

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

7. Mai 2019
Robert Rhiner MPH, CEO, Vorsitzender der
Geschäftsleitung

Version 3



Kantonsspital Aarau AG

www.ksa.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

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. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

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 2018

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 Qualittsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalittskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitler testeten das Interventionsbndel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualittsberichtsvorlage 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](#)) hnlich 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 Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin 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 2018	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	18
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	19
4.5 Registerübersicht	20
4.6 Zertifizierungsübersicht	22
QUALITÄTSMESSUNGEN	25
Befragungen	26
5 Patientenzufriedenheit	26
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	26
5.2 Eigene Befragung	28
5.2.1 Patienteninterviews	28
5.2.2 Feedbacktablets	29
5.3 Beschwerdemanagement	30
6 Angehörigenzufriedenheit	31
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	31
7 Mitarbeiterzufriedenheit Die Befragung zur Mitarbeitendenzufriedenheit findet alle drei Jahre statt. Die nächste Zufriedenheitserhebung ist in 2020 vorgesehen.	
8 Zuweiserzufriedenheit	33
8.1 Eigene Befragung	33
8.1.1 Zuweiserbefragung	33
Behandlungsqualität	34
9 Wiedereintritte	34
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	34
10 Operationen Die nationale Erhebung mit SQLape ist nicht aussagekräftig genug und wird nicht weitergeführt.	
11 Infektionen	36
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	36
12 Stürze	38
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	38
12.2 Eigene Messung	39
12.2.1 Internes Sturzregister	39
13 Wundliegen	40
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	40
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	43

14.1	Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen.....	43
14.1.1	Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen.....	43
15	Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessung	44
17.1	Weitere eigene Messung	44
17.1.1	Prävalenzmessung: Mangelernährung	44
18	Projekte im Detail	45
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	45
18.1.1	Stationsbegehungen zur Einschätzung des Sturzrisikos	45
18.1.2	“The Power of sour” – Kampagne zum gezielten Einsatz von PPI	45
18.1.3	KPHARM – ein Projekt zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit am KSA.....	45
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	46
18.2.1	Neustrukturierung des Qualitätshandbuchs	46
18.2.2	Überarbeitung der Checkliste "Sichere OP".....	46
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	47
18.3.1	Onkologiezentrum Mittelland.....	47
18.3.2	Endoprothetikzentrum	47
18.3.3	Pflege Bereich Chirurgie	47
18.3.4	Institut für Pathologie	47
18.3.5	Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.....	47
19	Schlusswort und Ausblick	48
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	49
	Akutsomatik	49
	Herausgeber	52

1 Einleitung

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

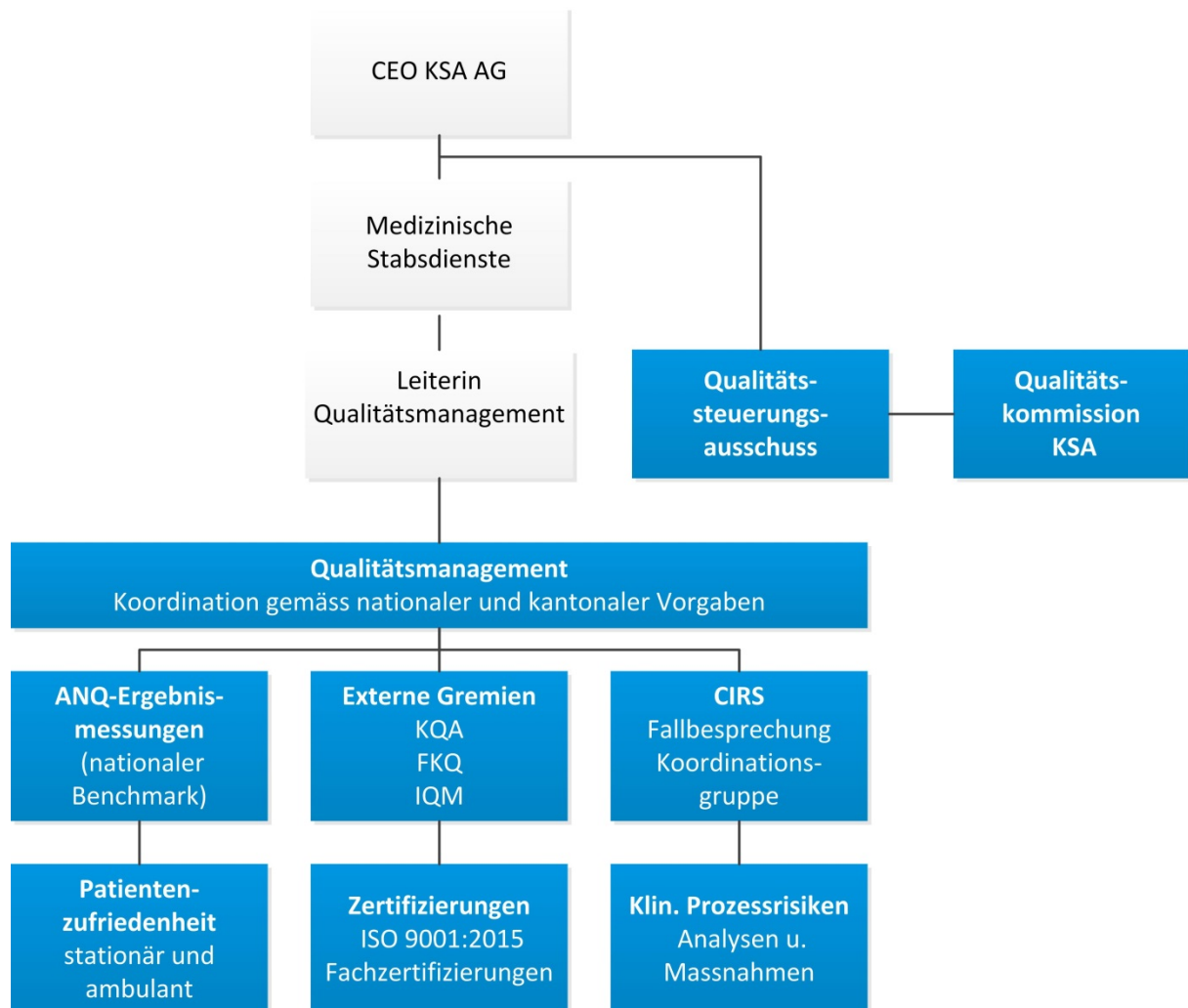
An unsere Arbeit stellen wir hohe Ansprüche:

