

Überprüfung der Interrater-Reliabilität des V.I.T.A.

(Valutazione Integrata dei Tempi Assistenziali)

Das Einstufungsinstrument im Pflegesicherungssystem der Autonomen Provinz Bozen (Südtirol)

Daniela Deufert ¹, Elfriede Fritz ¹

¹ Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie
Division für Klinische Pflegeforschung und Pflegepädagogik

Hintergrund

Im Jahr 2007 wurde in der Autonomen Provinz Bozen (Südtirol) ein Pflegesicherungssystem eingeführt (Autonome Provinz Südtirol, Abteilung Sozialwesen, 2008). Damit wird pflegebedürftigen Menschen ein Rechtsanspruch auf Pflege- und Betreuungsleistungen gewährt. Die zweckgebundenen Geldleistungen orientieren sich an der Höhe des Grades des Pflegebedarfes. Zur Einschätzung und Anerkennung der Pflegebedürftigkeit wurde das Einstufungsinstrument V.I.T.A. (Valutazione Integrata dei Tempi Assistenziali) entwickelt. Die Einschätzung in eine der vier Pflegegeldstufen erfolgt in Südtirol durch Einschätzungsteams, bestehend aus einer Krankenpflegeperson und einer Sozialfachkraft. Eine erste wissenschaftliche Begutachtung des Instrumentes V.I.T.A zeigte die Notwendigkeit der Überprüfung der Interrater-Reliabilität (Wingenfeld & Büscher, 2009). Im Rahmen der Reliabilitätsstudie sollten sowohl die Übereinstimmung der ersten und zweiten Einschätzung, als auch die Reliabilität der 7 Bereiche des V.I.T.A. überprüft werden.

Methode

Stichprobe: Eingeschlossen in die Studie wurden alle Personen ab 12 Jahren bei denen eine Pflegegeld- Erst oder Wiedereinstufung erforderlich war.

Datenerhebung: Für die doppelten Einschätzungen standen 14 Einschätzerteams zur Verfügung. Die Datenerhebung erfolgte im zeitlichen Abstand von mehreren Tagen. Insgesamt konnten 122 doppelte Einschätzungen durchgeführt werden.

Datenanalyse: Als statistisches Maß für die Interrater-Reliabilität wurden der Grad der Übereinstimmung bei den ermittelten Pflegegeldstufen in Prozentwerten, der Cohens Kappa-Wert (κ) und der gewichtete Kappa-Wert (κ_w) berechnet. Da es sich bei den mit dem V.I.T.A. ermittelten Zeitwerten um intervallskalierte Daten handelt, wurden außerdem Intraklassen-Korrelationskoeffizienten (ICC) berechnet.

Ergebnisse

Stichprobe: 81 (66,4%) Personen waren weiblich und 41 (33,6%) männlich. Die Einschätzung erfolgte bei 79,5% (n=97) im „häuslichen“ Bereich und bei 20,5% (n=25) im „stationären Bereich. Bei der Ersteinschätzung wurden über die Hälfte (54,1%; n=66) in den Pflegegeldstufen 0 und 1 eingestuft; in den Stufen 3 und 4 waren insgesamt 18 (14,8%) Personen.

Reliabilität: Das Ergebnis der 122 doppelten Einschätzungen zeigte bei 57,4% (n=70) der befragten Personen eine beobachtete Übereinstimmung der Pflegegeldstufen (Abb.1). Insgesamt wurde nur bei einer doppelten Einschätzung ein Unterschied von mehr als einer Pflegestufe festgestellt.

Der Kappa-Wert lag bei $\kappa=0,418$ und der gewichtete Kappa wurde mit einem Wert von $\kappa_w=0,616$ berechnet. Der Intra-Klassenkorrelationskoeffizient (ICC) zur Übereinstimmung des anerkannten Pflegebedarfs in Stunden pro Monat lag bei 0,826 [95% KI 0,761-0,875]. In den meisten Bereichen des V.I.T.A. konnten „hohe“ bis „sehr hohe“ Korrelationen ermittelt werden (Tab. 1).

