

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+



Freigabe: Adrian Schmitter, CEO
29.05.2019



Kantonsspital Baden

Impressum

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

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

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau
Martina Rütschlin
Leiterin Qualitätsmanagement
+41 56 486 29 71
martina.ruetschlin@ksb.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	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	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	17
4.5 Registerübersicht	18
4.6 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	22
Befragungen	23
5 Patientenzufriedenheit	23
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	23
5.2 Eigene Befragung	25
5.2.1 "Zufrieden mit uns?"	25
5.3 Beschwerdemanagement	26
6 Angehörigenzufriedenheit	27
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	27
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Die Zuweiserbefragung des Tumorzentrums wird im Jahr 2019 durchgeführt.	
Behandlungsqualität	29
9 Wiedereintritte	29
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	29
10 Operationen Die nationale Auswertung wird ab 2019 nicht mehr durchgeführt. Unser Betrieb evaluiert die Möglichkeiten zur eigenen Messung und Auswertung.	
11 Infektionen	30
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	30
12 Stürze	33
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	33
13 Wundliegen	35
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	35
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb führt im Rahmen der Prävalenzmessungen Sturz- und Dekubitus die nationale Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen durch.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17 Weitere Qualitätsmessung	37

17.1	Weitere eigene Messung	37
17.1.1	Qualitätskennzahlen Organkrebszentren.....	37
18	Projekte im Detail	38
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	38
18.1.1	EPIB - elektronisches Patientenidentifikationsband.....	38
18.1.2	Medikationsprozess auf den Pflegestationen.....	39
18.1.3	Pflegeprozess	40
18.1.4	Pflegerisches Erstgespräch	41
18.1.5	Beratungskonzept Ernährung und Krebs	42
18.1.6	Delirmanagement.....	43
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	44
18.2.1	eOPPS	44
18.2.2	Sturzprävention	45
18.2.3	Medikationssicherheit auf den Pflegestationen.....	46
18.2.4	Intelligenter Medikamentenschrank	46
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	47
18.3.1	Re-Zertifizierung "Babyfreundliches Spital"	47
19	Schlusswort und Ausblick	48
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		49
Akutsomatik		49
Herausgeber		52

1 Einleitung

Kantonsspital Baden AG (KSB) – Mehr als nur ein Spital

Das KSB ist Grundversorger und Spezialist zugleich. Dies spiegelt sich in seinem umfassenden Leistungsspektrum wider. Für rund 300'000 Einwohnerinnen und Einwohner im östlichen Teil des Kantons Aargau bietet das KSB eine wohnortnahe und sichere Gesundheitsversorgung.

1978 als Krankenhaus eröffnet, hat sich das KSB in den letzten Jahren kontinuierlich zu einem Gesundheitscampus entwickelt. Bei der Realisierung der Neubauten wurden viele Entwicklungen antizipiert: So ist die im Sommer 2016 eröffnete Tagesklinik Kubus auf ambulante Dienstleistungen ausgerichtet, während das KSB mit dem Partnerhaus, das im Frühjahr 2018 den Betrieb aufnahm, seine Rolle als Drehscheibe der integrierten Versorgung im Osten des Kantons Aargau weiter stärken konnte.

Es arbeiten in acht interdisziplinären Zentren Spezialisten verschiedener Fachrichtungen eng zusammen. Mit Sorgfalt und Fokus entwickelt das KSB seine Angebote bedürfnis- und zukunftsorientiert weiter.

Ein paar Kennzahlen aus dem Jahre 2018:

Die stationäre Auslastung ist um 0.88% höher als im Vorjahr, wir hatten 20'112 Austritte, das waren 3.0% mehr als im Vorjahr. Es liegt ein sehr intensives Jahr hinter uns. (Auszug aus der Leistungsstatistik 2018 KSB)