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

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement stellt bei Themen wie Zertifizierungen, Analyse von klinischen Prozessrisiken und Wissensmanagement die notwendigen Instrumente sicher und kümmert sich um den gesetzlichen Auftrag. Die Kliniken, Institute und Abteilungen werden in ihren Qualitätsaktivitäten unterstützt und sind für die Sicherstellung der medizinischen Qualität zuständig. Dabei koordiniert die Abteilung Qualitätsmanagement die Tätigkeiten zur Qualitätsentwicklung und nimmt dabei folgende Aufgaben wahr:

- Definition von Zuständigkeiten um eine koordinierte Prozesssteuerung zu ermöglichen
- Befähigung der Prozessverantwortlichen
- Ansprechperson in allen Fragen des Qualitätsmanagements
- Vorauswahl von Verbesserungsprojekten zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit und -sicherheit
- Überwachung der Umsetzungen von Qualitätsverbesserungsprojekten
- Berichtserstattung über Projektfortschritte und andere Qualitätsaktivitäten
- Organisation, Durchführung und Aufbereitung von Qualitätsmessungen
- Aufbereitung von Informationen zu Qualitätsaktivitäten für die GL, den VR, die Medien und die Politik
- Regelmässige Informationen über Qualitätsaktivitäten in der Hauszeitschrift
- Analyse von klinischen Prozessrisiken
- Zertifizierungen nach ISO 9001:2015 sowie Fachzertifizierungen
- Mitarbeit in externen Gremien (KQA, FQA, IQM)

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Herr Thomas Holler
Leiter Medizinische Stabsdienste
062 / 838 61 18
thomas.holler@ksa.ch

3 Qualitätsstrategie

Das Kantonsspital Aarau (KSA) gehört mit über 125 Jahren Tradition in hochwertiger medizinischer Versorgung und pflegerischer Betreuung zu den führenden Spitälern der Schweiz. Dabei steht die Erbringung einer verlässlichen, qualitativ hochstehenden Zentrumsversorgung für die breite Bevölkerung im Fokus. Das KSA betreibt seit Jahren ein umfassendes und systematisches Qualitätsmanagement. Diesem liegt das Ziel zugrunde, die Qualität der Leistungserbringung und die Patientensicherheit fortlaufend zu erhöhen und transparent auszuweisen. Das stellt hohe Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

- Implementierung der neuen ISO-Norm 9001:2015 und Erstzertifizierungen, sowie Überwachungsaudits in verschiedenen Kliniken, Instituten, Abteilungen und interdisziplinären Zentren
- Erstellung und Einführung neue Qualitätsstrategie
- Aktualisierung der OP-Checkliste "Safe Surgery"

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Der Qualitätssteuerausschuss legt jährlich die Jahresziele fest. In 2018 wurden folgende Ziele bearbeitet:

Strukturqualität

Erstellung neue Qualitätsstrategie
Aktualisierung der Qualitätslandkarte

Prozessqualität

Zertifizierungs- und Überwachungsaudits im Rahmen des Onkologiezentrums Mittelland mit den Organzentren Brustkrebs, Gynäkologische Krebserkrankungen inkl. Dysplasieeinheit, Prostatakrebs und uro-onkologischer Schwerpunkt, Viszeralonkologisches Zentrum mit Darm- und Pankreaskrebs, Hautkrebs, Schwerpunkt Lymphome, Leukämien und Hämatologische Systemerkrankungen

Zertifizierungen nach ISO 9001:2015 Orthopädiezentrum (Endoprothetikzentrum), Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Institut für Pathologie, Pflege Chirurgie und Qualitätsmanagement.

