

Kantonsspital Aarau



Qualitätsbericht 2021

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

Anton Schmid, CEO

Version 2

Sicher gesund werden

Dafür sorgen wir im KSA

www.ksa.ch/patientensicherheit

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 2021.

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 2021

Frau
Ulrike Sollmann
Leiterin Qualitätsmanagement
062 838 9379
ulrike.sollmann@ksa.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

Mit grossem Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen mit der H+ Qualitätsberichts-vorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

2021 war aufgrund der andauernden Covid-19-Pandemie wiederum ein forderndes Jahr für die Schweizer Spitäler und Kliniken und ihr Personal. Zur Entlastung der Institutionen wurde die Messung der postoperativen Wundinfektionen von Swissnoso zeitweise erneut unterbrochen. Zum zweiten Mal in Folge wurde zudem entschieden, die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen; auch fanden keine IQM Peer Reviews statt.

Im Qualitatsumfeld der Spitäler und Kliniken tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft trat. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+, die Verbände der Krankenversicherer santsuisse und curafutura sowie die Medizinal-Tarifkommission MTK ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Daraus resultierte ein Qualitatsvertrag, welcher dem Konzept die nötige Verbindlichkeit verleiht. Die Ergebnisse der neuen Vorgaben sollen zukünftig auf der Plattform spitalinfo.ch publiziert und in den H+ Qualitätsbericht integriert werden. Ein entsprechendes Publikationskonzept liegt vor.

Weiter wurde 2021 der Vorstoss von Ruth Humbel angenommen, welcher einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Leistungserbringer und deren Mitarbeitenden bei Lernsystemen vorsieht. Der Vorstoss legt die gesetzliche Grundlage für eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den Spitälern.

Ein wichtiger Meilenstein wurde auch im nationalen Projekt «Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie» der Allianz Peer Review CH erreicht. Die in den letzten drei Jahren erarbeiteten Umsetzungsvorschläge konnten in einigen Kliniken erfolgreich erprobt werden. Die Bereitschaft der Fachpersonen und entsprechende Schutzmassnahmen in den Institutionen ermöglichten es, vier Pilot-Reviews in der Psychiatrie durchzuführen.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifische Ergebnisse. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erlauerungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten transparent und umfassend auf, damit ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	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 2021	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021	10
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 spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	21
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	22
4.5 Registerübersicht	24
4.6 Zertifizierungsübersicht	27
QUALITÄTSMESSUNGEN	30
Befragungen	31
5 Patientenzufriedenheit	31
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	31
5.2 Eigene Befragung	32
5.2.1 Elektronische Patientenbefragung	32
5.3 Beschwerdemanagement	33
6 Angehörigenzufriedenheit	34
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	34
7 Mitarbeiterzufriedenheit	36
7.1 Eigene Befragung	36
7.1.1 Fokus-Befragung	36
8 Zuweiserzufriedenheit	38
8.1 Eigene Befragung	38
8.1.1 Zufriedenheitsumfrage 2021	38
Behandlungsqualität	39
9 Wiedereintritte	39
9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen	39
10 Operationen	40
10.1 Hüft- und Knieprothetik	40
11 Infektionen	41
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	41
12 Stürze	44
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	44
13 Dekubitus	46
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	46
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16 Zielerreichung und Gesundheitszustand	

	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	48
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	48
18.1.1	“The Power of sour” – Kampagne zum gezielten Einsatz von PPI	48
18.1.2	KPHARM – ein Projekt zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit am KSA	48
18.1.3	Elektronische Patientenzufriedenheit	48
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021	49
18.2.1	Neustrukturierung des Qualitätshandbuches	49
18.2.2	Überarbeitung der Checkliste "Sichere OP"	49
18.2.3	Trainingsraum für Patientensicherheit	49
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	50
18.3.1	Onkologiezentrum Mittelland	50
18.3.2	Pflege Bereich Chirurgie	50
18.3.3	Institut für Pathologie	50
18.3.4	Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	50
19	Schlusswort und Ausblick	51
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	52
	Akutsomatik	52
	Herausgeber	55

1 Einleitung

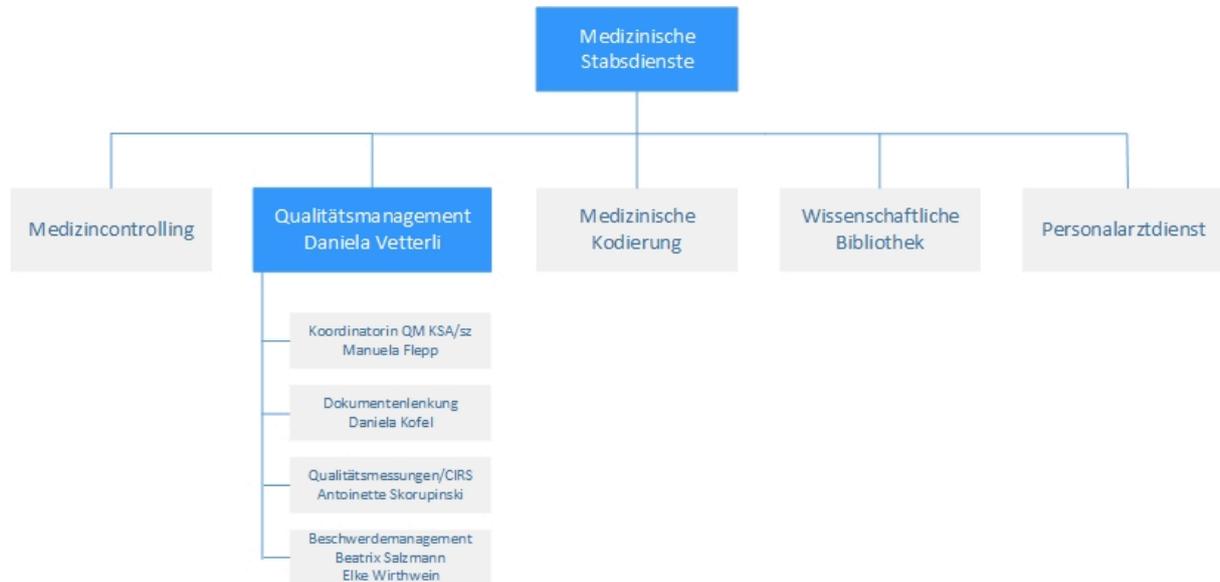
Mit mehr als 60 Behandlungszentren und Diagnoseinstituten ist das Kantonsspital Aarau (KSA) das Zentrum des aargauischen Gesundheitsnetzwerks. Im KSA werden jährlich rund 570'000 Patientenbehandlungen ambulant und stationär durchgeführt. Rund 4'600 Mitarbeitende aus über 300 Berufen sorgen für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung. Unterstützt von einer modernen medizinisch-technischen Infrastruktur.

