

Auswahl und Implementierung von Patientensicherheits (PS)- Indikatoren in Krankenanstalten (KA)

Wien, Jänner 2012

(revidiert August 2012)

Österreichische Plattform Patientensicherheit (ANetPAS)

c/o Institut für Ethik und Recht in der Medizin

Forschungsplattform der Universität Wien

A-1090 Wien, Spitalgasse 2-4, Hof 2

Telefon: +43 (0)1/4277/22203

Telefax: +43 (0)1/4277/9222

www.plattform-patientensicherheit.at

Inhaltsverzeichnis

1 Überblick/Einleitung 3

2 Definition 4

 2.1 Definition Qualitätsindikatoren (QI) 4

 2.2 Definition PS-Indikatoren (PSI) 4

 2.3 Abgrenzung zu Qualitätsindikatoren (QI) 4

3 Auswahl von Qualitäts-/PS-Indikatoren in KA 5

 3.1 Art und Ziel von Qualitätsindikatoren (QI) / Managementsysteme 5

 3.2 Art und Ziel von PS-Indikatoren (PSI) / Expertensysteme 5

 3.3 Kriterien für die Auswahl von Qualitäts-/PS-Indikatoren 7

 3.3.1 Wissenschaftliche Kriterien 7

 3.3.2 Einheitliche Methodik 8

4 Gängige Systeme von Qualitäts-/PS-Indikatoren in KA 9

5 Empfehlungen zur Umsetzung und Interpretation 11

 5.1 Strukturelle Voraussetzungen und Rahmenbedingungen 11

 5.2 Empfehlungen aus der Praxis 11

 5.3 Nutzung der Daten in der Routine 12

Anhang 1: MATRIX : Überblick zu gängigen Indikatoren-Systemen 13

Anhang 2: Handlungsanleitung ergänzend zum Empfehlungspapier 18

Anhang 3: TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe 23

1 Überblick / Einleitung

Innerhalb des EUNetPAS Projektes¹ wurde unter anderem versucht, jene Patientensicherheits (PS)-Indikatoren zu erfassen, die in Krankenanstalten in Verwendung sind und die Sicherheitskultur beeinflussen.² Dies impliziert, dass **PS-Indikatoren auf lokaler Ebene** (Spitals-/Abteilungsebene) implementiert und umgesetzt werden sollen, damit diese zur Erhöhung der PS beitragen können, da PS die Interaktion mit dem Patienten bedingt. Im Gegensatz dazu werden auf **nationaler Ebene Qualitäts (Q)-Indikatoren** aus aggregierten nationalen Daten zu Steuerungs- und Entscheidungszwecken eingesetzt. Dazu zählen beispielsweise Mortalitätsindikatoren³.

In einer Arbeitsgruppe der Österreichischen Plattform für Patientensicherheit wurden von Experten (siehe Anhang) bisherige Erfahrungen genutzt, um Empfehlungen auf **lokaler Ebene** für die Implementierung von PS-Indikatoren zur Selbsteinschätzung, Analyse und Ableitung von Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit in Krankenanstalten zu erarbeiten.

Die Diskussionen in der Expertengruppe führten zu dem Schluss, dass keine erschöpfende Auflistung für ein Set von PS-Indikatoren gegeben werden kann, jedoch „Links“ zu gängigen Systemen von Qualitätsindikatoren, die zumindest teilweise PS-Indikatoren (PSI) miteinschließen und routinemäßig in Spitälern im Einsatz sind, berücksichtigt werden.

Ziel des Empfehlungspapiers ist es daher, den Trägern und insbesondere den Mitarbeitern österreichischer Krankenanstalten neben den methodischen Voraussetzungen die Auswahl, Implementierung und die Nutzung von PSI zu erleichtern.

Unterstützend für die Auswahl von Indikatorensystemen, die die notwendigen Voraussetzungen erfüllen, wurde beispielhaft eine Matrix zur Einschätzung von Indikatorensystemen erarbeitet (siehe Anhang 1). Diese Matrix erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ist auch nicht als Ergebnis weiterführender Analysen zu sehen.

Die in dargestellten Empfehlungen zur Umsetzung und Interpretation werden in einer Handlungsempfehlung „Wo und wie beginnen?“ zur überblicksmäßigen Orientierung zusammengefasst (Anhang 2).

