

# Pflegewissenschaft

[www.pflege-wissenschaft.info](http://www.pflege-wissenschaft.info)

# Eine nationale Prävalenzerhebung des Qualitätsindikators Sturz im Spital:

## Kognitive Inhaltsvalidierung der Schweizer Version des Fragebogens Sturz

Karin Thomas<sup>1</sup>, Prof. Dr. Claudia Mischke<sup>2</sup>, Christa Vangelooven<sup>3</sup>

*Im Rahmen von spitalvergleichenden Qualitätserhebungen wird seit 2011 in der Schweiz jährlich eine nationale Prävalenzerhebung zum Qualitätsindikator „Sturz“ in den Akutspitälern durchgeführt. Auf Grund von vermuteten Unsicherheiten im Verständnis der Fragen zum Sturz, wurde der helvetisierte, in Deutsch, Italienisch und Französisch übersetzte Fragebogen „Sturz“ der Methode „International Prevalence Measurement of Care Problems“ der Universität Maastricht, einer qualitativen Inhaltsvalidierung unterzogen. Die kognitive Interviewtechnik des „Verbal Probing“ erlaubt das gezielte Abfragen des Verständnisses und das Testen von möglichen Umformulierungen. Die Ergebnisse aus 24 Interviews in Deutsch, Französisch und Italienisch zeigten ein identisches Verständnis der Fragen. Unklarheiten der Fragen und der Antwortkategorien konnten identifiziert und präzisiert werden und führten zu Anpassungen von Fragebogen und Begleitdokumenten, um den zukünftigen Vergleich der Messergebnisse weiter zu optimieren.*

### A National Prevalence Measurement of the Quality Indicator „Falls“ in the Hospital:

#### Cognitive Content Validation of the Swiss Version of the fall Questionnaire

*In the context of comparative quality measurements in Swiss hospitals, a national prevalence measurement of the quality indicator „falls“ has been conducted annually since 2011. Due to assumed uncertainties in the understanding, the questionnaire on falls that had been developed according to the method of the International Prevalence Measurement of Care Problems by the University of Maastricht and which had been adapted to the Swiss context and translated into German, Italian and French, was subjected to a qualitative content validation. The cognitive interview technique called „Verbal Probing“ allows the targeted investigation of the understood meaning of the questions, as well as testing rewording possibilities. The results out of 24 interviews in German, French and Italian show an identical understanding of the questions. Unclear questions and answer categories could be identified, formulated more precisely and the questionnaire and its accompanying documents could be adapted in order to optimize a future comparison of the measurement results.*

### Korrespondenzadresse

1

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit angewandte Forschung und Entwicklung  
karin.thomas@bfh.ch

2

Dozentin, Berner Fachhochschule, Masterstudiengang Pflege  
claudia.mischke@bfh.ch

3

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit angewandte Forschung und Entwicklung  
christa.vangelooven@bfh.ch

Eingereicht am 22.12.2014

Atkzeptiert am 14.01.2015

DOI: 10.3936/1325

## EINLEITUNG

Angesichts der steigenden Kosten im Gesundheitswesen gewinnen die Qualitätsentwicklung und die Patientensicherheit im Spital zunehmend an Bedeutung. Seit 1996 sind Forderungen zur Überprüfung der Qualität erbrachter medizinischer und pflegerischer Leistungen im Gesundheitsbereich in der Schweiz gesetzlich im Krankenversicherungsgesetz, KVG, Artikel 58, verankert (Bundesamt für Gesundheit, BAG, 1994). Im Rahmen der Entwicklung einer nationalen Qualitätsstrategie wurde die Verbesserung der bis dahin geringen Datenlage als wichtiger Entwicklungsschwerpunkt festgelegt (BAG, 2009). So wurden im Dokument der nationalen gesundheitspolitischen Prioritäten „Gesundheit 2020“ die Handlungsfelder „Versorgungsqualität sichern und erhöhen“ und „Transparenz schaffen, besser steuern und koordinieren“ integriert (BAG, 2013).

Der nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, ANQ, initiiert und koordiniert die Durchführung einheitlicher, vergleichbarer nationaler Qualitätsmessungen im Bereich der stationären Akutsomatik. Hierzu definierte ANQ 2011 ein Set von nationalen Qualitätsindikatoren, u. a. auch den pflegesensitiven Indikator Sturz. Da 8,3% des Anstiegs der Gesundheitskosten auf Stürze und deren Folgeschäden zurückzuführen sind (McClure et al., 2008), schien die Aufnahme von „Sturz im Spital“ als Qualitätsindikator im Sinne der gesundheitspolitischen Zielsetzungen nur konsequent. Allerdings erschweren die vielen multifaktoriellen Einflüsse, die zu Sturzereignissen führen, die Risikoeinschätzung und in der Konsequenz das Festlegen von gezielten präventiven Massnahmen.

Eine systematische und einheitliche nationale Datenerfassung zur Prävalenz von Sturz sollte zu einer verbesserten Datengrundlage als Basis für die Weiterentwicklung der Pflegequalität in den Schweizer Akutspitälern beitragen. Mit den allgemein zugänglichen Publikationen der jeweiligen Spitalergebnisse sowie mit dem nationalen Vergleichsbericht wurde erstmals Transparenz zur geleisteten Qualität zum Indikator Sturz geschaffen. Weiter lieferten diese Daten Informationen zur institutionsinternen Qualitätsentwicklung, zum externen Benchmarking sowie zum nationalen Monitoring der Qualität und der Patientensicherheit (Berwick, James, & Coye, 2003; Lovaglio, 2012).