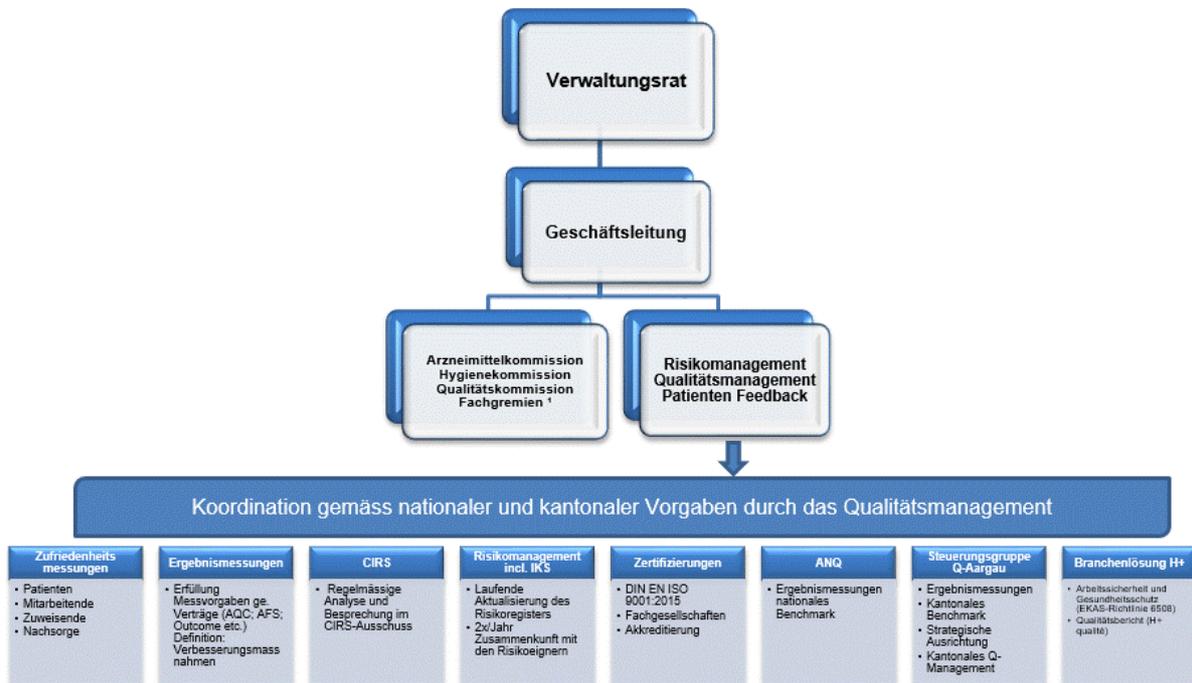
Den Höhepunkt der Modernisierung stellt der 450 Millionen Franken teure Neubau dar, der Ende 2022 in Betrieb genommen wird. Bis dahin, so die strategische Vision, will das KSB bezogen auf Qualität, moderne Infrastrukturen und patientengerechte Abläufe an der Spitze vergleichbarer Häuser stehen.

Weitere Informationen unter www.ksb.ch

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



†: CIRS-Ausschuss; Kommission SIGE; Kom. Gesundheit und Prävention; Spitaltransfusionsausschuss (STA); Fachkommission ISO/DnkoZert; Qualitätszirkel Pflege

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **280** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Michèle Schmid
 Direktorin Departement Pflege, Beauftragte
 oberste Leitung
 +41 56 486 29 02
michele.schmid@ksb.ch

Frau Martina Rütschlin
 Leiterin Qualitätsmanagement
 +41 56 486 29 71
martina.ruetschlin@ksb.ch

Frau Nazli Donat
 Fachspezialistin klinisches
 Risikomanagement
 +41 56 486 29 70
nazli.donat@ksb.ch

3 Qualitätsstrategie

Das Leitbild der Kantonsspital Baden AG (KSB)

Das KSB ist seit mehr als 35 Jahren für Sie da. Unser Leitbild zeigt verbindlich, wofür wir stehen und nach welchen Grundsätzen wir im KSB handeln.

Die Aufgaben des KSB:

- Als Dienstleistungsbetrieb setzen wir uns für eine hohe Lebensqualität unserer Bevölkerung ein.
- Wir sind ein führendes Zentrumsspital in der Schweiz und die wichtigste Drehscheibe der Gesundheitsversorgung im Ostargau.
- Die Ausbildung in zahlreichen Berufen sowie die Weiter- und Fortbildung für spezifische Spitalberufe sind uns ein besonderes Anliegen.