Re-Zertifizierungsaudit Brustzentrum Mittelland (EUSOMA)

Ergebnisqualität

Durchführung und Analyse der ANQ-Messungen
Telefoninterviews zur Patientenzufriedenheit
Implementierung Elternbefragung zur Zufriedenheit in der Klinik für Kinder und Jugendliche
Einführung neue Patientenfeedbacktablets auf der Gebärstation, in der Dermatologie sowie Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Kantonsspital Aarau spielt nicht nur im regionalen, sondern auch im kantonsübergreifenden Gesundheitsnetz der Nordwestschweiz eine wichtige Rolle. Deshalb legen wir grossen Wert auf den Ausbau der qualitativ hochwertigen Leistungen und sind bestrebt, bestehende Leistungsaufträge der Hochspezialisierten Medizin (HSM) zu erhalten. Der Schwerpunkt wird in den nächsten Jahren auf der Optimierung der umfassenden und qualitätsgesicherten Behandlung und Betreuung der Patienten sowie der Effizienz von Prozessen liegen. Die Intensivierung der Zusammenarbeit mit der Tochtergesellschaft Spital Zofingen AG wird zur Ergänzung des Leistungsangebotes und damit auch zur Qualitätsverbesserung angestrebt.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patienteninterviews
▪ Feedbacktablets
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Internes Sturzregister
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Prävalenzmessung: Mangelernährung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

“The Power of sour” – Kampagne zum gezielten Einsatz von PPI

Ziel	PPI-Verbrauch durch Einsatz einer stringenten, interdisziplinär erarbeiteten Indikationenliste senken
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Herbst 2017 - laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Protonenpumpenhemmer (PPI) werden weltweit zu häufig eingesetzt, sind jedoch bei unkritischem Einsatz mit Risiken wie vermehrt auftretenden nosokomialen Pneumonien assoziiert
Methodik	Kampagnen
Involvierte Berufsgruppen	Arztdienst und Pflegepersonal
Evaluation Aktivität / Projekt	Kampagne mit diversen Events unter dem Motto „The Power of sour“ beworben. Rückmeldungen der Verbrauchszahlen.

Screening auf Medikationsfehler in KISIM (KPHARM)

Ziel	Steigerung der Medikamentensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	klinische Pharmazie und klinische Pharmakologie der Medizinischen Universitätsklinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Algorithmus zur Detektion von Medikationsfehlern und unerwünschten Arzneimittelereignissen als Agent im KISIM

Überarbeitung Checkliste "Sichere OP"

Ziel	Steigerung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Sensibilisierung für die einzelnen Schritte in der Teamarbeit vor, während und nach einem operativen Eingriff
Involvierte Berufsgruppen	Fachpersonal aus den Bereichen Chirurgie und Anästhesie
Evaluation Aktivität / Projekt	Das KSA hat sich der Thematik bereits in 2012 mit der „Checkliste Sichere OP“ gewidmet. In 2018 wurde diese Checkliste umfassend aktualisiert und der WHO-Checkliste angepasst.

Patientenidentifikationsbänder (PIB)

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

OPTIMA

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

Schwerverletztenversorgung / Polytrauma

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

Patienten Advisory Board

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

Virtuelles Tumorboard: Protonentherapie

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

Hyperthermie

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

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

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

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

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

Tele-Tumorkonferenz mit dem Kinderspital Zürich

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

Osteoporosescreening aller Frakturpatienten ≥ 50 Jahre

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

Prozess zur Herstellung von Eigenserum-Augentropfen (ESAT)

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

Standard der mikrobiologischen Qualitätskontrolle von parenteralen Nährlösungen

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

Patientenbefragung mittels Tablets

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

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2011 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

Bemerkungen

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

Das Berichts- und Lernsystem CIRS ist bei den Mitarbeitenden im Alltag fest verankert und wird rege genutzt. Dies beweist auch die kontinuierliche Zunahme der Meldungen innerhalb der letzten Jahre. 2018 wurden über 1300 Meldungen von (Beinahe-) Zwischenfällen registriert. Diese hohe Motivation gilt es durch ein gutes Feedback zu stärken. Dazu tragen die Kontakte der Meldekreis-Verantwortlichen zu den Mitarbeitenden ihres Meldekreises, die zeitnahe Bearbeitung der Meldungen und nicht zuletzt die Kommunikation über ergriffene Massnahmen bei. Die Schwerpunkte dieser Massnahmen umfassen die Information und Schulung von Mitarbeitenden, Materialanpassungen sowie die Erstellung von klinisch-medizinischen Standards.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

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

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

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

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2018 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

