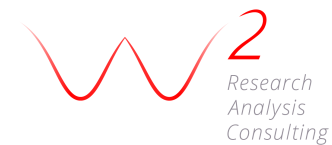




Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Messung Sturz und Dekubitus Online-Dialog

12. September 2024



Technische Informationen

Wahl der Sprache

Bei der Weltkugel unten in der Leiste («Dolmetschen») die Sprache auswählen, die Sie hören möchten: Deutsch, Französisch oder Italienisch. «Inaktiv» heisst, dass der Originalton nicht hörbar ist.

Wahl der Präsentation:

Unter «Optionen anzeigen» können Sie wählen:

- für die deutsche Präsentation wählen Sie «Daniela Zahnd ANQ»
- für die französische Präsentation wählen Sie «Melanie Wicki ANQ»
- für die italienische Präsentation wählen Sie «Muriel Haldemann ANQ»

Fragen stellen: unten in der Leiste auf «Teilnehmer» drücken. Den eigenen Namen in der Teilnehmerliste wählen und unten in der Leiste dieses Fensters «Hand heben» wählen oder unter «Reaktionen – Hand heben» wählen. Warten Sie, bis der Moderator Ihnen das Wort erteilt, Mikrofon einschalten und die Frage stellen. So kann gewährleistet werden, dass Ihre Fragen in die anderen Sprachen übersetzt werden können. Sobald Ihre Frage beantwortet ist, bitte die Hand wieder senken.

Programm



- Begrüssung, Einleitung
- Information zur Messung Sturz und Dekubitus mit Routinedaten
- Information zur technischen Umsetzung
- Pilotmessung 2025
- Interaktiver Teil, Pause
- Ausblick

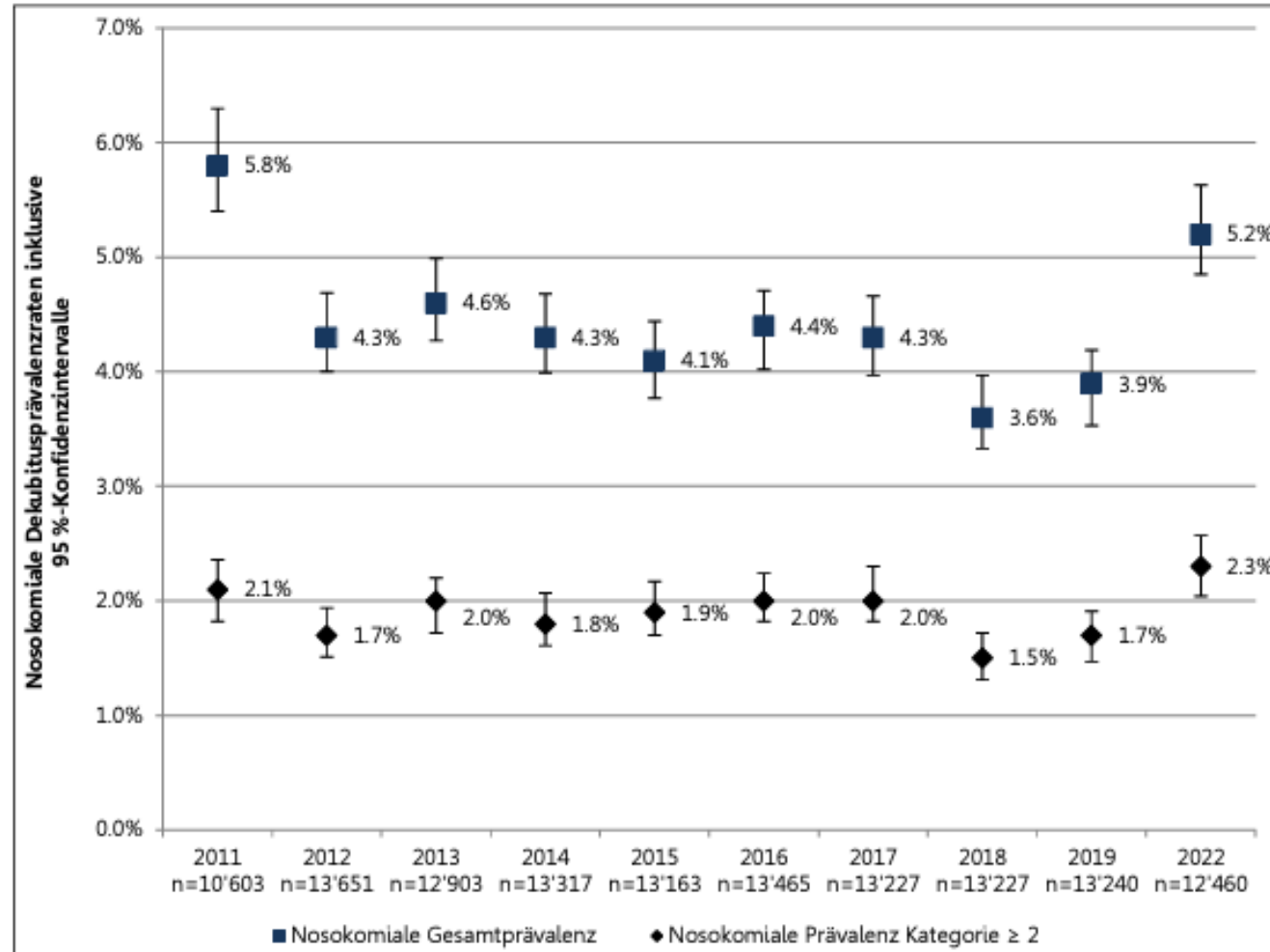
Ziele des Online-Dialogs

- Kennenlernen der neuen Messmethode mit Routinedaten
- Aufzeigen der technischen Abläufe, Bereitstellung der Daten, Datenupload, Überprüfung der Datenqualität, Dashboard
- Erste Informationen zur Pilotmessung 2025