Tab. 1: Übereinstimmung der Minutenwerte pro Monat in den einzelnen Bereichen des V.I.T.A. (n=122)

Bereiche	ICC Koeffizient
E.7.2.1 Nahrungsaufnahme	0,641
E.7.2.2 Körperpflege	0,769
E.7.2.3 Ausscheidung	0,761
E.7.2.4 Mobilität	0,762
E.7.2.5 Psychosoziales Leben	0,787
E.7.2.6 Haushaltsführung	0,813
E.7.2.7 Organisation in stationärer Einrichtung	0,946

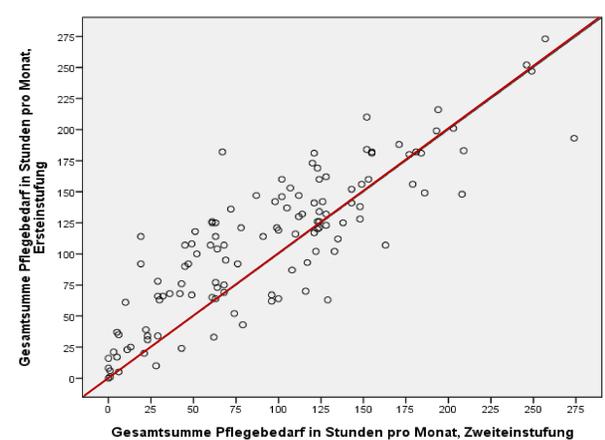


Abb. 1: Verteilung des Pflegebedarfs in Stunden pro Monat nach der Erst- und Zweiteinstufung mit dem V.I.T.A. (n=122)

Schlussfolgerung

Der ermittelte gewichtete Kappa-Wert kann bei den 122 doppelten Einschätzungen als „gut“ bewertet werden (Kottner et al., 2008). Bei der Beurteilung dieses Wertes ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Kategorien (Pflegestufe 0-4) und die asymmetrische Verteilung der Pflegegeldstufen zu niedrigen Kappa-Werten führen können (Mayer et al., 2004; Bartholomeyczik, 2007). Im Vergleich zu den Kappa-Werten zeigt die Berechnung der Intraklassen-Korrelationskoeffizienten (ICC) zur Übereinstimmung des anerkannten Pflegebedarfs in Stunden pro Monat einen „hohen“ Zusammenhang. Aufgrund der ermittelten Kappa-Werte und der ICC-Werte kann das V.I.T.A. als zuverlässiges Verfahren zur Pflegegeldeinstufung im Pflegesicherungssystem-Südtirol bezeichnet werden.

Literatur

Autonome Provinz Bozen-Südtirol - Abteilung Sozialwesen (2008): Die Pflegesicherung

Bartholomeyczik S. (2007): Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege. Pflege, 20, 211-217

Kottner J., Tannen A., Dassen T. (2008): Die Interrater-Reliabilität der Braden Skala. Pflege, 17, 36-46

Mayer H., Nonn C., Osterbrink J., Ewers G.C.M. (2004): Qualitätskriterien von Assessmentinstrumenten – Cohens` s Kappa als Maß der Interrater-Reliabilität (Teil 1). Pflege, 17, 36-46

Wingenfeld K., Büscher A. (2009): Begutachtung des Einstufungsinstrumentes V.I.T.A. zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit im Pflegesicherungssystem der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol. Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld

PFLEGEWISSENSCHAFT & GERONTOLOGIE

Präventive Seniorenberatung in Tirol

Kooperationsprojekt der UMIT und
der Abteilung Soziales der Tiroler Landesregierung

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. Christa Them
Projektleitung: Univ.-Ass. MMag. Dr. Eva Schulc



1. wissenschaftlicher Hintergrund

Präventive Seniorenberatungen gehen auf ein wissenschaftliches Konzept, den „Präventiven Hausbesuch“ zurück, dessen Kernelement die Beratung in den eigenen vier Wänden darstellt. Hierbei werden ältere Menschen auf deren Wunsch von diplomierten Pflegepersonen zu Hause aufgesucht und zur selbstständigen Lebensführung wie auch zur möglichen Krankheitsvermeidung befragt. Folgend finden bei entsprechendem Bedarf individuell angepasste Beratungen statt. Ergebnisse rezenter Studien zum „Präventiven Hausbesuch“ verdeutlichen, dass mit gezielten wiederholten Beratungen der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit verzögert [2-5] und der Eintritt in ein Heim verhindert bzw. verzögert werden kann[5]. Zudem erfahren Angehörige bei der Betreuung entsprechende Unterstützung.