Das 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. Dies stellt hohe Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Für das Qualitätsmanagement sind alle Mitarbeitenden mitverantwortlich: Die Aufgaben beginnen bei den Führungspersonen und schliesst alle Mitarbeitenden mit ein.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Die Abteilung 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 Umsetzung der Massnahmen innerhalb der Linienorganisationen zuständig. Allerdings verlangt die erfolgreiche Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen, dass alle Mitarbeitenden in die Qualitätsverantwortung mit einbezogen werden. Dafür braucht es Qualitätsdelegierte, die das übergeordnete Qualitätsmanagement vor Ort unterstützen und in ihrem Umfeld motivierend wirken, denn erst durch die entsprechende Haltung der Mitarbeitenden und die konsequente Umsetzung der Qualitätsvorgaben in allen Kliniken, Instituten und Abteilungen ist eine nachweisbare Qualitätsführerschaft des Unternehmens möglich.

Die Abteilung Qualitätsmanagement koordiniert die Tätigkeiten zur Qualitätsentwicklung gemäss nationaler und kantonaler Vorgaben und nimmt dabei folgende Aufgaben wahr:

- Verantwortung für die Umsetzung der Qualitätsstrategie
- Zentrale Koordination für alle Fragen des Qualitätsmanagements
- Sicherstellung und Überwachung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
- Berichterstattung über Projektfortschritte und andere Qualitätsaktivitäten
- Verantwortung für die Organisation, Durchführung und Aufbereitung von Qualitätsmessungen
- Planung und Durchführung von internen und externen Audits
- Strukturierung und Ablage von Dokumenten im zentralen Qualitätshandbuch
- Aufbereitung von Informationen zu Qualitätsaktivitäten für die GL, den VR, die Medien und die Politik
- Regelmässige Informationen über Qualitätsaktivitäten in der Hauszeitschrift
- Durchführung von Schulungen zu qualitätsrelevanten Themen

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist innerhalb der Medizinische Stabsdienste dem Bereich Zentrale Medizinische Dienste unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **510** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Ulrike Sollmann
Leiterin Qualitätsmanagement
062 838 9379
ulrike.sollmann@ksa.ch

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

3 Qualitätsstrategie

Das Kantonsspital Aarau (KSA) gehört mit seiner 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. Seit Jahren betreibt das KSA ein umfassendes und systematisches Qualitätsmanagement. Diesem liegt das Ziel zugrunde, die Qualität der Leistungserbringung und die Patientensicherheit fortlaufend zu erhöhen und transparent auszuweisen. Dies stellt hohe Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Geschäftsleitung des KSA hat die Qualitätsstrategie umfassend überarbeitet und verabschiedet: Zur Erfüllung der Anforderungen der Art. 58 KVG und Art. 77 Abs. 1 KVV ist ein systematisch aufgebautes, gezieltes und kontinuierliches Qualitätsmanagement Pflicht. Die Geschäftsleitung trägt dabei die strategische und operative Hauptverantwortung für die Erbringung qualitativ hochwertiger Leistungen. Für die Aufgaben des Qualitätsmanagements und die zukünftige Ausgestaltung einer unternehmensweiten Qualitätskultur, ist deshalb die strategische Ausrichtung der Qualitätsentwicklung relevant. Die erfolgreiche Umsetzung der Qualitätsziele verlangt, dass alle Mitarbeitenden in die Qualitätsentwicklung und -verantwortung mit einbezogen werden. Dies wird durch eine kontinuierliche Sensibilisierung für die Thematik und die Mitarbeit in Projekten sowie andererseits durch Multiplikatoren vor Ort erreicht.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021

- Vorprojekt zur Umsetzung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs)
- Update von CIRS und Vigilanz-Meldeportal
- Konzept für interne Audits

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

Der Qualitätssteueraussschuss legt jährlich die Jahresziele fest. In 2021 wurden folgende Ziele bearbeitet:

Strukturqualität

Aktualisierung der Qualitätsstrategie in Bezug auf Teilrevision KVG
Aktualisierung der Qualitätslandkarte

Prozessqualität

Zertifizierungs- und Überwachungsaudits im Rahmen des Onkologiezentrums Mittelland mit den nach DKG-zertifizierten Organzentren Brustkrebs, Gynäkologische Krebserkrankungen inkl. Dysplasieeinheit, Prostatakrebs und uro-onkologischer Schwerpunkt, Viszeralonkologisches Zentrum mit Darm- und Pankreaskrebs, Hautkrebs, Schwerpunkt Lymphome und Leukämien sowie Radio-Onkologie-Zentrum KSA-KSB

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

Überwachungssaudit Brustzentrum Mittelland (EUSOMA)

Ergebnisqualität

Durchführung und Analyse der ANQ-Messungen

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.

