

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

24.05.2018
Christian Reize, Exec. MBA HSG, CEO

Version 1



Spital Zofingen AG

www.spitalzofingen.ch



Akutsomatik

Impressum

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

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2017

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen In 2017 wurden innerkantonale auf zusätzliche Qualitätsmessungen verzichtet.	
4.3 Durchführung von zusätzlichen Spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	16
4.5 Registerübersicht	17
4.6 Zertifizierungsübersicht	18
QUALITÄTSMESSUNGEN	19
Befragungen	20
5 Patientenzufriedenheit	20
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	20
5.2 Beschwerdemanagement	21
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	22
9 Wiedereintritte	22
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	22
10 Operationen	24
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	24
11 Infektionen	26
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	26
12 Stürze	28
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	28
13 Wundliegen	30
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	30
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	32
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	32
14.1.1 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	32
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
17 Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18 Projekte im Detail	33

18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	33
18.1.1	Prozessoptimierung: Patientenpfad Eintritt und Austritt.....	33
18.1.2	aarReha & Spital Zofingen AG - Gemeinsame Zusammenarbeit	33
18.1.3	Zertifizierung Palliativstation	34
18.1.4	Modernisierung Röntgenanlage und Umbau Schock- und Röntgenraum.....	34
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	35
18.2.1	Einführung neue Mitarbeitende	35
18.2.2	Einführung Klinikinformationssystem (KISIM)	35
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	36
18.3.1	Swissnoso (Validierungsaudit)	36
18.3.2	Zertifizierung Palliativstation	36
19	Schlusswort und Ausblick	37
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		38
Akutsomatik		38
Anhang 2		
Herausgeber		40

1 Einleitung

Die Patientinnen und Patienten im Spital Zofingen erfahren menschlich und fachlich eine hochstehende, bedürfnisgerechte medizinische und pflegerische Betreuung.

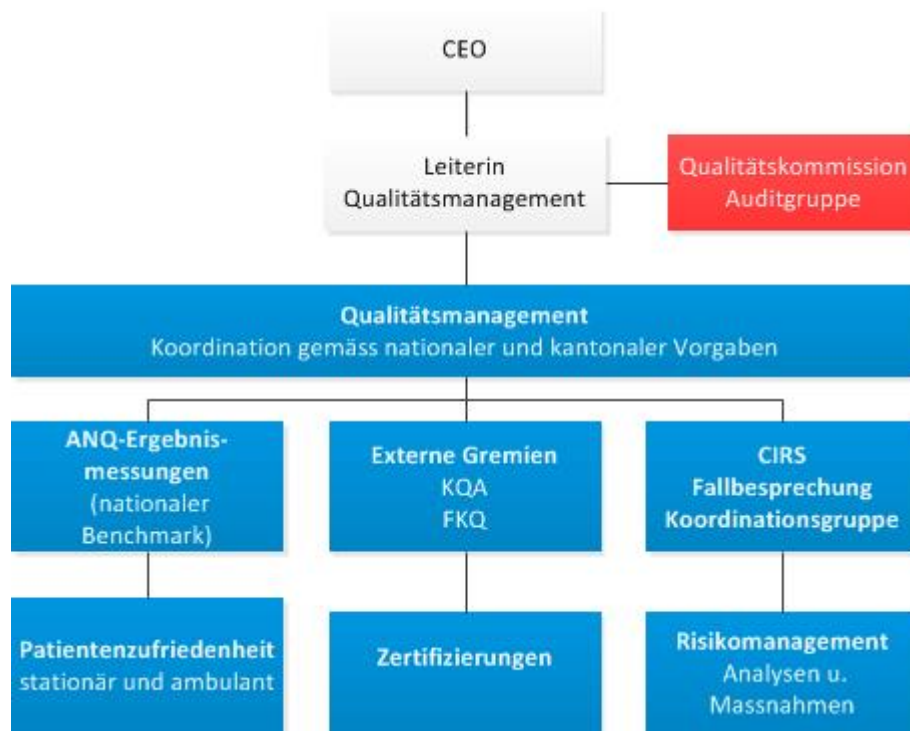
Die Spital Zofingen AG ist eine Tochtergesellschaft der Kantonsspital Aarau AG. Das Unternehmen besteht aus einem Akutspital und einem Pflegezentrum. Im Gesundheitsnetzwerk der Region Zofingen und in den benachbarten Regionen und Kantonen nimmt es einen wichtigen Stellenwert ein. Gemeinsam mit den Hausärzten und weiteren Organisationen des Gesundheitswesens stellt die Spital Zofingen AG rund um die Uhr die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher, darüber hinaus bietet es einen Schwerpunkt in Altersmedizin an. Mit über 700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich täglich in den Dienst der Patienten stellen, zählt das Spital Zofingen zu den bedeutendsten Arbeitgebern der Region.