¹ EU- gefördertes Projekt innerhalb des Public Health - Programms 2007

²http://ns208606.ovh.net/~extranet/images/EUNetPaS_Publications/wp1_patient_safety_culture_report_focusing_on_indicators_version2.pdf

³ http://ec.europa.eu/health/index_en.htm

2. Definition

2.1 Definition Qualitätsindikatoren (QI)

Allgemein gesprochen handelt es sich bei Qualitätsindikatoren um quantitative Messgrößen, die bestimmten Kriterien folgend, das Ergebnis von dahinterliegenden Strukturen und Prozessen widerspiegeln. Sie messen nicht die Qualität per se sondern sind als „Pointer“ für bestimmte Versorgungsbereiche zu sehen. Die Bewertung und Interpretation hinsichtlich wünschenswerter oder angemessener „Qualität“ liegt intern bei den Leistungserbringern selbst.

2.2. Definition PS-Indikatoren (PSI)

„PSI sind Indikatoren, die wesentliche negative Auswirkungen des Versorgungs-/Behandlungssystems auf den Patienten, die in hohem Maß vermeidbar wären, messen.“ Von dieser allgemeinen Definition wird weiter differenziert: „PSI umfassen jene Indikatoren, die negative Ergebnisse messen können sowie Prozesse, die mit hoher Wahrscheinlichkeit in Beziehung zu einem negativen Ergebnis stehen.“ PSI sollten auf lokaler (Spitals-/ Abteilungsebene) implementiert und umgesetzt werden, da PS die Interaktion mit den Patienten bedingt.

Beispiel für einen PS-Indikator:

Indikator: Dekubitus bei stationären Patienten

Wenn man die **Dekubitus-Inzidenz** während eines stationären Aufenthalts messen möchte, dann könnte der Indikator wie folgt lauten:

Zähler: Anzahl der stationären Patienten, die während desselben stationären Aufenthaltes mindestens einen Dekubitus entwickeln.

Nenner: Anzahl der stationären Akutpatiententage/Multiplikator:100

2.3 Abgrenzung zu Qualitätsindikatoren (QI)

Q-Indikatoren-Sets sind Werkzeuge zur Einschätzung und Identifizierung von potentiellen Verbesserungsbereichen in der klinischen Versorgung. Sie decken schwerpunktmäßig 4 Dimensionen ab: Effektivität und Effizienz, evidenzbasierte klinische Versorgung und Patientensicherheit.

PS-Indikatoren sind daher als spezifische Q-Indikatoren zu verstehen, die zwar ebenfalls die klinische Versorgung innerhalb einer Gesundheitseinrichtung widerspiegeln, aber den Fokus ausschließlich auf die Erhöhung der PS richten.

Zudem unterscheiden sich die Indikatoren hinsichtlich ihrer Zielstellung. PS-Indikatoren haben vorrangig zum Ziel, den **Leistungserbringern** die interne Einschätzung ihrer Versorgungsleistung sowie daraus resultierende interne Verbesserungsmaßnahmen zu ermöglichen, um die Sicherheit der Patienten zu erhöhen.

3. Auswahl von Qualitäts- /PS-Indikatoren in KA

Woher weiß man, dass es sich um „geeignete“ Indikatoren handelt?

Zunächst sollte klar sein, welches Ziel/Ziele damit verfolgt werden und in welchen Bereichen sie zum Einsatz kommen sollten. Darüber hinaus sollte jeder Indikator, der im Gesundheitsbereich zum Einsatz kommt wissenschaftlichen Kriterien genügen (siehe Kapitel 3.2).

3.1 Art und Ziel von Qualitätsindikatoren (QI) / Managementsysteme

Ganz allgemein gesprochen, sollten QI (siehe Tabelle 1) je nach ihrer Beschaffenheit zielgerichtet eingesetzt werden. Strukturindikatoren dienen vorwiegend als Instrument für Entscheidungsträger und Institutionen zur Planung sowie Controlling; Prozessindikatoren zur Ablaufplanung, Organisationsentwicklung und Management; Ergebnisindikatoren zur Planung, Steuerung sowie Q-Management. Vielfach kommen QI in sogenannten Managementsystemen zur Anwendung und basieren vielfach auf Abrechnungs- und Routinedaten (Tab. 1).