Die Entwicklung und Professionalisierung des Qualitätsmanagements in den kommenden Jahren wird unter anderem den Fokus verstärkt auf die patientenbezogenen Outcomes richten. Zudem werden die qualitätsrelevanten Kennzahlen den klinischen Nutzern und den Führungspersonen via Business Intelligence zeitnahe und digitalisiert zu Verfügung gestellt. Die Abteilung Qualitätsmanagement wird sich 2022 neu ausrichten. Aus diesem Grunde wird die Stelle der Leitung Qualitätsmanagement mit der Aufgabe der strategischen Weiterentwicklung per 1.1.2022 neu besetzt und durch die Teamleitung Operatives Qualitätsmanagement in ihren Aufgaben unterstützt.

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, curafutura 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 potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)

Bemerkungen

Ergebnismessungen sind elementare Bestandteile des Qualitätsmanagements. Im innerkantonalen Gremium „Kontaktgruppe Qualität Aargau“ (KQA) werden die Resultate jeweils transparent vorgestellt. Dabei gilt stets die Orientierung an Best Practice-Projekten. Doch nicht nur Ergebnisse werden verglichen, die Abteilung Qualitätsmanagement erarbeitet in Zusammenarbeit mit den Kliniken, Instituten und Abteilungen konkrete Massnahmen um proaktiv Qualitätseinbussen vorzubeugen. Die Ergebnismessungen finden extern durch eine mediale Verbreitung zunehmend Beachtung und zudem werden die Daten in diversen Spitalportalen von externen Parteien betrachtet. Diese Transparenz ermöglicht eine Vergleichbarkeit der einzelnen Institutionen, die massgeblichen Einfluss auf deren Positionierung im Wettbewerb nimmt.

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 Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Elektronische Patientenbefragung
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Fokus-Befragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zufriedenheitsumfrage 2021

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Vorprojekt zur Einführung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

Ziel	Qualitätsverbesserung durch value-based Health Care mit der Einführung von PROMs
Bereich, in dem das Projekt läuft	Pilotkliniken Traumatologie und Radio-Onkologie-Zentrum
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Juni 2021 - Juni 2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	PROMs sind standardisierte Instrumente, welche sowohl Informationen zum erreichten Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten, zum Genesungsprozess, als auch zur Nachhaltigkeit aus Patientensicht liefern. Die strukturierten Daten im Sinne der Behandlungs- und Indikationsqualität dienen dazu, die Ergebnisse kontinuierlich zu verbessern und auf einer aggregierten Datenbasis zukünftige patientenzentrierte Behandlungsentscheide umzusetzen. PROMs liefern die Grundlagen damit sich die Behandlungs- und Ind
Methodik	Die Datenerfassung erfolgt direkt durch die Patientin/den Patienten. Vor der Sprechstunde werden die Standardfragebogen im Warteraum mittels Tablet oder vorgängig von zu Hause aus via persönlichem E-Mail-Link erfasst. Alle Informationen werden in einem C
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte und Pflegepersonal, administratives Personal

Konzepterstellung zum Aufbau einer internen Auditorengruppe

Ziel	Das Ziel eines internen Audits soll jeweils eine Standortbestimmung sein. Mit den regelmässig durchgeführten internen Audits wird systematisch und regelmässig der Erfüllungsgrad von Anforderungen und der Reifegrad der Prozesse überprüft. Interne Audits s
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	August 2021 - Mai 2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Qualitätsstrategie der Kantonsspital Aarau AG (KSA) sieht bezüglich internen Audits vor, Ressourcen angemessen aufzubringen. Gemäss Aktionsplan sollen bis Ende 2021 interne Audits bereichs-, klinik- und institutionsübergreifend mit internen Ressourcen geplant und durchgeführt werden.
Methodik	Train the trainer
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Konzept ist erstellt, im nächsten Schritt geht es um die Befähigung der internen Auditorinnen und Auditoren.

Update H-CIRS und H-Vigilanz

Ziel	Wechsel des individuell entwickelten CIRS auf eine Standardlösung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	September 2021 - März 2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Wartung des bisherigen individuell entwickelten CIRS konnte längerfristig nicht mehr gewährleistet werden, weshalb ein neues Tool evaluiert wurde.
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Umsetzung von CIRS ist per Ende Januar 2022 erfolgt. Im 1. Quartal 2022 erfolgt die Integration der Vigilanzmeldefomulare.

Konzept Umgang mit Never Events

Ziel	Implementierung einer Möglichkeit schwerwiegende unerwünschte Ereignisse separat von CIRS zu melden
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	März 2021 - September 2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Der Meldeprozess soll für die meldende Person so einfach wie möglich im zentralen Meldeportal gestaltet werden.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte und Pflegepersonal
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt ist mit der Einführung der Never Event-Liste der Stiftung für Patientensicherheit on hold.

Durchführung elektronische Patientenbefragung

Ziel	Kontinuierliche Patientenbefragung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	elektronisches Frageset
Evaluation Aktivität / Projekt	Als Ergänzung zur ANQ-Befragung bietet dieses Instrument die Möglichkeit zur kontinuierlichen Online-Ermittlung der Patientenzufriedenheit. Dazu stehen erweiterte Fragestellungen zur Verfügung.

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Überarbeitung Checkliste "Sichere OP"

Ziel	Steigerung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	etabliert
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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 Erstellung der „Checkliste Sichere OP“ gewidmet. In 2018 wurde diese Checkliste umfassend aktualisiert und der WHO-Checkliste angepasst. 2019 wurde ihr Anwendungsbereich auf Patientinnen und Patienten mit ambulanten Eingriffen ausgedehnt. Die nächste Aktualisierung der Liste erfolgt 2021.