Durch die enge Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Aarau und gezielte Kooperationen mit weiteren Partnern im Gesundheitsnetzwerk werden das Angebot, die Qualität und die Kosten permanent optimiert.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Im Zentrum aller Bemühungen der Spital Zofingen AG steht die Erbringung einer verlässlichen, qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung für die Bevölkerung auf dem neusten Stand der Wissenschaft. Die Spital Zofingen AG ist eine selbstständige Tochtergesellschaft der Kantonsspital Aarau AG (KSA). Um vermehrt gemeinsame Synergien zu nutzen, wird das Qualitätsmanagement der beiden Institutionen synchronisiert und vorhandene Redundanzen eliminiert. Das Ziel ist eine zentrale und schlanke Qualitätsorganisation aufzubauen und eine gemeinsame Qualitätsstrategie zu implementieren.

Für die Nutzung und den Betrieb des Qualitätsmanagementsystems trägt die Geschäftsleitung der Spital Zofingen AG die Gesamtverantwortung. Sie ist jedoch darauf angewiesen, dass diese Verantwortung auch in den einzelnen Bereichen und Abteilungen stufengerecht von deren Leitungen wahrgenommen wird. Inhaltliche Qualität bildet sich im persönlichen Arbeitsumfeld aller Mitarbeitenden der Spital Zofingen AG. So werden beispielsweise Prozessdokumentationen ‚bottom-up‘; d.h. aus der Praxis für die Praxis entwickelt. Zusätzlich werden alle Mitarbeitenden der Spital Zofingen AG von ihren Vorgesetzten befähigt und unterstützt, Verbesserungsvorschläge und Ideen im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses einzubringen und damit die Entwicklung der Organisation mitzugestalten.

Für das Qualitätsmanagement hält sich die Spital Zofingen AG an breit abgestützte Standards und nützt bewährte Messinstrumente.

Um sowohl eine Steigerung der Zufriedenheit der verschiedenen Anspruchsgruppen als auch eine kontinuierliche Verbesserung der Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Indikationsqualität zu erreichen, ist eine zentrale Qualitätsorganisation notwendig. Diese wird durch die Leitung Qualitätsmanagement und durch die Qualitätskommission gesteuert. Die Qualitätskommission setzt sich aus den Qualitätsdelegierten der verschiedenen Departemente zusammen und trifft sich regelmässig. Zu den Zielsetzungen und den Aufgaben der Qualitätskommission gehören:

- Förderung und Unterstützung bei der Initialisierung von Qualitätsprojekten

- Mitarbeit in Qualitätsprojekten
- Informations- und Erfahrungsaustausch zu laufenden Qualitäts- und Zertifizierungsprojekten
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Qualitätsverbesserung zuhanden der Geschäftsleitung
- Analyse von Ergebnismessungen und Definition von Massnahmen
- Erstellung und Koordination der vorgegebenen Jahresziele des Qualitätsmanagements in Übereinstimmung der Unternehmensziele
- Einschätzen von strategischen und operativen Risiken und definieren von Massnahmen zur Risikosteuerung zuhanden der Geschäftsleitung

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **300** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Daniela Vetterli
Leiterin Qualitätsmanagement
Spital Zofingen AG
+41 62 838 48 81
daniela.vetterli@ksa.ch

3 Qualitätsstrategie

Im Zentrum aller Bemühungen steht die Erbringung einer verlässlichen, qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung für die Bevölkerung. Diese ist auf dem neusten Stand der Wissenschaft. Die Spital Zofingen AG schafft als Arbeitgeberin und Ausbildungsstätte ein attraktives Arbeits- und Lernumfeld. Dadurch wird ein innovatives, ganzheitliches Denken und Handeln gefördert.