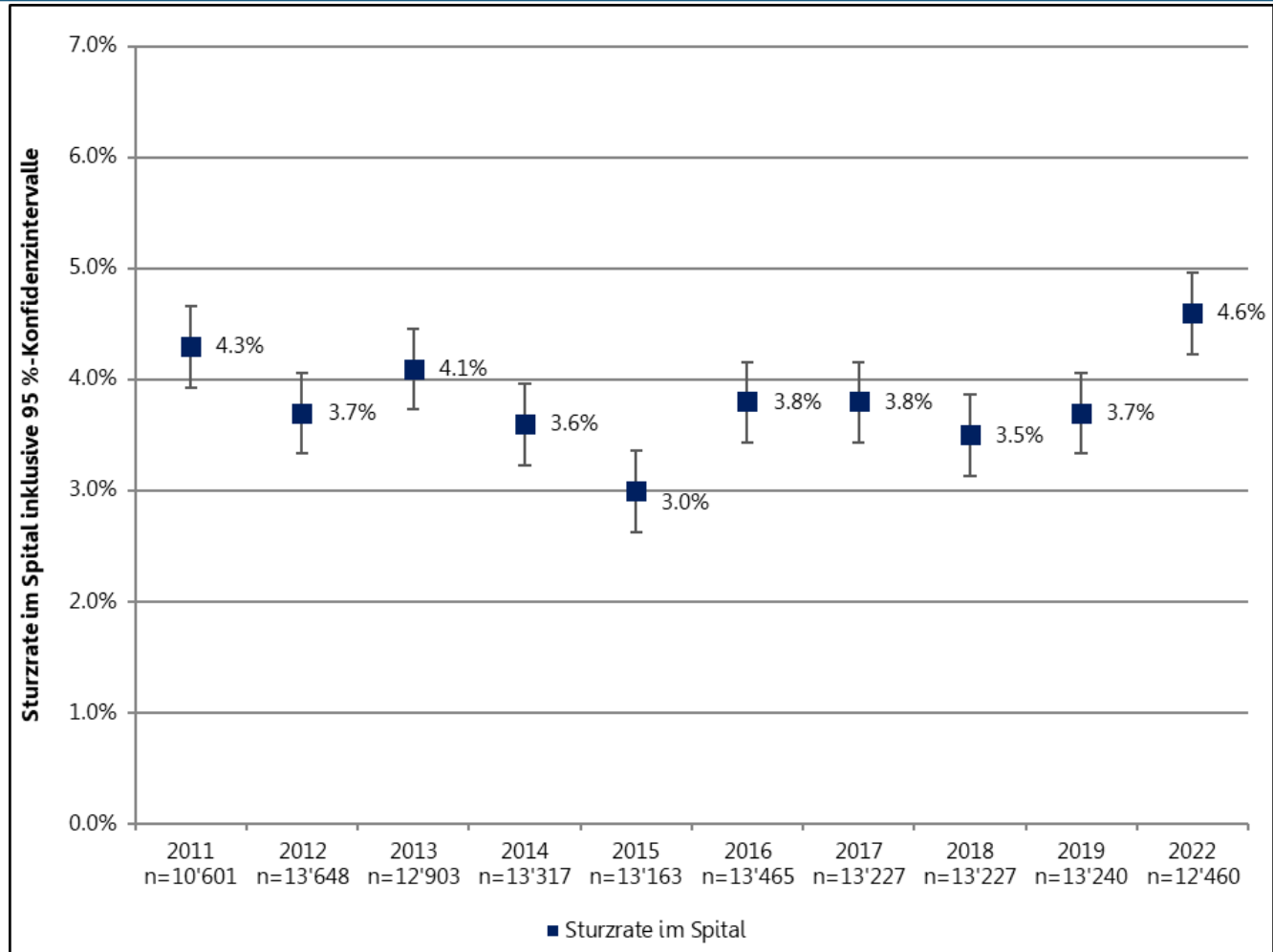
Prävalenzmessung LPZ 2011 - 2022

- Jährliche Messung seit 2011 Anfang November mit der Methode von LPZ
- Alle Akutspitäler haben am Tag X bei den stationären Patientinnen und Patienten die Daten zu Dekubitus und Sturz erhoben
- Ausnahmen 2020 und 2021: Messunterbruch wegen der COVID-Pandemie

Prävalenzmessung LPZ 2011 – 2022: Dekubitus



Prävalenzmessung LPZ 2011 – 2022: Sturz



Entscheid Methodenwechsel

- LPZ-Methode ist mit einem hohen personellen Aufwand für die Spitäler und Kliniken verbunden (Ergebnis Standortbestimmung 2019, persönliche Rückmeldungen)
- Die Methode von LPZ – Prävalenzmessung – entsprach nicht mehr den Erwartungen der Spitäler und Kliniken
- Sturz und Dekubitus bleiben Qualitätsindikatoren auf dem ANQ-Messplan
- Vermeidung von Redundanzen: die meisten der notwendigen Daten und Informationen wurden/werden von den Spitälern und Kliniken bereits in ihren KIS-Systemen erfasst → Nutzen dieser Daten

Messung mit Routinedaten - Vorzüge

- **Effizienz:** Nutzen von schon vorhandenen Daten, Doppelspurigkeiten vermeiden
- **Ressourcen schonend:** Aufwände personeller als auch finanzieller Art können für alle Beteiligten gesenkt werden
- **Verfügbarkeit:** Routinedaten sind in der Regel leicht zugänglich und ermöglichen eine zeitnahe Analyse
- **Validität:** Die Verwendung von Routinedaten, die durch automatisierte Prozesse verarbeitet werden, reduziert das Risiko von Manipulationen und verbessert somit die Datenvalidität
- **Langzeitbeobachtung:** Mit Routinedaten können Patientinnen und Patienten über längere Zeiträume hinweg beobachtet werden

