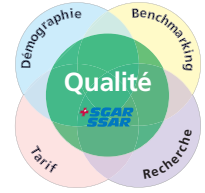
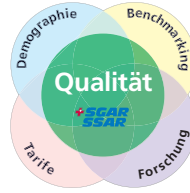


# A-QUA<sub>CH</sub> – Update 2017

## A-QUA<sub>CH</sub> – mise au point 2017



Das Programm A-QUA<sub>CH</sub> (Monitoring der Anästhesiequalität in der Schweiz, nachfolgend A-QUA genannt) ist gegenwärtig der Hauptfokus der Kommission für Daten und Qualität (KDQ). Obwohl bereits mehrfach über A-QUA informiert wurde, werden wir im folgenden Beitrag die relevanten Informationen kurz zusammenfassen und über Neuigkeiten berichten. Sämtliche Dokumente zu A-QUA inkl. der früheren Beiträge finden Sie auf der SGAR-SSAR Website unter der Rubrik Qualitätsmanagement / A-QUA und auf der A-QUA Website von ProtecData AG.

A-QUA ist der zentrale Pfeiler des nationalen Qualitätssicherungsprogramms der SGAR-SSAR. Die Teilnahme ist für Weiterbildungsstätten (WBS) verpflichtend. Wir empfehlen aber auch sämtlichen weiteren Anästhesieabteilungen und -unternehmen die Teilnahme dringend. Bezüglich zeitlicher Umsetzung gilt:

- **Strukturdaten:** Die WBS müssen ab sofort und jährlich ihre Strukturdaten dem Programm A-QUA über die Website der Firma ProtecData AG liefern.
- **Leistungs-, Prozess- und Qualitätsdaten:** Da hingegen die Möglichkeit zur Erfassung und Lieferung patientenbezogener Daten (Leistungs-, Prozess- und Qualitätsdaten) teils von zeitintensiven IT Projekten abhängig ist (Konfigurationsänderung im KIS, Einführung eines PDMS etc.), wurde hier eine Übergangsfrist von 3–5 Jahren notwendig – die **patientenbezogenen Daten sollen somit von den WBS ab spätestens 1.1.2020** und **müssen ab 1.1.2022** dem Programm A-QUA geliefert werden. Sie haben die Möglichkeit, diese patientenbezogenen Daten via Schnittstelle an ProtecData AG zu senden (aktuelle Schnittstellenspezifikation zu beziehen bei ProtecData AG unter [a-qua@healthbase.ch](mailto:a-qua@healthbase.ch) oder webbasiert auf der [A-QUA Website von ProtecData AG](#) einzugeben.

Das genannte, zeitlich gestaffelte Vorgehen ermöglicht auch den Abteilungen und Unternehmen ohne WB-Auftrag eine ebensolche stufenweise Teilnahme.

### Perioperative Prozesszeiten

(Zeitstempel, Version 29.03.2017)

Als Grundlage der bisher publizierten Definitionen wurde das «Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen» genommen – eine gemeinsame Empfehlung von BDA / DGAI (Berufsverband Deutscher Anästhesisten / Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin), BDC / DGCH (Berufsverbandes Deutscher Chirurgen / Deutsche Gesellschaft für Chirurgie) und VOPM (Verband für OP-Management e.V.). Dieses Glossar wurde kürzlich überarbeitet und von den genannten Gesellschaften 2016 in einer zweiten Version veröffentlicht.

Le programme A-QUA<sub>CH</sub> (Monitoring de la qualité de l'anesthésie en Suisse, dénommé ci-après A-QUA) est actuellement la préoccupation principale de la Commission des données et de qualité (CDO). Bien que nous vous ayons déjà informés à maintes reprises d'A-QUA, nous résumerons brièvement les informations pertinentes et rendrons compte des nouveautés dans l'article suivant. Vous trouverez tous les documents sur A-QUA, y compr. les articles antérieurs, sur le site Web de la SGAR-SSAR à la rubrique Gestion de la qualité /A-QUA et sur le site Web A-QUA de ProtecData AG.