Die Zielsetzungen

- Das physische und psychische Wohlergehen unserer Patientinnen und Patienten ist Zentrum unserer Arbeit.
- Die Zufriedenheit aller Beteiligten ist unser Massstab.

Die Patientinnen und Patienten

- Sie sind Mittelpunkt unseres Betriebs. Ihnen gilt unsere grösste Aufmerksamkeit, bestmögliche Behandlung, Betreuung und Beratung.
- Für sie erbringen wir unser Engagement nach heute gültigen medizinischen, pflegerischen und ökonomischen Grundsätzen im Bewusstsein der Möglichkeiten und Grenzen.

Das Team

- Gegenseitiges Vertrauen, Toleranz, Respekt und Loyalität formen unsere Betriebskultur.
- Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfüllen bestmöglich fachliche und menschliche Ansprüche am Ort ihres Einsatzes im Wissen um wirtschaftliche Gegebenheiten.

Die Organisation

- Unsere Führungsverhältnisse und Organisationsabläufe sind einfach, übersichtlich und transparent.
- Professionalität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit sind wesentliche Teile unserer Qualität, um deren stete Verbesserung wir uns bemühen.
- Wir pflegen offene Kommunikation und enge Zusammenarbeit mit zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, auswärtigen Diensten, Pflegeeinrichtungen, anderen Gesundheitsinstitutionen und Partnern.
- Im Bestreben um Fortschritt und Entwicklung nehmen wir neue Anforderungen verantwortungsbewusst wahr.

Qualität und Gesundheitsförderung

- Durch stetes Lehren und Lernen und aufmerksames Überwachen von Struktur, Prozess und Ergebnis sichern und entwickeln wir unsere Qualität.
- Wir achten auf Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung als integrale Bestandteile unserer Leistungserbringung.

Qualität im Gesundheitswesen

Das Thema Qualität ist im Gesundheitswesen elementar und hat sich im Bewusstsein der Bevölkerung verankert. Die grössten Herausforderungen sind z.B. steigende Patientenzahlen, anhaltender Kostendruck, hohe Arbeitsbelastung, um nur einige zu nennen.

Wer Qualitätsmanagement im Spital umsetzen will, steht vor einer anspruchsvollen Aufgabe. Vor diesem Hintergrund müssen die Verantwortlichen Lösungen finden, die eine qualitätsvolle und ressourcenschonende Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherstellt. Damit dies gelingt, muss der Mitarbeitende in seiner Bedeutung als wesentliche Ressource und als Leistungserbringer in den Mittelpunkt gestellt werden.

An dieser Stelle setzt das Qualitätsmanagement (QM) an: Die Implementierung eines entsprechenden Qualitätsmanagementsystems (QM-System) im Spannungsfeld „Wirtschaftlichkeit – Qualität –

Humanität“. Es müssen Rahmenbedingungen und Strukturen gestaltet werden, in denen der Mitarbeitende zum Wohle der Patientinnen und Patienten des Unternehmens agieren kann. Um qualitativ hochwertige Leistungen erbringen zu können, sind motivierte und hoch spezialisierte Fachkräfte unerlässlich. Ein implementiertes QM-System, flankiert von ausgewählten und unterstützenden Zertifizierungen, erhöht die Attraktivität als Arbeitgeber für potentielle Mitarbeitende, kann aber auch ein wichtiges Marketinginstrument für Zuweisende und potentielle Patientinnen und Patienten sein.

Der Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung der Kantonsspital Baden AG haben die Strategie 2017-2021 für das KSB festgelegt. Eine der Zielsetzungen ist die Ausrichtung auf eine Lean-Organisation:

Ziel

Das KSB orientiert sich bezüglich der Ablauf- und Aufbau-organisation konsequent an der LEAN-Philosophie und setzt den Kunden / Patienten in den Fokus der Handlungen.