## HINTERGRUND

Mit der ersten nationalen Prävalenzmessung des Qualitätsindikators Sturz wurden im Jahr 2011 erstmals nationale Daten in 112 Einzelspitälern und Spitalgruppen erhoben. Zur Datenerhebung wurde die seit über fünfzehn Jahren in den Niederlanden und im internationalen Kontext verwendete Methode „International Prevalence Measurement of Care Problems“ (LPZ, International) der Universität Maastricht (Bours, Halfens, Abu-Saad, & Grol, 2002; Bours, Halfens, Lubbers, & Haalboom, 1999; van Nie-Visser et al., 2013) verwendet. Die Struktur des Fragebogens orientiert sich an der Struktur-, Prozess und Ergebnisebene des Qualitätsmodells nach Donabedian (Donabedian, 1988). Dabei werden auf Sturz bezogene Charakteristika der Institution, der Pflege-

stationen sowie der Patientinnen und Patienten erfasst. Der Fragebogen Sturz der Prävalenzerhebung 2012 umfasste die zu diesem Zeitpunkt aktuellen Forschungserkenntnisse zu Sturz- und Verletzungsprävention und erfasste die Sturzhäufigkeit in den vergangenen 30 Tagen vor und während des Spitalaufenthalts als Ergebnisindikator. Der LPZ-Fragebogen Sturz beruht auf Expertenwissen und erreicht die Augenscheinvalidität. Weitere Angaben zur Validität und Reliabilität des LPZ Fragebogens sind in einem Methodenartikel beschrieben (van Nie-Visser et al., 2013).

Die Erhebung der Strukturindikatoren auf Institutions- und Stationsebene erfolgt durch von den Institutionen definierte Spitalkoordinatorinnen und Spitalkoordinatoren; die Erhebung der Prozess- und Ergebnisindikatoren der Patientinnen und Patienten werden durch geschulte Messteams, bestehend aus zwei Pflegefachpersonen, erhoben. Die Schulung dieser Messteams zwecks einheitlicher Datenerfassung erfolgt über die Spitalkoordinatorinnen und -koordinatoren (Bours et al., 2002; Vangelooven, Richter, & Hahn, 2012), welche vorgängig durch das nationale Auswertungsinstitut in der Schweiz (Berner Fachhochschule, BFH) geschult werden. Ein Messhandbuch sowie Schulungsunterlagen, welche Informationen zur Messmethode LPZ, zu den Fragebogen, zur Datenerhebung sowie Erklärungen zu den einzelnen Fragen enthalten, stehen online im passwortgeschützten Bereich der LPZ-Webseite zur Verfügung.

Die Fragebögen für die Prävalenzerhebung in der Schweiz waren in einer validierten deutsch übersetzten Version vorhanden. Zur nationalen Erhebung wurde die deutsche Version einer sprachlichen Anpassung an die in der Schweiz verwendeten Begrifflichkeiten unterzogen und in die Landessprachen Französisch und Italienisch übersetzt. Anhand eines international anerkannten mehrstufigen Übersetzungsverfahrens nach ISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research) (Peters & Passchier, 2006; Wang, Lee, & Fetzer, 2006; Wild et al., 2005) entstand die erste Basisversion der Fragebögen. Über die empfohlenen Anpassungen wurden innerhalb einer mehrsprachigen Fachexpertengruppe sowie in Rücksprache mit den Originalautoren der Universität Maastricht entschieden. Die Testung im Feld fand anhand eines qualitativen Testverfahrens mittels kognitiver Debriefing Techniken an einer kleinen Stichprobe in allen drei Sprachen statt (Vangelooven et al., 2012). Die Evaluationsrückmeldungen nach der ersten Messung gaben Hinweise betreffend Unklarheiten im Verständnis des Fragebogens. Die vorliegende Forschungsarbeit zielte auf die vertiefte qualitative Inhaltsvalidierung des Fragebogens Sturz im Instrument LPZ zur Überprüfung der Verständlichkeit der Fragen und Anwenderfreundlichkeit des Fragebogens ab.

## FORSCHUNGSFRAGEN

Für eine spitalvergleichende nationale Erhebung ist die Vergleichbarkeit der Messergebnisse, insbesondere in einem dreisprachigen Land, bedeutsam. Um die Verständlichkeit der Fragen zum Sturz und die Anwenderfreundlichkeit der LPZ Fragebogen in der deutschen, italienischen und französischen Schweiz vertieft zu überprüfen, standen folgende Fragestellungen im Vordergrund:

- Verstehen Spitalkoordinatorinnen und Spitalkoordinatoren und Pflegefachpersonen der Messteams aus Spitalbetrieben mit unterschiedlichem Versorgungsauftrag, in der deutschen, französischen und italienischen Schweiz, die Fragestellungen zur Sturzprävalenzhebung einheitlich?
- Sind die Antwortmöglichkeiten der Fragestellungen verständlich?
- Entspricht das Verständnis der übersetzten Fragen und Antwortmöglichkeiten den Fragen und Antwortmöglichkeiten der Originalautoren?
- Ist der Fragebogen anwenderfreundlich gestaltet?

## METHODE

Als Methode zur Überprüfung des Verständnisses der Fragen und der Antwortmöglichkeiten im Fragebogen Sturz der Messmethode LPZ wurde das kognitive Interview gewählt (Willis, 2005). Kognitive Interviews können als deskriptiv qualitatives Forschungsdesign bezeichnet werden. Die Technik der kognitiven Interviews eignet sich zur Pretestung von Fragebögen (Willis, 2005). Die Verständlichkeit eines Fragebogens besteht aus dem Verstehen der Frage und aus der Fähigkeit, die Frage beantworten zu können. Die Interviewtechnik kognitiver Interviews verfolgt die vier Phasen des Denkprozesses eines Interviewteilnehmenden bei der Beantwortung einer Frage. In der ersten Phase wird das Verständnis der Frage erforscht. In der zweiten Phase folgt das Abrufen von Informationen aus dem Gedächtnis zum Beantworten der Frage. Die dritte Phase dient der Bewertung/Motivation zum „wahrheitsgetreuen“ Beantworten der Frage. In der vierten Phase wird der Antwortprozess beobachtet. Dieser Prozess wird als 4-Phasen Modell, „Cognitive Aspects of Survey Methodology“ (CASM), bezeichnet (Willis, 2005).

