

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

29.05.2018
Robert Rhiner, CEO

Version 2



Kantonsspital Aarau AG

www.ksa.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2017.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2017

Frau
Daniela Vetterli
Leiterin Qualitätsmanagement
062 838 48 81
daniela.vetterli@ksa.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swissnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	19
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	20
4.5 Registerübersicht	21
4.6 Zertifizierungsübersicht	23
QUALITÄTSMESSUNGEN	26
Befragungen	27
5 Patientenzufriedenheit	27
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	27
5.2 Eigene Befragung	28
5.2.1 Patientenbefragung mittels Telefoninterviews	28
5.3 Beschwerdemanagement	29
6 Angehörigenzufriedenheit	30
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	30
7 Mitarbeiterzufriedenheit	31
7.1 Eigene Befragung	31
7.1.1 Mitarbeiterbefragung / Gesamtspital	31
8 Zuweiserzufriedenheit	32
8.1 Eigene Befragung	32
8.1.1 Zuweiserbefragung	32
Behandlungsqualität	33
9 Wiedereintritte	33
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	33
10 Operationen	34
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	34
11 Infektionen	35
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	35
12 Stürze	37
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	37
12.2 Eigene Messung	38
12.2.1 Internes Sturzregister	38
13 Wundliegen	39
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	39
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	41
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	41

14.1.1	Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen.....	41
15	Psychische Symptombelastung	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
17	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	42
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	42
18.1.1	CIRS-Konzept	42
18.1.2	Schmerz-Konzept.....	42
18.1.3	Konzept: Klinisches Risikomanagement	43
18.1.4	Neustrukturierung des Qualitätshandbuches	43
18.1.5	Ambulante Patientenbefragung mittels Tablets	43
18.1.6	Stationsbegehungen zur Einschätzung des Sturzrisikos	44
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	45
18.2.1	Neues Meldeportal	45
18.2.2	Eigenserum - Augentropfen (ESAT)	45
18.2.3	Qualitätssicherung von parenteralen Nährlösungen	45
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	46
18.3.1	Onkologiezentrum Mittelland.....	46
18.3.2	Endoprothetikzentrum KSA-KSB	46
18.3.3	Pflege Bereich Chirurgie	46
18.3.4	Institut für Pathologie	46
18.3.5	Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.....	46
19	Schlusswort und Ausblick	47
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	48
	Akutsomatik	48
	Anhang 2	
	Herausgeber	51

1 Einleitung

Mit mehr als 30 Behandlungszentren und Diagnoseinstituten ist das Kantonsspital Aarau (KSA) das Zentrum des aargauischen Gesundheitsnetzwerks. Im KSA werden jährlich rund 400'000 Patientenbehandlungen ambulant und stationär durchgeführt. Rund 4200 Mitarbeitende aus über 300 Berufen sorgen für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung. Unterstützt von einer modernen medizinisch-technischen Infrastruktur.

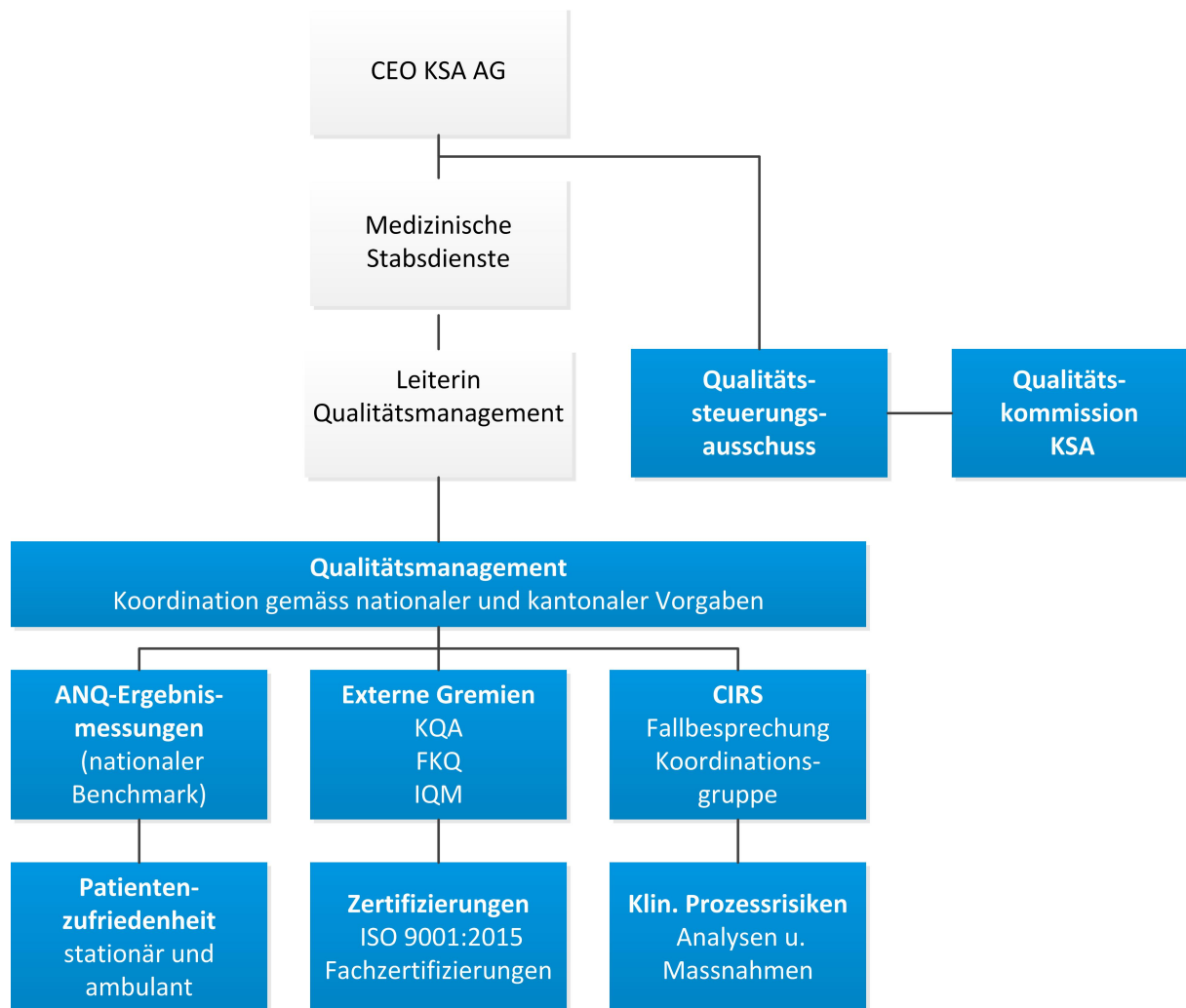
An unsere Arbeit stellen wir hohe Ansprüche:

