMS : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/duree-de-sejour-en-ems>

Intensité des soins en EMS : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/intensite-des-soins-en-ems>

Taux de recours aux EMS et maisons pour personnes âgées : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/taux-de-recours-aux-ems-et-maisons-pour-personnes-agees>

Résidents peu dépendants de soins en EMS : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/residents-peu-dependants-de-soins-en-ems>

è possibile distinguere i vari effetti che influenzano il valore degli indicatori tenendo conto della parte dovuta alla struttura dei residenti e della casa di cura, nonché fornire un valore che riflette il più fedelmente possibile la qualità delle cure fornite. Per esempio, in una casa di cura dove la proporzione di residenti malati di depressione è più alta rispetto a una altra, è più probabile che si misuri un indicatore di autovalutazione del dolore più alto. Questa struttura di residenti influisce sull'indicatore Dolore – Autovalutazione per quella casa di cura, poiché il suo valore sarà più alto, senza che la qualità delle cure sia necessariamente inferiore a quella di una casa di cura senza questa struttura di residenti. È quindi importante assicurarsi che la struttura dei residenti sia stata presa in considerazione nel confronto e non infici il valore dell'indicatore. Da un punto di vista computazionale, ci si assicura che l'influenza penalizzante che aumenterebbe il valore dell'indicatore e che non ha relazione diretta con la qualità delle prestazioni di cure sia, in qualche modo, neutralizzata. Questo è ciò che si fa quando si adeguano gli indicatori ai rischi. Nel caso di un indicatore adeguato ai rischi, il suo valore riflette la qualità delle prestazioni di cure e la differenza nel valore dell'indicatore in diverse case di cura è attribuibile a una differenza di qualità. Senza adeguamento ai rischi, il valore dell'indicatore riflette semplicemente tutte le possibili influenze specifiche della casa di cura sulla qualità delle prestazioni di cure LAMaI. Non è quindi possibile confrontare le case di cura tra di loro, poiché entrano in gioco le loro caratteristiche specifiche.

Le varie simulazioni e analisi effettuate dall'INS sulle variabili durante il progetto pilota hanno portato alla conclusione che le variabili più pertinenti per l'adeguamento ai rischi sono il livello delle cure e la scala di rendimento cognitivo Cognitive Performance Scale (CPS). Ciò risponde anche alle dichiarazioni delle case di cura secondo cui le loro differenze derivano dal fatto che sono soggette a strutture di residenti che differiscono nel livello di dipendenza e di rendimento cognitivo. Nel quadro degli indicatori di qualità selezionati, il livello di cura e la scala di rendimento cognitivo Cognitive Performance Scale sono coinvolti nell'adeguamento ai rischi dei sei indicatori medici di qualità considerati in questa pubblicazione. L'adeguamento ai rischi per l'indicatore della polimedicazione è inoltre basato sull'età. L'adeguamento ai rischi per gli indicatori del dolore tiene conto del sesso e della scala della depressione Depression Rating Scale (DRS). Purtroppo, la qualità di queste variabili era insufficiente per permettere di adeguare gli indicatori ai rischi.

Secondo le esperte dell'INS, a livello cantonale l'adeguamento ai rischi è meno importante che a livello delle case di cura. Esse indicano che l'adeguamento a livello cantonale deve basarsi sulle variabili pertinenti per questo livello di analisi. Infatti, un confronto pertinente tra gli indicatori della qualità cantonali è subordinato all'identificazione dei fattori di rischio che si manifestano a livello cantonale. Per esempio, la differenza tra la Svizzera romanda e il resto del Paese sarebbe spiegata in modo essenziale dalla variabile del livello delle cure, ma ci sono altri elementi che contribuiscono a questa differenza e che non sono esplicitati chiaramente.

Per l'UFSP, l'onere di un'analisi di adeguamento ai rischi per il livello cantonale è troppo grande, dato che l'obiettivo della pubblicazione sugli indicatori medici di qualità è di presentare indicatori a livello delle case di cura. Dato che non si prevede di continuare a seguire il percorso cantonale,

non si prevede nemmeno di definire un adeguamento ai rischi corrispondente.

2.4 Raccomandazioni ai fornitori di dati

Come esposto in questi primi due capitoli, i dati del 2019 e del 2020 non hanno permesso all'UFSP di proporre la pubblicazione di indicatori medici di qualità per case di cura e adeguati ai rischi. Questi due obiettivi rimangono una priorità e l'UFSP farà di tutto per ottenere un miglioramento sostanziale dei dati necessari per calcolare gli indicatori di qualità. In particolare, l'UFSP raccomanda ai fornitori di dati di controllare e testare il valore delle variabili prima di trasmetterli all'UST, basandosi sia sulla [descrizione delle variabili relative al rilevamento degli indicatori di qualità](#)¹ che sulla [guida all'inserimento delle variabili per il calcolo degli indicatori medici di qualità](#)³. La descrizione delle variabili permette di verificare la presenza di tutte le variabili richieste per il calcolo degli indicatori e di assicurarsi del loro valore l'uno indipendentemente dall'altro, mentre la guida all'inserimento delle variabili fornisce le stesse specificazioni tenendo conto della pertinenza dei valori dati alle variabili e delle possibili combinazioni e relazioni tra loro. Per esempio, per il *sedile che non permette di alzarsi in modo autonomo*, ci sono due variabili interdipendenti, D120 (frequenza) e D122 (contesto). D120 deve avere, secondo la descrizione delle variabili, dei valori nell'insieme [0, 1, 2] e D122 dei valori nell'insieme [1, 2, 3, 99]. Tuttavia, i valori di queste due variabili non possono essere inseriti l'uno indipendentemente dall'altro, poiché il contesto e la frequenza della misurazione sono interdipendenti. Per esempio, per un dato residente, se la misura non è predisposta, deve essere indicato obbligatoriamente che la misura non è utilizzata. Così D120 = 0 può essere combinato solo con D122 = 99. Non è quindi sufficiente verificare che i valori accettati siano rispettati. È anche necessario verificare che i valori forniti siano coerenti da una variabile all'altra.

3 Descrizione degli indicatori medici di qualità

3.1 Livello di analisi e metodo di calcolo

Livello di analisi

Nella presente pubblicazione, gli indicatori sono calcolati per l'insieme dei residenti di lunga durata presenti nelle case di cura dello stesso Cantone durante l'anno di dati in esame, tenendo conto solo della valutazione più recente. Laddove non è disponibile alcuna valutazione nell'anno dei dati considerato è stata considerata la valutazione più recente dell'anno precedente. Gli indicatori sono quindi calcolati per Cantone. Poiché la descrizione delle variabili relative al rilevamento degli indicatori medici di qualità valida per i dati 2019 e 2020 non menzionava la variabile A04 - Cantone, essa non era disponibile nell'insieme dei dati consegnato. Di conseguenza, non è stato possibile collegare direttamente una casa di cura a un Cantone. L'attribuzione di una casa di cura a un Cantone è stata fatta incrociando le informazioni sul Cantone responsabile e il numero RIS fornito dalla statistica SOMED con il numero RIS fornito nei dati sugli indicatori medici di qualità.

I valori cantonali degli indicatori medici di qualità sono presentati nel capitolo 4. I Cantoni sono elencati nel seguente ordine:

Ordine di presentazione dei Cantoni nelle statistiche federali												
ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL
SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU
CH												

Indicatori medici di qualità e metodo di calcolo

Gli indicatori medici di qualità presentati sono calcolati sulla base dei dati dell'anno di riferimento e di quello precedente. Per questa edizione vengono dunque analizzati i dati del 2019 e del 2020. Essi riguardano quattro temi di misurazione, ossia la malnutrizione, le misure limitative della libertà di movimento, la polimedicazione e il dolore.

Le definizioni e il metodo di calcolo, presentati di seguito, sono il risultato del lavoro d'analisi e di studio con l'INS durante il progetto pilota dal 2009 al 2018:

Malnutrizione		
Indicatore <i>Malnutrizione</i>	Numeratore	Denominatore
Percentuale di residenti che hanno accusato una perdita di peso del 5 % o più nel corso degli ultimi 30 giorni o del 10 % o più nel corso degli ultimi 180 giorni.	Perdita di peso del 5 % o più nel corso degli ultimi 30 giorni o del 10 % o più nel corso degli ultimi 180 giorni D102 = 1 (Si)	Tutti i residenti non esclusi <u>Criteria d'esclusione:</u> - Speranza di vita inferiore a 6 mesi D103 = 1 (Si) - Valutazione all'ingresso D101 = 1 (Si)
<p>Il numero di residenti che hanno accusato una perdita di peso del 5 % o più nel corso degli ultimi 30 giorni o del 10 % o più nel corso degli ultimi 180 giorni (D102 = 1) è diviso per il numero di residenti non esclusi, ossia per il numero di residenti con una speranza di vita non inferiore a 6 mesi (D103 non 1) o la cui valutazione considerata non è una valutazione all'ingresso (D101 non 1).</p>		

Misure limitative della libertà di movimento		
Indicatore <i>Fissaggio del busto / sedile</i>	Numeratore	Denominatore
Percentuale di residenti con fissaggio quotidiano del busto (in posizione seduta o distesa) o sedile che non permette di alzarsi in modo autonomo, nel corso degli ultimi 7 giorni.	Sedile – Frequenza D120 = 1 (ogni giorno) OPPURE Fissaggio del busto – Frequenza D123 = 1 (ogni giorno)	Tutti i residenti non esclusi <u>Criteria d'esclusione:</u> Attuazione su richiesta del residente: - Sedile – Contesto della misura D122 = 1 - Fissaggio del busto – Contesto della misura D125 = 1
<p>Il numero di residenti per i quali la misura «fissaggio quotidiano del busto (in posizione seduta o distesa) o sedile che non permette di alzarsi in modo autonomo, nel corso degli ultimi 7 giorni» è stata attuata (D120 = 1 oppure D123 = 1) è diviso per il numero dei residenti non esclusi, ossia per il numero di residenti per i quali la misura non è stata attuata su loro richiesta.</p>		

Misure limitative della libertà di movimento		
Indicatore <i>Barriera al letto</i>	Numeratore	Denominatore
Percentuale di residenti con utilizzo quotidiano di barriere al letto o di altri dispositivi su tutti i lati aperti del letto volti a impedire i residenti di lasciare autonomamente il letto, nel corso degli ultimi 7 giorni.	Barriera al letto – Frequenza D126 = 1 (ogni giorno)	Tutti i residenti non esclusi <u>Criteri d'esclusione:</u> Attuazione su richiesta del residente: – Barriera al letto – Contesto della misura D128 = 1
Il numero di residenti per i quali la misura «utilizzo quotidiano di barriere al letto o di altri dispositivi su tutti i lati aperti del letto volti a impedire i residenti di lasciare autonomamente il letto, nel corso degli ultimi 7 giorni» è stata attuata (D126 = 1) è diviso per il numero di residenti non esclusi, ossia per il numero di residenti per i quali la misura non è stata attuata su loro richiesta.		

Polimedicazione		
Indicatore <i>Polimedicazione</i>	Numeratore	Denominatore
Percentuale di residenti che hanno assunto 9 o più principi attivi nel corso degli ultimi 7 giorni.	Numero di sostanze attive assunte D130 = 9 o più	Tutti i residenti <u>Criteri d'esclusione:</u> Nessuno
Il numero di residenti che hanno assunto 9 o più principi attivi nel corso degli ultimi 7 giorni è diviso per il numero totale di residenti dei dati considerati.		

Dolore		
Indicatore <i>Dolore</i> – <i>Autovalutazione</i>	Numeratore	Denominatore
Percentuale di residenti che, negli ultimi 7 giorni, hanno accusato di soffrire, quotidianamente, di dolori moderati o più dolori oppure di dolori molto forti ma non quotidianamente.	Frequenza del dolore D140 = 2 (ogni giorno) E Intensità del dolore D141 = (2 OPPURE 3 OPPURE 4) OPPURE Frequenza del dolore D140 = 1 (non ogni giorno) E Intensità del dolore D141 = 4	Tutti i residenti non esclusi <u>Criteri d'esclusione:</u> Nessuna autovalutazione valida: – Frequenza del dolore D140 = (8 OPPURE 9) OPPURE – Intensità del dolore D141 = (8 OPPURE 9)
Il numero di residenti che hanno accusato ogni giorno (D140 = 2) nel corso degli ultimi 7 giorni dolori da moderati a molti forti (D141 = da 2 a 4) o, non ogni giorno (D140 = 1), dolori molto forti (D141 = 4) è diviso per il numero di residenti non esclusi, ossia per il numero di residenti che hanno effettuato un'autovalutazione valida del dolore.		

Dolore		
Indicatore <i>Dolore</i> – <i>Valutazione esterna</i>	Numeratore	Denominatore
Percentuale di residenti che hanno mostrato, negli ultimi 7 giorni, di soffrire, quotidianamente, di dolori moderati o più dolori oppure di dolori molto forti ma non quotidianamente.	Frequenza del dolore D147 = 2 (ogni giorno) E Intensità del dolore D148 = (2 OPPURE 3 OPPURE 4) OPPURE Frequenza del dolore D147 = 1 (non ogni giorno) E Intensità del dolore D148 = 4	Tutti i residenti <u>Criteri d'esclusione:</u> Nessuno
Il numero dei residenti che hanno mostrato ogni giorno (D147 = 2) nel corso degli ultimi 7 giorni dolori da moderati a molti forti (D148 = da 2 a 4) o, non ogni giorno (D147 = 1), dolori molto forti (D148 = 4) è diviso per il numero totale di residenti dei dati considerati.		

3.2 Presentazione della pagina degli indicatori

Nella pubblicazione a livello delle case di cura, si prevede di presentare ogni struttura su una pagina con un'intestazione contenente le informazioni generali, una rappresentazione numerica degli indicatori medici di qualità sotto forma di tabella e una rappresentazione grafica sotto forma di diagramma a barre. Allo stesso modo, in questa edizione, ogni Cantone è presentato su una pagina con lo stesso tipo di informazioni.

Delle cifre e un nome di Cantone fittizi sono stati utilizzati a scopo illustrativo.

Intestazione

Nell'intestazione le informazioni generali sono riportate come segue: a sinistra il nome del Cantone responsabile secondo SOMED a cui si riferiscono le cifre presentate e a destra il numero di residenti dopo la pulizia dei dati, a livello della Svizzera (Totale dei residenti - CH) e a livello di Cantone (Totale dei residenti). Si è deciso di non presentare informazioni sulla forma giuridica e sullo strumento utilizzato per la valutazione dei bisogni a livello cantonale.

Cantone CT	Forma giuridica:	–
	Totale residenti – CH:	103234
	Totale residenti:	4350
	Strumento:	–

Rappresentazione numerica

La rappresentazione numerica degli indicatori medici di qualità è riportata sotto forma di tabella.

Indicatori medici di qualità						
Rappresentazione numerica						
Indicatori	2019	NRes₂₀₁₉	2020	NRes₂₀₂₀	Differenza	Svizzera
Malnutrizione	4.9 %	3'716	6.6 %	3'549	1.7 pp	6.5 %
Fissaggio del busto / sedile	8.8 %	4'558	9.4 %	4'316	0.6 pp	3.0 %
Barriere al letto	27.0 %	4'242	27.1 %	4'072	0.1 pp	11.7 %
Polimedicazione	50.0 %	4'580	49.1 %	4'350	–0.9 pp	42.7 %
Dolore – Autovalutazione	12.0 %	4'172	12.1 %	3'935	0.1 pp	20.1 %
Dolore – Valutazione esterna	9.3 %	4'580	9.5 %	4'350	0.2 pt	16.1 %

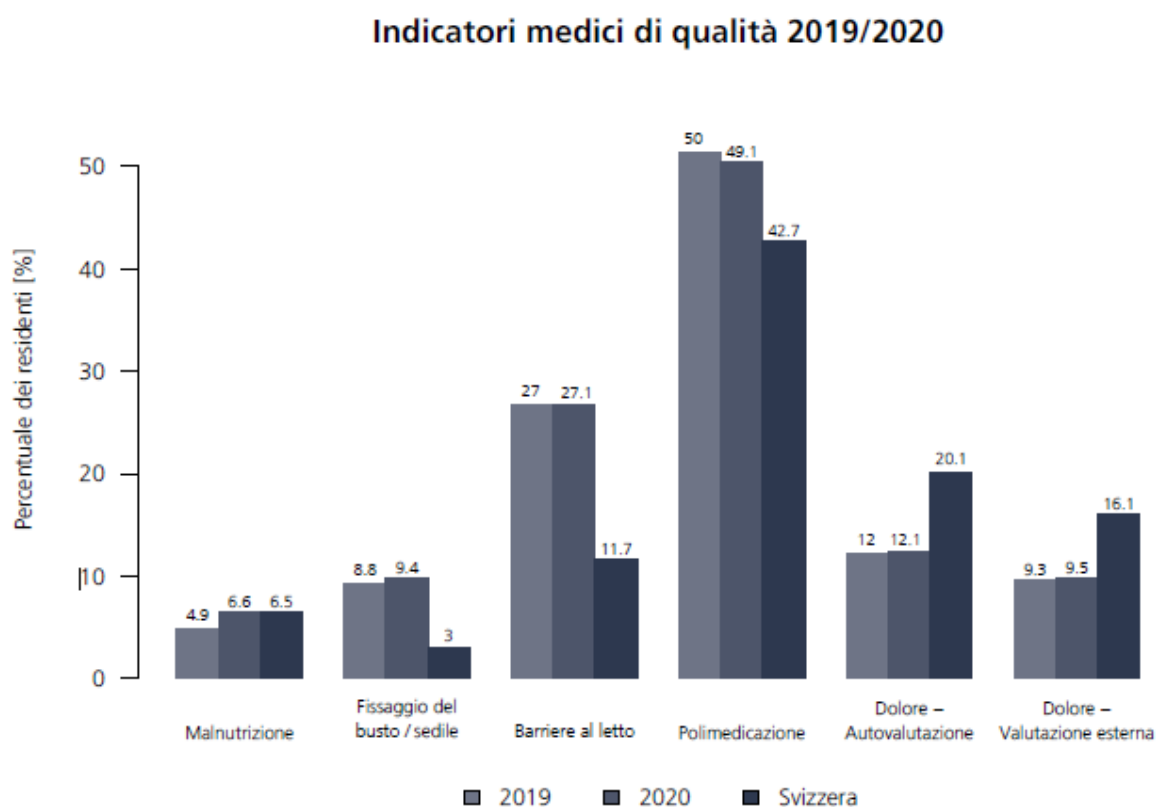
La tabella fornisce, per ognuno dei sei indicatori medici di qualità, i valori in percentuale per tutti i residenti del Cantone responsabile secondo la statistica SOMED per l'anno di riferimento e per l'anno precedente. I valori non sono adeguati ai rischi. Per la pubblicazione a livello delle case di cura, il valore di ogni indicatore sarà calcolato sull'insieme dei residenti della casa di cura e, nella

misura in cui la qualità dei dati lo permette, anche adeguato ai rischi. *NRes* rappresenta il numero di residenti considerati per il calcolo dell'indicatore per ognuno degli anni considerati. Per via della pulizia dei dati e dei criteri d'esclusione legati alla formula stessa del calcolo, *NRes* varia in base al numero totale di residenti presenti nell'insieme di dati preso in esame e anche da un indicatore all'altro. Nella pubblicazione a livello delle case di cura, non è escluso che siano ancora necessarie pulizie per quanto riguarda la qualità. Queste saranno in ogni caso presentate chiaramente. La colonna «Differenza» rappresenta la differenza in punti percentuali (*pp*) tra i valori dell'anno di riferimento e quelli dell'anno precedente. La colonna «Svizzera» fornisce i valori dell'indicatore a livello nazionale per l'anno di riferimento, qui 2020. Gli indicatori sono calcolati sulla totalità dei residenti presenti nell'insieme dei dati di calcolo per l'anno in questione.

Rappresentazione grafica

I valori degli indicatori medici di qualità sono inoltre illustrati graficamente in un diagramma a barre. Per ogni indicatore di qualità, il diagramma a barre mostra i valori cantonali dell'anno di riferimento e di quello precedente nonché i valori dell'anno di riferimento a livello svizzero.

Rappresentazione grafica



4 Numerische und grafische Darstellung der medizinischen Qualitätsindikatoren

Représentation numérique et graphique des indicateurs de qualité médicaux

Rappresentazione numerica e grafica degli indicatori medici di qualità

In Kapitel 4 «Numerische und grafische Darstellung der medizinischen Qualitätsindikatoren» werden die Indikatoren 2019 und 2020 nach Kantonen abgebildet. Die Indikatoren in der vorliegenden Publikation werden sowohl auf kantonaler als auch auf gesamtschweizerischer Ebene in Form einer numerischen Tabelle und eines Balkendiagramms dargestellt.

Le chapitre 4 « Représentation numérique et graphique des indicateurs de qualité médicaux » présente les indicateurs 2019 et 2020 par canton. Les indicateurs de cette publication sont représentés sous la forme d'un tableau chiffré ainsi qu'un diagramme en bâtons, au niveau cantonal et au niveau suisse.

Il capitolo 4 «Rappresentazione numerica e grafica degli indicatori medici di qualità» presenta gli indicatori 2019 e 2020 per Cantone. Gli indicatori di questa pubblicazione sono rappresentati sotto forma di una tabella numerica e di un grafico a barre a livello cantonale e nazionale.

4.1 Übersicht über die medizinischen Qualitätsindikatoren auf gesamtschweizerischer Ebene

Aperçu des indicateurs de qualité au niveau suisse

Panoramica degli indicatori medici di qualità a livello svizzero

In der folgenden Tabelle werden die medizinischen Qualitätsindikatoren für die Schweiz in den Jahren 2020 und 2019 dargestellt:

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz
Malnutrition	6.0	54'446	6.4	83'445	0.4 Pp
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	2.5	66'416	2.7	101'160	0.3 Pp
Bettgitter	10.0	62'832	10.9	95'397	0.9 Pp
Polymedikation	45.6	66'434	43.2	101'226	- 2.4 Pp
Schmerz – Selbsteinschätzung	19.4	58'046	20.1	88'515	0.7 Pp
Schmerz – Fremdeinschätzung	15.2	66'434	16.1	101'226	1.0 Pp

Le tableau ci-après présente les valeurs des indicateurs de qualité médicaux pour la Suisse, en 2020 et 2019 :

Indicateurs	2019	NRés ₂₀₁₉	2020	NRés ₂₀₂₀	Différence
Malnutrition	6.0	54'446	6.4	83'445	0.4 pp
Fixation du tronc / siège	2.5	66'416	2.7	101'160	0.3 pp
Barrières de lit	10.0	62'832	10.9	95'397	0.9 pp
Polymédication	45.6	66'434	43.2	101'226	- 2.4 pp
Douleur – Auto-évaluation	19.4	58'046	20.1	88'515	0.7 pp
Douleur – Evaluation externe	15.2	66'434	16.1	101'226	1.0 pp

La tabella seguente presenta gli indicatori medici di qualità per la Svizzera nel 2020 e nel 2019:

Indicatori	2019	NRes ₂₀₁₉	2020	NRes ₂₀₂₀	Differenza
Malnutrizione	6.0	54'446	6.4	83'445	0.4 pp
Fissaggio del busto / sedile	2.5	66'416	2.7	101'160	0.3 pp
Barriere al letto	10.0	62'832	10.9	95'397	0.9 pp
Polimedicazione	45.6	66'434	43.2	101'226	- 2.4 pp
Dolore – Autovalutazione	19.4	58'046	20.1	88'515	0.7 pp
Dolore – Valutazione esterna	15.2	66'434	16.1	101'226	1.0 pp

4.2 Übersicht über die medizinischen Qualitätsindikatoren auf kantonaler Ebene

Auf den folgenden Seiten werden die medizinischen Qualitätsindikatoren auf kantonaler Ebene dargestellt, die aufgrund der Daten 2019 und 2020 berechnet wurden.

Wer sich mit den kantonalen Werten der medizinischen Qualitätsindikatoren befasst, müssen die Vorbemerkungen und Hinweise aus Kapitel 2 im Auge behalten. Aufgrund der Qualität der gelieferten Daten erfolgte die Berechnung der Indikatoren ohne Risikoajustierung und auf Ebene Kanton (und nicht auf Ebene Pflegeheime). Bei der Interpretation der Werte ist daher Folgendes zu beachten: Als Aggregate auf kantonaler Ebene sind die ausgewählten Indikatoren keine Qualitätsindikatoren für die Pflegeheime mehr und als nicht risikoadjustierte Indikatoren können sie nicht als Vergleichsinstrumente herangezogen werden. Die kantonalen Werte der Indikatoren lassen daher keine realistischen Interpretationen oder Schlussfolgerungen in Bezug auf die Qualität der erbrachten KVG-Pflegeleistungen zu, weder auf Kantonsebene noch auf Ebene der Pflegeheime im Kanton. Die Tabellen in dieser ersten Ausgabe stellen die zur Berechnung der Indikatoren im Bereich der Pflegeheime vorhandenen Daten dar und dienen illustrativen Zwecken. Auf keinen Fall sollen diese Indikatoren als Instrument für Vergleiche unter Pflegeheimen oder unter Kantonen herangezogen werden. Die vorliegende Publikation versteht sich als erster Schritt hin zu mehr Transparenz in Bezug auf die Qualität der KVG-Pflegeleistungen und zu einer künftigen Publikation auf Ebene der Pflegeheime.