### Stichprobe und Rekrutierung

Die Stichprobe bestand auf der Messebene Strukturqualität aus Spitalkoordinatorinnen und -koordinatoren. Auf der Messebene Prozess- und Ergebnisqualität wurden Pflegefachpersonen der Messteams befragt. Für die qualitative Inhaltsvalidierung wurde anhand einer Literaturempfehlung eine Stichprobengröße von insgesamt 20 Personen angestrebt (Prüfer & Rexroth, 2000). Einschlusskriterien waren Spitalkoordinatorinnen, Spitalkoordinatoren und Pflegefachpersonen, welche an der nationalen Prävalenzmessung 2012 in Akutspitalern der deutschen, italienischen und französischen Schweiz teilgenommen hatten.

Die Rekrutierung der Interviewteilnehmenden erfolgte mittels Flyer über die Schulungsveranstaltungen der zweiten Prävalenzmessung im Herbst 2012. Die Spitalkoordinatorinnen und -koordinatoren wurden bei dieser Gelegenheit mündlich über die Studie und die Studienteilnahme informiert und angefragt, die Flyer in ihren Institutionen in den Pflegeteams zu verteilen. Die Anmeldung zur Teilnahme an der Studie erfolgte schriftlich. Der Flyer sowie die Anfrage zur Studienbeteiligung wurden zusätzlich im passwortgeschützten Bereich der LPZ-Webseite publiziert. Die angestrebte Stichprobengröße konnte nach drei Rekrutierungsphasen erreicht werden. Es mussten keine Interviewteilnehmenden zurückgewiesen werden.

Für diese Untersuchung war keine Einwilligung der Ethikkommission erforderlich (Memorandum leitende Ethikkommission, LEK, Bern, ANQ und BFH vom 22.03.2012). Die Teilnehmenden stimmten mittels schriftlicher Einverständniserklärung zu. Sie konnten das Interview jederzeit abbrechen. Durch die Verschlüsselung der Daten wurde die Anonymität der Interviewteilnehmenden gewährleistet.

### Datensammlung

Zur Datensammlung wurde als spezifische Form der kognitiven Interviewtechnik das „Verbal Probing“ angewendet. Diese Technik erlaubt das gezielte Abfragen des Verständnisses von einzelnen Begriffen und Testen von möglichen Umformulierungen von Fragen zum besseren Verständnis. (Lohe, Zimmermann, Luderer, & Sadowski, 2011; Prüfer & Rexroth, 2000; Schumann, 1966; Willis, 2005). Diese Vorgehensweise schien geeignet zur Anwendung in den drei Sprachen, zur Überprüfung der übersetzten Fragen und zum sprachübergreifenden Vergleich des Verständnisses einer Frage. Der Ablauf des Interviews mit der „Verbal Probing“-Technik erfolgte anhand eines Interviewleitfadens mit folgenden Schritten

<b>1. Stellen der Originalfrage</b>
Originalfrage: Gibt es in Ihrem Spital eine multidisziplinäre Fachgruppe zum Thema Sturz?
<b>2. Die Interviewpartnerin/Interviewpartner formuliert die Frage selbst, anhand dessen sie/er versteht</b>
<i>Können Sie mir die Frage mit eigenen Worten wiederholen, was Sie unter der Frage verstehen?</i>
<b>3. Abfragen des Verständnisses von vermuteten schwierigen Ausdrücken</b>
<i>Was bedeutet für Sie „multidisziplinär“ in Bezug auf Sturz? Wie definieren Sie „Fachperson“?</i>
<b>4. Einen Vorschlag der Fragestellung machen lassen</b>
<i>Ist die Frage einfach zu beantworten für Sie? Wie sicher sind Sie, die Frage mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten zu können? Haben Sie einen Vorschlag zum besseren Verständnis?</i>

Tabelle 1: Beispielfrage

für Fragen mit „Ja“- oder „Nein“-Antwortkategorien: 1. Stellen der Originalfrage, 2. Die Interviewpartnerin/der Interviewpartner formuliert die Frage selbst, gemäss ihrem/seinem persönlichen Verständnis, 3. Abfragen des Verständnisses von vermuteten schwierigen Ausdrücken, 4. Einen eigenen Vorschlag der Fragestellung machen lassen. Zu Fragen mit multiplen Antwortmöglichkeiten wurden die Interviewteilnehmenden zusätzlich aufgefordert, die Antwortkategorien selbst auszusprechen. Sie benannten schwierig zu verstehende Antwortkategorien und wurden gegebenenfalls um einen Vorschlag für eine Reformulierung zum besseren Verständnis gebeten. Diese Vorgehensweise wird mit einer Beispielsfrage in Tabelle 1 illustriert.

Der Interviewleitfaden wurde in Deutsch entwickelt, in Französisch und Italienisch übersetzt, getestet und angepasst. Die Anpassung des Leitfadens erfolgte durch das Einfügen einer gezielten Nachfrage zur Reformulierung der Frage bei unklarem Verständnis. Die Interviews fanden im Arbeitsfeld der Interviewteilnehmenden statt. Die Teilnehmenden erhielten vor dem Interview Informationen über den Ablauf und die erwarteten kognitiven Leistungen. Soziodemographische Angaben der Interviewteilnehmenden, wie Alter und Berufserfahrung, wurden erfasst, um die Ergebnisse besser einordnen zu können. Die Interviews wurden in den Sprachen der Interviewteilnehmenden, Schweizerdeutsch, Italienisch und Französisch durchgeführt und digital aufgezeichnet. Die digitalen Aufzeichnungen wurden zusammenfassend in Hochdeutsch transkribiert. Parallel zu den Interviews wurden Feldnotizen erstellt. Die Interviewdauer wurde auf eine Stunde festgelegt. Die Fragen zum Sturz wurden auf den verschiedenen Messebenen des Fragebogens getestet:

**Strukturebene:**

- Acht Items auf Spitalebene sowie
- neun Items auf Stationsebene

**Prozess- und Ergebnisebene:**

- 14 Items auf Patientenebene

Vorschläge zu Präzisierungen wurden im Verlauf der Interviews aufgenommen. Zeigten sich in den nächsten Interviews Verständnisschwierigkeiten bei derselben Frage, erfolgte eine Testung der Präzisierungsvorschläge. In jeder Sprache wurde mit dem Originalleitfaden, ohne Präzisierungsvorschläge, begonnen und innerhalb der Sprache die entsprechenden Präzisierungen aufgenommen und weitergetestet. Die Datensammlung erfolgte im Zeitraum von Dezember 2012 bis Januar 2013.