Wir verpflichten uns zu höchster medizinischer Qualität und richten uns nach wirtschaftlichen und ökologischen Gesichtspunkten aus. Im Kantonsspital Aarau erwartet Sie neben erfahrenen Fachleuten eine moderne Infrastruktur, eine gepflegte Parkanlage und ebensolche Gebäude. Kurz: Alles, was es zum Gesundwerden braucht.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement koordiniert die Tätigkeiten zur Qualitätsentwicklung und nimmt folgende Aufgaben wahr:

- Ansprechpartner in allen Fragen des Qualitätsmanagements
- Vorauswahl von Verbesserungsprojekten in den Bereichen Patientenzufriedenheit und -sicherheit
- Überwachung der Umsetzungen von Qualitätsverbesserungsprojekten
- Berichtserstattung über Projektfortschritte und andere Qualitätsaktivitäten
- Organisation, Durchführung und Aufbereitung von Qualitätsmessungen
- Aufbereitung von Informationen zu Qualitätsaktivitäten für die GL, den VR, die Medien und die Politik
- Regelmässige Informationen über Qualitätsaktivitäten in der Hauszeitschrift
- Analyse von klinischen Prozessrisiken
- Zertifizierungen nach ISO 9001:2015 und Fachzertifizierungen
- Mitarbeit in externen Gremien (KQA, FQA, IQM)

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **220** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Daniela Vetterli
Leiterin Qualitätsmanagement
Kantonsspital Aarau AG
062 838 48 81
daniela.vetterli@ksa.ch

3 Qualitätsstrategie

Das Kantonsspital Aarau will sich mit einem kommunizier- und beweisbaren, nachhaltigen Qualitätsvorsprung positionieren. Erreichen möchte es das mit hervorragenden medizinischen, diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen auf allen Versorgungsstufen. Das KSA versteht sich als Kern eines Gesundheitsnetzes. Deshalb spielen der Ausbau und die Intensivierung der Kooperationen mit den Zuweisern, den Universitätsspitalen und anderen Spitälern eine wichtige Rolle. Das KSA benötigt Qualitätsmanagement und Zertifizierungen, um seine Qualität für Zuweiser, aber auch für die Öffentlichkeit und damit zukünftige Patienten sichtbar zu machen.

Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

- Erstzertifizierungen, sowie Überwachungsaudits in verschiedenen Kliniken, Instituten, Abteilungen und interdisziplinären Zentren
- Implementierung der neuen ISO-Norm 9001:2015
- Neustrukturierung des Qualitätshandbuches
- Einsatz von Feedbacktablets zur Patientenbefragung in ambulanten Bereichen

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Der Qualitätssteuerausschuss legt jährlich gemeinsam mit der Qualitätskommission die Jahresziele fest. In 2017 wurden folgende Ziele bearbeitet:

Strukturqualität

- Aktualisierung des Qualitätsberichts
- Überarbeitung der Qualitätspolitik
- Überarbeitung der Qualitätslandkarte

Prozessqualität

- Zertifizierungs- und Überwachungsaudits Onkologiezentrum Mittelland mit den Organzentren Brustkrebs, Gynäkologische Krebserkrankungen inkl. Dysplasieeinheit, Prostatakrebs und uro-onkologischer Schwerpunkt, Viszeralonkologisches Zentrum mit Darm- und Pankreaskrebs, Hautkrebs, Schwerpunkt Lymphome, Leukämien und Hämatologische Systemerkrankungen
- Re-Zertifizierungsaudit Brustzentrum Mittelland (EUSOMA)
- Re-Zertifizierungsaudit Stroke Center
- Überwachungsaudit Orthopädie KSA-KSB Endoprothetikzentrum
- Implementierung neues Schmerzkonzept

Ergebnisqualität

- ANQ-Messungen
- Telefoninterviews zur Patientenzufriedenheit in allen klinischen Bereichen
- Implementierung der Elternbefragung zur Zufriedenheit in der Klinik für Kinder und Jugendliche

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Kantonsspital Aarau spielt nicht nur im regionalen, sondern auch im kantonsübergreifenden Gesundheitsnetz der Nordwestschweiz eine wichtige Rolle. Deshalb legen wir grossen Wert auf den Ausbau der qualitativ hochwertigen Leistungen gelegt und sind bestrebt, bestehende Leistungsaufträge der Hochspezialisierten Medizin (HSM) zu erhalten. Zur Optimierung der umfassenden und qualitätsgesicherten Behandlung und Betreuung der Patienten wird in den nächsten Jahren der Schwerpunkt auf weiteren Zertifizierungen von Kliniken, Instituten und Abteilungen bzw. auf der Gesamtzertifizierung des Spitals liegen.

Die Intensivierung der Zusammenarbeit mit der Tochtergesellschaft Spital Zofingen AG wird zur Ergänzung des Leistungsangebotes und damit auch zur Qualitätsverbesserung angestrebt.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus bei Kindern und Jugendlichen

4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenbefragung mittels Telefoninterviews
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterbefragung / Gesamtspital
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Internes Sturzregister
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Aktivmitglied bei IQM (Initiative Qualitätsmedizin)

Ziel	Überprüfung der Qualität durch Peer Reviews
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	In der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) engagieren sich Krankenhäuser aus Deutschland, Österreich und der Schweiz für mehr medizinische Qualität bei der Behandlung ihrer Patienten.
Methodik	Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten und Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Medizincontrolling, Kodierung und Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Qualitätsverbesserungen durch Peer-Reviews
Weiterführende Unterlagen	www.initiative-qualitaetsmedizin.de

Einführung Checkliste "Sichere OP"

Ziel	Steigerung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Einführung von Patientenidentifikationsbändern (PIB)

Ziel	Steigerung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Schwerverletztenversorgung / Polytrauma

Ziel	Leistungsauftrag HSM
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Traumatologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Evaluation Aktivität / Projekt	Beteiligung am Schweizerischen Traumaregister (STR) und Implementierung in Patientendokumentationssystem KISIM; Optimierung der Leistungscodierung; Erstellung interdisziplinärer Behandlungspfad

OPTIMA

Ziel	Förderung der externen Zusammenarbeit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinische Universitätsklinik (MUK)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Evaluation Aktivität / Projekt	Spezielle Biomarker helfen, den Schweregrad einer Erkrankung präziser zu beurteilen. Basierend auf dieser Beurteilung und in enger Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst, der Pflege und dem Sozialdienst wird der optimale Behandlungsort für jede Patientin und jeden Patienten festgelegt.