A-QUA est le pilier central du programme national d'assurance qualité de la SGAR-SSAR. La participation est obligatoire pour les établissements de formation postgraduée (EFP). Mais nous recommandons aussi vivement à tous les autres services d'anesthésie et unités anesthésiques extrahospitalières d'y participer. Voici le calendrier de mise en œuvre:

- **Données structurelles:** les EFP doivent livrer dès à présent et annuellement leurs données structurelles au programme A-QUA sur le site Web de la société ProtecData AG.
- **Données de prestations, de processus et de qualité:** comme la possibilité de saisie et de livraison des données patients (données de prestation, de processus et de qualité) dépend en partie de projets informatiques prenant beaucoup de temps (changement de configuration dans le SIC, introduction d'un PDMS, etc.), un délai transitoire de 3 à 5 ans est **les EFP sont donc exhortés à fournir au plus tard à partir du 1.1.2020 et doivent fournir à partir du 1.1.2022 les données patients** au programme A-QUA. Ils ont la possibilité d'envoyer ces données patients à ProtecData AG via l'interface (la spécification actuelle de l'interface est disponible auprès de ProtecData AG à [a-qua@healthbase.ch](mailto:a-qua@healthbase.ch)) ou de les saisir sur le [site Internet A-QUA de ProtecData AG](#).

L'approche par étapes mentionnée permet aussi aux services et aux unités sans mission de formation postgraduée de participer de cette façon graduelle.

### Temps des processus périopératoires

(chronotimbre, version du 29.03.2017)

Les définitions publiées jusqu'ici se basaient sur le glossaire allemand «Temps des processus périopératoires» qui reprend les recommandations de la BDA / DGAI (Fédération des anesthésistes allemands / Société allemande d'anesthésie et de soins intensifs), de la BDC / DGCH (Fédération des chirurgiens allemands / Société allemande de chirurgie) et de la VOPM (Fédération des médecins gestionnaires de bloc opératoire). Ce glossaire a été remanié il y a peu et sa seconde version a été publiée en 2016 par les sociétés mentionnées.

Die von der KDQ / SGAR-SSAR publizierten perioperativen Prozesszeiten bleiben dieselben, lediglich die dazugehörigen Definitionen wurden leicht angepasst. Dies betrifft den «Beginn operative Vorbereitung (L)», «Beginn operative Vorbereitung (D)» sowie «Beginn Hautschnitt (Schnitt)». Die **Abbildung 1** gibt eine Übersicht der verschiedenen perioperativen Prozesszeiten inkl. deren Definitionen. In derselben Grafik sind zudem diejenigen perioperativen Prozesszeiten ersichtlich, die für A-QUA erforderlich sind (wie bisher) und für REKOLE® von H+ ab 2019 verpflichtend sein werden.

Es gibt immer wieder Fragen, wie das Ende der Anästhesiebetreuung (Zeitstempel A12) definiert ist. Dieser Zeitpunkt stellt das Ende der **fortwährenden** Anästhesiebetreuung dar, also den Zeitpunkt, ab dem der Patient in die Verantwortung der nachbetreuenden Stelle übergeht (z.B. Bettenstation, Tagesklinik, Aufwachraum, Gebärabteilung, IMC/IPS). Dies bedeutet auch, dass das Ende der Anästhesiebetreuung bei geburtshilflichen Regionalanästhesien der Zeitpunkt ist, wo der Anästhesiearzt die Gebärabteilung verlässt und die Überwachung der Patientin der Geburtsabteilung übergibt.

*Les temps des processus périopératoires publiés par la CDQ / SGAR-SSAR restent identiques; seules les définitions correspondantes ont été légèrement adaptées. Ces adaptations portent sur le «début de la préparation (L)», le «début de la désinfection (D)» ainsi que «l'incision ou début» . Le **schéma 1** donne un aperçu des différents temps des processus périopératoires, y compr. leurs définitions. On peut voir en outre dans le même graphique les temps des processus périopératoires qui sont nécessaires pour A-QUA (comme avant) et seront obligatoires pour REKOLE® de H+ à partir de 2019. Des questions sont régulièrement posées quant à la définition de la fin de l'anesthésie (chronotimbre A12). Ce moment représente la fin de la prise en charge **continue** du patient par le service d'anesthésie, c'est-à-dire le moment à partir duquel le patient passe sous la responsabilité de l'unité en charge du suivi (p.ex. unité de lits, clinique de jour, salle de réveil, salle d'accouchement, IMC/IPS). Cela signifie aussi que la fin de la prise en charge anesthésiologique est, en cas d'anesthésies loco-régionales en obstétrique, le moment où le médecin-anesthésiste quitte le service d'accouchement et transfère la supervision de la patiente au service de maternité.*



