Kantonsspital Aarau

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am: 2.5.2017
Durch: Robert Rhiner, CEO

Version 1

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 2016.

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 ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. Anhang 1) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz **3**
1 Einleitung **6**
2 Organisation des Qualitätsmanagements **7**
2.1 Organigramm 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 7
3 Qualitätsstrategie **8**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **10**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen 10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen
Im Kanton Aargau wurden im Berichtsjahr keine Messung vorgegeben.
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte 12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 17
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren 18
4.5 Registerübersicht 19
4.6 Zertifizierungsübersicht 21
QUALITÄTSMESSUNGEN **24**
Befragungen **25**
5 Patientenzufriedenheit **25**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik 25
5.2 Eigene Befragung 26
5.2.1 Interne Erhebung zur Patientenzufriedenheit durch Telefoninterviews 26
5.3 Beschwerdemanagement 26
6 Angehörigenzufriedenheit **27**
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik 27
7 Mitarbeiterzufriedenheit **29**
7.1 Eigene Befragung 29
7.1.1 Mitarbeiterbefragung / Gesamtspital 29
8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
Behandlungsqualität **30**
9 Wiedereintritte **30**
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen 30
10 Operationen **31**
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen 31
11 Infektionen **32**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte 32
12 Stürze **34**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz 34
12.2 Eigene Messung 35
12.2.1 Internes Sturzregister 35
13 Wundliegen **36**
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) 36
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen **38**
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen 38
14.1.1 Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen 38

15 Psychische Symptombelastung
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.
17 Weitere Qualitätsmessungen
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
18 Projekte im Detail 39
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 39
18.1.1 CIRS-Konzept 39
18.1.2 Schmerz-Konzept 39
18.1.3 Vorbereitung: Eltern-/ Patienten-Zufriedenheitserhebung 39
18.1.4 Konzept: Risikomanagement 40
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 41
18.2.1 CIRRNET-Hotspot Fehletikettierungen von Laborproben 41
18.2.2 CIRRNET: Fehler bei der oralen Kostverabreichung im Spital 41
18.2.3 Neues Meldeportal 41
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 42
18.3.1 Onkologiezentrum Mittelland 42
18.3.2 Endoprothetikzentrum KSA-KSB 42
19 Schlusswort und Ausblick 43
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 44
Akutsomatik 44
Anhang 2
Herausgeber 48

1 Einleitung

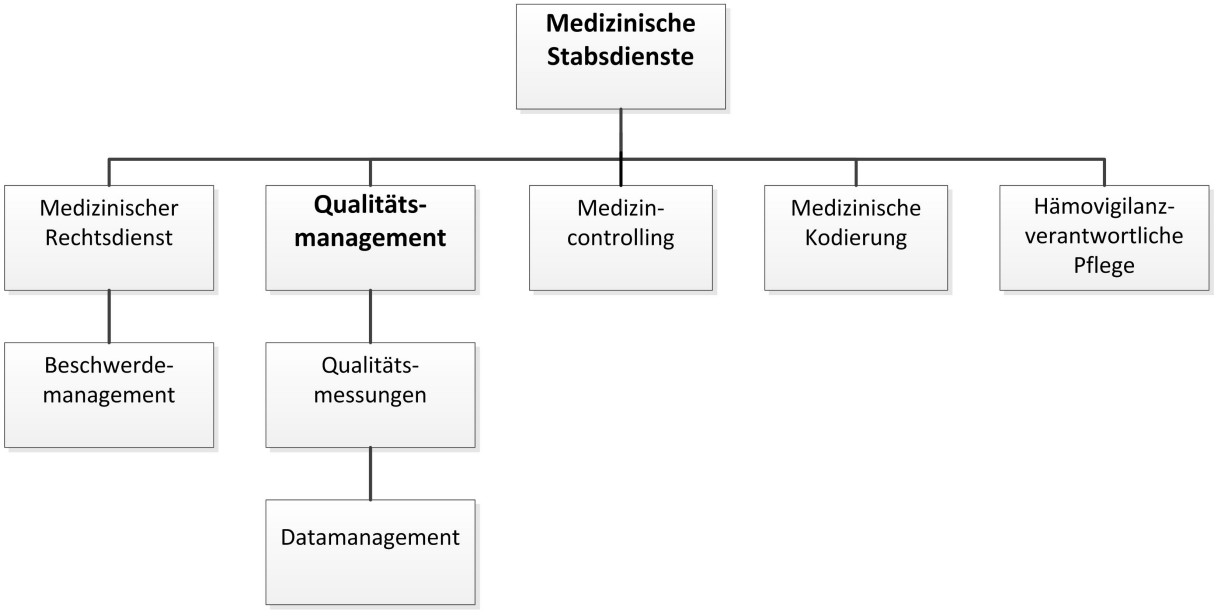
Mit mehr als 30 Behandlungszentren und Diagnoseinstituten ist das Kantonsspital Aarau (KSA) das Zentrum des aargauischen Gesundheitsnetzwerks. Im KSA werden jährlich rund 400'000 Patientenbehandlungen ambulant und stationär durchgeführt. Rund 4200 Mitarbeitende aus über 300 Berufen sorgen für eine qualitativ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