Tabelle 1: Einsatzbereiche von Q-Indikatoren / Managementsysteme

| | Qualitäts-Indikatoren | | |
|--------------------|---|---|--|
| | Struktur-Indikatoren/Kennzahlen Ressourcen, Anzahl + Art d. Eingriffe, technische Standards | Prozess-Indikatoren (alle Interaktionen, Versorgungs- und organisatorische Abläufe) | Ergebnisindikatoren (Unerwünschte Ereignisse..., wie Mortalität) |
| Zielgruppe | Entscheidungsträger | Entscheidungsträger Management Leistungserbringer | Entscheidungsträger, Management, Leistungserbringer |
| Zweck/Ziel | Zur Planung, technischen-Sicherheit... | Management Prozessplanung Organisationsentwicklung | Zur Planung und Steuerung, Controlling; Q-Management |
| Transparenz | extern | extern /intern | extern/intern |

3.2 Art und Ziel von PS-Indikatoren (PSI) / Expertensysteme

Medizinisch/pflegerische PS-Indikatoren hingegen finden in Expertensystemen Anwendung. Unter Expertensystemen versteht man jene PS-Indikatorensysteme, bei denen die Experten (Leistungserbringer), die in direkter Interaktion mit dem Patienten stehen, in die mittel- oder unmittelbare Dokumentation und Datenerfassung sowie Evaluation involviert sind. Mit anderen Worten: sie sind für die interne Selbsteinschätzung (insbesondere durch die Mitarbeiter) konzipiert und bei externen Rankings ist die Aggregatebene zu beachten. Entsprechend genutzt, führen diese zu kontinuierlichen

Qualitätsverbesserungen und zu erhöhter Patientensicherheit (Tabelle 2).

Tabelle 2: Einsatzbereiche von PS-Indikatoren / Expertensysteme

| | Patientensicherheits-Indikatoren | | |
|--------------------|---|--|---|
| | PS: Strukturindikatoren (Leitlinien, klinische Pfade ...) | PS: Klinische/pflegerische Prozessindikatoren (Diagnose- /interventionsbezogen ...) | PS: Klinische/pflegerische Ergebnisindikatoren (klinisch/pflegerische unerwünschte Ereignisse, wie Wundinfektionen, Patientenstürze,...) |
| Zielgruppe | Leistungserbringer | Leistungsbringer Patienten Entscheidungsträger | Leistungsbringer Führung Management |
| Zweck/Ziel | Festlegung von Aktivitäten, Verantwortlichkeiten, Koordination ... | Informationen nach innen und aussen, über Interventionen (state of the art) | Interne Selbsteinschätzung (Verbesserungspotentiale identifizieren) => kont. Verbesserung/ Patientensicherheit |
| Transparenz | extern/intern | extern /intern | intern |

PS-Strukturindikatoren beziehen sich auf jene Voraussetzungen, die unmittelbar die Interaktion mit den Patienten beeinflussen, wie beispielsweise das Vorliegen von Hygienerichtlinien.

Medizinisch/pflegerische Prozessindikatoren haben beispielsweise zum Ziel, Versorgungsqualität an anerkannte Behandlungskriterien anzupassen, wie etwa die chirurgische Antibiotikaphylaxe oder das Antibiotikamanagement bei bestimmten Erkrankungen. Diese können sehr wohl extern verglichen werden und auch zur Information nach außen (PatientInnen, Öffentlichkeit) Verwendung finden.

PS-Ergebnisindikatoren sind ausschließlich zur internen Selbsteinschätzung konzipiert. Nur so können diese zu kontinuierlichen Verbesserungen genutzt werden und zur Patientensicherheit beitragen.

Abgrenzung:

Während Q-Indikatoren vielfach in sogenannten Managementsystemen Verwendung finden, vorwiegend zur Planung und Steuerung dienen, werden PS-Indikatoren in „Expertensystemen“ umgesetzt. Erstere basieren vielfach auf Routinedaten während in den Expertensystemen, die auf PS-I beruhen, vielfach zusätzliche Daten benötigt werden. Die Dokumentation bzw. Datenerfassung erfolgt teilweise direkt auf den Abteilungen.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal der Expertensysteme ist die zeitnahe (1/4 jährliche) Rückmeldung an

die Leistungserbringer, um möglichst unmittelbar interne Analysen und Verbesserungsmaßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit interdisziplinär und im Team zu fördern. Bei Managementsystemen erfolgt die Rückmeldung an die Führung/Management großteils auf Jahresbasis; seltener halbjährlich.