Aperçu des indicateurs de qualité médicaux au niveau cantonal

Les pages suivantes présentent les indicateurs de qualité médicaux au niveau cantonal calculés sur les données 2019 et 2020.

Avant d'observer les valeurs cantonales des indicateurs de qualité médicaux, il est nécessaire de garder en tête les différents éléments de précaution et de mise en garde mentionnés au chapitre 2. Pour des raisons liées à la qualité des données livrées, le calcul des indicateurs s'est réalisé sans ajustement en fonction des risques et par canton (non pas par établissement). Certaines précautions sont donc de mise en matière d'interprétation des valeurs : en tant qu'agrégats au niveau cantonal, les indicateurs proposés ne sont plus des indicateurs de qualité pour les EMS et, en tant qu'indicateurs non ajustés en fonction des risques, ils ne peuvent servir d'instruments de comparaison. Les valeurs cantonales des indicateurs ne permettent ainsi aucune interprétation ou conclusion réaliste en matière de qualité des prestations LAMal fournies, que ce soit au niveau du Canton ou au niveau des EMS du canton. Les tableaux présentés dans cette première édition des

indicateurs de qualité médicaux sont un compte rendu des données disponibles pour le calcul des indicateurs dans le domaine des EMS et doivent être utilisés à des fins illustratives. En aucun cas, ces indicateurs doivent servir d'instrument de comparaisons entre les EMS ou entre cantons. Cette édition représente une première étape vers une plus grande transparence en matière de qualité des soins LAMal et vers une publication prochaine au niveau des établissements.

Panoramica degli indicatori medici di qualità a livello cantonale

Le pagine seguenti presentano gli indicatori medici di qualità a livello cantonale calcolati sui dati 2019 e 2020.

Prima di esaminare i valori cantonali degli indicatori medici di qualità, è necessario tenere conto delle diverse misure precauzionali e avvertenze menzionate nel capitolo 2. Considerata la qualità dei dati forniti, gli indicatori sono stati calcolati senza adeguamento ai rischi e per Cantone (non per casa di cura). Nell'interpretazione dei valori occorre quindi procedere con cautela: essendo aggregati a livello cantonale, gli indicatori proposti non sono più indicatori di qualità per le case di cura e, in quanto indicatori non adeguati ai rischi, non possono essere utilizzati come strumenti di confronto. I valori cantonali degli indicatori non permettono quindi alcuna interpretazione o conclusione realistica sulla qualità delle prestazioni LAMal fornite, a livello cantonale o a livello delle case di cura del Cantone. Le tabelle presentate in questa prima edizione degli indicatori medici di qualità sono un resoconto dei dati disponibili per il calcolo degli indicatori nell'ambito delle case di cura e devono essere utilizzate a scopi illustrativi. In nessun caso questi indicatori devono essere utilizzati come strumento di confronto tra le case di cura o tra cantoni. Questa edizione è un primo passo verso una maggiore trasparenza in materia di qualità delle cure LAMal e verso la futura pubblicazione a livello delle case di cura.

Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform: –

Total Bewohner – CH: 101226

Total Bewohner: 16592

Instrument: –

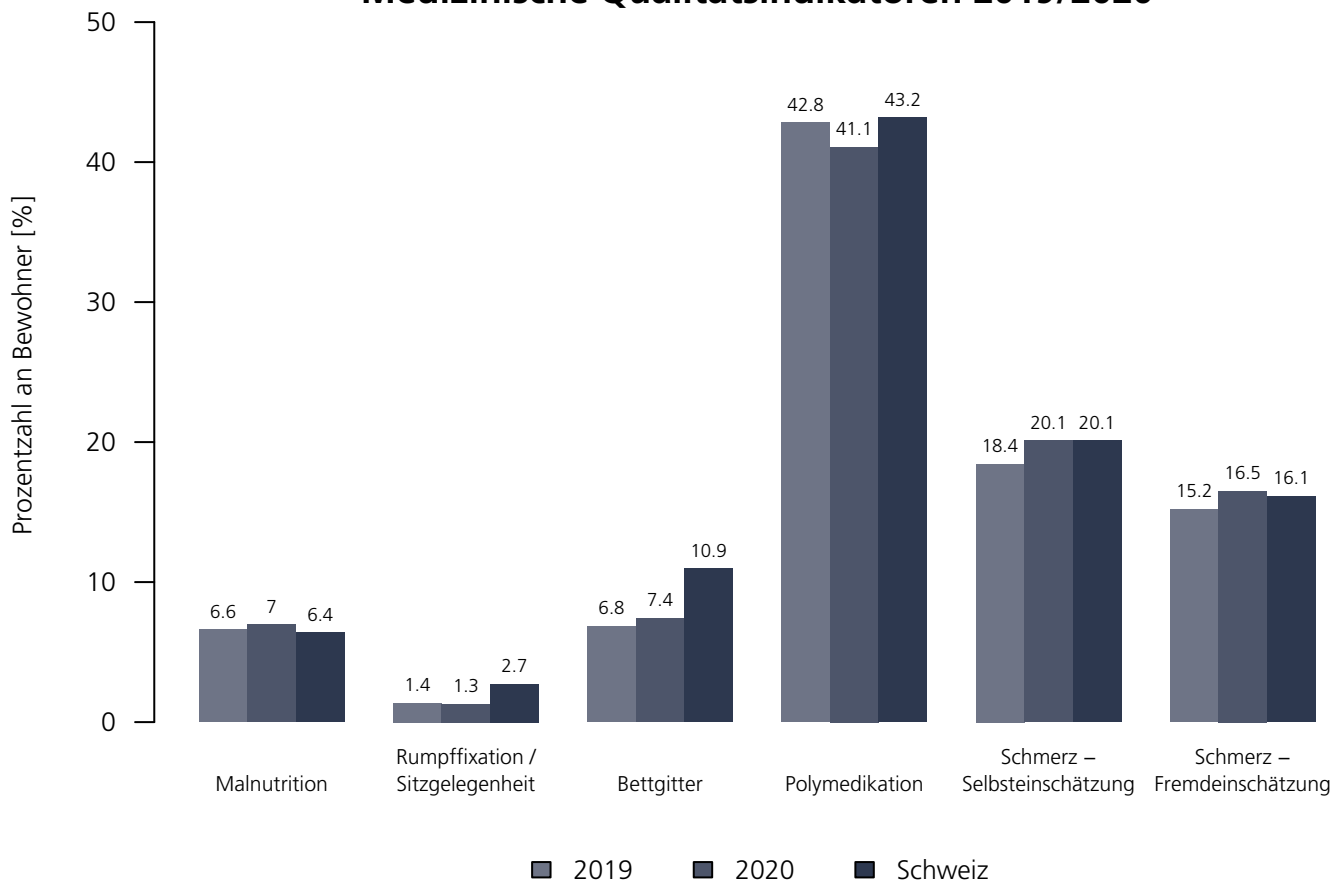
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	6.6 %	10'833	7.0 %	13'644	0.4 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	1.4 %	13'396	1.3 %	16'586	-0.1 Pp	2.7 %
Bettgitter	6.8 %	12'827	7.4 %	15'783	0.6 Pp	10.9 %
Polymedikation	42.8 %	13'401	41.1 %	16'592	-1.7 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	18.4 %	11'902	20.1 %	14'440	1.7 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	15.2 %	13'401	16.5 %	16'592	1.3 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Kanton BE

Hinweis zur Interpretation der Zahlen:

Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform:	–
Total Bewohner – CH:	101226
Total Bewohner:	16392
Instrument:	–

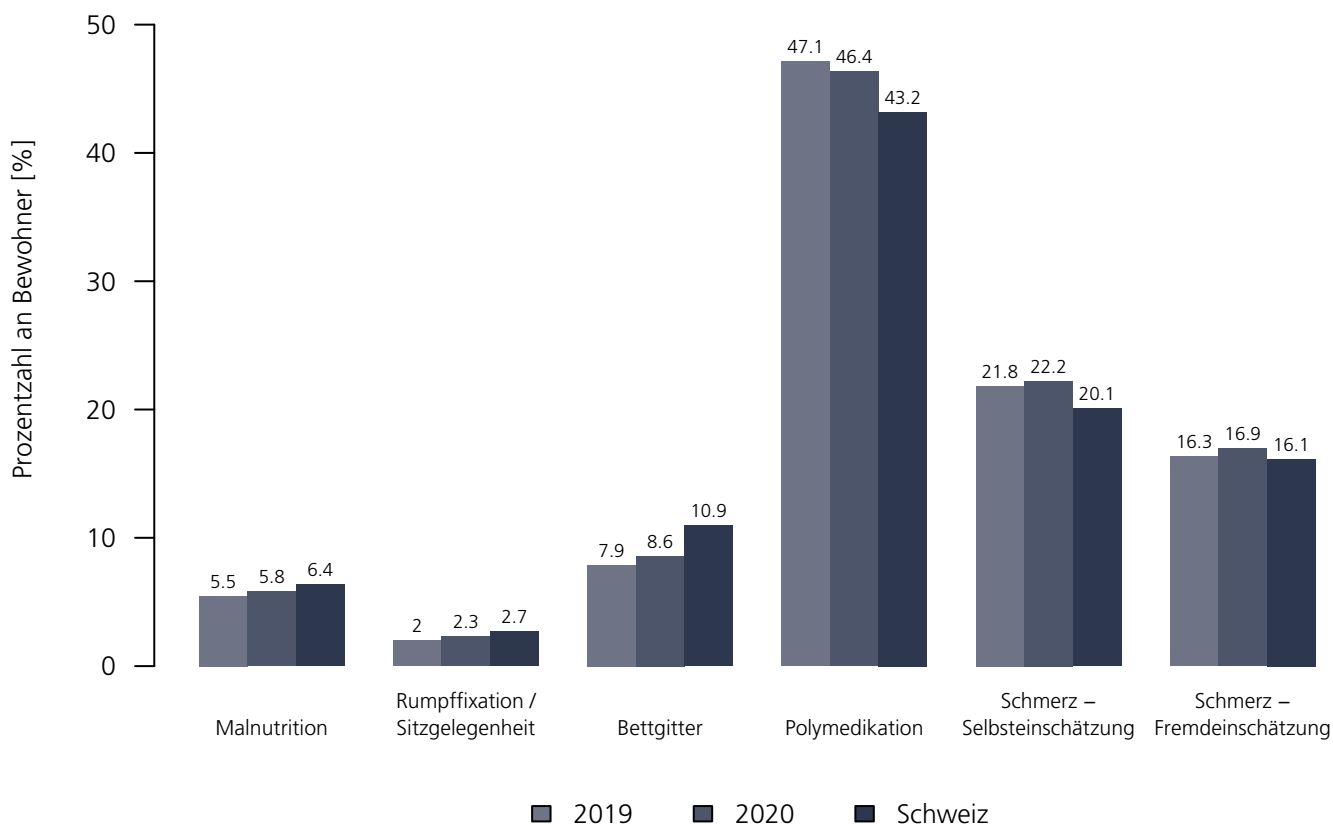
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	5.5 %	10'298	5.8 %	13'218	0.3 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	2.0 %	12'565	2.3 %	16'388	0.3 Pp	2.7 %
Bettgitter	7.9 %	11'969	8.6 %	15'628	0.7 Pp	10.9 %
Polymedikation	47.1 %	12'567	46.4 %	16'392	–0.8 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	21.8 %	10'494	22.2 %	13'252	0.4 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	16.3 %	12'567	16.9 %	16'392	0.6 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform:	–
Total Bewohner – CH:	101226
Total Bewohner:	4650
Instrument:	–

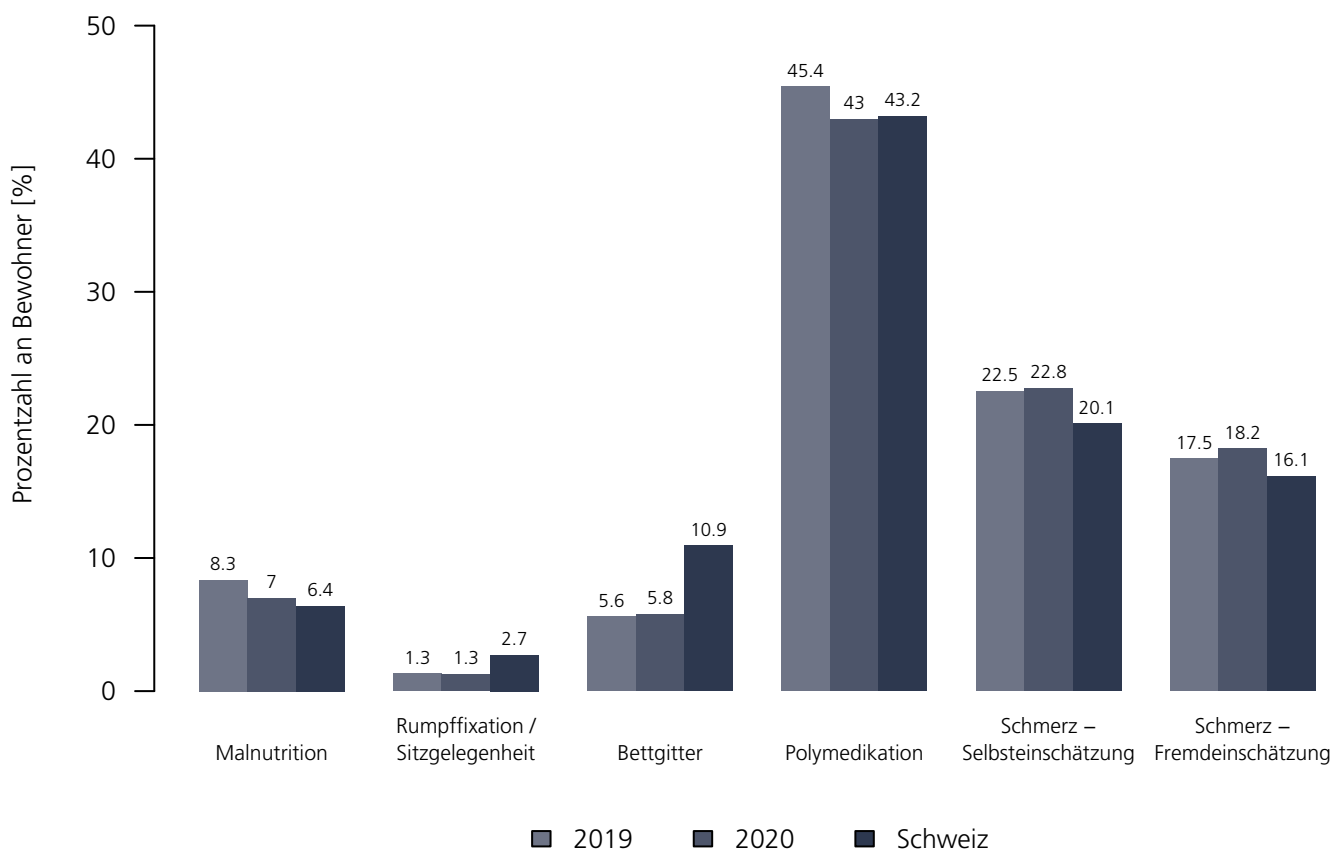
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	8.3 %	2'445	7.0 %	3'877	–1.4 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	1.3 %	3'016	1.3 %	4'648	–0.1 Pp	2.7 %
Bettgitter	5.6 %	2'893	5.8 %	4'411	0.2 Pp	10.9 %
Polymedikation	45.4 %	3'016	43.0 %	4'650	–2.5 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	22.5 %	2'570	22.8 %	4'002	0.2 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	17.5 %	3'016	18.2 %	4'650	0.8 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Kanton UR

Hinweis zur Interpretation der Zahlen:

Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform:	–
Total Bewohner – CH:	101226
Total Bewohner:	590
Instrument:	–

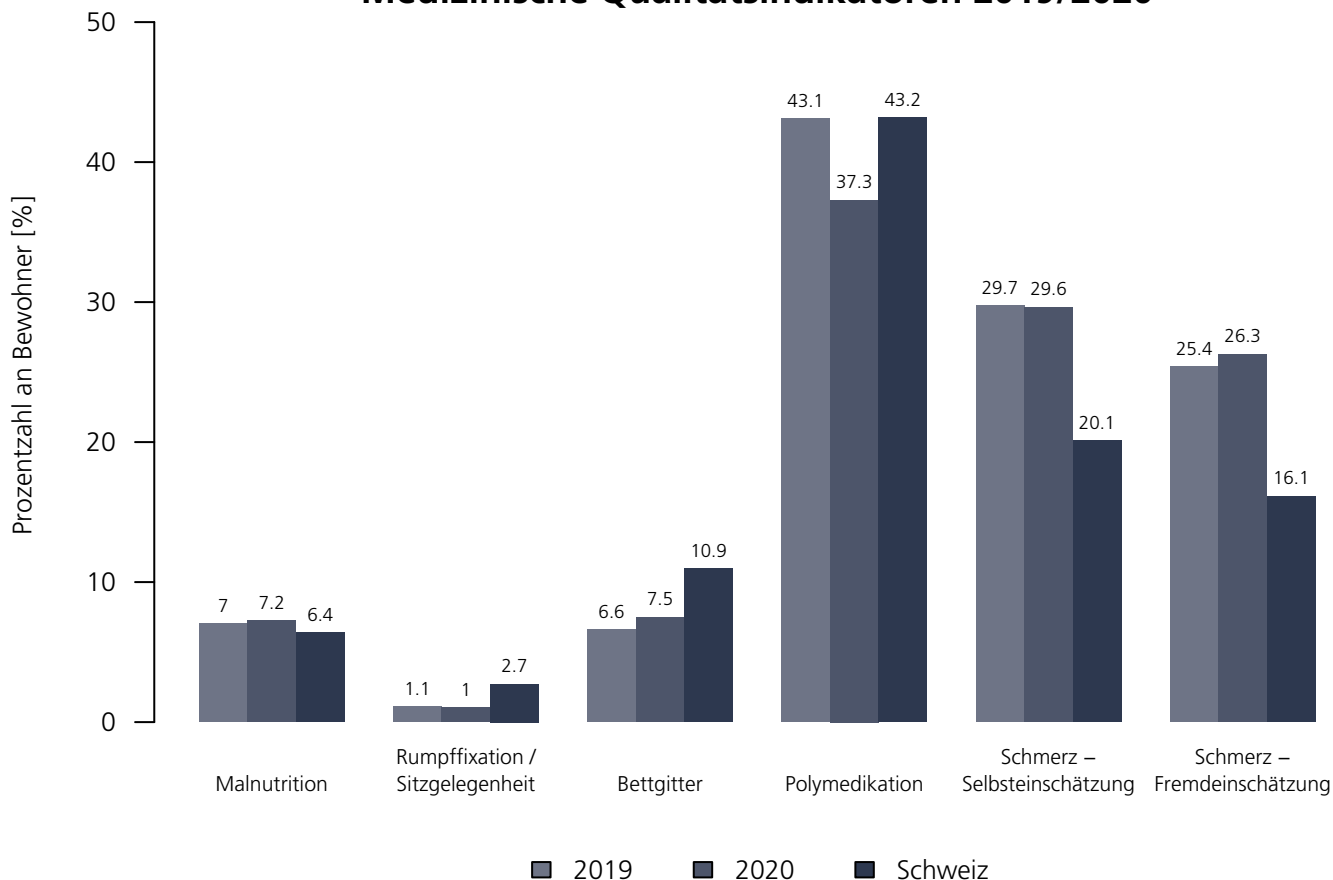
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	7.0 %	398	7.2 %	483	0.2 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	1.1 %	457	1.0 %	589	–0.1 Pp	2.7 %
Bettgitter	6.6 %	408	7.5 %	534	0.9 Pp	10.9 %
Polymedikation	43.1 %	457	37.3 %	590	–5.8 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	29.7 %	427	29.6 %	523	–0.1 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	25.4 %	457	26.3 %	590	0.9 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Kanton SZ

Hinweis zur Interpretation der Zahlen:

Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform:	–
Total Bewohner – CH:	101226
Total Bewohner:	1666
Instrument:	–

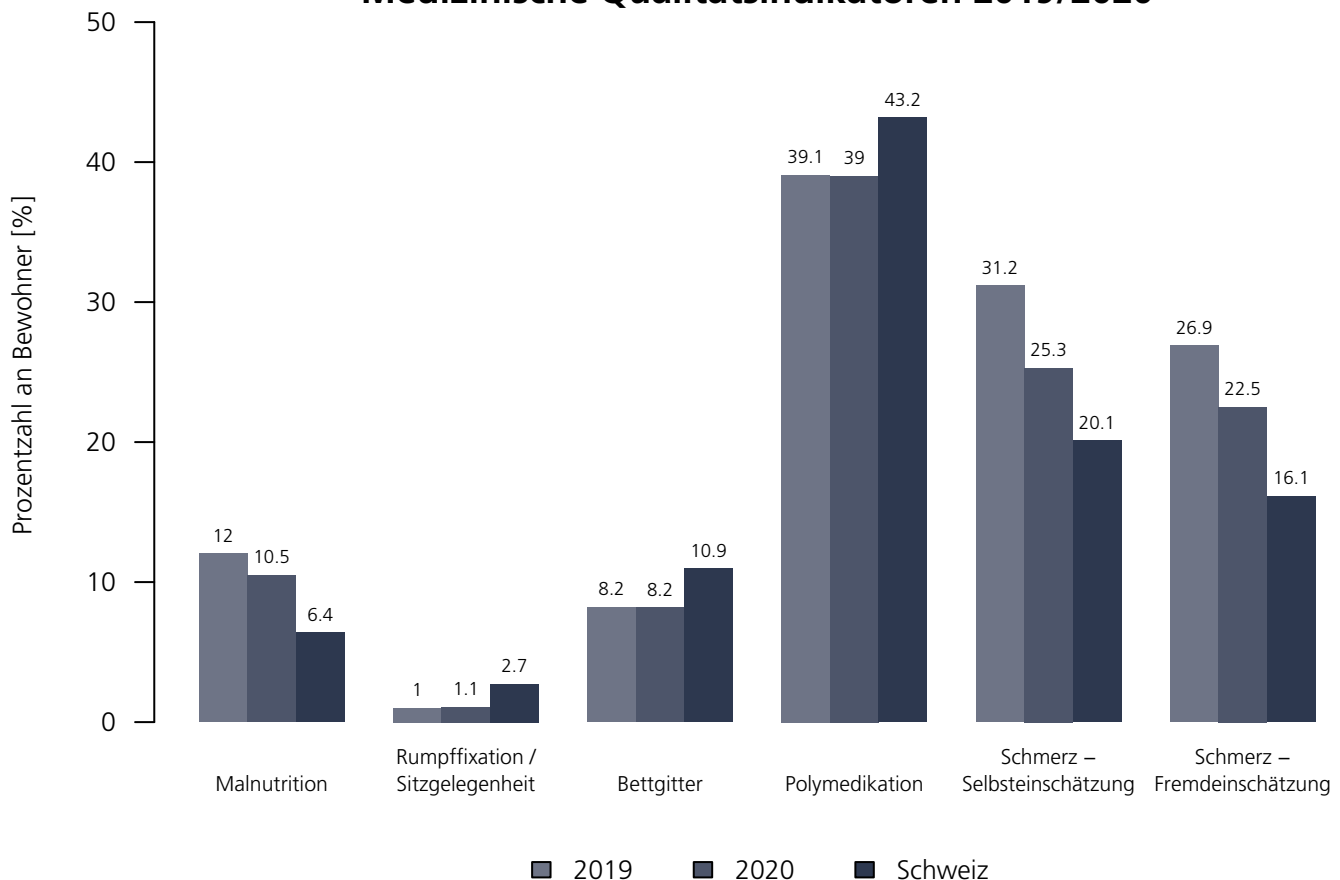
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	12.0 %	732	10.5 %	1'411	–1.5 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	1.0 %	892	1.1 %	1'665	0.1 Pp	2.7 %
Bettgitter	8.2 %	816	8.2 %	1'502	0.0 Pp	10.9 %
Polymedikation	39.1 %	893	39.0 %	1'666	–0.1 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	31.2 %	818	25.3 %	1'530	–5.9 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	26.9 %	893	22.5 %	1'666	–4.4 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform: –