**Datenanalyse**

Zur Datenanalyse wurde die Analyse von Leitfadeninterviews nach Flick et al. (Flick, Kardorff, & Steinke, 2012) verwendet, unter Einbezug der Feldnotizen. Die Aussagen wurden anhand deskriptiver Inhaltsanalyse mit dem erwarteten Verständnis der Fragen verglichen und in MAX-QDA 10 anhand eines Codierleitfadens codiert. Grundlage für die Entwicklung des vorläufigen Codierleitfadens bildeten die Fragestellungen der Studie (s. Abbildung 1).

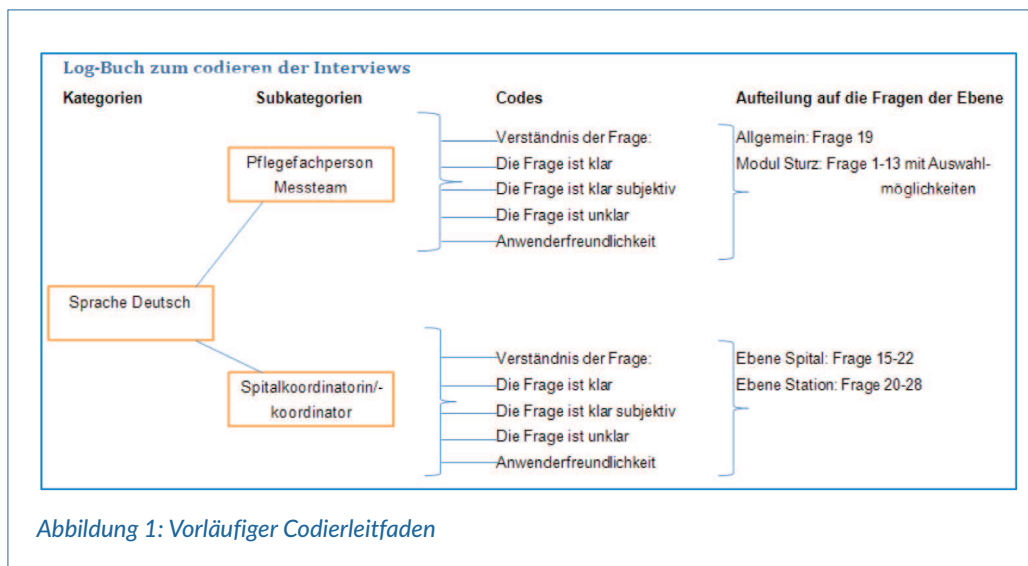


Abbildung 1: Vorläufiger Codierleitfaden

**Gütekriterien**

Die Gütekriterien dieser Forschungsarbeit lehnten sich an die Gütekriterien qualitativ-sozialer Forschung nach Flick et al (2012) und Kuckartz (2012) an. Als Kriterien wurden die kommunikative Validierung, die Triangulation, die Validierung der Interviewsituationen und die Authentizität angewendet. Die kommunikative Validierung fand während des Interviews mit den Interviewteilnehmenden statt. Die Aussagen der Teilnehmenden wurden jeweils am Ende einer Frage zusammengefasst und auf die Richtigkeit der Aussagen überprüft. Der Einbezug der kulturellen Unterschiede der verschiedenen Landes- und Sprachregionen in der Schweiz waren ein weiteres Gütekriterium dieser Forschungsarbeit. Die Triangulation erfolgte mit Einbezug von Feldnotizen in die Datenanalyse, und mit dem Prüfen von vorgeschlagenen Anpassungen von Interview zu Interview. Die Authentizität äusserte sich in der Offenheit der Aussagen der Interviewteilnehmenden, der wertschätzenden Haltung der Interviewperson gegenüber den Interviewteilnehmenden, im sorgfältigen Umgang mit Antworten und Ableiten von Empfehlungen zur Anpassung von Fragen.

**ERGEBNISSE**

Die Ergebnisse erfolgten aus 24 Interviews mit einer gleichmässigen Verteilung über die drei Sprachregionen der Schweiz, d.h. mit je acht Teilnehmenden in der deutschen der französischen und der italienischen Schweiz. 17 Pflegefachpersonen auf der Ebene der Messteams und sieben Spitalkoordinatorinnen und Spitalkoordinatoren nahmen an den Interviews teil. 15 Interviewteil-



Demographische Angaben	Deutsche Schweiz	Italienische Schweiz	Französische Schweiz
Anzahl Interviewteilnehmende	8	8	8
Berufserfahrung in Jahren Mittelwert (Range)	22 (5,5-36)	18.1 (4,5-33)	21.3 (7,0-32)
Anzahl Jahre im Betrieb Mittelwert (Range)	19 (0.75-31)	12.1(4,5-33)	15.1 (1,0-32)
<b>Spitaltyp</b>			
Universitätsspital	2	0	3
Allgemeines Krankenhaus, Zentrumsversorgung	4	7	4
Allgemeines Krankenhaus, Grundversorgung	2	1	1

Tabelle 2: Demographische Angaben und Spitaltyp

nehmende arbeiteten in einem allgemeinen Krankenhaus mit Zentrumsversorgung, fünf in einem Universitätsspital und vier Personen in einem allgemeinen Krankenhaus mit Grundversorgung. Die Berufserfahrung der Interviewteilnehmenden lag zwischen 18.1 und 22.0 Jahren und die Arbeitsjahre im selben Betrieb zwischen 12.1 und 19.0 Jahren (s. Tabelle 2).