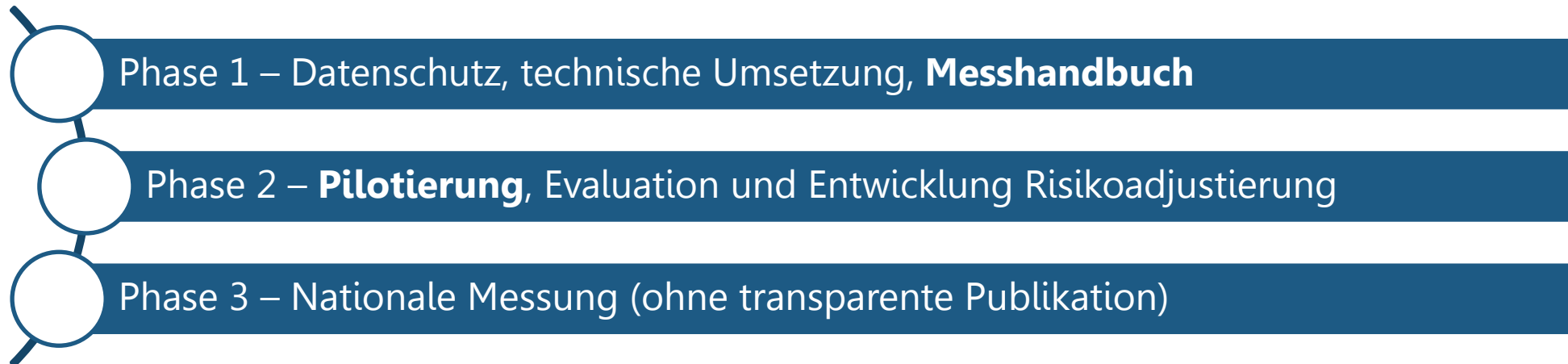
BFH – Information zur Messung Sturz und Dekubitus mit Routinedaten



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

Methodenentwicklung

1. Vis(q)ual data Projekt der BFH – initiale Machbarkeitsabklärung
2. Erweiterte Machbarkeitsabklärung
- 3. Projekt Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus – Messung mit Routinedaten**



Vis(q)ual data Projekt & erweiterte Machbarkeitsabklärung

Ziel: Sind KIS Daten (elektronische medizinische Patient:innendaten) eine vielversprechende Alternative oder zusätzliche Datenquelle für nationale Qualitätsmessungen?

	Klinische Primärdaten	Administrative Daten	KIS Daten
Outcome & Risikovariablen	😊	😞	
Datenqualität	😊	😞	
Erhebungsaufwand	😞	😊	

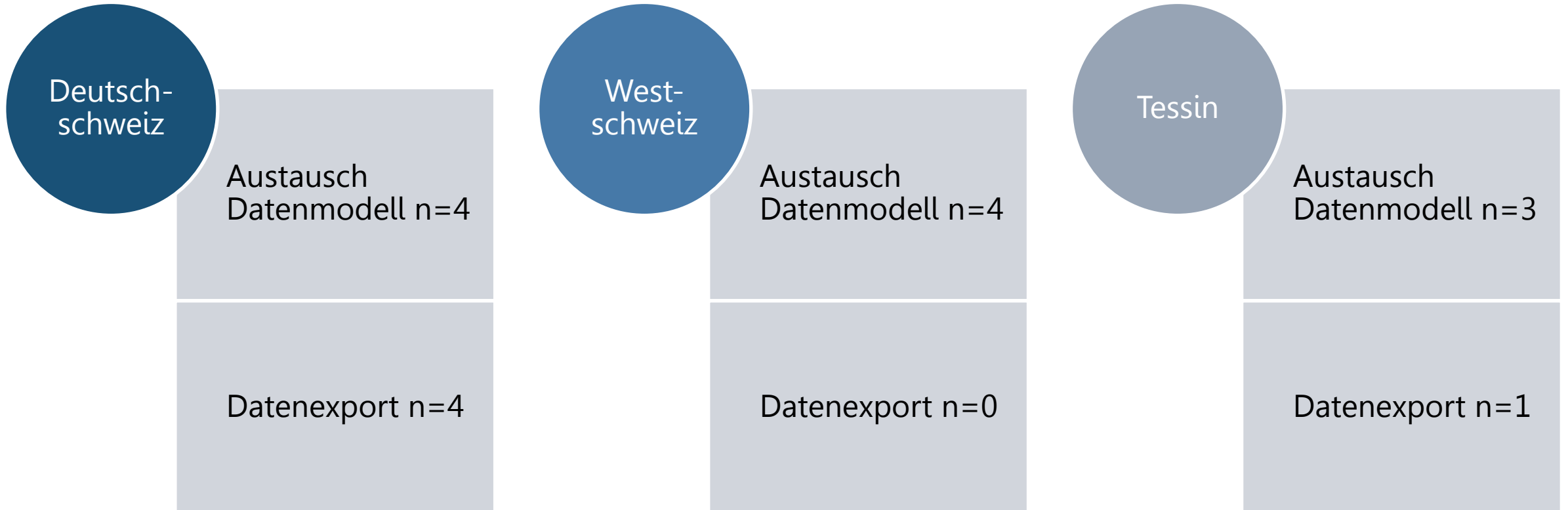
Vis(q)ual data Projekt & erweiterte Machbarkeitsabklärung

- Interdisziplinäre stakeholderzentrierte Machbarkeitsstudie
 - Workshop mit Stakeholder aller Ebenen und drei Spitäler (Deutschschweiz)
 - Datenexport
























- Datenanalysen: Deskriptiv und Risikoadjustierung
- Überprüfung der Erkenntnisse in Einzelinterviews
- Wiederholung der Untersuchungen in der Westschweiz und Tessin