Total Bewohner – CH: 101226

Total Bewohner: 530

Instrument: –

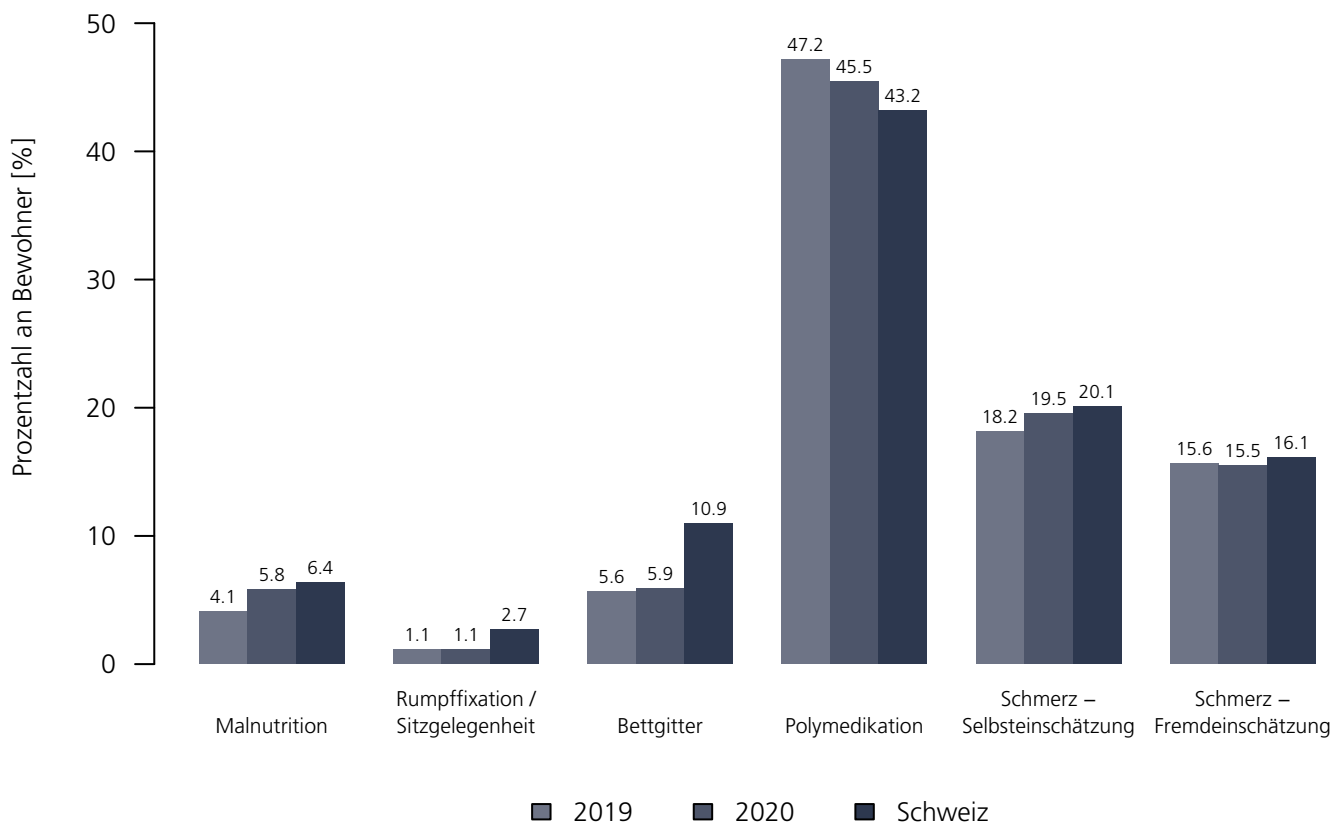
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	4.1 %	339	5.8 %	411	1.7 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	1.1 %	441	1.1 %	530	0.0 Pp	2.7 %
Bettgitter	5.6 %	425	5.9 %	510	0.2 Pp	10.9 %
Polymedikation	47.2 %	441	45.5 %	530	-1.7 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	18.2 %	380	19.5 %	461	1.4 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	15.6 %	441	15.5 %	530	-0.2 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform: –

Total Bewohner – CH: 101226

Total Bewohner: 559

Instrument: –

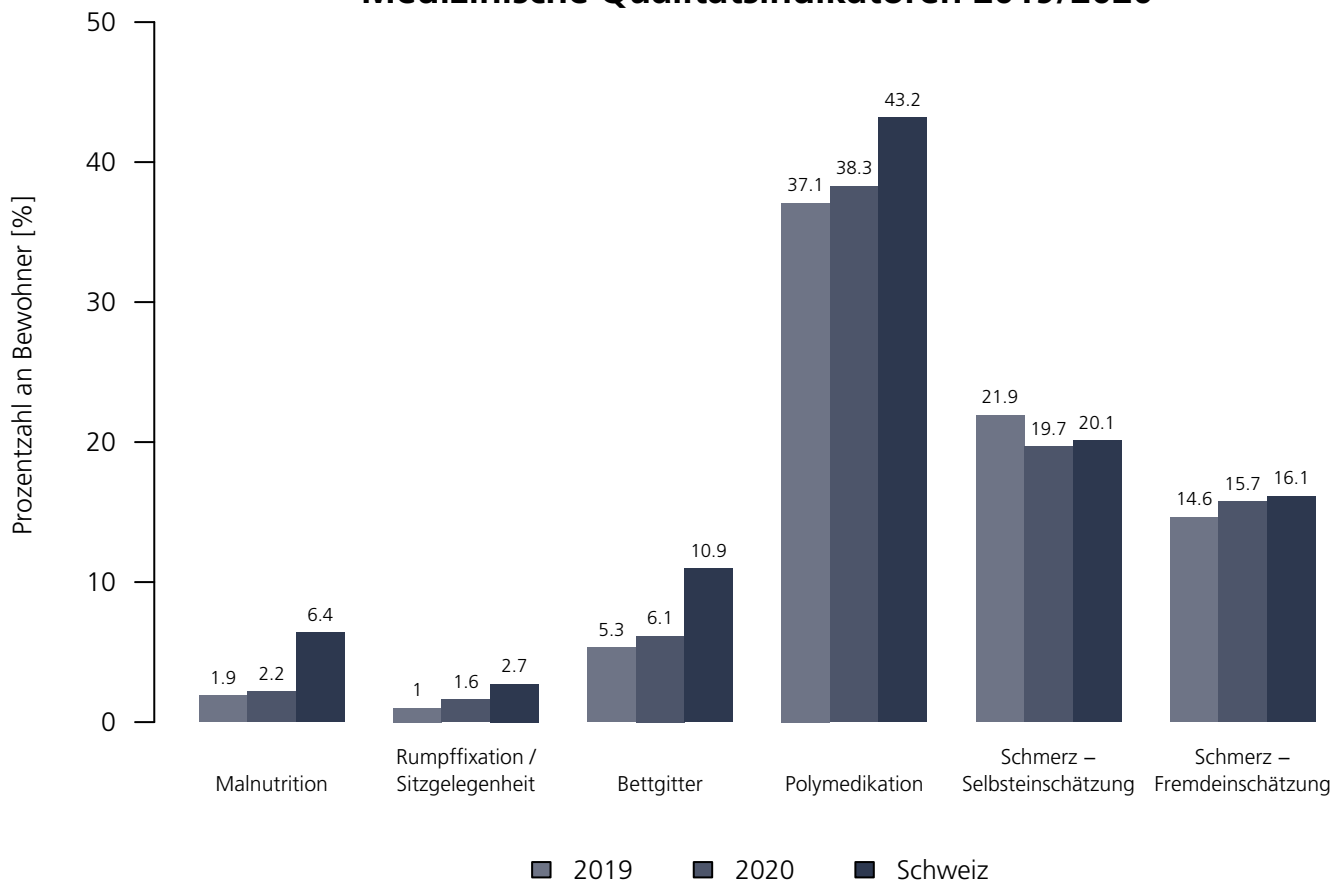
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	1.9 %	421	2.2 %	462	0.3 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	1.0 %	499	1.6 %	557	0.6 Pp	2.7 %
Bettgitter	5.3 %	471	6.1 %	537	0.8 Pp	10.9 %
Polymedikation	37.1 %	499	38.3 %	559	1.2 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	21.9 %	429	19.7 %	432	–2.2 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	14.6 %	499	15.7 %	559	1.1 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



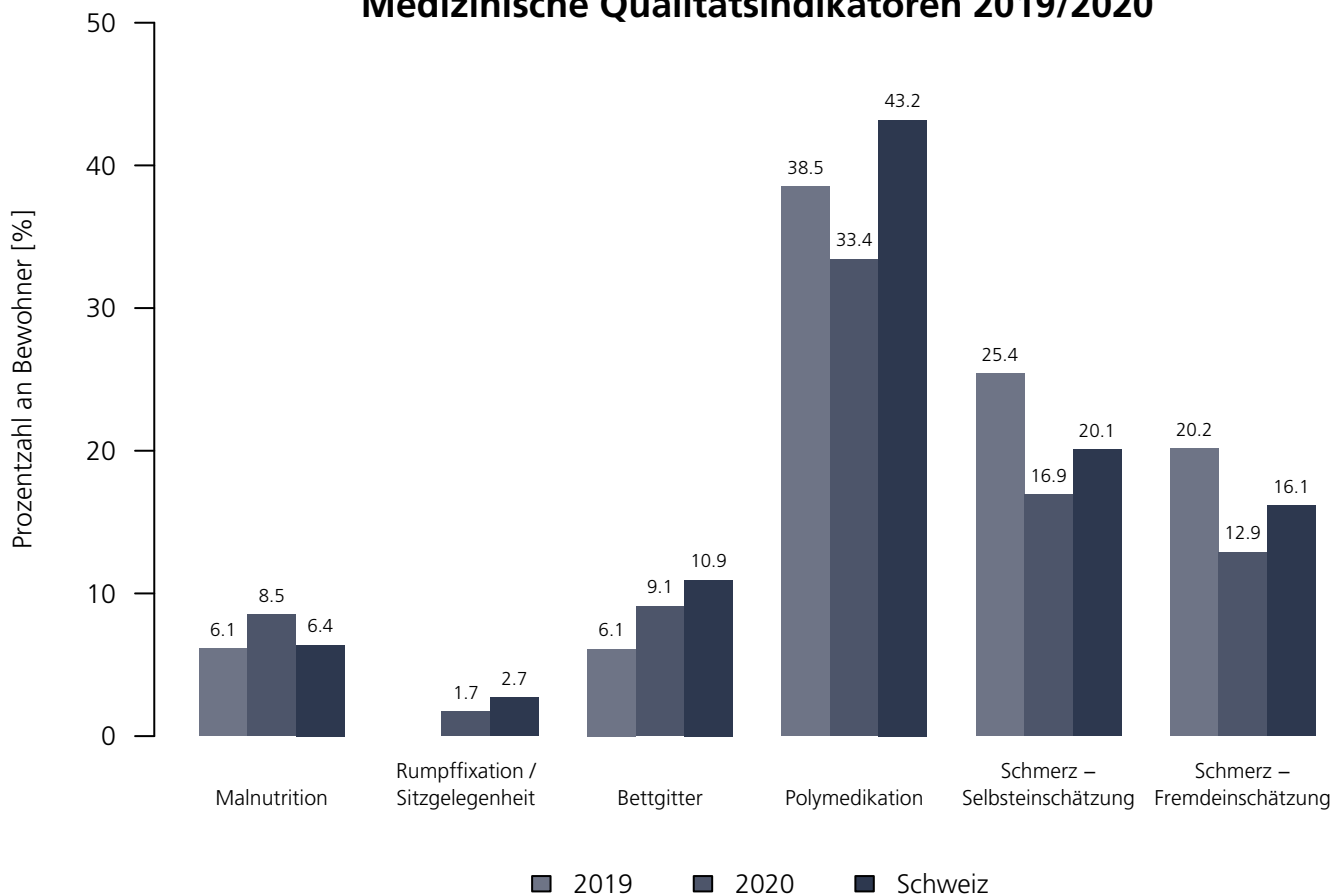
Kanton GLHinweis zur Interpretation der Zahlen:

Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform:	–
Total Bewohner – CH:	101226
Total Bewohner:	706
Instrument:	–

Medizinische Qualitätsindikatoren**Numerische Darstellung**

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	6.1 %	342	8.5 %	599	2.4 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	*	397	1.7 %	706	*	2.7 %
Bettgitter	6.1 %	360	9.1 %	637	3.0 Pp	10.9 %
Polymedikation	38.5 %	397	33.4 %	706	–5.1 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	25.4 %	386	16.9 %	661	–8.4 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	20.2 %	397	12.9 %	706	–7.3 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung**Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020**

Kanton ZG

Hinweis zur Interpretation der Zahlen:

Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform:	–
Total Bewohner – CH:	101226
Total Bewohner:	1279
Instrument:	–

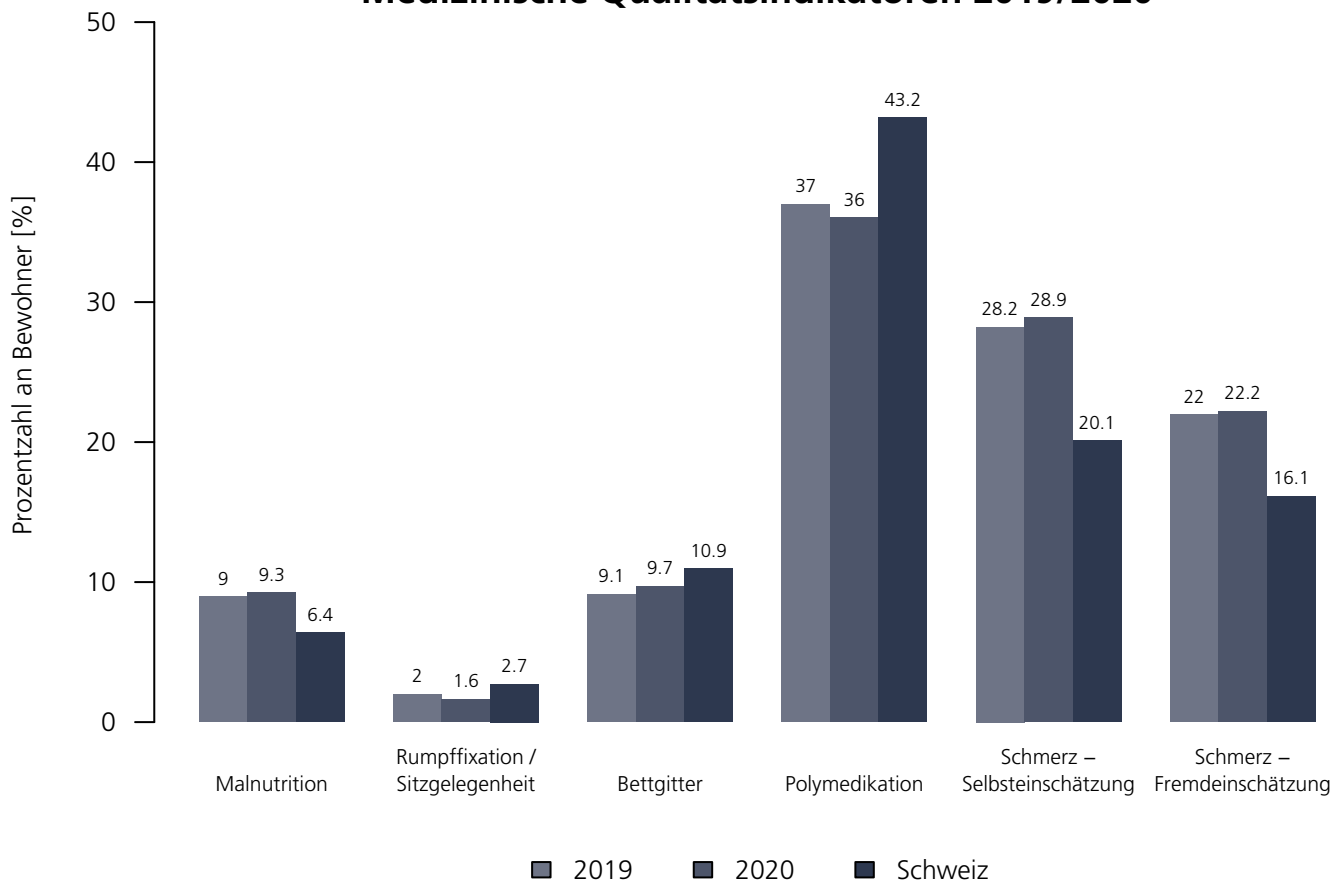
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	9.0 %	970	9.3 %	1'080	0.3 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	2.0 %	1'106	1.6 %	1'279	–0.3 Pp	2.7 %
Bettgitter	9.1 %	1'041	9.7 %	1'196	0.6 Pp	10.9 %
Polymedikation	37.0 %	1'106	36.0 %	1'279	–0.9 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	28.2 %	1'031	28.9 %	1'128	0.7 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	22.0 %	1'106	22.2 %	1'279	0.2 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



les indicateurs sont ici agrégés au niveau cantonal et ne sont pas ajustés en fonction des risques

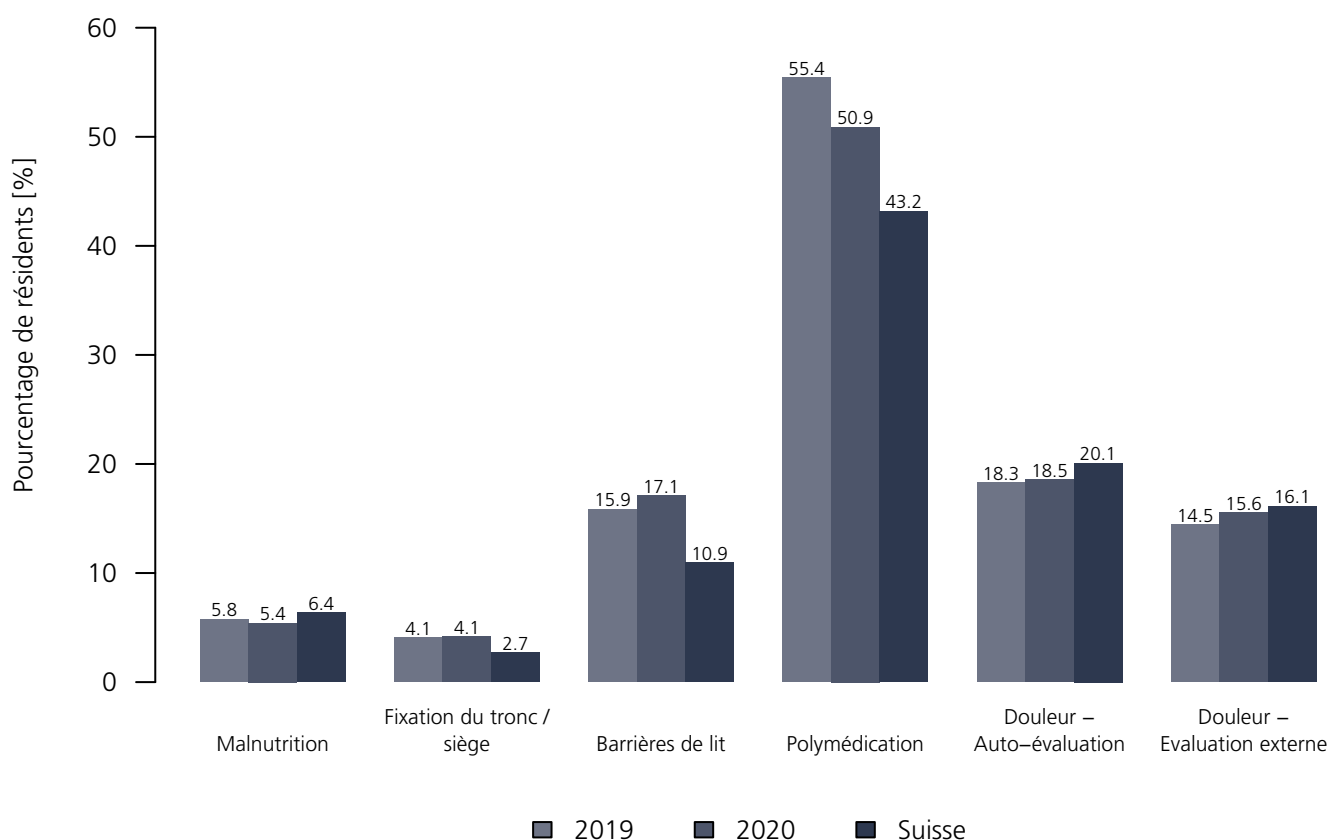
Indicateurs de qualité médicaux

Représentation chiffrée

Indicateurs	2019	NRés ₂₀₁₉	2020	NRés ₂₀₂₀	Différence	Suisse
Malnutrition	5.8 %	2'320	5.4 %	2'845	–0.4 pp	6.4 %
Fixation du tronc / siège	4.1 %	2'825	4.1 %	3'567	0.1 pp	2.7 %
Barrières de lit	15.9 %	2'692	17.1 %	3'409	1.2 pp	10.9 %
Polymédication	55.4 %	2'825	50.9 %	3'567	–4.5 pp	43.2 %
Douleur – Auto-évaluation	18.3 %	2'472	18.5 %	3'116	0.3 pp	20.1 %
Douleur – Evaluation externe	14.5 %	2'825	15.6 %	3'567	1.1 pp	16.1 %

Représentation graphique

Indicateurs de qualité médicaux 2019/2020



Kanton SO

Hinweis zur Interpretation der Zahlen:

Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform:	–
Total Bewohner – CH:	101226
Total Bewohner:	3418
Instrument:	–

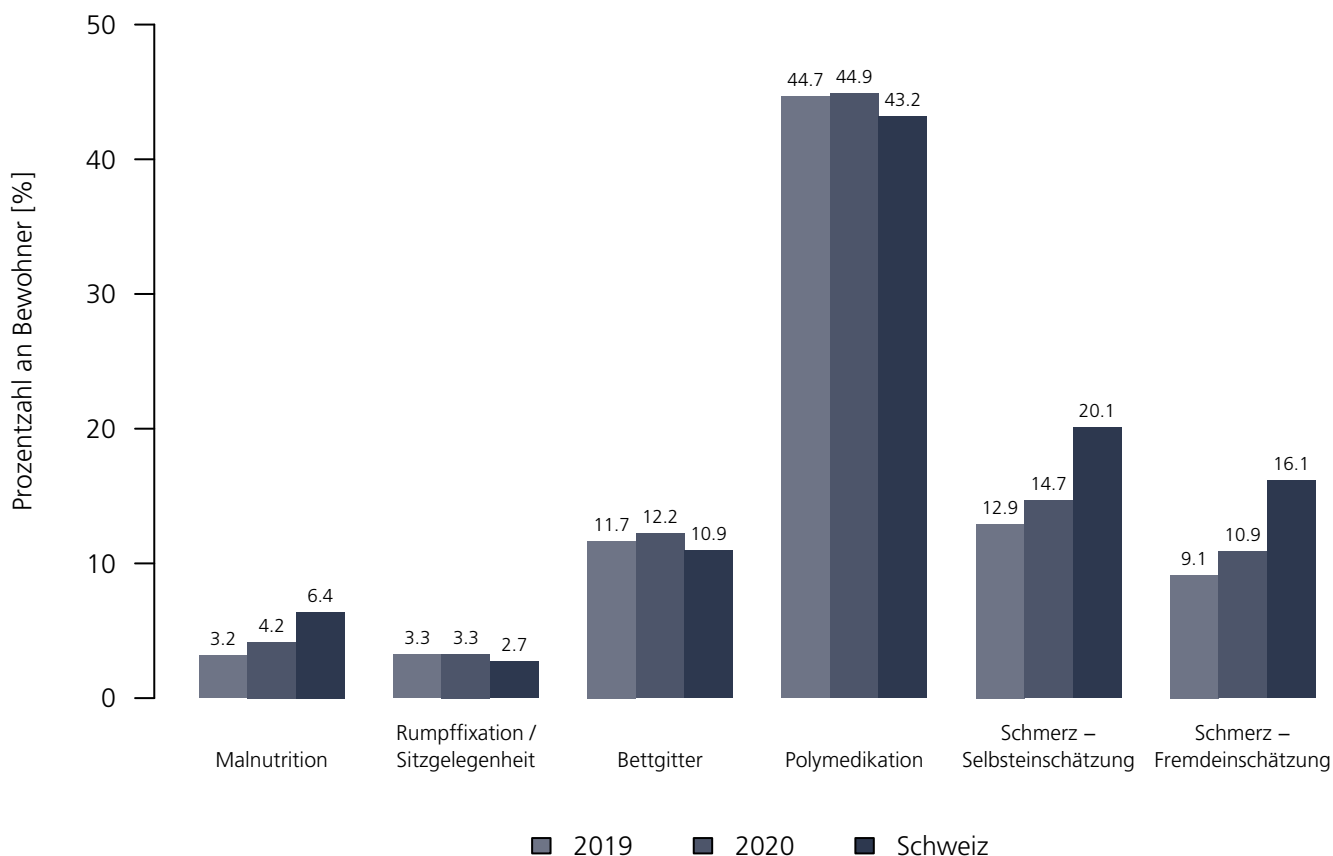
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	3.2 %	2'453	4.2 %	2'790	1.0 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	3.3 %	2'942	3.3 %	3'414	0.0 Pp	2.7 %
Bettgitter	11.7 %	2'761	12.2 %	3'228	0.6 Pp	10.9 %
Polymedikation	44.7 %	2'944	44.9 %	3'418	0.2 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	12.9 %	2'598	14.7 %	2'945	1.7 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	9.1 %	2'944	10.9 %	3'418	1.7 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform: –