Handlungsfeld: Ablauf- /Aufbauorganisation

Wir standardisieren und messen unsere Prozesse regelmässig hinsichtlich Qualität, Effizienz und Effektivität. Wir beschränken den administrativen Aufwand auf das Sinnvolle und Notwendige. Wir etablieren ein aktives Change- / Innovationsmanagement. Wir führen das KSB schlank und effizient.

Wir sind überzeugt, dass die Bausteine der Lean-Philosophie helfen, die Prozessverbesserungen zu liefern, die vom QM-System benötigt werden. Lean ist eine gute Ergänzung zum QM und wird viel zur Verbesserung der Gesamtprozesse beitragen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

1. Spitalapotheke

Erfolgreiche Re-Zertifizierung ISO 9001:2015 in Kombination mit RQS.

2. Palliativ.ch

Bei der Erst-Zertifizierung nach Palliativ.ch wurde ein sehr gutes Ergebnis erzielt. Wir konnten 167 von den möglichen 168 Punkten erreichen.

3. Das erste Referenzzentrum für Hernien-Chirurgie in der Schweiz

Das KSB ist ab sofort ein Referenzzentrum für Hernien-Chirurgie in der Schweiz. Insgesamt gibt es im deutschen Sprachraum **neun** Kliniken mit der höchsten Zertifikatsform für Hernien-Chirurgie.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

1. Strukturqualität

- 1.1 Qualitätsbereich H+
- 1.2 QM-Handbuch Informer
- 1.3 Freigabeprozess Informer
- 1.4 QM-Strategie Zertifizierung
- 1.5 Re-Organisation Qualitätsmanagement

2. Prozessqualität

- 2.1 Status der Qualitätsarbeit
- 2.2 Gesetzliche Grundlagen im Strahlenschutz ab 01.01.2018
- 2.3 Prüfung der Zweckmässigkeit des Qualitätsmanagementsystems DIN EN ISO 9001:2015
- 2.4 Prüfung der fachlichen Anforderungen an ein Zentrum, Fachgebiet
- 2.5 Patientenbefragung Online durchführen

3. Ergebnisqualität

- 3.1 Messungen ANQ
- 3.2 Qualitätsindikatoren nach BAG

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Ausbau des bestehenden QM-Systems DIN EN ISO 9001:2015

Das bestehende QM-System DIN EN ISO 9001:2015 hat sich bewährt, ein grosser Teil der medizinischen Dienstleistungen sind bereits zertifiziert, sodass die Implementierung des Systems für alle patientennahen Bereiche in den kommenden Jahren ausgedehnt werden kann.

Umfragekonzept

Die Befragungen sind für uns am KSB ein wichtiges und hilfreiches Instrument zur routinemässigen Zufriedenheitserhebung. Durch Befragungen unterschiedlicher Anspruchsgruppen (Mitarbeitende sowie Patientinnen und Patienten, Hausärztinnen und - Ärzte und Zuweisende) erfahren wir unter anderem, welche Erwartungen an uns gestellt werden. Ziel des Umfragekonzeptes soll sein, die Befragungen der strategisch wichtigen Anspruchsgruppen zu regeln.

Ausbau des klinischen Risikomanagements

Das klinische Risikomanagement wurde kontinuierlich ausgebaut und auf den Abteilungen fanden die ersten Risikoaudits statt. In den kommenden Jahren wird der Fokus auf das klinische Risikomanagement weiter ausgerichtet und im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung weitergeführt. Die Ergebnisse aus präventiven und reaktiven Risikoaudits, aus kritischen Ereignissen, Qualitätsmanagement sowie Beschwerdemanagement bilden dazu die Grundlagen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

4.2 Durchführung von kantonally vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonale Vorgaben umgesetzt und folgende kantonally vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Nationale Patientenbefragung Akutsomatik

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>
<ul style="list-style-type: none">▪ "Zufrieden mit uns?"