Bemerkungen

Das Peer Review ist eine unabhängige Begutachtung durch ein externes interprofessionelles Fachexpertengremium, welches sich aus Kaderärzten und Pflegefachpersonen zusammensetzt. Das Verfahren hat sich bewährt, um bei statistischen Auffälligkeiten der Routinedaten Fälle retrospektiv zu analysieren und allenfalls gemeinsam Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu definieren. Ziel ist es, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess auszulösen und eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den teilnehmenden Spitälern und Kliniken zu etablieren. Die Selbsteinschätzung und der kollegiale Dialog im Peer Review-Verfahren bieten Chancen zur Entdeckung von möglichem Potenzial zur Qualitätsverbesserung. Im KSA wurde im Oktober 2018 ein Peer Review zur Sterblichkeit bei Hirninfarkt mit systemischer Thrombolyse durchgeführt. Insgesamt war in den Akten eine an Leitlinien orientierte Diagnostik und Therapie der Fälle erkennbar. Es war nachvollziehbar, dass es sich bei den Fällen um ausserordentlich multimorbide schwerstkranke Patientinnen und Patienten handelte, deren Krankheitsverlauf schicksalhaft war.

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
A-QUA MONITORING DER ANÄSTHESIEQUALITÄT IN DER SCHWEIZ	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	2005
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2000
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2003
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	seit Beginn
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit Beginn
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2003
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch	2011
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	1998

Quality Management in rheumatic diseases			
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	2008
SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2011
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	2005; Gründungsmitglied
STR Schweizer Traumaregister	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch	2015
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2004
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de	2010
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/	2012
NICER Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung www.nicer.org	über Krebsregister Aargau
SKKR Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	www.kinderkrebsregister.ch	2010

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2015	Onkologiezentrum Mittelland (OZM)	2015	2018	Rezertifizierung 2018 nach neuer ISO-Norm 9001:2015
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Darmkrebszentrum	2017	2017	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG	Pankreaskrebszentrum	2017	2017	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Brust- und Gynäkologisches Krebszentrum	2015	2017	
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und DKG	Uroonkologische Krebszentrum	2017	2017	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Prostatakrebszentrum	2016	2017	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG	Hautkrebszentrum	2017	2017	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Kopf-Hals-Tumorzentrum	2018	2018	Erstzertifizierung
ISO 9001:2015 und Fachzertifikat DKG	Lymphom, Leukämie und Hämatologische Systemerkrankungen	2016	2017	
ISO 9001:2015	Neuro-onkologisches Zentrum	2016	2017	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und EndoCERT	Orthopädiezentrum: Endoprothetikzentrum	2015	2018	
ISO 9001:2015	Mund-, Kiefer- und Gesichts-chirurgie	2018	2018	Erstzertifizierung
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)	Stroke Center	2013	2016	
EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists)	Brustzentrum	2010	2016	

ISO 9001:2015	Pflege Chirurgie	2018	2018	Erstzertifizierung
Fachzertifizierung	Interdisziplinäres Kontinenz- und Beckenbodenzentrum	2014	2014	
Akkreditierung nach EN 15189 und ISO 17025	Institut für Labormedizin	2006	2015	
ISO 9001:2015 und EN ISO 13485:2016	Zentralsterilisation (ZSVA)	2013	2016	
ISO 9001:2015	Institut für Pathologie	2018	2018	Erstzertifizierung
ISO/EC 17020: 2012 und ISO/EC 17025:2005	Institut für Rechtsmedizin	2015	2015	
Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS) / ISO 9001	Spitalpharmazie	2013	2018	
Akkreditierung Jacie (Joint Accreditation Committee- ISCT & EBMT)	Hämatologie, Institut für Labormedizin und Blutspendezentrum	2006	2014	Stammzelltransplantation
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Rettungsdienst	2007	2016	
Swiss Medic	Strahlenschutz	2011	2011	
Radiation Therapy Oncology Group RTOG/NRG/NCI	Institut für Radio-Onkologie	2012	2015	1.Spital in Europa letztes Audit: 2015
SIG-Anerkennung (Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin)	Chirurgische Intensivstation	1990	2007	
SIG-Anerkennung (Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin)	Medizinische Intensivstation	1998	1998	
Fachzertifizierung der deutschen Röntgengesellschaft(DRG)	Kardiovaskuläre Bildgebung im Institut für Radiologie	2015	2015	Erstes Spital in der Schweiz
H+Branchenlösung Arbeitssicherheit (EKAS)	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	2015	2015	
Rekole®	Rechnungswesen	2014	2018	Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung
Qualikita	Kita KSA Zwärglihuus	2013	2017	Kindertagesstätte

Fachstelle UND	Prädikat "Familie und Beruf"	2012	2015	Familien- und Erwerbsarbeit für Männer und Frauen
Auszeichnung ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services	Umsetzung der langfristig angelegten Rauchfreistrategie	2016	2018	Vorgaben der Organisation FTGS (Forum Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsorganisationen)

Bemerkungen

Seit mehreren Jahren setzt sich das KSA mit der Qualität seiner Leistungen auseinander. In diesem Rahmen wurden in einzelnen Kliniken, Instituten und Abteilungen Zertifizierungsprojekte durchgeführt, um diese Qualität prüfen zu lassen und nach aussen darstellen zu können.