Total Bewohner – CH: 101226

Total Bewohner: 3611

Instrument: –

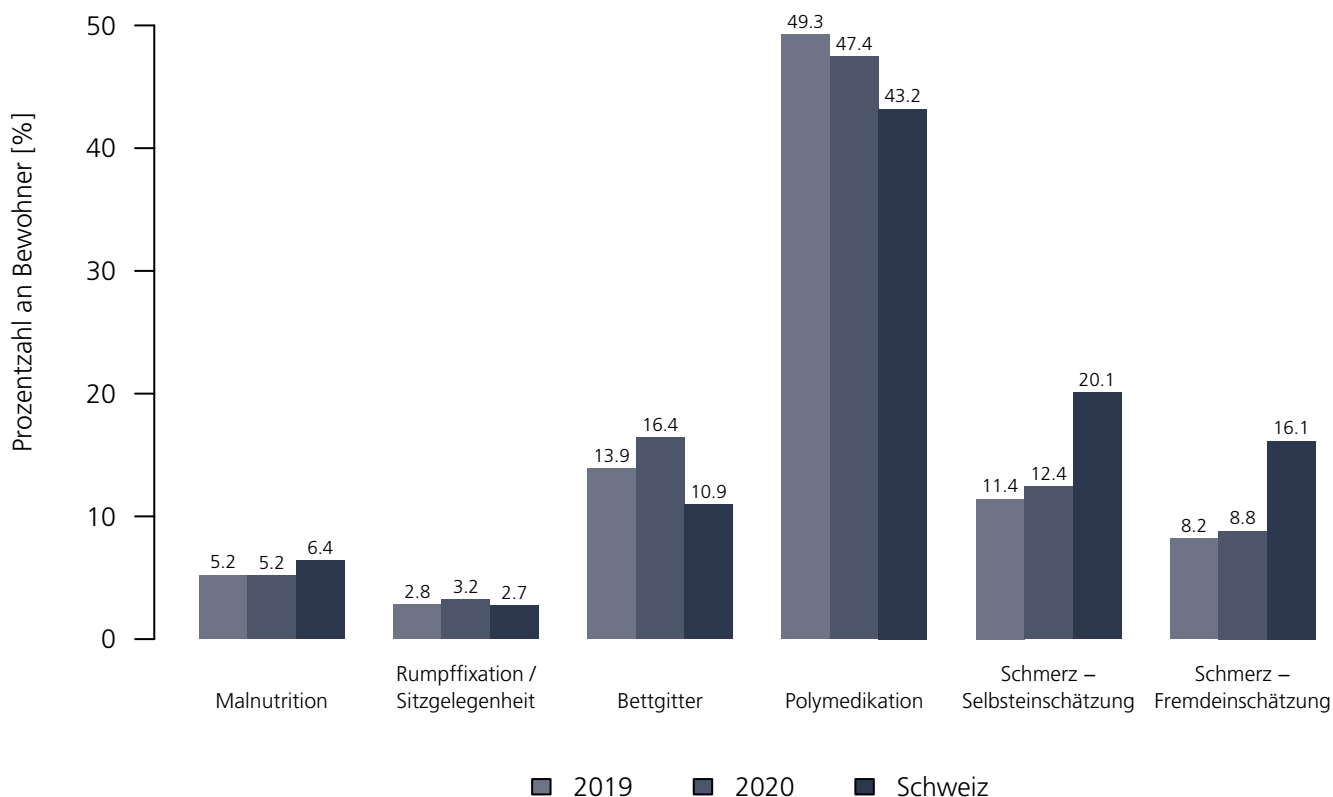
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	5.2 %	2'303	5.2 %	3'049	0.0 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	2.8 %	2'692	3.2 %	3'611	0.4 Pp	2.7 %
Bettgitter	13.9 %	2'591	16.4 %	3'452	2.5 Pp	10.9 %
Polymedikation	49.3 %	2'692	47.4 %	3'611	-1.8 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	11.4 %	2'339	12.4 %	3'016	1.0 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	8.2 %	2'692	8.8 %	3'611	0.6 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



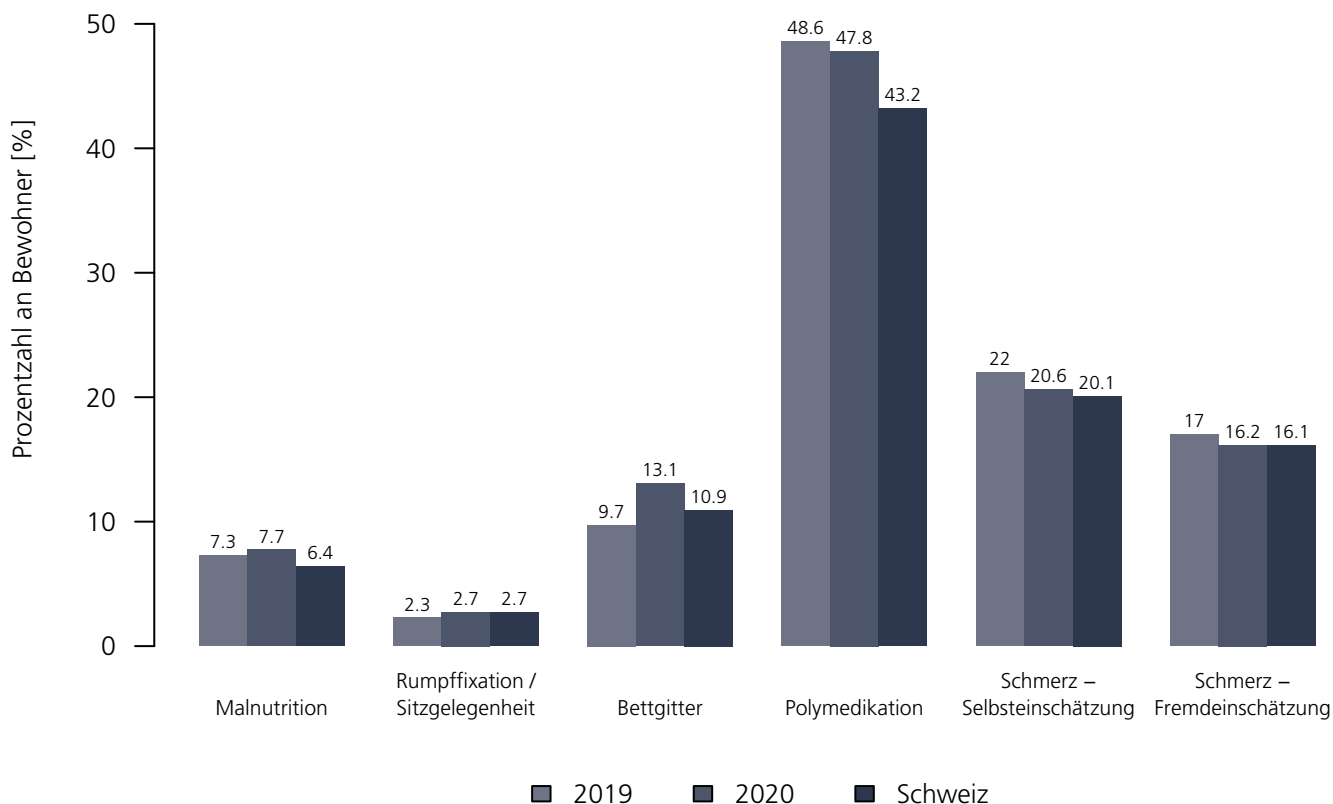
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	7.3 %	1'778	7.7 %	2'728	0.4 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	2.3 %	2'112	2.7 %	3'248	0.5 Pp	2.7 %
Bettgitter	9.7 %	1'953	13.1 %	2'962	3.3 Pp	10.9 %
Polymedikation	48.6 %	2'112	47.8 %	3'248	–0.8 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	22.0 %	1'909	20.6 %	2'824	–1.4 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	17.0 %	2'112	16.2 %	3'248	–0.8 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Kanton SH

Hinweis zur Interpretation der Zahlen:

Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform:	–
Total Bewohner – CH:	101226
Total Bewohner:	1371
Instrument:	–

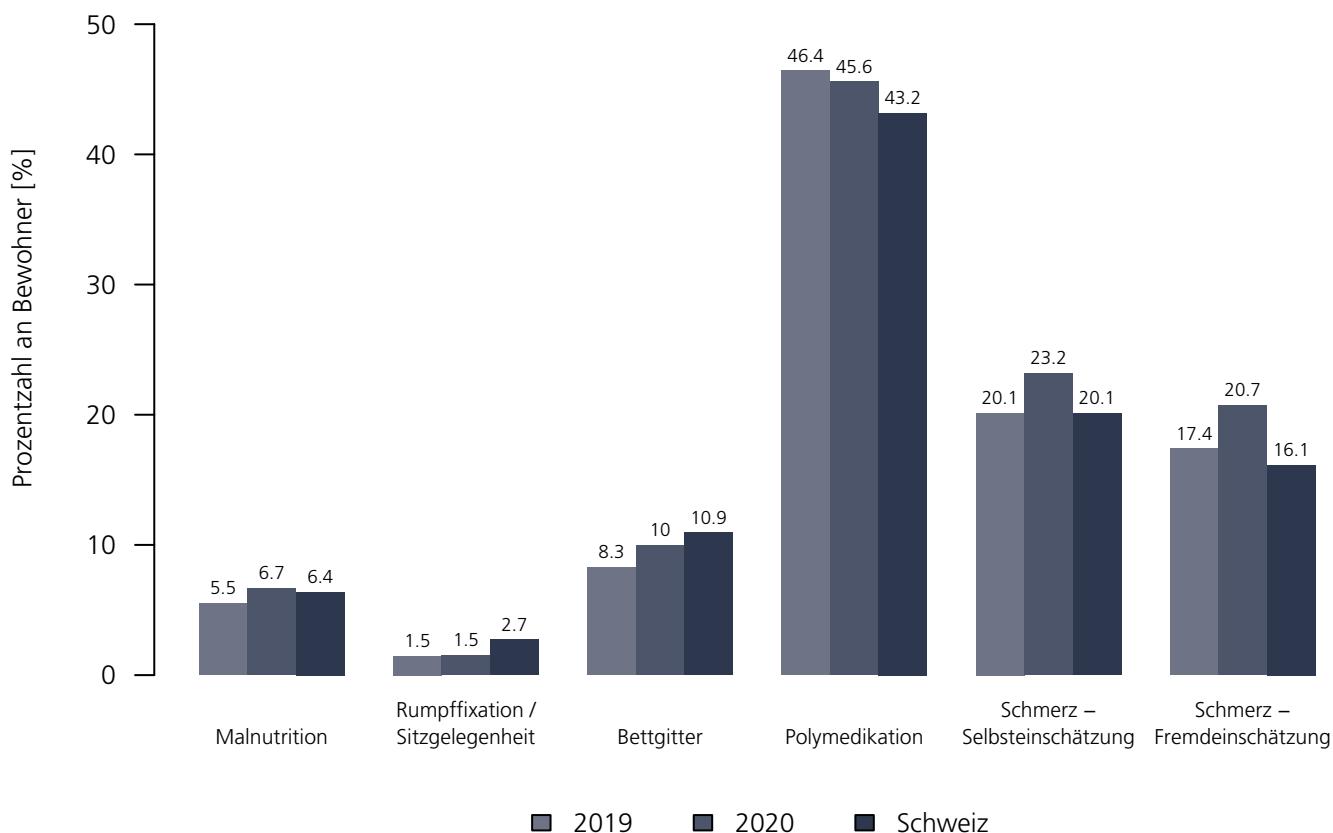
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	5.5 %	763	6.7 %	1'138	1.2 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	1.5 %	885	1.5 %	1'371	0.1 Pp	2.7 %
Bettgitter	8.3 %	833	10.0 %	1'265	1.7 Pp	10.9 %
Polymedikation	46.4 %	885	45.6 %	1'371	–0.9 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	20.1 %	834	23.2 %	1'243	3.0 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	17.4 %	885	20.7 %	1'371	3.3 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Kanton AR

Hinweis zur Interpretation der Zahlen:

Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform:	–
Total Bewohner – CH:	101226
Total Bewohner:	873
Instrument:	–

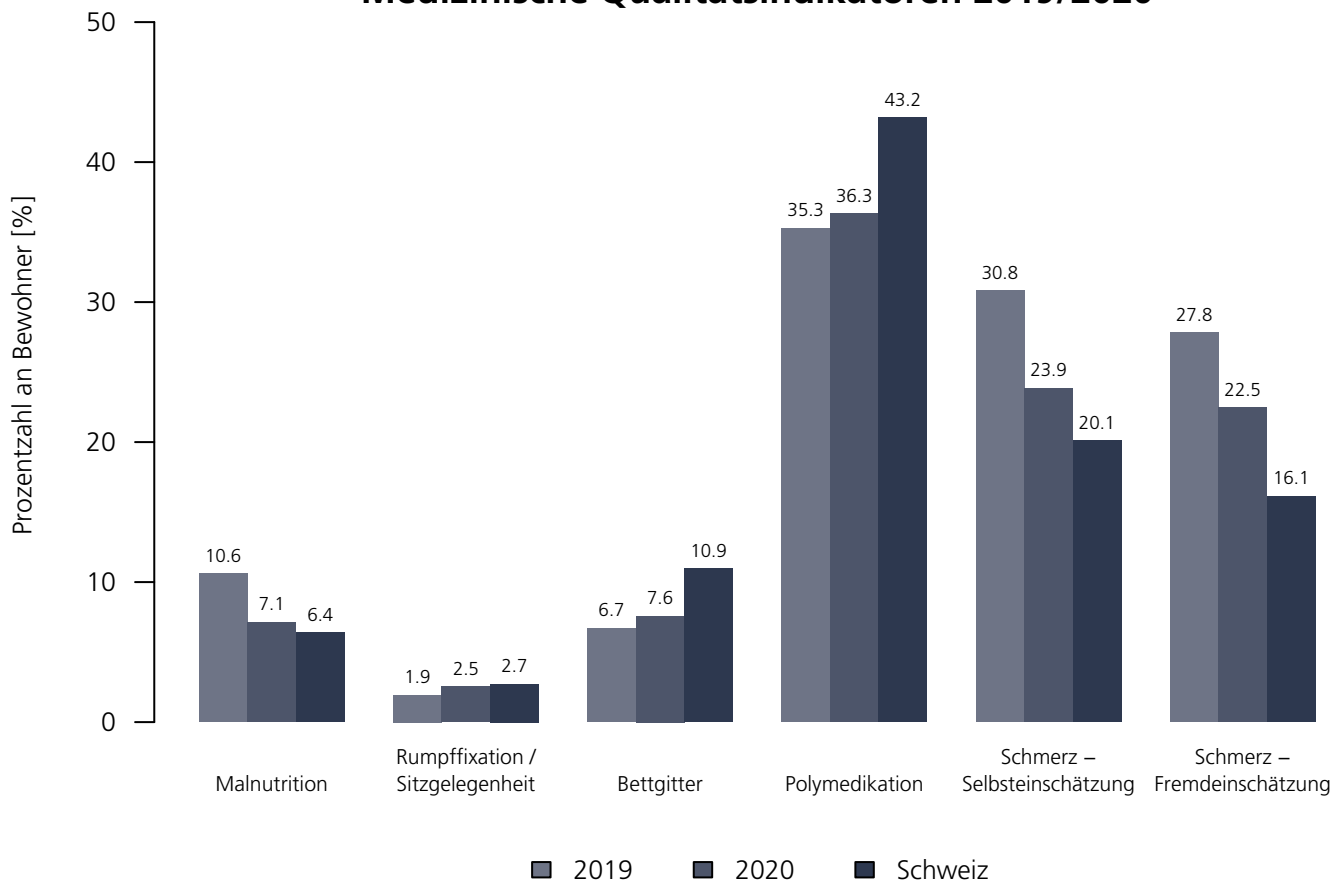
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	10.6 %	245	7.1 %	744	–3.5 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	1.9 %	309	2.5 %	873	0.6 Pp	2.7 %
Bettgitter	6.7 %	283	7.6 %	818	0.9 Pp	10.9 %
Polymedikation	35.3 %	309	36.3 %	873	1.0 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	30.8 %	279	23.9 %	763	–7.0 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	27.8 %	309	22.5 %	873	–5.4 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Kanton AI

Hinweis zur Interpretation der Zahlen:

Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform:	–
Total Bewohner – CH:	101226
Total Bewohner:	196
Instrument:	–

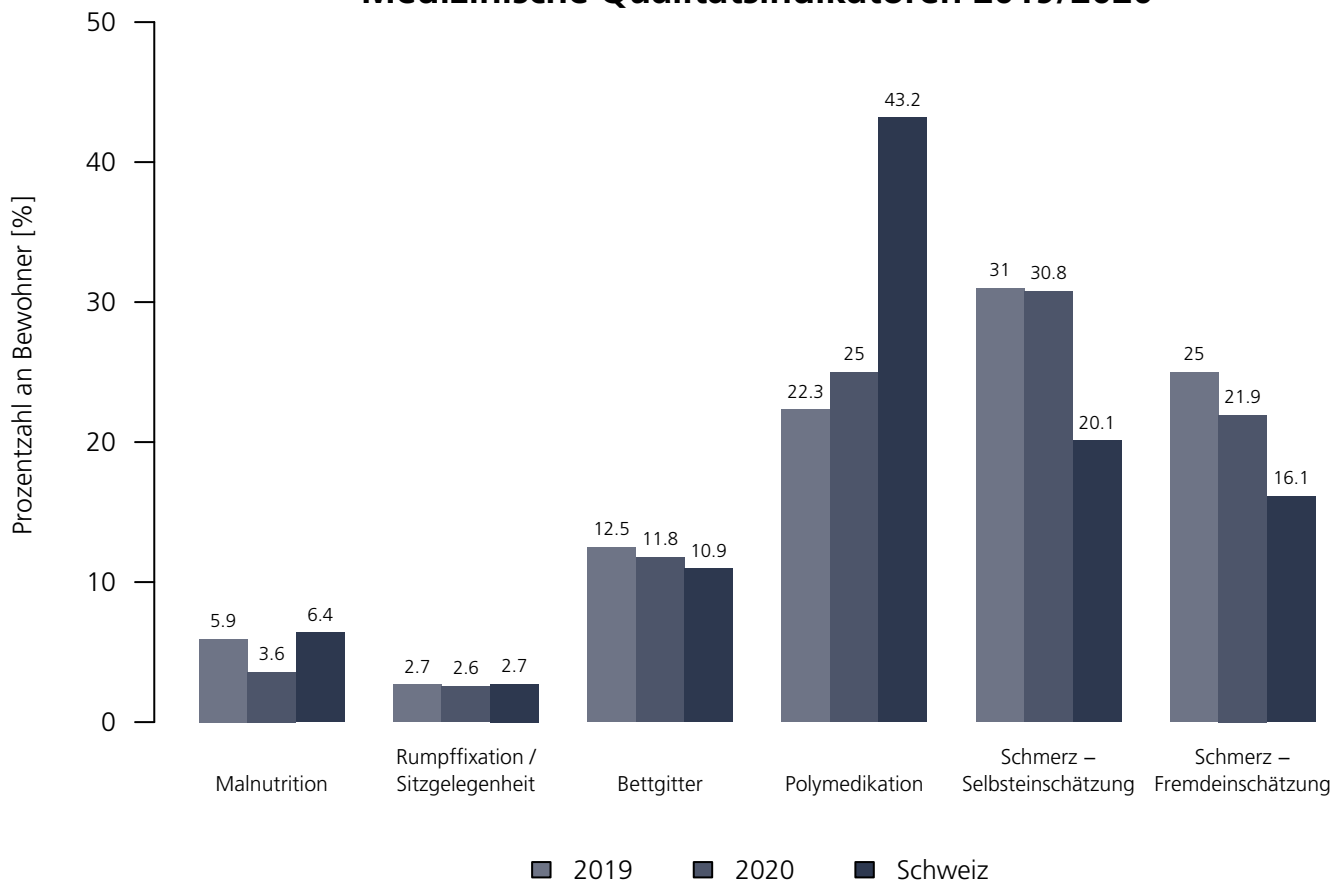
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	5.9 %	101	3.6 %	168	–2.4 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	2.7 %	112	2.6 %	196	–0.1 Pp	2.7 %
Bettgitter	12.5 %	96	11.8 %	170	–0.7 Pp	10.9 %
Polymedikation	22.3 %	112	25.0 %	196	2.7 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	31.0 %	100	30.8 %	169	–0.2 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	25.0 %	112	21.9 %	196	–3.1 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform: –

Total Bewohner – CH: 101226

Total Bewohner: 6113

Instrument: –

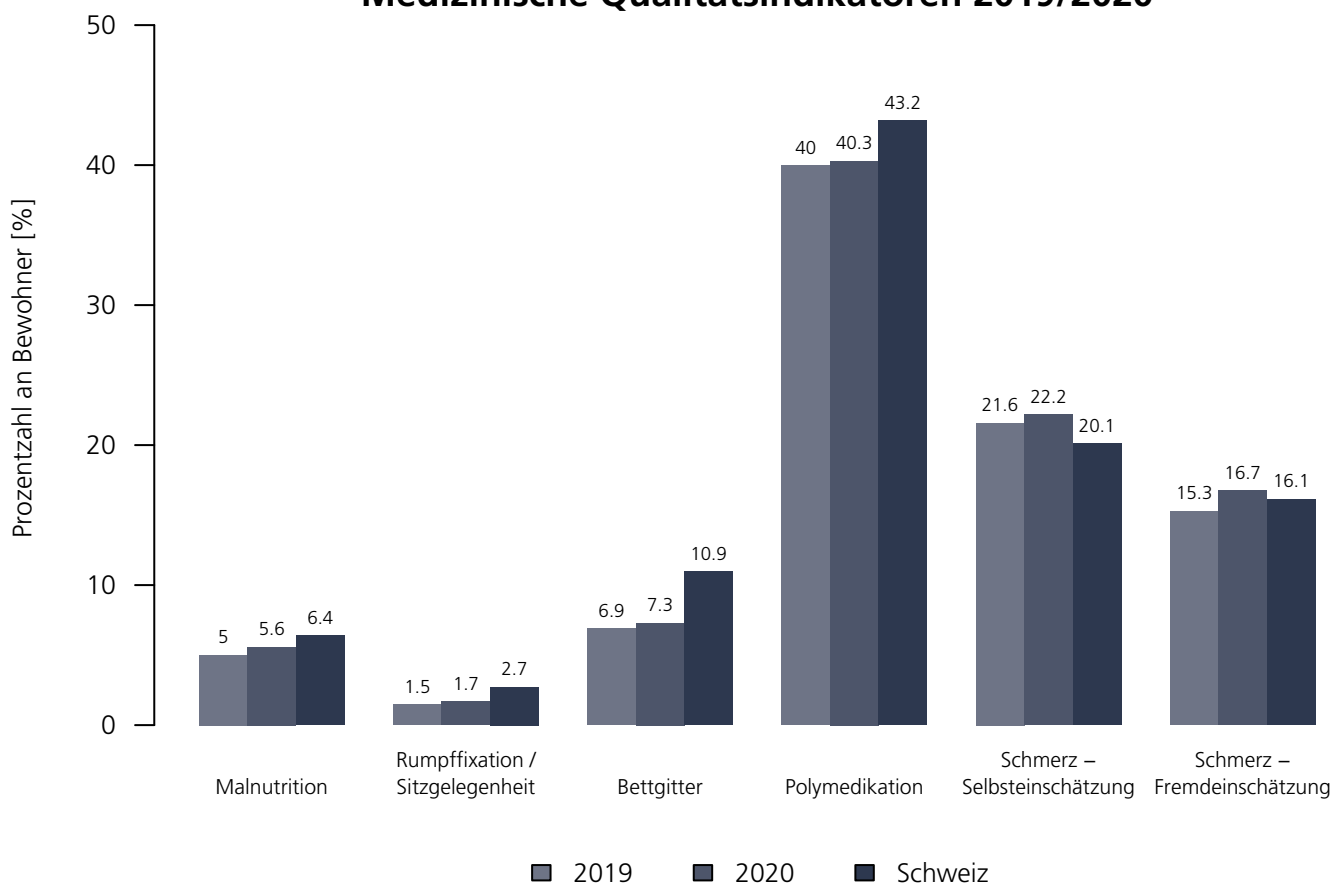
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	5.0 %	3'777	5.6 %	5'143	0.6 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	1.5 %	4'517	1.7 %	6'112	0.2 Pp	2.7 %
Bettgitter	6.9 %	4'283	7.3 %	5'780	0.4 Pp	10.9 %
Polymedikation	40.0 %	4'520	40.3 %	6'113	0.3 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	21.6 %	3'979	22.2 %	5'271	0.6 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	15.3 %	4'520	16.7 %	6'113	1.5 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Kanton GR