Indikatoren des Qualitätsmanagements:

- Kundenzufriedenheit und -sicherheit
- Zufriedenheit der zuweisenden bzw. nachbehandelnden Institutionen / Personen
- Zufriedenheit der Mitarbeitenden und der Lernenden
- Qualität der erbrachten Leistungen (Outcome)
- Kontinuierliche Prozessoptimierungen
- Erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit

Eine ausgeprägte Kundennähe

Die dienstleistungsorientierte Haltung prägt unser Denken und Handeln sowohl mit Kunden wie auch mit internen Ansprechpartnern. Als Kunden definieren wir Patienten und ihre Bezugspersonen, Belegärzte, Zuweiser wie Hausärzte, Spitäler und Kliniken, Lieferanten, Spitexvereine und Pflegeinstitutionen.

Eine hochwertige medizinische Versorgung

Primärer Ansprechpartner für alle medizinischen Fragen.

Die Behandlungs- und Pflegemethoden basieren auf dem aktuellsten Stand der Wissenschaft und sind möglich durch den Einsatz moderner Mittel. Wir bilden unsere Mitarbeitenden kontinuierlich und zielorientiert weiter.

Führungsstrategie

Die Vielzahl der involvierten Berufsfelder, permanente Neuerungen und nicht zuletzt die stets wachsenden Herausforderungen verlangen eine klare Führungsstruktur.

Das Kaderpersonal trägt die Verantwortung zur operativen Umsetzung der strategischen Ziele. Kontinuierliche Weiterbildungen und ein regelmässiger Austausch innerhalb der verschiedenen Führungsebenen bieten dabei wertvolle Unterstützung.

Alle Führungskräfte handeln zielorientiert im Interesse für das Ganze. Wir schaffen Transparenz und fördern eine offene Kommunikation. Freiräume ermöglichen es, den eigenen Rahmen abzustecken und Erwartungen klar zu definieren. Die Mitarbeitenden werden befähigt, an ihren Aufgaben zu wachsen. Wir zeigen Interesse, fördern das Verständnis und sind uns bewusst, dass die Flexibilität aller erforderlich ist um stetig ändernde Rahmenbedingungen zu meistern.

Die wertschätzende Grundhaltung und der respektvolle Umgang prägen die Führungskultur und Zusammenarbeit.

Betriebswirtschaftlichkeit

Der verantwortungsvolle und ökonomisch sinnvolle Einsatz von Ressourcen und Mitteln steht im Zentrum unseres täglichen Handelns.

Strukturqualität

Das Unternehmensleitbild ermöglicht eine Ausrichtung aller Bereiche an den beschriebenen Werten.

Prozessqualität

Prozesse werden optimal umgesetzt.

Prozessoptimierung ist eine kontinuierliche Aufgabe. Klare, vereinfachte, standardisierte Abläufe führen zu Zeit- und Kostenersparnis. Durch die Verringerung der Schnittstellen sinken Koordinationsaufwand und Fehleranfälligkeit. Dadurch wird die Kundensicherheit gesteigert und Vertrauen aufgebaut.

Ergebnisqualität

Stellt die Zufriedenheit der Kunden und das Resultat aller erbrachten Leistungen in unserer Organisation dar. Durch die kontinuierliche Kundenbefragung und Evaluation wird der Ergebnisqualität die notwendige Gewichtung beigemessen.

Indikationsqualität

Wir stellen unsere Indikationen nach medizinischen und evidenzbasierten Richtlinien.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

- Die neuen Mitarbeitenden werden am Einführungstag prozessorientiert und praktisch in die Organisation der Spital Zofingen AG eingeführt.
- Der Prozess der "Saisonalisierung im OP" wurde umgesetzt.
- Das neue Delirkonzept wurde in Zusammenarbeit mit der Pflegeentwicklung erstellt und implementiert.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Strukturqualität

- Vernetzung mit Partnern optimiert und Informationsfluss verbessert

Prozessqualität

- Neue Mitarbeitende werden prozessorientiert und praktisch in die Organisation eingeführt.
- Prozessoptimierung bei der Saisonalisierung im OP
- Delirkonzept implementiert

Ergebnisqualität

- ANQ-Messungen durchgeführt
- Zusammenarbeit mit den zuweisenden Stellen intensiviert

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Spital Zofingen AG will ihre bereits gut etablierten Partnerschaften weiter ausbauen und konsolidieren. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten und Organisationen wird weiterhin grossen Stellenwert in den kommenden Jahren haben.