Patientenidentifikationsbänder (PIB)

Ziel	Steigerung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	etabliert
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Schwerverletztenversorgung / Polytrauma

Ziel	Leistungsauftrag HSM
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Traumatologie
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
Evaluation Aktivität / Projekt	Beteiligung am Schweizerischen Traumaregister (STR) und Implementierung in Patientendokumentationssystem KISIM; Optimierung der Leistungscodierung; Erstellung interdisziplinärer Behandlungspfad

OPTIMA

Ziel	Förderung der externen Zusammenarbeit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizinische Universitätsklinik (MUK)
Aktivität: Laufzeit (seit...)	etabliert
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
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.

Screening auf Medikationsfehler in KISIM (KPHARM)

Ziel	Steigerung der Medikamentensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	klinische Pharmazie und klinische Pharmakologie der Medizinischen Universitätsklinik
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Methodik	Algorithmus zur Detektion von Medikationsfehlern und unerwünschten Arzneimittelereignissen als Agent im KISIM

Patienten Advisory Board

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Radio-Onkologie
Aktivität: Laufzeit (seit...)	etabliert
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Virtuelles Tumorboard: Protonentherapie

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

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 läuft	Onkologie und Kinderonkologie
Aktivität: Laufzeit (seit...)	etabliert
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.

Tele-Tumorkonferenz mit dem Kinderspital Zürich

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

Osteoporosescreeing aller Frakturpatienten ≥ 50 Jahre

Ziel	Prävention
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Traumatologie
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Evaluation Aktivität / Projekt	Konsekutive 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 läuft	Augenklinik
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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 läuft	Neonatologie
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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.

Kinderkardiologisch-/ chirurgisches Kolloquium mit Fallvorstellungen an der Universitätskinderklinik Zürich

Ziel	Ziele sind u.a. die Standardisierung von Behandlungspfaden und verwendeten Normwerten, die Behandlungsplanung individueller Patientinnen und Patienten und Diskussion von Operationsindikationen.
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Klinik für Kinder und Jugendliche
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Dauer: ca. 3 Stunden; ca. 5 x jährlich

Gemeinsame Fallvorstellungen mit den Universitätskinderkliniken Bern und Basel (Netzwerk)

Ziel	Ziele sind u.a. die Behandlungsplanung individueller Patientinnen und Patienten und die Diskussion von Operationsindikationen.
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Klinik für Kinder und Jugendliche
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Dauer: 2 - 3 Stunden; 2 - 3 x jährlich
Evaluation Aktivität / Projekt	

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

Ziel	PPI-Verbrauch durch Einsatz einer stringenter, interdisziplinär erarbeiteten Indikationenliste senken
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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.

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 2003 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 (**Critical Incident Reporting System**) 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 alle Meldungen aufgearbeitet und je nach Schweregrad einer systemischen Fallanalyse unterzogen. Diese Analysen werden nach Bedarf in interprofessionellen und interdisziplinären Teams durchgeführt. Im Sinne der kontinuierlichen Prozessoptimierung werden daraus soweit erforderlich Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und ergriffen.

Das Berichts- und Lernsystem CIRS ist bei den Mitarbeitenden im Alltag fest verankert und wird rege genutzt. Dies beweist auch das stabile Niveau der Anzahl der Meldungen im Vergleich zum Vorjahr. Auch 2021 wurden über 1100 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.

Darüber hinaus ist das KSA seit 2011 Mitglied im CIRNET (**Critical Incident Reporting and Reacting Network**) und nutzt die von der Stiftung für Patientensicherheit erstellten Quick Alerts. Dabei handelt es sich um Handlungsempfehlungen, die aufgrund von national relevanten CIRS-Themen von Expertengruppen erarbeitet werden.

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.initiative-qualitaetsmedizin.de/fileadmin/Ergebnisveroeffentlichung/2021/Member/IQM_mitglied_459_DE.pdf 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 2019 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

2021 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie das zweite Jahr in Folge keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

Bemerkungen

Das KSA beteiligt sich am standardisierten Peer Review-Verfahren der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Das Ziel der Peer Review-Verfahren ist die Qualität des Behandlungsprozesses und -schnittstellen zu analysieren und bei Bedarf konkrete und im Betrieb umsetzbare Verbesserungsmaßnahmen festzulegen. Dabei werden durch externe Peers Patientenakten gesichtet und in kollegialen Fachgesprächen diskutiert. Unter anderem wird dabei analysiert:

- ob die Diagnostik/Behandlung adäquat und zeitgerecht erfolgte,
- ob die Behandlungsprozesse zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt wurden,
- ob die Indikationen inhaltlich angemessen und rechtzeitig erfolgten und
- ob Behandlungsleitlinien/Expertenstandards und Guidelines berücksichtigt wurden.

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 letztmals im September 2019 ein Peer Review zum Thema Sepsis 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 sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH 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 thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatrie, Wundbehandlung	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
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit Beginn
Mammaimplantatregister Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	MEM Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/	seit Beginn
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	2003
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	seit Beginn
PCI Register National PCI Register	Kardiologie	Arbeitsgruppe interventionelle Kardiologie schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie www.ptca.ch	2021
PET Minimal Data Set	Nuklearmedizin	Schweizerische Gesellschaft für Nuklearmedizin	2003

PET Minimal Data Set		www.nuklearmedizin.ch	
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG www.sbcdb.ch	2011
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch/	1998
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	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
SRSK Schweizer Register für Seltene Krankheiten	Alle Fachbereiche	Institut für Sozial-und Präventivmedizin (ISPM) www.ispm.unibe.ch/research/research_registries_and_databases/index_eng.html	2021
STIZ - Tox Info Suisse Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Ophthalmologie, Pathologie, Prävention und Gesundheitsw., Psychiatrie und Psychotherapie, Tropen- und Reisemedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Arbeitsmedizin, Nephrologie, Pneumologie, Kl. Pharmakol. und Toxikol., Intensivmedizin	Tox Info Suisse www.toxinfo.ch	seit Beginn
STR Schweizer Traumaregister / Swiss Trauma Registry	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin, Versicherungsmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch/	2015
SwissDisc Swiss Disc Register	Neurochirurgie	Kantonsspital Aarau www.swissdisc.com	2015
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	2012