3.3 Kriterien für die Auswahl von Qualitäts- /PS-Indikatoren

3.3.1 Wissenschaftliche Kriterien

Um PSI routinemäßig zur Evaluierung (PDCA-Zyklus) verwenden zu können und damit für interne qualitätssichernde Maßnahmen zur Erhöhung der PS, sollten die Indikatoren bestimmten wissenschaftlichen Kriterien genügen und evidenzbasiert sein (d.h. den Nachweis erbringen, dass damit PS verbessert werden kann).

Klinische Indikatoren/PS-Indikatoren haben folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Validität

Auswahlkriterium ist, ob die Indikatoren daraufhin überprüft worden sind, ob sie wiedergeben, was sie wiedergeben sollen, und sie dies mit einer hinreichend großen Genauigkeit tun.

- Face Validity: das zu messen, was der Indikator vorgibt zu messen.
- Content Validity: reflektiert die Exaktheit des Inhalts/Definition und Aufbau
- Construct Validity: es wird ein empirischer Bezug zu anderen in Beziehung stehenden Indikatoren erwartet (z.B. Wundinfektionen mit ungeplanter Rückkehr in den OP oder Mortalität auf ICU mit ungeplanter Rückkehr in ICU)

- Reliabilität (Zuverlässigkeit)

Der Indikator muss nicht nur messen, was dieser beabsichtigt zu messen, sondern muss dies genau und reproduzierbar tun.

- Sensitivität

Der Indikator muss auf veränderte Verhältnisse reagieren.

- Durchführbarkeit (Feasibility)

z.B. Datenquellen – abrechnungsbezogen/prozedurenbezogen, wenn möglich in das Krankenhausinformationssystem integrierbar, etc.

3.3.2 Einheitliche Methodik

Weitere Fragen sollten nach der verwendeten Methodik gestellt werden und welche Vergleichsbasis für die Referenzwerte (Benchmarking) zur Verfügung stehen

- Als Vergleichsbasis stehen regionale/nationale/internationale Vergleiche zur Verfügung
- Hauseigene Trends, sowie Trends von Peergroups können routinemäßig abgefragt werden.
- Methodik zur Datenerfassung

Für die gezielte Nutzung der Daten ist über eine Erfassung auf Organisationsebene auch die Erfassung auf Abteilungsebene zu empfehlen.

- Das verwendete System verfügt routinemäßig über eine laufende Überprüfung der Datenqualität.
- Datenschutz und Vertraulichkeit sind explizit verankert.

- Kontinuität

Die Häufigkeit des Einsatzes und die regelmäßige Verfügbarkeit von Referenzdaten = zeitnahe Erfassung und Rückmeldung (z. B. vierteljährlich).

- Feedback

- Standardisierte Methodik (PDCA-Zyklus).
- Das regelmäßige Feedback schließt die Mitarbeiter aus den entsprechenden Abteilungen mit ein.

- Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter

Das Training schließt die Systempflege, inhaltliches Wissen zu den verwendeten Indikatoren, sowie die Evaluation mit ein.

4 Gängige Systeme von Qualitäts- /PS-Indikatoren in KA

Um einen Überblick über vorhandene PS-Indikatoren zu bekommen, wurde eine Auswahl getroffen, die weder erschöpfend noch als direkte Empfehlung zu sehen ist. Die nachfolgenden „Links“ zu Qualitätsindikatoren (Sets) schließen in unterschiedlichem Ausmaß Aspekte der PS mit ein. Es werden jene Indikatoren-Sets berücksichtigt, die routinemäßig in Spitälern im Einsatz sind und auch klinische Ergebnisindikatoren (PSI) beinhalten. Unterhalb der Links ist jeweils angegeben, ob bspw. nur Informationen oder auch Indikatoren aufgelistet sind.