Hinweis zur Interpretation der Zahlen:

Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform:	–
Total Bewohner – CH:	101226
Total Bewohner:	3012
Instrument:	–

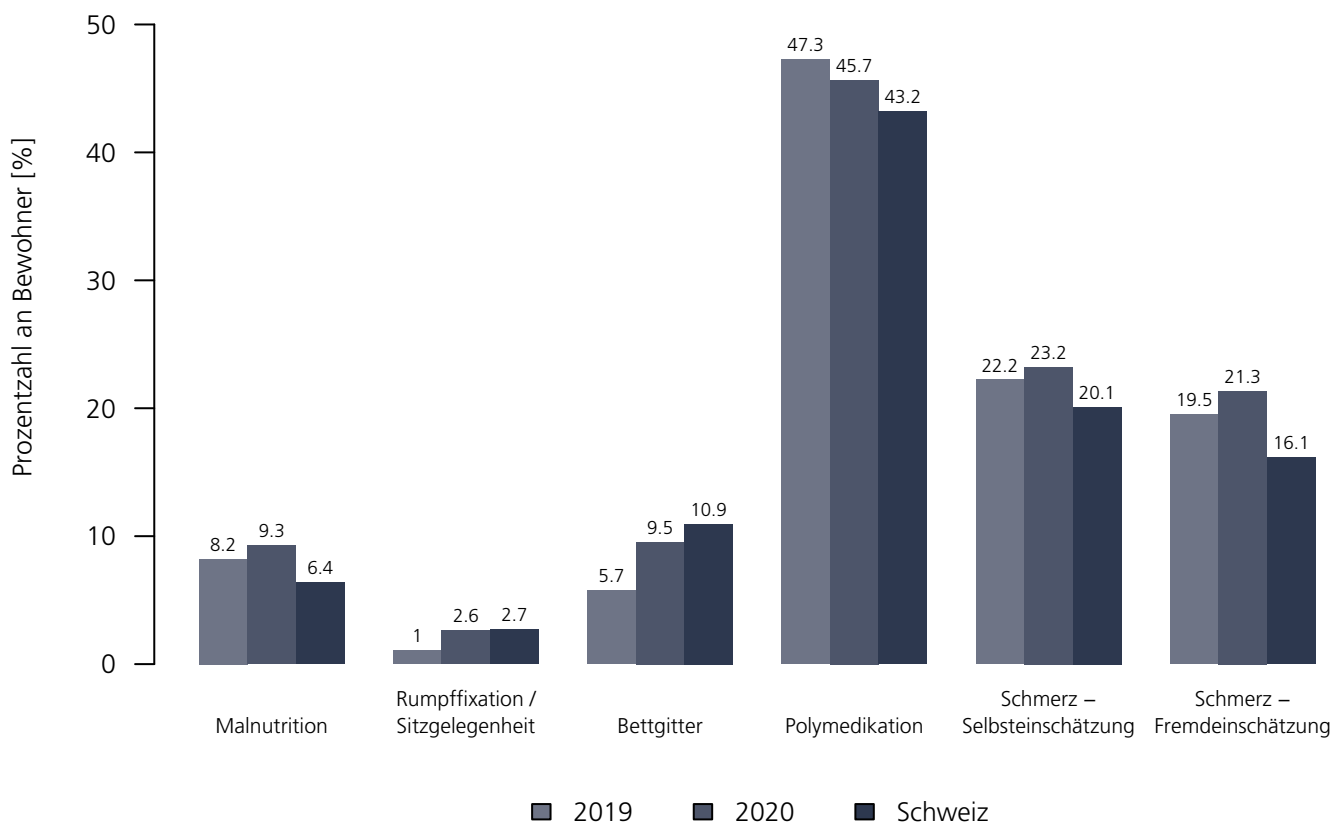
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	8.2 %	1'535	9.3 %	2'369	1.1 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	1.0 %	1'914	2.6 %	3'010	1.6 Pp	2.7 %
Bettgitter	5.7 %	1'779	9.5 %	2'724	3.8 Pp	10.9 %
Polymedikation	47.3 %	1'915	45.7 %	3'012	–1.6 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	22.2 %	1'746	23.2 %	2'765	1.0 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	19.5 %	1'915	21.3 %	3'012	1.8 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform: –

Total Bewohner – CH: 101226

Total Bewohner: 7069

Instrument: –

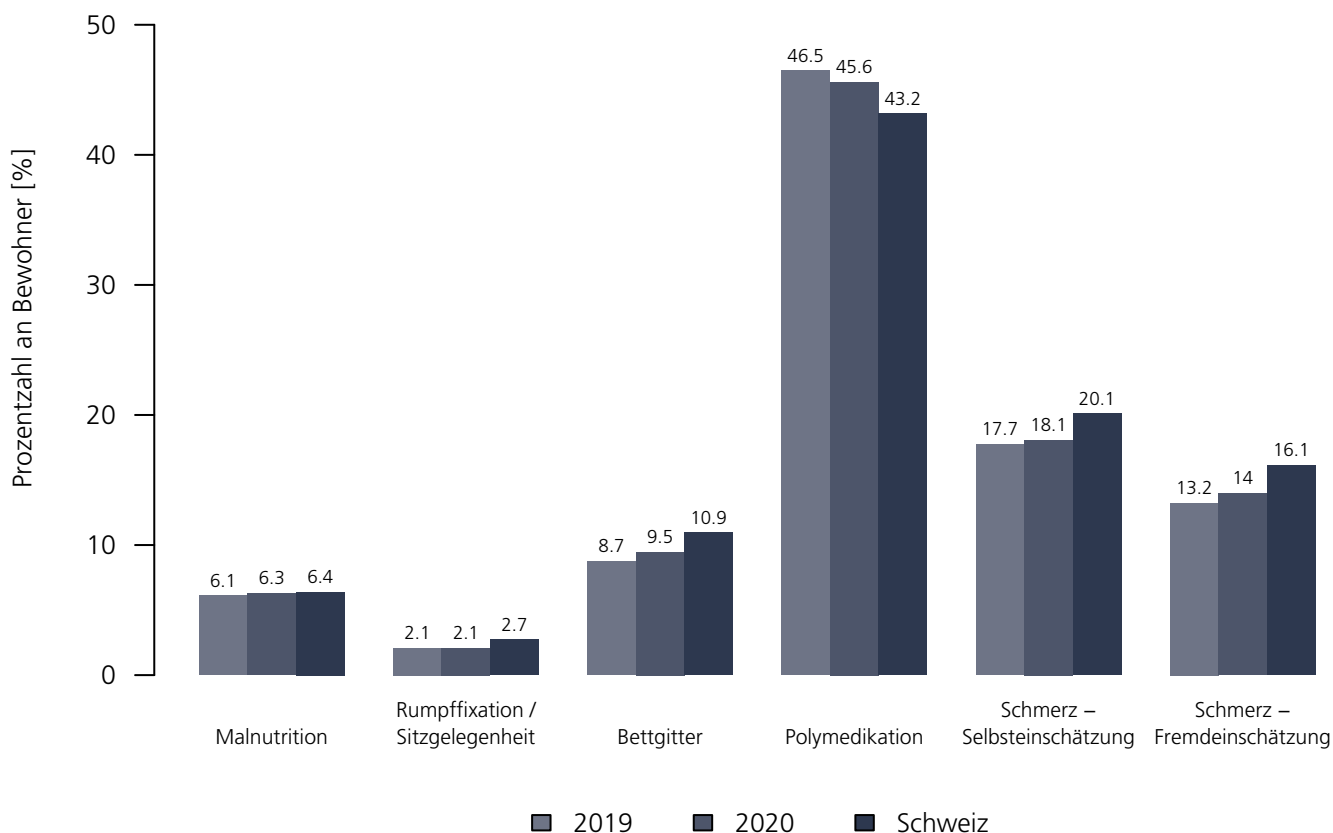
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	6.1 %	3'674	6.3 %	5'826	0.2 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	2.1 %	4'634	2.1 %	7'068	0.0 Pp	2.7 %
Bettgitter	8.7 %	4'325	9.5 %	6'650	0.7 Pp	10.9 %
Polymedikation	46.5 %	4'634	45.6 %	7'069	-0.9 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	17.7 %	4'025	18.1 %	6'089	0.3 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	13.2 %	4'634	14.0 %	7'069	0.8 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



Die Qualitätsindikatoren sind hier auf kantonaler Ebene aggregiert und nicht risikoadjustiert

Rechtsform: –

Total Bewohner – CH: 101226

Total Bewohner: 3623

Instrument: –

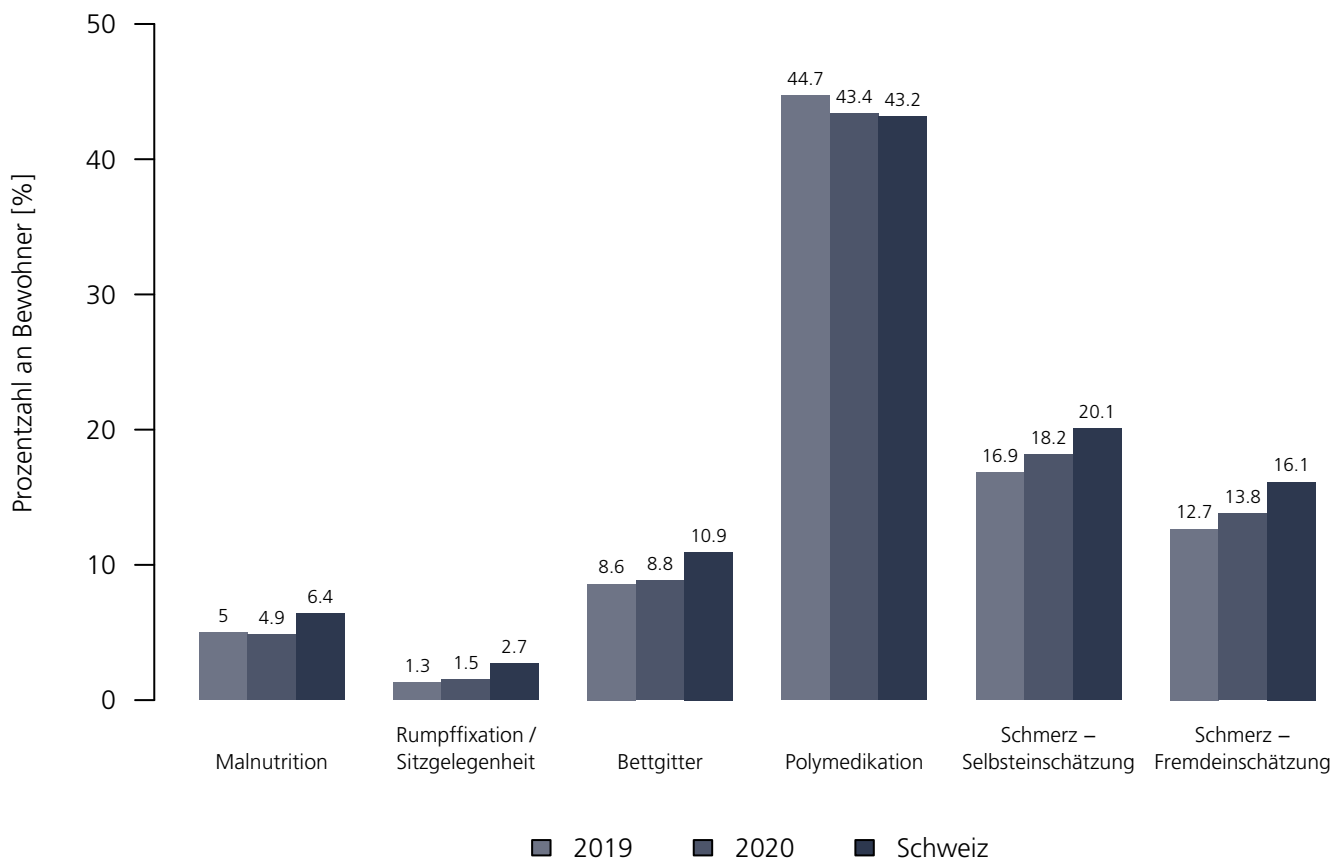
Medizinische Qualitätsindikatoren

Numerische Darstellung

Indikatoren	2019	NBew ₂₀₁₉	2020	NBew ₂₀₂₀	Differenz	Schweiz
Malnutrition	5.0 %	2'331	4.9 %	2'892	–0.1 Pp	6.4 %
Rumpffixation / Sitzgelegenheit	1.3 %	2'938	1.5 %	3'623	0.3 Pp	2.7 %
Bettgitter	8.6 %	2'782	8.8 %	3'443	0.2 Pp	10.9 %
Polymedikation	44.7 %	2'939	43.4 %	3'623	–1.3 Pp	43.2 %
Schmerz – Selbsteinschätzung	16.9 %	2'486	18.2 %	3'031	1.3 Pp	20.1 %
Schmerz – Fremdeinschätzung	12.7 %	2'939	13.8 %	3'623	1.2 Pp	16.1 %

Grafische Darstellung

Medizinische Qualitätsindikatoren 2019/2020



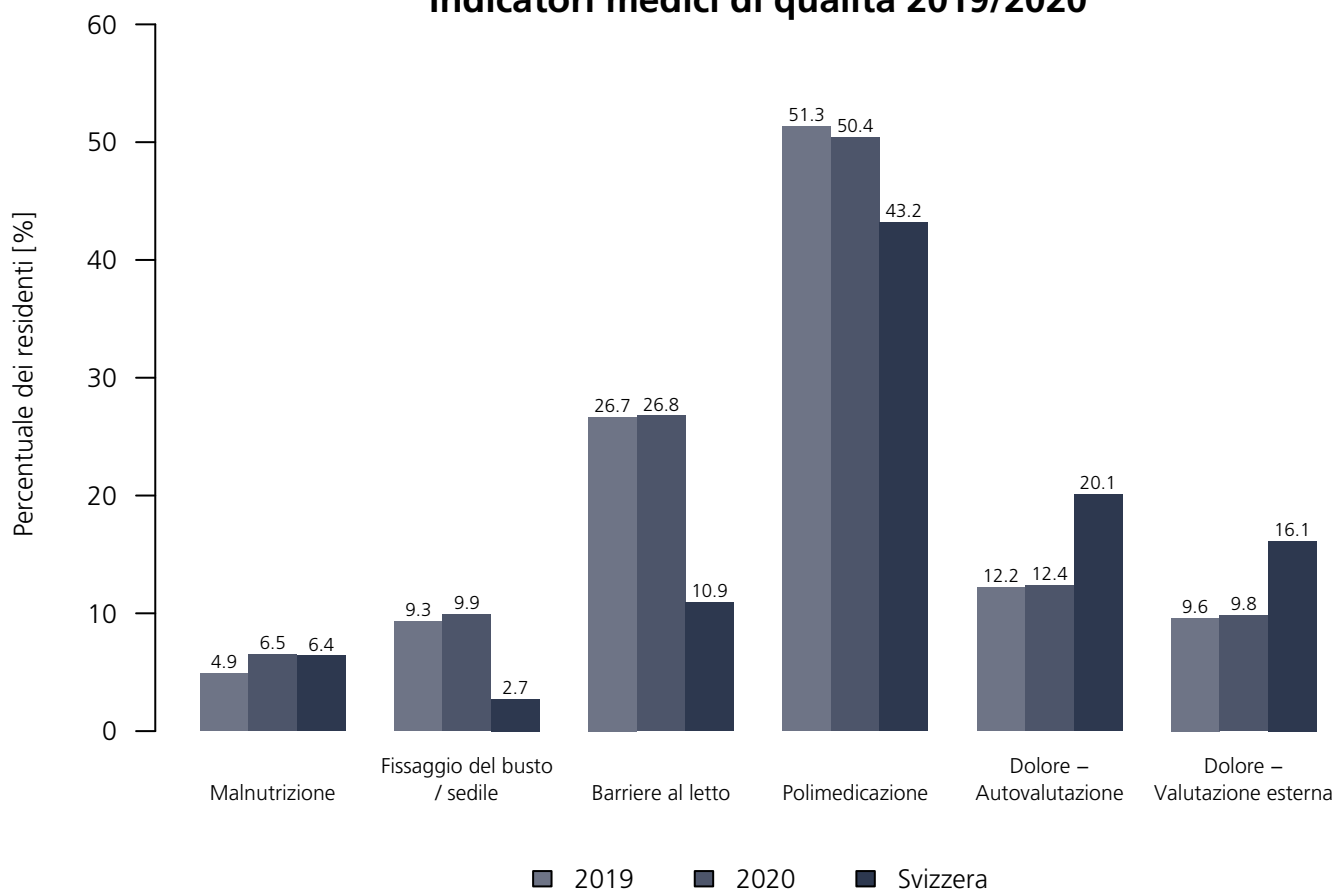
Cantone TI**Precauzioni per l'interpretazione delle cifre:**

Gli indicatori sono qui aggregati a livello cantonale e non sono adeguati ai rischi

Forma giuridica:	–
Totale residenti – CH:	101226
Totale residenti:	4317
Strumento:	–

Indicatori medici di qualità**Rappresentazione numerica**

Indicatori	2019	NRes ₂₀₁₉	2020	NRes ₂₀₂₀	Differenza	Svizzera
Malnutrizione	4.9 %	3'716	6.5 %	3'549	1.7 pp	6.4 %
Fissaggio del busto / sedile	9.3 %	4'558	9.9 %	4'316	0.6 pp	2.7 %
Barriere al letto	26.7 %	4'242	26.8 %	4'072	0.1 pp	10.9 %
Polimedicazione	51.3 %	4'559	50.4 %	4'317	–0.9 pp	43.2 %
Dolore – Autovalutazione	12.2 %	4'172	12.4 %	3'935	0.1 pp	20.1 %
Dolore – Valutazione esterna	9.6 %	4'559	9.8 %	4'317	0.2 pp	16.1 %

Rappresentazione grafica**Indicatori medici di qualità 2019/2020**

Canton VD

Précautions d'interprétation des chiffres :

les indicateurs sont ici agrégés au niveau cantonal et ne sont pas ajustés en fonction des risques

Forme juridique :	–
Total résidents – CH :	101226
Total résidents :	6442
Instrument :	–

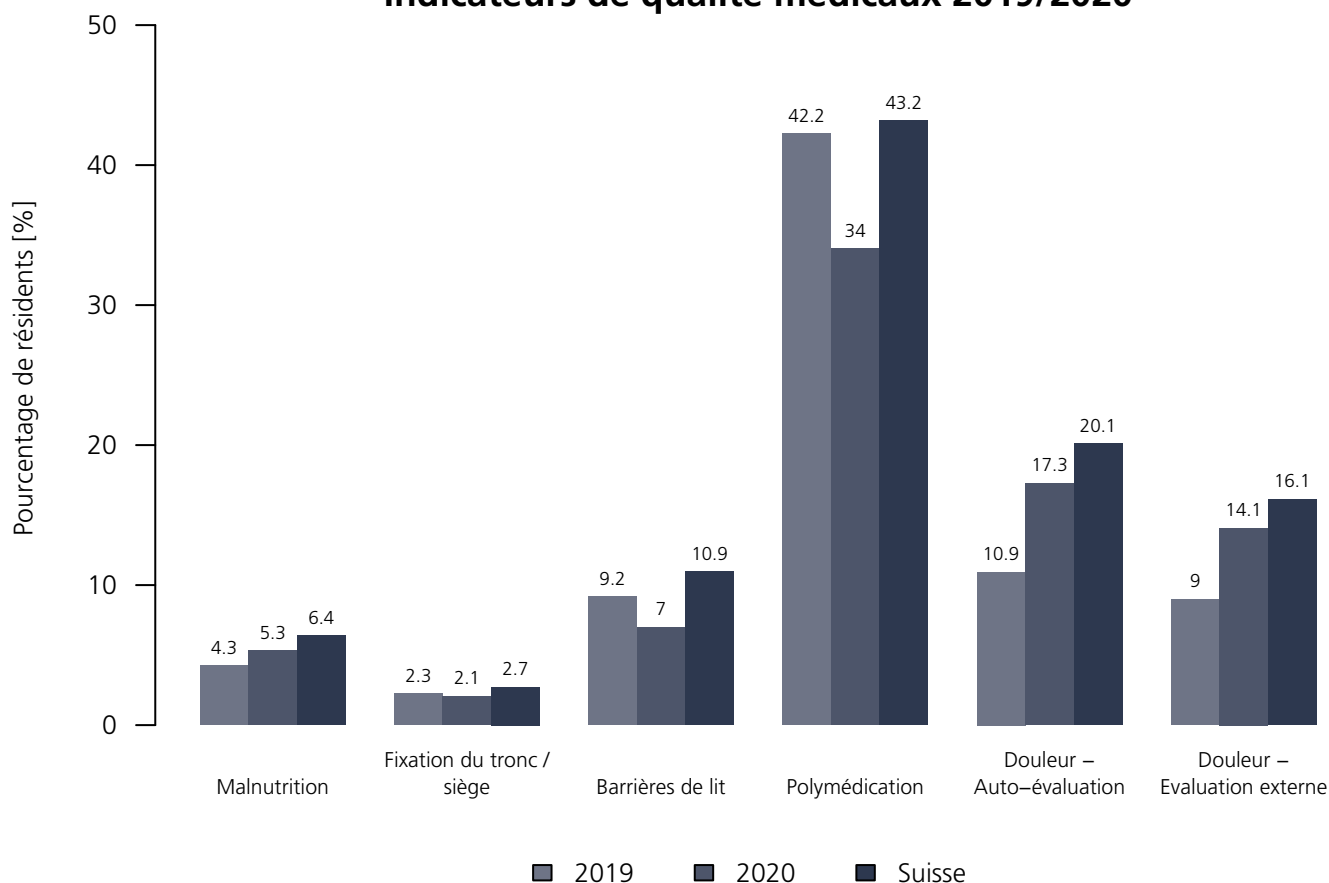
Indicateurs de qualité médicaux

Représentation chiffrée

Indicateurs	2019	NRés ₂₀₁₉	2020	NRés ₂₀₂₀	Différence	Suisse
Malnutrition	4.3 %	352	5.3 %	5'447	1.1 pp	6.4 %
Fixation du tronc / siège	2.3 %	399	2.1 %	6'420	–0.2 pp	2.7 %
Barrières de lit	9.2 %	382	7.0 %	6'170	–2.2 pp	10.9 %
Polymédication	42.2 %	400	34.0 %	6'442	–8.2 pp	43.2 %
Douleur – Auto-évaluation	10.9 %	366	17.3 %	6'369	6.3 pp	20.1 %
Douleur – Evaluation externe	9.0 %	400	14.1 %	6'442	5.1 pp	16.1 %

Représentation graphique

Indicateurs de qualité médicaux 2019/2020



Canton VS

Précautions d'interprétation des chiffres :

les indicateurs sont ici agrégés au niveau cantonal et ne sont pas ajustés en fonction des risques

Forme juridique :	–
Total résidents – CH :	101226
Total résidents :	4205
Instrument :	–