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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
Kantonsspital Aarau AG		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	3.94	4.09 (4.12 - 4.15)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.37	4.51 (4.47 - 4.49)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.41	4.48 (4.49 - 4.52)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.24	4.45 (4.43 - 4.47)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.80	3.89 (3.93 - 3.96)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	83.97	88.20 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		1670
Anzahl eingetreffener Fragebogen	667	Rücklauf in Prozent 40 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

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 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

Bemerkungen

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

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patienteninterviews

Die Patientenbefragungen über Telefoninterviews dienen der Erhebung der Behandlungsqualität und der Zufriedenheit der stationären Patienten. Die Antworten der Telefoninterviews werden in eine geschützte Datenbank eingegeben und systematisch ausgewertet. Im Beobachtungszeitraum wurden rund 9'500 Patientinnen und Patienten von speziell geschulten Pflegefachpersonen kontaktiert.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

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

Es werden erwachsene, stationäre Patientinnen und Patienten 30 Tage nach Spitaleintritt interviewt. Die Auswahl erfolgt durch ein Zufallsprinzip. Bemerkenswert ist, dass die Interviews auch mehrsprachig durchgeführt werden können. So können auch fremdsprachige Patientinnen und Patienten in das Kollektiv eingeschlossen werden.

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Mit den Patienteninterviews wird der Ansatz des ereignis- und problemorientierten Verfahrens „Critical Incident Technique“ umgesetzt, da bei dieser Befragungsform werden konkret kritische Ereignisse innerhalb der Patienten-Arzt- und Spital-Beziehung befragt und Beschwerden stimuliert werden. Somit können allfällige Verbesserungsmassnahmen detailliert abgefragt werden und das Interviewteam reagiert direkt auf kritische Rückmeldungen. Dadurch fühlen sich die Patientinnen und Patienten abgeholt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Bemerkungen

Durch die Patienteninterviews, liegen dem KSA umfassendere Informationen als bei anderen Methoden vor. Durch den persönlichen Kontakt am Telefon werden auch Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen nicht ausgeschlossen, da sowohl Angehörige wie auch nachsorgende Institutionen als Interviewpartner Auskunft geben können.

5.2.2 Feedbacktablets

Mit Ausnahme der jährlichen nationalen Patienten- und Elternbefragung, gab es bisher keine systematische Befragung in der Klinik für Kinder und Jugendliche, welche die Klinikleitung zu Prozessverbesserungen nutzen konnte. Seit Frühling 2017 erfolgt die Patienten- und Elternbefragung über ein Feedbackterminal und dient der Erhebung zur Servicequalität und Zufriedenheit im ambulanten und stationären Setting.

Weitere Installationen folgten in den ambulanten Bereichen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dermatologie und da die Interviewfragen nicht auf die Gebärdensprache passten, wurde auch dort das Feedbackterminal eingeführt. Die Datenerhebung ist einfach und die Fragebogen sind individuell auf die Bedürfnisse der Kliniken, Institute und Abteilungen erstellt. Anpassungen können zeitnah und unkompliziert im laufenden Betrieb vorgenommen werden. Mit dem Einsatz der Feedbackterminals steht eine permanente Patientenzufriedenheitsmessung zur Verfügung. Die Auswertung erfolgt in Echtzeit, das heisst die Ergebnisse können jederzeit über das Dashboard eingesehen werden. So kann sofort auf Qualitätsschwankungen reagiert werden. Die Daten stehen sowohl standortspezifisch als auch auf Klinikebene zur Verfügung.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dermatologie, Gebärdensprache sowie Klinik für Kinder und Jugendliche.

In den ambulanten Abteilungen sind die Feedbackterminals frei zugänglich. Bei stationären Patientinnen und Patienten wird das Tablet vor dem Spitalaustritt mit einer entsprechenden Erklärung persönlich abgegeben. Die Teilnahme erfolgt anonym und freiwillig. Bei Beschwerden kann eine E-Mailadresse angegeben werden und die Patientinnen und Patienten werden dann durch das Beschwerdemanagement kontaktiert.

Die Messergebnisse lassen sich jederzeit einfach, grafisch aufbereitet über ein Dashboard abrufen. Insgesamt erreichen alle beteiligten Kliniken, Institute und Abteilungen gute bis sehr gute Werte. Die Ergebnisse werden in den klinikinternen Qualitätszirkeln thematisiert sowie Massnahmen geplant und umgesetzt.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Mit der praxisnahen Befragung über die Feedbacktablets werden die Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen unkompliziert über ihre Erlebnisse in unserem Spital befragt. Die Auswertungen können jederzeit vorgenommen werden, um auch Verbesserungsmaßnahmen umgehend einzuleiten.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	opinioon GmbH
Methode / Instrument	opinioon GmbH

Bemerkungen

Mit dem Einsatz der Feedbacktablets stehen auch in den ambulanten Abteilungen permanente Patientenzufriedenheitsmessungen zur Verfügung.