Klinische Pharmazie

Ziel	Steigerung der Medikamentensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spitalpharmazie und alle Kliniken; Schwerpunkt: Medizinische Universitätsklinik (MUK)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Möglichkeit pharmazeutische Auskünfte zu erhalten wird mehrmals täglich vom ärztlichen und pflegerischen Personal genutzt.

Onkologiezentrum Mittelland (OZM)

Ziel	Zertifizierung von Organzentren und Tumorzentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DGK) und ISO 9001
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	8 Organzentren
Projekte: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	In onkologischen Zentren werden betroffene Patienten ganzheitlich und in allen Phasen der Erkrankung betreut und versorgt.
Methodik	Ziel der Deutschen Krebsgesellschaft (DGS) und weiterer Fachgesellschaften ist es, die Entstehung von onkologischen Zentren mit einem festgelegten qualitativen Anspruch zu fördern.
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen der Organzentren und Querschnittsfächer
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung nach ISO 9001:2015 und den Vorgaben der DKG
Weiterführende Unterlagen	www.onkoziert.de

Endoprothetikzentrum (EPZ)

Ziel	Zertifizierung von Hüft- und Knieprothetik
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Orthopädiezentrum KSA / KSB
Projekte: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die Qualität der endoprothetischen Versorgung erhalten und verbessern, durch Spezialisierung, Kompetenz und Erfahrung.
Methodik	Zertifizierung nach dem Fachkatalog EndoProthetikZentrum (EPZ)
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen in den orthopädischen Kliniken KSA - KSB
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Versorgung mit Endoprothesen ist ein weltweit verbreitetes chirurgisches Behandlungsverfahren. Durch den endoprothetischen Ersatz von geschädigten Gelenken sollen Schmerzfreiheit, ein Mobilitätsgewinn und die Verbesserung der Lebensqualität betroffene
Weiterführende Unterlagen	www.endocert.de

Patienten Advisory Board

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radio-Onkologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Virtuelles Tumorboard : Protonentherapie

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radio-Onkologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	1 x monatlich
Evaluation Aktivität / Projekt	Gemeinsames Tumorboard mit dem Paul Scherer Institut (PSI) und dem Universitätsspital Zürich (USZ)

Hyperthermie

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radio-Onkologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	1 x monatlich
Evaluation Aktivität / Projekt	a) Zusammenarbeit mit der Erasmus-Universität Rotterdam. b) Virtuelles Tumorboard (Deutschschweiz)

Kinderkardiologische / Kinderkardiologische Kolloquien mit Patientenvorstellung im Universitätsspital Zürich (USZ)

Ziel	Standardisierung der Echokardiographie-Befundung (Benutzung gleicher Normwerte, gleiche Untersuchungsprotokolle bei definierten Krankheitsbildern) mit den kinder-kardiologischen Abteilungen von Basel, St. Gallen, Zürich, Luzern und Baden.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Kinderkardiologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	in Planung; ca. 7 x jährlich

Zytostatikaverordnung im CATO: Übertragung der Therapieprotokolle im 8-Augen-Prinzip

Ziel	Ersetzen der fehleranfälligen Zytostatikaverordnungen in Excel durch ein elektronisches System; automatisierte Vermeidung von Inkompatibilitäten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Onkologie und Kinderonkologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Tele-Tumorkonferenz mit dem Kinderspital Zürich

Ziel	Optimale Therapieplanung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Kinderonkologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Evaluation Aktivität / Projekt	Teilnahme am kideronkologischen Qualitätszirkel

Osteoporosescreeing aller Frakturpatienten ≥ 50 Jahre

Ziel	Prävention
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Traumatologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Evaluation Aktivität / Projekt	Konsequente prospektive Erfassung/Abklärung aller stationären ≥ 50 jährigen Frakturpatienten auf Osteoporose (inkl. 1-Jahresbefragung Patienten und Hausärzte bzgl. Therapieempfehlungsumsetzung bzw. Compliance)

Interverband für Rettungswesen (IVR): Anerkennung des Sanitätsnotrufzentrums (SNZ)

Ziel	Qualitätssicherung im Rettungswesen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Einsatzleitstelle (ELS) 144
Projekte: Laufzeit (von...bis)	in Planung für 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Neuer Prozess zur Herstellung von Eigenserum - Augentropfen (ESAT)

Ziel	Entlastung der Patientinnen und Patienten und Kostenreduktion
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Augenklinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Bisheriges Verfahren war sehr aufwändig und teuer, da monatliche Blutabnahmen nötig waren.
Involvierte Berufsgruppen	Blutspendezentrum SRK Aargau-Solothurn und Spitalpharmazie
Evaluation Aktivität / Projekt	Über eine autologe Vollblutspende wird im Blutspendezentrum Serum gewonnen, welches in der Spitalpharmazie unter Reinraumbedingungen zu Augentropfen weiterverarbeitet wird. Aus einer Blutentnahme können Augentropfen für 4-6 Monate gewonnen werden: Sie werden bei verschiedenen Formen des trockenen Auges zur Benetzung, Reinigung und Ernährung der Augenoberfläche angewendet. Fehlende Konservierungsstoffe verhindern dabei allergische Reaktionen.

Neuer Standard der mikrobiologischen Qualitätskontrolle von parenteralen Nährlösungen

Ziel	Identifikation einer kontaminierten Nährlösung innerhalb von 24 Std.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Neonatologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Bisherige Kontrollmethoden zur Sterilitätsprüfung lagen erst nach 14 Tagen und damit lange nach dem Zeitpunkt der Verabreichung der Nährlösungen vor. Die Verabreichung von kontaminierten Nährlösungen kann für Neugeborene jedoch schwerwiegende Folgen haben.
Involvierte Berufsgruppen	Spitalpharmazie, Mikrobiologie, Neonatologie
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluation einer neuen Testmethode mittels Verwendung eines computergestützten Kulturautomates, der den Nachweis von Kohlendioxid als Parameter für Bakterienwachstum nutzt. Dadurch liegt nach einer Quarantänezeit von 24 Std. ein Sterilitätsnachweis vor.

Patientenbefragung mittels Tablets

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit durch Echtzeitbefragungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinik für Kinder und Jugendliche, Dermatologie (KSA am Bahnhof), Geburtshilfe
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Evaluation Aktivität / Projekt	Als Ergänzung zu Befragungen, deren Auswertungen erst sehr zeitversetzt zur Verfügung stehen, bietet sich der Einsatz von Tablets mit entsprechender Software an. Der Fragebogen wird auf die Bedürfnisse des jeweiligen Standortes zugeschnitten. Eine Auswertung ist jederzeit möglich und erleichtert dadurch den unmittelbaren Einsatz von Verbesserungsmassnahmen. Ausserdem führt der niederschwellige Zugang zu einer hohen Beteiligung ambulanter und stationärer Patientinnen und Patienten.