Vis(q)ual data Projekt & erweiterte Machbarkeitsabklärung



Vis(q)ual data Projekt & erweiterte Machbarkeitsabklärung

	Sturz	<p> Verfügbarkeit</p> <p> Unterschiedlich operationalisiert; KIS Einbindung</p>
	Dekubitus	<p> Verfügbarkeit; EPUAP Kategorisierung</p> <p> KIS Einbindung</p>
	«Administrative» Patientenmerkmale	<p> Verfügbarkeit; einheitlich operationalisiert; Detaillierungsgrad</p> <p></p>
	Risikoeinschätzungen und Pflegeabhängigkeit	<p></p> <p> Teilweise nicht verfügbar; unterschiedlich operationalisiert</p>
	Datenqualität deskriptiv	<p> Ergebnisse sind vergleichbar (Abweichung < 10% bei 18/21 Variablen); alle Patient:innen</p> <p></p>
	Datenqualität Risikoadjustierung	<p> Risikozusammenhang (6/6 identisch)</p> <p> Pflegeabhängigkeit und Risikoeinschätzungen</p>
	Datenexport	<p> Machbarkeit (Aufwand ½-1 Tag)</p> <p> Einbindung unterschiedlicher Datenquellen für Export</p>

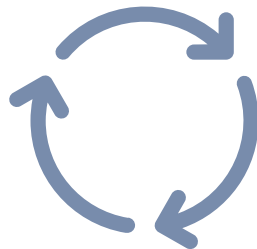
Vis(q)ual data Projekt & erweiterte Machbarkeitsabklärung



Potenzial KIS Daten für nationale Qualitätsmessungen



Reduzierter
Personalaufwand



Inzidenzmessung



Minimierung non-
response bias



Kontinuierliches
Monitoring



Weitere Informationen vis(q)ual data Projekt

Healthcare of the Future 2022

51

T. Bürkle et al. (Eds.)

© 2022 The authors and IOS Press.

This article is published online with Open Access by IOS Press and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License 4.0 (CC BY-NC 4.0).

doi:10.3233/SHTI220320

Potential of Electronic Medical Record Data for National Quality Measurement

Niklaus S BERNET^{a,1,2}, Silvia THOMANN^{a,1}, Mascha KURPICZ-BRIKI^b, Leonie ROOS^a, Irma HJ EVERINK^c, Jos MGA SCHOLS^c, Sabine HAHN^a

^a*Applied Research in Nursing, Bern University of Applied Sciences Bern, Switzerland*

^b*Applied Machine Intelligence, Bern University of Applied Sciences, Biel, Switzerland*

^c*Maastricht University, Maastricht, the Netherlands*

Abstract. National quality measurements with risk-adjusted provider comparison in health care nowadays usually require administrative or clinically measured data.

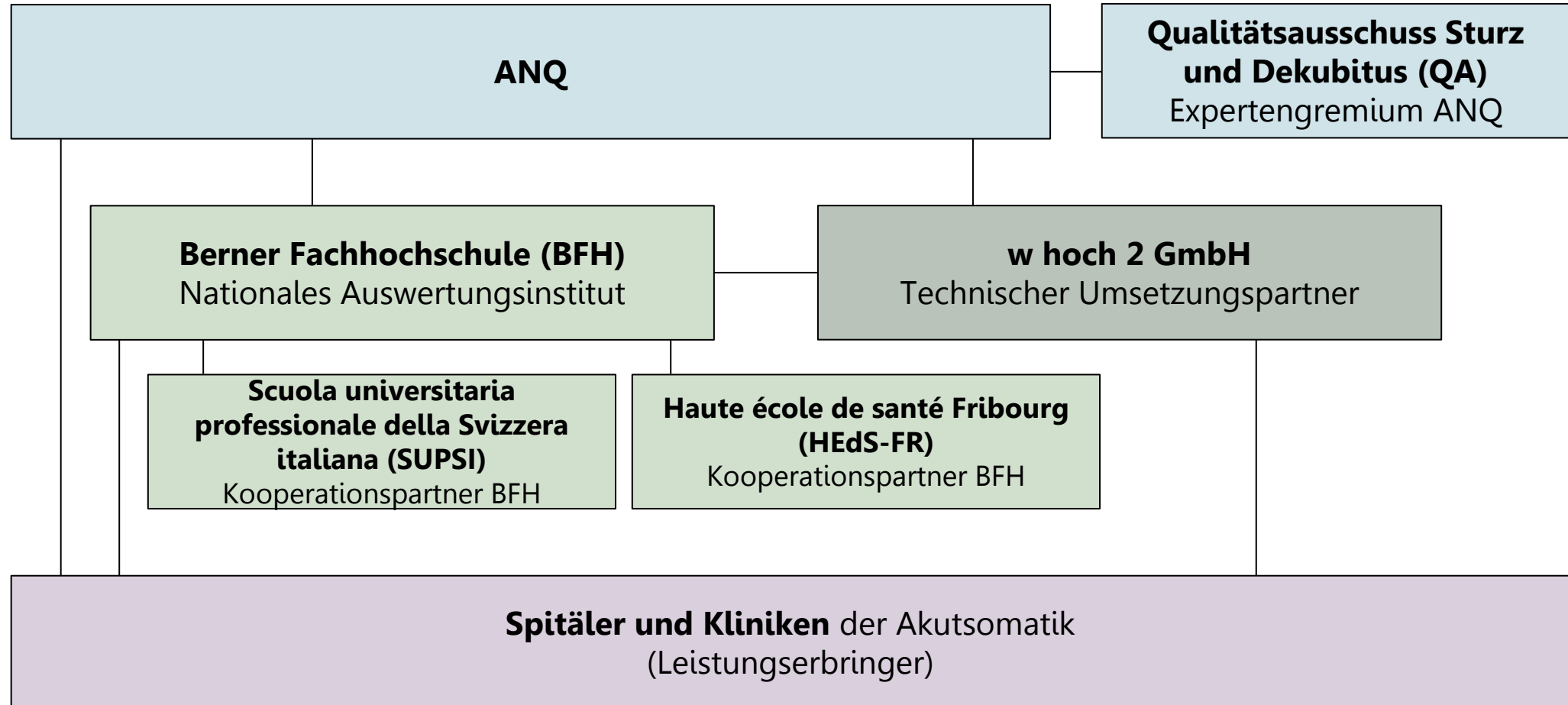
<https://doi.org/10.3233/shti220320>

Projekt Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus – Messung mit Routinedaten