Aus den Aussagen der Interviewteilnehmenden kristallisierten sich zwei Kategorien heraus: Verständnis der Frage und Anwenderfreundlichkeit. Das Verständnis differenzierte sich in die Subkategorien „klar“ und „unklar“, wobei der Subkategorie „unklar“ vier Codes zugeordnet werden konnten: „sprachliches Verständnis (wording)“, „Interpretationsspielraum der Frage“, „fehlendes Fachwissen“ und „Verständnis in Bezug auf die Struktur der Institution, der Station, oder der verschiedenen Patientenpopulation“. (s. Abbildung 2). Das so weiterentwickelte Codierschema wurde jeweils separat für Spitalkoordinatorinnen, -koordinatorinnen und Pflegefachpersonen angewendet.

Die Ergebnisse zu den Fragen und Antwortkategorien waren in den drei Sprachen jeweils vergleichbar, so zeigten sich übereinstimmende Resultate bei einzelnen Fragen bzgl. Verständnis bzw. Unklarheiten. Anhand der Häufigkeiten der Zuordnung der Codes zu „die Frage ist klar“, die Frage ist „subjektiv klar“ und die Frage ist „unklar“ konnte die Häufigkeit der Aussagen zum klaren und unklaren Verständnis der Fragen erfasst werden. Die Fragen mit subjektiv klarem Verständnis mussten dem „unklaren Verständnis“ zugeordnet werden. Im subjektiven Verständnis wurde dabei Unsicherheit im Verstehen der Fragen geäußert. Lag die Zuordnung einer Frage der Subkategorien „klares“ und „unklares Verständnis“ bei je 50 %, wurde sie als „unklar“ bewertet. Zu den Fragen auf Strukturebene waren fünf von 17 Items klar verständlich und auf Prozessebene sieben von 14 Items. Das unklare Verständnis auf Prozessebene bezog sich vor allem auf die Antwortkategorien und nicht auf die Frage selbst. Ein Beispiel einer solchen Frage war „Was war die Hauptursache des Sturzes?“. Dabei war die Frage selbst klar verständlich, jedoch die Auswahlmöglichkeit „Psychische Gesundheitsprobleme“ nicht. Von den Befragten konnten wenige ein Beispiel eines psychischen Gesundheitsproblems als Sturzursache nennen.

„Sprachliches Verständnis“ und damit Verständnisschwierigkeiten von Fragen konnte hauptsächlich in der französischen Schweiz festgestellt werden. So zeigte sich als Beispiel in der Frage „Werden Sturzereignisse in Ihrem Spital dezentral (z.B. auf Stationsebene) erfasst?“ im Wort „erfassen“ Schwierigkeiten, weil in der französischen Sprache zum „quantitativen“

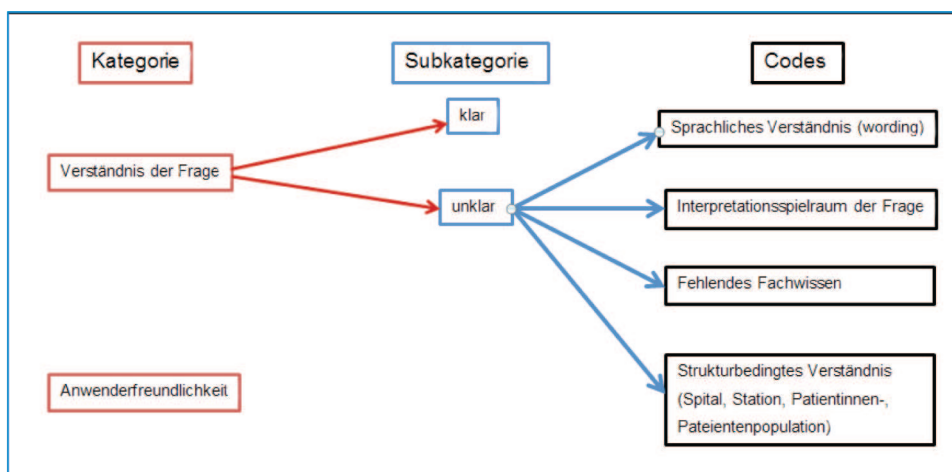


Abbildung 2: Weiterentwickeltes Codierschema

und „qualitativen“ Erfassen unterschiedliche Ausdrücke verwendet werden. Zu „Interpretationsspielraum der Frage“ und „Verständnis in Bezug auf die Struktur der Institution, der Station oder der verschiedenen Patientenpopulation“ waren vor allem Fragen auf Strukturebene zuzuordnen. „Fehlendes Fachwissen“ bezog sich auf Verständnisschwierigkeiten bei Fragen und Antwortkategorien auf Prozessebene. In Tabelle 3 sind die Codes erklärt und eine Beispielfrage und -aussage dazu aufgeführt.

## DISKUSSION

Mit dem Ziel der Überprüfung der Verständlichkeit der Fragebogen in den drei Landessprachen konnten aus den kognitiven Interviews differenzierte Aussagen zum Verständnis der Fragen gewonnen werden. Die Aussagen ga-

ben einerseits Hinweise auf sprachliches Verstehen, andererseits eine Rückmeldung zum fachlichen Wissen und damit zum inhaltlichen Verstehen der Fragen durch die Teilnehmenden. Ausser den sprachlichen Unklarheiten waren dieselben Fragen in Italienisch, Französisch und Deutsch nicht klar verständlich.

