



Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Kantonsspital Aarau AG
Tellstrasse 25
Postfach
5001 Aarau

www.ksa.ch

Freigabe am: 18.03.2014
durch: Geschäftsleitung KSA AG



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, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

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 Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen 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 Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Bezeichnungen

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichts zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| A | Einleitung | 1 |
| B | Qualitätsstrategie | 2 |
| | B1 Qualitätsstrategie und –ziele..... | 2 |
| | Sicherung der hohen Behandlungsqualität | 3 |
| | Qualitätskontrollen..... | 3 |
| | Initiative Qualitätsmedizin (IQM) | 3 |
| | Qualitätsaktivitäten | 4 |
| | Qualitätstransparenz | 4 |
| | Indikationsqualität..... | 4 |
| | Einhaltung der Qualitätskriterien zur Spitalliste des Kantons Aargau..... | 4 |
| | Ausbau der Hochspezialisierten Spitzenmedizin (HSM) | 5 |
| | Zertifizierungen / Akkreditierungen | 9 |
| | Zertifizierung Onkologie-Zentrum..... | 9 |
| | Weitere HSM-Zertifizierungen..... | 9 |
| | Zertifizierungsunterstützende Massnahmen | 9 |
| | Unterstützung bei der Umsetzung von klinischen Standards | 10 |
| | Optimierung der Organisationsstruktur des zentralen Qualitätsmanagements | 10 |
| | Qualitätsmanagement | 10 |
| | Steuerungsausschuss Qualitätsmanagement | 10 |
| | Qualitätskommission | 10 |
| | B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013 | 11 |
| | B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013 | 11 |
| | B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren | 11 |
| | B5 Organisation des Qualitätsmanagements..... | 12 |
| | B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement | 12 |
| C | Betriebliche Kennzahlen und Angebot | 13 |
| | 1 Angebotsübersicht | 13 |
| | C2 Kennzahlen 2013 | 15 |
| | D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit..... | 16 |
| | D2 Angehörigenzufriedenheit | 18 |
| | D3 Mitarbeiterzufriedenheit..... | 19 |
| | D4 Zuweiserzufriedenheit | 20 |
| E | Nationale Qualitätsmessungen ANQ | 21 |
| | E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik | 21 |
| | E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®..... | 22 |
| | E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® | 23 |
| | E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ | 26 |
| | E1-6 Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik..... | 30 |
| F | Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013..... | 32 |
| | F1 Infektionen (andere als mit Swisnoso) I | 32 |
| | F1 Infektionen (andere als mit Swisnoso) II | 33 |
| | F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)..... | 34 |
| | F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ) | 36 |
| | F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen | 37 |
| G | Registerübersicht | 38 |
| | H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards | 40 |
| | H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte | 40 |
| I | Schlusswort und Ausblick | 48 |
| J | Anhänge | 49 |

A Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patienten-sicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 Informationen liefern zu können.

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und –ziele

**Qualitätskonzept**

Version 1.7.0 / 21.10.2013

Präambel

Für die Qualität ist grundsätzlich jeder Mitarbeitende in seinem Bereich verantwortlich. Das Qualitätsmanagement unterstützt die Bemühungen um die Qualität und koordiniert die spitalweiten Qualitätsaktivitäten.

Einführung

Mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG vom 1.1.2009), wurden die Spitäler gesetzlich verpflichtet die Qualität zielgerichtet und systematisch zu sichern und zu fördern. In diesem Kontext will die Kantonsspital Aarau AG (KSA AG) eine Führungsrolle einnehmen, um den Bedürfnissen der Anspruchsgruppen (Patienten, Mitarbeitende, Zuweiser, Lieferanten) nach Qualität und Sicherheit sowie auch den gesetzlichen Vorgaben nachzukommen.

Die KSA AG bietet als Zentrumsspital hervorragende medizinische, diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen auf allen Versorgungsstufen an. Sie versteht sich als Kern eines Gesundheitsnetzes. Deshalb spielen der Ausbau und die Intensivierung der Kooperationen mit den Zuweisern, den Universitätsspitalern und anderen Spitalern eine wichtige Rolle.

Die KSA AG ist auch in Zukunft bestrebt, sich weiterhin nachhaltig in der Spitallandschaft zu positionieren. Für den Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit mit anderen Spitalern und Kliniken ist u.a. die Weiterentwicklung des unternehmensweiten Qualitätsmanagements unverzichtbar. Als Grundlage dazu dient dieses Qualitätskonzept. Das umfassende Qualitätsmanagement basiert auf den folgenden Säulen:

1. **Sicherung der hohen Behandlungsqualität**
2. **Ausbau der Hochspezialisierten Spitzenmedizin (HSM)**
3. **Zertifizierungen / Akkreditierungen**
4. **Unterstützung bei der Umsetzung von klinischen Standards**
5. **Optimierung der Organisationsstruktur des zentralen Qualitätsmanagements**

Das Ziel des vorliegenden Qualitätsmanagementkonzepts ist:

- **Die Festlegung von gemeinsamen Grundsätzen und Entwicklung eines Verständnisses darüber, was das QM im KSA beinhalten soll.**
- **Die Darstellung der bereits angewandten Verfahren zur Entwicklung und Umsetzung von Qualitätszielen.**
- **Das Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen im Bereich des jetzigen QM.**
- **Die Darlegung der Organisationsstruktur des zukünftigen QM-Systems.**

Sicherung der hohen Behandlungsqualität**Qualitätskontrollen**

Im Mai 2011 haben der ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken) und die nationalen Trägerorganisationen H+, GDK, santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer (UV, IV, MV) den nationalen Qualitätsvertrag unterzeichnet. Er regelt die Finanzierung und Umsetzungen der Qualitätsmessungen gemäss den Vorgaben des ANQ. In den Instituten wie ZfLM (Zentrum für Labormedizin), Pathologie, Apotheke gelten weitere Verordnungen, welche die Qualitätskontrollen regeln.

Die KSA AG ist mit der Unterzeichnung des kantonalen Qualitätsvertrags verpflichtet, an allen ANQ-Messungen und Registern wie SIRIS und anderen teilzunehmen. Zudem ist es verpflichtet auch weitere Qualitätsmessungen wie die von QUALAB, Swissmédic etc. durchzuführen.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

Seit 2012 engagiert sich die KSA AG in der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) gemeinsam mit Spitalern aus der Schweiz, Deutschland und Österreich für eine Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität. Der Ansatz der IQM geht von der Prämisse aus, dass echte Qualität im Klinikalltag mit der gelebten Qualitätskultur steht und fällt. Diese ist ihrerseits eine Frage der Haltung und des Umgangs mit Fehlern. Durch ein aktives Fehlermanagement und kollegiale Unterstützung sollen Verbesserungspotenziale sichtbar gemacht werden. Wertvolle Instrumente dazu sind Qualitätsmessungen auf der Basis von Routedaten, die Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung sowie Peer Review Verfahren. Dabei werden strukturierte Patientenaktenreviews mit einer anschliessenden interdisziplinären Falldiskussion geführt.



Verbesserungspotenziale bei Behandlungsabläufen und -strukturen erkennen die IQM-Mitgliedsspitäler mittels dem sogenannten Peer Review Verfahren. Spitalübergreifendes Lernen aus Fehlern und kollegiale Beratung unter chefürztlichen Kollegen stehen im Mittelpunkt der Peer Reviews. Anhand konstruktiv-kritischer Analysen konkreter Behandlungsfälle werden gemeinsam Probleme bei Abläufen, Strukturen und Schnittstellen identifiziert und zielgerichtet Verbesserungen umgesetzt.

Mit der regelmässigen Veröffentlichung ihrer erreichten Qualitätsergebnisse, auch und gerade der verbesserungswürdigen, signalisieren die IQM-Spitäler ihren Patienten sowie der Öffentlichkeit ihre Bereitschaft zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.

Qualitätsaktivitäten

Stellvertretend für die vorhandenen vielseitigen Q-Aktivitäten im KSA sei der Schwerpunkt Patientensicherheit genannt.

Im Versorgungsprozess rund um operative Eingriffe spielt die Safe Surgery eine grosse Rolle. Sie soll dazu beitragen, dass am richtigen Patienten am richtigen Ort, vom richtigen Operateur die richtige Operation am richtigen Organ durchgeführt wird. Der Einsatz einer OP-Checkliste trägt dazu bei, den Patienten an verschiedenen Punkten des Prozesses immer wieder zu identifizieren und Verwechslungs- und Komplikationsgefahren durch eine bewusste Entschleunigung (Team Time out) zu reduzieren. Die korrekte Anwendung dieser Checkliste führt im Rahmen der OP-Vorbereitung zu erhöhter Patientensicherheit. Die Patientenidentifikation spielt auch ausserhalb des Operationssaals eine grosse Rolle – nicht zuletzt, weil die Zahl der desorientierten Patienten zunimmt. Dieser grundsätzlichen Verwechslungsgefahr wird mit der Einführung eines Patientenidentifikationsbandes (PIB) Rechnung getragen. Zunächst wird ab Herbst 2013 ein Pilotprojekt in der Kinderklinik lanciert. Aufgrund des Pilotprojekts wird entschieden, ob eine sukzessive Einführung auf Ebene Gesamtspital erfolgt. Die Einführung eines Patientenidentifikationsbandes auf Ebene Gesamtspital ist auf September 2014 geplant.

Qualitätstransparenz

Derzeit finden zahlreiche Q-Aktivitäten nach z.T. unterschiedlichen, klinik-, instituts- bzw. bereichs-spezifischen Qualitätsstandards statt. Die Schaffung einer verbesserten Qualitätstransparenz auf der Ebene Gesamtspital stellt eine zentrale Voraussetzung für erfolgreiche in- und externe Benchmarkings dar.

Die Verbesserung der Qualitätstransparenz ist komplex, denn dahinter verbirgt sich die Frage nach der gelebten Organisations- und Fehlerkultur. Die Basis bildet eine offene, konstruktive Haltung und eine wertschätzende Kommunikation aller Beteiligten. Im Zusammenhang mit den bereichs- bzw. klinikinternen Qualitätsaktivitäten ist eine verbesserte Kommunikation mit der Abteilung Qualitätsmanagement wünschenswert. Nur so lassen sich einerseits Doppelspurigkeiten vermeiden und andererseits Synergien und Ressourcen bündeln.

Im Sinne einer lernenden Organisation gelten (Beinahe)Fehler als Motivator zur Verbesserung sowohl der individuellen Leistung als auch der Prozessabläufe. Daher gilt es weder Schuldige zu suchen noch solche Ereignisse zu vertuschen, sondern z.B. CIRS und CIRNET aktiv einzusetzen. Zur Information und Motivationssteigerung der Mitarbeiter sollten sämtliche Informationskanäle genutzt und möglicherweise auch neue erschlossen werden. An der Akzeptanz des CIRS muss laufend gearbeitet werden.

Indikationsqualität

In der Qualitätsdiskussion wird die Indikationsqualität aufgrund ihrer Komplexität oft vernachlässigt, was möglicherweise die Behandlungsqualität beeinflussen könnte. Die Indikationsqualität nimmt wesentlichen Einfluss auf Fallzahlen und Qualität, darf aber durch wirtschaftliche Anreize (SwissDRG) nicht beeinträchtigt werden.

Die Bewertung der Indikationsqualität ist schwierig. Sie gelingt nicht ausschliesslich mit administrativ erhobenen Routedaten. Den einzelnen Fachgesellschaften fällt es schwer, konkrete Indikationskriterien zu definieren. Es stehen sowohl direkte als auch indirekte Bewertungsansätze zur Verfügung: Die direkten Ansätze umfassen die Kriterien zur Indikation bzw. Kontraindikation, Leitlinien, Studien sowie den Expertenkonsens. Die indirekten Ansätze hingegen umfassen rationale Fallzahlenvergleiche, die Beurteilung der Prozessqualität bei Indikationsstellung, die Ex post-Betrachtung sowie die Bewertung der Ergebnisqualität. Besonders im Rahmen interdisziplinärer Fallbesprechungen (z.B. Tumorboards oder Peer Reviews) werden die Indikationsstellungen kritisch hinterfragt.

Einhaltung der Qualitätskriterien zur Spitalliste des Kantons Aargau

Die Einhaltung der Qualitätskriterien des Kantons Aargau werden durch die Abteilung Qualitätsmanagement initiiert und ab 1.1.2014 überwacht. Sie lauten:

- Sie verfügen über ein schriftliches Qualitätssicherungskonzept und können dieses auf Nachfrage dem DGS vorlegen. Ihre Qualitätsziele beinhalten Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.
- Sie nehmen regelmässig an Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) teil.
- In Ihrem Spital ist ein interdisziplinäres und interprofessionelles Critical Incident Reporting System (CIRS) spitalweit eingeführt.
- Sie führen regelmässige, vergleichbare Befragungen von Patienten und Einweisern durch.
- Ärzte, Pflegende und Therapeuten nehmen mindestens einmal pro Jahr an Reanimationsübungen bzw. Nachschulungen teil.



- Sie haben folgende Anforderungen in Bezug auf die Spitalhygiene/Infektiologie getroffen:
 - Interdisziplinäre Hygienekommission am Spital ist etabliert (Sitzungen werden protokolliert und die Ergebnisse der Spitalleitung mitgeteilt)
 - Dokumentiertes Hygienekonzept
 - Dokumentiertes Konzept zum präventiven Antibiotikagebrauch
 - Surveillance von nosokomialen Infektionen und von Resistenzentwicklungen
 - Die Spitalmitarbeiter werden gemäss dem Hygienekonzept geschult

Ausbau der Hochspezialisierten Spitzenmedizin (HSM)

Die Hochspezialisierte Spitzenmedizin (HSM) umfasst intensive, interdisziplinäre medizinische und pflegerische Behandlungen von komplexen Krankheitsbildern. Durch die Bündelung von Kompetenzen, Erfahrungen und Ressourcen nimmt die Behandlungsqualität zu.