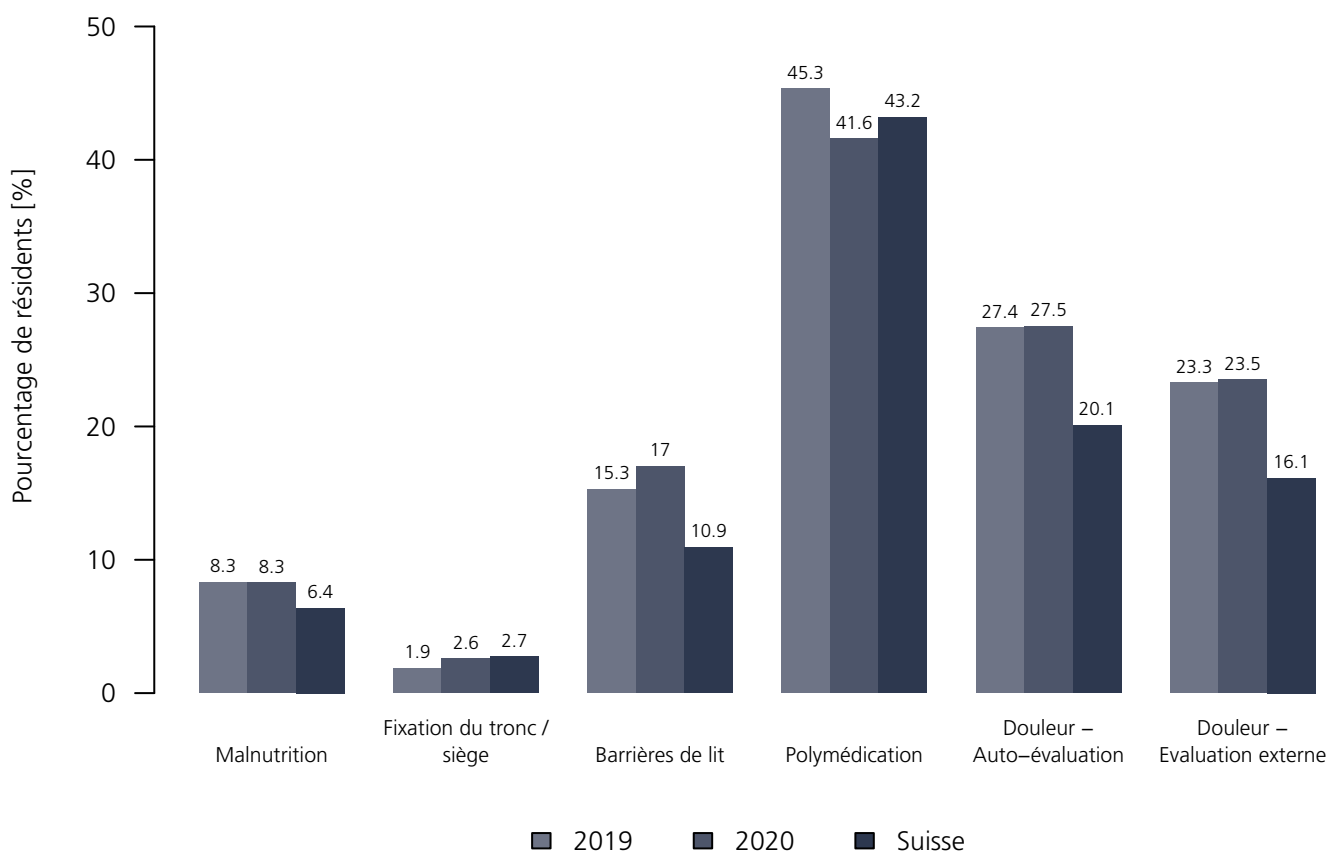
Indicateurs de qualité médicaux

Représentation chiffrée

Indicateurs	2019	NRés ₂₀₁₉	2020	NRés ₂₀₂₀	Différence	Suisse
Malnutrition	8.3 %	1'721	8.3 %	3'296	0.0 pp	6.4 %
Fixation du tronc / siège	1.9 %	2'084	2.6 %	4'205	0.7 pp	2.7 %
Barrières de lit	15.3 %	1'955	17.0 %	3'924	1.7 pp	10.9 %
Polymédication	45.3 %	2'084	41.6 %	4'205	–3.8 pp	43.2 %
Douleur – Auto-évaluation	27.4 %	1'692	27.5 %	3'427	0.1 pp	20.1 %
Douleur – Evaluation externe	23.3 %	2'084	23.5 %	4'205	0.2 pp	16.1 %

Représentation graphique

Indicateurs de qualité médicaux 2019/2020



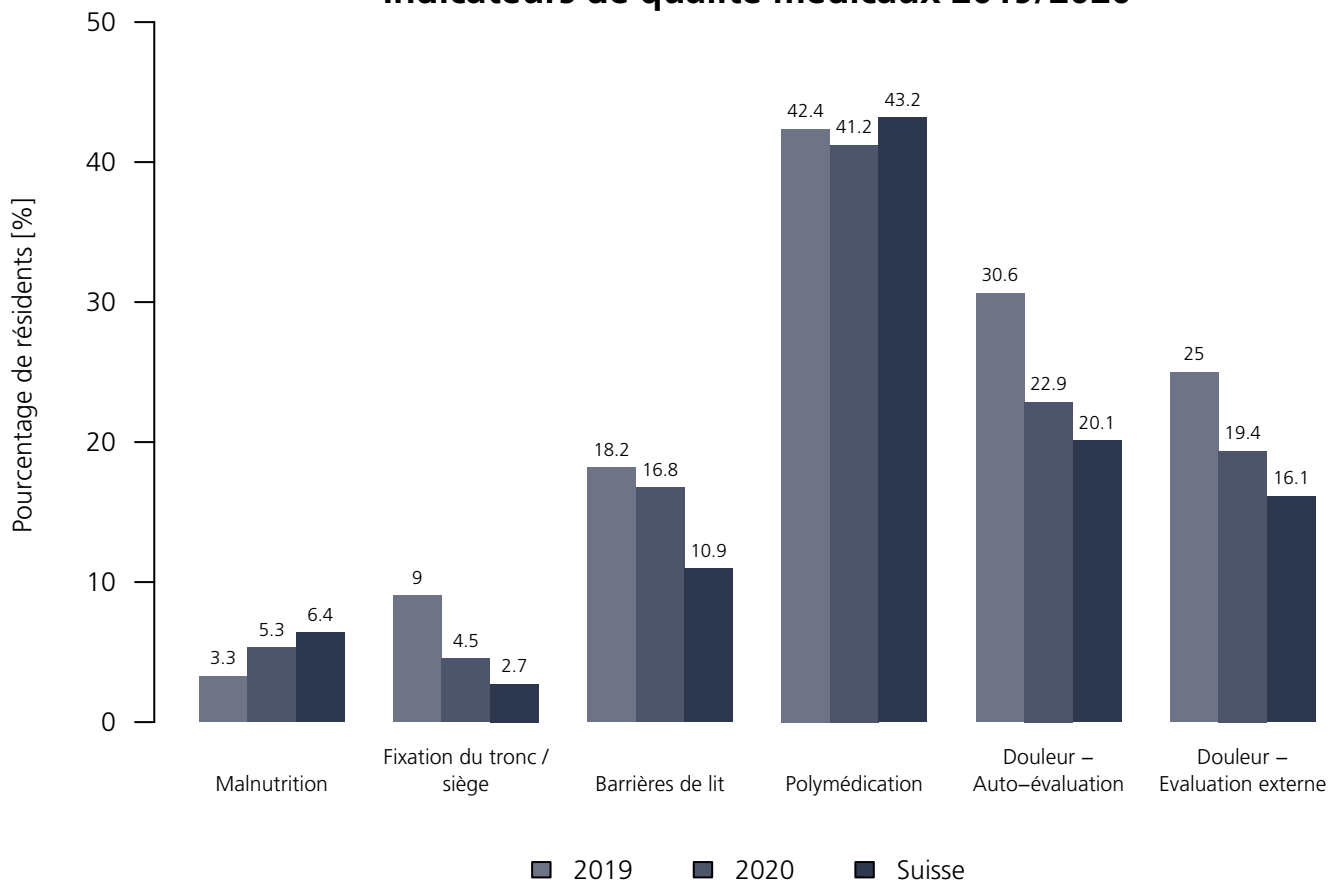
Canton NEPrécautions d'interprétation des chiffres :

les indicateurs sont ici agrégés au niveau cantonal et ne sont pas ajustés en fonction des risques

Forme juridique :	–
Total résidents – CH :	101226
Total résidents :	2241
Instrument :	–

Indicateurs de qualité médicaux**Représentation chiffrée**

Indicateurs	2019	NRés ₂₀₁₉	2020	NRés ₂₀₂₀	Différence	Suisse
Malnutrition	3.3 %	122	5.3 %	2'013	2.0 pp	6.4 %
Fixation du tronc / siège	9.0 %	144	4.5 %	2'229	–4.5 pp	2.7 %
Barrières de lit	18.2 %	132	16.8 %	2'053	–1.4 pp	10.9 %
Polymédication	42.4 %	144	41.2 %	2'241	–1.1 pp	43.2 %
Douleur – Auto-évaluation	30.6 %	111	22.9 %	2'213	–7.8 pp	20.1 %
Douleur – Evaluation externe	25.0 %	144	19.4 %	2'241	–5.6 pp	16.1 %

Représentation graphique**Indicateurs de qualité médicaux 2019/2020**

les indicateurs sont ici agrégés au niveau cantonal et ne sont pas ajustés en fonction des risques

Forme juridique :	–
Total résidents – CH :	101226
Total résidents :	4164
Instrument :	–

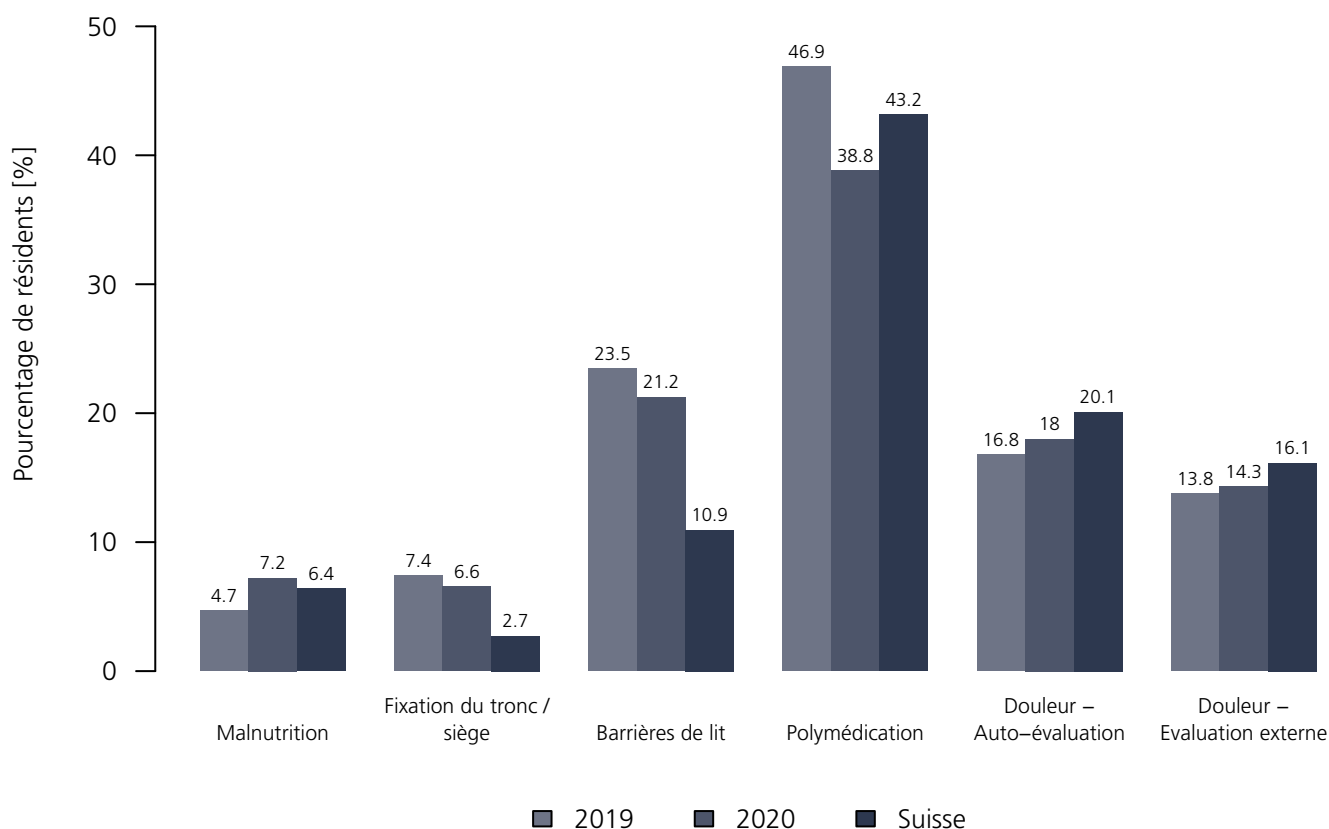
Indicateurs de qualité médicaux

Représentation chiffrée

Indicateurs	2019	NRés ₂₀₁₉	2020	NRés ₂₀₂₀	Différence	Suisse
Malnutrition	4.7 %	425	7.2 %	3'564	2.5 pp	6.4 %
Fixation du tronc / siège	7.4 %	528	6.6 %	4'159	–0.8 pp	2.7 %
Barrières de lit	23.5 %	486	21.2 %	3'850	–2.2 pp	10.9 %
Polymédication	46.9 %	529	38.8 %	4'164	–8.0 pp	43.2 %
Douleur – Auto-évaluation	16.8 %	453	18.0 %	4'124	1.2 pp	20.1 %
Douleur – Evaluation externe	13.8 %	529	14.3 %	4'164	0.5 pp	16.1 %

Représentation graphique

Indicateurs de qualité médicaux 2019/2020



les indicateurs sont ici agrégés au niveau cantonal et ne sont pas ajustés en fonction des risques

Forme juridique :	–
Total résidents – CH :	101226
Total résidents :	792
Instrument :	–

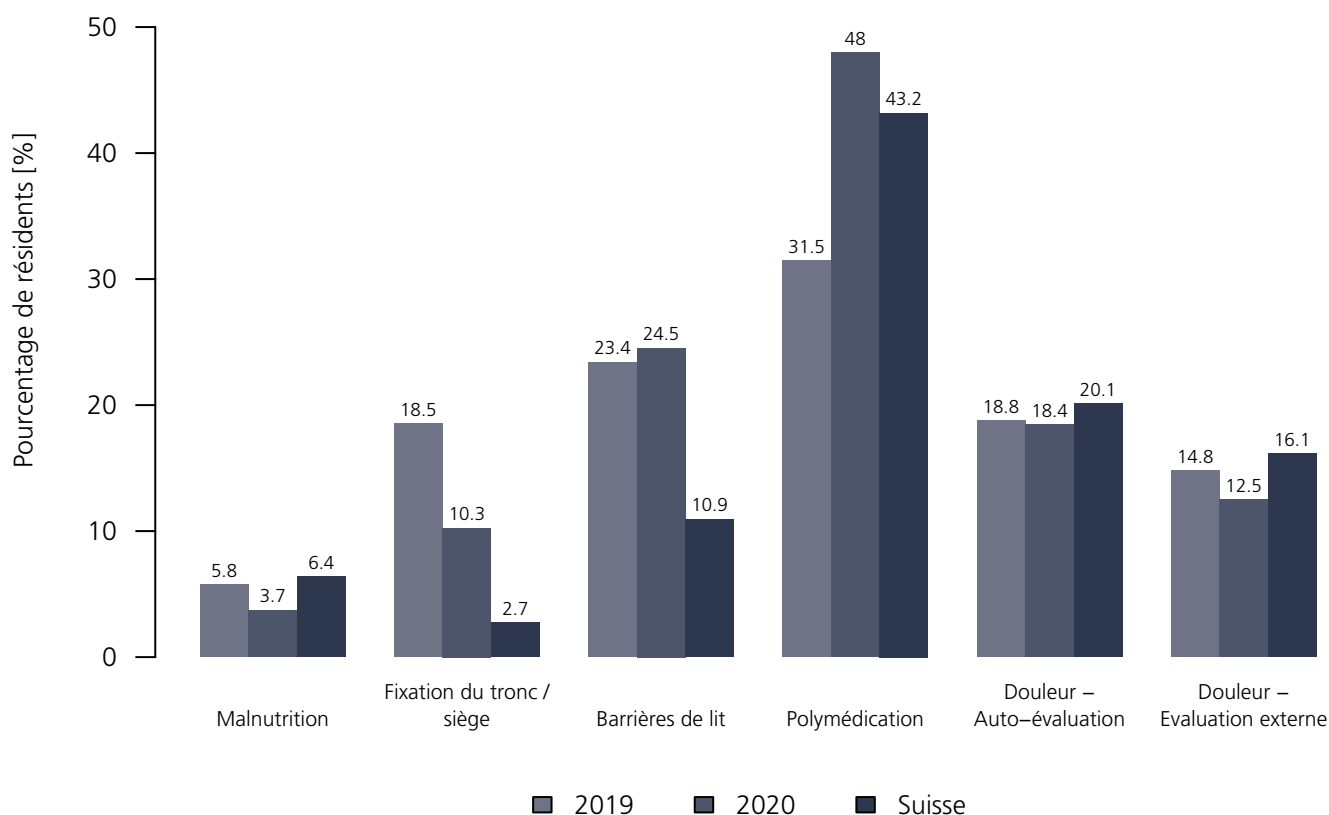
Indicateurs de qualité médicaux

Représentation chiffrée

Indicateurs	2019	NRés ₂₀₁₉	2020	NRés ₂₀₂₀	Différence	Suisse
Malnutrition	5.8 %	52	3.7 %	699	–2.0 pp	6.4 %
Fixation du tronc / siège	18.5 %	54	10.3 %	790	–8.3 pp	2.7 %
Barrières de lit	23.4 %	47	24.5 %	689	1.1 pp	10.9 %
Polymédication	31.5 %	54	48.0 %	792	16.5 pp	43.2 %
Douleur – Auto-évaluation	18.8 %	48	18.4 %	786	–0.3 pp	20.1 %
Douleur – Evaluation externe	14.8 %	54	12.5 %	792	–2.3 pp	16.1 %

Représentation graphique

Indicateurs de qualité médicaux 2019/2020



5 Anhänge

5.1 Allgemeine Bemerkungen

Bewohnerpopulation

Die zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren verwendeten Daten umfassen alle im betrachteten Datenjahr in Langzeitpflege im Pflegeheim anwesenden Bewohner, wobei nur die aktuellste Evaluation berücksichtigt wird (d. h. nur eine Evaluation pro Bewohner zum selben Datum). Liegt für das betrachtete Datenjahr keine Evaluation vor, wird die letzte Evaluation des Vorjahres herangezogen. Ab 2020 muss spätestens alle 9 Monate eine Evaluation der Bewohner durchgeführt werden. Dies bedeutet, dass die früheste gültige Evaluation bis zu 9 Monate vor dem Beginn des betrachteten Datenjahres liegen kann, d.h. bis zum 01.03. des Vorjahres zurückgehen kann.

Ausschlusskriterien

Zur Berechnung bestimmter medizinischer Qualitätsindikatoren wurden Ausschlusskriterien festgelegt. Folglich ist die Population für die Berechnung des Indikators indikatorspezifisch. In Fällen, in denen keine Ausschlusskriterien definiert wurden, kann die Datenbereinigung dennoch Ausschlüsse bewirken und eine spezifische Bewohnerpopulation eingrenzen.

Anpassung der Information zur Bedarfsabklärung bei Eintritt

Wenn das Datum der Bedarfsabklärung D100 dem Eintrittsdatum D09 entspricht, ist die erfolgte Bedarfsabklärung als «Bedarfsabklärung bei Eintritt: Ja», d. h. $D101 = 1$, auszuweisen. Um diese Verknüpfung zwischen den Variablen D09, D100 und D101 sicherzustellen, wurde eine Hilfsvariable zur Anpassung der Eingaben für die Variable D101 – Bedarfsabklärung bei Eintritt eingeführt.

Analyseebene

Für die Daten 2019 und 2020 wurde als Analyseebene zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren die kantonale Ebene gewählt. Die Indikatoren werden somit gemäss SOMED nach zuständigem Kanton berechnet.

Risikoadjustierung

Aus Gründen der Datenqualität wurde für die Ausgabe der Daten 2019/2020 auf Schätzung der risikoadjustierten medizinischen Qualitätsindikatoren verzichtet.

5.2 Bereinigung auf Ebene des gesamten Datensatzes

Es wurden globale Bereinigungsentscheide getroffen, die den gesamten Datensatz betreffen.

Pflegeheime mit wenigen Bewohnern

Diese Bereinigung betrifft nur den Fall, in dem die medizinischen Qualitätsindikatoren auf Ebene Pflegeheime berechnet werden. Wenn die Aggregation nach SOMED einer einzigen Einrichtung entspricht und diese eine zu geringe Anzahl Bewohner hat, wird sie aus dem Datensatz ausgeschlossen. Die Mindestgrenze wird nach Datenschutzkriterien festgelegt.

Für die Daten 2019 und 2020 entfällt diese Bereinigung.

BUR-Nummer – Variable A02

BUR-Nummern, die in der SOMED-Statistik für die betrachteten Datenjahre nicht enthalten sind, wurden geliefert. Nur die in der SOMED-Statistik enthaltenen BUR-Nummern werden berücksichtigt und als gültig betrachtet.

Kanton – Variable A04

Im Variablenbeschrieb der Erhebung der medizinischen Qualitätsindikatoren für die Daten 2019 und 2020 war die Variable A04 – Kanton nicht enthalten. Deshalb liegt diese Information, die ein Pflegeheim mit einem Kanton verknüpft, nicht direkt in den Daten zu den medizinischen Qualitätsindikatoren vor. Um sie zu erhalten, wurden die Angaben zum zuständigen Kanton aus der SOMED-Statistik mit der BUR-Nummer aus den Daten zu den medizinischen Qualitätsindikatoren abgeglichen.

Bewohneridentifikationsnummer – Variable D01

Die Bewohneridentifikationsnummern bestehen aus 7 oder 14 Ziffern. Ihre Länge wird für das betrachtete Datenjahr vom Bedarfsabklärungsinstrumentenanbieter festgelegt und muss bei allen Bewohnern, die mit diesem Instrument im betrachteten Datenjahr erfasst werden, gleich sein.

Bei der Anwendung dieses Kriteriums werden die Kantone NE, VD, GE und JU systematisch aus dem Datensatz ausgeschlossen. Daher wurde eine weniger strikte Bereinigung vorgenommen, bei der nur die Daten, bei denen die Variable D01 nicht ausgefüllt ist, aus dem Datensatz ausgeschlossen werden.

Jahrgang – Variable D04J

Die Berechnung des Alters beruht auf dem Jahrgang – Variable D04J.

Bewohner, deren Alter, basierend auf dem Geburtsjahr, nicht zwischen 18 und 115 Jahren liegt, werden aus dem Datensatz ausgeschlossen.

Es lässt sich nicht ermitteln, ob diese Variable korrekt ausgefüllt ist. Ausschlussfehler können daher auf die Qualität dieser Daten zurückzuführen sein.

Eintrittsdatum – Variable D09

Das Eintrittsdatum muss angegeben und im Format YYYYMMDD erfasst werden.

Da die Datumsvariablen nicht als zuverlässig betrachtet werden können (siehe unten), ist es schwierig, eine Untergrenze für das Eintrittsdatum festzulegen. Die Relevanz dieses Zeitpunkts hängt auch vom Geburtsdatum ab, das nicht immer korrekt erfasst wird. So ist es beispielsweise nicht möglich, nur die Bewohner auszuwählen, die zwischen dem 1. Januar 50 Jahre vor dem betrachteten Datenjahr und dem 31. Dezember des betrachteten Datenjahres in das Pflegeheim eingetreten sind.

Alle Eingaben, bei denen das Eintrittsdatum nicht ordnungsgemäss ausgefüllt ist oder nach dem 31.12. des betrachteten Datenjahres liegt, werden aus dem Datensatz ausgeschlossen.

Austrittsdatum – Variable D10

Das Austrittsdatum kann leer gelassen werden. Falls es ausgefüllt wird, muss das Austrittsdatum im Format YYYYMMDD erfasst werden und innerhalb des betrachteten Datenjahres liegen, d. h. zwischen dem 01.01. und dem 31.12. Datenzeilen, bei denen diese Bedingung nicht erfüllt ist, werden vom Datensatz ausgeschlossen.

Inkohärenz zwischen Eintrittsdatum D09, Datum der Bedarfsabklärung D100 und Austrittsdatum D10

Die Inkohärenz zwischen Daten sollte ein Ausschlusskriterium sein. Die Daten erwiesen sich jedoch als unzuverlässig. Es gibt Fälle, in denen die Variable D101 angibt, dass die Bedarfsabklärung eine Bedarfsabklärung bei Eintritt ist. Die Zeitperiode zwischen dem Eintrittsdatum und der Bedarfsabklärung widerspricht aber dieser Information. In anderen Fällen liegt das Austrittsdatum vor dem Eintrittsdatum.

Aus Gesprächen mit den Bedarfsabklärungsinstrumentenanbietern ging hervor, dass das Eintrittsdatum nicht unbedingt zu jenem Zeitpunkt geändert wird, zu dem der Status des Bewohners von Kurzzeit zu Langzeit wechselt. Die Bedarfsabklärung bei Eintritt erfolgt dann ab dem Wechsel des Status von Kurzzeit zu Langzeit innerhalb der vorgesehenen Zeit. Dies spiegelt sich jedoch nicht in der berechneten Zeitperiode zwischen dem erfassten Eintrittsdatum und dem Datum der Bedarfsabklärung wider, da das Eintrittsdatum immer für dasjenige für einen kurzfristigen Aufenthalt ist.

Differenzen zwischen dem Eintrittsdatum und dem Datum der Bedarfsabklärung von mehr als 21 Tagen können ebenfalls mit der Systemlogik zusammenhängen. Es kann sein, dass das Eintrittsdatum automatisch das Datum der Anmeldung bei der internen Verwaltungssoftware des Pflegeheims oder das Datum des Übergangs zu einem Bedarfsabklärungstool ist. Das verunmöglicht auch die Berechnung der tatsächlichen Aufenthaltsdauer aufgrund des Eintrittsdatums.

In Fällen, in denen das Austrittsdatum vor dem Eintrittsdatum liegt, kann es sein, dass sich das Austrittsdatum tatsächlich auf das Datum der Statusänderung des Bewohners und das

Eintrittsdatum auf den Eintritt in den neuen Status bezieht.