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

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



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

- Ansprechpartner in allen Fragen des Qualitätsmanagements
- Vorauswahl von Verbesserungsprojekten
- Überwachung der Umsetzungen von Qualitätsverbesserungsprojekten
- Berichtserstattung über Projektfortschritte und andere Qualitätsaktivitäten
- Organisation, Durchführung und Aufbereitung von Qualitätsmessungen
- Aufbereitung von Informationen zu Qualitätsaktivitäten für die GL, den VR, die Medien und die Politik
- Regelmässige Informationen über Qualitätsaktivitäten in der Hauszeitschrift

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **200** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

3 Qualitätsstrategie

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

Das umfassende Qualitätsmanagement basiert auf den folgenden Säulen:

- Messung und Sicherung der hohen Behandlungsqualität
- Optimierung der Prozessqualität
- Interprofessionelle Zusammenarbeit
- Zertifizierungen / Akkreditierungen
- Halten der Hochspezialisierten Spitzenmedizin (HSM)

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

- Zertifizierung Onkologiezentrum Mittelland mit den Organzentren Brustkrebs, Gynäkologische Krebserkrankungen, Prostatakrebs, Darmkrebs, Pankreaskrebs, Hautkrebs, Schwerpunkt Lymphom, Leukämie und Hämatologische Systemerkrankungen
- Erstes Überwachungsaudit Orthopädiezentrum Endoprothetik KSA-KSB
- Durchführung von Patienteninterviews im stationären Bereich der Medizin, Chirurgie und Frauenklinik
- Implementierung der Befragung zur Patienten- und Elternzufriedenheit in der Klinik für Kinder und Jugendliche

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Der Qualitätssteuerungsausschuss legt jährlich gemeinsam mit der Qualitätskommission die Jahresziele fest. In 2016 wurden folgende Ziele bearbeitet:

Strukturqualität

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

Prozessqualität

- Zertifizierungsaudit Onkologiezentrum Mittelland mit den Organzentren Brustkrebs, Gynäkologische Krebserkrankungen, Prostatakrebs, Darmkrebs, Pankreaskrebs, Hautkrebs, Schwerpunkt Lymphome, Leukämien und Hämatologische Systemerkrankungen
- Re-Zertifizierungsaudit Brustzentrum Mittelland (EUSOMA)
- Re-Zertifizierungsaudit Stroke Center
- Überwachungsaudit Orthopädie KSA-KSB Endoprothetikzentrum
- Implementierung neues Schmerzkonzept

Ergebnisqualität

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

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
Patientenzufriedenheit
▪ Interne Erhebung zur Patientenzufriedenheit durch Telefoninterviews
Mitarbeiterzufriedenheit
▪ Mitarbeiterbefragung / Gesamtspital

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Stürze
▪ Internes Sturzregister
Freiheitsbeschränkende Massnahmen
▪ Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Aktives Mitglied bei IQM (Initiative Qualitätsmedizin)

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

Onkologiezentrum Mittelland (OZM)