Abbildung 1: Perioperative Prozesszeiten (Zeitstempel)

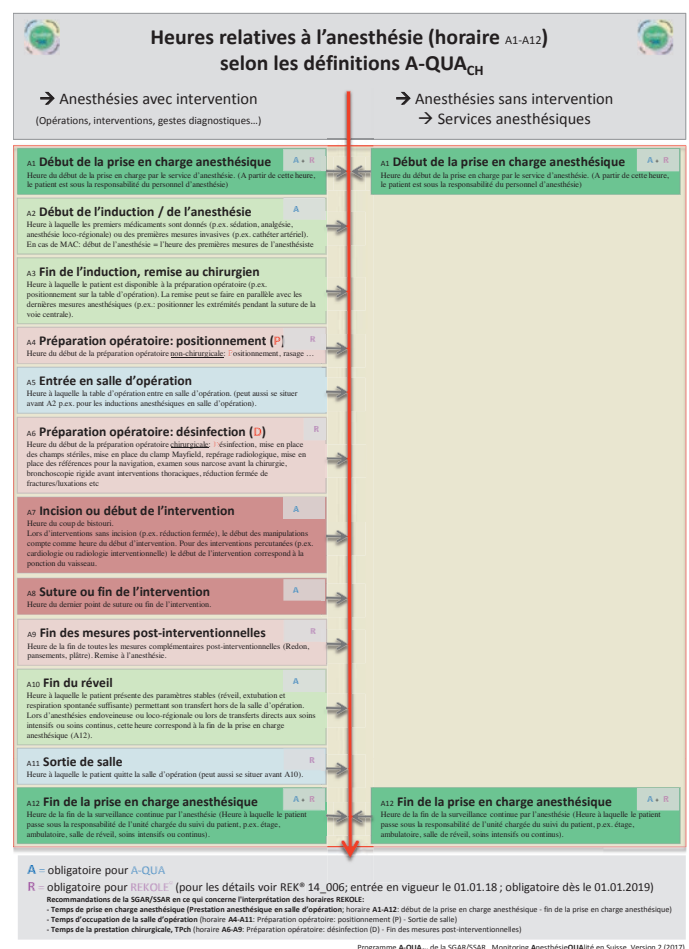


Schéma 1: temps des processus périopératoires (chronotimbre)

### Strukturdaten (Modul 1)

**Strukturdaten 2015.** Mit Ausnahme von zwei WBS haben alle WBS-LeiterInnen ihre Strukturdaten in die A-QUA Datenbank eingegeben. Insgesamt haben 80 Anästhesieabteilungen Strukturdaten geliefert; diese Abteilungen führten 2015 insgesamt 634'914 Anästhesien bzw. 1.4 Mio Anästhesiestunden durch. Die KDQ hat die eingegebenen Strukturdaten gesichtet und bei Unklarheiten die AbteilungsleiterInnen kontaktiert, um allfällige Korrekturen anzubringen. **Abbildung 2** zeigt ein paar interessante Kennzahlen der Strukturdaten 2015 zur schweizerischen Anästhesielandschaft:

### Données structurelles (module 1)

*Données structurelles 2015. A l'exception de deux établissements de formation postgraduée, tous les responsables d'EFP ont saisi leurs données structurelles dans la base de données A-QUA. En tout, 80 services d'anesthésie ont livré des données structurelles; ces services ont effectué en 2015 un total de 634'914 anesthésies, soit 1.4 millions d'heures d'anesthésie. La CDQ a passé en revue les données structurelles saisies et contacté les responsables des services en cas d'imprécisions pour apporter d'éventuelles corrections. Le schéma 2 montre quelques chiffres clés intéressants des données structurelles 2015 ayant trait au paysage anesthésiologique suisse:*