Es wurde daher beschlossen, dass es zu streng wäre, Datenzeilen aufgrund der Inkohärenz zwischen den Variablen D100 (Datum der Bedarfsabklärung) und D101 (Bedarfsabklärung bei Eintritt) auszuschliessen. Ebenso werden Bewohner, deren Austrittsdatum vor dem Eintrittsdatum liegt, nicht vom Datensatz ausgeschlossen.

Berücksichtigte Evaluationen

Liegt für das betrachtete Datenjahr keine Evaluation vor, ist die letzte Evaluation des Vorjahres heranzuziehen. Seit 2020 muss spätestens alle 9 Monate der Bedarf der Bewohner abgeklärt werden. Dies bedeutet, dass die früheste gültige Evaluation bis zu neun Monate vor dem Beginn des betrachteten Datenjahres liegen kann, d.h. bis zum 01.03. des Vorjahres zurückgehen kann. Alle Evaluationen, die vor dem 01.03. des dem betrachteten Datenjahr vorausgehenden Jahres durchgeführt wurden, sind vom Datensatz ausgeschlossen.

Mehrere Evaluationen für einen bestimmten Bewohner am selben Datum

Mehrfach-Evaluationen für einen bestimmten Bewohner am selben Datum werden durch die Kombination der Variablen D01 – Bewohneridentifikationsnummer und D100 – Datum der Bedarfsabklärung ermittelt. Zwei identische Kombinationen zeigen, dass der betreffende Bewohner zwei Evaluationen am selben Datum hatte.

Bei mehreren Evaluationen für einen bestimmten Bewohner am selben Datum wird die vollständigste Evaluation berücksichtigt. Haben zwei Evaluationen denselben Vollständigkeitsgrad, wählt das Programm die erste auf der Liste aus.

Mehrere Evaluationen für einen bestimmten Bewohner an verschiedenen Daten

Erfolgt für einen Bewohner mehrere Evaluationen an verschiedenen Daten und kann zum aktuellen Zeitpunkt nicht ermittelt werden, welche Evaluation zu berücksichtigen ist, wird die zuletzt durchgeführte Evaluation herangezogen. Alle anderen werden vom Datensatz ausgeschlossen.

5.3 Bereinigung auf Ebene Berechnungsvariablen

Neben den globalen Datenbereinigungen (siehe oben) wurden auch spezifischere Bereinigungsentscheide getroffen, die einen Einfluss auf die Variablen zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren haben.

Fehlende oder ungültige Werte

Bewohner, bei denen die Variablen zur Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren nicht ordnungsgemäss ausgefüllt sind, werden vom Datensatz ausgeschlossen.

Manche Variablen sind an andere Variablen gekoppelt. Die bei diesen Variablen zulässigen Werte hängen dann von den Werten der Variablen ab, mit denen sie verknüpft sind. Bewohner, bei denen die gekoppelten Variablen ungültige Kombinationen aufweisen, werden vom Datensatz ausgeschlossen.

Indikator *Malnutrition* – Variablen D102, D101 und D103

Die Variablen D102 (Gewichtsverlust), D101 (Bedarfsabklärung bei Eintritt) und D103 (Lebenserwartung weniger als 6 Monate) sind für die Berechnung des Indikators *Mangelernährung* relevant. Bei diesem Indikator besteht das Ausschlusskriterium für die Berechnung darin, die Bewohnerpopulation, bei der die Bedarfsabklärung eine Bedarfsabklärung bei Eintritt ist (D101 = 1) oder die eine Lebenserwartung von unter 6 Monaten hat (D103 = 1), nicht zu berücksichtigen.

Neben diesem Ausschlusskriterium in Zusammenhang mit der Berechnung des Indikators ist für die Datenqualität erforderlich, dass nur die ausgefüllten und gültigen Werte der betreffenden Variablen berücksichtigt werden. Bei der Variable D101 wollte man zudem die Verknüpfung mit dem Eintrittsdatum und dem Datum der Bedarfsabklärung sicherstellen, sofern das Eintrittsdatum und das Datum der Bedarfsabklärung zusammenfallen.

Somit werden Bewohner, bei denen die Variablen D102, D101 und D103 nicht ordnungsgemäss ausgefüllt sind, vom Datensatz ausgeschlossen.

Indikator *Rumpffixation / Sitzgelegenheit* – Variablen D120/D122 und D123/D125

Die Variablen D120 und D122 sowie D123 und D125 sind für die Berechnung des Indikators *Bewegungseinschränkende Massnahmen – Sitzgelegenheit oder Rumpffixation* relevant. Bei diesem Indikator besteht das Ausschlusskriterium für die Berechnung darin, die Bewohnerpopulation, für die die Maßnahme auf ihren Wunsch hin umgesetzt wurde, nicht zu berücksichtigen.

Neben diesem Ausschlusskriterium in Zusammenhang mit der Berechnung des Indikators ist für die Datenqualität erforderlich, dass nur die ausgefüllten und gültigen Werte der Variablen D120 und D122 sowie D123 und D125 berücksichtigt werden. Zudem sind die Kombinationen zwischen den Variablen zur Frequenz der Massnahme und zu ihrem Kontext zu berücksichtigen.

Somit werden Bewohner, bei denen die gekoppelten Variablen keine gültigen Kombinationen aufweisen, vom Datensatz ausgeschlossen.

Indikator *Bettgitter* – Variablen D126/D128

Die Variablen D126 und D128 sind für die Berechnung des Indikators *Bewegungseinschränkende Massnahmen – Bettgitter* relevant. Bei diesem Indikator besteht das Ausschlusskriterium für die Berechnung darin, die Bewohnerpopulation, für die die Maßnahme auf ihren Wunsch hin umgesetzt wurde, nicht zu berücksichtigen.

Neben diesem Ausschlusskriterium in Zusammenhang mit der Berechnung des Indikators ist für

die Datenqualität erforderlich, dass nur die ausgefüllten und gültigen Werte der Variablen D126 und D128 berücksichtigt werden. Zudem sind die Kombinationen zwischen den Variablen zur Frequenz der Massnahme und zu ihrem Kontext zu berücksichtigen.

Somit werden Bewohner, bei denen die gekoppelten Variablen keine gültigen Kombinationen aufweisen, vom Datensatz ausgeschlossen.

Indikator *Polymedikation* – Variable D130

Die Variable D130 ist für die Berechnung des Indikators *Polymedikation* relevant. Dieser Indikator wird auf der Grundlage aller gültigen Daten berechnet. Somit werden Bewohner, bei denen die Variable D130 nicht ordnungsgemäss ausgefüllt ist, vom Datensatz ausgeschlossen.

Indikator *Schmerz – Selbsteinschätzung* – Variablen D140/D141

Die Variablen D140 und D141 sind für die Berechnung des Indikators *Schmerz – Selbsteinschätzung* relevant. Bei diesem Indikator besteht das Ausschlusskriterium für die Berechnung darin, die Bewohnerpopulation, die keine gültige Selbsteinschätzung hat, d. h. diejenigen, die dazu keine Antwort geben konnten oder wollten, nicht zu berücksichtigen.

Neben diesem Ausschlusskriterium in Zusammenhang mit der Berechnung des Indikators ist für die Datenqualität erforderlich, dass nur die ausgefüllten und gültigen Werte der Variablen D140 und D141 berücksichtigt werden. Zudem sind die Kombinationen zwischen den Variablen zur Schmerzhäufigkeit und zur Schmerzintensität zu berücksichtigen. Somit werden Bewohner, bei denen die gekoppelten Variablen keine gültigen Kombinationen aufweisen, vom Datensatz ausgeschlossen.

Indikator *Schmerz – Fremdeinschätzung* – Variablen D147/D148

Die Variablen D147 und D148 sind für die Berechnung des Indikators *Schmerz – Fremdeinschätzung* relevant. Dieser Indikator wird auf der Grundlage aller gültigen Daten berechnet.

Somit werden Bewohner, bei denen die Variablen D147 und D148 nicht ordnungsgemäss ausgefüllt sind, vom Datensatz ausgeschlossen. Zudem sind die Kombinationen zwischen den Variablen zur Schmerzhäufigkeit und zur Schmerzintensität zu berücksichtigen. Somit werden Bewohner, bei denen die gekoppelten Variablen keine gültigen Kombinationen aufweisen, vom Datensatz ausgeschlossen.

6 Glossar

6.1 Alphabetischer Index

Analyseebene

Für die Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren herangezogene Einheit. Die medizinischen Qualitätsindikatoren können auf Einrichtungsebene (sofern die Datenqualität dies zulässt), auf kantonaler Ebene und auf gesamtschweizerischer Ebene berechnet werden.

Ausschlusskriterium

Ein Ausschlusskriterium dient dazu, bestimmte Bewohner im Voraus von der Berechnung auszuschliessen. Bei den medizinischen Qualitätsindikatoren zu den bewegungseinschränkenden Massnahmen wurde beispielsweise beschlossen, die Bewohner, für die die Maßnahme auf ihren Wunsch hin umgesetzt wurde, nicht in die Berechnung einzubeziehen.

Bewohnerpopulation

Gesamtheit der Bewohner, die bei der Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren berücksichtigt wird. Die Population variiert je nach Ausschlusskriterien und erfolgter Datenbereinigung. Die Berechnung jedes Indikators beruht auf einer ihm eigenen Bewohnerpopulation.

Medizinische Qualitätsindikatoren

Für die vorliegende Publikation sind dies die folgenden sechs medizinischen Qualitätsindikatoren (Messthemen):

- Malnutrition (Mangelernährung): Prozentualer Anteil an Bewohnern mit einem Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen.
- Rumpffixation / Sitzgelegenheit (Bewegungseinschränkende Massnahmen): Prozentualer Anteil an Bewohnern mit täglicher Fixierung des Rumpfes (im Sitzen oder Liegen) oder Sitzgelegenheit, die die Bewohner am selbstständigen Aufstehen hindert, in den letzten 7 Tagen.
- Bettgitter (Bewegungseinschränkende Massnahmen): Prozentualer Anteil an Bewohnern mit täglichem Gebrauch von Bettgittern und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, die die Bewohner am selbstständigen Verlassen des Bettes hindern, in den letzten 7 Tagen.
- Polymedikation (Polymedikation): Prozentualer Anteil an Bewohnern, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnahmen.

- Schmerz – Selbsteinschätzung (Schmerzen): Prozentualer Anteil an Bewohnern, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen oder nicht täglich sehr starke Schmerzen angaben.
- Schmerz – Fremdeinschätzung (Schmerzen): Prozentualer Anteil an Bewohnern, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen oder nicht täglich sehr starke Schmerzen zeigten.

Die medizinischen Qualitätsindikatoren sind in Kapitel 3 dieser Publikation beschrieben.

Pflegeheime

Die Pflegeheime beherbergen Menschen, die Langzeitpflege benötigen.

Informationen:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html>

Risikoadjustierung

Die medizinischen Qualitätsindikatoren dienen zur Messung der Unterschiede zwischen den Pflegeheimen in Bezug auf die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen. Die Pflegeheime unterscheiden sich jedoch in mehreren Aspekten (Grösse, Auftrag, Schwerpunkte, Struktur der Bewohner in Bezug auf Pflegeintensität oder kognitiven Status usw.). Daher kann ein Teil der bei der Messung der medizinischen Qualitätsindikatoren beobachteten Unterschiede mit diesen verschiedenen Merkmalen zusammenhängen. Ein anderer Teil entsteht möglicherweise rein zufällig. Die beobachteten Unterschiede widerspiegeln also nicht ausschliesslich Unterschiede in der Pflegeleistungsqualität in den gemessenen Themen. Um diese Einflüsse zu eliminieren, kann eine Risikoadjustierung vorgenommen werden, indem bekannte Risikofaktoren bei der Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden. Die beobachteten Unterschiede sind dann auf tatsächliche Unterschiede in der Pflegeleistungsqualität zurückzuführen. Somit ermöglicht die Risikoadjustierung Vergleiche zwischen den Pflegeheimen in den gemessenen Themen, ohne den Einfluss von Faktoren, die sie voneinander unterscheiden und nicht mit der Pflegeleistungsqualität zusammenhängen.

Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED

Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) ist eine administrative Statistik des BFS, die in erster Linie dazu dient, die Infrastruktur und der Tätigkeit der Betriebe mit 24-Stunden-Betrieb zu beschreiben, in denen Personen zur stationären Behandlung oder Betreuung aufgenommen werden. Die Einweisung kann aus medizinischen und/oder sozialen Gründen erfolgen und ist in der Regel auf einen längerfristigen Zeitraum hin angelegt. Zu diesen Institutionen gehören die Alters- und Pflegeheime, die Institutionen für Behinderte, die

Einrichtungen für Suchtkranke, die Betriebe zur Behandlung von psychosozialen Fällen und die Kur- und Erholungsheime.

Die auskunftspflichtigen Betriebe erstatten jährlich Bericht über die erbrachten Leistungen, die betreuten Klientinnen und Klienten, das Betreuungspersonal sowie über ihre Betriebsrechnung.

Informationen:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/somed.assetdetail.11647599.html>

Variablenbeschrieb der Erhebung der medizinischen Qualitätsindikatoren

Vom BFS erstelltes Dokument, das die für die Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren zu liefernden Variablen angibt.

Daten 2020:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/somed/applikation-hilfe-benutzer.assetdetail.11507188.html>

Daten 2019:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.assetdetail.9847764.html>

5 Annexes

5.1 Remarques générales

Population de résidents

Les données utilisées pour le calcul des indicateurs de qualité médicaux contiennent l'ensemble des résidents hébergés en long séjour et présents dans l'EMS durant l'année de données considérée, en ne considérant que l'évaluation la plus récente (une seule évaluation par résident à la même date). Si aucune évaluation n'est disponible dans l'année de données considérée, on considérera l'évaluation la plus récente de l'année précédente. Dès 2020, une évaluation des résidents doit être réalisée au plus tard tous les neuf mois. Cela implique que l'évaluation valide considérée remonte parfois au plus tôt à neuf mois avant le début de l'année de données considérée, c'est-à-dire 01.03, de l'année précédente.

Critères d'exclusion

Pour le calcul de certains indicateurs de qualité médicaux, des critères d'exclusion ont été définis. De ce fait, la population de calcul de l'indicateur est spécifique à l'indicateur. Dans les cas où aucun critère d'exclusion n'a été défini, le nettoyage des données peut tout de même imposer des exclusions et définir une population de résidents spécifique.

Adaptation de l'information sur l'évaluation à l'entrée

Lorsque la date d'évaluation D100 correspond à la date d'entrée D09, alors l'évaluation réalisée doit être indiquée comme « évaluation à l'entrée : OUI », soit $D101 = 1$. Pour s'assurer de ce lien entre les variables D09, D100 et D101, une variable auxiliaire a été créée pour adapter les saisies de la variable D101 – Évaluation à l'entrée.

Niveau d'analyse

Pour les données 2019 et 2020, le niveau d'analyse choisi pour le calcul des indicateurs de qualité médicaux est le niveau cantonal. Les indicateurs sont ainsi calculés par canton responsable selon la SOMED.

Ajustement en fonction des risques

Pour des raisons liées à la qualité des données, l'estimation des indicateurs de qualité médicaux ajustés aux risques est laissée de côté pour l'édition des données 2019/2020.

5.2 Nettoyage au niveau de l'ensemble des données

Des décisions de nettoyage globales ont été prises et affectent les données dans leur ensemble.

Etablissements avec peu de résidents

Ce nettoyage ne concerne que le cas où les indicateurs de qualité médicaux sont calculés au niveau des établissements. Dans la mesure où le regroupement SOMED correspond à un seul établissement et que ce dernier accueille un nombre trop limité de résidents, cet établissement, est exclu de l'ensemble de données. La limite minimale sera définie en fonction des critères de protection des données.

Pour les données 2019 et 2020, ce nettoyage ne s'applique pas.

Numéro REE – Variable A02

Des numéros REE ne figurant pas dans la statistique SOMED des années considérées ont été livrés. Seul les numéros REE figurant dans la SOMED sont pris en compte et considérés comme valables.

Canton – Variable A04

Pour les données 2019 et 2020, la variable A04 – Canton ne figurait pas dans la description des variables du relevé des indicateurs de qualité médicaux. C'est pourquoi, l'information qui relie un EMS à un canton n'est pas disponible directement dans les données sur les indicateurs de qualité médicaux. Pour l'obtenir, il a fallu procéder à un recoupement entre l'information sur le canton responsable fournie par la statistique SOMED et le numéro REE fourni dans les données sur les indicateurs de qualité médicaux.

Numéro de client – Variable D01

Les numéros d'identification du résident se composent de 7 ou de 14 chiffres. Sa longueur est déterminée pour l'année de données par le fournisseur d'instrument d'évaluation et doit être la même pour tous les résidents saisis par cet instrument à l'année de données considérée.

L'application de ce critère exclut systématiquement les cantons de NE, VD, GE et JU de l'ensemble des données. Un nettoyage moins strict a donc été appliqué et exclut uniquement de l'ensemble de données les données pour lesquelles la variable D01 n'est pas renseignée.

Année de naissance – Variable D04J

Le calcul de l'âge se base sur l'année de naissance - variable D04J.

Les résidents dont l'âge, calculé d'après l'année de naissance, n'est pas situé entre 18 ans et 115 ans sont exclus de l'ensemble des données.

Il n'est pas possible de déterminer si cette variable est renseignée de façon correcte. Des erreurs d'exclusion peuvent donc avoir leur source dans la qualité de cette information.

Date d'entrée – Variable D09

La date d'entrée doit être renseignée et être saisie selon le format YYYYMMDD.

Du fait que les variables de date ne peuvent pas être considérées comme fiables (voir plus bas), il est difficile de fixer une limite inférieure à la date d'entrée d'un résident dans l'EMS. La pertinence de ce moment dépend également de la date de naissance, laquelle n'est pas toujours saisie correctement. Ainsi, par exemple, il n'est pas possible de sélectionner seulement les résidents qui seraient entrés dans l'EMS entre le 1er janvier 50 ans avant l'année de données considérée et le 31 décembre de l'année de données considérée.

Toutes les saisies pour lesquelles la date d'entrée n'est pas renseignée de façon valide ou pour lesquelles la date d'entrée se situe après le 31.12 de l'année de données considérée sont exclues de l'ensemble de données.

Date de sortie – Variable D10

La date de sortie peut être laissée vide. Dans la mesure où elle est renseignée, elle doit être saisie selon le format YYYYMMDD et se situer dans l'année de données considérée, soit entre le 01.01 et le 31.12. De fait, les lignes de données pour lesquels cette condition n'est pas satisfaites sont exclues de l'ensemble de données.

Incohérence entre les dates d'entrée D09, d'évaluation D100 et de sortie D10

L'incohérence des dates entre elles devraient être un critère d'exclusion. Cependant, les dates se sont révélées peu fiables. En effet, on observe des cas où la variable D101 indique que l'évaluation est une évaluation à l'entrée, mais le calcul d'après la date d'entrée saisie contredit cela. Dans d'autres cas, la date de sortie est antérieure à la date d'entrée.

Les discussions engagées auprès des fournisseurs d'instruments d'évaluation ont révélé que la date d'entrée n'était pas forcément modifiée au moment où le statut du résident passe de résident de court terme à résident en séjour de longue durée. L'évaluation à l'entrée est ensuite réalisée dans le temps prévu dès le transfert en séjour de longue durée, mais ceci ne se reflète pas dans le laps de temps écoulé entre date d'entrée saisie (qui est toujours celle de l'entrée pour un séjour de court terme) et date d'évaluation.

Les différences entre la date d'entrée et la date d'évaluation supérieures à 21 jours peuvent aussi être liées à la logique du système. En effet, il est possible que la date d'entrée soit automatiquement celle de la connexion au logiciel d'administration interne de l'EMS ou du passage à un outil d'évaluation des besoins. Cela rend également impossible le calcul de la durée véritable de séjour sur la base de la date d'entrée.

Dans les cas où la date de sortie est antérieure à la date d'entrée, il se peut que la date de sortie réfère en fait à la date de changement de statut du résident et la date d'entrée à l'entrée dans le nouveau statut.

Il a donc été décidé qu'il serait trop strict d'exclure les lignes de données sur la base de la cohérence entre les variables D100 (Date d'évaluation) et D101 (Évaluation à l'entrée). De même, les résidents

qui présentent des dates de sortie antérieures à la date d'entrée ne sont pas exclus de l'ensemble de données.

Évaluation prise en compte

Si aucune évaluation n'est disponible dans l'année de données considérée, l'évaluation la plus récente de l'année précédente est prise en compte. Dès 2020, une évaluation des résidents doit être réalisée au plus tard tous les neuf mois. Cela implique que l'évaluation valide considérée remonte parfois au plus tôt à neuf mois avant le début de l'année de données considérée, c'est-à-dire 01.03, de l'année précédente.

Toutes les évaluations réalisées avant le 01.03 de l'année précédant l'année de données considérée sont exclues de l'ensemble de données.

Évaluations multiples à la même date pour un résident donné

Les évaluations multiples à la même date pour un résident donné sont repérées grâce à la combinaison entre la variable D01 – Numéro de client et D100 – Date de l'évaluation. Deux combinaisons identiques indiquent que le résident en question a eu deux évaluations à la même date.

Dans le cas d'évaluations multiples à la même date pour un résident donné, l'évaluation la plus complète est prise en compte. Si deux évaluations ont le même niveau de complétude, le programme sélectionne la première dans la liste.

Évaluations multiples à des dates différentes pour un résident donné

Dans le cas d'évaluations multiples pour un résident à des dates différentes et dans la mesure où l'on ne peut déterminer en l'état quelle évaluation est à prendre en compte, on décide de considérer l'évaluation la plus récente. Toutes les autres sont exclues de l'ensemble des données.

5.3 Nettoyage au niveau des variables de calculs

A côté des nettoyages globaux sur les données (voir ci-dessus), des décisions de nettoyage plus spécifiques ont été prises, qui influencent les variables de calcul des indicateurs de qualité médicaux.

Valeurs manquantes ou non valides

Les résidents pour lesquels les variables de calcul des indicateurs de qualité médicaux ne sont pas renseignées de manière valide sont exclus de l'ensemble de données.

Certaines variables sont couplées à d'autres variables. Les valeurs admises pour ces variables sont alors conditionnées aux valeurs des variables avec lesquelles elles sont en relation. Les résidents pour lesquels les variables couplées présentent des combinaisons de variables non valides sont

exclus de l'ensemble de données.

Indicateur *Malnutrition* – Variables D102, D101 et D103

Les variables D102 (perte de poids), D101 (évaluation à l'entrée) et D103 (espérance de vie inférieure à 6 mois) sont pertinentes dans le calcul de l'indicateur *Malnutrition*. Pour cet indicateur, les critères d'exclusion du calcul consistent à ne pas considérer la population de résidents pour lesquels l'évaluation est une évaluation à l'entrée (D101 = 1) ou qui ont une espérance de vie inférieure à 6 mois (D103 = 1).

A côté de ces critères d'exclusion liés au calcul de l'indicateur, la qualité des données exige de ne considérer que les occurrences renseignées et valides des variables en jeu. Pour la variable D101, on a également voulu assurer le lien entre cette dernière et les dates d'entrée et d'évaluation par l'intermédiaire d'une variable auxiliaire dans la mesure où les dates d'entrée et d'évaluation coïncident.

Ainsi, les résidents pour lesquels la variables D102, D101 et D103 ne sont pas renseignées de manière valide sont exclus de l'ensemble des données.

Indicateur *Fixation du tronc / siège* – Variables D120/D122 et D123/D125

Les variables D120 et D122 ainsi que D123 et D125 sont pertinentes dans le calcul de l'indicateur *Mesures limitant la liberté de mouvement – Siège ou fixation du tronc*. Pour cet indicateur, les critères d'exclusion du calcul consistent à ne pas considérer la population de résidents ayant fait la demande de la mesure.

A côté de ces critères d'exclusion liés au calcul de l'indicateur, la qualité des données exige de ne considérer que les occurrences renseignées et valides des variables D120 et D122 ainsi que D123 et D125. De plus, les combinaisons entre les variables de la fréquence de la mesure et de son contexte doivent être prises en compte.

Ainsi, les résidents pour lesquels les variables couplées ne présentent pas de combinaisons valides sont exclus de l'ensemble des données.

Indicateur *Barrières de lit* – Variables D126/D128

Les variables D126 et D128 sont pertinentes dans le calcul de l'indicateur *Mesures limitant la liberté de mouvement – Barrières de lit*. Pour cet indicateur, les critères d'exclusion du calcul consistent à ne pas considérer la population de résidents ayant fait la demande de la mesure.

A côté de ces critères d'exclusion liés au calcul de l'indicateur, la qualité des données exige de ne considérer que les occurrences renseignées et valides des variables D126 et D128. De plus, les combinaisons entre les variables de la fréquence de la mesure et de son contexte doivent être prises en compte.

Ainsi, les résidents pour lesquels les variables couplées ne présentent pas de combinaisons valides sont exclus de l'ensemble des données.