Ziel	Zertifizierung von Organzentren und Tumorzentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DGK) und ISO 9001
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Brust- und Gynäkologisches Krebszentrum; Darm- und Pankreaskrebszentrum; Prostatakrebszentrum; Hautkrebszentrum; Schwerpunkt Lymphome, Leukämien und Hämatologische Systemerkrankungen
Projekte: Laufzeit (von…bis)	Januar 2014 - April 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	In onkologischen Zentren werden betroffene Patienten ganzheitlich und in allen Phasen der Erkrankung betreut und versorgt.
Methodik	Ziel der Deutschen Krebsgesellschaft (DGS) und weiterer Fachgesellschaften ist es, die Entstehung von onkologischen Zentren mit einem festgelegten qualitativen Anspruch zu fördern.
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen der Organzentren und Querschnittsfächer
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung nach ISO 9001:2008 und den Vorgaben der DKG
Weiterführende Unterlagen	www.onkozert.de

Endoprothetikzentrem (EPZ)

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

Einführung Checkliste "Sichere OP"

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

Einführung von Patientenidentifikationsbändern (PIB)

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

OPTIMA

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

Schwerverletztenversorgung / Polytrauma

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

Klinische Pharmazie

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

Patienten Advisory Board

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radio-Onkologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	seit November 2014 laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Virtuelles Tumorboard : Protonentherapie

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

Hyperthermie

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

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

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

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

Ziel	Ersetzen der fehleranfälligen Zytostatikaverordnungen in Excel durch ein elektronisches System; automatisierte Vermeidung von Inkompatibilitäten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Kinderonkologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	seit 2014 laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Tele-Tumorkonferenz mit dem Kinderspital Zürich

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

Osteoporosescreening aller Frakturpatienten ≥ 50 Jahre

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

Austrittsmanagement im Wochenbett

Ziel	Senkung der Verweildauer und Steigerung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Geburtshilfe
Projekte: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Evaluation Aktivität / Projekt	Durch ein aktives Austrittsmanagement konnte die Verweildauer der gesunden Mütter gesenkt werden. Gleichzeitig wurde der Aufbau eines wirksamen Netzwerkes zur weiteren Betreuung zu Hause vorangetrieben.

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

Ziel	Qualitätssicherung im Rettungswesen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Einsatzleitstelle (ELS) 144
Projekte: Laufzeit (von…bis)	in Planung für 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2002 eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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

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

Das Berichts- und Lernsystem CIRS ist bei den Mitarbeitenden im Alltag fest verankert und wird rege genutzt. 2016 wurden insgesamt 1159 Meldungen von (Beinahe-) Zwischenfällen registriert. Diese hohe Motivation gilt es durch ein gutes Feedback zu stärken. Dazu tragen die Kontakte der Meldekreis-Verantwortlichen untereinander und zu den Mitarbeitenden ihres eigenen Meldekreises, die zeitnahe Bearbeitung der Meldungen und nicht zuletzt die Kommunikation über die ergriffenen Massnahmen bei.

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 Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

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

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2016 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

Bemerkungen

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

4.5 Registerübersicht

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

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

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

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

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	**Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet**	**Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment**	**Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment**	**Kommentare**
ISO 9001:2008	Onkologiezentrum Mittelland (OZM)	2015	2015	
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft	Darmkrebszentrum	2015	2015	
ISO 9001:2008	Pankreaskrebszentrum	2016	2016	Fachzertifikat DKG im Mai 2017 angestrebt
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Brust- und Gynäkologisches Krebszentrum	2015	2015	Im Mai 2017 wird die Fachzertifizierung der Dysplasie-Einheit angestrebt
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft	Prostatakrebszentrum	2016	2016	Im Mai 2017 wird die Zertifizierung des Uro-onkologischen Schwerpunkts Blase, Niere, Hoden und Penis angestrebt
ISO 9001:2008	Hautkrebszentrum	2016	2016	Fachzertifikat DKG im Mai 2017 angestrebt
ISO 9001:2008 und Fachzertifikat DKG	Lymphom, Leukämie und Hämatologische Systemerkrankungen	2016	2016	Onkologisches Schwerpunktzentrum
ISO 9001:2008	Neuro-onkologisches Zentrum	2016	2016	Im Frühling 2018 wird die Fachzertifzierung DKG angestrebt
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und EndoCERT	Orthopädiezentrum: Endoprothetikzentrum KSA-KSB	2015	2015	
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)	Stroke Center	2013	2016	
EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists)	Brustzentrum	2010	2016	
Fachzertifizierung	Interdisziplinäres Kontinenz- und Beckenbodenzentrum	2014	2014	