Was das „sprachliche Verständnis“ im Sinn von „linguistischem Verständnis“ anbelangt (Kuckartz, 2012), ist die Herausforderung zur Übersetzung von Fragen in wortgetreuen wie sinngemässen Übersetzungen und die entsprechenden Fachinformationen zur Übersetzung zu integrieren (Behr, 2009). Dabei gilt es Sprachkulturen gerecht zu werden und nicht von der Originalfrage abzuweichen (Behr & Scholz, 2011). Auf das unklare sprachliche Verständnis der Frage zur „dezentralen Erfassung von Stur-

Code	Code Memo	Beispiel Aussage
Sprachliches Verständnis	Unklarheit in Bezug auf die Bedeutung von Wörtern	<i>Werden Sturzereignisse in Ihrem Spital dezentral (z.B. auf Stationsebene) erfasst?</i> „Für mich ist nicht klar, ob mit der dezentralen Erfassung und dem verwendeten Ausdruck eine quantitative oder qualitative Erfassung gemeint ist.“
Interpretationsspielraum	Fragen mit Interpretationsspielraum	<i>Gibt es in Ihrem Spital einen anerkannten Standard (bzw. Richtlinie) für die Prävention von Stürzen?</i> Anerkannt, heisst dies für die Institution anerkannt, oder ist sie auf internationaler Ebene anerkannt anhand aktueller Evidenz. Dieses Wort lässt Interpretationsspielraum“.
Fehlendes Fachwissen	Nichtverstehen der Frage oder Antwortmöglichkeiten auf Grund von fehlendem Fachwissen	<i>Was war die Hauptursache des Sturzes? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen)“ mit den Auswahlmöglichkeiten „Unbekannt“, „Körperliche Gesundheitsprobleme“, „Psychische Gesundheitsprobleme“ und „Umgebungsfaktoren (extrinsische)“?</i> „Psychische Gesundheitsprobleme: Da kann ich mir nicht vorstellen, dass man deswegen stürzt“.
Unklarheit bezüglich Struktur der Institution, der Station, der Patientinnen-, Patientenpopulation	Nichtverstehen aufgrund der Struktur der Institution oder aufgrund der Erkrankungen der Patientinnen, Patienten	<i>Gibt es in Ihrem Spital eine multidisziplinäre Fachgruppe zum Thema Sturz?</i> „Wenn eine Spitalgruppe verschiedene Standorte hat, bedeutet dies, dass es eine Gruppe für jeden Standort gibt?“

Tabelle 3: Aussagen zu den Codes

zereignissen“ in Beziehung zu unterschiedlichen Begrifflichkeiten für die quantitative und qualitative Erfassung in der französischen Sprache kann keine eindeutige Antwort gegeben werden. Anhand forschungsbasiertem Erfassen von Sturzereignissen und Konsequenzen auf Anpassungen von Interventionsmassnahmen (Morse, 2009) können beide vorgeschlagenen französischen Begriffe für die Erfassung der Sturzereignisse verwendet werden.

Der „*Interpretationsspielraum*“ einer Frage ist im Sinn der Hermeneutik des Textverständnisses einer Frage zu beschreiben (Kuckartz, 2012). Die Unsicherheit und damit das unklare Verständnis zur Bedeutung eines „anerkannten Standards“ zur Sturz- und Verletzungsprävention kann in der Interpretation der Definition und Erklärung des Wortes „Standard“ und „anerkannt“ liegen. Die von Neyens (2007) verwendeten Studien zu dieser Frage zeigen auf, dass ein anerkannter Standard zur Sturz- und Verletzungsprävention an die Institution und Patientenpopulation angepasste, multidisziplinäre, individuelle Interventionen beinhalten muss (Jensen, Nyberg, Gustafson, & Lundin-Olsson, 2003; Ray et al., 1997). Er sollte zudem nichtpharmazeutische Interventionen umfassen (Bischoff et al., 2003) und individuell an die betroffenen Menschen angepasste Massnahmen enthalten. Bieten Fragen Interpretationsspielraum, so kann dies zu sozial erwünschten Antworten verleiten (Porst, 2011). Eine Definition und Erklärung zum Wort „Standard“ und den Begriff „anerkannt“ zu beschreiben in Bezug auf Sturz- und Verletzungsprävention, kann den Interpretationsspielraum der Frage eingrenzen.

Auf Ebene der Pflegefachpersonen fiel auf, dass unklare Fragen überwiegend auf „*fehlendes Fachwissen*“ zurück zu führen waren. Fehlendes Fachwissen wird als das „Nichtverstehen“ im Sinn vom fehlendem „pragmatischen Wissen“ beschrieben, indem das Hintergrundwissen fehlt zum Beantworten einer Frage (Schrems, 2007). Zum Beispiel scheinen die Hauptursachen eines Sturzereignisses nicht bekannt zu sein. Demenz, als psychisches Gesundheitsproblem bezeichnet, ist eine der häufigsten Ursache von Sturzereignissen bei älteren Menschen (Neyens, 2007) und ist entsprechend als Antwortmöglichkeit zur Frage aufgeführt. Das fehlende Fachwissen gibt Hinweise auf die Überprüfung und Anpassung von Erklärungen zu den Frage und Antwortmöglichkeiten im Messhandbuch. Es zeigt aber auch, dass Schulungsveranstaltungen zu Sturzrisiko und Sturz- und Verletzungsprävention innerhalb der Institutionen notwendig sind.

Unklarheiten von Fragen ließen sich auch in Zusammenhang mit „*unterschiedlichen Strukturen von Institutionen, Stationen und Patientinnen- und Patientengruppen*“ erkennen und im Verständnis der Umsetzung von Massnahmen. Dies lässt sich in Verbindung bringen mit unterschiedlichen Prioritäten und Vorgehensweisen der Sturz- und Verletzungsprävention in Bezug auf Spitalaufenthaltsdauer und Interventionsmöglichkeiten, sowie Risikofaktoren von Alter und Diagnose der Patientinnen und Patienten auf Stationsebene (Hempel et al., 2013). Andererseits können diese Ergebnisse auch mit den Spitalstrukturen in der Schweiz in Verbindung gesetzt werden. Im Vergleich mit dem eher zentralisiert or-