Eine Chance und Herausforderung bildet die Konsolidierung und Positionierung des Qualitätsmanagements des Spitals Zofingen und der Kantonsspital Aarau AG. Das Qualitätsmanagement der beiden Institutionen soll synchronisiert und vorhandene Redundanzen eliminiert werden. Das Ziel ist eine wirksame, zentrale und schlanke Qualitätsorganisation aufzubauen, eine gemeinsame Qualitätsstrategie zu implementieren und damit eine zukunftsgerichtete Qualitätsentwicklung über beide Institutionen zu implementieren. Die Aktivitäten fokussieren dabei auf der Organisation des Qualitätsmanagements unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Unternehmenskulturen.

Als neues Projekt erfolgte im November 2017 der Kick-off für die Zertifizierung der Palliativstation nach den Qualitätskriterien von palliative ch (Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung). Das Ziel ist die Erstzertifizierung im September 2018 zu erreichen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Einführung neue Mitarbeitende

Ziel	Optimierung des Einführungsprozesses für neue Mitarbeitende.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Prozessoptimierung: Patientenpfad Eintritt und Austritt

Ziel	Der Prozess von der Anmeldung bis zum Eintritt des Patienten ist optimiert und auf die Kundenbedürfnisse fokussiert.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	alle klinischen Bereiche, sowie Patientenaufnahme
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Periinterventionelles Risiko Management (PRIMA)

Ziel	Time out vor operativen Eingriffen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	direkt involvierte Personen bei operativem Prozess
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Schmerzdienst: Schmerzvisite durch Anästhesisten

Ziel	Umsetzung optimales Schmerzmanagement postoperativ
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Operativer Bereich
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Kinaesthetics: Grund- und Aufbaukurs angeboten

Ziel	Gesundheitsvorsorge Personal
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Teilnahme steht allen MA offen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Kinaesthetics: Peertutoren Gruppe

Ziel	Fachgruppe trifft sich 9x jährlich zum Austausch, Integration bei Dekubitusweiterbildung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Peertutoren Akutspital und Pflegezentrum
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Pflegediagnostischer Prozess (NANDA): Workshop (6x jährlich), Schulung Standardverantwortliche

Ziel	Vertiefung Pflegeprozess, Vorbereitung elektronische Patientenakte
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Akutspital und Pflegezentrum (Schwerpunkt stationärer Bereich)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

BLS-Schulungen (Basic Life Support oder Lebensrettende Basismassnahmen), Durchführung Rettungsdienst

Ziel	Vermitteln von Sicherheit und Routine in Reanimationssituationen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Arzt- und Pflegedienst, inkl. Lernende/Studierende
Projekte: Laufzeit (von...bis)	monatliche Durchführung
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

AG Fachschemen

Ziel	Er- und Bearbeitung von Fachschemen, Arbeitsanweisungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Akutspital und Pflegezentrum
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

aarReha & Spital Zofingen AG - Gemeinsame Zusammenarbeit

Ziel	Schaffung eines Rehabilitationszentrums am Standort Zofingen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	alle klinischen Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab Februar 2016

Zertifizierung Palliativstation

Ziel	Label Qualität in Palliative Care
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Palliativstation Spital Zofingen AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit November 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2011 eingeführt.

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

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

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

Bemerkungen

Das Berichts- und Lernsystem CIRS (**C**ritical **I**ncident **R**eporting **S**ystem) steht allen Mitarbeitenden zur Meldung von (Beinahe-) Zwischenfällen zur Verfügung. Sinn des CIRS ist eine gegenseitige Sensibilisierung der Mitarbeitenden für Situationen, die die Patientensicherheit gefährden könnten.