Akkreditierung nach EN 15189 und ISO 17025	Institut für Labormedizin	2006	2015	
ISO 9001:2015 und EN ISO 13485:2016	Zentralsterilisation (ZSVA)	2013	2016	
ISO/EC 17020: 2012 und ISO/EC 17025:2005	Institut für Rechtsmedizin	2015	2015	
Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS) / ISO 9001	Spitalpharmazie	2013	2016	
Akkreditierung Jacie (Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT)	Hämatologie, Institut für Labormedizin und Blutspendezentrum	2006	2014	Stammzelltransplantation
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Rettungsdienst	2007	2016	
Swiss Medic	Strahlenschutz	2011	2011	
Radiation Therapy Oncology Group RTOG/NRG/NCI	Institut für Radio-Onkologie	2012	2015	1.Spital in Europa letztes Audit: 2015
SGI-Anerkennung (Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin)	Chirurgische Intensivstation	1990	2007	
SGI-Anerkennung (Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin)	Medizinische Intensivstation	1998	1998	
Fachzertifizierung der deutschen Röntgengesellschaft(DRG)	Kardiovaskuläre Bildgebung im Institut für Radiologie	2015	2015	Erstes Spital in der Schweiz
H+Branchenlösung Arbeitssicherheit (EKAS)	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	2015	2015	Bewertung "sehr gut" (53 von 55 möglichen Punkten)
Rekole®	Rechnungswesen	2014	2014	Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung
Qualikita	Kita KSA Zwärglihuus	2013	2013	Kindertagesstätte
Fachstelle UND	Prädikat "Familie und Beruf"	2012	2015	Familien- und Erwerbsarbeit für Männer und Frauen

Auszeichnung ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services	Umsetzung der langfristig angelegten Rauchfreistrategie	2016	2016	Vorgaben der Organisation FTGS (Forum Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsorganisationen)

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 entwickelt.

Den Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patienten-befragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die adjustierten Mittelwerte der nationalen Patientenbefragung liegen erst frühestens im Herbst 2017 vor.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Interne Erhebung zur Patientenzufriedenheit durch Telefoninterviews

Die Patientenbefragungen mittels Telefoninterviews dienen der Erhebung der Behandlungsqualität und der Zufriedenheit der stationären Patienten in den Bereichen Chirurgie, Medizin und Frauenklinik. Die Antworten der Telefoninterviews werden in eine Datenbank eingegeben und systematisch ausgewertet. Die Anrufe finden jeweils 30 Tage nach dem Spitaleintritt statt. Im Beobachtungszeitraum wurden rund 3000 Patienten von geschulten Study Nurses kontaktiert.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Medizinische Universitätsklinik, Frauenklinik und Chirurgie
Die stationären, erwachsenen Patienten der Medizinischen Universitätsklinik, Chirurgie und Frauenklinik werden 30 Tage nach Eintritt befragt. Ausnahmen sind Patienten die geplant wiederholt stationär behandelt werden.

Fremdsprachige Patienten können in Englisch, Französisch, Italienisch, Niederländisch, Türkisch, Spanisch, Serbisch und Kroatisch befragt werden.

Die Messergebnisse werden mit den Resultaten der ANQ-Befragung verglichen. Die Werte sind praktisch identisch und weisen eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität aus.