SwissPit Swiss Pituitary Registry	Neurochirurgie, Ophthalmologie, ORL, Endokrinologie/Diabetologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlenth., Neuropathologie	Kantonsspital Aarau www.swisspit.ch	2016
SWISSspine SWISSspine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.memcenter.unibe.ch/iefo/	2021
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch/	2004
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumanetzwerk-dgu.de	2010

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	krebsregister-aargau.ch/
NICER Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org
SKKR Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	Kinderkrebsregister www.kinderkrebsregister.ch

Bemerkungen

Die Teilnahme an Registern ist für die Spitäler teilweise verpflichtend (z.B. Krebsregister; Implantatregister SIRIS etc.) und die Anzahl Register wird in den kommenden Jahren weiter zunehmen.

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
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)	Stroke Center	2013	2019	
ISO 9001:2015 und EN ISO 13485:2016	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte AEMP	2010	2019	
EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists)	Brustzentrum	2010	2019	
Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS) / ISO 9001:2015	Spitalpharmazie	2013	2019	
SN EN ISO/IEC 17025:2018 SN EN ISO 15189:2013	Institut für Labormedizin (IfIM)	2020	2020	
Akkreditierung Jacie (Joint Accreditation Committee- ISCT & EBMT)	Hämatologie, Institut für Labormedizin und Blutspendezentrum	2006	2020	
Akkreditierung nach ISO/IEC 17020:2012	Institut für Rechtsmedizin: Forensische Medizin	2015	2020	
Akkreditierung nach ISO 17025:2017	Institut für Rechtsmedizin: Forensische Genetik; Forensische Toxikologie	2015	2020	
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Rettungsdienst	2007	2018	
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Sanitätsnotrufzentrale	2019	2019	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG-Fachzertifikat	Onkologiezentrum Mittelland OZM	2016	2021	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG	Brust- und Gyn. Krebszentrum	2015	2021	
DKG Fachzertifikat	Dysplasieeinheit	2017	2021	
Kombiverfahren ISO	Viszeralonkologisches Zentrum	2015	2021	

9001:2015 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	(Darm- und Pankreaskrebs)			
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Prostatakrebs und Uro-onkologisches Schwerpunktzentrum	2016	2021	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG	Hautkrebszentrum	2016	2021	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und Fachzertifikat DKG	Lymphom, Leukämie und Hämatologische Systemerkrankungen	2016	2021	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Kopf-Hals-Tumorzentrum	2018	2021	
Kombiverfahren ISO 9001:2015	Neuro-onkologisches Zentrum	2018	2021	
ISO 9001:2015	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2018	2021	
ISO 9001:2015	Institut für Pathologie	2018	2021	
ISO 9001:2015	Pflege Chirurgie	2018	2021	
ISO 9001:2015	Radio-Onkologie Zentrum KSA-KSB	2020	2020	Erstzertifizierung;Hyperthermie
Fachzertifizierung	Interdisziplinäres Kontinenz- und Beckenbodenzentrum	2014	2020	
Fachzertifikat Endometriose- Vereinigung	Klinisches Endometriose-zentrum	2018	2018	
Fachzertifizierung der deutschen Röntgengesellschaft (DRG)	Kardiovaskuläre Bildgebung im Institut für Radiologie	2015	2020	
NRG/RTOG National Cancer Institute USA	Radio-Onkologie Zentrum KSA-KSB	2012	2019	
Rekole®	Rechnungswesen	2014	2020	Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung
Qualikita	Kita KSA Zwärglihuus	2013	2021	
H+Branchenlösung Arbeitssicherheit (EKAS)	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	2015	2020	

Auszeichnung ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services	Umsetzung der langfristig angelegten Rauchfreistrategie	2016	2019	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 nach ISO 9001:2015, Akkreditierungen sowie nationale und internationale Fachzertifikate erreicht. Diese internen und externen Überprüfungen haben zu Verbesserungen der Organisation, der Prozesse sowie zu guten Ergebnissen geführt.

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.

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			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
Kantonsspital Aarau AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.09	4.04	4.05	4.10 (4.02 - 4.13)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.51	4.52	4.45	4.50 (4.42 - 4.47)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.48	4.50	4.50	4.50 (4.43 - 4.53)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.45	4.34	4.35	4.30 (4.27 - 4.41)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.89	3.87	3.84	3.90 (3.80 - 3.93)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	88.20 %	89.10 %	88.10 %	87.90 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2021				1866
Anzahl eingetreffener Fragebogen	731	Rücklauf in Prozent		39 %

Wertung der Ergebnisse: 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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus hat im Jahr 2020 für die Akutsomatik regulär keine Patientenbefragung (ANQ) stattgefunden.

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 adjustierten Mittelwerte der nationalen Patientenbefragung zeigen insgesamt gute Werte. In den entsprechenden Gremien werden Verbesserungsmaßnahmen geplant und umgesetzt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im Juni 2021 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Elektronische Patientenbefragung

Der validierte Fragebogen zur Befragung aller stationären Patientinnen und Patienten erstreckt sich neben einem allgemeinen Urteil auf die fünf Themenbereiche Ärztinnen/Ärzte, Pflegefachpersonen, Organisation, Infrastruktur und Hygiene sowie Gastronomie. Der Fragenkatalog umfasst insgesamt zwölf Dimensionen.

Die Wöchnerinnen werden mittels eines separaten Fragebogens zu ihren Erfahrungen vor, während und nach der Geburt sowie zur Beratung und Betreuung ihres neugeborenen Kindes befragt.