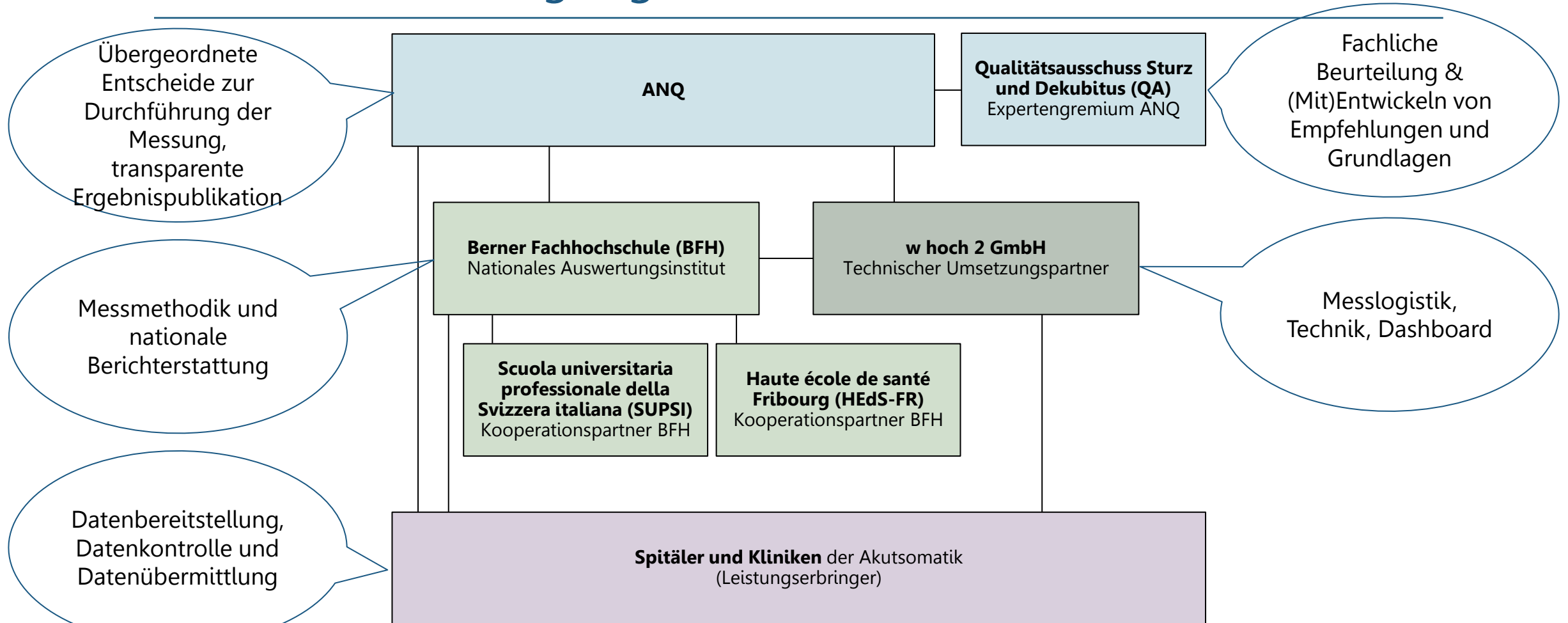
Phase 1 – Weitere Abklärungen; Methode sowie Eckpfeiler definieren (2023 – 2024)

- Inhalte:
 - Datenschutz
 - Technischer Umsetzungspartner
 - Risikoadjustierung
 - Methode: Organisation der Messung, Operationalisierung der Daten
 - **Messhandbuch**
- Vorgehen:
 - Enge Begleitung durch ANQ, Qualitätsausschuss «Sturz und Dekubitus» & SUPSI
 - Einbezug von IT (BFH und spitalinterne Expert:innen)
 - Einbezug von Jurist:innen sowie Statistiker

Wie ist die Messung organisiert?



Wie ist die Messung organisiert?



Welche Qualitätsindikatoren sind im Fokus?

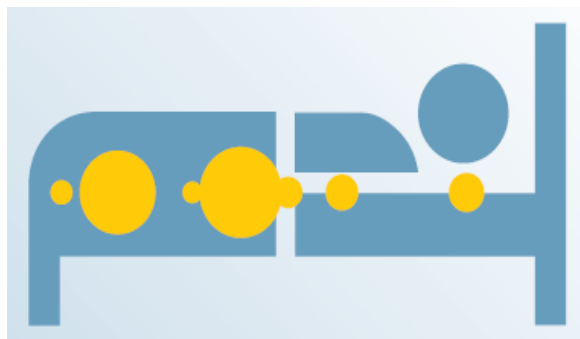


«Ein **Sturz** ist ein Ereignis, bei dem der oder die Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt»

(WHO Definition 2021 gemäss DNQP, 2022)

«Ein **Sturz mit Sturzfolge** umfasst sowohl eine durch einen Sturz erlittene Verletzung als auch diagnostische und/oder therapeutische Massnahmen aufgrund eines Sturzereignisses»

(Montero-Odasso et al., 2022 und Beschluss QA, 2024)



«Ein **Dekubitus** ist definiert als eine örtlich begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, die durch Druck oder Druck in Kombination mit Scherkräften verursacht wird. Druckverletzungen treten in der Regel an einem knöchernen Vorsprung auf, können aber auch durch ein medizinisches Gerät oder einen anderen Gegenstand verursacht werden»

(EPUAP, NPIAP & PPIA, 2019, S. 16)