Die Analyse der Ergebnisse kann Diagnose-bezogen ausgewiesen werden, was insbesondere für die Fachzertifizierungen von grossem Wert ist.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Aarau AG
Beschwerdemanagement
Beatrix Salzmann
Beschwerdemanagerin
062 838 44 18
beatrix.salzmann@ksa.ch
Montag, Dienstag, Donnerstag und
Freitag(Bürozeiten)

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2013	2014	2015	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Kantonsspital Aarau AG				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.54	9.21	8.75	8.56 (8.87 - 8.25)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.61	9.20	8.67	8.58 (8.89 - 8.27)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.68	9.23	8.82	8.84 (9.15 - 8.53)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.85	9.26	8.85	8.77 (9.08 - 8.46)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.43	9.53	9.18	9.19 (9.50 - 8.88)

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Befragung zeigt eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung ihrer Kinder und Jugendlichen.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH

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 2016 das Spital verlassen haben.		
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.		
Kantonsspital Aarau AG				
Anzahl angeschriebene Eltern 2016		326		
Anzahl eingetroffener Fragebogen		143	Rücklauf in Prozent	44.00 %

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung / Gesamtspital

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

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom Mai 2016 bis Juni 2016 durchgeführt.
Gesamtspital
Es wurden alle Mitarbeitenden des Kantonsspitals Aarau, welche länger als ein Jahr im Spital tätig waren, eingeladen an der Mitarbeiterbefragung teilzunehmen.

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon

Bemerkungen

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

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

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

Begründung

Die Resultate liegen aktuell noch nicht vor.

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

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).
Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

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

Messergebnisse

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

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

Begründung

Die Messergebnisse liegen aktuell noch nicht vor.

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

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 und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

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

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen **2016** (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen **2016** (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % 2013	2014	2015	adjustierte Infektionsrate % **2016** (CI*)
Kantonsspital Aarau AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	71	3	-	-	1.60%	2.50% (0.00% - 6.20%)
Hernienoperationen	292	4	-	-	1.10%	1.30% (0.00% - 2.70%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	80	14	-	-	18.00%	16.80% (8.60% - 25.00%)
Wirbelsäulenchirurgie	116	3	-	-	0.00%	2.50% (0.00% - 5.40%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen **2015** (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen **2015** (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % 2012	2013	2014	adjustierte Infektionsrate % **2015** (CI*)
Kantonsspital Aarau AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	128	2	-	-	5.80%	0.60% (0.00% - 2.00%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

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

Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
Kantonsspital Aarau AG				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	5	5	11	10
In Prozent	2.30%	2.40%	5.20%	4.80%

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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Sturzereignisse lassen sich trotz aller Präventionsmassnahmen nicht vollständig vermeiden. Im Beobachtungszeitraum kam es zu 10 Sturzereignissen, die ohne körperliche Verletzungen blieben. Die Analyse der Fälle erfolgt durch die Pflegewissenschaftlerinnen. Die Ergebnisse sowie Vorschläge für daraus abgeleitete Massnahmen werden durch die Bereichs- bzw. Stationsleitungen kommuniziert und gemeinsam mit den Teams erarbeitet.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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

Kantonsspital Aarau AG

Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	220	Anteil in Prozent (Antwortrate)	54.00%

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Internes Sturzregister

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

Als Weiterentwicklung des Sturzregisters wird ab Sommer 2017 gemeinsam mit dem Spital Zofingen ein überarbeitetes Sturzprotokoll eingesetzt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Die Sturzereignisse werden im gesamten Spital mit Ausnahme der Klinik für Kinder und Jugendliche dokumentiert.
Es werden alle gestürzten Patientinnen und Patienten im Sturzregister erfasst, auch Mehrfachstürze.

Im Rahmen der kontinuierlichen Erfassung wurden im Berichtsjahr 690 Stürze registriert. Sie ereigneten sich zu 52% auf chirurgischen, zu 47% auf medizinischen Stationen sowie zu 1% in der Frauenklinik. Ausführliche Auswertungen werden auf Bereichs- bzw. Stationsebene durchgeführt. Vorschläge für daraus resultierende Massnahmen werden mit den Bereichs- bzw. Stationsleitungen und den Teams diskutiert und umgesetzt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

	Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Kantonsspital Aarau AG						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 2-4	2	7	5	6	2.70%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0.8	2.8	2	3	1.40%

Bei Kindern und Jugendlichen

	Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus	Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Kantonsspital Aarau AG						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 2-4	0	1	0	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	1	0	0	0.00%

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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

Kantonsspital Aarau AG

Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	220	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	54.00%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2016	41	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	84.00%