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Aarau AG

Beschwerdemanagement

Beatrix Salzmann

Beschwerdemanagerin

062 838 44 18

beatrix.salzmann@ksa.ch

Täglich zu Bürozeiten, mit Ausnahme

Mittwoch

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

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

Messergebnisse

Fragen		Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
		2015	2016	2017	
Kantonsspital Aarau AG					
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?		8.75	8.56	9.08	8.75 (8.45 - 9.05)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?		8.67	8.58	9.00	8.62 (8.31 - 8.93)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?		8.82	8.84	9.17	8.96 (8.69 - 9.24)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?		8.85	8.77	9.12	8.90 (8.60 - 9.19)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?		9.18	9.19	9.67	9.31 (9.02 - 9.61)
Anzahl angeschriebene Eltern 2018					325
Anzahl eingetroffener Fragebogen	110	Rücklauf in Prozent			34.00 %

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Befragung zeigt eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung ihrer Kinder und Jugendlichen. Sie schätzten besonders die respekt- und würdevolle Behandlung ihres Kindes und würden das KSA auch ihrem Freundeskreis weiterempfehlen.

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 Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

Bemerkungen

Die Messergebnisse werden im Benchmark mit den pädiatrischen A-Kliniken verglichen. Daraus resultieren Verbesserungsmassnahmen, welche klinikintern besprochen und umgesetzt werden.

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung

Die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte sind eine der wichtigsten Kundengruppen eines Spitals. Deshalb werden periodisch Zuweiserbefragungen durchgeführt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Mai bis Juni 2018 durchgeführt.

Die Erhebung zur Zuweiserzufriedenheit fand auf Ebene Gesamtspital sowie mit vertiefenden, spezifischen Fragen für das Onkologiezentrum Mittelland, das Orthopädiezentrum, das Institut für Labormedizin, das Institut für Pathologie sowie für die Rettung AG West statt.

Eingeschlossen waren alle zuweisenden Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte sowie Institutionen, die entweder bereits Patientinnen und Patienten zugewiesen hatten oder im Einzugsgebiet des KSA praktizieren.

Die Gesamtzufriedenheit der Zuweisenden mit den Kliniken des KSA ist sehr hoch. Die Kernthemen, die zu hoher Zufriedenheit führen waren die Qualität der medizinischen Leistungen, die inhaltliche Qualität der Austrittsberichte und die Weiterempfehlungsrates an Berufskolleginnen und -kollegen sowie Patientinnen und Patienten. Die Auswertung der Befragung wurde der Geschäftsleitung vorgestellt und Massnahmen abgeleitet. Im Vergleich zu den früheren Erhebungen zeigt sich eine gleichbleibend hohe Zufriedenheit mit dem Spektrum und der Qualität der medizinischen Leistungen.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Insgesamt lag die Rücklaufquote bei 27.5%, was einem guten Wert entspricht. Zusammenfassend ist die Zufriedenheit der Zuweisenden mit den Kliniken des KSA sehr hoch.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	QM Riedo
Methode / Instrument	Zuweiserbefragung KSA

Bemerkungen

Der Fragebogen war komplex aufgebaut. Erfreulicherweise haben die Zuweisenden rege die Chance genutzt und mehrere Kliniken, Institute und Abteilungen bewertet.

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 (BFS)	2014	2015	2016	2017
Kantonsspital Aarau AG				
Anteil externer Rehospitalisationen	-	12.50%	14.60%	13.40%
Verhältnis der Raten*	0.72	1.03	1.05	1.02
Anzahl auswertbare Austritte:	21675			

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

Bemerkungen

Der Prozess des Patientenaustritts wird in den Kliniken über das Visitentool gezielt gesteuert und hat somit auch einen nachhaltigen Einfluss auf vermeidbare Wiedereintritte.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:

- *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
- *** Dickdarmoperationen (Colon)
- Gebärmutterentfernungen (abdominal)

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
Kantonsspital Aarau AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	70	2	1.60%	2.50%	0.00%	1.90% (-1.30% - 5.10%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	55	10	18.00%	16.80%	5.60%	22.70% (11.60% - 33.80%)
Gebärmutterentfernungen (abdominal)	102	5	-	-	-	3.60% (0.00% - 7.30%)

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
Kantonsspital Aarau AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	11	10	8	8
In Prozent	5.20%	4.80%	3.10%	3.20%
Residuum* (CI** = 95%)	0.27 (-0.18 - 0.72)	0.17 (-0.41 - 0.75)	-0.01 (-0.35 - 0.37)	0.03 (-0.35 - 0.41)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	248	Anteil in Prozent (Antwortrate)		99.00%

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse 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.

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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Sturzereignisse lassen sich trotz aller Präventionsmassnahmen nicht vollständig vermeiden. Im Beobachtungszeitraum kam es zu 8 Sturzereignissen. Die Ergebnisse werden in der Pflegekonferenz kommuniziert. Vorschläge für Massnahmen werden durch die Bereichs- bzw. Stationsleitungen gemeinsam mit den Teams erarbeitet.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

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

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Internes Sturzregister

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Alle Bettenstationen mit Ausnahme der Klinik für Kinder und Jugendliche.