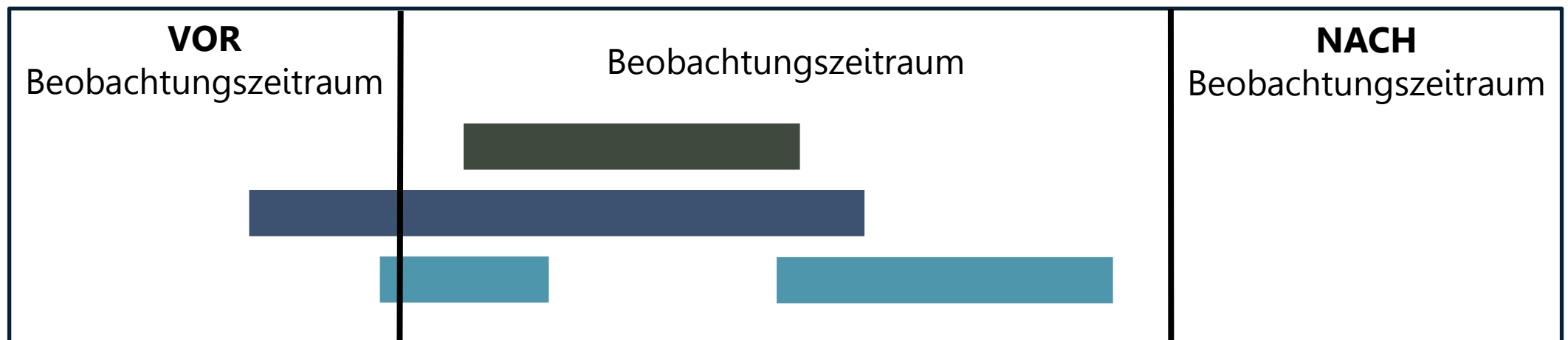
Wann wird gemessen?

- Einmal jährlich während 3 Monaten



Wer wird eingeschlossen?

- Alle Leistungserbringer, die dem Qualitätsvertrag des ANQ ([Link Q-Vertrag](#)) beigetreten sind
 - *Ausschluss: Tageskliniken, Notfallbereich, ambulanter Bereich, Pädiatrie*
- Stationäre Patienten (Mitternachtszensus-Regel)
- Fälle mit Austritt während Beobachtungszeitraum
- Ganzer Fall wird berücksichtigt
- Jede Hospitalisierung ergibt einen eigenen Fall im Datensatz (Wiedereintritte)



Welche Daten müssen exportiert werden?

Spital

- Betriebs- und Unternehmensregister Nummer (BUR-Nr.)
- Spitaltyp
- Stationen (Datum)

Patient:innen

- Fallnummer
- Alter bei Eintritt
- Geschlecht
- Ein- & Austrittsdatum
- Aufenthaltsort vor dem Eintritt
- Eintrittsart
- Diagnosecodes gemäss ICD-10-GM
- Operation während Spitalaufenthalt

Outcome

- Sturz im Spital (Datum)
- Sturz im Spital mit Sturzfolgen (Datum)
- Nosokomialer Dekubitus pro Kat. (Datum)
- Fakultativ: Dekubitus pro Kat. vor Spital entstanden (Anzahl)*

Datenschutz

- **ANQ Datenreglement, Version 2.0** ([Link](#))

Art. 5 «Die Spitäler und Kliniken sind verantwortlich für die korrekte, vollständige und datenschutzkonforme Erhebung der Daten sowie für deren fristgerechte Übermittlung. [...] Die Spitäler und Kliniken pseudonymisieren oder anonymisieren die Personendaten entsprechend den vom ANQ für die jeweilige Messung festgelegten Vorgaben (z.B. Messkonzept) vor der Übermittlung an den ANQ bzw. an die von diesem bezeichneten ANQ-Kooperationspartner. [...]»

- **Juristische Abklärungen**

Eine spezifische Einwilligung oder general consent der Patientinnen und Patienten zur Nutzung der Routinedaten für die Messung Sturz und Dekubitus ist nicht erforderlich.

Wie werden die Ergebnisse national ausgewertet?

- Inzidenzraten pro Quartal**

$$\frac{\text{Anzahl den Einschlusskriterien entsprechenden Patient:innen (Fälle) mit dem negativen Ergebnis im definierten Zeitraum}}{\text{Anzahl aller den Einschlusskriterien entsprechenden Patient:innen (Fälle) im definierten Zeitraum}} \times 100$$

- Inzidenzrate pro 1'000 Pflegeetage**

$$\frac{\text{Anzahl der negativen Ereignisse der den Einschlusskriterien entsprechenden Patient:innen (Fälle) im definierten Zeitraum}}{\text{Summe der Aufenthaltsdauer in Tagen (Eintritts- und Austrittstag zählt als Pflegeetag) aller den Einschlusskriterien entsprechenden Patient:innen (Fälle) im definierten Zeitraum}} \times 1'000$$

Projekt Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus – Messung mit Routinedaten

Phase 2 – Breite Pilotierung der Methode sowie der technischen Umsetzung (2024 – 2026)