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 CIRS-Konzept

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

18.1.2 Schmerz-Konzept

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

18.1.3 Vorbereitung: Eltern-/ Patienten-Zufriedenheitserhebung

Mit Ausnahme der jährlichen nationalen Patienten- und Elternbefragung im September gab es bisher keine systematische Befragung in der Klinik für Kinder und Jugendliche. Seit dem 1. April 2017 erfolgt die Befragung nach einer längeren Vorbereitungszeit im vergangenen Jahr nun über ein Feedbackterminal und dient der Erhebung zur Servicequalität und Zufriedenheit im ambulanten und stationären Setting.

Die Feedbackterminals (iPads) werden im Notfall, im ambulanten Bereich und auf den Bettenstationen der Klinik für Kinder und Jugendliche frei zugänglich aufgestellt. Die Eltern und die Patienten haben die Möglickeit ihre Rückmeldung anonym abzugeben. In der ersten Phase wird nur ein Deutschsprachiger Fragebogen zur Verfügung stehen. Zu einem späteren Zeitpunkt kann der Fragebogen dann auch in Englisch, Französisch oder Italienisch zur Verfügung gestellt werden.

Die Auswertung erfolgt in Echtzeit. Die Ergebnisse sind jederzeit Online in einem Dashboard ersichtlich. Auf diese Weise kann umgehend auf Qualitätsschwankungen reagiert werden.

18.1.4 Konzept: Risikomanagement

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

Medizinischer Rechtsdienst **Integrales Risikomanagement**	Qualitätsmanagement **Klinische Prozessrisiken**
Definition z.H. VR und GL von finanziellen und elementaren Unternehmensrisiken	Systemisches, präventives Management von Ereignissen, welche die Patientensicherheit gefährden könnten.
Bildung einer interdisziplinären Risikomanagement-gruppe aus Kadermitarbeitenden.	Die Risiken werden durch die klinischen Prozesseigner (Ärzte, Pflege, MTTD) bewertet und Vorbeugemassnahmen definiert.
Die Risiken werden in einer Risikomatrix zusammengetragen und jährlich beurteilt.	Die klinischen Prozessrisiken werden bewertet und Verfahren zur Massnahmenplanung innerhalb der MoMo-Konferenzen definiert.
Erstellung eines Risikoberichts z.H. der GL und des VR.	Der Umgang mit den klinischen Prozessrisiken und daraus resultierende Massnahmen werden in der Qualitätsmanagementbewertung beschrieben.

Ein Austausch findet instutionaliert in gemeinsamen Besprechungen statt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 CIRRNET-Hotspot Fehletikettierungen von Laborproben

Im Oktober 2016 veranstaltete die Stiftung für Patientensicherheit zum ersten Mal einen CIRRNET Hotspot-Monat. Von allen am CIRRNET beteiligten Spitälern und Kliniken wurden CIRS-Meldungen zum Thema "Fehletikettierungen von Laborproben"¨gesammelt. Dies umfasste Laborproben und Biopsien, die für Untersuchungszwecke bei Patienten abgenommen werden. Berücksichtigt wurden insbesondere folgende Schwerpunkte:

- Die falsche oder fehlterhafte Beschriftungen oder Etikettierungen von Entnahmegefässen, Auftragsformularen oder Laborresultaten
- Falsche, fehlende, verspätet eintreffende oder unauffindbare Laborresultate
- Verwechslungen von Entnahmegefässen, Etiketten, Auftragsformularen oder Laborresultaten.

Die Präsentation der Ergebnisse fand im Rahmen der CIRRNET-Tagung am 23. März 2017 in Olten statt.