ganisierten Gesundheitssystem in den Niederlanden, zeigt die Schweiz ein eher dezentral organisiertes Gesundheitssystem mit sehr heterogenen Spitalstrukturen. Beispielsweise finden sich in der Schweiz häufiger Spitalgruppen mit mehreren Standorten und unterschiedlichen Leistungsaufträgen innerhalb der gleichen Organisation oder vergleichsweise eher kleine Organisationseinheiten mit unter 20 Betten. Die öffentlichen Spitäler der italienischen Schweiz sind zu einer dezentralen Spitalorganisation mit acht Standorten zusammengeschlossen, wobei Qualitätsstandards zentral erarbeitet und implementiert werden (Maggini & Barazzoni, 2005). In den Interviews in der italienischen Schweiz fiel auf, dass die Aussagen der Interviewteilnehmenden homogen wirkten. Die Interviewteilnehmenden gingen von derselben Ausgangslage der Umsetzung von Sturzrisikoerfassung und Präventionsmassnahmen aus, obwohl sie in verschiedenen Institutionen arbeiteten. Dies könnte eine mögliche Erklärung des einheitlichen Verständnisses zu Fragen und Antwortmöglichkeiten sein.

Laut Forschungs- und Expertenwissen erweisen sich Sturzpräventionsprogramme als erfolgreich, wenn sie an die Institution, die Organisationskultur und Patientinnen-Patientenpopulation angepasst und entsprechend realisierbar sind (Miake-Lye, Hempel, Ganz, & Shekelle, 2013; Neyens, 2007). Die Tatsache, dass die Ergebnisse der nationalen Qualitätsmessung spitalvergleichend aufbereitet werden, kann zu Antworten der „sozialen Erwünschtheit“ führen.

Die Unklarheiten auf Fragen der Strukturebene konnten einen Hinweis geben auf die Notwendigkeit der Überprüfung von Schulungsinhalten und Erklärungen zu diesen Fragen.

Der Vergleich von einzelnen Interviewergebnissen mit den dazugehörigen Aussagen im Messhandbuch zeigte, dass Erklärungen zu den unklaren Fragen-/Antwortkategorien darin teilweise bereits enthalten waren. Weiter konnten aus den Ergebnissen Rückschlüsse auf Umformulierungen/Präzisierungen von Fragen gezogen werden. Erkenntnisse hinsichtlich fehlenden Erklärungen und Anpassungen in den Schulungsunterlagen konnten gezogen werden.

Aus den Ergebnissen und der Diskussion des sprachlichen und inhaltlichen Verständnisses der Fragen und Antwortmöglichkeiten zur Sturzerfassung, Sturz- und Verletzungsprävention kann insgesamt als Antwort auf die Forschungsfragen von einem grundsätzlich einheitlichen Verständnis der Fragestellung im Sinn der Originalautoren/des Fragebogenentwicklerteams in der deutschen, französischen und italienischen Schweiz ausgegangen werden. Es gibt einzelne Fragen mit sprachlichen Verständnisschwierigkeiten, mit Interpretationsspielraum, mit Verständnisschwierigkeiten auf Grund von fehlendem Fachwissen und Verständnisschwierigkeiten auf Grund von unterschiedlichen Strukturen der Institutionen. Beispiele im Fragebogen selbst und Hilfsmittel zur Erklärung von Fragen werden als hilfreich und anwenderfreundlich empfunden. Die geäusserten Präzisierungsvorschläge sind gleichzeitig im Sinn der Verbesserung der Anwenderfreundlichkeit der Fragebogen zu verstehen.



## LIMITATIONEN DER STUDIE

Eine Einschränkung der Studie bildete die eher kleine Stichprobengrösse und somit eingeschränkte Übertragbarkeit der Ergebnisse. Die qualitative Überprüfung anhand der kognitiven Interviews ermöglichte individuelle Äusserungen zum Verstehen. Über den Einfluss des hermeneutischen Verständnisses zum Beantworten der Fragen auf Grund der Qualifikation der Interviewteilnehmenden konnte keine Aussage gemacht werden. Eine weitere Limitation bildete die Schweizerdeutsche Muttersprache und damit die Sprachkultur, aus der die Interviewerin stammte. Die Durchführung der kognitiven Interviews in den Sprachen Italienisch und Französisch können linguistische Bias enthalten, da die Interviewerin nicht aus den entsprechenden Sprachkulturen stammte, sich die Interviewteilnehmenden allenfalls anders verhielten. Die Ergebnisse der kognitiven Interviews konnten lediglich die Qualität des Verständnisses der Fragen aufzeigen und zukünftig zu einem Minimieren der Unverständlichkeit von Fragen führen.

## SCHLUSSFOLGERUNG

Die qualitative Überprüfung des Fragebogens „Sturz“ mittels kognitiver Interviews lässt eine gute semantische Verständlichkeit in den Sprachen Deutsch, Italienisch und Französisch erkennen. Die Aussagen der Interviewteilnehmenden ermöglichen eine Optimierung der Fragen im Fragebogen „Sturz“ und können somit das adäquate Beantworten der Fragen optimieren. Die Rückmeldungen zu den sprachlichen Verständnisschwierigkeiten geben Hinweise für erforderliche Anpassungen der Fragebögen, des Messhandbuchs und der Schulungsunterlagen.

Die geäusserten Interpretationsspielräume zeigen auf, welche Erklärungen zum inhaltlichen Verständnis erforderlich sind, sei dies mit der Überprüfung der Präzisierungsvorschläge der Interviewteilnehmenden im Messhandbuch oder im Fragebogen selbst und/oder im Rahmen von geplanten Schulungsveranstaltungen für die kommende Prävalenzerhebung.

Das Aufdecken von fehlendem Fachwissen zeigt Institutionen zudem den Handlungsbedarf zur Qualifizierung ihrer Mitarbeitenden zur Thematik Sturz auf.

Die Ergebnisse dieser Studie tragen zur Optimierung der Fragebögen und Messunterlagen bei. Sie fliessen somit unmittelbar in die Optimierung des einheitlichen Vorgehens der Messteams bei Datenerhebung ein. Dies wiederum kann zu einer besseren Vergleichbarkeit der Messergebnisse in spitalvergleichenden Qualitätsmessungen beitragen.