Indicateur *Polymédication* – Variable D130

La variable D130 est pertinente dans le calcul de l'indicateur *Polymédication*. Cet indicateur se calcule sur l'ensemble des données valides. Ainsi, les résidents pour lesquels la variable D130 n'est pas renseignée de manière valide sont exclus de l'ensemble des données.

Indicateur *Douleur auto-évaluée* – Variables D140/D141

Les variables D140 et D141 sont pertinentes dans le calcul de l'indicateur *Douleur auto-évaluée*. Pour cet indicateur, les critères d'exclusion du calcul consistent à ne pas considérer la population de résidents n'ayant pas d'auto-évaluation valable, c'est à-dire ceux qui n'ont pas pu ou n'ont pas voulu répondre.

A côté de ces critères d'exclusion liés au calcul de l'indicateur, la qualité des données exige de ne considérer que les occurrences renseignées et valides des variables D140 et D141. De plus, les combinaisons entre les variables de la fréquence et d'intensité de la douleur doivent être prises en compte. Ainsi, les résidents pour lesquels les variables couplées ne présentent pas de combinaisons valides sont exclus de l'ensemble des données.

Indicateur *Douleur évaluée par des tiers* – Variables D147/D148

Les variables D147 et D148 sont pertinentes dans le calcul de l'indicateur *Douleur évaluée par des tiers*. Cet indicateur se calcule sur l'ensemble des données valides.

Ainsi, les résidents pour lesquels les variables D147 et D148 ne sont pas renseignées de manière valide sont exclus de l'ensemble des données. De plus, les combinaisons entre les variables de la fréquence et d'intensité de la douleur doivent être prises en compte. Ainsi, les résidents pour lesquels les variables couplées ne présentent pas de combinaisons valides sont exclus de l'ensemble des données.

6 Glossaire

6.1 Index alphabétique

Ajustement en fonction des risques

Les indicateurs de qualité médicaux mesurent les différences entre les EMS dans la qualité des soins prodigués. Cependant, ces établissements diffèrent sur plusieurs aspects (taille, mandat, spécialités, structure des résidents présents en termes d'intensité des soins ou situation cognitive, etc.). Ainsi, une part des différences observées lors de la mesure des indicateurs de qualité médicaux peut être liée à ces diverses caractéristiques et une autre part être simplement le fruit du hasard. Les différences observées ne sont donc pas totalement dues à des différences de qualité des soins dans les domaines mesurés. Pour éliminer ces influences on peut procéder à un ajustement en fonction des risques en prenant en compte, dans le calcul des indicateurs de qualité médicaux, les facteurs de risques connus. Les différences observées sont alors dues aux réelles différences en matière de soins fournis. L'ajustement en fonction des risques permet donc de comparer les EMS entre eux, dans les domaines mesurés, sans influence des facteurs qui les différencient et qui ne sont pas liés à la qualité des soins.

Critère d'exclusion

Un critère d'exclusion sert à exclure dès le départ certains résidents du calcul. Par exemple, pour les indicateurs de qualité médicaux portant sur les mesures limitant la liberté de mouvement, le choix a été fait de ne pas considérer, dans le calcul, les résidents qui ont fait la demande de la mesure.

Description des variables du relevé des indicateurs de qualité médicaux

Document élaboré par l'OFS indiquant les variables à livrer pour le calcul des indicateurs de qualité médicaux.

Données 2020 :

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/somed/application-aide-utilisateurs.assetdetail.11507189.html>

Données 2019 :

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.assetdetail.9847766.html>

Établissements médico-sociaux (EMS)

Les établissements médico-sociaux (EMS) hébergent des personnes nécessitant des soins de longue durée.

Informations :

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.html>

Indicateurs de qualité médicaux

Pour cette publication, il s'agit des six indicateurs de qualité médicaux (domaines de mesure) :

- Malnutrition (malnutrition) : Pourcentage des résidents qui ont eu une perte de poids de 5 % et plus au cours des 30 derniers jours ou de 10 % et plus au cours des 180 derniers jours.
- Fixation du tronc / siège (mesures limitant la liberté de mouvement) : Pourcentage de résidents avec fixation quotidienne du tronc (en position assise ou couchée) ou siège ne permettant pas de se lever de façon autonome au cours des 7 derniers jours.
- Barrières de lit (mesures limitant la liberté de mouvement) : Pourcentage de résidents avec utilisation quotidienne de barrières de lit ou autres dispositifs sur tous les côtés ouverts du lit destinés à empêcher les résidents de quitter leur lit de manière autonome au cours des 7 derniers jours.
- Polymédication (polymédication) : Pourcentage de résidents ayant pris 9 principes actifs ou plus au cours des 7 derniers jours.
- Douleur – Auto-évaluation (douleur) : Pourcentage de résidents ayant fait part, au cours des 7 derniers jours, de douleurs quotidiennes modérées ou plus fortes ou de douleurs très fortes, mais non quotidiennes.
- Douleur – Evaluation externe (douleur) : Pourcentage de résidents chez qui, au cours des 7 derniers jours, des douleurs quotidiennes modérées ou plus fortes ont été observées ou des douleurs très fortes, mais non quotidiennes.

Les indicateurs de qualité sont décrits au chapitre 0 de cette publication.

Niveau d'analyse

Unité considérée pour le calcul des indicateurs de qualité médicaux. Les indicateurs de qualité médicaux peuvent être calculés au niveau des établissements (si la qualité des données le permet), au niveau cantonal et au niveau suisse.

Population de résidents

Ensemble des résidents pris en compte pour le calcul des indicateurs de qualité médicaux. Cet ensemble varie en fonction des critères d'exclusions et du nettoyage effectué sur les données. Le calcul de chaque indicateur se base sur une population de résidents qui lui est propre.

Statistique des institutions médico-sociales SOMED (Statistique des établissements de santé non hospitaliers)

La statistique des institutions médico-sociales (SOMED) est une statistique administrative de l'OFS qui a pour but de décrire en premier lieu l'infrastructure et les activités des établissements en activité 24 heures sur 24 qui hébergent ou accueillent des personnes pour une prise en charge intra-muros de longue durée d'ordre médical et/ou social.

Les institutions concernées sont des maisons pour personnes âgées, des homes médicalisés et établissements médico-sociaux (EMS), des institutions pour handicapés, des institutions pour personnes souffrant de dépendance, des établissements spécialisés dans les traitements psychosociaux ainsi que des maisons de cure et de convalescence.

Chaque année, les institutions soumises à l'obligation de renseigner recensent leurs prestations, la population hébergée, le personnel assurant son accompagnement ainsi que leurs comptes d'exploitation.

Informations :

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/somed.assetdetail.11647597.html>

5 Allegati

5.1 Osservazioni generali

Popolazione di residenti

I dati utilizzati per il calcolo degli indicatori medici di qualità contengono l'insieme dei residenti di lunga durata presenti nella casa di cura durante l'anno dei dati considerato, tenendo conto solo della valutazione più recente (una sola valutazione per residente alla stessa data). Laddove non è disponibile alcuna valutazione nell'anno dei dati considerato è stata considerata la valutazione più recente dell'anno precedente. Dal 2020 una valutazione dei residenti deve essere effettuata ogni nove mesi al più tardi. Ciò implica che la prima valutazione valida considerata può risalire talvolta al più presto a nove mesi prima dell'inizio dell'anno dei dati considerato, ovvero al 1° marzo dell'anno precedente.

Criteri d'esclusione

Per il calcolo di alcuni indicatori medici di qualità, sono stati definiti criteri d'esclusione. La popolazione per il calcolo dell'indicatore è pertanto specifica all'indicatore. Nei casi in cui non sono stati definiti criteri d'esclusione, la pulizia dei dati può comunque imporre esclusioni e definire una popolazione di residenti specifica.

Adeguamento delle informazioni sulla valutazione all'ingresso

Quando la data della valutazione D100 corrisponde alla data di ingresso D09, la valutazione effettuata dovrebbe essere indicata come «valutazione all'ingresso: S!», ovvero $D101 = 1$. Per garantire la relazione tra le variabili D09, D100 e D101 è stata creata una variabile ausiliare che permette di adattare le immissioni della variabile D101 – Valutazione all'ingresso.

Livello di analisi

Per i dati del 2019 e del 2020, il livello di analisi scelto per il calcolo degli indicatori medici di qualità è quello cantonale. Gli indicatori sono pertanto calcolati per Cantone responsabile in base alla SOMED.

Adeguamento ai rischi

Per ragioni legate alla qualità dei dati la stima degli indicatori medici di qualità adeguati ai rischi è stata tralasciata per l'edizione dei dati 2019/2020.

5.2 Pulizia a livello dell'insieme dei dati

Sono state prese decisioni globali di pulizia che influenzano i dati nel loro insieme.

Istituti con pochi residenti

Questa pulizia si effettua soltanto nel caso in cui gli indicatori medici di qualità sono calcolati a livello di istituto. Se il raggruppamento SOMED corrisponde a un unico istituto e questo accoglie un numero troppo esiguo di residenti, l'istituto è escluso dall'insieme di dati. Il numero minimo è definito in funzione dei criteri di protezione dei dati.

Per i dati del 2019 e del 2020 questa pulizia non si applica.

N. RIS – Variabile A02

Sono stati forniti numeri RIS che non figurano nella statistica SOMED degli anni presi in esame. Solo i numeri RIS riportati nella SOMED sono presi in considerazione e ritenuti validi.

Codice Cantone – Variabile A04

Per i dati del 2019 e del 2020 la variabile A04 – Codice Cantone non figurava nella descrizione delle variabili relative al rilevamento degli indicatori medici di qualità. Per tale motivo l'informazione che collega un istituto a un Cantone non è disponibile direttamente nei dati sugli indicatori medici di qualità. Per ottenerla è stato effettuato un confronto tra l'informazione sul Cantone responsabile fornita dalla statistica SOMED e il numero RIS fornito nei dati sugli indicatori medici di qualità.

Numero del cliente – Variabile D01

I numeri di identificazione dei residenti sono composti di 7 o 14 cifre. La sua lunghezza è determinata per l'anno dei dati considerato dal fornitore dello strumento di valutazione delle cure e deve essere la stessa per tutti i residenti inseriti mediante questo strumento nell'anno dei dati considerato.

L'applicazione di questo criterio esclude sistematicamente i Cantoni di NE, VD, GE e JU dall'insieme di dati. È stata dunque effettuata una pulizia meno rigorosa che ha escluso dall'insieme di dati soltanto i dati per i quali non è stata compilata la variabile D01.

Anno di nascita – Variabile D04J

Il calcolo dell'età si basa sull'anno di nascita - variabile D04J.

I residenti la cui età, calcolata in base all'anno di nascita, non si situa tra 18 e 115 anni sono esclusi dall'insieme di dati.

Non è possibile determinare se questa variabile è compilata correttamente. Errori di esclusione possono quindi essere dovuti alla qualità di questa informazione.

Data di ingresso – Variabile D09

La data di ingresso deve essere compilata e inserita secondo il formato YYYYMMDD.

Dato che le variabili di data non possono essere considerate affidabili (cfr. più sotto) è difficile fissare un limite inferiore alla data di ingresso. La pertinenza di questo momento dipende anche dalla data di nascita che non è sempre compilata correttamente. Non è quindi possibile selezionare, ad esempio, soltanto i residenti che avrebbero fatto il loro ingresso nell'istituto tra il 1° gennaio di 50 anni prima dell'anno dei dati considerato e il 31 dicembre dell'anno dei dati considerato.

Tutte le immissioni per le quali la data di ingresso non è stata compilata in modo valido o per le quali la data di ingresso si situa dopo il 31 dicembre dell'anno dei dati considerato preso in esame sono escluse dall'insieme di dati.

Data di uscita– Variabile D10

La data di uscita può rimanere vuota. Se è stata compilata deve essere inserita secondo il formato YYYYMMDD e collocarsi nell'anno dei dati considerato, ovvero tra il 1° gennaio e il 31 dicembre. Le righe di dati che non soddisfano questa condizione sono escluse dall'insieme di dati.

Incoerenza tra le date di ingresso D09, della valutazione D100 e di uscita D10

L'incoerenza fra le date dovrebbe essere un criterio d'esclusione. Tuttavia, le date si sono rivelate poco affidabili. Vi sono infatti casi in cui la variabile D101 indica che la valutazione è una valutazione all'ingresso ma il calcolo sulla base della data di ingresso inserita evidenzia una contraddizione. In altri casi la data di uscita è antecedente a quella di ingresso.

Le discussioni condotte con i fornitori degli strumenti di valutazione hanno evidenziato che la data di ingresso non viene necessariamente cambiata quando lo stato del residente passa da residente con permanenza breve a residente con permanenza di lunga durata. La valutazione all'ingresso viene effettuata correttamente nel periodo concesso a partire dal cambio in una permanenza di lunga durata, ma questo non si riflette sul lasso di tempo trascorso tra la data di ingresso inserita (che non stata cambiata e è sempre quella d'ingresso per una permanenza breve) e la data della valutazione.

Le differenze tra la data di ingresso e la data della valutazione superiori a 21 giorni possono essere dovute anche alla logica del sistema. È infatti possibile che la data di ingresso sia automaticamente quella della connessione al software d'amministrazione interno dell'istituto o quella del passaggio a uno strumento per la valutazione dei bisogni. Anche in questo caso è impossibile calcolare la vera durata del soggiorno sulla base della data di ingresso.

Nei casi in cui la data di uscita è antecedente alla data di ingresso può essere che la data di uscita si riferisca effettivamente alla data di cambiamento di stato del residente e la data di ingresso si riferisca alla data di ingresso nel nuovo stato.

È stato pertanto deciso che sarebbe stato troppo restrittivo escludere le righe di dati sulla base

della coerenza tra le variabili D100 (Data della valutazione) e D101 (Valutazione all'ingresso). Allo stesso modo, i residenti che presentano delle date di uscita antecedenti alla data di ingresso non sono esclusi dall'insieme di dati.

Valutazione considerata

Se non è disponibile alcuna valutazione nell'anno dei dati preso in esame, si considererà la valutazione più recente dell'anno precedente. Dal 2020 la valutazione dei residenti deve essere effettuata ogni nove mesi al più tardi. Ciò implica che la prima valutazione valida considerata può risalire talvolta al più presto a nove mesi prima dell'inizio dell'anno dei dati preso in esame, ovvero al 1° marzo dell'anno precedente.

Tutte le valutazioni realizzate prima del 1° marzo dell'anno precedente all'anno dei dati preso in esame sono escluse dall'insieme di dati.

Valutazioni multiple alla stessa data per un dato residente

Le valutazioni multiple alla stessa data per un dato residente sono individuate grazie alla combinazione della variabile D01 – Numero del cliente e D100 – Data della valutazione. Due combinazioni identiche indicano la presenza di due valutazioni alla stessa data per il residente in questione.

In caso di valutazioni multiple alla stessa data per un dato residente si tiene conto della valutazione più completa. Se due valutazioni presentano lo stesso livello di completezza il programma seleziona la prima della lista.

Valutazioni multiple a date differenti per un dato residente

Nel caso in cui vi siano valutazioni multiple per un residente a date differenti e non sia possibile determinare di quale valutazione si debba tenere conto, si considera la valutazione più recente. Tutte le altre sono escluse dall'insieme di dati.

5.3 Pulizia a livello delle variabili di calcolo

Oltre a quelle globali (cfr. sopra) sono state prese decisioni di pulizia più specifiche che influiscono sulle variabili di calcolo degli indicatori medici di qualità.

Valori mancanti o non validi

I residenti per i quali non sono state compilate in modo valido le variabili di calcolo degli indicatori medici di qualità sono esclusi dall'insieme di dati.

Alcune variabili sono abbinate ad altre. I valori ammessi per queste variabili sono quindi condizionati dai valori delle variabili con le quali sono in relazione. I residenti per i quali le variabili abbinate presentano delle combinazioni di variabili non valide sono esclusi dall'insieme di dati.

Indicatore *Malnutrizione* – Variabili D102, D101 e D103

Le variabili D102 (perdita di peso), D101 (valutazione all'ingresso) e D103 (speranza di vita inferiore a 6 mesi) sono rilevanti nel calcolo dell'indicatore *Malnutrizione*. Per questo indicatore i criteri d'esclusione dal calcolo consistono nel non considerare la popolazione di residenti per i quali la valutazione è una valutazione all'ingresso (D101 = 1) o che hanno una speranza di vita inferiore a 6 mesi (D103 = 1).

Oltre a questi criteri d'esclusione legati al calcolo dell'indicatore, la qualità dei dati impone di considerare soltanto le occorrenze compilate e valide delle variabili in questione. Per la variabile D101 si è voluto garantire la relazione tra quest'ultima e le date di ingresso e della valutazione mediante una variabile ausiliare nella misura in cui le date di ingresso e della valutazione coincidono.

Pertanto, i residenti per i quali le variabili D102, D101 e D103 non sono state compilate in modo valido sono esclusi dall'insieme di dati.

Indicatore *Fissaggio del busto / sedile* – Variabili D120/D122 e D123/D125

Le variabili D120 e D122 nonché D123 e D125 sono rilevanti nel calcolo dell'indicatore *Misure limitative della libertà di movimento / Sedile o fissaggio del busto*. Per questo indicatore i criteri d'esclusione dal calcolo consistono nel non considerare la popolazione di residenti per i quali la misura è stata attuata su loro richiesta.

Oltre a questi criteri d'esclusione legati al calcolo dell'indicatore, la qualità dei dati impone di considerare soltanto le occorrenze compilate e valide delle variabili D120 e D122 nonché D123 e D125. Inoltre, occorre tenere conto delle combinazioni tra le variabili di frequenza della misura e del suo contesto.

Pertanto, i residenti per i quali le variabili abbinate non presentano combinazioni valide sono esclusi dall'insieme di dati.

Indicatore *Barriera al letto* – Variabili D126/D128

Le variabili D126 e D128 sono rilevanti nel calcolo dell'indicatore *Misure limitative della libertà di movimento / Barriera al letto*. Per questo indicatore i criteri d'esclusione dal calcolo consistono nel non considerare la popolazione di residenti per i quali la misura è stata attuata su loro richiesta.

Oltre a questi criteri d'esclusione legati al calcolo dell'indicatore, la qualità dei dati impone di considerare soltanto le occorrenze compilate e valide delle variabili D126 e D128. Inoltre, occorre tenere conto delle combinazioni tra le variabili di frequenza della misura e del suo contesto.

Pertanto, i residenti per i quali le variabili abbinate non presentano combinazioni valide sono esclusi dall'insieme di dati.

Indicatore *Polimedicazione* – Variabile D130

La variabile D130 è rilevante nel calcolo dell'indicatore *Polimedicazione*. Questo indicatore viene calcolato sull'insieme di dati validi. Pertanto, i residenti per i quali la variabile D130 non è stata compilata in modo valido sono esclusi dall'insieme di dati.

Indicatore *Dolore – Autovalutazione* – Variabili D140/D141

Le variabili D140 e D141 sono rilevanti nel calcolo dell'indicatore *Dolore – Autovalutazione*. Per questo indicatore i criteri d'esclusione dal calcolo consistono nel non considerare la popolazione di residenti che non dispongono di un'autovalutazione valida, ovvero coloro che non hanno potuto o voluto rispondere.

Oltre a questi criteri d'esclusione legati al calcolo dell'indicatore, la qualità dei dati impone di considerare soltanto le occorrenze compilate e valide delle variabili D140 e D141. Inoltre, occorre tenere conto delle combinazioni tra le variabili della frequenza e dell'intensità del dolore. Pertanto, i residenti per i quali le variabili abbinate non presentano combinazioni valide sono esclusi dall'insieme di dati.

Indicatore *Dolore – Valutazione esterna* – Variabili D147/D148

Le variabili D147 e D148 sono rilevanti nel calcolo dell'indicatore *Dolore – Valutazione da parte di terzi*. Questo indicatore viene calcolato sull'insieme di dati validi.

Di conseguenza, i residenti per i quali le variabili D147 e D148 non sono state compilate in modo valido sono esclusi dall'insieme di dati. Inoltre, occorre tenere conto delle combinazioni tra le variabili della frequenza e dell'intensità del dolore. Pertanto, i residenti per i quali le variabili abbinate non presentano combinazioni valide sono esclusi dall'insieme di dati.

6 Glossario

6.1 Indice alfabetico

Adeguamento ai rischi

Gli indicatori medici di qualità misurano le differenze tra le case di cura in termini di qualità delle cure fornite. Tuttavia, le case di cura si differenziano su diversi aspetti (dimensioni, missione, obiettivo, struttura dei residenti in termini di intensità di assistenza o stato cognitivo, ecc.). Pertanto, parte delle differenze osservate nella misurazione degli indicatori medici di qualità può essere legata a queste diverse caratteristiche. Un'altra parte può nascere per puro caso. Quindi, le differenze osservate non riflettono esclusivamente differenze nella qualità delle cure nei temi misurati. Per eliminare queste influenze, un adeguamento ai rischi può essere fatto prendendo in considerazione i fattori di rischio conosciuti nel calcolo degli indicatori medici di qualità. Le differenze osservate sono quindi dovute a differenze effettive nella qualità delle cure. Così, l'adeguamento del rischio permette di comparare le case di cura nei temi misurati senza l'influenza di fattori che le distinguono l'una dall'altra e che non sono legati alla qualità delle cure.

Case di cura

Le case di cura ospitano persone che necessitano di cure di lunga durata.

Informazioni in francese:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablisements-medico-sociaux.html>

Informazioni in tedesco:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html>

Criterio d'esclusione

Un criterio d'esclusione serve a escludere sin dall'inizio determinati residenti dal calcolo. Ad esempio, per gli indicatori medici di qualità relativi alle misure limitative della libertà di movimento è stato deciso di non considerare nel calcolo i residenti per i quali la misura è stata attuata su loro richiesta.

Descrizione delle variabili relative al rilevamento degli indicatori medici di qualità

Documento elaborato dall'UST in cui sono indicate le variabili da fornire per il calcolo degli indicatori medici di qualità.

Dati 2020:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/somed/applicazione-aiuto-utenti.assetdetail.11507190.html>

Dati 2019:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.assetdetail.11287423.html>

Indicatori medici di qualità

Per la presente pubblicazione sono stati presi in considerazione i sei indicatori medici di qualità seguenti (temi di misurazione):

- Malnutrizione (malnutrizione): percentuale di residenti che hanno accusato una perdita di peso del 5 % o più nel corso degli ultimi 30 giorni o del 10 % o più nel corso degli ultimi 180 giorni;
- Fissaggio del busto / sedile (misure limitative della libertà di movimento): percentuale di residenti con fissaggio quotidiano del busto (in posizione seduta o distesa) o sedile che non permette di alzarsi in modo autonomo, nel corso degli ultimi 7 giorni;
- Barriere al letto (misure limitative della libertà di movimento): percentuale di residenti con utilizzo quotidiano di barriere al letto o di altri dispositivi su tutti i lati aperti del letto volti a impedire i residenti di lasciare autonomamente il letto, nel corso degli ultimi 7 giorni;
- Polimedicazione (polimedicazione): percentuale di residenti che hanno assunto 9 o più principi attivi nel corso degli ultimi 7 giorni;
- Dolore – Autovalutazione (dolore): percentuale di residenti che, negli ultimi 7 giorni, hanno accusato di soffrire, quotidianamente, di dolori moderati o più dolori oppure di dolori molto forti ma non quotidianamente;
- Dolore – Valutazione esterna (dolore): percentuale di residenti che hanno mostrato, negli ultimi 7 giorni, di soffrire, quotidianamente, di dolori moderati o più dolori oppure di dolori molto forti ma non quotidianamente.

Gli indicatori medici di qualità sono descritti nel capitolo 3 della presente pubblicazione.

Livello di analisi

Unità considerata per il calcolo degli indicatori medici di qualità. Gli indicatori medici di qualità possono essere calcolati a livello di case di cura (se la qualità dei dati lo permette), a livello cantonale e a livello nazionale.

Popolazione di residenti

Insieme dei residenti di cui si tiene conto per il calcolo degli indicatori medici di qualità. Tale insieme varia a seconda dei criteri d'esclusione e della pulizia effettuata sui dati. Il calcolo di ogni indicatore si basa su una popolazione di residenti specifica a quell'indicatore.

Statistica degli istituti medico-sociali SOMED

La statistica degli istituti medico-sociali (SOMED) è una statistica amministrativa dell'UST che si propone di descrivere in particolare le infrastrutture e le attività degli istituti con funzionamento 24 ore su 24 in cui le persone sono ospitate per trattamenti o cure stazionarie di lunga durata. L'ammissione può essere per ragioni mediche e/o sociali. Le istituzioni interessate sono le case di riposo e di cura, gli istituti per disabili, istituti per tossicodipendenti, stabilimenti per il trattamento di casi psicosociali e le case di convalescenza.

A scadenza annuale gli istituti soggetti all'obbligo di fornire informazioni procedono al censimento delle loro prestazioni, della popolazione ospitata, del personale di cura nonché dei conti di gestione.

Informazioni:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/somed.assetdetail.11647597.html>