Alle erwachsenen, stationären Patientinnen und Patienten mit einem Sturzereignis während des Spitalaufenthaltes werden in die Erhebung eingeschlossen.

Im Rahmen der kontinuierlichen Erfassung wurden im Berichtsjahr 629 Stürze registriert. Ausführliche Auswertungen werden auf Bereichs- bzw. Stationsebene durchgeführt. Vorschläge für daraus resultierende Massnahmen werden in Zusammenarbeit mit der Abteilung Pflegeentwicklung diskutiert und umgesetzt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. 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

		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
Kantonsspital Aarau AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	2	3	2	5	2.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.43 (-1.20 - 0.34)	-0.1 (-0.78 - 0.58)	-0.51 (11.29 - 0.28)	0.03 (-0.27 - 0.32)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018		251	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		73.00%	

Bei Kindern und Jugendlichen

Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
Kantonsspital Aarau AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2018	41	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			84.00%	

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Als Präventionsmassnahmen von Dekubitus finden Schulungen der pflegerischen und medizinischen Fachpersonen zur Sensibilisierung und Wissensvermittlung statt. Ergebnisse und Vorschläge für daraus abzuleitende Massnahmen werden durch die Bereichs- und Stationsleitungen in Zusammenarbeit mit der Abteilung Pflegeentwicklung definiert und kommuniziert.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

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

Bemerkungen

Das Vertrauensintervall sowie das Residuum der Prävalenzmessung Kinder liegen nicht vor.

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.

Im Rahmen der ANQ-Prävalenzmessung auf allen Stationen mit Ausnahme der Klinik für Kinder und Jugendliche.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Erhebung diente als Ausgangsbasis für die Überarbeitung der Betriebsnorm "Freiheitsbeschränkende Massnahmen".

Da es sich bei diesen Massnahmen um schwerwiegende Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten handelt, sind sie ohne Einwilligung widerrechtlich. Sie grenzen die Bewegungsfreiheit der Betroffenen ein und kommen laut Erwachsenenschutzrecht nur als letztes Mittel bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, bei der massiven Störung des Betriebsablaufes oder im Rahmen der Behandlung psychischer Störungen in fürsorgerischer Unterbringung (FU) zum Einsatz.

Da Rechtsfälle nicht auszuschliessen sind, wird besonders streng auf die Umsetzung, Dokumentation und Rechtsmittelbelehrung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen geachtet.

Bemerkungen

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

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Prävalenzmessung: Mangelernährung

Erstmals wurde im Rahmen der Prävalenzmessung bei den erwachsenen Messteilnehmenden das Modul Mangelernährung erhoben. Die Messung verwendet den Begriff Mangelernährung synonym mit Unterernährung. In diesem Sinne waren 25 Patientinnen und Patienten von 211 Teilnehmenden als mangelernährt eingestuft worden. Das entspricht einer Rate von 11.8% im Vergleich zur national vergleichbaren Rate von 12.6%.

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.

Im Rahmen der ANQ-Prävalenzmessung auf allen Bettenstationen mit Ausnahme der Klinik für Kinder und Jugendliche.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Das Modul Mangelernährung ist im Rahmen der ANQ-Prävalenzmessung freiwillig. Die Messung dient intern als Ausgangsbasis für die Umsetzung des Konzepts Nutrition Score.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Stationsbegehungen zur Einschätzung des Sturzrisikos

Basierend auf der validierten Checkliste (Safer Healthcare now! Reducing falls and injuries from falls. Getting started Kit. Appendix J - Environmental Fall Risk Assessment) wurden in Stichproben die Sturzrisiken je einer Station der Bereiche Frauenklinik, Chirurgie und Medizinische Universitätsklinik evaluiert. Ziel war die Sensibilisierung der Mitarbeitenden für die Ermittlung des aktuellen Handlungsbedarfes. Die Verbesserungsmassnahmen werden in den entsprechenden Gremien diskutiert.

18.1.2 “The Power of sour” – Kampagne zum gezielten Einsatz von PPI

Protonenpumpenhemmer (PPI) werden weltweit zu häufig eingesetzt, sind jedoch bei unkritischem Einsatz mit Risiken wie vermehrt auftretenden nosokomialen Pneumonien assoziiert. Im Herbst 2017 wurde im KSA daher bei einer bisher hohen Anzahl von Verordnungen die Kampagne „The Power of sour“ mit dem Ziel lanciert, den PPI-Verbrauch durch Einsatz einer stringenten, interdisziplinär erarbeiteten Indikationenliste um 30% zu senken. Zunächst wurden Arztdienst und Pflegepersonal zu Risiken und Indikationen von PPI instruiert und die Kampagne im Weiteren mit diversen Events unter dem Motto „The Power of sour“ beworben. Gleichzeitig wurden die aktuellen Verbrauchszahlen regelmässig rückgemeldet. Nach erfreulichem Rückgang des PPI-Verbrauchs zu Beginn der Kampagne wurde das Ziel der 30%-Reduktion noch nicht ganz erreicht.