Seit 2009 nehmen die Kantone eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vor (Art. 39, Abs. 2bis KVG). Ziel der gemeinsamen Planung ist eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche erbrachte medizinische Versorgung. Die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, regelt die Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen und legt die Entscheidungsprozesse ihrer Organe (Beschlussorgan und beratendes Fachorgan) fest. Sie definiert die Kriterien, die ein Leistungsbereich erfüllen muss, um als HSM zu gelten.

In folgenden Bereichen erhielt die KSA AG definitive Leistungsaufträge:

- Neurochirurgische Behandlungen von vaskulären Erkrankungen des ZNS ohne die komplexen vaskulären Anomalien
- Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen
- Behandlung von Schwerverletzten
- Neugeborenen – Intensivpflege
- Pädiatrische Onkologie

Provisorische Leistungsaufträge wurden der KSA AG in folgenden Bereichen erteilt:

- Oesophagusresektion
- Leberresektion
- Pankreasresektion
- Tiefe Rektumresektion
- Komplexe bariatrische Chirurgie
- Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern

Zudem ist das KSA eines von 11 Schweizerischen Blut- und Knochenmarkstransplantationszentren für autologe Transplantation.

Es gilt, alle provisorischen Leistungsaufträge unbedingt zu erhalten bzw. in definitive zu verwandeln sowie noch weitere Leistungsaufträge erteilt zu bekommen. Die Optimierung der Ausgangslage der Onkologie (alle diagnostischen und therapeutischen Aktivitäten im Zusammenhang mit Krebsleiden) im Hinblick auf eine HSM-Einstufung war 2013 ebenso ein strategisches Ziel wie die soeben erfolgte Zertifizierung des Stroke Centers KSA. Zur kontinuierlichen Überwachung der HSM-Aktivitäten empfiehlt es sich ein HSM-Koordinationsgremium zu bilden.

Hämovigilanz

Die Transfusionszwischenfälle werden jährlich in Kooperation mit dem Regionalen Blutspendezentrum Aarau, der Hämovigilanzbeauftragten Frau Dr. med. Adriana Méndez und der Pflegefachfrau Hämovigilanz Frau Sabine Maurer aufgearbeitet. Einige Fälle werden direkt mit dem involvierten Medizinischen und/oder Pflegepersonal besprochen.

Es wurden insgesamt 8438 Blutprodukte vom RBSZ an die verschiedenen Abteilungen der KSA AG abgegeben. In der folgenden Tabelle sind Art und Anzahl der verabreichten Blutprodukte sichtbar:

| Produkt | Anzahl | % |
|------------------------------|-------------|------------|
| Erythrozytenkonzentrate (EK) | 6314 | 74.8 |
| Thrombozytenkonzentrate (TK) | 1143 | 13.5 |
| Plasmapräparate (FGP) | 917 | 10.9 |
| Eigenblutspenden (EBS) | 64 | 0.8 |
| Total | 8438 | 100 |

Im Jahr 2013 wurden im Hämovigilanzmeldesystem insgesamt 33 Meldungen erfasst. Davon wurden 10 (30.3%) Fälle von den Stationen, 9 (27.2 %) von der Ärzteschaft und 3 (9%) von Ärzten und Pflege (gleichzeitig) gemeldet. Im



Auftrag der Hämovigilanzbeauftragten wurden 11 (33.3%) Fälle nachträglich erfasst. Sehr erfreulich ist, dass im Vergleich zum Vorjahr die Melde-rate von Ärzten (34.3%) und Pflege (40.6%) nochmals angestiegen ist. Dies führen wir u.a. auf die Schulungen der Ärzte und Pflege zurück.

Bezüglich Vollständigkeit der Meldungen werden die Intranetmeldeformulare von einigen Kliniken wie auch seitens der Ärzte und Pflegenden der Kinder- & Jugendklinik lückenlos ausgefüllt. Auch hier zeigt sich eine Verbesserung im Vergleich zu den Vorjahren.

Im Zusammenhang mit der „Meldefreudigkeit“ haben wir via Swissmedic Pharmakovigilanz Kenntnis von einem Hämovigilanzfall erhalten. Im Nachhinein musste der Fall sehr aufwändig retrospektiv rekonstruiert werden. Es standen keine Blutproben zur Beurteilungssicherung mehr zur Verfügung und einige Fragen blieben offen.

Im Zusammenhang mit den Zwischenfällen standen 47 Konserven, von welchen 32 an das BSZ retourniert wurden zur genaueren Abklärung (immunhämatologische und mögliche bakterielle Kontamination). In einem Fall fiel die Blutkultur eines pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentrates für koagulasenegative Streptokokken positiv aus. Allerdings konnte eine bakterielle Übertragung beim Patienten ausgeschlossen werden, da die Blutkultur des Patienten negativ war. Es handelt sich höchstwahrscheinlich um eine Kontamination nach der Verabreichung.

TACO-Fälle sind im Jahr 2013 insgesamt 2 aufgetreten. Da diese Fälle vermeidbar sind, wurde das Thema in die Fortbildungen der Ärzte und Pflege aufgenommen. Zurzeit wird das Volumen (Mittelwert) der transfundierten Produkte in die Bilanz miteinbezogen.

In der Schweiz sind gemäss Swissmedic ca. 3.25 Transfusionsreaktionen pro 1000 durchgeführte Transfusionen zu erwarten. Am KSA wurden im Jahr 2013 ca. 3.9 Transfusionsreaktionen pro 1000 transfundierte Produkte gemeldet. Im Vergleich zu 2012 ist eine Zunahme der Meldungen um ca. 18% zu verzeichnen. Hinsichtlich der involvierten Produkte ist die prozentuale Verteilung ähnlich wie 2012.

Die folgende Tabelle zeigt die Zwischenfälle in tabellarischer Übersicht

| Blutprodukte | Komplikationen | | | | | |
|--------------|----------------|---------------|---------------|------|-----|-------------------------|
| | FNHTR | Allergie mild | Anaphylaktoid | TACO | TAD | Andere (Ursache unklar) |
| EK | 23 | 6 | 1 | 2 | 2 | |
| TK | 19 | 5 | 7 | 3 | 1 | 2 |
| FGP | 5 | 2 | 1 | | | |
| Total | 47 | | | | | |

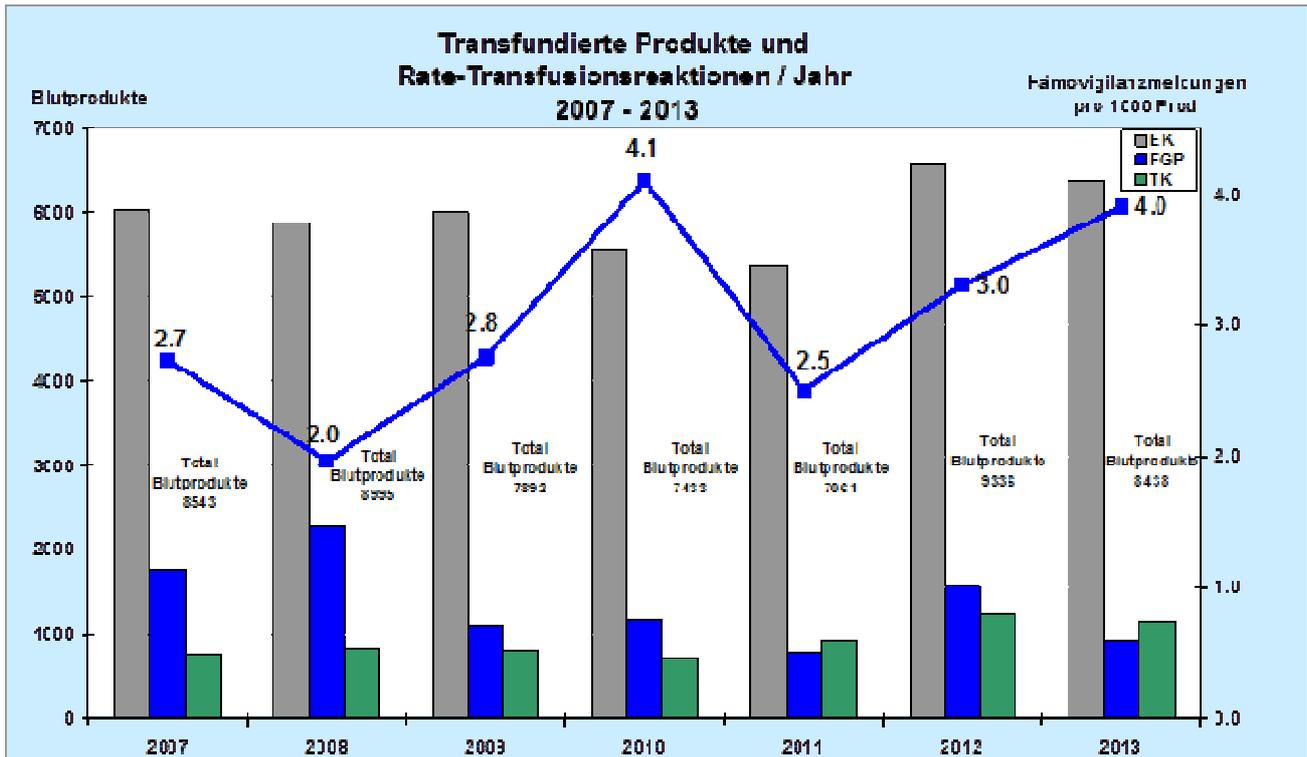
FNHTR: Febrile nicht hämolytische Transfusionsreaktion

TACO: Transfusionsassoziierte Volumenüberlastung (Transfusion Associated Circulatory Overload)

TAD: Transfusionsassoziierte Dyspnoe

Hämovigilanz Near Misses 2013

Near Misses sind schwerwiegende Beinahefehler, welche, wenn unentdeckt geblieben, zu einem Transfusionsfehler geführt hätten. Im Jahr 2013 wurden insgesamt 6 Near-Miss-Vorkommnisse registriert (s. Tabelle 3, s. Anhang). Davon wurden 4 Fälle entdeckt, als die Blutgruppe in den Probenröhrchen nicht mit der in der Datenbank des Blutspendezentrums erfassten Blutgruppe übereinstimmte. Hiermit muss von einer Patientenverwechslung ausgegangen werden. Wenn die Patienten nicht im System des RBSZ erfasst gewesen wären, wäre ein Produkt mit einer für den Patienten falschen Blutgruppe ausgeliefert worden. In zwei Fällen wurde dies vorgängig von der Station bemerkt und dem RBSZ telefonisch mitgeteilt. Durch die zusätzliche Sicherheit des ID-Armbandes und der 4-Augenkontrolle beim Patienten - unmittelbar vor der Verabreichung mit Fokus auf ÜBEREINSTIMMUNG bei Armband ID-Code und Produkte ID-Code - wäre solche eine Unstimmigkeit vor der Durchführung einer Transfusion festgestellt worden.



Personalschulung

Die Aufklärung und Schulung des Personals erfolgt nach wie vor am Einführungstag für neue Mitarbeitende. Zur Schulung der Pflegenden wurden 2 Fortbildungen/Jahr angeboten in welchen Es konnten Fragen an die Referentinnen Frau Dr. Adriana Méndez (Hämovigilanzverantwortliche) und Frau Sabine Maurer (Pflegefachfrau Höfa I, Hämovigilanz) gestellt werden.

Zur Schulung der Assistenzärzte fanden im Jahr 2013 insgesamt 2 Fortbildungen statt, eine für die Ärzte Chirurgie und eine im Rahmen des Morgenrapports der Ärzte Medizin. Zusätzlich wird eine Kurzschulung am Einführungstag Pflegedienst Medizin und Chirurgie durchgeführt. Dieser findet alle 2 Monate statt. Geprüft werden soll ein verpflichtender Besuch der Transfusionsschulung für alle Pflegenden, welche mit Transfusionen zu tun haben – analog unserer Hygieneschulungen. Als weiterer Baustein für die Transfusionsschulungen, steht im Intranet ein e-Learning-Tool zur Verfügung. Mit viel Aufwand (Zeit und Kosten) wurde ein Standardtool überarbeitet und an die Bedürfnisse des KSA angepasst.

ID-Armband

Um die Sicherheit bei Handlungsabläufen zu gewährleisten, zum Beispiel bei Transfusionen oder auf der Notfallstation, ist es unerlässlich, den Patienten korrekt zu identifizieren. Der Bedarf an einem sicheren Identifikationssystem am KSA wurde bestätigt. Deshalb wird in der Kinder- und Jugendklinik, mit Unterstützung des Leiters Qualitätsmanagements und des Hämovigilanzteams, nochmals ein Anlauf in Richtung eines allgemeinen ID-Armbandes unternommen. Gerade hier können viele der Patienten noch keine Auskunft über ihre Identität geben und sind daher doppelt gefährdet, einer Verwechslung zu werden. Inzwischen wurde das Patientenidentifikationsarmband in der Kinder- und Jugendklinik eingeführt.

Überarbeitete klinisch-medizinische Richtlinie Erythrozytentransfusion Erwachsene

Die Richtlinie wurde nach entsprechender Genehmigung durch die verschiedenen verantwortlichen Instanzen aufgeschaltet. Kleinere Änderungen, wie die Zeitdauer Type & Screen von 72 auf 96 Stunden, werden laufend angepasst.