- Inhalte:
 - **Pilot**
 - Evaluation
 - Risikoadjustierung

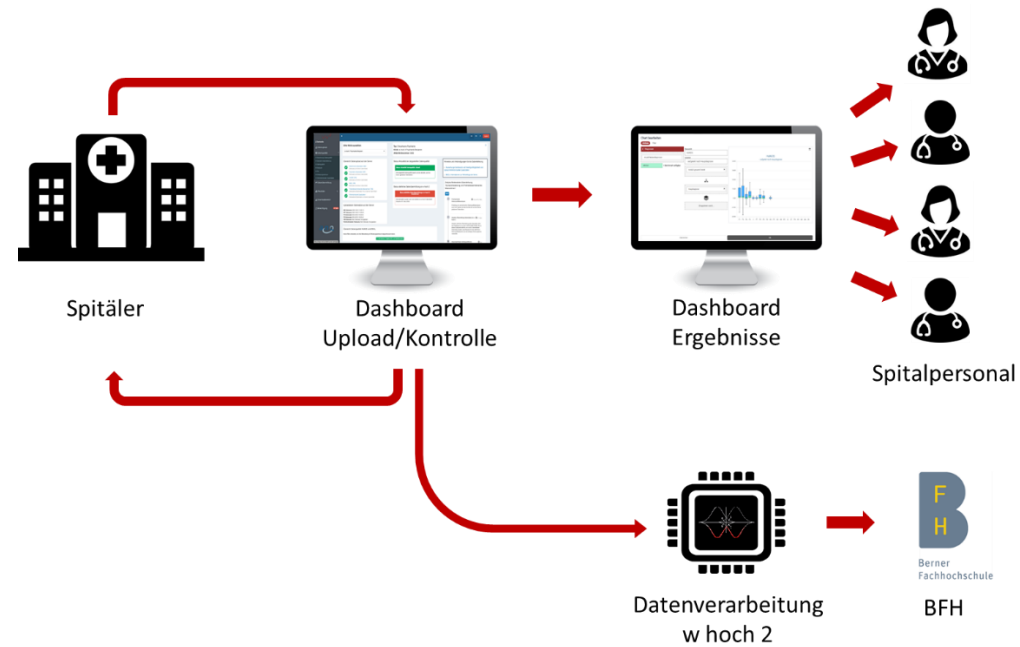
Fragen

- ? zur Methodenentwicklung
 - ? zur Messung
 - ? zum Messhandbuch
 - ? ...

w hoch 2 – Informationen zur technischen Umsetzung

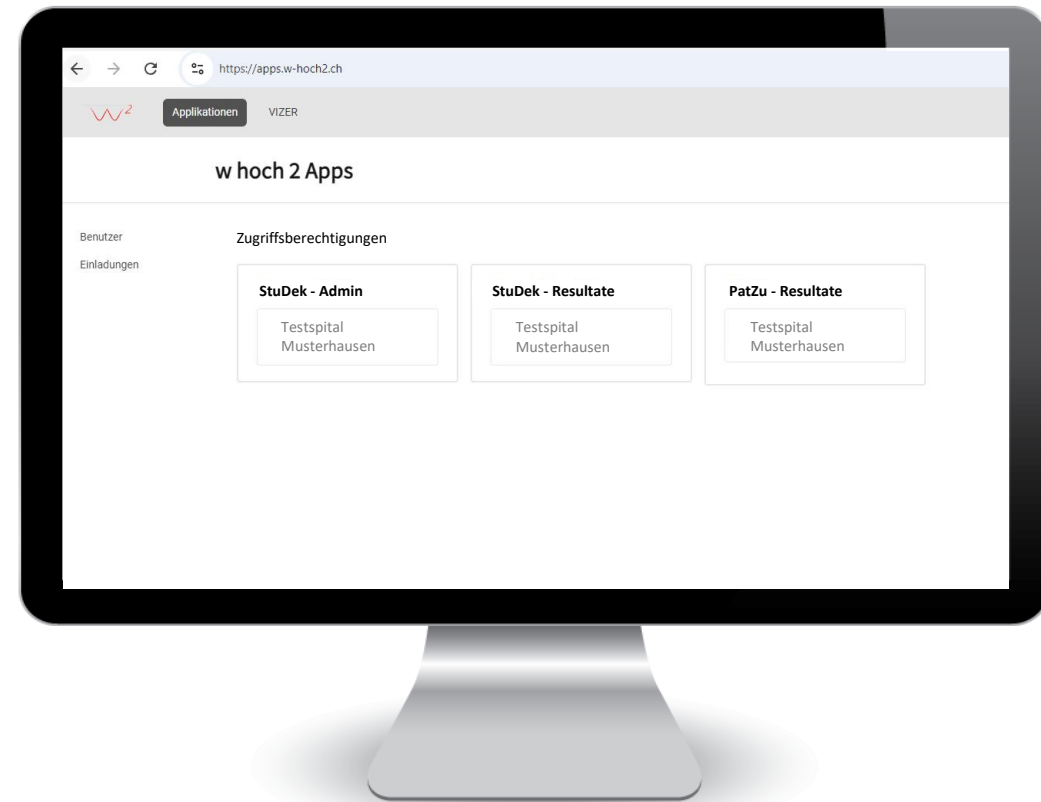


Übersicht Prozess Messlogistik



Apps-Plattform

- Gleiche Plattform für alle von w hoch 2 durchgeführten Messungen
- Nur ein Login nötig
- Navigation zwischen Messungen
- Intuitive Userverwaltung



Datenaufbereitung und -kontrolle



- Im Messhandbuch sind die Variablen und Ihre Ausprägungen definiert
- Routinedaten werden von den Spitälern anhand der Definition aufbereitet
- Der Datensatz kann vorgängig hochgeladen und geprüft werden
- Zweistufige Prüfung:
 - Formale Korrektheit (Upload)
 - Anzeige Datenqualität im Dashboard

Ergebnisdarstellung



- Die Messergebnisse können auf Spitalebene interaktiv analysiert werden
- Grafiken und Tabellen können selber erstellt werden
- Zahlreiche Grafiktypen stehen zur Verfügung
- Das Dashboard erlaubt Filterungen, Splits und Gruppierungen
- Interne Zugriffsberechtigungen können für einzelne Auswertungen vergeben werden
- Vom Spital erstellte User können Ergebnisse einsehen, jedoch keine weiteren Auswertungen vornehmen

Pilotmessung 2025 - Ziele

- Die Messung wird in einem breiteren Rahmen pilotiert
 - Nach Möglichkeit bei 1/3 aller Schweizer Spitäler
 - Spitäler aller Sprachregionen
 - Keine zusätzlichen Ein- und Ausschlusskriterien
 - Hauptfokus: Testung und Evaluation der inhaltlichen Umsetzung (Messhandbuch) und der technischen Umsetzung