2. Ziel und Methodik

Primäres Ziel ist es, bei ca. 500 80+jährigen zu Hause lebenden Menschen Daten zum selbsteingeschätzten funktionalen Gesundheitszustand mittels strukturierten Fragebogens sowie zum Hilfs- und Betreuungsbedarf mittels Barthel- und IADL-Index zu generieren.

Sekundäres Ziel ist die Durchführung von Beratungen bzw. Informationen zu 14 Themenbereichen durch diplomierte Pflegepersonen. Dabei fokussieren Beratungen auf die Förderung von individuellen Handlungskompetenzen zur Bewältigung etwaiger Probleme. Informationen dienen der Weitergabe themenbezogenen Wissens mit dem Ziel der Verbesserung individueller Handlungsvoraussetzungen.

3. Projektdurchführung

Die Personen im Alter von 80+Jahren werden persönlich und schriftlich zur Teilnahme an der „Präventiven Seniorenberatung Tirol“ vom Bürgermeister ihrer Gemeinde eingeladen und bei Interesse ersucht, die Pflegeperson des Sozial- und Gesundheitssprengels telefonisch zu kontaktieren (Informationsfolder liegen dem Einladungsschreiben bei). Zusätzlich informieren Gemeindenachrichten, Ärzte, Seniorenverbände, Pfarren und ehrenamtliche soziale Dienste mit Hilfe des Folders die Bevölkerung über dieses Angebot. Die präventive Seniorenberatung dauert maximal zwei Stunden.

4. Literatur

- [1] Dapp U.; Anders, J.A.M.; von Rentel- Kruse W.; Minder C.E.; Meier- Baumgartner H.P.; Swift C.G.; Gillman G.; Egger M.; Bek J.C.; Stuck A. (2011): A Randomized Trial of Effects of Health Risk Appraisal Combined With Groups Sessions or Home Visits on Preventive Behaviors in Older Adults. In: Journal of Gerontology, 66A (5), 591-598
- [2] Eckmann A.; Vass M.; Avlund K. (2010): Preventive home visits to older home- dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? In: Health and Social Care in the Community, 18 (6), 563-571
- [3] Kronborg C., Vass M., Lauridsen J., Avlund K. (2006): Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly. Eur J Health Econ 4 (7): 238 – 246
- [4] Fagerström L.; Wikblad A.; Nilsson J. (2009): An integrative research review of preventive home visits among older people- is an individual health resource perspective a vision or a reality? In: Scandinavian Journal Caring Science, 23, 558-568
- [5] Huss A.; Stuck E.A.; Rubenstein Z.L.; Egger M.; Cough-Gorr M.K. (2008): Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future. Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta- Analysis of Randomized Controlled Trials. In: Journal of Gerontology: Medical Sciences, Vol. 63 A, No. 3, 298-307



ASSESSMENT INSTRUMENTS FOR THE RISK ASSESSMENT AND CLASSIFICATION OF INCONTINENCE-ASSOCIATED DERMATITIS (IAD) FOR NURSING A LITERATURE REVIEW

UMIT THE HEALTH AND LIFE UNIVERSITY OF HALL/TYROL, VIENNA, AUSTRIA (2)
ACADEMY OF NURSING „BARMHERZIGE BRÜDER“, VIENNA (1)

INTRODUCTION

Due to the emergence of a constantly ageing society, the number of people with urinary and fecal incontinence is increasing. Because of the taboos of urinary and fecal incontinence in the society, there are hardly any comparable figures available on the frequency of this problem. During the decomposition of urine and stool, ammonia is generated and the pH-value of the skin rises (Cooper & Gray, 2001). Due to this environmental change, the barrier and protective function of the skin decreases and pathogenic germs might appear (Farage et al., 2007). Perineal skin problems that are caused by the combined exposure of urine and stool or the single exposure of stool are to be referred to as Incontinence Associated Dermatitis (IAD) (Gray et al., 2007). IAD is an inflammation caused by the repetitive contact of the perineal or perigenital skin with urine and stool (Junkin & Selekof, 2008).