Transfusionstaschenkarte

Für das Jahr 2013 ist die Taschenkarte zum Thema Testblutentnahme und Transfusionsverabreichung für Erwachsene und für Kinder entstanden und kann im Zentralmagazin bezogen werden. Sie enthält in Kurzform die Testblutentnahme und die Transfusionsverabreichung. Für die Neonatologie ist eine Karte in Planung.

Infusionspumpen

Im Verlauf der Entstehung der klinisch-medizinischen Richtlinien Erythrozyten-Transfusion für Erwachsene wurde die Frage nach der Transfusionsgabe mittels Infusionspumpe gestellt. Mit dem Medizintechnik-Team unternahm Frau Maurer diverse Abklärungen. Als Ergebnis daraus hat die Materialkommission einen Produktwechsel des Transfusionsbesteckes von Baxter zu Arcomed vorgenommen. Somit können die hauseigenen Infusionspumpen



Arcomed Volumed Standard VP 7000 und Arcomed Premium VP 7000 weiterhin gebraucht werden. Für das Onko-Ambi wird noch nach einer Lösung gesucht. Hier werden ARGUS-Geräte verwendet, diese sind nicht kompatibel mit den Arcomed-Transfusionsbestecken.

Statuten und Reglement der Transfusionskommission

Im Jahr 2013 wurden die Statuten und das Reglement der Transfusionskommission im Auftrag der Geschäftsleitung erarbeitet und von den Transfusionskommissionsmitgliedern genehmigt. Darin sind die rechtlichen Grundlagen und die Organisation der Transfusionskommission definiert (s. Anhang 2)

Auffindbarkeit der klinisch-medizinischen Richtlinien im Intranet des KSA

In intensiver Arbeit hat die Pflegefachfrau Hämovigilanz mit dem Team der wissenschaftlichen Bibliotheken, der Verantwortlichen im ZfLM, der Leitenden Kinderonkologin, sowie der Spitalfachfrau der Klinik für Kinder und Jugendliche die klinisch-medizinischen Richtlinien zur besseren Auffindbarkeit im Intranet neu geordnet.

Vernetzung mit CIRS

Seit 2013 sind die Vigilanzen (Hämovigilanz, Pharmakovigilanz, Materiovigilanz) in der CIRS-Koordinationsgruppe integriert. Dies um die übergreifende Sicht auf die Meldungen wahrzunehmen (Häufungen, Ereignisse, Massnahmen). Eingehende Meldungen, welche irrtümlich ins CIRS statt in die Vigilanz eingegeben werden oder umgekehrt, werden durch die Meldekreismanager CIRS triagiert und dann entsprechend zu-geordnet. Die Zusammenarbeit funktioniert sehr gut. Verdächtige Fälle werden von den CIRS-Verantwortlichen an die Hämovigilanz weitergeleitet. In Arbeit ist ein einheitliches CIRS-Erfassungsformular mit Zugang zu den Vigilanzmeldungen. Hier ist geplant, dass ein User ein Ereignis, von dem er meint es sei für CIRS und Vigilanz, nur einmal eingeben muss. Das angepasste CIRS-Erfassungsformular wird ab Januar 2014 einsatzbereit sein.

Geplante Verbesserungsmaßnahmen für das Jahr 2014

1. Vernehmlassung TraKo Entwurf klinisch-medizinische Richtlinie Thrombozyten-Transfusion Erwachsene
2. Entwurf klinisch-medizinische Richtlinie Plasma-Transfusion (Erwachsene)
3. Transfusionsbesteck Onko-Ambi
4. KISIM Hintergrundtexte
5. Fortbildungen Ärzte und Pflege
6. Taschenkarte Neonatologie
7. Thermo-Tasche für Blutprodukte
8. Vierteljährliche Tendenzmeldung der Prozessabweichungen an die Bereichsleitungen
9. Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Labormedizin im Rahmen der bekannten präanalytischen Probleme und Suche nach Lösungen

Pharmakovigilanz

2013 wurden insgesamt 29 Pharmakovigilanz-Fälle (2012:20 Fälle / 2011: 15 Fälle) über die Pharmakovigilanzbeauftragte an das regionale Pharmakovigilanzzentrum in Basel gemeldet. Bei einem Fall handelte es sich um eine Pharmakonzil-Frage. Zusätzlich wurden 8 adverse events direkt an einen Hersteller gemeldet. Pharmakovigilanzmeldungen, die von den Bereichen direkt an das Pharmakovigilanzzentrum in Zürich abgesetzt wurden, konnten nicht erfasst werden. Das regionale Pharmakovigilanzzentrum in Basel stuft die gemeldeten Fälle gemäss den WHO-Kriterien zur Beurteilung der Kausalität folgendermassen ein: Mehrfacheinstufungen sind aufgrund mehrerer verdächtiger Wirkstoffe möglich.

| sicher | wahrscheinlich | möglich | unwahrscheinlich | nicht klassifizierbar |
|--------|----------------|---------|------------------|-----------------------|
| 2 | 16 | 16 | 4 | 0 |

2013 konnte durch den kontinuierlichen Schulungsaufwand ein weiterer Anstieg der Pharmakovigilanzmeldungen erzielt werden. Erfreulich ist auch, dass neben den Hauptmeldern Neurologie, Medizin und Onkologie erstmalig aus anderen Bereichen Meldungen eingegangen sind. Die Apotheke konnte in vielen Fällen unterstützend zur Aufbereitung der Meldungen beitragen. Nach wie vor liegen drei Grundproblematiken vor:

- Nebenwirkungen von Arzneimitteln werden nicht immer als solche erkannt oder als nicht meldepflichtig klassifiziert
- Aufgrund des Zeitmangels und anderer Prioritäten der Ärzte sowie dem komplizierten Meldeprozess fehlt teilweise die Akzeptanz zum Melden, dieser Umstand wird auch mit Swissmedic thematisiert
- Pharmakovigilanzmeldungen im Rahmen von CIRS-Meldungen werden selten weitergeleitet
- Deshalb wurde im 3. Quartal 2013 daran gearbeitet, das CIRS-Erfassungstool so anzupassen, dass eine Weiterleitung von Pharmakovigilanzmeldungen aus dem CIRS-Tool heraus ab 2014 möglich ist

Materiovigilanz

Von den eingegangenen 25 Meldungen waren 3 meldepflichtig und wurden an Swissmedic weitergeleitet. Die anderen Meldungen stellten keine Patientengefährdung im Sinne der Vigilanz dar. Ihr Schwerpunkt lag in den Bereichen Infusionstechnik, Pumpen und Infusionsbestecke. Hier wurden vor allem Förderfehler, Druckalarm und Totalversagen der Geräte gemeldet. Im Bereich der Verbrauchsmaterialien waren Undichtigkeiten ein häufiger Grund für Meldungen. Die ergriffenen Massnahmen umfassten



- Evaluationen von Enteral-Pumpen (Infusionstechnik, Anforderungen an eine Infusionspumpe und an eine Infusionsspritzenpumpe)
- Anpassung der technischen Geräteprüfung
- Definition: Qualitätsstandard Infusionsbesteck
- Überarbeitung von Arbeitsanweisungen
- Anwenderschulungen

Zertifizierungen / Akkreditierungen

Bei einer Zertifizierung handelt es sich um ein national oder international anerkanntes Verfahren zur Bestätigung eines Qualitätsmanagementsystems nach den Bestimmungen einer bestimmten Norm. Es handelt sich quasi um ein Gütesiegel, das durchaus einen Einfluss auf die Spitalwahl der Patienten und Zuweiser, aber auch auf die Wahl des Spitals als Arbeitgeber ausübt.

Zertifizierung Onkologie-Zentrum

Die Wichtigkeit der Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen für die optimale Betreuung bzw. Behandlung von gewissen Krebserkrankungen ist seit langem erkannt und oft sehr komplex. Das multidisziplinäre Vorgehen bedingt eingespielte Prozesse und optimalerweise räumliche Nähe der Angebote. Die hohe Komplexität der Behandlung von ausgewählten Krebserkrankungen benötigt für eine gute Entscheidungsfindung das Vorhandensein aller beteiligten diagnostischen und therapeutischen Entitäten am Tumorboard. Um das Ziel eine umfassende und qualitätsgesicherte Betreuung der Patienten durch eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit aller beteiligter Fachdisziplinen in allen Phasen der Tumorerkrankung zu erreichen, hat die GL einer Zertifizierung mehrerer Organzentren sowie eines Onkologiezentrums am 24.9.2013 zugestimmt. Bei der angestrebten Zertifizierung geht es im Wesentlichen um eine Optimierung der multiprofessionellen, interdisziplinären, leitlinienorientierten Versorgung des krebserkrankten Patienten.

Zum Einsatz wird dabei die ISO-Norm EN15224; „Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme“ kommen. An der Zertifizierung des Onkologie-Zentrums sind voraussichtlich 1 Onko-Zentrum (Dach), 5 Organzentren, 2 Module und 2 Schwerpunkte beteiligt, welche die erforderliche Anzahl von Primärfällen nachweisen können. Eine gelungene interdisziplinäre Zusammenarbeit präsentiert sich bereits in den regelmässigen Tumorboards zur Festlegung von individuellen Krebstherapien. Der Zertifizierungsprozess wird über 24 Monate laufen und die Planung für die nächsten zwei Jahre ist in einem Projektplan festgehalten.

Weitere HSM-Zertifizierungen

Nebst dem Onkologie-Zentrum werden zurzeit für weitere HSM-Bereiche Zertifizierungen erarbeitet. Die KSA AG muss sich auf eine mögliche Zertifizierung in den Bereichen Polytraumaversorgung, Vaskuläre Eingriffe, Kinderonkologie, Neonatologie und Viszeralchirurgie vorbereiten. Das Stroke-Center KSA ist bereits zertifiziert, die Rezertifizierung erfolgt in 3 Jahren.

Zertifizierungsunterstützende Massnahmen

Für die Zertifizierung eines Onkologie-Zentrums wird die Einführung einer ISO-Norm gefordert. Die branchenspezifische ISO-Norm EN 15224 legt Qualitätsanforderungen und -merkmale zur Definition von Qualität im Gesundheitswesen fest. Das oberste Ziel ist eine Versorgung, die auf den jeweiligen Patienten und seine körperliche, psychische und soziale Unversehrtheit ausgerichtet ist. Wichtig ist eine evidenz- und wissensbasierte Versorgung, die angemessen, richtig und kontinuierlich erfolgt. Sie muss rechtzeitig, verfügbar, wirksam und effizient sein. Ausserdem bezieht sie den Patienten in Entscheidungen ein und legt grossen Wert auf die Patientensicherheit. Zur Patientensicherheit tragen u.a. die Erfassung von (Beinahe)Fehlern im CIRS (Critical Incident Reporting System) und die Einführung einer OP-Checkliste bei.

Neben dieser Patientenorientierung ist auch der Einbezug des Personals wichtig, um ein hohes Qualitätsniveau zu halten oder es sogar zu steigern. In prozessorientierten Arbeitsgruppen werden Abläufe geplant, hinterfragt und den neuesten Bedürfnissen angepasst (Beispiel: Einführung der Same Day Surgery SDS). Das Personal nimmt regelmässig an internen und externen Fort- und Weiterbildungen teil. Das umfangreiche interne Weiterbildungsprogramm umfasst Kurse zur Verbesserung der Fach- und Methodenkompetenz, der Führungskompetenz, der Managementkompetenz und nicht zuletzt der Sozial- und Persönlichkeitskompetenz. Um die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern, wurde 2012 der Auftrag erteilt, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) aufzubauen, zu implementieren und nachhaltig zu gestalten.

Neben diesen übergreifenden Qualitätsanforderungen und -merkmalen sind die speziellen Bedürfnisse des zu zertifizierenden Zentrums bzw. des Bereiches oder der Klinik zu berücksichtigen. Ferner muss nachgewiesen werden, dass kontinuierliche Dienstleistungen erbracht werden, die sowohl die Anforderungen der Anspruchsgruppen als auch gesetzlich festgelegte und behördliche Anordnungen, so wie berufliche Standards erfüllen.

Schwerpunkt der vorliegenden Norm sind die klinischen Prozesse. Sie bilden den Haupt Typ der Prozesse bei Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung. Alle Organisationen der Gesundheitsversorgung beteiligen sich an ihnen. Sie umfassen alle Aktivitäten der Gesundheitsversorgung sowie die Wechselwirkungen zwischen den Patienten und den medizinischen Fachpersonen. Die Gestaltung der klinischen Prozesse muss den jeweiligen gesundheitlichen Störungen angepasst und entsprechend entwickelt werden. Sie beziehen die gesamte Versorgung innerhalb des



vollständigen Betreuungskontinuums ein. In Bezug auf das Onko-Zentrum bzw. die Organzentren umfassen sie sowohl die Zuweisung als auch die Spitalbehandlung, die Rehabilitation, die ambulante Nachsorge und nicht zuletzt die Zuweisung an weiterbetreuende Institutionen.

Akkreditierungen

Im Gegensatz zu einer Zertifizierung, wird bei einer Akkreditierung nicht nur das Qualitätsmanagementsystem beurteilt, sondern zusätzlich auch die Fachkompetenz im Hinblick auf die Durchführung definierter Arbeiten des überprüften Bereiches wie zum Beispiel des Zentrums für Labormedizin (ZfLM). Die Fachkompetenz, so schreibt die schweizerische Akkreditierungs-Stelle (SAS), ist der Schlüssel zu Transparenz, Vertrauen und Vergleichbarkeit. Die schweizerische Kommission für Qualität im medizinisch diagnostischen Labor (QUALAB) schreibt in ihren Richtlinien zudem ausdrücklich vor, dass ein Qualitätsmanagementsystem vorhanden sein muss. Die Akkreditierung nach ISO 15189 im ZfLM entspricht diesen Anforderungen in idealer Weise.