Die Indikatoren bzw. Indikatorensysteme entsprechen unterschiedlichen Voraus- und Zielsetzungen. (siehe dazu Matrix zur Auswahl von Qualitäts-/PS-Indikatorensystemen im Anhang 1)

AHRQ Quality Indicators: “Patient Safety Indicators Overview”

http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/psi_resources.aspx

... *allgemeiner, kurzer Überblick*

AHRQ Quality Indicators: Downloadseite

http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm

... *hier können diverse Informationen zu Qualitätsindikatoren und PS-Indikatoren heruntergeladen werden*

AHRQ Quality Indicators: “Guide to Patient Safety Indicators”

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Archive/default.aspx#psi>

Ausführungen zum Thema PS-Indikatoren;

AHRQ Quality Indicators: “Patient Safety Indicators:Technical Specifications”

http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx... *dieses Dokument enthält konkrete Informationen zu den einzelnen PSIs*

Link zu einem Dokument (aus dem Annex) „Adaption of AHRQ Patient Safety Indicators for Use in ICD-10 Administrative Data by an International Consortium”

http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/Advances-Quan_52.pdf

...S.6: *Indikatoren PSI 1 bis PSI 7*

...S.7: *Indikatoren PSI 8 bis PSI 13*

...S.8: *Indikatoren PSI 14 bis PSI 20*

=> *Übersicht, welche PSI es gibt*

Das WHO Projekt PATH (Perfromance AssesmentTool for Quality Improvement in Hospitals) beinhaltet vorwiegend Indikatoren zum Prozess- und Organisationsmanagement. Das Projekt wird von der WHO EURO und den nationalen Koordinatoren(countrycoordinators) betreut.

<http://www.pathqualityproject.eu/>

Informationen zum Projekt

A-IQI: Austrian Impatient Quality Indicators

Bei A-IQI handelt es sich um ein auf „IQM Kennzahlen“ der HELIOS Kliniken basierendes Indikatorensystem in der Entwicklungsphase und nicht um ein gängiges System von PS-Indikatoren in KA.
http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/9/9/CH1063/CMS1310653004544/qualitaetssysteme_in_oe_ssterreichischen_krankenanstalten_ohne_vorwort_0-fehler.pdf

HELIOS-Kliniken: „IQM Kennzahlen der HELIOS Kliniken“

<http://www.helios-kliniken.de/index.php?id=16738>

Qualitätsindikatoren zu Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung, kein Fokus auf PSI

QIP – Internationals Quality Indikator Projekt ®

IPG – Institutshomepage

http://www.ipg.uni-linz.ac.at/fr_leiste_proj.htm

Auflistung aller zur Verfügung stehenden Indikatoren-Sets einschließlich des PS-Indikatoren-Sets

www.internationalqip.com

Informationen zum System auf englisch

Indikatoren zu nosokomialen Infektionen, EU Netzwerk

Ursprünglich ein EU Projekt HELICS (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance). Im Jahre 2009 wurde das HELICS Netzwerk vom ECDC (Europe Centre for Disease Prevention and Control) übernommen und wird unter der Bezeichnung HAI (Healthcare Associated Infections Network) weitergeführt:

http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/HAI/Pages/AbouttheNetwork_Description.aspx

um die Informationen aufrufen zu können benötigt man einen Benutzernamen und ein Kennwort

Österreichischer Koordinator: Abtlg. für Krankenhaushygiene AKH Wien

ANISS

ANISS ist die Abkürzung für Austrian Nosocomial Infection Surveillance System.

Für nähere Informationen besuchen Sie <http://www.aniss.at> oder

<http://www.meduniwien.ac.at/krankenhaushygiene>

Indikatoren zu nosokomialen Infektionen, Deutsches Netzwerk: KISS

KISS ist die Abkürzung für das `Krankenhaus-Infektions-System` und wird vom `Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen` in Deutschland, betreut.

<http://www.nrz-hygiene.de>

Beschreibung der Monitoring-tools

Patient Safety Indicators Report 2009

<http://www.oecd.org/dataoecd/56/31/44192992.pdf>

www.eunetpas.eu

5 Empfehlungen zur Umsetzung und Interpretation

5.1 Strukturelle Voraussetzungen/Rahmenbedingungen

- Entwickelte IT-Struktur
- Verantwortliche Person/interdisziplinäres Team
- Ressourcenplanung
- Umsetzungskonzept (Planung/Einführung)
- Durchführungskonzept unter Berücksichtigung vorhandener Q-Systeme und Spitalstrategien)