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Qualitätskennzahlen Organkrebszentren

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

CIRS

Ziel	Identifikation von klinischen Risiken und Förderung der Sicherheitskultur, Einleitung von Präventions- und Verbesserungsmassnahmen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit Mai 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Identifikation von sicherheitsrelevanten Problemen und latenten Fehlern, Steigerung der Aufmerksamkeit für Risiken und Lösungsmöglichkeiten, Förderung des einrichtungsübergreifenden Lernens aus Fehlern und Risiken.
Methodik	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau

Meldepflichtige Vorkommnisse (Vigilanz Meldungen)

Ziel	Sicherstellung der Patienten- und Anwendersicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit Mai 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Identifikation und Meldung von unerwünschten Arzneimittelreaktionen, Vorkommnisse oder beinahe Vorkommnisse in Zusammenhang mit Blutprodukten und Medizinprodukten.
Methodik	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau

Themenwochen

Ziel	Sensibilisierung und Vertiefung von aktuellen Themen aus dem pflegerischen Alltag
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pflegestationen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2015 bis auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Gestaltung des Fortbildungsangebots zur kontinuierlichen Verbesserung praxisnah und im Arbeitsalltag
Methodik	Die Themenwochen dienen als Fachinputs, bei denen auf bereits vorhandenes Wissen und methodische Fähigkeiten zurückgegriffen werden; durch den problembasierten Ansatz des Lernens werden gezielt Problemfelder erschlossen und Verbesserungen dazu erarbeitet.
Involvierte Berufsgruppen	Dipl. Pflegefachpersonen, Pflegeexpertinnen, Fachpersonen Gesundheit (FaGe) und je nach Thema weitere relevante Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Nachbesprechung in den Teams und an den Qualitätszirkeln

Sturz

Ziel	Erfassung und Vermeidung von Patienten-Stürzen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Mai 2011 - auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Flächendeckendes Screening und Monitoring, Evaluation von Sturzereignissen, Weiterentwicklung der Sturzprophylaxe
Methodik	Elektronische Patientenakte KISIM
Evaluation Aktivität / Projekt	Im Rahmen der Themenwochen wurde die Sturzprophylaxe interprofessionell und unter Einbezug der Patienten sowie deren Angehörigen im Detail behandelt.
Weiterführende Unterlagen	Patienteninformationsbroschüre zum Thema Sturz

Dekubitus

Ziel	Erfassung und Vermeidung von Dekubiti
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Mai 2011 - auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Flächendeckendes Screening und Monitoring, Weiterentwicklung der Dekubitusprophylaxe
Methodik	Elektronische Patientenakte KISIM

Aggressionsmanagement

Ziel	Erfassung von Aggressionsereignissen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	November 2012 - auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Häufung von aggressivem Verhalten
Methodik	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Meldewesen wurde im 2018 nach PDCA Prinzip evaluiert und entsprechend der Bedürfnisse der Nutzer angepasst erweitert. Die Daten werden interprofessionell bewertet und entsprechende Massnahmen wurden eingeleitet, z.B. FB "Wochenthema" Delir aus Pflegestationen

Patientenidentifikationsbänder

Ziel	Sicherstellung bestmöglicher Voraussetzungen zur eindeutigen Identifikation von Patientinnen und Patienten.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Steigerung der Patientensicherheit, Weiterentwicklung der Sicherheitskultur
Methodik	Thermobänder
Evaluation Aktivität / Projekt	Als Weiterentwicklung des Projektes wurde die Patientenidentifikation im Bereich der CT per Scanner erfolgreich eingeführt. Nähere Informationen zum Folgeprojekt im Kapitel 18.

Prozessmanagement

Ziel	Unternehmensweite Prozessdarstellung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	September 2012 - auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Arbeitsprozesse schematisch abbilden
Methodik	BPMN 2.0

Lean Management

Ziel	Das KSB entwickelt und etabliert durchgängige und messbare Prozesse, welche sich in allen Bereichen am Patienten orientieren. Dabei gewonnene Erkenntnisse sollen in die Planung des Neubaus miteinfließen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Verschiedenste interne Analysen und interne wie auch externe Studien haben gezeigt, dass bezüglich der Kundenorientierung und der Prozesseffizienz im Gesundheitswesen noch grosses Verbesserungspotential vorhanden ist.
Methodik	Das KSB orientiert sich an den 10 Prinzipien des Lean Managements, um mittels des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses eine positive Entwicklung in den Bereichen der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie der Produktivität zu erzielen.