Anästhesien pro Jahr pro Abteilung	Nombre d'anesthésies par an	5'934 (155 / 30'790)
... Anteil notfallmässiger Anästhesien	... part d'anesthésies urgentes	20 % (0 / 47)
... Anteil weisse Zone Anästhesien	... part d'interventions effectuées en dehors des blocs opératoires («zone blanche»)	5 % (0 / 47)
... Anteil Anästhesien, die vorgängig in Anästhesie-Sprechstunde beurteilt wurden	... nombre de consultations d'anesthésie	48 % (1 / 100)
Mittlere Operationsdauer (Schnitt-Naht-Zeit)	Durée médiane d'opération (incision-fermeture)	1.0 h (0.5 / 2.5)
Mittlere Anästhesiedauer (Anästhesiebetreuungszeit)	Durée médiane d'anesthésie (début A jusqu'à fin A)	2.0 h (0.3 / 3.7)
Anteil im Aufwachraum betreuter Patienten nach Anästhesie	Nombre de patients pris en charge dans la salle de réveil	67 % (24 / 100)
Mittlere Liegedauer im Aufwachraum	Durée médiane de prise en charge dans la salle de réveil	1.6 h (0.5 / 3.9)
Anteil geburtshilflicher Analgesien (für Spontangeburt) an allen Geburten	part d'antalgies (pour l'accouchement par voie basse) par naissances total	30 % (12 / 66)
Verhältnis Anästhesieärzte (Assistenz- und Kaderärzte) zu Anästhesiepflege	Proportion entre médecins d'anesthésie (tous) et infirmiers d'anesthésie	0.7 (0.2 / 2.3)

Angaben entsprechen dem Median (Minimum / Maximum); Les nombres représentent le médiane (minimum/maximum)

Abbildung 2: Auszug aus Strukturdaten 2015

Schéma 2: extrait des données structurelles 2015

Leider konnten bisher nur wenige Abteilungen ohne Weiterbildungsfunktion zur Teilnahme motiviert werden. Viele Kontaktaufnahmen der KDQ mit Abteilungs-LeiterInnen wurden wegen mehrheitlich unscharfer, unverständlicher oder national unterschiedlicher Definitionen notwendig.

**Eingabemaske, Reporting.** Dies wurde ausgebaut und perfektioniert. In der Eingabemaske wurden die Definitionen geschärft, zudem sind neu bei der Eingabe die Vorjahreswerte ersichtlich. Nach Eingabe können die Strukturdaten sowohl

*Peu de services sans fonction de formation postgraduée ont malheureusement pu être motivés à participer jusqu'à présent. Des définitions généralement floues, incompréhensibles ou différentes à l'échelle nationale ont rendu nécessaires de nombreuses prises de contact de la CDQ avec les responsables des services.*

**Masque de saisie, reporting.** Ces deux domaines ont été développés et perfectionnés. Les définitions ont été affinées dans le masque de saisie, les valeurs de l'année précédente sont en

im Jahresvergleich als auch im Benchmark mit frei wählbaren Kollektiven eingesehen und als PDF gespeichert werden.

### Patientenbezogene Daten

(Leistungs-, Prozess- und Qualitätsdaten; Modul 2–5)

Infolge mehrerer Rückmeldungen von Anästhesieabteilungen haben wir vorerst die Mussfelder bei der präoperativen Risikoerfassung (Modul 3) und den intra- und postoperativen Ereignissen (Modul 4 und 5) minimiert. Wir empfehlen jedoch, sämtliche Daten zu allen Variablen zu erfassen und an A-QUA zu liefern.

Bezüglich der Dringlichkeit des Eingriffs bestanden Unklarheiten. Neu werden Eingriffe in 4 Kategorien bezüglich Dringlichkeit mit zusätzlicher Stundenangabe eingeteilt (**Abbildung 3**). Um Klarheit zu schaffen, wurde eine [Wegleitung mit Definitionen und Beispielen zur Dringlichkeit des Eingriffs](#) erstellt.