RESULTS

Altogether, four instruments for the assessment of the perineal skin in English language were identified (Fig.1). One instrument (Nix, 2002) is designed for risk assessment (Fig.2); two instruments are used for the classification of Incontinence-Associated Dermatitis (Kennedy & Lutz, 1996; Brown, 1993; Brown & Sears, 1993), and one instrument is used for the classification of IAD with an integrated intervention tool (Junkin, 2008) (Fig.3). The analysis of the four instruments shows that they were not or only partly tested for their validity and reliability. In the German-speaking area, however, no instruments for risk assessment or the classification of IAD can be found.

AIM AND METHODS

The aim of the literature review was to describe care-related instruments for the risk assessment and classification of IAD and to present the test-theoretical quality criteria. The literature research was carried out in the databases of Medline, CINAHL, Academic Search Elite (via EBSCO), GEROLIT, DIMDI and EMBASE. The literature research was a multi-stage, iterative process. In an open discussion between students and experts, the relevant tasks were determined and evaluated on the basis of the STARD checklist.

Score	3	2	1
Intensity of Irritant			
Type and Intensity of Irritant	Liquid stool with or without urine	Soft stool with or without urine	Formed stool and/or urine
Duration of Irritant			
Amount of time that skin is exposed to irritant	Liner/pad changes at least every 2 hours	Liner/pad changes at least every 4 hours	Liner/pad changes at least every 8 hours
Perineal Skin Condition			
Skin integrity	Denuded/eroded with or without dermatitis	Erythema/dermatitis with or without candidiasis	Clear and intact
Contributing Factors			
Low albumin, antibiotics, tube feeding, Clostridium difficile, other	3 or more contributing factors	2 contributing factors	0-1 contributing factors

Fig. 2 Perineal assessment tool

Author, Year, Country	Instrument	Type of instrument	Categories & items of evaluation	Quality criteria of the instruments
Nix, D.H. (2002), USA	Perineal Assessment Tool (PAT)	Risk assessment of IAD	4 categories 4 items Likert scale Total score: Low IAD risk: 4-6 points High IAD risk: 7-12 points	Interrater-reliability: $\kappa=0.97$ ($p<0.001$; 95% CI: 0.923, 0.998) Content validity: ($n=102$, $F=7.64$; $t1.74$, $X_{crit}=9$)
Brown, D.S. (1993); Brown, D.S. & Sears, M. (1993); USA	Perineal Skin Assessment Tool (PSAT)	Classification of IAD	4 items (3 items with Likert scale, 1 item with size indication in centimeters) No total score	No test-theoretical evaluation
Kennedy, K.L. & Lutz, J. (1996), USA	Skin Assessment Tool	Classification of IAD	3 items Likert scale Total score: A high number of points indicates a high degree of IAD	No test-theoretical evaluation
Junkin, J. (2008), USA	Incontinence Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT)	Risk assessment & classification of IAD	1 PV** for risk assessment 3 PV for the severity of the IAD 1 PV for the complication Visual assessment Recommendations for interventions	No test-theoretical evaluation