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2011 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

Bemerkungen

Die bestmögliche Qualität und höchste Patientensicherheit sind zentrale Anliegen im KSB. Seit 2004 ist eine offene, positive Fehlerkultur durch Meldung von kritischen Zwischenfällen implementiert.

Die Mitarbeitenden haben die Möglichkeit, Ereignisse, wenn gewünscht anonym, vor Ort zu erfassen. Die Meldekreisverantwortlichen, bestehend aus interprofessionellen Teams, analysieren und bearbeiten dringende Meldungen zeitnah und leiten Korrekturmassnahmen in den entsprechenden Kliniken und Fachbereichen ein. In regelmässig stattfindenden CIRS Ausschuss Sitzungen werden die vordefinierten Meldungen im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung und Wissensmanagement (voneinander lernen) gemeinsam diskutiert.

Die Anzahl der CIRS Meldungen zeigt auf, dass die offene Fehlerkultur bei den Mitarbeitenden positiv gelebt wird. Die systematische Antrittskontrolle auf den Pflegestationen und die Einführung der Patientenidentifikationsarmbänder sind einige Beispiele der Massnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung, welche aufgrund der CIRS Meldungen implementiert wurden.

Nebst der Datenanalyse werden der Umgang mit CIRS und das Meldewesen jährlich evaluiert. Im 2018 wurde das System angepasst, und die interne Veröffentlichung der CIRS Fälle eingeführt. Die interne Veröffentlichung der Fälle unterstützt das Prinzip des "Voneinander Lernens" und die Förderung der Meldebereitschaft.

Das KSB nahm 2018 an der Aktionswoche Patientensicherheit teil, welche jährlich durch CIRNET initiiert wird. Die Mitarbeitenden wurden in der Aktionswoche durch die CIRS Ausschuss Mitglieder über digitale Projekte, Fakten und Neuigkeiten rund um CIRS und Patientensicherheit informiert. Zudem wurde ein Wettbewerb mit Quizfragen zum Thema CIRS durchgeführt.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA MONITORING DER ANÄSTHESIEQUALITÄT IN DER SCHWEIZ	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	2005
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2002-2011
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	2004
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1998
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2006 (Monitorstudie)
FIVNAT-CH Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch	2000
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Einführungsdatum unbekannt
KTRZ Knochtumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochtumor-referenzzentrum/	Sporadisch seit 1993 (im KSB gibt es selten solche Tumoren)

MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	2008
SIOLD SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	2010
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	2010
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	2007-2010
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2012
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/	Datum unbekannt
NICER Nationales Institut für Krebsepidemiologie und - registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und - registrierung www.nicer.org	2013 über Krebsregister Kt. Aargau
SKKR Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	www.kinderkrebsregister.ch	Datum unbekannt

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
Babyfreundliches Spital (UNICEF)	Wochenbett	2005	2017	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Tumorzentrum Kantonsspital Baden mit folgenden Zentren: Gynäkologisches Zentrum, Interdisziplinäres Brustzentrum, Interdisziplinäres Darmzentrum, Institut für Onkologie / Hämatologie, Prostatazentrum	2015	2018	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Gynäkologische Tumore	2015	2018	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Interdisziplinäres Brustzentrum	2008	2018	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Interdisziplinäres Darmzentrum	2011	2018	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Prostatazentrum	2015	2018	
EKAS und H+	Gesamtspital	2009	2014	
Endoprothetikzentrum (EndoCert)	Endoprothetik Zentrum KSA / KSB	2015	2018	
Forum Tabakprävention und Behandlung Tabakabhängigkeit in Gesundheitsinstitutionen Schweiz FTGS	Gesamtspital	2015	2015	Bronze Zertifizierung
Interverband für Rettungswesen IVR	Rettungswesen	2005	2016	Anerkennung läuft bis 30. Juni 2020
ISO 9001:2015	Radiologie (Baden,Brugg,Limmatfeld)	2004	2017	
ISO 9001:2015	Interdisziplinäres Brustzentrum	2008	2017	
ISO 9001:2015	Interdisziplinäres Darmzentrum an den Standorten Baden,Limmatfeld	2011	2017	

Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

ISO/IEC 17025	Pathologie	2011	2016	Akkreditierung
ISO 9001:2015	Blasen- und Beckenbodenzentrum	2008	2017	
ISO 9001:2015	Nephrologisches Institut incl. Dialyse an den Standorten Baden, Brugg, Muri	2007	2017	
ISO 9001:2008 und RQS	Spitalapotheke	2012	2016	
ISO 9001:2015	Urologie an den Standorten Baden, Brugg, Limmatfeld	2015	2017	
ISO 9001:2015	Onkologie/Hämatologie	2014	2017	
ISO 9001:2015	Gynäkologie	2014	2017	
ISO 9001:2015	Orthopädie	2015	2017	
ISO 9001:2015	Geburtshilfe	2011	2017	
ISO 9001:2015	Nuklearmedizin	2016	2017	
Qualitop	KSB Move (Fitness)	2014	2017	Jährliche Qualitätsprüfungen
Referenzzentrum für Adipositaschirurgie	Gesamtspital	2015	2015	SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders)
Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	IDIS	2001	2016	Anerkennung
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies SFCNS	IMC	2015	2018	Re-Zertifizierung Stroke Unit fand am 19.01.2018 mit erfolgreichem Abschluss statt
Union Schweizer Gesellschaft f. Gefässerkrankungen USGG	Gefässzentrum	2014	2014	
Palliativ.ch	Medizin	2018	2018	
Deutsche Krebsgesellschaft	Pankreaskrebszentrum	2018	2018	
ISO 9001:2015	Ambulatorium	2018	2018	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
Kantonsspital Baden AG		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.05	4.07 (4.08 - 4.11)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.53	4.46 (4.43 - 4.46)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.55	4.44 (4.48 - 4.50)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.32	4.33 (4.39 - 4.43)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.83	3.80 (3.86 - 3.89)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.40	88.07 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		1246
Anzahl eingetreffener Fragebogen	561	Rücklauf in Prozent 45 %

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

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

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

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<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 "Zufrieden mit uns?"

Ziel der Befragung:

Die Befragung dient der Erhebung der Zufriedenheit aller Patientinnen und Patienten und ist wertvoll für uns, damit wir unsere internen Prozesse einerseits und die Behandlungsqualität andererseits optimieren können.

Mittels Fragebogen "Zufrieden mit uns?" wird die Zufriedenheit in den Bereichen Behandlung, Qualität, Kommunikation sowie Hotellerie erhoben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die Befragung wird in allen stationären Bereichen des KSB durchgeführt.

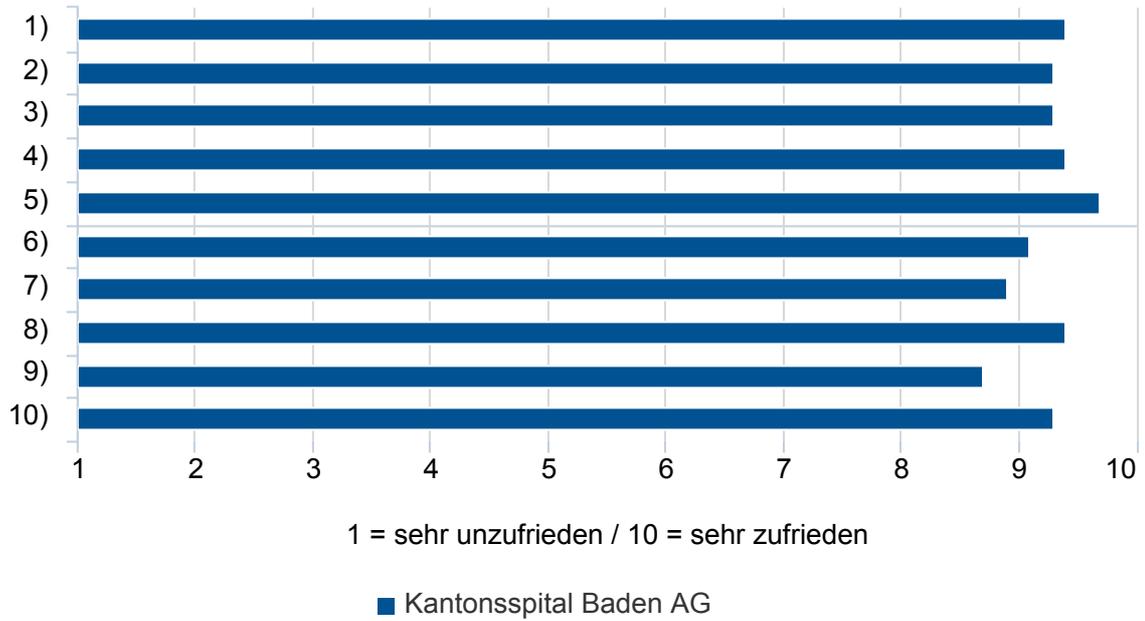
Zur Erhebung der Zufriedenheit von stationären Patientinnen und Patienten dient primär der interne Fragebogen „Zufrieden mit uns?“, welcher allen stationären Patientinnen und Patienten bei der Entlassung übergeben wird. Diese Befragung wird kontinuierlich seit über 10 Jahren durchgeführt.