Die Befragung der ambulanten Patientinnen und Patienten umfasst die Beurteilung der Aspekte Organisation, Behandlung und Betreuung sowie Räumlichkeiten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die elektronische Patientenzufriedenheitsmessung hat im April 2020 gestartet. Die Analysen der Befragungsergebnisse im Herbst 2021 führten zu einer gründlichen Überarbeitung des Umsetzungs- und Kommunikationskonzeptes der elektronischen Patientenbefragung.

Bemerkungen

Die elektronische Patientenbefragung wurde auf Ende 2021 gestoppt und eine Neuevaluation initiiert. Als Verbesserungsmaßnahme wird auf Ebene Gesamtspital die Einführung der neuen Befragungsform PREMs (Patient-Reported Experience Measures) betrachtet. Die gesammelten Daten der PREMs werden zur Verbesserung und Fokussierung des patientenzentrierten klinischen Managements beitragen, liefern aber auch wichtige Rückmeldungen an die Kliniken, um Vergleiche in der klinischen Versorgung zu ermöglichen.

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Aarau AG

Beschwerdemanagement

Beatrix Salzmann / Elke Wirthwein

Beschwerdemanagerinnen

062 838 44 18

qualitaet@ksa.ch

täglich 08:00 - 12:00 und 13:00 - 17:00 h

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 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
Kantonsspital Aarau AG				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	9.08	8.75	8.62	9.00 (8.67 - 9.24)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	9.00	8.62	8.54	9.20 (8.88 - 9.55)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.17	8.96	8.91	9.00 (8.73 - 9.33)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.12	8.90	8.80	8.90 (8.47 - 9.36)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.67	9.31	9.43	9.50 (9.26 - 9.74)
Anzahl angeschriebene Eltern 2021				253
Anzahl eingetreffener Fragebogen	71	Rücklauf in Prozent		28.00 %

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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus hat im Jahr 2020 für die Akutsomatik regulär keine Zufriedenheitsbefragung (ANQ) stattgefunden.

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, Unisanté, 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 2021 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

Bemerkungen

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

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Fokus-Befragung

Das KSA und das Spital Zofingen haben im Mai 2021 mit einer neuen Form der Mitarbeiterbefragung gestartet. Im Unterschied zu bisherigen Befragungen der Mitarbeiterzufriedenheit steht im Fokus der neuen Befragung die emotionale Bindung der Mitarbeitenden. Die KSA-Gruppe ist stolz auf ihre vielen guten und langjährigen Mitarbeitenden. Gerade in turbulenten Zeiten wie diesen bilden sie ein wichtiges Rückgrat, um die Unternehmung auf Kurs zu halten. Längst ist erwiesen, dass emotional an die Unternehmung gebundene Mitarbeitende nicht nur weniger oft die Stelle wechseln, sondern auch bessere Beziehungen zu ihren Kolleginnen und Kollegen, aber auch zur Führungsperson haben. Sie sind eher bereit, sich einzubringen, ihr Wissen zu teilen oder aktiv nach Lösungen zu suchen. Dies wirkt sich auch positiv auf die Patientenzufriedenheit und -sicherheit aus!

Aus diesem Grund wurde bei der neuen Mitarbeiterbefragung der Fokus auf die Mitarbeiterbindung gelegt und bei der Umsetzung von notwendigen Massnahmen der Hebel an diesem Punkt angesetzt. Die KSA-Gruppe steht mit Blick auf den Neubau und den angestrebten Kulturwandel vor grossen Herausforderungen. Um das Gesamtunternehmen weiterzubringen und für anstehende Herausforderungen fit zu machen, müssen Wege gefunden werden, um vermehrt über Hierarchiestufen oder Berufsgruppen hinweg zusammenzuarbeiten, sich auszutauschen und voneinander zu lernen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 3.5.2021 bis 25.5.2021 durchgeführt.

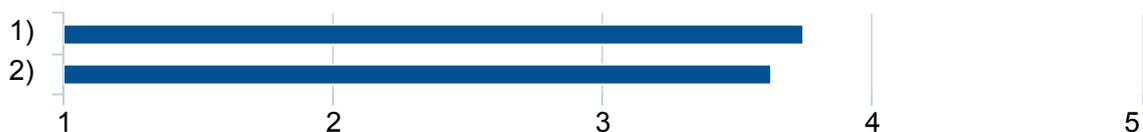
KSA-Gruppe

Befragt wurden alle per Mai 2021 im KSA oder im Spital Zofingen angestellten Mitarbeitenden, inkl. der Lernenden, Studierenden, Praktikanten sowie befristet und im Stundenlohn Angestellte.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Engagement (emotionale Bindung)
- 2) Gesamtzufriedenheit



1 = überhaupt nicht zufrieden / 5 = äusserst zufrieden

■ Kantonsspital Aarau AG

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)		
Kantonsspital Aarau AG	3.75	3.63	2931	55.00 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Befragung gibt Aufschluss über die emotionale Bindung der Mitarbeitenden zum KSA, resp. zum Spital Zofingen. Arbeitnehmende mit einer hohen emotionalen Bindung zur Arbeitgeberin erleben ihre Arbeit positiv, sind loyal, produktiv und fehlen weniger. 28% der Mitarbeitenden verfügen über eine hohe Bindung zum Unternehmen, während sich 11% emotional nicht an das Unternehmen gebunden fühlen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	FOKUS

Bemerkungen

Die Befragung in dieser Form wurde zum ersten Mal durchgeführt und die Resultate sind als Ausgangsbasis zu verstehen. Das Ziel ist die KSA-Gruppe für die nächsten Jahre zu stärken. Dazu wird weiterhin an der Führungs- und Zusammenarbeitskultur gearbeitet.

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 Zufriedenheitsumfrage 2021

Die Kantonsspital Aarau AG verfolgt ein strategisches und integriertes Zuweisermanagement gemäss Jahresplanung der Abteilung Marketing und Kommunikation. Die Zuweiserbefragung 2021 liefert entsprechend eine qualitative Datenbasis für die nächsten drei Jahre. Sie unterstützt die Pflege und den Ausbau der Zuweiserbeziehungen.