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2011 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

Bemerkungen

Das Berichts- und Lernsystem CIRS (**C**ritical **I**ncident **R**eporting **S**ystem) steht allen Mitarbeitenden des KSA zur Meldung von (Beinahe-) Zwischenfällen zur Verfügung. Sinn des CIRS ist eine gegenseitige Sensibilisierung der Mitarbeitenden für Situationen, die die Patientensicherheit gefährden können. Dazu werden neben den Meldungen auch die daraus abgeleiteten Massnahmen elektronisch dokumentiert und sind zunächst intern zugänglich. In einem 2. Schritt können sie auch extern im CIRNET kommuniziert werden. Das KSA ist seit 2011 Mitglied im CIRNET (**C**ritical **I**ncident **R**eporting and **R**eacting **N**etwork).

Das Berichts- und Lernsystem CIRS ist bei den Mitarbeitenden im Alltag fest verankert und wird rege genutzt. Dies beweist auch die kontinuierliche Zunahme der Meldungen innerhalb der letzten Jahre. 2017 wurden insgesamt 1224 Meldungen von (Beinahe-) Zwischenfällen registriert. Diese hohe Motivation gilt es durch ein gutes Feedback zu stärken. Dazu tragen die Kontakte der Meldekreis-Verantwortlichen untereinander und zu den Mitarbeitenden ihres eigenen Meldekreises, die zeitnahe Bearbeitung der Meldungen und nicht zuletzt die Kommunikation über die ergriffenen Massnahmen bei. Die Schwerpunkte dieser Massnahmen umfassten die Information und Schulung von Mitarbeitenden, Materialanpassungen sowie die Anpassung bzw. Neuerstellung von Dokumenten.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2012 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und der Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://www.ksa.ch/ueber-uns/startseite/initiative-qualitaetsmedizin> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2017 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

Bemerkungen

Das Peer Review ist eine unabhängige Begutachtung durch ein externes interprofessionelles Fachexpertengremium, welches sich aus Kaderärzten und Pflegefachpersonen zusammensetzt. Das Verfahren hat sich bewährt, um bei statistischen Auffälligkeiten der Routinedaten Fälle retrospektiv zu analysieren und allenfalls gemeinsam Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu definieren. Ziel ist es, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess auszulösen und eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den teilnehmenden Spitälern und Kliniken zu etablieren. Im KSA wurde im Oktober 2016 das dritte Peer Review durchgeführt. Die Selbsteinschätzung und der kollegiale Dialog im Peer Review-Verfahren bieten Chancen zur Entdeckung von möglichem Potenzial zur Qualitätsverbesserung.

4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2000
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2003
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2003
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit Beginn
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	seit Beginn
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	1998
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	2008
SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2011

SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	2005; Gründungsmitglied
STR Schweizer Traumaregister	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch	2015
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2004
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de	2010
SKKR Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	www.kinderkrebsregister.ch	2010
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/	2012
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2005
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
NICER Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung www.nicer.org	über Krebsregister Aargau
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch	2011

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2008	Onkologiezentrum Mittelland (OZM)	2015	2016	Überwachungsaudit; Rezertifizierung 2018
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Brust- und Gynäkologisches Krebszentrum	2015	2017	Überwachungsaudit; Erstzertifizierung der Dysplasie-Einheit
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und EndoCERT	Orthopädiezentrum: Endoprothetikzentrum KSA-KSB	2015	2015	
ISO/EC 17020: 2012 und ISO/EC 17025:2005	Institut für Rechtsmedizin	2015	2015	
Akkreditierung nach EN 15189 und ISO 17025	Institut für Labormedizin	2006	2015	
SGI-Anerkennung (Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin)	Medizinische Intensivstation	1998	1998	
SGI-Anerkennung (Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin)	Chirurgische Intensivstation	1990	2007	
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)	Stroke Center	2013	2016	
ISO 9001:2015 und EN ISO 13485:2016	Zentralsterilisation (ZSVA)	2013	2016	
EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists)	Brustzentrum	2010	2016	

Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS) / ISO 9001	Spitalpharmazie	2013	2016	
Akkreditierung Jacie (Joint Accreditation Committee- ISCT & EBMT)	Hämatologie, Institut für Labormedizin und Blutspendezentrum	2006	2014	Stammzelltransplantation
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Rettungsdienst	2007	2016	
Fachzertifizierung	Interdisziplinäres Kontinenz- und Beckenbodenzentrum	2014	2014	
Swiss Medic	Strahlenschutz	2011	2011	
Radiation Therapy Oncology Group RTOG/ NRG/NCI	Institut für Radio-Onkologie	2012	2015	1.Spital in Europa letztes Audit: 2015
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und DKG	Pankreaskrebszentrum	2017	2017	Erstzertifizierung
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Prostatakrebszentrum	2016	2017	Überwachungsaudit
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und DKG	Hautkrebszentrum	2017	2017	
ISO 9001:2008 und Fachzertifikat DKG	Lymphom, Leukämie und Hämatologische Systemerkrankungen	2016	2017	Überwachungsaudit Onkologisches Schwerpunktzentrum
Qualikita	Kita KSA Zwärglihuus	2013	2013	Kindertagesstätte
Rekole®	Rechnungswesen	2014	2014	Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung
H+Branchenlösung Arbeitssicherheit (EKAS)	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	2015	2015	Bewertung "sehr gut" (53 von 55 möglichen Punkten)
Fachzertifizierung der deutschen Röntgengesellschaft(DRG)	Kardiovaskuläre Bildgebung im Institut für Radiologie	2015	2015	Erstes Spital in der Schweiz
Auszeichnung ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services	Umsetzung der langfristig angelegten Rauchfrei-strategie	2016	2016	Vorgaben der Organisation FTGS (Forum Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsorganisationen)

Fachstelle UND	Prädikat "Familie und Beruf"	2012	2015	Familien- und Erwerbsarbeit für Männer und Frauen
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Darmkrebszentrum	2017	2017	Überwachungsaudit
ISO 9001:2008	Neuro-onkologisches Zentrum	2016	2017	Überwachungsaudit; im Frühling 2018 wird die Fachzertifizierung DKG angestrebt
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und DKG	Uroonkologisches Krebszentrum	2017	2017	Erstzertifizierung

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Kantonsspital Aarau AG	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	3.94 (4.08 - 4.11)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.37 (4.43 - 4.46)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.41 (4.48 - 4.50)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.24 (4.39 - 4.43)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.80 (3.86 - 3.89)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	83.97 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Grundsätzlich zeigten die ANQ-Befragungen der letzten Jahre eine hohe Patientenzufriedenheit. In Ergänzung bieten die kontinuierlichen, strukturierten Telefoninterviews und bereichsspezifische Befragungen über Feedbacktablets die Möglichkeit zu unmittelbaren Reaktionen und der Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen.