Die durch die Triagestelle freigegebenen Meldungen können zu jedem Zeitpunkt von den Mitarbeitenden kommentiert werden. Abgeschlossene, von der Triagestelle freigegebene Meldungen können von allen Mitarbeitern unter der Rubrik öffentliche Fallliste online eingesehen werden.

Das Berichts- und Lernsystem CIRS ist bei den Mitarbeitenden im Alltag fest verankert und wird rege genutzt. Diese hohe Motivation gilt es durch ein gutes Feedback zu stärken. Die CIRS-Bereichsverantwortlichen erstellen jeweils Massnahmenpläne, mit dem Ziel der Vermeidung weiterer ähnlich gelagerter CIRS-Fälle. Zudem sorgen sie für eine adäquate Umsetzung der definierten Massnahmen.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iump.ch/ADS	seit Jahren
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	seit Jahren
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	in Planung
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	2013
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	Universität Zürich http://ibdcohort.ch/	2011
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/	2012
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	seit Jahren
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	seit Jahren

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
REKOLE	Rechnungswesen	2013	2017	nächste Rezertifizierung 2021
Swissnoso (Validierungs-audit)	Spitalhygiene	2013	2017	
Hygienezertifizierung, Endoskopie	Schweizerische Hygienerichtlinien zur Aufbereitung flexibler Endoskopie www.svep-aspe.ch	2013	2014	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

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

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Spital Zofingen AG	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.12 (4.00 - 4.23)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.50 (4.38 - 4.62)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.49 (4.38 - 4.60)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.45 (4.31 - 4.60)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.90 (3.76 - 4.04)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	86.50 %

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die adjustierten Mittelwerte der nationalen Patientenbefragung zeigen insgesamt gute Werte. Die Ergebnisse werden in den entsprechenden Sitzungsgefässen thematisiert sowie allfällige Massnahmen geplant und umgesetzt.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

Spital Zofingen AG

Anzahl angeschriebene Patienten 2016	341		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	174	Rücklauf in Prozent	51 %

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Zofingen AG

Beschwerdemanagement

Dr. med. Christian Reize

CEO

062 746 55 02 (Sekretariat)

corinne.aeschlimann@spitalzofingen.ch

Montag bis Freitag zu Bürozeiten

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse		2013	2014	2015	2016**
Spital Zofingen AG					
Beobachtete Rate	Intern:	2.77%	2.88%	3.17%	2.66%
	Extern:	1.37%	1.07%	0.61%	3.90%
Erwartete Rate		4.74%	4.26%	4.13%	5.96%
Verhältnis der Raten***				0.92	1.1

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

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Mit der erfolgten Implementierung eines internen ‚Case Managements‘ im Akutbereich kann der Prozess ‚Patientenaustritt‘ gezielt gesteuert werden und hat somit auch einen nachhaltigen Einfluss auf die vermeidbaren Wiedereintritte.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Spital Zofingen AG		
Anzahl auswertbare Austritte:	1617	

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

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

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

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse	2013	2014	2015	2016 **
Spital Zofingen AG				
Beobachtete Rate	2.04%	1.70%	2.32%	2.61%
Erwartete Rate	1.84%	1.82%	1.94%	3.60%
Verhältnis der Raten***			1.2	0.73

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

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Messergebnisse werden thematisiert und Verbesserungsmassnahmen initiiert.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Spital Zofingen AG		
Anzahl auswertbare Operationen:	2066	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	
▪	Blinddarm-Entfernungen
▪	*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪	*** Dickdarmoperationen (Colon)
▪	Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Spital Zofingen AG						
Blinddarm-Entfernungen	91	5	0.00%	2.04%	3.00%	5.50% (1.80% - 12.40%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	11	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 28.50%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	44	5	26.67%	2.89%	14.50%	11.40% (3.80% - 24.60%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Ergebnisse der Messungen vom 1. Oktober 2016 bis September 2016						
Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
Spital Zofingen AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	116	2	3.20%	1.85%	1.90%	1.70% (0.20% - 6.10%)

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

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

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
Spital Zofingen AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	3	2	5	0
In Prozent	6.40%	4.50%	7.70%	0.00%

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Sturzereignisse lassen sich trotz aller Präventionsmassnahmen leider nicht völlig ausschliessen. Ergebnisse sowie auch Vorschläge zur weiteren Prävention werden in den dafür geeigneten Sitzungsgefassungen diskutiert und festgelegt. Im Berichtsjahr gab es anlässlich der Prävalenzmessung keine Stürze.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Spital Zofingen AG			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	60	Anteil in Prozent (Antwortrate)	0.00%

13 Wundliegen

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

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

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

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

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Spital Zofingen AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)				0	-

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Während der Prävalenzmessung 2017 wurde kein Dekubitus entdeckt, weder vorbestehend noch nosokomial.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.		
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Spital Zofingen AG				
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	60	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	83.30%	

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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.