Pilotmessung 2025 - Zeitplan

**Ende 2024 –
Anfang 2025**
Schulung &
Messhandbuch

**1. Mai –
30. Juni 2025**
Datenexport und
-übermittlung

**Ende August
2025**
Deskriptive
Resultate;
Evaluation Teil 2

**1. Februar –
30. April 2025**
Beobachtungs-
zeitraum

**Anfang Juli
2025**
Evaluation Teil 1

Anfang 2026
Ergebnisse
Pilotmessung

Pilotmessung 2025 - Nutzen

- Zukünftige Messung mitgestalten und Einfluss nehmen
- Frühzeitig Messung kennenlernen und notwendige Systemanpassungen antizipieren/angehen
- Verfügbarkeit von Ergebnissen zu Sturz und Dekubitus (Dashboard und nationaler Bericht)
- Interne Datenqualität evaluieren und robuste Datengrundlage (auch für interne Überprüfungen) schaffen
- **Aufwand:** Teilnahme Online Schulung, Datenexport intern vorbereiten und testen (ev. mit IT), ggf. Sensibilisierungsmassnahmen zur Sicherstellung der Datenqualität, Datenprüfung, Ergebnisse einsehen, zu zwei Zeitpunkten an Evaluationsumfrage (Fragebogen) teilnehmen

Pilotmessung 2025

- Vorgängige Datenprüfungen sind voraussichtlich ab März 2025 möglich
- Die finale Datenabgabe erfolgt ab Mai bis Ende Juni 2025
- Spitalspezifische Ergebnisse stehen ab Mitte Juli 2025 zur Verfügung

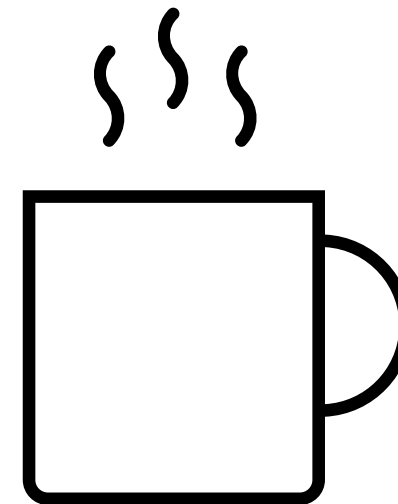
- Während der gesamten Pilotphase sind wir bei technischen Anliegen gerne für Sie da

Pilotmessung 2025

- Bis Ende September: Informationsschreiben, Anfrage zur Teilnahme an der Pilotmessung 2025
 - Aus der Deutschschweiz, Westschweiz und Tessin
 - Verschiedene Spitaltypen
 - Ziel ist, dass 50 – 60 Spitäler/Kliniken teilnehmen
- Mitte November: Anmeldung zur Teilnahme an der Pilotmessung
- Ende November: Bestätigung der Anmeldung
- Ab Dezember: Registrierung der Ansprechperson auf der Plattform von w hoch 2

Interaktiver Teil – Pause

- Im Chat finden Sie einen Link zu drei Fragen. Bitte nehmen Sie sich die nächsten zehn Minuten Zeit, um diese zu beantworten. Im Anschluss präsentieren wir Ihnen die Ergebnisse der Kurzumfrage.

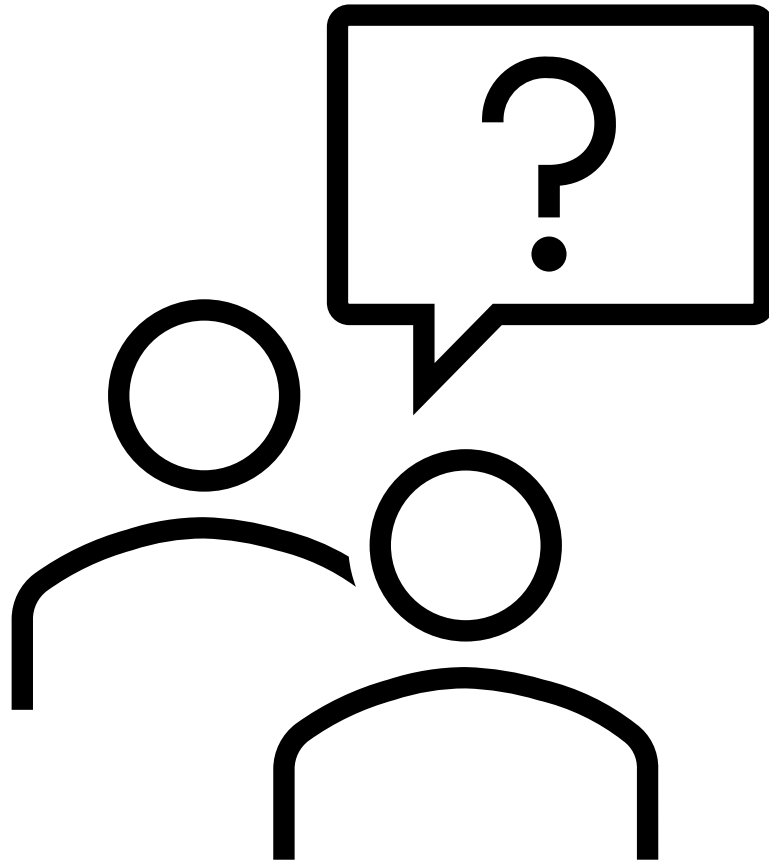


Interaktiver Teil - Fragen

- Denken Sie, dass die vorgestellte Messmethode in Ihrem Spital/Ihrer Klinik umsetzbar ist?
- Würden Sie in Ihrem Spital/Ihrer Klinik mit den spital-/klinikspezifischen Auswertungen arbeiten?
- Würde Ihr Spital/Ihre Klinik an der geplanten Pilotmessung 2025 teilnehmen?

Ausblick

- Erste nationale, verpflichtende Messung 2026 mit Routinedaten
- Messzeitraum: Februar – April 2026
- Datenlieferung/Datenupload: Ende Juni 2026
- Auswertungen für das Dashboard (keine Risikoadjustierung): Ende August 2026
- Nationaler Vergleichsbericht: Anfang 2027
- KEINE transparente Publikation der Ergebnisse auf Stufe Spital/Klinik





*Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche*

Herzlichen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit.

Kontakt bei Fragen:

ANQ, Daniela Zahnd, Projektleitung
Qualitätsmessungen, 031 511 38 48,
daniela.zahnd@anq.ch