Zudem wurde 2017 eine interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeitsgruppe gegründet, die sich mit Qualitätsaktivitäten zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit auf der Ebene Gesamtspital beschäftigt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPÉ Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten. - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

Kantonsspital Aarau AG

Anzahl angeschriebene Patienten 2016	1711		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	764	Rücklauf in Prozent	44.7 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenbefragung mittels Telefoninterviews

Die Patientenbefragungen über Telefoninterviews dienen der Erhebung der Behandlungsqualität und der Zufriedenheit der stationären Patienten in den Bereichen Chirurgie, Medizin und Frauenklinik. Die Antworten der Telefoninterviews werden in eine geschützte Datenbank eingegeben und systematisch ausgewertet. Im Beobachtungszeitraum wurden rund 10'000 Patientinnen und Patienten von speziell geschulten Pflegefachpersonen kontaktiert.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

In die Messung involviert waren Patientinnen und Patienten der Medizinischen Universitätsklinik, Chirurgie und Frauenklinik.

Es werden alle erwachsenen, stationären Patientinnen und Patienten 30 Tage nach Spitaleintritt interviewt. Die Auswahl erfolgt durch Zufallsprinzip und die Interviews können auch mehrsprachig durchgeführt werden.

Die Messergebnisse werden mit den Resultaten der ANQ-Befragung verglichen. Die Werte sind praktisch identisch und weisen eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität aus. Die Analyse der Ergebnisse kann Diagnose-bezogen ausgewiesen werden, was insbesondere für die Fachzertifizierungen von grossem Wert ist.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Aarau AG

Beschwerdemanagement

Beatrix Salzmann

Beschwerdemanagerin

062 838 44 18

beatrix.salzmann@ksa.ch

Täglich zu Bürozeiten, mit Ausnahme

Mittwoch

6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

Auch im Kinderbereich ist die Beurteilung der Leistungsqualität ein wichtiger Qualitätsindikator. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern um diese Beurteilung gebeten. Dazu wurden die fünf Fragen des ANQ-Kurzfragebogen auf die Perspektive der Eltern angepasst.

Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Es liegen noch keine risikoadjustierten Messergebnisse vor.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Befragung zeigt eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung ihrer Kinder und Jugendlichen und würden das KSA auch in ihrem Freundeskreis weiterempfehlen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

ESOPÉ Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung / Gesamtspital

Auf der Ebene Gesamtspital wurden alle Mitarbeitenden zur Zufriedenheit in den Bereichen Arbeitsinhalt, Lohn, zusätzliche Leistungen des Arbeitgebers (z.B. Verpflegung, Kinderbetreuung, Gesundheitsförderung), Arbeitszeit, Aus-, Fort- und Weiterbildung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Team, Führung und Arbeitsplatz befragt. Darüber hinaus wurden Fragen zum Commitment der Mitarbeitenden zum Spital gestellt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom Mai 2016 bis Juni 2016 durchgeführt.

Gesamtspital

Es wurden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kantonsspitals Aarau, welche länger als ein Jahr im Spital tätig waren, eingeladen an der Befragung teilzunehmen.

Im Vergleich mit 15 grossen Akutspitälern zeigten sich gute Ergebnisse: In fast allen Bereichen konnte sich das KSA im besten Viertel bzw. im besseren Mittelfeld platzieren. Im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit sind Verbesserungspotenziale erkennbar, die allerdings je nach Berufsgruppe variieren. In Analyse-Meetings wurden Handlungsempfehlungen und entsprechende Massnahmen zur Verbesserung mit den Bereichsleitungen diskutiert und geplant.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Der Längsvergleich mit den Messungen der Jahre 2008, 2010 und 2012 zeigt nur unwesentliche Veränderungen der Mitarbeiterzufriedenheit. Insgesamt lassen die Ergebnisse eine hohe Zufriedenheit der Mitarbeitenden erkennen. Das Commitment ist im Vergleich zu anderen Spitälern sogar überdurchschnittlich hoch. Dieses erfreuliche Ergebnis unterstreicht die Attraktivität des KSA als Arbeitgeber weit über die regionale und kantonale Ebene hinaus.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung

Die zuweisenden Ärzte sind die wichtigste Kundengruppe eines Spitals, deshalb werden periodisch Zuweiserbefragungen durchgeführt. Wobei die Zufriedenheit der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte mit der stationären Dienstleistung des KSA untersucht wird.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Eingeschlossen waren alle Zuweiser, die entweder bereits Patienten zugewiesen hatten oder im Einzugsgebiet des KSA praktizieren.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse		2014	2015	2016**
Kantonsspital Aarau AG				
Beobachtete Rate	Intern:	4.42%	4.22%	4.72%
	Extern:	0.72%	0.60%	0.66%
Erwartete Rate		4.90%	4.69%	4.88%

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Daten aus dem SQLape®-Monitor zu den Indikatoren der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen und Reoperationen werden durch das Medizincontrolling analysiert und auffällige Werte kontrolliert. Bei einer Häufung von auffälligen Werten, werden diese den Kliniken, Instituten und Abteilungen weitergeleitet und dort bei Bedarf in Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen thematisiert.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Kantonsspital Aarau AG		
Anzahl auswertbare Austritte:	24678	

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse	2014	2015	2016 **
Kantonsspital Aarau AG			
Beobachtete Rate	3.31%	3.53%	3.74%
Erwartete Rate	3.10%	3.06%	3.32%

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Daten aus dem SQLape®-Monitor zu den Indikatoren der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen und Reoperationen werden durch das Medizincontrolling analysiert und auffällige Werte kontrolliert. Bei einer Häufung von auffälligen Werten, werden diese den Kliniken, Instituten und Abteilungen weitergeleitet und dort bei Bedarf in den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen thematisiert.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Kantonsspital Aarau AG		
Anzahl auswertbare Operationen:	18536	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	
▪ Hernienoperationen	
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)	
▪ Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)	

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte		adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			adjustierte Infektionsrate % 2015	2016	
Kantonsspital Aarau AG					
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	81	0	1.60%	2.50%	0.00% (0.00% - 4.50%)
Hernienoperationen	58	2	1.10%	1.30%	1.50% (0.00% - 4.70%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	54	3	18.00%	16.80%	5.60% (0.00% - 11.80%)
Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)	125	1	0.00%	2.50%	0.70% (0.00% - 2.10%)