18.1.3 KPHARM – ein Projekt zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit am KSA

Unerwünschte Arzneimittelereignisse sind ein Risiko für Patientinnen und Patienten, welche durch Medikationsfehler verursacht werden können. Ein Klinikinformationssystem (KIS) kann Fehler teilweise verhindern, aber nicht jeden Verordnungsfehler eliminieren. Hier setzt KPharm an – ein interdisziplinäres Projekt zwischen der Klinischen Pharmakologie und Klinischen Pharmazie zur Gewährleistung einer hohen Patientensicherheit. KPharm entwickelt KIS-integrierte Algorithmen, die Verordnungsfehler und potentiell vermeidbare unerwünschte Arzneimittelereignisse detektieren. Das KPharm-Team prüft die Meldungen und nimmt bei Bedarf mit dem verantwortlichen Arzt oder der verantwortlichen Ärztin Kontakt auf. Erste Erfahrungen mit den anfänglich zehn Algorithmen sind vielversprechend: Im letzten Quartal konnten 29 potenziell kritische Medikationsfehler betreffend Blutverdünnungsmedikamente kurz nach ihrem Auftreten detektiert und korrigiert werden. Für 2019 sind weitere Algorithmen geplant.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Neustrukturierung des Qualitätshandbuches

Das Qualitätshandbuch wurde einer umfassenden Revision unterzogen: Die neue Startseite des Qualitätshandbuches erleichtert den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den Zugriff auf qualitätsrelevante Dokumente. Die Grafik orientiert sich am organisatorischen Aufbau der Bereiche, Kliniken und Zentren. So finden die Mitarbeitenden für sie relevante Arbeitsanweisungen, Betriebsnormen, Checklisten und Richtlinien mit wenigen Arbeitsschritten. Dies ist ein wesentlicher Beitrag zum Wissensmanagement, welches im Rahmen der ISO-Zertifizierung einen elementaren Bestandteil bildet.

18.2.2 Überarbeitung der Checkliste "Sichere OP"

Operationen stellen hohe Anforderungen an alle Beteiligten dar. Die Sensibilisierung für die einzelnen Schritte in der Teamarbeit vor, während und nach einem operativen Eingriff ist ebenso unerlässlich wie gut strukturierte Arbeitsabläufe. Der Einsatz einer Checkliste und die Durchführung des Team-Time-Outs helfen, die Patientensicherheit im OP zu erhöhen. Das KSA hat sich der Thematik bereits in 2012 mit der „Checkliste Sichere OP“ gewidmet. In 2018 wurde diese Checkliste umfassend aktualisiert und der WHO-Checkliste angepasst. Somit steht ein wertvolles Arbeitsinstrument zur Verfügung, welches das Ziel verfolgt, mögliche Risiken frühzeitig zu erkennen und so zu einer Steigerung der Patientensicherheit beizutragen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Onkologiezentrum Mittelland

Gut ein Viertel aller stationären und ambulanten Leistungen des Kantonsspitals Aarau stehen im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung. Das KSA bietet diesbezüglich eine Zentrumsfunktion. Es besitzt alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen. Seit Mai 2016 verfügt das KSA über das zertifizierte Onkologiezentrum Mittelland (OZM) nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Management-Organisation ISO. Die Organzentren Prostata- und Uroonkologisches Zentrum, Viszeralonkologisches Zentrum mit Darm- und Pankreaskrebs, Brust und gynäkologische Tumore inklusive Dysplasieeinheit, Hautkrebszentrum, Neuro-onkologisches Zentrum (Hirntumorzentrum) sowie das Kopf-Halstumorzentrum wurden mitzertifiziert. Ausserdem bildet das OZM im Bereich Lymphom, Leukämie und hämatologische Systemerkrankungen einen Schwerpunkt.

18.3.2 Endoprothetikzentrum

Das Orthopädiezentrum hat sich nach den Vorgaben für Endoprothetikzentren und der ISO 9001:2015 zertifizieren lassen. In den vergangenen Jahren erfolgten die Überwachungsaudits und im September 2018 stand bereits die Re-Zertifizierung an.

18.3.3 Pflege Bereich Chirurgie

In allen Zertifizierungsprozessen wirken die Pflegefachleute in den interdisziplinären und multiprofessionellen Arbeitsgruppen aktiv mit. Aus diesem Grunde hat die Pflege des Bereichs Chirurgie ihre Kernprozesse vereinheitlicht und sich als Innovationsprojekt nach ISO 9001:2015 zertifizieren lassen.

18.3.4 Institut für Pathologie

Das Institut für Pathologie hat als Meilenstein für die vorbereitete Akkreditierung nach EN 17025 im Frühling 2018 die ISO-Zertifizierung nach 9001:2015 erreicht. In 2019 ist die Akkreditierung vorgesehen.

18.3.5 Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

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

19 Schlusswort und Ausblick

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

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

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

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Spinale Neurochirurgie
Periphere Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Epileptologie: Komplex-Behandlung
Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)

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

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

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 (**FKQ**), 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.spitalinfo.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**).