5.2 Empfehlungen aus der Praxis

- Externe Vergleiche sind anzustreben, da erst dadurch eine Einordnung der eigenen Daten ermöglicht wird, sowie die Erleichterung der Argumentierarbeit
- Gesamtkonzept, das längerfristig in kleinen Schritten umgesetzt wird
- Für alle wesentlichen Versorgungsbereiche in einem Spital sollten zumindest 1-2 PS-Indikatoren ausgewählt werden (Kulturveränderung)
- Die Verantwortung obliegt der Leitung einer KA. Commitment/Unterstützung der Leitung ist für eine erfolgreiche Umsetzung wesentlich
- Ein bestehendes Q-Team bzw. ein hausübergreifendes Q-Konzept/Strategie ist von Vorteil
- Daten für PS-Indikatoren werden einerseits aus Routinedaten gewonnen und andererseits situationsbezogen in bereits bestehende Systeme/Protokolle/Dokumentationen zusätzlich aufgenommen bzw. integriert

5.3 Nutzung der Daten in der Routine

Folgende Überlegungen sind im Gesamtkonzept festzuhalten:

- Wer soll die Berichte lesen?
- Wie sind die Daten im Haus zu nutzen?
- Wie ist auf Basis der Berichte zu handeln?
- Wie gelingt es, Interesse bei den Leistungserbringern an den Daten zu schaffen?

Weiters ist die Methodik zur Evaluierung zu standardisieren (Nutzung der Daten im Sinne des PDCA-Zyklus)

- Zeitnahe Rückmeldung (z.B. ¼ jährlich)
- Training und Einschulung der verantwortlichen Person(en)/Team für die Evaluierung (Nutzung der Daten)
- Indikatorenspezifische Analysen / interdisziplinär / Team
- Damit sollten Voraussetzungen geschaffen werden, um nicht im „Datensammeln“ stecken zu bleiben, sondern diese effektiv zu nutzen. Wenn Feedback regelmäßig an die Mitarbeiter erfolgt, Verbesserungspotential erkannt wird, wenn nötig interne Analysen das kurzfristige Erarbeiten von Verbesserungsstrategien im Team ermöglichen und eine laufende Evaluierung erfolgen kann, was erreicht werden konnte bzw. ob die Ziele erreicht wurden.

Anhang 1

MATRIX⁴: Überblick zu gängigen Indikatoren-Systemen

⁴ Diese Matrix erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ist auch nicht als Ergebnis weiterführender Analysen zu sehen.

| | AHQR | A-IQI * | QIP | ANISS | KISS | PATH | ECDC/HAI | | |
|--|------|---------|--------|-------|------|------|----------|--|--|
| Managementsystem ⁵ | ✓ | ✓ | teilw. | | | | | | |
| Expertensystem ⁶ | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| In Ö im Einsatz | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| <u>Wiss. Kriterien</u> | | | | | | | | | |
| - valide | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| - getestet | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| - evidenzbasiert | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| - risikoangepasst | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| PS-Indikatoren | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| <u>Versorgungsbereich</u> | | | | | | | | | |
| Akut-Indikatoren für spezielle Kernbereiche | | | | | | | | | |
| - Chirurgie | | ✓ | ✓ | | | | | | |
| - Notfallbehandlung | | | ✓ | | | | | | |
| - Intensivstation | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | |

* A-IQI ist ein in der Entwicklungsphase befindliches Managementsystem, das kein ausdrückliches PS-Indikatorensystem darstellt.

⁵ Managementsystem: (sh. 3.1)

⁶ Expertensystem: (sh. 3.2)

| | AHQR | A-IQI | QIP | ANISS | KISS | PATH | ECDC/HAI | | |
|--------------------------------|------|-------|-----|-------|------|------|----------|--|--|
| - Infektionskontrolle | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| - Innere Medizin | | | ✓ | | | | | | |
| - Schwangerschaft /Geburt | | ✓ | ✓ | | | | | | |
| - Ambulanz | | | ✓ | | | | | | |
| Psychiatrie | | | ✓ | | | | | | |
| Langzeitpflege | | | ✓ | | | | | | |
| <u>Zielgruppe</u> | | | | | | | | | |
| - (polit.) Entscheidungsträger | | ✓ | | | | | | | |
| - Management | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| - Leistungserbringer | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| <u>Methodik</u> | | | | | | | ✓ | | |
| Datenerfassung | | | | | | | | | |
| - Routinedaten | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| - zusätzliche Dokumentationen | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| - aggregiert | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| - patientenbezogen | | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | |

| | AHQR | A-IQI | QIP | ANISS | KISS | PATH | ECDC/HAI | | |
|---|------|-------|-----|-------|------|------|----------|--|--|
| - Organ. Ebene | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| - Abteilungsebene | | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| - Indikatoren risikoadjustiert ⁷ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| - Plausibilitätsprüfung zur Überprüfung | | | ✓ | ✓ | | | | | |
| - d. Datenqualität | | | | | | | | | |
| - Datenschutz/Vertraulichkeit | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | |
| Vergleiche | | | | | | | | | |
| - intern | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| - national/regional | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| - international | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| Transparenz | | | | | | | | | |
| - intern | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| - intern/extern | | ✓ | | | | | | | |
| - extern | | ✓ | | | | | | | |