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das KSA ist ein Zentrumsspital mit weit überdurchschnittlicher Erfahrung. Entsprechend besteht ein höherer Anteil an Patienten mit Begleiterkrankungen und komplexen Eingriffen. Die Infektrate ist in der Berichtsperiode von Jahr zu Jahr variierend. Die Messergebnisse werden jeweils in der Geschäftsleitungssitzung vorgestellt. Massnahmen werden durch die Abteilung für Infektiologie gemeinsam mit den Bereichsleitungen des KSA definiert und umgesetzt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
Kantonsspital Aarau AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	5	11	10	8
In Prozent	2.40%	5.20%	4.80%	3.10%

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Sturzereignisse lassen sich trotz aller Präventionsmassnahmen nicht vollständig vermeiden. Im Beobachtungszeitraum kam es zu 8 Sturzereignissen. Drei Stürze führten zu keinen Verletzungen. Bei einer Verletzungsrate von 3.60% kam es zu 2 minimalen, einer leichten und 2 schweren Verletzungen. Die Ergebnisse sowie Vorschläge für daraus abgeleitete Massnahmen wurden durch die Bereichs- bzw. Stationsleitungen kommuniziert und gemeinsam mit den Teams erarbeitet.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Kantonsspital Aarau AG			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	257	Anteil in Prozent (Antwortrate)	66.80%

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Internes Sturzregister

In Ergänzung zur Prävalenzmessung findet eine kontinuierliche Erfassung der stationären Sturzereignisse der erwachsenen Patientinnen und Patienten statt. Sie werden mittels Sturzprotokoll elektronisch dokumentiert. Die Zusammenfassung dieser Protokolle im Sturzregister ermöglicht Aussagen über die Ursachen, den Sturzort, die Sturzzeit, Begleitfaktoren, Verletzungsfolgen und pflegerische sowie ärztliche Massnahmen. Die gewonnenen Daten lassen sich bereichs- und stationsspezifisch auswerten und bieten auf diese Weise eine solide Grundlage zur Erarbeitung von Präventionsmassnahmen.

Seit Sommer 2017 wird ein gemeinsam mit dem Spital Zofingen überarbeitetes Sturzprotokoll eingesetzt.

Die Klinik für Kinder und Jugendliche ist von diesem Register ausgeschlossen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Im Rahmen der kontinuierlichen Erfassung wurden im Berichtsjahr 706 Stürze registriert. Ausführliche Auswertungen werden auf Bereichs- bzw. Stationsebene durchgeführt. Vorschläge für daraus resultierende Massnahmen werden mit den Bereichs- bzw. Stationsleitungen und den Teams diskutiert und umgesetzt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Kantonsspital Aarau AG						
Nosokomiale Dekubitus-prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	2.8	2	3	2	0.80%

Bei Kindern und Jugendlichen

Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Kantonsspital Aarau AG						
Nosokomiale Dekubitus-prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	1	0	0	0	0.00%

** CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Als Präventionsmassnahmen von Dekubitus finden sowohl im Erwachsenenbereich als auch in der Klinik für Kinder und Jugendliche (KKJ) Mitarbeiterschulungen zur Sensibilisierung und Wissensvermittlung statt. Die Ergebnisse und Vorschläge für daraus abzuleitende Massnahmen werden durch die Bereichs- bzw. Stationsleitungen definiert und kommuniziert.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). - Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. - Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. - Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

Kantonsspital Aarau AG

Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	258	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	66.80%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2017	36	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	85.70%

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Im Rahmen der Nationalen Prävalenzmessung des ANQ wurde im Berichtsjahr freiwillig das Modul freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben. Erfasst wurden alle Massnahmen, die innerhalb der letzten 30 Tage bis zur Messung innerhalb des KSA ergriffen wurden.

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.
Die Erhebung fand im Rahmen der Prävalenzmessung statt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Erhebung zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen ist freiwillig. Die Messung diene als Ausgangsbasis für die Überarbeitung des Konzepts über freiheitsbeschränkende Massnahmen.

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 CIRS-Konzept

Das CIRS-Konzept wurde 2016 überarbeitet. In diesem Dokument werden Ziele, Struktur und Organisation des CIRS sowie die Schnittstellen bzw. Abgrenzungen zu den Vigilanzen und Haftpflichtfällen definiert. Dabei erhält der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) sowohl als Methode als auch als Strategie eine zentrale Rolle beim Paradigmenwechsel von der Fehler- zur Sicherheitskultur. Die Wandlung im Umgang mit Zwischenfällen trägt dazu bei, dass CIRS-Meldungen als systemische Prozessabweichungen verstanden werden. Es gilt Fehler frühzeitig zu erkennen und Korrekturmassnahmen zu ergreifen. Eine permanente Prozessanalyse sowie die daraus abzuleitenden Verbesserungsmassnahmen führen zu einer schrittweisen Optimierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Das CIRS-Konzept zeigt sowohl ein Modell zur Fehler- als auch zum Verbesserungsmanagement.

18.1.2 Schmerz-Konzept

Das bestehende Schmerzkonzept „Leitlinien zur medikamentösen Schmerztherapie für Erwachsene“ wurde 2016 überarbeitet und um Kapitel wie palliative Schmerzbehandlung, nicht-medikamentöse Schmerztherapie und ein Erfassungsinstrument zur Beurteilung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie bei stark kommunikationseingeschränkten Patienten ergänzt. Die interdisziplinäre und multiprofessionelle Projektgruppe wurde von der Qualitätskommission benannt und vom Qualitätssteuerungsausschuss bestätigt. In Zusammenarbeit mit den Mitglieder des Schmerzboards ist ein umfassendes Schmerzkonzept entstanden, welches im Dezember 2016 verabschiedet wurde.

18.1.3 Konzept: Klinisches Risikomanagement

Risiken sind untrennbar mit der Arbeit in einem Spital verbunden. Gerade deshalb gilt es, sie rechtzeitig zu erkennen und zu bewältigen. Das Risiko wird als eine Kombination aus der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Ereignisses, der Entdeckungswahrscheinlichkeit und der daraus resultierenden Konsequenzen definiert. Das Ziel ist, die Wahrscheinlichkeit für einen unerwünschten Zwischenfall und damit dessen negative Konsequenzen zu verringern. Mit der Einführung der neuen ISO-Norm 9001:2015 wurde das Risikomanagement innerhalb der Medizinischen Stabsdienste neu ausgerichtet:

Medizinischer Rechtsdienst **Integrales Risikomanagement**

Definition z.H. VR und GL von finanziellen und elementaren Unternehmensrisiken

Bildung einer interdisziplinären Risikomanagement-gruppe aus Kadermitarbeitenden.

Die Risiken werden in einer Risikomatrix zusammengetragen und jährlich beurteilt.

Erstellung eines Risikoberichts z.H. der GL und des VR.