Im Detail bedeutet dies:

- Verbesserungspotenziale erkennen und priorisieren
- Informationslücken bei den Zuweisenden aufdecken
- Zuweisungshemmnisse identifizieren
- Patientensteuerung verbessern
- Gesprächsansätze generieren

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom August bis Oktober durchgeführt.

Die Erhebung zur Zuweiserzufriedenheit fand auf Ebene Gesamtspital mit vertiefenden, spezifischen Fragen zum Leistungsspektrum statt.

Die Grundgesamtheit betrug 400 Adressen, wovon 54 nicht kontaktiert werden konnten (nicht erreichbar, zwischenzeitlich pensioniert oder umgezogen). Somit bildeten insgesamt 346 Kontakte beziehungsweise Zuweisende den Adresspool der Befragung. 223 Adressaten beteiligten sich schlussendlich an der Befragung was eine Teilnahmequote von 65% ergibt. Die Nicht-Anonymitätsquote betrug 67%.

Die Gesamtzufriedenheit der Zuweisenden mit den Kliniken des KSA ist hoch. Die fachliche Kompetenz wird von den Zuweisern als insgesamt sehr gut beurteilt. Als Hauptunterschied zu den Benchmarkpartnern wurden das sehr umfassende Leistungsangebot und die Grösse des Spitals genannt. Das KSA wird als Endversorger-Spital wahrgenommen. Die individuellere Betreuung der Patienten in kleineren Spitälern wurde als Verbesserungspotenzial genannt.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse wurden analysiert und gemeinsam mit der Geschäftsleitung entsprechende Massnahmen abgeleitet. Aufgrund der erhaltenen qualitativen Daten sind generelle sowie individuelle Massnahmen möglich.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	rotthaus.com
Methode / Instrument	Telefoninterviews

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell 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.

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2016	2017	2018	2019
Kantonsspital Aarau AG				
Verhältnis der Raten*	1.05	1.02	1.04	1.05
Anzahl auswertbare Austritte 2019:				22377

* 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 potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell 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 (BFS MedStat) 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.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: Juli 2014 bis Juni 2018

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2014 - 2018	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2014 - 2018	Adjustierte Revisionsrate % 2014 - 2018
Kantonsspital Aarau AG			
Primäre Hüfttotalprothesen	346	2.60%	2.50%
Primäre Knieprothesen	328	3.50%	3.10%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2021 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Juli 2014 bis Juni 2018. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Juni 2020.

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/.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

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 folgender Operationen:
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Gebärmutterentfernungen (Summe)
▪ Gebärmutterentfernungen (abdominal)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2020 – 30. September 2021

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. November 2020 bis 1. April 2021

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. November 2020 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitalern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. April 2021 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2020/2021	2020/2021	2017/2018	
Kantonsspital Aarau AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	51	3	1.90%	4.00%	1.30%	5.70% (0.00% - 12.10%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	29	3	22.70%	14.80%	23.50%	8.40% (0.00% - 18.40%)
Gebärmutterentfernungen (Summe)	60	3	3.60%	4.20%	3.90%	9.20% (1.90% - 16.60%)
Gebärmutterentfernungen (abdominal)	60	3	3.60%	4.30%	3.70%	9.20% (1.90% - 16.60%)

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. März bis 31. Mai 2020

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2019/2020	2019/2020	2016/2017	
Kantonsspital Aarau AG						
Erstimplantationen von Kniegelenkprothesen	87	1	-	1.80%	2.90%	0.70% (0.00% - 2.40%)

* 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. Daraus erfolgten Massnahmen z.B. die laufenden OP-Beobachtungen und OP-Bundle, sowie Händehygiene-Beobachtungen. Zudem werden durch die Abteilung für Infektiologie gemeinsam mit den Kliniken M&M-Konferenzen für die Besprechung von SSI geplant.

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 und www.lpz-um.eu

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

	2018	2019	2020	2021 ***
Kantonsspital Aarau AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	8	8	–	–
In Prozent	3.20%	3.20%	–	–
Residuum* (CI** = 95%)	0.03 (-0.35 - 0.41)	0.05 (-0.51 - 0.41)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)	–	–

* 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. Die Ergebnisse werden im Fachführungsgremium Pflegeentwicklung kommuniziert. Vorschläge für Massnahmen werden durch die Bereichs- bzw. Stationsleitungen gemeinsam mit Pflege- und Fachexperten und den Teams erarbeitet. Folgende Verbesserungsmassnahmen zur Sturzprävention wurden definiert: Einsatz von Kognimat (Bettausstieg) und Mobility Monitoring, zudem wurden auf Stationen mit hohem Sturzrisiko und wiederholten Stürzen Sturzrundgänge durchgeführt und mit dem Sicherheitsbeauftragten die Resultate besprochen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13 Dekubitus

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

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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 Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2021 ***	In Prozent ***
		2018	2019	2020		
Kantonsspital Aarau AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	5	5	–	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0.03 (-0.27 - 0.32)	0.49 (-0.08 - 1.07)	–	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	

* 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/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 „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.

18.1.2 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. Weitere Algorithmen sind geplant.

18.1.3 Elektronische Patientenzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten ist ein wichtiger Qualitätsindikator. Eine regelmässige Patientenbefragung gewährleistet, dass die Spitalorganisation immer besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen und damit den Patientennutzen steigern kann. Aktuell werden am KSA verschiedene Methoden mit unterschiedlichen Konzepten für Patientenbefragungen angewendet. Ab dem 1. April 2020 werden die Patientenbefragungen mit einer systematischen einheitlichen, elektronischen Befragungsmethode für alle stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten durchgeführt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

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. Als weitere Entwicklungsmassnahme im Sinne der Synergiennutzung wurden im Frühling 2020 die dezentralen Qualitätshandbücher über eine Schnittstelle mit dem zentralen KSA-Qualitätshandbuch verbunden und damit der bidirektionale Austausch von Dokumenten untereinander ermöglicht.