⁷ Patientenrisiko

| | AHQR | A-IQI | QIP | ANISS | KISS | PATH | ECDC/HAI | | |
|---------------------------------------|------|-------|-------------------|-------|------|------|----------|--|--|
| Häufigkeit d. Berichte | | | | | | | | | |
| - ¼ jährlich | | | ✓ | | | | | | |
| - ½ jährlich | | | | | | | | | |
| - jährlich | | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| Feedback | | | | | | | | | |
| - Träger | | ✓ | teilw. aggreg. | | | | | | |
| - Entscheidungsträger | | ✓ | | | | | | | |
| - Management | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| - Mitarbeiter | | (✓) | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| Regelm. Schulungen d.MA | | | | | | | | | |
| - Training | | | ✓ | ✓ | | | | | |
| - Austausch zwischen Spitälern | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| - Unterstützung bei internen Analysen | | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | | |
| - Peer Reviews | | ✓ | | | | | | | |
| Nationaler Koordinator | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | |

Anhang 2

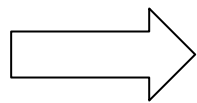
Handlungsanleitung ergänzend zum Empfehlungspapier

„Wo und wie beginnen?“

Prinzipiell in kleinen Schritten und unter Berücksichtigung diesbezüglicher Aktivitäten, die es im Haus bereits gibt sowie hinsichtlich der vorhandenen Ressourcen.

Schritt 1:

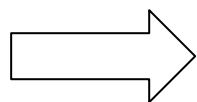
Was will man?



- Für welche Zielgruppe und zu welchem Zweck? (*Führung/Management? Zur Planung/Entscheidungshilfe? Für Mitarbeiter? Zur Selbsteinschätzung/ kontinuierlichen Verbesserungen?*)
- Für welche klinischen/pflegerischen Bereiche sollen PSI implementiert werden?
- PSI für einen Einzelbereich (*z.B. Hygiene*) oder für mehrere wesentliche Bereiche der Patientenversorgung?

Schritt 2:

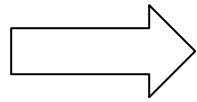
Was ist bereits vorhanden? / Was ist schon da?



- Welche Rahmendbedingungen?
- Welche Q-Aktivitäten?
- Welche strategischen Ziele sind für einzelne Bereiche (*z.B. Hygiene, OP-Management, etc.*) vorhanden?
- Werden bereits Daten für Indikatoren routinemäßig erfasst?

Schritt 3:

**Welche
Indikatoren/
Systeme sollen
ausgewählt
werden?**

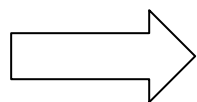


- Nach der Auswahl des/der Bereiche steht die Frage, durch welche Indikatoren werden diese abgebildet und wie valide sind diese (*sh. dazu Matrix Anhang 1*)
- Wie weit können die notwendigen Daten aus Routinedaten erfasst werden und wo sind neue Daten zu generieren?
- Zu empfehlen ist, sich für bereits vorhandene und implementierte (*getestete*) Systeme zu entscheiden, sonst hat man keine Vergleichsmöglichkeiten und muss sich methodisch überlegen, wie man routinemäßig bspw. hauseigene Trends verfolgen kann, um jene Bereiche mit Verbesserungspotential zu identifizieren.
- Darüberhinaus steht die Frage, ob man sich international oder national/regional vergleichen will? National wird dies dann möglich sein, wenn es in Österreich bereits implementierte Systeme gibt (*wie bspw. für nosokomiale Infektionen, oder die implementierten PSI in OÖ; sh. dazu Matrix Anhang 1*)
Tatsache ist, dass in Österreich bisher nur ein System implementiert ist, das ein breites Spektrum der Patientenversorgung mittels PSI abdeckt. (*sh.dazu Matrix Anhang 1*)
- Bietet das System eine einheitliche Methodik mit zeitnahe Rückmeldung und Berichten an?