Unterstützung bei der Umsetzung von klinischen Standards

Bereichs- bzw. klinikinterne Standards, Richtlinien und Empfehlungen tragen zu einer hohen Versorgungsqualität und -kontinuität bei. Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Universitätskliniken sowie verschiedenen Fachhochschulen stellen ein Behandlungsniveau auf dem Stand der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse sicher.

Bereichsübergreifend ist die Einführung von national und international anerkannten Qualitätsstandards wie zum Beispiel die Standards Ernährung, Schmerzbehandlung und Umgang mit akut verwirrten Patientinnen wünschenswert. Aus Ressourcengründen soll ab dem Jahr 2014 in interdisziplinären und multiprofessionellen Standardgruppen jährlich maximal ein Thema umgesetzt werden. Ziel ist es, zu jedem Themenbereich jeweils ein Konzept auf Ebene Gesamtspital zu erstellen und eine Erfolgskontrolle einzuführen. Weitere themenbezogene Qualitätsstandards können in den Folgejahren bearbeitet und implementiert werden.

Optimierung der Organisationsstruktur des zentralen Qualitätsmanagements

Qualitätsmanagement

Das zentrale Qualitätsmanagement koordiniert die Qualitätsentwicklung und nimmt folgende Aufgaben wahr:

- Ansprechpartner in allen Fragen des Qualitätsmanagements
- Vor- und Nachbearbeitung der Sitzungen des Steuerungsausschusses Qualitätsmanagement
- Vorauswahl von Verbesserungsprojekten
- Berichtserstattung über Projektfortschritte und andere Qualitätsaktivitäten
- Organisation, Durchführung und Aufbereitung von Qualitätsmessungen
- Regelmässige Informationen über Qualitätsaktivitäten im Sinne eines Newsletters (z.B. in der Hauszeitschrift „inform“)
- Überwachung der Umsetzungen von Qualitätsverbesserungsprojekten
- Überwachung und Umsetzung von Beschlüssen aus dem HSM-Koordinationsgremium
- Aufbereitung von Informationen zu Q-Aktivitäten für die GL, den VR, die Medien und die Politik

Steuerungsausschuss Qualitätsmanagement

Der Steuerungsausschuss Qualitätsmanagement ist ein strategisches Gremium der Geschäftsleitung und für alle Fragen der Qualitätssicherung und -förderung zuständig. Die Mitglieder werden von der GL gewählt und haben folgende Aufgaben:

- Überwachung der externen Qualitätsentwicklung
- Genehmigung von Qualitätsprojekten
- Entscheidungs- und Weisungsbefugnis im Rahmen der Qualitätsprojekte
- Budgetkontrolle
- Definition weiterer Qualitätsstandards
- Strategische Weiterentwicklung von CIRS
- Definition von Verbesserungsmaßnahmen aus den Resultaten der Qualitätsmessungen
- Prüfung weiterer Zertifizierungsanträge
- Erarbeitung der jährlichen Qualitätsziele

Qualitätskommission

Als operatives Organ des Steuerungsausschusses Qualitätsmanagement wird die Qualitätskommission eingesetzt. Analog des Steuerungsausschusses ist die Qualitätskommission für alle Fragen der Qualitätssicherung und -förderung zuständig und hat folgende Aufgaben:

- Förderung und Unterstützung bei der Initialisierung von Qualitätsprojekten
- Informations- und Erfahrungsaustausch zu laufenden Qualitäts- und Zertifizierungsprojekten
- Sicherstellung eines Qualitätscontrollings
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Qualitätsverbesserung
- Analyse von Ergebnismessungen und Kommunikation der Resultate im Steuerungsausschuss Qualitätsmanagement
- Koordination der vorgegebenen Jahresziele



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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

- Positionierung der Hochspezialisierten Medizin (HSM)
- Vertiefung der Kooperationen
 - o Verstärkte Zusammenarbeit mit den Zuweisern, Weiterentwicklung der Zusammenarbeit mit Universitätsspitälern (US Basel), Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Baden sowie den Kantonsspitälern Luzern und St. Gallen
- Verbesserung der DRG-Prozesse
- Umsetzung der Erkenntnisse aus GEMBA im Interdisziplinären Notfall Zentrum (INZ) auf baulicher und prozessualer Ebene

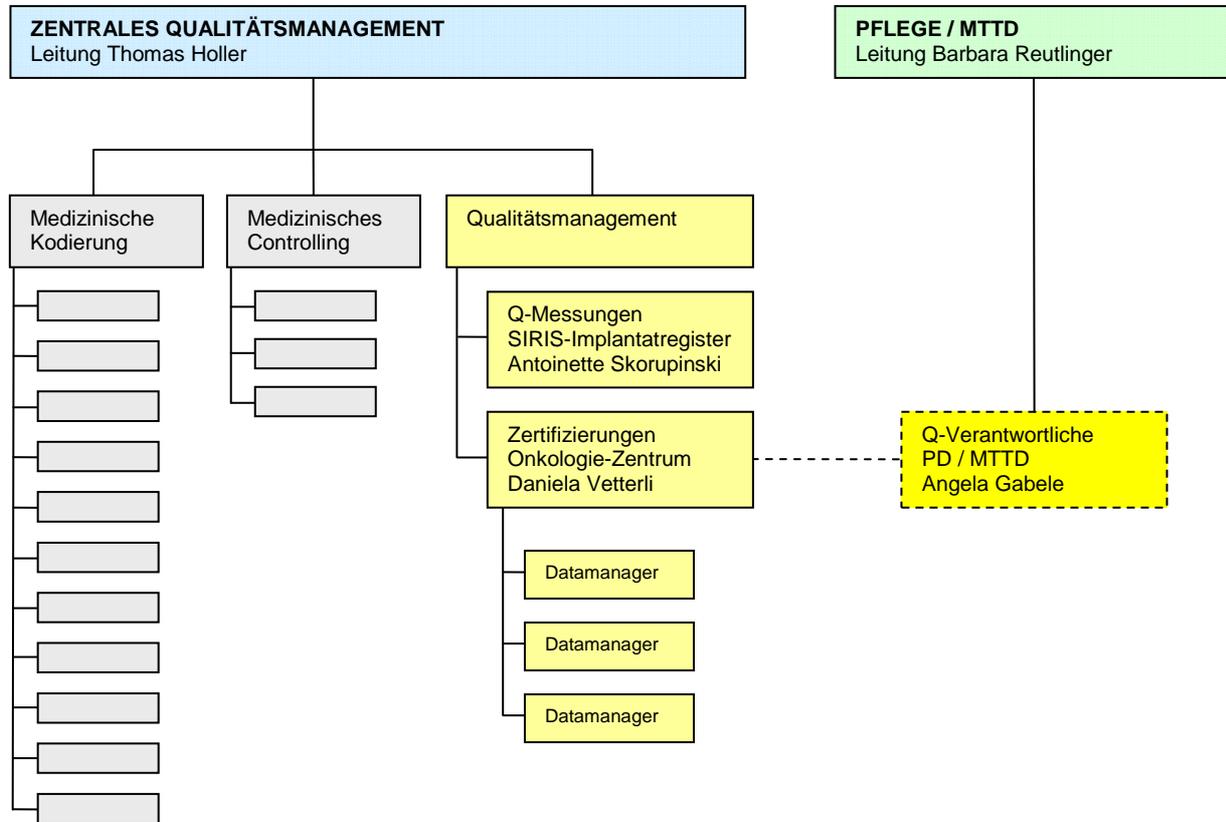
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

- Erfolgreiche Zertifizierung des Stroke Centers
- Einführung von eLearning
- Umsetzung des neuen integrierten Controlling-Konzeptes
- Durchführung von Peer Reviews (IQM; Initiative Qualitätsmedizin)

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Nachhaltige Positionierung in der Spitallandschaft
- Engagement in der Hochspezialisierten Spitzenmedizin und Bewerbung um weitere HSM-Leistungsaufträge
- Vertiefung der Kooperationen
- Aufbau der Orthopädie Aargau mit dem Kantonsspital Baden
- Optimierung der klinischen Prozesse, des Berichtswesens und der Leistungserfassung
- Realisierung des Masterplans
- Weiterentwicklung der Positionierung des Spitals Zofingen
- Weiterentwicklung der Führungsphilosophie
- Nachhaltige Mitarbeiterentwicklung
- Stärkung der Patientenorientierung

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. |
| <input type="checkbox"/> | Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. |
| <input type="checkbox"/> | Andere Organisationsform: |
| Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 540 % Stellenprozent zur Verfügung. | |

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

| Titel, Vorname, NAME | Telefon (direkt) | E-Mail | Stellung / Tätigkeitsgebiet |
|----------------------|------------------|--|-----------------------------|
| Thomas Holler | 062 / 838 6118 | thomas.holler@ksa.ch | Leiter Qualitätsmanagement |

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

<http://www.ksa.ch/1440/1975/2864/4405.asp>

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Kantonsspital Aarau AG → Kapitel „Leistungen“.

1 Angebotsübersicht

| Angebotene medizinische Fachgebiete | An den Standorten | Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.) |
|--|-------------------|---|
| Allergologie und Immunologie | KSA | |
| Allgemeine Chirurgie | KSA | |
| Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie) | KSA | |
| Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten) | KSA | |
| Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde) | KSA | |
| Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten) | KSA | |
| Handchirurgie | KSA | |
| Herzgefässchirurgie | KSA | |
| Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal): | KSA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen) | KSA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion) | KSA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane) | KSA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde) | | Spital Zofingen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems) | KSA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber) | KSA | |



| Angeborene medizinische Fachgebiete (2. Seite) | An den Standorten | Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.) |
|--|--------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten) | KSA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen) | KSA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen) | KSA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie, Dialyse, Transplantation (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen) | KSA, Frick, Spital Zofingen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen) | KSA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe) | KSA | |
| Intensivmedizin | KSA | |
| Kiefer- und Gesichtschirurgie | KSA | |
| Kinderchirurgie | KSA | |
| Langzeitpflege | | Spital Zofingen |
| Neurochirurgie | KSA | |
| Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems) | KSA | |
| Neuroradiologie | KSA | |
| Ophthalmologie (Augenheilkunde) | KSA | |
| Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie) | KSA | |
| Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO) | KSA | |
| Pädiatrie (Kinderheilkunde) | KSA | |
| Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)- kranker) | KSA | |
| Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie | KSA | |
| Psychiatrie und Psychotherapie | KSA | |
| Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren) | KSA | |
| Rheumatologie | KSA | |
| Thoraxchirurgie (Operationen an der Lunge, im Brustkorb und- raum) | KSA | |
| Tropen- und Reisemedizin | KSA | |
| Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane) | KSA | |
| Case Management | KSA | |
| Übergangspflege | KSA | |

| | | |
|----------------|-----|--|
| Wundmanagement | KSA | |
|----------------|-----|--|

| | | |
|-------------|-----|--|
| Breast Care | KSA | |
|-------------|-----|--|

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

| Angebote therapeutische Spezialisierungen | An den Standorten | Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.) |
|---|-------------------|--|
| Diabetesberatung | KSA | |
| Ergotherapie | KSA | |
| Ernährungsberatung | KSA | |
| Logopädie | KSA | |
| Neuropsychologie | KSA | |
| Physiotherapie | KSA | |
| Psychologie | KSA | |
| Psychotherapie | KSA | |

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

<http://www.ksa.ch/1440/1975/2864/4405.asp>

Bemerkung



D Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

| Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht . | | |
| | Begründung | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit. | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt. | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: |
| | | | |
| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| | | | |
| Messergebnisse der letzten Befragung | | | |
| | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | |
| Gesamter Betrieb | 81.6% | Zusammenfassung der Beurteilungen sehr gut / gut | |
| Resultate pro Bereich | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | |
| Bereich Ärzte | 86.0% | Zusammenfassung der Beurteilungen sehr gut / gut | |
| Bereich Pflege | 82.2% | Zusammenfassung der Beurteilungen sehr gut / gut | |
| Bereich Organisation | 77.0% | Zusammenfassung der Beurteilungen sehr gut / gut | |
| Bereich Hotellerie | 80.0% | Zusammenfassung der Beurteilungen sehr gut / gut | |
| Bereich Öffentl. Infrastruktur | 82.8% | Zusammenfassung der Beurteilungen sehr gut / gut | |
| <input type="checkbox"/> | Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert: | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | |
| | Begründung | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | | |
| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Mecon | <input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument | |
| <input type="checkbox"/> | Picker | Name des Instruments | Name des Messinstituts |
| <input type="checkbox"/> | PEQ | | |
| <input type="checkbox"/> | MüPF(-27) | | |
| <input type="checkbox"/> | POC(-18) | | |
| <input type="checkbox"/> | PZ Benchmark | | |
| <input type="checkbox"/> | Eigenes, internes Instrument | | |
| Beschreibung des Instruments | | Schriftliche Befragung mittels standardisiertem Fragebogen | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---------------------|---|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle stationären Patienten, die im September 2013 das Spital verlassen haben. in der Klinik für Kinder und Jugendliche wurden die Eltern befragt | |
| | Ausschlusskriterien | - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, - im Spital verstorbene Patienten - Mehrfachhospitalisierte wurden nur einmal befragt. | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 554 | |
| Rücklauf in Prozent | | 33.9% | Erinnerungsschreiben? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben- zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerde-management oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

| Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle? | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . |
| Bezeichnung der Stelle | Beschwerdemanagement |
| Name der Ansprechperson | Martin Rotzler |
| Funktion | Leiter Beschwerdemanagement |
| Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten) | 062 / 838 44 18; martin.rotzler@ksa.ch ; Di - Fr |
| Bemerkungen | |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|--------------------------|------|---------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |



D2 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 Angehörigen-zufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheits-messung nicht zulässt.

| Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht . | | |
| | Begründung | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit. | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt. | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: | |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input checked="" type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | Klinik für Kinder und Jugendliche |

| Messergebnisse der letzten Befragung | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Gesamter Betrieb | | |
| Resultate pro Bereich | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| | | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert: | |
| <input type="checkbox"/> | Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | |
| | Begründung | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Externes Messinstrument | | |
| | Name des Instruments | Angehörigenzufriedenheit | Name des Messinstituts |
| | | | Mecon |
| <input type="checkbox"/> | Eigenes, internes Instrument | | |
| | Beschreibung des Instruments | | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---------------------|--|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen | Einschlusskriterien | Alle stationären Fälle der Klinik für Kinder und Jugendliche | |
| | Ausschlusskriterien | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | | |
| Rücklauf in Prozent | | | Erinnerungsschreiben? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|--------------------------|-------------|----------------|-------------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

| Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht . | | |
| | Begründung | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit. | | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt. | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2012 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014 |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | | |
|---|--|--------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse der letzten Befragung | | |
|--------------------------------------|---|--|
| | Zufriedenheits-Werte | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Gesamter Betrieb | 63.1 | Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet. |
| Resultate pro Bereich | Ergebnisse | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Ärzte | 62.9 | Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeiter dieser Berufsgruppe |
| Pflegepersonal | 61.4 | Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeiter dieser Berufsgruppe |
| Therapeuten | 68.2 | Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeiter dieser Berufsgruppe |
| Med. – techn. Personal | 63.6 | Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeiter dieser Berufsgruppe |
| Hauswirtschaftspersonal | 65.8 | Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeiter dieser Berufsgruppe |
| Verwaltung | 67.0 | Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeiter dieser Berufsgruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert: | 2012 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | |
|---|------------------------------|---|------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Externes Messinstrument | | |
| | Name des Instruments | Mitarbeiterbefragung | Name des Messinstituts |
| | | | MECON |
| | Beschreibung des Instruments | Standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---------------------|------------------------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter | Einschlusskriterien | Alle Mitarbeitenden wurden befragt | |
| | Ausschlusskriterien | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 1923 | |
| Rücklauf in Prozent | | 55.9 % | Erinnerungsschreiben? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|--------------------------|------|---------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |



D4 Zuweiserzufriedenheit

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

| Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht . | | |
| | Begründung | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit. | | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt. | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2012 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015 |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | | |
|---|--|--------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse der letzten Befragung | | |
|--------------------------------------|---|---|
| Messergebnisse | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Gesamter Betrieb | 74 | Mittelwerte; Skala von 10 = sehr zufrieden (=100 Punkte) bis 0 = gar nicht zufrieden (= 0 Punkte) |
| Resultate pro Bereich | Ergebnisse | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Gynäkologie & Geburtshilfe | 80 | Mittelwerte; Skala von 10 = sehr zufrieden (=100 Punkte) bis 0 = gar nicht zufrieden (= 0 Punkte) |
| Allgemeinmedizin | 74 | Mittelwerte; Skala von 10 = sehr zufrieden (=100 Punkte) bis 0 = gar nicht zufrieden (= 0 Punkte) |
| Innere Medizin | 74 | Mittelwerte; Skala von 10 = sehr zufrieden (=100 Punkte) bis 0 = gar nicht zufrieden (= 0 Punkte) |
| Kinder- & Jugendmedizin | 69 | Mittelwerte; Skala von 10 = sehr zufrieden (=100 Punkte) bis 0 = gar nicht zufrieden (= 0 Punkte) |
| <input type="checkbox"/> | Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert. | |
| <input type="checkbox"/> | Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | |
| | Begründung | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | |
|---|------------------------------|---|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Externes Messinstrument | | |
| | Name des Instruments | Zuweiserzufriedenheit | Name des Messinstituts |
| | | | Pfizer und Transfer plus |
| <input type="checkbox"/> | Eigenes, internes Instrument | | |
| | Beschreibung des Instruments | Online-Fragebogen Versand per Post (Erstversand und Reminder) und per E-Mail (Erstversand) | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden | Einschlusskriterien | Zuweisende Ärzte im Einzugsgebiet der Kantonsspital Aarau AG |

| | | | | |
|---|---------------------|-------|-----------------------|--|
| Zuweiser | Ausschlusskriterien | keine | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 114 | | |
| Rücklauf in Prozent | | 19% | Erinnerungsschreiben? | <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|---|--|--------------|---------------------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| Helpdesk für Zuweiser | Zentrale Ansprechperson für alle Fragen rund um die Zuweisung eines Patienten | Gesamtspital | laufend |
| Online - Zuweisungsportal | Nach der Einführung des KSA-Check-in nutzen immer mehr Ärzte das Zuweisungstool | Gesamtspital | laufend |
| „insider“ Newsletter für zuweisende Ärzte der Kantonsspital Aarau AG | Direkte Informationen für unsere Zuweiser, Vorstellung von neuen Ärzten und neuen Dienstleistungen | Gesamtspital | Newsletter erscheint dreimal jährlich |

E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs 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 Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt. Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

| Messbeteiligung | Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil: | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein | Dispens |
| Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik: | | | |
| Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape® | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape® | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swissnoso | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientenzufriedenheit | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIRIS Implantat-Register | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kinderspezifischer Messplan | | | |
| Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nationale Elternbefragung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape^{®1} wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht? | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: | | | | Ergebnis ² A, B oder C |
| Beobachtete Rate | | Erwartete Rate | Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%) | |
| Intern | Extern | | | |
| | | | | |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen . | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | | |
| Begründung | | Die Ergebnisse werden zu einem späteren Zeitpunkt vom ANQ publiziert. | | |
| Informationen für das Fachpublikum | | | | |
| Auswertungsinanz | | Bundesamt für Statistik BFS ³ | | |
| Informationen für das Fachpublikum: 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. | | |
| Anzahlauswertbare Austritte | | | | |
| Bemerkung | | | | |
| Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | | |
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) | |
| | | | | |
| | | | | |

¹ SQLape[®] ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

² A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

³ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht? | | | |
|---|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: | | | |
| Beobachtete Rate | Erwartete Rate | Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%) | Ergebnis ⁴ A, B oder C |
| | | | |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen . | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | Die Ergebnisse werden zu einem späteren Zeitpunkt vom ANQ publiziert. | | |
| Informationen für das Fachpublikum | | | |
| Auswertungsinstanz | Bundesamt für Statistik BFS ⁵ | | |
| Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder) | |
| | Ausschlusskriterien | Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.). | |
| Anzahlauswertbare Operationen | | | |
| Bemerkung | | | |
| Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | |
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |
| | | | |

⁴ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

⁵ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthalts.

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

Ab dem 1. Oktober 2013 erfassen alle Spitäler, die Appendektomien durchführen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, auch postoperative Wundinfektionen. Die Ergebnisse erhalten die Spitäler und Kliniken im März 2015.

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

| Informationen für das Fachpublikum | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| Auswertungsinanz | Swissnoso | | | | |
| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt? | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | | |
| Ergebnisse der Messperiode: 1.Oktober 2012 – 30.September 2013 | | | | | Vorjahreswerte |
| Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen: | Anzahl beurteilte Operationen (Total) | Anzahl fest-gestellter Wundinfektionen (N) | Infektionsrate % | Vertrauensintervall ⁶ CI = 95% | Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen | | | % | | % () |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bariatrische Operationen | | | % | | % () |
| <input checked="" type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen | | | % | | % () |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hernienoperationen | | | % | | % () |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon) | | | % | | % () |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio) | | | % | | % () |
| <input checked="" type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional) | | | % | | % () |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional) | | | % | | % () |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | | | |
| Begründung | Die Ergebnisse werden zu einem späteren Zeitpunkt vom ANQ publiziert. | | | | |

⁶Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2013 (1. Oktober 2012 – 31. September 2013) noch keine Resultate vor.

| Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012 | | | | | Vorjahreswerte |
|---|---------------------------------------|---|------------------|---|---|
| Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen: | Anzahl beurteilte Operationen (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N) | Infektionsrate % | Vertrauensintervall ⁷ CI = 95% | Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%) |
| <input type="checkbox"/> Herzchirurgie | | | % | | % () |
| <input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen | | | % | | % () |
| <input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen | | | % | | % () |
| Wertung der Ergebnisse | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | | | |
| Begründung | | Die Ergebnisse werden zu einem späteren Zeitpunkt vom ANQ publiziert. | | | |

| Informationen für das Fachpublikum: 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 die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden. |
| | Ausschlusskriterien | Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern. |
| Bemerkung | | |

| Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | |
|---|------|---------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |
| | | | |

⁷Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁸ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt. Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

| Informationen für das Fachpublikum | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Messinstitution | Berner Fachhochschule |

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Deskriptive Messergebnisse 2013 | | | |
|---|------------|------|---|
| Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind. | | | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁹ |
| 5 | In Prozent | 0.2% | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | | | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---------------------|---|-------------------------------------|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. | |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. | |
| Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten | | 230 | Anteil in Prozent (Antwortrate) 64% |
| Bemerkung | | | |

| Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | |
|---|------|---------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |

Dekubitus (Wundliegen)

⁸Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

⁹Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Ein 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 Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch. Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Dekubitus bei Kindern stehen 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. Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Deskriptive Messergebnisse 2013 | | Anzahl Erwachsene mit Dekubitus | In Prozent |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|------------|
| Dekubitusprävalenz | Total: Kategorie 1 - 4 | 4 | 1.7% |
| | ohne Kategorie 1 | 2 | 0.9% |
| Prävalenz nach Entstehungsort | Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1 | 2 | 0.9% |
| | Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1 | 1 | 0.4% |
| | In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1 | 1 | 0.4% |
| | In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1 | 1 | 0.4% |

| Deskriptive Messergebnisse 2013 | | Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus | In Prozent |
|--------------------------------------|--|---|------------|
| Dekubitusprävalenz | Total: Kategorie 1 - 4 | 4 | 16% |
| | ohne Kategorie 1 | 0 | |
| Prävalenz nach Entstehungsort | Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1 | 4 | 16% |
| | Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1 | 0 | |
| | In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1 | 0 | |
| | In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1 | 0 | |

| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. |
| | Begründung |

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv



| | | | | |
|---|---|---|---|-----------------|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien Erwachsene | <ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. | | |
| | Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche | <ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung | | |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. | | |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene | | 230 | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | 359 Pat. / 64% |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche | | 25 | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | 31 Pat. / 80.7% |
| Bemerkung | | | | |

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten

| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
|--|---|---------|------------------------|
| Anwendung der klinisch-medizinischen Empfehlung Dekubitus (erstellt durch Wundberatung; 2012) | Einheitliche Versorgung der Patienten mit Dekubitus | alle | laufend |
| Einsatz von Thementrägern auf den Stationen (Pflegefachpersonen einer Station, die sich mit der Thematik ausführlich beschäftigen) | Information und Beratung der Stationsteams | alle | laufend |

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Aktuelle Messergebnisse | | | |
|---|---------------------------------|--|--|
| Gesamter Betrieb | Zufriedenheitswert (Mittelwert) | Vertrauensintervall ¹⁰ CI=95% | Wertung der Ergebnisse |
| Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen? | 8.81 | 95% | 0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben? | 8.63 | 95% | 0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet |
| Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? | 8.72 | 95% | 0 = nie 10 = immer |
| Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? | 8.66 | 95% | 0 = nie 10 = immer |
| Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt? | 9.03 | 95% | 0 = nie 10 = immer |
| Bemerkungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | | | |

| Informationen für das Fachpublikum | |
|------------------------------------|--|
| Auswertungsinstanz | hcri AG und MECON measure & consult GmbH |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---------------------|---|--------|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben. | |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. | |
| Anzahl angeschriebene Patienten | 1653 | | |
| Anzahl eingetroffener Fragebogen | 565 | Rücklauf in Prozent | 34.2 % |
| Bemerkung | | | |

¹⁰ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.



E1-6 Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik

Auch im Kinderbereich ist die patientenseitige 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.