Qualitätsmanagement **Klinische Prozessrisiken**

Systemisches, präventives Management von Ereignissen, welche die Patientensicherheit gefährden könnten.

Die Risiken werden durch die klinischen Prozesseigner (Ärzte, Pflege, MTTD) bewertet und Vorbeugemassnahmen definiert.

Die klinischen Prozessrisiken werden bewertet und Verfahren zur Massnahmenplanung innerhalb der MoMo-Konferenzen definiert.

Der Umgang mit den klinischen Prozessrisiken und daraus resultierende Massnahmen werden in der Qualitätsmanagementbewertung beschrieben.

Ein Austausch findet institutionalisiert statt.

18.1.4 Neustrukturierung des Qualitätshandbuches

Das Qualitätshandbuch wurde einer umfassenden Revision unterzogen: Die neue Startseite des Qualitätshandbuches soll den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Zugriff auf qualitätsrelevante Dokumente erleichtern. Damit das gelingt, orientiert sich der Aufbau an den Bereichen, Kliniken und Zentren. So finden die Mitarbeitenden für sie relevante Arbeitsanweisungen, Betriebsnormen, Checklisten und Richtlinien mit wenigen Arbeitsschritten. Dies ist ein wesentlicher Beitrag zum Wissensmanagement, welches im Rahmen der ISO-Zertifizierung einen elementaren Bestandteil bildet. Durch die Sicherstellung eines integrierten Wissensmanagements mittels Behandlungspfaden und Standards, wird unter anderem dafür Sorge getragen, dass die Patientenversorgung auf Wissen und Qualität beruht.

18.1.5 Ambulante Patientenbefragung mittels Tablets

In Ergänzung zu den retrospektiven Befragungen von Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen wurden 2017 in der Dermatologie, in der Klinik für Kinder und Jugendliche und in der Gebärdensprache Abteilung Tablets zur Echtzeitbefragung installiert. Der Einsatz dieser Technik ist mit vielen Vorteilen verbunden: Der Fragebogen wurde exakt auf die Bedürfnisse des jeweiligen Bereiches zugeschnitten. Der Umgang mit den Tablets ist für die Patientinnen und Patienten vertraut. Die Auswertung ist grundsätzlich in Echtzeit möglich, weshalb auch zeitnah Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt werden können. Der niedrighschwellige Zugang durch das einfache Handling erhöht zusätzlich eine hohe Beteiligung. Die Systematik hat sich so gut bewährt, dass auch andere Kliniken und Institute an dieser Befragungsform interessiert sind.

18.1.6 Stationsbegehungen zur Einschätzung des Sturzrisikos

Basierend auf einer validierten Checkliste* wurden in Stichproben die Sturzrisiken je einer Station der Bereiche Frauenklinik, Chirurgie und Medizinische Universitätsklinik evaluiert. Ziel war die Sensibilisierung der Mitarbeitenden sowohl für die Ermittlung des aktuellen Handlungsbedarfes, als auch für wichtige Aspekte in Hinblick auf die Planung des kommenden Spitalneubaus. Die erkannten Verbesserungsmassnahmen werden in den entsprechenden Gremien diskutiert.

* Safer Healthcare now! Reducing falls and injuries from falls. Getting started Kit. Appendix J - Environmental Fall Risk Assessment (adapted from: Boushon, B. et al. 2008. Transforming care at the bedside. How to guide: Reducing patients injuries from falls. Institute for Healthcare Improvement)

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Neues Meldeportal

Die bisherigen Meldeportale rund um die Themen der Patientensicherheit waren bislang im Intranet dezentral aufgeführt. Dies gestaltete die Suche nach Informationen und Meldeformularen für die Mitarbeitenden zeitaufwändig und wurde dem Arbeitsalltag nicht gerecht. Deshalb begannen im Herbst 2016 die Vorbereitungen zur Aufschaltung einer Seite, auf der alle Meldeportale auf einen Blick ersichtlich sind. Durch die bessere Auffindbarkeit wird der Zugang zum CIRS, den Vigilanzen, dem Beschwerdemanagement, den Haftpflichtmeldungen und zum Sicherheitsdienst niederschwelliger. Mit einem Klick gelangen die Mitarbeitenden auf das neue übersichtliche Portal und finden dort alle Meldeformulare, Ansprechpersonen und weiterführende Hintergrundinformationen.

18.2.2 Eigenserum - Augentropfen (ESAT)

Eigenserum-Augentropfen (ESAT) werden seit Anfang der 90er Jahre bei verschiedenen Formen des trockenen Auges weltweit mit grossem Erfolg eingesetzt. Die Wirkung ist auf die im Serum vorhandenen Substanzen zurückzuführen. In ihrer Zusammensetzung sind die Tropfen der Tränenflüssigkeit sehr ähnlich und können zur Benetzung, Reinigung und Ernährung der Augenoberfläche angewendet werden. In bestimmten Fällen sind die Eigenserum-Augentropfen den künstlichen Tränenersatzmitteln sogar deutlich überlegen. Insbesondere können allergische Reaktionen verhindert werden, da sie keine Konservierungsstoffe enthalten. Das bisherige Verfahren am KSA war für die Patientinnen und Patienten sehr aufwändig und teuer, da sie monatlich zur Blutentnahme ins klinische Labor kommen mussten. In Kooperation mit der Stiftung Blutspende SRK Aargau-Solothurn hat die Spitalpharmazie im vergangenen Jahr einen neuen Prozess entwickelt, der insbesondere die Patientinnen und Patienten entlastet. Über eine autologe Vollblutspende wird im Blutspendezentrum Serum gewonnen, welches in der Spitalpharmazie unter Reinraumbedingungen zu Augentropfen weiterverarbeitet wird. Aus einer Blutentnahme können Augentropfen für 4 – 6 Monate gewonnen werden, die deutlich kostengünstiger angeboten werden.