- Welche Kosten fallen an? Eine erfolgreiche Implementierung wird immer mit Kosten einhergehen, wobei diese für ein System für einen spezifischen Einzelbereich (*wie z.B. nosokomiale Infektionen*) naturgemäß geringer sein werden als für ein komplexes System einschließlich den Kosten für den Zugriff auf das System und für die zur Verfügungstellung der Methodik. Komplexe Systeme stellen jedoch auch Schulung und Beratung zur Verfügung. D.h. man ist nicht auf externe Berater angewiesen. Unabhängig davon, welches System ausgewählt wird ist eine exakte Sicherstellung der Finanzierung vorab notwendig.
- Weiters ist der personelle/zeitliche Aufwand zu berücksichtigen, wobei dies situativ sehr unterschiedlich ist. Bspw. wer übernimmt die interne Koordination? Prinzipiell ist der Zeitaufwand je nach erfasstem Indikator unterschiedlich und es muss zwischen der Implementierungsphase (*Planung/Einführung*) und der Routinephase (*laufende Datenerhebung, Rückmeldung an Mitarbeiter, Besprechungen,...*) unterschieden werden. Für die Routinephase kann man als Richtwert je Indikator mindestens 2h-3h pro Monat veranschlagen.

Schritt 4:

Was ist für die Implementierung zu beachten?



- Verantwortung und Unterstützung durch die Leitung.
- Indikatorenverantwortliche gewinnen.
- Dort beginnen (*mit 1-2 Indikatoren*) wo auch die Bereitschaft gegeben ist.

- Mit jenen Indikatoren beginnen, für die die erforderlichen Daten kurzfristig zu generieren sind.
- Hilfreich dazu ist es, ein längerfristiges Indikatorenkonzept zu erstellen und daraus ein kurzfristiges abzuleiten, indem schrittweise mit den am einfachsten zu implementierenden Indikatoren begonnen wird.
- Wenn ein Indikator auf einer Abteilung erfolgreich implementiert wurde, dann erleichtert sich die Ausweitung auf weitere Abteilungen (*entsprechende Informationen im Haus über die positive Implementierung vorausgesetzt*).
- Erfahrungen zeigen, dort wo es gelingt, sowohl die Erfassung als auch die Evaluierung in die tägliche Routine und Q-Arbeit zu integrieren, dort ist auch der Aufwand vertretbar und die Akzeptanz gegeben.
- Jene Indikatoren, die im Vergleich wünschenswerte Ergebnisse zeigen, kann man für eine bestimmte Periode „aussetzen“ und weitere Indikatoren nach und nach für die wichtigsten Versorgungsbereiche einer KA aufbauen (*implementieren*).

Anhang 3

TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe

Leitung der Arbeitsgruppe:

- **Dr. Reli Mechtler**
IPG – Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, Universität Linz

TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe

- **Dr. Heinz Brock**
Allgemeines Krankenhaus Linz, Medizinische Direktion
- **Dr. Brigitte Ettl**
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Ärztliche Direktion
- **Gertraud Fribl**
Landes-Nervenlinik Wagner Jauregg, Pflegedirektion
- **Mag. (FH) Silke Huber**
ANetPAS – Österreichische Plattform Patientensicherheit
- **Dr. Tilman Königswieser**
GES-PAG – OÖ Gesundheits- und Spitals-AG
- **Dr. Caroline Kunz**
co-operations Organisationsentwicklungs-GesmbH
- **Dr. Stefan Meusburger**
Landessanitätsdirektion Oberösterreich
- **Mag. Rita Offenberger**
Österreichische Ärztekammer
- **Primar Dr. Gerald Ohrenberger**
Haus der Barmherzigkeit, Wien
- **Mag. Petra Plamenig**
KABEG Landeskrankenanstalten Betriebsgesellschaft (Kärnten)
- **Dr. Irmgard Schiller-Frühwirth**
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

- **Dr. Michael Spalek**
KAV – Wiener Krankenanstaltenverbund

- **Dr. Esther Thaler**
ÖQMed – Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH

- **Dr. Silvia Türk**
Bundesministerium für Gesundheit

- **Doz. Dr. Andreas Valentin**
Krankenanstalt Rudolfstiftung

- **Vize-Präs. Dr. Artur Wechselberger**
Österreichische, Präsident der Ärztekammer für Tirol

- **Dr. Maria Woschitz-Merkač**
Bundesministerium für Gesundheit