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 2012 mit der „Checkliste Sichere OP“ gewidmet. 2018/2019 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.

18.2.3 Trainingsraum für Patientensicherheit

In den Patientenzimmern können vielfältige Gefährdungen der Patientensicherheit auftreten. Deshalb ist es wichtig, sich schon beim Betreten eines Patientenzimmers möglichst rasch einen Überblick über die Situation zu verschaffen. Es gilt nicht nur die Patientin / den Patienten selbst zu beobachten und das Befinden einzuschätzen, sondern auch mögliche Sicherheitsrisiken in der Umgebung zu erkennen und auszuschalten. Ausserdem ist auf die Umsetzung der Verordnungen im KISIM / Copra zu achten. Dieser komplexe Vorgang muss gelernt und immer wieder geübt werden. Dazu bietet sich die Einrichtung eines praxisnahen Trainingsraumes an. Diese im englischsprachigen Raum als «Room of Horror» bekannte Methode garantiert einen hohen Lerneffekt. Der «Horror» besteht in der Konzentration von Fehlern, die im realen Pflegealltag hoffentlich weder in dieser Kombination noch in diesem Ausmass an einem Patientenbett anzutreffen sind. Es wird eine Situation im Patientenzimmer nachgestellt, die mit Gefahrenquellen präpariert ist. In Kleingruppen suchen die Teilnehmenden nach diesen Fehlern und kommen dabei in eine Diskussion über mögliche Sicherheitsrisiken. Im November 2019 richtete eine Projektgruppe der Fachabteilung Pflegeentwicklung und des Qualitätsmanagements für zwei Wochen einen solchen «Trainingsraum für Patientensicherheit» ein. Zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden wurden 21 Fehler rund um die Themenfelder Hygiene, Medikamente, Ernährung, Patientenidentifikation und Technik eingebaut. Über 260 Mitarbeitende gingen auf die Suche nach simulierten Gefahrenquellen. Der Raum zog nicht nur Mitarbeitende aus den Bereichen Pflege / MTTD und Arztdienst, sondern auch aus anderen Berufsgruppen (z.B. Stab Pflege, Spitalpharmazie, Hauswirtschaft, Nuklearmedizin, Projekte und Prozesse, Architektur und Bau sowie Qualitätsmanagement) an. Alle Beteiligten gingen mit Eifer ans Werk, so dass neben den eingebauten Fehlern auch ungeplante Gefahrenquellen identifiziert wurden. Die Feedbacks waren durchweg positiv, so dass eine Neuauflage des Trainingsraumes für 2020/2021 geplant wird.

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 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 nach ISO 9001:2015 zertifizieren lassen.

18.3.3 Institut für Pathologie

Das Institut für Pathologie hat als Meilenstein für die vorbereitete Akkreditierung nach EN 17025 die ISO-Zertifizierung nach 9001:2015 erreicht. In 2022 ist die Akkreditierung vorgesehen.

18.3.4 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 Zertifizierung nach ISO 9001:2015 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

Wer eine Leistung einkauft, will wissen, ob die Qualität dieser Leistung stimmt. In diesem Sinne, soll die Öffentlichkeit erfahren, was das Kantonsspital Aarau unternimmt, um die Qualität seiner Leistungen zu sichern und zu fördern. Wer seine Qualität laufend misst und bewertet, verfügt über eine solide Grundlage, um sich stetig zu verbessern.

Ein wichtiges Grundprinzip des Qualitätsmanagements ist das fortlaufende Lernen. Das KSA positioniert sich mit einem kommunizier- und beweisbaren, nachhaltigen Qualitätsvorsprung. Erreichen will es das mit hervorragenden medizinischen, diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen auf allen Versorgungsstufen. Mit Qualitätsmanagement und Zertifizierungen, macht das KSA seine Qualität für Zuweisende, für die Öffentlichkeit und damit zukünftige Patientinnen und Patienten sichtbar. Aus diesem Grunde ist das Qualitätsmanagement auch explizit in der Unternehmensstrategie verankert.

Die Qualitätsaktivitäten orientieren sich dabei an mehreren strategischen Handlungsfeldern der Strategie:

1. Wir gestalten unsere Prozesse im Dienst der Qualität und Patientensicherheit effektiv und effizient.
2. Wir arbeiten patienten- und kundenorientiert und stellen die erforderliche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sicher.
3. Wir sichern unsere Marktführerschaft durch Leistungsbereitschaft und qualitäts- und ergebnisorientierte Forschung.

Für die Qualitätsentwicklung braucht es den persönlichen Ehrgeiz aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, das Beste für ihre Patientinnen und Patienten zu geben. Das Kantonsspital Aarau legt grossen Wert darauf, seine qualitativ hochstehenden Leistungen in Zukunft weiter auszubauen. Dabei wird auf allen Stufen der kontinuierliche Verbesserungsprozess gefördert und gegenseitiges Lernen unterstützt. Das Umsetzen von Wissen und ein achtsames Verhalten aller Mitarbeitenden bilden die Grundpfeiler für eine gute Qualität zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Daniela Vetterli
Leiterin Qualitätsmanagement

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
Behandlungen von vaskulären Erkrankungen des ZNS ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)
Behandlungen von komplexen vaskulären Anomalien des ZNS (IVHSM)
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Epileptologie: Komplex-Behandlung
Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik mit Intensivmonitoring (IVHSM)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme

Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
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 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
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
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. 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/qualitaet/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 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/ueber-uns/fachkommissionen/



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):

www.samw.ch.