18.2.2 CIRRNET: Fehler bei der oralen Kostverabreichung im Spital

Die CIRRNET-Tagung der Stiftung für Patientensicherheit am 19.4.2016 in Zürich stellte ein Thema ins Zentrum, dem es trotz seiner grossen Bedeutung an Aufmerksamkeit mangelt: Die orale Kostverabreichung im Spital und damit verbundene Fehler. Aus fehlerhaften oralen Kostverabreichungen können sich Konsequenzen mit unterschiedlichem Ausmass ergeben. Sie führen zur Patientenunzufriedenheit und beeinträchtigen im äussersten Fall sogar die Patientensicherheit. Die Verschiebung von Untersuchungen und Operationen (z.B. durch mangelnde Nüchternheit des Patienten) verursachen ausserdem organisatorische Probleme, die unter Umständen mit einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes und unnötigen Kosten verbunden sind. Die schlimmste Auswirkung ist jedoch die Verschlechterung des Gesundheitszustandes (z.B. durch eine allergische Reaktion, Aspiration oder gar einen anaphylaktischen Schock).

Die Veranstaltung wurde von KSA-Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen besucht. Die CIRS-Koordinationsgruppe griff das Thema auf und durch einen Artikel in der Hauszeitschrift bot es auch der breiten Allgemeinheit Denkanstösse: Die beste Massnahme, um dem richtigen Patienten das richtige Essen zur richtigen Zeit zu servieren, ist die wertschätzende Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen.

18.2.3 Neues Meldeportal

Die bisherigen Meldeportale rund um die Themen der Patientensicherheit waren bislang im Intranet dezentral aufgeführt. Dies gestaltete die Suche nach Informationen und Meldeformularen für die Mitarbeitenden zeitwaufwändig und wurde dem Arbeitsalltag nicht gerecht.

Deshalb begannen im Herbst 2016 die Vorbereitungen zur Aufschaltung einer Seite, auf der alle Meldeportale auf einen Blick ersichtlich sind. Durch die bessere Auffindbarkeit wird der Zugang zum CIRS, den Vigilanzen, dem Beschwerdemanagement, den Haftpflichtmeldungen und zum Sicherheitsdienst niederschwelliger. Mit einem Klick gelangen die Mitarbeitenden auf das neue übersichtliche Portal und finden dort alle Meldeformulare, Ansprechpersonen und weiterführende Hintergrundinformationen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Onkologiezentrum Mittelland

Eine Standortbestimmung zeigte, dass gut ein Viertel aller stationären und ambulanten Leistungen des Kantonsspitals Aarau im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung stehen. Das KSA bietet diesbezüglich eine Zentrumsfunktion. Es besitzt alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen. Nach einem strategischen Entscheid im August 2013 wurden diese im Onkologiezentrum Mittelland zusammengefasst. Um die Kompetenz in Aarau auch nach aussen sichtbar zu machen, wurde ein zweijähriges spitalweites Zertifizierungsprojekt initiiert. Es hatte zum Ziel, alle krebsbezogenen Leistungen in optimierten Prozessen zu verbinden, wobei der Blickwinkel der Patienten ausschlaggebend war.

Seit Mai 2016 verfügt das KSA über ein vollzertifiziertes Onkologiezentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Management-Organisation ISO. Die Organzentren Prostata, Darm, Brust und gynäkologische Tumore wurden mitzertifiziert. Pankreas-, Haut- und Hirntumore wurden als sogenannte Transitzentren vorzertifiziert und erhalten voraussichtlich im Frühling 2017 die Vollzertifizierung. Ausserdem erhält das KSA im Bereich Lymphom, Leukämie und hämatologische Systemerkrankungen einen Schwerpunkt.

Das Onkologiezentrum Mittelland ist nach zweijähriger Projektphase 2016 mit den definitiven Strukturen in die Betriebsphase gestartet. Die nächste Herausforderung liegt darin, die Zertifizierungen mit Überzeugung zu leben und weitere Organzentren anzustreben.

18.3.2 Endoprothetikzentrum KSA-KSB

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

Mitte September 2015 wurde die Hüft- und Knie Endoprothetik und damit das Orthopädie-Zentrum der Kantonsspitäler Aarau und Baden als erstes Endoprothetik-Zentrum der Schweiz zertifiziert.

19 Schlusswort und Ausblick

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

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

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

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: Jahresbericht

Akutsomatik

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

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

Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Transplantationen
Transplantationen solider Organe (IVHSM)
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Plexuschirurgie
Replantationen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und >= 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (Level III)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

Herausgeber

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

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht

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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa

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

Weitere Gremien

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.
Siehe auch: www.anq.ch

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

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