Die in den Strukturdaten abgefragte Anzahl an Notfalleingriffen bezieht sich auf diese Definitionen, sie enthält also neu sämtliche Notfälle, **die innert 24 Stunden** anästhesiologisch betreut werden müssen.

Elektiv
Notfall 6–24h, nicht vital (aufgeschoben dringlicher Eingriff)
Notfall 1–6h, nicht vital (dringlicher Eingriff)
Notfall <1h, vital (sofortiger Eingriff notwendig)

Abbildung 3: Dringlichkeit des Eingriffs, Kategorien

### A-QUA Codierung

Im Programm A-QUA muss bei den patientenbezogenen Daten jede Anästhesie nach A-QUA codiert werden. Ein A-QUA Code stellt eine Eingriffsgruppe oder einen Standardeingriff dar. Es wird diejenige Eingriffsgruppe codiert, die am ehesten für den jeweiligen Eingriff (Operation, Intervention, Diagnostik oder Anästhesie ohne Eingriff) passt.

Werden mehrere Eingriffe während derselben Anästhesie durchgeführt, sollen nebst dem Haupteingriff zusätzlich Nebeneingriffe codiert werden (es können bis zu 3 Nebeneingriffe codiert werden). Serviceleistungen (also Anästhesieleistungen, die keine Anästhesien sind) wie zum Beispiel ein PVK oder ein ZVK werden nicht nach A-QUA codiert.

Neu können Anästhesien für spezielle Situationen ohne Eingriff ebenfalls nach A-QUA codiert werden (Codes 5001-5008). Es wurde eine detaillierte [Wegleitung zur A-QUA Codierung](#) in den Landessprachen deutsch, französisch und italienisch erstellt.

Michael Ganter und Christof Heim

outré désormais visibles lors de la saisie. Après la saisie, il est possible de voir les données structurelles tant dans la comparaison annuelle que dans le benchmark avec des collectifs librement sélectionnables et de les enregistrer sous forme de PDF.

**Données patients** (données concernant les prestations, les processus et la qualité; modules 2–5)

Nous avons, dans un premier temps, à la suite du feedback de plusieurs services d'anesthésie, minimisé les champs obligatoires pour la saisie des risques préopératoires (module 3) et les événements intra- et post-opératoires (modules 4 et 5). Nous recommandons cependant de saisir et de livrer à A-QUA l'ensemble des données relatives à toutes les variables.

Il y avait des imprécisions concernant l'urgence de l'intervention. Les interventions sont désormais réparties en 4 catégories en fonction de l'urgence avec indication supplémentaire des heures (**schéma 3**). Pour plus de clarté, [des instructions avec des définitions et des exemples d'urgence de l'intervention](#) ont été rédigées.

Le nombre d'interventions d'urgence faisant partie des données structurelles se rapporte à ces définitions; il renferme donc désormais toutes les urgences devant faire l'objet d'un encadrement anesthésiologique **dans les 24 heures**.

Électif
Urgence non vitale 6–24h (intervention urgente différée)
Urgence non vitale 1–6h (intervention urgente)
Urgence vitale <1h (intervention immédiate nécessaire)

Schéma 3: urgence de l'intervention, catégories

### Codage A-QUA

Dans le programme A-QUA, toutes les anesthésies doivent être codées selon A-QUA pour les données patients. Un code A-QUA représente un groupe d'interventions ou une intervention standard. Le codage est fait selon le groupe d'interventions qui s'applique au mieux à l'intervention respective (opération, intervention, diagnostic ou anesthésie sans intervention).

Au cas où plusieurs interventions sont réalisées lors de la même anesthésie, il convient de coder l'intervention principale conjointement avec les interventions secondaires (il est possible de coder jusqu'à 3 interventions secondaires). Les prestations de services (c'est-à-dire les prestations d'anesthésie qui ne sont pas des anesthésies) comme par exemple la pose d'une voie veineuse périphérique ou centrale ne sont pas codées selon A-QUA. Les anesthésies pour des situations spéciales sans intervention peuvent désormais également être codées selon A-QUA (codes 5001-5008).

Des [instructions détaillées à propos du codage A-QUA](#) ont été rédigées dans les langues officielles: allemand, français et italien.

Michael Ganter et Christof Heim