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| | | Klinik für Kinder und Jugendliche |

| Messergebnisse 2013 | | | |
|---|---------------------------------|--|--|
| Gesamter Betrieb | Zufriedenheitswert (Mittelwert) | Vertrauensintervall ¹¹ CI = 95% | Wertung der Ergebnisse |
| Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen? | 8.54 | 95% | 0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat? | 8.61 | 95% | 0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet |
| Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten? | 8.68 | 95% | 0 = nie 10 = immer |
| Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten? | 8.86 | 95% | 0 = nie 10 = immer |
| Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt? | 9.43 | 95% | 0 = nie 10 = immer |
| Bemerkungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | | | |

| Informationen für das Fachpublikum | |
|------------------------------------|--|
| Auswertungsinanz | hcrc AG und MECON measure & consult GmbH |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---------------------|---|----------------------------|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Kinder und Jugendlichen | Einschlusskriterien | Die Befragung wurde an alle Eltern von Patienten bis 16 Jahre versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben. | |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. | |
| Anzahl angeschriebene Eltern | | 359 | |
| Anzahl eingetroffener Fragebogen | | 131 | Rücklauf in Prozent 36.5 % |
| Bemerkung | | | |

¹¹ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | |
|--|---|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: | |
| <input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | Orthopädie Traumatologie |

Messergebnisse

Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch

Bemerkung

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantate |
| | Ausschlusskriterien | Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben |
| Bemerkung | | |

Informationen für das Fachpublikum

| | |
|--------------------|--|
| Auswertungsinstanz | Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO) |
|--------------------|--|

F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013

F1 Infektionen (andere als mit Swissnoso) I

| | |
|---------------------------|---|
| Messthema | Infektionen (andere als mit Swissnoso) |
| Was wird gemessen? | Erhebung der Infektionsprävalenz |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse | |
|--------------------------|---|
| Infektionen | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013 | | | |
|--|---|--|---------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: | Infektionsprävalenz |
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle Patienten, die während einer Woche stationär im KSA waren |
| | Ausschlusskriterien | keine |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten | | |
| Bemerkung | | Die Messung wurde angelehnt an die SNIP-Studie für die KSA AG entwickelt und wird von der Universität Basel ausgewertet |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|--|---------------------------|--------------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| Schulungen zu den Themen - Indikationen für Dauerkatheter - Therapieindikation und Antibiotikaauswahl bei Infekt | Senkung des Infektrisikos | Gesamtspital | laufend |
| Händedesinfektionskampagne | Patientensicherheit | Gesamtspital | laufend |

F1 Infektionen (andere als mit Swissnoso) II

| | | | |
|--|---|---|---|
| Messthema | Infektionen (andere als mit Swissnoso) | | |
| Was wird gemessen? | Randomisierte prospektive Bizenterstudie (KSA/Uni Basel) | | |
| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt? | | | |
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input checked="" type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| | | | Klinik für Chirurgie |
| Messergebnisse | | | |
| Infektionen | | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | |
| | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | |
| | Begründung | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | | |
| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: | Infektionsprävalenz |
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: | |
| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle Patienten, welche in der Traumatologie, Gefäss- und Viszeralchirurgie mit Wundklasse CDC 1-3 | |
| | Ausschlusskriterien | Vorgängige Antibiotikatherapie Wundklasse CDC 4 | |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten | | Prospektive Studie, bis Studienende 5000 Patienten | |
| Bemerkung | | Vom Nationalfonds & Forschungsfonds KSA mit finanzierte Bizenterstudie (KSA/Uni BS) randomisierte prospektive Studie (5'000 Pat) zur Bestimmung des optimalen Zeitpunktes der präoperativen Antibiotikaprophylaxe. Diese Studie wurde 2013 gestartet, der Erfassungszeitraum dürfte 2-3 Jahre betragen. | |

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

| | |
|---------------------------|---|
| Messthema | Stürze(andere als mit der Methode LPZ) |
| Was wird gemessen? | Laufende Erfassung der Sturzereignisse |

| | |
|--|--|
| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt? | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| Messergebnisse | | | |
| Anzahl Stürze total | Anzahl mit Behandlungsfolgen | Anzahl ohne Behandlungsfolge | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | |
| | Begründung | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | | |

| | | | |
|---|---|--|------------------------|
| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: | Internes Sturzregister |
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: | |

| | | |
|---|---------------------|---|
| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle stationären Patienten |
| | Ausschlusskriterien | Patienten der Klinik für Kinder und Jugendliche |
| Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten | | 372 (1.4%) |
| Bemerkung | | Die Anzahl der Stürze gibt isoliert betrachtet keinen Aufschluss über die Behandlungs- bzw. Betreuungsqualität. Zur Erfassung möglicher Verbesserungspotenziale ist eine Analyse von umfangreichen Begleitangaben unerlässlich. |

| | | | |
|---------------------------------|---|----------------|-------------------------------|
| Verbesserungsaktivitäten | | | |
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| Schulungen zum Thema Sturz | Vermittlung von Wissen und Sensibilisierung | alle | laufend |
| Sturzkonzzept KSA | <ul style="list-style-type: none"> - Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer grösstmöglichen, sicheren Mobilität von Patienten, verbunden mit einer höheren Lebensqualität - Vermeidung / Reduktion der Stürze und der Sturzfolgen, indem ursächliche Risiken frühzeitig erkannt und nach Möglichkeit minimiert werden - Unterstützung der interprofessionellen Teams | alle | laufend |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>(Ärzte, Pflege und Fachpersonen der medizinisch-therapeutischen Bereiche) bei der Auswahl von nachweislich wirkungsvollen Interventionen zur Vermeidung bzw. Verminderung von Stürzen und Sturzfolgen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systematische Dokumentation jedes Sturzes mittels Sturzprotokoll | | |
|--|---|--|--|

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

| | |
|---------------------------|---|
| Messthema | Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ) |
| Was wird gemessen? | |

| | | |
|--|--|--|
| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt? | | |
| <input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: | |
| <input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | |

| | | |
|--|--|---|
| Messergebnisse | | |
| Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung | Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | |
| Begründung | | |
| <input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | | |

| | | |
|--|--|--|
| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013 | | |
| <input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: | |
| <input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: | |

| | | |
|---|---------------------|--|
| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | |
| | Ausschlusskriterien | |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten | | |
| Bemerkung | | |

| | | | |
|---------------------------------|-------------|----------------|-------------------------------|
| Verbesserungsaktivitäten | | | |
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |
| | | | |



F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

| Messthema | Freiheitsbeschränkende Massnahmen |
|--------------------|---|
| Was wird gemessen? | Dokumentation der Intensität von Isolation und Fixierung (Intensität = Häufigkeit * Dauer pro Fall) sowie Dokumentation der Häufigkeit von Zwangsmedikation oral, Zwangsmedikation Injektion, Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und Sicherheitsmassnahmen im Bett. |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse | |
|-------------------------------------|---|
| Freiheitsbeschränkende Massnahmen | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013 | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Instrument wurde im Rahmen einer ANQ Messung eingesetzt. | Name des Instruments: |
| | | <input type="checkbox"/> EFM <input checked="" type="checkbox"/> Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: |
| | | LPZ & Berner Fachhochschule für Gesundheit |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), - Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum |
| Anzahl Patienten mit einer Freiheitsbeschränkender Massnahme | | 12 |
| Bemerkung | | Die ergriffenen Massnahmen dienten primär der Sturzprävention. Es handelte sich hauptsächlich um den Einsatz von Bettgittern. In diesem Zusammenhang kam es zu keinen körperlichen Verletzungen. |

G Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitäts-sicherung 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.

| Nimmt der Betrieb an Registern teil? | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Nein, unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja, unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil. |

| Registerübersicht ¹² | | | | |
|--|--|---|-------------|---|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab | An den Standorten |
| 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 | Chirurgie (Bariatrische Chirurgie und HSM Viszeralchirurgie) Orthopädie, Plastische Chirurgie |
| ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken | Gynäkologie und Geburtshilfe | SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch | 2003 | |
| EUSTAR | (EULAR scleroderma trials and research). | | 2012 | |
| MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI | Intensivmedizin | SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch | 2003 | |
| Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten | Infektiologie, Epidemiologie | Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting | ja | |
| Schweizer Dialyseregister | Nephrologie, Dialyse und Transplantation | Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch | seit Beginn | |
| SMOB Swiss Morbid Obesity Register | Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric | SMOB Register www.smob.ch | 2008 | Gründungsmitglied |

¹²Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet:
www.fmh.ch/saqm/service/forum_medicinische_register.cfm

| Krebsregister | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab | An den Standorten |
|--|--|--|---------|-------------------|
| SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program | Nephrologie, Dialyse und Transplantation | Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrgap.ch | 2005 | Gründungsmitglied |
| STCS Swiss Transplant Cohort study | Nephrologie, Dialyse und Transplantation | www.stcs.ch | 2010 | |
| TR-DGU TraumaRegister DGU | Orthopädische Chirurgie | AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de | 2011 | |
| Schweizer Kinderkrebsregister - SKKR | Alle | www.kinderkrebsregister.ch | 2010 | |
| Krebsregister Aargau | Alle | http://krebsregister-aargau.ch/ | 2012 | |
| Internationales Breast Center Network | | http://www.breastcentresnetwork.org/criteria.pdf | 2011 | |
| EUSOMA Database | | | 2009 | |
| Bemerkung | | | | |
| | | | | |



H Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

| Angewendete Norm | Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet | Jahr der ersten Zertifizierung | Jahr der letzten Rezertifizierung | Bemerkungen |
|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| SGI-Anerkennung | Chirurgische und Medizinische Intensivstationen | 1998 | 2007 | SGI-Anerkennung ist wohl der am längsten existierende Standard im Schweizer Gesundheitswesen |
| Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS) | Stroke Center | 2013 | 2017 | |
| ISO 9901 ff | Zentralsterilisation | 2010 | 2013 | |
| EUSOMA | Brustzentrum | 2010 | 2013 | |
| RQS / ISO 9001 | Apotheke | 2013 | 2014 | |
| Akk. nach ISO15189 | Zentrum für Labormedizin | 2011 | 2014 | |
| Jacie | Zentrum für Labormedizin | 2011 | 2014 | |

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit), welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

| Aktivität oder Projekt (Titel) | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
|--|---|------------------------------------|--------------------------|
| Forschungsrat | Förderung von Forschungsprojekten | Gesamtspital | laufend |
| Aktives Mitglied bei IQM www.initiative-qualitaetsmedizin.de | Überprüfung der Qualität durch peer reviews | Gesamtspital | laufend |
| Pilotprojekt: Einführung von Patientenidentifikationsbändern (PIB) | Steigerung der Patientensicherheit | Klinik für Kinder- und Jugendliche | Oktober 2013 – März 2014 |
| Schwerverletztenversorgung / Polytrauma | <ul style="list-style-type: none"> - Leistungsauftrag (HSM) - Beteiligung am Schweizer Trauma-Register(STR) und Implementierung Registrierung in neues KSA-Patientendokumentationssystem KISIM - Zertifizierung TraumaNetzwerk (DGU) - Optimierung der Leistungscodierung - Erstellung interdisziplinärer Diagnostik- / Behandlungsprozess-Richtlinien bzw. SOP's zur Koordination der klinischen Behandlung Schwerverletzter, Verbesserung der medizinischen Behandlung und Senkung des Aufwandes. - Fortgesetzte Qualitätskontrolle durch Erfassung traumatologischer Schockraum-/Polytrauma- und Kurz- wie Langzeit-Outcomedaten für den Quervergleich mit den anderen schweizerischen Traumazentren | Traumatologie | Laufend |



| | | | |
|--|--|--|---------|
| OPTIMA | <p>OPTIMA ist ein Forschungsprojekt des Kantonsspitals Aarau zur Optimierung der Patientenbetreuung. Mit dem Pionierprojekt fördert das KSA die Zusammenarbeit über die Spitalgrenzen hinaus zum Wohle der Patientinnen und Patienten.</p> <p>Spezielle Biomarker helfen, den Schweregrad einer Erkrankung präzise zu beurteilen. Basierend auf dieser Beurteilung und in enger Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen Dienst und der Pflege wird der optimale Behandlungsort für jede Patientin und jeden Patienten definiert. Dies führt dazu, dass häufiger als bisher die Betreuung von Patientinnen und Patienten in ihrer gewohnten Umgebung empfohlen wird. Um eine optimale Betreuung am bestgeeigneten Ort zu gewährleisten, braucht es eine gute Kooperation zwischen Spitex, Hausärztinnen und Hausärzten, Rehabilitationseinrichtungen, aber auch neue Versorgungsmodelle (z.B. pflegegeleitete Einheiten wie sie im KSA aufgebaut werden).</p> <p>Um die Qualität unserer Dienstleistung zu überprüfen, werden alle aus der Medizinischen Uniklinik ausgetretenen Patienten telefonisch zu ihrem Erleben während des stationären Aufenthalts und zum Spitalaustritt befragt. Bisher konnten ca. 6'000 Patienten telefonisch befragt werden. Die Resultate dieser Studie werden separat in Fachzeitschriften publiziert.</p> | Innere Medizin | laufend |
| GEMBA | Umsetzung der Erkenntnisse auf baulicher und prozessualer Ebene | Interdisziplinäres Notfallzentrum (INZ) | laufend |
| Klinische Pharmazie (Steigerung der Medikamentensicherheit) | <p>Die Möglichkeit pharmazeutische Auskünfte zu erhalten wird tagtäglich mehrmals vom ärztlichen oder pflegerischen Personal genutzt. Die Dienstleistungen der Klinischen Pharmazie wurden mit der Begleitung des Rollout KISIM und der Einführung neuer Ärzte in die elektronische Verordnung stark ausgebaut. Die 2012 auf die Stationen 711 und später 731 beschränkte Visitenbegleitung wurde auf alle Stationen in der medizinischen Uniklinik ausgeweitet. Die Ausweitung dieser Dienstleistung hat zudem auch den Teaching-Effekt verstärkt. Die Kategorien der Anfragen sowie auch die beobachteten Arzneimittelbezogenen Probleme bei der Visite sind prinzipiell die gleichen wie im Jahr 2012. Im Zeitraum vom 01.01.2013 bis zum 31.12.2013 wurden 122 Visiten pharmazeutisch betreut (Medizin). Mit der Einführung der elektronischen Verordnung besteht die Möglichkeit einer einfacheren Überprüfung der Interaktionen. Prozentual ist der Anteil der interaktionsbezogenen Probleme von 9.5% im Jahr 2012 auf 6.4% im Jahr 2013 zurückgegangen.</p> | Spitalapotheke und verschiedene Kliniken | laufend |



| Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt? | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb hat kein CIRS? |
| | Begründung |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert. |
| Bemerkung | <p>CIRS wurde 2004 im KSA eingeführt. 2013 wurde ein neues CIRS-Konzept erstellt und von der Geschäftsleitung genehmigt.</p> <p>CIRS-Konzept KSA AG Umgang mit Fehlern und Regelverletzungen in der Patientenversorgung Fehlerkultur, Critical Incident Reporting System (CIRS) und Vigilanzen</p> <p>CIRS Koordinationsgruppe Freigabe am: 27.08.2013 Anlaufstelle: Thomas Holler Freigabe durch: GL Tel. Auskunft: 6118 Gültig ab: 01.09.2013 E-Mail: thomas.holler@ksa.ch Ersetzt Versionen: 40057/1 vom 20.06. 2008 Vernehmlass: 30.06.2013 Ärztekonzferenz, 25.07.2013 Bereichsleitungskonferenz PD/MTTD</p> <p>Inhalt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einleitung 2. Zielsetzung dieses Dokuments 3. Fehlertheorie und neue Fehlerkultur 3.1 Selbstverpflichtung der KSA AG zum „straffreien Ansatz“ 4. Definitionen im Umfeld von CIRS 4.1 Critical Incident Reporting System (CIRS) 4.2 Kritisches Ereignis (Critical Incident) 4.3 Unsichere Handlungen (Unsafe Acts) 4.4 Fehler (Error) 4.5 Vigilanzen - Definition und Zugang 4.6 Schäden am Patienten / Haftpflichtfall - Definition 5. CIRS am KSA - Zielsetzung, Struktur und Organisation 5.1 Zielsetzung von CIRS an der KSA AG 5.2 Struktur 5.3 Der Meldeweg 5.4 Was wird gemeldet? Wo kann gemeldet werden? 5.5 Meldung von Haftpflichtfällen mit Personenschaden 5.6 Organisation und Zusammensetzung der Meldekreise 5.7 Die CIRS-Meldekreis-Leitung 5.8 CIRS Meldekreis-Manager 5.9 Erkenntnisse aus dem CIRS müssen Konsequenzen haben 5.10 Die CIRS-Koordinationsgruppe 5.11 Das CIRS-Tool 5.12 Datenpolitik 5.13 CIRNET 6. Genehmigung / Inkraftsetzung <p>1. Einleitung Fehlermeldesysteme sind in Organisationen mit einem erhöhten Risikopotential verbreitet. Sie haben sich auch in den Schweizer Spitälern etabliert. Neben lokalen, in einem Spital oder einer Spitalabteilung angesiedelten CIRS (Critical Incident Reporting System) existieren überregionale, auf Fachbereichsebene organisierte CIRS-Netze. Neben den freiwillig betriebenen CIRS-Systemen existieren in den Schweizer Spitälern gesetzlich vorgeschriebene Hämato-, Pharmako- und Materiovigilanz-Systeme. Sie stellen ein normativ vorgeschriebenes Meldesystem für eingetretene Schäden und bestimmte meldepflichtige Beinaheschäden dar (Medizinproduktverordnung: MepV Art. 15; 4, 5). Ziel eines CIRS an einem Spital ist die Erhöhung der Patientensicherheit durch systematische Erfassung und Analyse von gefährlichen Situationen in der Patientenversorgung und nachfolgenden Verbesserungen der beteiligten Prozessschritte.</p> <p>2. Zielsetzung dieses Dokuments Dieses Dokument beschreibt die einheitliche Haltung der KSA AG zum Grundkonzept der „straffreien Fehlermeldung auf Ebene der internen Organisation“. Es definiert die Ziele, Struktur,</p> |



Organisation und Verantwortlichkeiten des CIRS an der KSA AG und formuliert die Anforderungen an den Meldeweg für CIRS, Vigilanzen und Haftpflicht bei Personenschaden.

3. Fehlertheorie und neue Fehlerkultur

Die hinter den CIRS-Systemen stehenden Grundannahmen finden sich in der modernen Fehlertheorie¹ und im Konzept des nicht-straftenden Umgangs mit Fehlern („nicht-punitives Konzept“). Diese begreift das Auftreten von Ereignissen, welche die Sicherheit von Personen gefährden, allermeist als Endpunkt einer Fehlerkette, also als Verknüpfung von fehlerfördernden Umständen und Versagen verschiedener Sicherheitsbarrieren, die letztendlich zum Schaden führen. Daher ist die Identifikation eines „Schuldigen“, der am Ende einer „Fehlerkette“ steht und seine Bestrafung unproduktiv, da ein solches Vorgehen dazu führen würde, dass in Fehlerketten involvierte Personen den Fehler möglichst nicht melden oder gar vertuschen, um Bestrafung zu vermeiden. Im nicht-punitiven Konzept werden Fehler, obwohl Fehlerfreiheit angestrebt wird, als nie ganz vermeidbar akzeptiert und ihr Auftreten als Chance zur Verbesserung der aktuellen Prozesse und Strukturen angesehen. Um Fehlermeldungen empfangen und analysieren zu können und Verbesserungsvorschläge umsetzen zu können, wird auf interne Sanktionen der in die Fehlerkette Involvierten verzichtet, wenn kein Vorsatz vorliegt. Der Aufbau dieser neuen Fehlerkultur ist ein längerer Prozess, der die Spitalkultur in ihrem Kern betrifft und eines klaren Bekenntnisses der Geschäftsleitung bedarf.

1 Reason J: Understanding adverse events: human factors. Qual Health Care, 4, 80 -89, 1995.

3.1 Selbstverpflichtung der KSA AG zum „straffreien Ansatz“

Die KSA AG sichert den Verzicht auf **interne Sanktionen** und eine vertrauliche Behandlung des Vorgangs bezüglich der Beteiligten zu für die

- a) freiwillige anonyme Meldung von kritischen Ereignissen (Critical Incidents) mit der Folge von Beinahe-Schäden (Near Misses) im CIRS
- b) gesetzlich vorgeschriebene Meldung von bestimmten Beinahe-Schäden und Schäden in den Vigilanzen

Ausgenommen von dieser Regelung bleiben grobfahrlässige oder vorsätzliche Verstösse gegen Regeln mit Schadensfolge, bei welchen entsprechend den Arbeitsverträgen ausdrücklich eine finanzielle Mitbeteiligung des Arbeitnehmers vorgesehen ist, wenn der Fall bzw. die Identität der/des fehlbaren Mitarbeiter auch ausserhalb des CIRS System bekannt wird. Weiterhin sind vom nicht straftenden Ansatz Handlungen mit Schadensfolge ausgenommen, welche die Beeinträchtigung der Patientensicherheit zum Ziel haben (= Vorsatz). Alle in die CIRS-Fehlermeldewege involvierten Personen verpflichten sich zur Wahrung der Vertraulichkeit. Die zentrale Rolle beim Umsetzen der neuen Fehlerkultur spielen Kaderpersonen, die eine Vorbildfunktion bei der Diskussion eigener Fehler im Kreis der Mitarbeiter wahrnehmen.

4. Definitionen im Umfeld von CIRS

4.1 Critical Incident Reporting System (CIRS)

Beim Critical Incident Reporting System (CIRS) handelt es sich um ein anonymes Meldesystem zur freiwilligen Meldung, Sammlung und systematischen Auswertung von Beinahe-Schäden. Zur zentralen Aufgabe des CIRS und der Mitarbeiter, die damit umgehen, gehört neben der Datensammlung und Auswertung die Entwicklung von Lösungen für die vom System aufgezeigten Probleme.

4.2 Kritisches Ereignis (Critical Incident)

Ein kritisches Ereignis (Critical Incident)² ist eine für Patienten gefährliche Situation, die oft durch mehrere Faktoren entsteht und eine baldige Untersuchung und Reaktion verlangt. Wird diese Situation durch korrigierendes Eingreifen beherrscht, resultiert ein „Beinahe-Schaden“ (Near Miss), andernfalls entsteht ein Schaden (Adverse Event).

2 Nach Davies et al.: The Canadian Patient Safety Dictionary, 2004

4.3 Unsichere Handlungen (Unsafe Acts)

Unsichere Handlungen (Unsafe Acts), die Voraussetzung für kritische Ereignisse mit und ohne Schaden entstehen durch Fehler oder Zuwiderhandlungen.

4.4 Fehler (Error)

Als Fehler (error) gilt eine geplante Handlung, die ihr Ziel nicht erreicht. Dem liegt entweder ein falscher Plan (Irrtum; mistake) zugrunde oder die Handlung wird nicht wie geplant ausgeführt: Ausrutscher (Slip – Problem der Aufmerksamkeit) oder Aussetzer (laps - Gedächtnisaussetzer)

4.5 Vigilanzen - Definition und Zugang

Vigilanzen sind gesetzlich vorgeschriebene Meldesysteme für unerwünschte Vorkommnisse im



Zusammenhang mit der Anwendung von Arzneimitteln, mit der Verabreichung und Herstellung von Blutkomponenten oder Vorkomnissen, die Medizinprodukte betreffen. Im Gegensatz zum CIRS besteht wegen des übergeordneten öffentlichen Interesses eine Meldepflicht bei neuen oder „schwerwiegenden unerwünschte Wirkungen“. Zusätzliche Meldepflicht besteht in der Hämovigilanz auch für near misses. Die Vigilanzbeauftragten informieren die CIRS-Meldekreis-Leitung und -manager über sie betreffende Vorfälle. Die Kriterien für die „Zuständigkeit“ einer Vigilanz sind national definiert.

4.6 Schäden am Patienten / Haftpflichtfall - Definition

Die KSA AG haftet für Schäden am Patienten, die durch sorgfaltspflichtwidriges Handeln von KSA-Personal oder Beauftragten ausgelöst wurden. Ein Haftpflichtfall liegt dann vor, wenn ein Patient bzw. sein Vertreter, Strafverfolgungsbehörden oder die Regressabteilung einer Krankenversicherung Vorwürfe bezüglich der Behandlung des Patienten äussern oder einen Anspruch gegen die KSA AG erheben.

5. CIRS am KSA - Zielsetzung, Struktur und Organisation

5.1 Zielsetzung von CIRS an der KSA AG

Ziel des CIRS-Systems am KSA ist es, durch Meldung von Fehlern, Fehlerursachenanalyse und Überprüfung der Prozesse Gefährdungspotenziale und Prozessoptimierungsmöglichkeiten zu entdecken und durch Umsetzung der Erkenntnisse präventiv zukünftige Schäden³ zu vermeiden und Prozesse zu optimieren. Die akute Reaktion auf die Meldungen soll der Schwere und dem drohenden weiteren Gefährdungspotential angemessen sein. Das CIRS-System ist somit als Werkzeug zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und zum Lernen aus Fehlern anzusehen.

3 HW Heinreich beschrieb schon 1941 das Verhältnis von 300 kleinen Zwischenfällen ohne Schaden, die einem Unfall mit Schaden vorausgehen. Als Schaden wird ein „dauerhafter Mangel“ bezeichnet.

5.2 Struktur

An der KSA AG wird CIRS in Kliniken, Instituten und Abteilungen eingesetzt. Voraussetzung ist, dass jeder Mitarbeiter, der einem Meldekreis angehört, anonymen Zugang zu einem PC im KSA hat. Die KSA AG garantiert, auf technische und andere Massnahmen zu verzichten, um Personen zu identifizieren, die Meldungen in CIRS eingegeben haben. Neben CIRS existieren die gesetzlich vorgeschriebenen Hämato-, Pharmako- und Materiovigilanzen mit elektronischen Eingabefeldern und verantwortlichen Personen sowie das Meldesystem für Haftpflichtfälle.

5.3 Der Meldeweg

Die Eingabeportale für CIRS-, Vigilanz- und Haftpflicht-Meldungen finden sich auf dem Intranet der KSA AG. Eingehende Meldungen, die irrtümlich falsch ins CIRS statt in eine Vigilanz eingegeben werden oder umgekehrt, werden durch den jeweiligen Meldekreis-Manager nach einer Kriterienliste triagiert und dann dem CIRS oder einer Vigilanz zugeordnet⁴. Geplant ist weiterhin, dass ein User ein Ereignis, von dem er meint, dass es für CIRS und Vigilanz geeignet wäre nur einmal eingeben muss. Im Zweifelsfall sollte der Vorfall in eine Vigilanz eingegeben werden, da beim gegenteiligen Vorgehen, möglicherweise Informationen fehlen.

5.4 Was wird gemeldet? Wo kann gemeldet werden?

In den CIRS Eingabeportalen der einzelnen Meldekreise können sowohl Fehler als auch Beinahe-Schäden anonym gemeldet werden.

5.5 Meldung von Haftpflichtfällen mit Personenschaden

Haftpflichtfälle mit Personenschaden müssen dem Risk Management gemeldet und die Klinikleitung muss über das Schadensereignis in Kenntnis gesetzt werden. Dafür ist das Formular "Haftpflicht Personenschaden.doc" zu verwenden, das im Intranet zu finden ist. Eine vorsorgliche Haftpflichtmeldung soll dann abgegeben werden, wenn zu erwarten ist, dass ein Patient oder sein Vertreter zukünftig Vorwürfe oder Ansprüche gegen die KSA AG erhebt. Haftpflichtfälle mit Personenschaden werden nicht im CIRS-System erfasst.

5.6 Organisation und Zusammensetzung der Meldekreise

Als Meldekreis wird ein abgeschlossener CIRS-Benutzerkreis einer Organisationseinheit (z.B. Abteilung, Klinik oder Bereich) bezeichnet, in dem Meldungen, abgetrennt von CIRS-Meldungen anderer Meldekreise, angezeigt werden. Er wird von der CIRS-Meldekreis-Leitung und von einem CIRS-Meldekreis-Manager verwaltet. Die Mindestgrösse der Meldekreise umfasst eine Abteilung.