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.

Die Messungen wurde auf allen Abteilungen durchgeführt.

Einschlusskriterien:

- 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:

- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt
- Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen
- Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum

Innerhalb der letzten 30 Tage vor der Messung waren 2 von 60 Patienten von freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffen.

Als freiheitsbeschränkende Massnahmen wurden mechanische (z.B. Bettgitter), physische (Fixiergurt), medikamentöse, psychologische, elektrische (Alarm- und Meldesysteme) und andere Methoden eingesetzt.

Gründe für die freiheitsbeschränkenden Massnahmen:

- Sturzprävention
- Aggressives Verhalten (verhindern)
- Verwirrtheit oder delirantes Verhalten

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ)
Methode / Instrument	Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ)

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Prozessoptimierung: Patientenpfad Eintritt und Austritt

Projektart und involvierte Berufsgruppen

Interdisziplinäres, organisatorisches Projekt mit allen klinischen Bereiche, sowie der Patientenaufnahme.

Projektziel

Der Prozess von der Anmeldung bis zum Eintritt des Patienten wird optimiert und auf die Kundenbedürfnisse fokussiert. Die Aufbauorganisation wird überprüft, angepasst und gewährleistet einen effizienten Prozessablauf.

Projektablauf / Methodik

- Ist-Prozessanalyse
- Problemdefinition
- Problemlösungsfindung
- Soll-Prozess definieren (nach Lean-Systematik)
- Umsetzung Soll-Prozess

Projektelevaluation

Der übergeordnete Soll-Prozess ist erarbeitet. Zurzeit werden Soll-Teilprozesse umgesetzt.

18.1.2 aarReha & Spital Zofingen AG - Gemeinsame Zusammenarbeit

Projektart und involvierte Berufsgruppen

Interdisziplinäres, organisatorisches interner und externes Projekt mit allen klinischen Bereiche.

Projektziel

Die Spital Zofingen AG beabsichtigt im Bereich des alten Pflegezentrums eine neue Nutzung. Zwei Stockwerke dieses Neubaus werden durch die aarReha Schinznach als Rehabilitationszentrum betrieben. Dadurch können Synergien optimal genutzt werden.

Projektablauf / Methodik

- Definition des Dienstleistungsangebotes
- Klärung Raumprogramm (aarReha-Neubau)
- Bauphase
- Inbetriebnahme

Projektelevaluation

Das Projekt wurde im Februar 2016 gestartet.

18.1.3 Zertifizierung Palliativstation

Projektart und involvierte Berufsgruppen

Interdisziplinäres, organisatorisches internes und externes Projekt.

Projektziel

Die Zertifizierung der Palliativstation nach den Qualitätskriterien von palliative.ch (Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung).

Projektablauf / Methodik

- Kick-off war im November 2017
- Erstellung von Richtlinien und Standards
- Optimierung der internen Prozessabläufe
- Zertifizierung

Projektevaluation

Das Ziel ist, die Zertifizierung im September 2018.

18.1.4 Modernisierung Röntgenanlage und Umbau Schock- und Röntgenraum

Projektart und involvierte Berufsgruppen

Interdisziplinäres, organisatorisches internes und externes Projekt.

Projektziel

Modernisierung der Röntgenanlagen auf direkt digitale Geräte, die bezüglich Bildqualität und Strahlenschutz auf dem neuesten Stand sowie Umbau des multifunktionellen Schock- und Röntgenraums (UBR) in der Notfallstation.