Fig. 1 Overview of instruments for the assessment of the perineal skin

The #1 priority is to address the risk of incontinence. Use this tool until incontinence is resolved.		Use this tool until incontinence is resolved.
1. Determine the cause of skin irritation. Look for urinary or fecal incontinence or other potential irritants.	2. Assess the severity of skin irritation. Use the IADIT to determine the severity of skin irritation.	3. Implement interventions to address the cause of skin irritation. Use the IADIT to determine the severity of skin irritation.
HIGH-RISK	Obtain a skin assessment of the perineal area. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation.	1. Use an absorbent barrier product containing zinc oxide and petrolatum. 2. If severe, change to a non-adherent barrier product. Use the IADIT to determine the severity of skin irritation. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation.
EARLY IAD	Obtain a skin assessment of the perineal area. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation.	3. If stools or urine/urine are present, allow skin to be exposed to air for 30 minutes before applying barrier product. Use the IADIT to determine the severity of skin irritation. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation.
MODERATE IAD	Obtain a skin assessment of the perineal area. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation.	4. If stools or urine/urine are present, allow skin to be exposed to air for 30 minutes before applying barrier product. Use the IADIT to determine the severity of skin irritation. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation.
SEVERE IAD	Obtain a skin assessment of the perineal area. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation.	5. If stools or urine/urine are present, allow skin to be exposed to air for 30 minutes before applying barrier product. Use the IADIT to determine the severity of skin irritation. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation.
FUNGAL APPEARING RASH	Obtain a skin assessment of the perineal area. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation.	6. If stools or urine/urine are present, allow skin to be exposed to air for 30 minutes before applying barrier product. Use the IADIT to determine the severity of skin irritation. If the patient is at high risk for IAD, use the IADIT to determine the severity of skin irritation.

Fig. 3 Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT)

Copyright © 2008 Joan Junkin. All rights reserved. Please send request for permissions to IADIT@mediapub.com.

- Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, et al. Incontinence-associated skin damage in nursing home residents: a secondary analysis of a prospective, multicenter study. *Ostomy Wound Manage*. 2005;52:46-55.
- Institute for Healthcare Improvement. *Prevent Pressure Ulcers: How-To Guide*. May 2007. Available at: <http://www.ihio.org/inf/rdonlyres/5ababb51-93b3-4d88-ae19-be88b7096858/0/pressureulcerhowtoguide.doc>, accessed 10/21/07.
- Gray M, Bliss DB, Ermer-Seltun J, et al. Incontinence-associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007;34:45-54.
- Junkin J, Selekof JL. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007;34:260-269.

CONCLUSION

The nursing staff must be sensitised to the risk and to the presence of an IAD in patients suffering from urinary and fecal incontinence so that they can differentiate between IAD and pressure ulcers. For the early diagnosis of an IAD and for the classification of an existing IAD, risk and classification instruments have already been developed in the USA. In contrast, no instruments for the risk assessment and classification of IAD have so far existed in nursing practice and nursing research in the German-speaking area.

LITERATURE

- Brown, D.S.: Perineal dermatitis: can we measure it? *Ostomy Wound Management* 39(7), 1993, 28-31.
 Brown, D. S. & Sears, M.: Perineal dermatitis: a conceptual framework. *Ostomy Wound Management* 39(7), 1993, 20-25.
 Cooper, P. & Gray, M.: Comparison of two skin care regimens for incontinence. *British Journal of Nursing* 10(6), 2001, 6-20.
 Farage, M., Miller, K., Berardesca, E. & Maibach, H.: Incontinence in the aged: contact dermatitis and other cutaneous consequences. *Contact Dermatitis* 57(4), 2007, 211-217.
 Gray, M., Bliss, D. Z., Doughty, D. B., Ermer-Seltun, J., Kennedy-Evans, K. L. & Palmer, M. H.: Incontinence-associated Dermatitis. A Consensus. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 34(1), 2007, 45-54.
 Junkin, J. & Selekof, J. L.: Beyond „diaper rash“: Incontinence-associated dermatitis. Does it have you seeing red? *Nursing* 56, 2008, 2-10.
 Junkin J.: Targeting Incontinence-Associated Dermatitis – A Leading Risk Factor for Pressure Ulcers. US hospitals no longer paid for pressure ulcers – fecal incontinence increases pressure ulcer risk by 22%! Presented at the 3rd Congress of the World Union of Wound Healing Societies, Toronto, Ontario Canada, June 4-8, 2008.
 Kennedy, K.L. & Lutz, J.: Comparison of the efficacy and cost-effectiveness of three skin protectants in the management of incontinent dermatitis. *Proceedings of the European Conference on Advances in Wound Management*. Amsterdam, Netherlands, October 4, 1996.
 Nix, D. H.: Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy Wound Management* 48(2), 2002, 43-49.