5.7 Die CIRS-Meldekreis-Leitung

Die Meldekreise werden – obligat – gemeinsam von einer Kaderperson des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes/MTTD geleitet. Dieses Zweierteam heisst CIRS-Meldekreis-Leitung. Die



doppelte Führung gewährleistet, dass sowohl pflegerisches und MTTD-Wissen als auch ärztliches Wissen in die Beurteilung der Situationen mit einfließt, was für die Beurteilung von oft komplizierten Fehlerketten notwendig ist. Zudem wird vermieden, dass sich einzelne Berufsgruppen nicht vertreten fühlen und daher nicht im CIRS melden. Eingesetzt wird die Meldekreis-Leitung durch die Leitung der Organisationseinheit, die ein CIRS betreibt. Die Leitung des CIRS-Meldekreises durch nahe der Abteilungsleitersebene stehende Personen gewährleistet, dass auch operative Konsequenzen aus den Meldungen folgen können. Die Funktion der CIRS-Meldekreis-Leitung besteht darin, in angemessenen Zeitabständen die Fälle mit dem CIRS Meldekreis-Manager zu analysieren, zu diskutieren, operative Konsequenzen zu ziehen, die Umsetzung der Verbesserungen zu überprüfen und Verbesserungen an die Mitarbeiter zu kommunizieren. Hierdurch wird im Sinne eines Regelkreises das Meldeverhalten verstärkt. Die getroffenen Massnahmen werden kurz und prägnant protokolliert. Ist die Meldekreis-Leitung nicht identisch mit der Leitung der Abteilung oder Organisationseinheit, muss sie regelmässig an die Leitung der jeweiligen Abteilung, Klinik oder des Bereichs berichten, je nachdem, welche Organisationseinheit den Meldekreis betreibt.

5.8 CIRS Meldekreis-Manager

Die Aufgabe des „CIRS Meldekreis-Managers“, besteht darin, den CIRS Meldekreis als „Operator“ zu verwalten, neuen Meldung im System zu sichten, bei Bedarf zu anonymisieren, die Dringlichkeit abzuschätzen und mit der Leitungsgruppe mindestens 3-monatlich, in der Regel aber in kürzeren Abständen zu besprechen, sowie das Tool des Meldekreises zu verwalten. Daher muss der Meldekreis-Manager eine bei den Mitarbeitern anerkannte Person mit hoher Fachkenntnis sein, die möglichst nicht in einem direkten Vorgesetztenverhältnis zu den Mitarbeitern steht. Nur der Meldekreis-Manager und sein Vertreter sind für den Zugriff auf die Datenbank autorisiert. Der Meldekreis-Manager muss eine Vertretung haben, damit Abwesenheiten abgedeckt sind. Der Meldekreis-Manager informiert die Koordinationsgruppe regelmässig über auftauchende übergreifende Probleme und die aus den Meldungen resultierenden Massnahmen. Zusammen mit der Meldekreis-Leitung ist er für die Kommunikation der Ergebnisse im eigenen Meldekreis und mit dem Qualitätsmanagement verantwortlich.

5.9 Erkenntnisse aus dem CIRS müssen Konsequenzen haben

Ein Erfolgskriterium für CIRS ist die Häufigkeit, mit der Massnahmen aus den Eingaben resultieren. Die Koordinationsgruppe berichtet einmal jährlich im 1. Trimesterreporting über die Leitung des QM an die Geschäftsleitung und das Risk Management. Diese Ergebnisse werden summarisch im jährlichen Qualitätsbericht ausgewiesen. Sind zwei Abteilungen in eine Fehlerkette involviert, wird die Meldung zeitnah von der Meldekreis-Leitung oder dem Meldekreis-Manager der anderen Abteilung/Klinik/Institut weitergeleitet, damit die Problematik gemeinsam gelöst werden kann. Ausserdem werden die übergreifenden Probleme in der Koordinationsgruppe CIRS KSA AG besprochen.

5.10 Die CIRS-Koordinationsgruppe

Diese Gruppe setzt sich aus allen Meldekreis-Managern (bzw. deren Stellvertreter) dem Leiter Qualitätsmanagement, der Vertretung Qualitätsmanagement Pflege/MTTD, dem Risk Manager, dem Leiter Beschwerdemanagement und den Vigilanzverantwortlichen (bzw. deren Stellvertreter) zusammen und tritt in der Regel viermal jährlich zusammen. Die Aufgabe dieser Gruppe besteht darin, die übergreifende Sicht auf die Meldungen wahrzunehmen, Häufungen von bestimmten Meldungen zu identifizieren, sowie eine zusammenfassende Ereignis- und Massnahmen-statistik für alle Meldekreise zu erstellen. Der Vorsitz liegt beim Leiter Qualitätsmanagement.

5.11 Das CIRS-Tool

Die KSA AG verwendet das Tool H-CIRS. Änderungen des elektronischen Erhebungsbogens müssen vor der Umsetzung mit der Koordinationsgruppe abgestimmt werden. Im Jahr 2013 wurde eine weitgehend einheitliche Erhebungsbogenstruktur umgesetzt, wobei sich Unterschiede aus den verschiedenen Einsatzgebieten (Klinik, ZfLM, Radiologie, Pathologie, etc.) berücksichtigt wurden.

5.12 Datenpolitik

Die Gewährleistung der Anonymität gegen innen und aussen ist der Eckstein des CIRS-Systems. Der Meldekreis-Manager prüft eingehende Meldungen auf Anonymität und löscht Daten, welche Rückschlüsse auf den Absender der Meldung und beteiligte Personen erlauben. Die anonymisierten Daten der Meldekreise stehen den jeweiligen Meldekreisen für statistische Auswertungen und gegebenenfalls zur Weiterleitung an die jeweiligen Fachgesellschaften zur Verfügung. Dateneigner ist die KSA AG. Die Daten der CIRS-Datenbank werden ein Jahr aufbewahrt und dann vierteljährlich gelöscht. Die HINT AG hat sicherzustellen, dass sämtliche Daten gelöscht werden und auch über Backup-Systeme nicht rekonstruiert werden können.

5.13 CIRNET

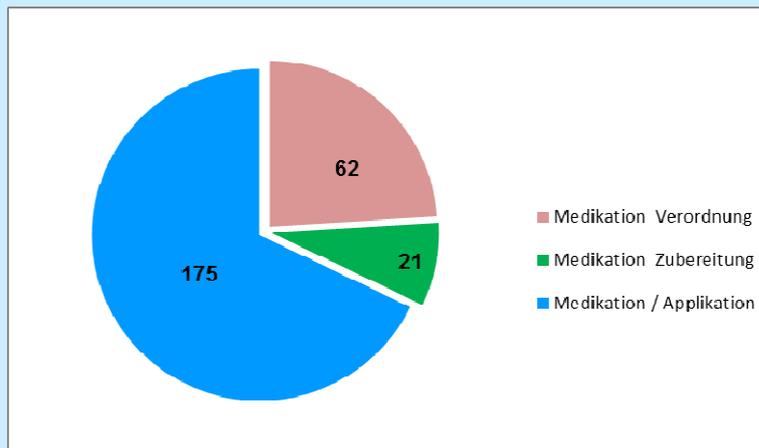
Das KSA ist seit 2011 Mitglied des **Critical Incident Reporting & Reacting NETwork** (CIRNET) und meldet CIRS-Fälle an das CIRNET. Das CIRNET ist ein überregionales Netzwerk lokaler Fehlermeldesysteme und wurde in Kooperation zwischen der Stiftung für Patientensicherheit, der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) und mit finanzieller Unterstützung durch den Bund (BAG) aufgebaut. Seit 2012 wird CIRNET auch durch etliche Kantone finanziell unterstützt. CIRNET ermöglicht allen angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen, CIRS-Meldungen aus ihren lokalen Fehlermeldesystemen anonymisiert an die CIRNET-Datenbank weiterzuleiten. Alle CIRNET-Meldungen sind für die Netzwerkpartner im "Closed User Bereich" einsehbar und für interne Lernzwecke nutzbar. Zudem werden aus allen CIRNET-Meldungen überregional relevante Problemfelder identifiziert, gemeinsam mit Experten Empfehlungen entwickelt und in Form von Quick-Alerts durch die Stiftung für Patientensicherheit veröffentlicht.

6. Genehmigung / Inkraftsetzung

Das CIRS-Konzept wurde am 1. Juli 2008 im KSA eingeführt. Die vorliegende überarbeitete Fassung tritt am 01.09.2013 in Kraft.

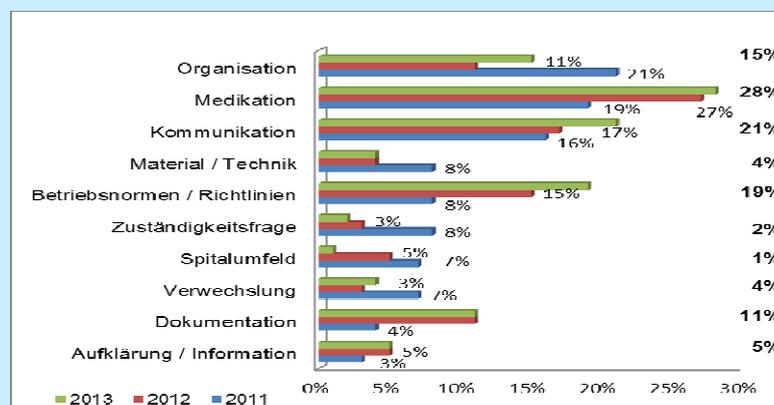
Aarau, 27.08.2013
Geschäftsleitung KSA AG

2013 wurden insgesamt 926 CIRS-Ereignisse im KSA gemeldet. Die meisten Meldungen standen im Zusammenhang mit Medikamenten.



Weitere Schwerpunkte lagen in den Bereichen Kommunikation, Betriebsnormen / Richtlinien sowie Organisation.

Die folgende Grafik zeigt einen Vergleich der Jahre 2011 – 2013.





H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

| Projekttitlel | Neues Schulungskonzept: Reanimation | |
|------------------------------------|---|---|
| Bereich | <input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt | <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton) |
| Projektziel | | |
| Beschreibung | <p>Pflegende oder direkt am Patienten tätige Berufsgruppen wird die Teilnahme an den nach den Richtlinien des Schweizer Rats für Wiederbelebung (SRC) zertifizierten Reanimationsschulungen alle zwei Jahre empfohlen. Bisher wurden am KSA Basic Life Support (BLS)-Kurse jeweils als Grund- und Repetitionskurse für Profis bzw. Laien angeboten. Dieses Kursangebot wurde dem steigenden Bedarf nicht mehr gerecht.</p> <p>Nach der Vereinheitlichung der SRC-Kurssystematik wird ab 2014 im KSA die sogenannte BLS-AED-Komplettschulung angeboten. Sie unterscheidet nicht mehr zwischen Profis und Laien. Die Kursdauer konnte auf vier Stunden verkürzt und das Angebot erhöht werden.</p> <p>Kursinhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REA-Massnahmen und Aktionsschema der KSA AG • Helfen unter Wahrung des Selbstschutzes • Erläuterung und Diskussion der Überlebenskette • Erkennen und Beurteilen von Notfallsituationen • Bewusstlosenlagerung • Handlungsablauf gemäss SRC-Richtlinien • SRC-Algorithmus BLS-AED Erwachsene, Kinder und Säuglinge (ab 1 Monat) • rechtliche Aspekte • häufige Fehler und ihre Vermeidung • förderliche und hemmende Faktoren für die 1. Hilfe • Zusätzlich wird eine Kursvorbereitung via E-Learning angeboten und im Intranet steht den Teilnehmern ein Skript zur Kursvorbereitung zur Verfügung. <p>Bereits am Einführungstag erhalten alle Mitarbeiter eine BLS-Kompaktschulung (Dauer: 45min.) Sie vermittelt wichtige Aspekte wie die Alarmierung, die Beachtung der eigenen Sicherheit und die Grundfertigkeiten der Wiederbelebung. Die Vermittlung erfolgt mittels eines neuen audiovisuellen Konzeptes und des persönlichen Übungskits „MiniAnne“.</p> <p>Die vereinheitlichte Reanimationsschulung erleichtert die regelmässige Auffrischung der Kursinhalte und leistet auf diese Weise einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit.</p> | |
| Projekttablauf / Methodik | | |
| Einsatzgebiet | <input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb. <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? | |
| Involvierte Berufsgruppen | Leitung BLS-Kurswesen Organisation: Personal- und Organisationsentwicklung Kursadministration: Sekretariat Anästhesie Teilnehmer: alle KSA-Mitarbeiter | |
| Projektelevaluation / Konsequenzen | | |
| Weiterführende Unterlagen | | |

Schlusswort und Ausblick

Die KSA AG legt grossen Wert darauf, ihre qualitativ hochstehenden Leistungen in Zukunft noch weiter auszubauen. Dazu gilt es, sowohl bestehende Leistungsaufträge der hochspezialisierten Medizin (HSM) zu erhalten als auch weitere HSM-Bereiche hinzuzugewinnen.

Ein besonderer Schwerpunkt in den kommenden Jahren liegt in der geplanten Zertifizierung mehrerer Organzentren sowie eines Onkologie-Zentrums. Ziel ist eine Optimierung der umfassenden und qualitätsgesicherten Behandlung und Betreuung der Patienten mit besonders komplexen Krankheitsbildern. Die dazu nötige interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit aller beteiligten Fachdisziplinen stellt eine grosse Herausforderung für alle involvierten Mitarbeiter dar.

J Anhänge

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, Rehabilitation und Langzeitpflege 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.



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.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). Die Begleitkommission Qualitätsempfehlung der SAMW prüft publizierte Qualitätsberichte und befürwortet die einheitliche Verwendung der strukturierten H+ Vorlage.