18.2.3 Qualitätssicherung von parenteralen Nährlösungen

Im Dezember 2017 wurde die Spitalpharmazie mit dem Qualitätsprojekt „Qualitätssicherung von parenteralen Nährlösungen unter Einsatz von Kulturautomaten zur mikrobiologischen Kontrolle“ mit dem Swiss Quality Award 2017, 2. Rang, Kategorie stationär, ausgezeichnet. In der Spitalpharmazie werden parenterale Nährlösungen für die Neonatologie bedarfsgerecht hergestellt. Diese Nährlösungen haben eine kurze Haltbarkeit von teils wenigen Tagen und häufig werden sie bereits wenige Stunden nach Bestellung intravenös verabreicht. Eine Sterilitätskontrolle war deshalb nicht möglich, da deren Ergebnisse erst nach 14 Tagen vorlagen und die Nährlösungen dann schon längst verabreicht wurden. Auch wenn es im KSA keine Vorfälle von kontaminierten Nährlösungen gegeben hat, wird weltweit von solchen Vorfällen berichtet, die dann auch rasch publik gemacht wurden und Aufmerksamkeit erregten. Solche Vorfälle können für Neugeborene schwerwiegende Folgen haben. Dies war der Antrieb, eine neue Testmethode zu evaluieren mit der eine kontaminierte Nährlösung innerhalb einer Quarantänezeit von 24 h entdeckt und die Sicherheit für die Neugeborenen verbessert werden kann. Im Projekt wurde die Pharmakopöe-Methode mit einer alternativen mikrobiologischen Prüfung verglichen, die in der Routine zum Keimnachweis im Blut von Patientinnen und Patienten verwendet wird. Hier verwenden computergestützte Kulturautomaten den Nachweis von Kohlendioxid als Parameter für Bakterienwachstum und weisen kürzere Detektionszeiten auf, d.h. die Ergebnisse liegen vor, bevor die Nährlösungen parenteral appliziert werden. Nach einer 6-monatigen Pilotphase, in der die Alltagstauglichkeit der Abläufe zwischen Spitalpharmazie, Mikrobiologie und Neonatologie geprüft wurde, konnte die CO₂-Methode im KSA als Standard der mikrobiologischen Qualitätskontrolle von parenteralen Nährlösungen eingeführt werden.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Onkologiezentrum Mittelland

Gut ein Viertel aller stationären und ambulanten Leistungen des Kantonsspitals Aarau stehen im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung. Das KSA bietet diesbezüglich eine Zentrumsfunktion. Es besitzt alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen. Im Onkologiezentrum Mittelland (OZM) werden alle krebsbezogenen Leistungen in Patientenbehandlungspfaden abgebildet.

Seit Mai 2016 verfügt das KSA über das zertifizierte Onkologiezentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Management-Organisation ISO. Die Organzentren Prostata- und Uroonkologisches Zentrum, Viszeralonkologisches Zentrum mit Darm- und Pankreaskrebs, Brust und gynäkologische Tumore inklusive Dysplasieeinheit, Hautkrebszentrum, Neuro-onkologisches Zentrum (Hirntumorzentrum) sowie das Kopf-Halstumorzentrum wurden mitzertifiziert. Ausserdem bildet das OZM im Bereich Lymphom, Leukämie und hämatologische Systemerkrankungen einen Schwerpunkt.

18.3.2 Endoprothetikzentrum KSA-KSB

Die Kantonsspitäler Aarau und Baden führen gemeinsam das Orthopädiezentrum. Sechs standortübergreifend wirkende Teams widmen sich den Gelenkbereichen Schulter/Ellbogen, Wirbelsäule, Hüfte/Becken, Knie, Fuss sowie der Kinderorthopädie. In langen Jahren erworbene Erfahrungen sowie das nötige Fachwissen befähigen die Fachärzte, sowohl in Aarau als auch in Baden Eingriffe auf qualitativ hohem Niveau durchzuführen. Die Ärzte rotieren zwischen den beiden Standorten, wo sie jeweils an zwei Tagen tätig sind. Patienten und Patientinnen ihrerseits lassen sich an dem Ort behandeln, mit dem sie am besten vertraut sind.

Im September 2015 wurde die Hüft- und Knie Endoprothetik und damit das Orthopädie-Zentrum der Kantonsspitäler Aarau und Baden als erstes Endoprothetik-Zentrum der Schweiz zertifiziert. In den vergangenen Jahren erfolgten die Überwachungsaudits und im September 2018 steht bereits die Re-Zertifizierung an.

18.3.3 Pflege Bereich Chirurgie

In allen Zertifizierungsprozessen wirken die Pflegefachleute in den interdisziplinären und multiprofessionellen Arbeitsgruppen aktiv mit. Jetzt will die Pflege des Bereichs Chirurgie ihre Kernprozesse vereinheitlichen und hat als Innovationsprojekt die Pflege Chirurgie nach ISO 9001:2015 zertifizieren lassen.

18.3.4 Institut für Pathologie

Das Institut für Pathologie strebt als Meilenstein für die vorbereitete Akkreditierung nach 17025 im Frühling 2018 die ISO-Zertifizierung nach 9001:2015 an. Für 2019 ist dann die Akkreditierung vorgesehen.

18.3.5 Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Die Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie hat ein breites Spektrum von Behandlungsprozessen und ist auch ein wichtiger Partner bei der Zertifizierung des Kopf-Halstumorzentrums. Die Klinik hat den Prozess der ISO-Zertifizierung aufgenommen und ihre Leistungen nach aussen besser darstellen zu können, um die Prozesse insgesamt zu verbessern und um neue Mitarbeitende effizienter einzuführen.

19 Schlusswort und Ausblick

Die zentrale Aufgabe des Kantonsspitals Aarau ist die Erbringung einer verlässlichen, qualitativ hochwertigen Zentrumsversorgung auf dem aktuellsten Stand der Wissenschaft für die breite Bevölkerung. Ausserdem schafft das KSA als Arbeitgeber und Ausbildungsstätte ein attraktives Arbeits- und Lernumfeld, das ganzheitliches Denken und Handeln fördert. Qualität ist für das KSA nicht nur das erreichte Ergebnis, sondern es werden auch immer wieder die Strukturen und Prozesse hinterfragt und verbessert. Dabei steht die interdisziplinäre, multiprofessionelle Zusammenarbeit im Mittelpunkt. Für die Qualitätsentwicklung braucht es den persönlichen Ehrgeiz aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, das Beste für ihre Patientinnen und Patienten zu geben.

Das KSA legt grossen Wert darauf, ihre qualitativ hochstehenden Leistungen in Zukunft noch weiter auszubauen. Ziel ist die Optimierung der umfassenden und qualitätsgesicherten Behandlung und Betreuung der Patienten mit komplexen Krankheitsbildern.

Die langfristige Verhaltensweise des KSA betreffend Qualität, insbesondere für festgelegte und vereinbarte Qualitätsziele und deren Planung sowie eine konsequente Umsetzung der Qualitätsaktivitäten, kann in allen Kliniken, Abteilungen und Bereichen identifiziert werden. Qualitätsmanagement und Patientensicherheit sind zentrale Bestandteile des täglichen Handelns.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie

Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)
Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Einfache Herzchirurgie
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
Cystische Fibrose
Polysomnographie

Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Transplantationen
Herztransplantation (IVHSM)
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Plexuschirurgie
Replantationen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq 2000g$)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq 1250g$)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und $\geq 2000g$)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq 1250g$)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und $\geq 1000g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientsicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).