Projektablauf / Methodik

- Ausschreibung, Evaluation und Auswahl der Röntgenanlage
- Modernisierung der Anlagen
- Umbau Schock und Röntgenraum (UBR) in der Notfallstation
- Inbetriebnahme

Projektevaluation

Das Projekt wurde 2017 gestartet.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Einführung neue Mitarbeitende

Projektart und involvierte Berufsgruppen

Interdisziplinäres, organisatorisches Projekt mit allen Bereiche

Projektziel

Der Einführungsprozess für neue Mitarbeitende wird optimiert. Ziel ist es alle Mitarbeitenden ihrer Funktion entsprechend prozessorientiert und praktisch in die Organisation einzuführen.

Projektablauf / Methodik

- Analyse des Ist-Prozesses
- Definieren von Optimierungsmassnahmen
- Soll-Prozess beschreiben
- Umsetzung Soll-Prozess

Projektevaluation

Das Projekt konnte erfolgreich abgeschlossen werden.

18.2.2 Einführung Klinikinformationssystem (KISIM)

Projektart und involvierte Berufsgruppen

Interdisziplinäres, organisatorisches Projekt mit allen ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Bereichen.

Projektziel

Das Klinikinformationssystem 'KISIM' wird unter Berücksichtigung der folgenden Ziele eingeführt:

- Implementierung der flächendeckenden, integrierten KISIM-Funktionalität unter Berücksichtigung weiterer Projekte.
- Ausserbetriebsetzung kostentreibender und teilweise risikobehafteter Altsysteme
- Eliminieren der sich stetig aufbauenden Ausfallwahrscheinlichkeit der Altsysteme
- Verbesserung der Effizienz und der Qualität der Behandlungsprozesse.
- Verbesserungs der interdisziplinären Kommunikation.
- Austausch von Patienteninformationen unter den beteiligten Behandlungspartnern auf elektronischem Weg.
- Pflegeprozess ist strukturiert und nachvollziehbar abgebildet und leserlich dokumentiert.
- Statistische Kennzahlen (wie LEP, Fallzahlen, Teile der Kostenträgerrechnung) sind als Nebenproduktemit generierbar.

Projektablauf / Methodik

- Analyse des Betriebsumfeldes (Prozesse)
- Erarbeitung Detailkonzept
- Infrastruktur bereitstellen
- Implementierung, Schulung und Einführung ärztliche- und pflegerische Dokumentation
- Implementierung, Schulung und Einführung therapeutische Dokumentation

Projektevaluation

Der Roll-out im ambulanten Bereich erfolgte in 2017.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Swissnoso (Validierungsaudit)

Die Surveillance-Methode beeinflusst das Erkennen von Infektionen. Das kann zu einer Unterschätzung der Infektionsrate führen, selten auch zu einer Überschätzung. Das Validierungsprogramm soll das Überwachungssystem, dessen Zuverlässigkeit und die einheitliche Anwendung der Methode verbessern.

Das Validierungsaudit von 2017 zeigte sehr erfreuliche Ergebnisse. Massnahmen wurden diskutiert und implementiert.

18.3.2 Zertifizierung Palliativstation

Die Palliativstation - Teil des Kompetenzzentrums Palliative Care Mittelland des KSA und der Spital Zofingen AG - wurde im September 2014 eröffnet. Gemäss Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care hat eine Zertifizierung durch palliative.ch nach Gründung der Betriebseinheit zu erfolgen. Im Weiteren ist auch für die Aufrechterhaltung der Zertifizierung des Onkologiezentrums Mittelland (OZM) in der Kantonsspital Aarau AG eine zertifizierte Palliativabteilung Voraussetzung.

19 Schlusswort und Ausblick

Die Transparenz und Offenlegung von Qualitätsbestrebungen und erhobenen Daten zu Qualitätsmessungen erachtet die Spital Zofingen AG als sehr wichtig.

Transparenz und damit Vergleichbarkeit bietet die Chance zur kontinuierlichen Verbesserung. Durch die konsequente Anwendung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems, die Überprüfung und Verbesserung der Prozesse und die Optimierung des Ressourceneinsatzes werden Ressourcen für die Kernaufgaben der Spital Zofingen AG frei:

Patienten menschlich und fachlich vorbildlich, sowie hervorragend medizinisch und pflegerisch zu behandeln und zu betreuen.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Herz
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)

Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.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**).