## LITERATUR

- BAG. (1994). Krankenversicherungsgesetz, KVG. <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/201403010000/832.10.pdf> (1.3.2014).
- BAG. (2009). Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. <http://swiss-q.admin.ch/pdf/Qualitaetsstrategie.pdf> (04.05.2013).
- BAG. (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. [www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=de) (4.12.2014).
- Behr, D. (2009). Translationswissenschaft und international vergleichende Umfrageforschung : Qualitätssicherung bei Fragebogenübersetzungen als Gegenstand einer Prozessanalyse. (Dissertation Dissemination), Bonn, GESIS-Schriftenreihe, Bd. 2. (1869-2869).
- Behr, D., & E. Scholz. (2011). Fragebogenübersetzung in der international-vergleichenden Umfrageforschung. *Methoden-Daten-Analysen*, 5(2), 157-179.
- Berwick, D.M., B. James, & M.J. Coye. (2003). Connections between Quality Measurement and Improvement. *Med Care*, 41(1 Suppl), 130-138.
- Bischoff, H., H.B. Stähelin, W. Dick, R. Akos, M. Knecht, C. Salis, M. Conzelmann. (2003). Effects of Vitamin D and Calcium Supplementation on Falls: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Bone and Mineral Research*, 18(2), 343-351.
- Bours, G.J., R.J.G. Halfens, H.H. Abu-Saad, & R.T.P.M. Grol. (2002). Prevalence, Prevention, and Treatment of Pressure Ulcers: Descriptive Study in 89 Institutions in the Netherlands. *Research in Nursing & Health*, 25, 99-110.
- Bours, G.J., R.J.G. Halfens, M. Lubbers, & J.R. Haalboom. (1999). The Development of a National Registration Form to measure the Prevalence of Pressure Ulcers in the Netherlands. *Ostomy Wound Management*, 45(11), 28-33, 36-28, 40.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How can it be assessed? *American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Flick, U., E.v. Kardorff, & I. Steinke. (2012). *Qualitative Forschung* (9 ed.). Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie.
- Hempel, S., S. Newberry, Z. Wang, M. Booth, R. Shanman, B. Johnson, D.A. Ganz. (2013). Hospital Fall Prevention: A Systematic Review of Implementation, Components, Adherence, and Effectiveness. *Journal of American Geriatrics Society*, 61, 483-494.
- Jensen, J., L. Nyberg, Y. Gustafson, & L. Lundin-Olsson. (2003). Fall and Injury Prevention in Residential Care - Effects in Residents with Higher and Lower Levels of Cognition. *J Am Geriatr Soc*, 51, 627-635.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse, Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lohe, M., M. Zimmermann, C. Luderer, & K. Sadowski. (2011). Die Entwicklung eines Instruments zur „Evaluation stationärer Hospize aus der Perspektive hinterbliebener Angehöriger“ (EHPA). *Pflege*, 24(3), 171-181.
- Lovaglio, P.G. (2012). Benchmarking Strategies for Measuring the Quality of Healthcare: Problems and Prospects. *The Scientific World Journal*, 1-13. doi: 10.1100/2012/606154.
- Maggini, C., & F. Barazzoni. (2005). Ente ospedaliero cantonale EOC: Eine dezentrale Spitalorganisation., from *Managed Care*.
- McClure, R.J., C. Turner, N. Peel, A. Spinks, E. Eakin, & K. Hughes. (2008). Population-based Interventions for the Prevention of Fall-related Injuries in Older People. *The Cochrane Library* (4), 1-23.
- Miake-Lye, I.M., S. Hempel, D.A. Ganz, & P.G. Shekelle. (2013). Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy. *Ann Intern Med.*, 158(5 (Part 2)), 390-396.
- Morse, J.M. (2009). *Preventing Patient Falls* (2 ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Neyens, J.C. (2007). *Fall Prevention in Psychogeriatric Nursing Home Residents*. (PhD), University of Maastricht, D&L Graphics. (978-90-8590-021-4).
- Peters, M., & J. Passchier. (2006). Translating Instruments for Cross-Cultural Studies in Headache Research. *Headache*, 46, 82-91.
- Porst, R. (2011). *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch* (3 ed.). Wiesbaden Springer Fachmedien GmbH: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Prüfer, P., & M. Rexroth. (2000). *Zwei-Phasen-Pretesting*. ZUMA-Arbeitsberichte.
- Ray, W.A., J.A. Taylor, K.G. Meador, P.B. Thapa, A.K. Brown, H.K. Kajihara, M.R. Griffin. (1997). A Randomized Trial of a Consultation Service to Reduce Falls in Nursing Home. *JAMA*, 278(7), 557-562.
- Schrems, B. (2007). *Standardisierte Assessmentinstrumente im Lichte der Hermeneutik*. *Pflege*, 20, 218-224.
- Schumann, H. (1966). The Random Probe: A Technique for Evaluating the Validity of Closed Questions. *American Sociological Association*, 31(2), 218-222.
- van Nie-Visser, N.C., J.M.G.A. Schols, E.Meesterberends, C. Lohrmann, J.M.M. Meijers, & R.J.G. Halfens. (2013). An International Prevalence Measurement of Care problems: Study Protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 18-29.
- Vangelooven, C., D. Richter, & S. Hahn. (2012). *Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus. Schlussbericht Messung 2011. (Version 1.4)*. Berner Fachhochschule, ANQ, [www.anq.ch](http://www.anq.ch) (9/2012).
- Wang, W., H. Lee, & S. Fetzer. (2006). Challenges and Strategies of Instrument Translation. *West J Nurs Res.*, 28(3), 310-321.
- Wild, D., A. Grove, M. Martin, S. Eremenco, S. McElroy, A. Verjee-Lorenz, & P. Erikson. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO). *Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation*. *Value in Health*, 8(2), 94-104.
- Willis, G.B. (2005). *Cognitive Interviewing. A Tool for Improving Questionnaire Design*. California, United Kingdom, India: Sage Publications.