Auf die abschliessende Frage in unserem internen Fragebogen: *"Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Spitalaufenthalt?"* konnten wir ein Ergebnis von 81.9% erzielen.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in unser Spital kommen?
- 2) Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?
- 3) Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?
- 4) Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?
- 5) Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthalts mit Respekt und Würde behandelt?
- 6) Wie waren Sie mit der täglichen Reinigung Ihres Zimmers zufrieden?
- 7) Wie waren Sie mit der Auswahl und Zubereitung der Speisen zufrieden?
- 8) Haben Sie das von Ihnen bestellte Essen bekommen?
- 9) Waren Sie während dem Spitalaufenthalt jederzeit über den aktuellen Tagesablauf informiert?
- 10) Stand den Pflegefachpersonen genügend Zeit für Ihre persönliche Behandlung / Anliegen zur Verfügung?



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Kantonsspital Baden AG	9.40	9.30	9.30	9.40	9.70

Messergebnisse in Zahlen							
	Mittelwerte pro Fragen					Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)	9)	10)		
Kantonsspital Baden AG	9.10	8.90	9.40	8.70	9.30	1914	14.70 %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Baden AG

Beschwerdemanagement

Cornelia Spirig

Fachspezialistin Beschwerdemanagement

+41 56 486 29 40

beschwerdemanagement@ksb.ch

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
	2015	2016	2017	
Kantonsspital Baden AG				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.54	8.80	9.18	8.40 (7.79 - 9.01)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.69	9.07	9.10	8.74 (8.16 - 9.33)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.83	9.04	9.25	9.07 (8.61 - 9.53)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.86	9.09	9.31	9.07 (8.64 - 9.50)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	8.98	9.56	9.48	8.96 (8.35 - 9.56)
Anzahl angeschriebene Eltern 2018				
Anzahl eingetreffener Fragebogen			Rücklauf in Prozent	- %

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

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2014	2015	2016	2017
Kantonsspital Baden AG				
Anteil externer Rehospitalisationen	-	9.69%	8.51%	10.28%
Verhältnis der Raten*	1.06	0.97	1.17	1.05
Anzahl auswertbare Austritte:				14444

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

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

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

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
Kantonsspital Baden AG						
Gallenblasen-Entfernungen	291	4	1.70%	2.20%	1.20%	1.50% (0.10% - 2.90%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	31	1	3.80%	0.00%	3.80%	2.80% (-3.00% - 8.50%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	142	24	12.80%	18.50%	20.50%	19.60% (13.10% - 26.20%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Kantonsspital Baden AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	196	0	1.00%	1.00%	0.40%	0.00% (0.00% - 0.00%)

* 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, 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

Im standardisierten Vergleich mit anderen Spitälern (SIR) liegt das Kantonsspital Baden bezüglich chirurgischem Wundinfekt auch in der aktuellen Beobachtungsperiode im schweizweiten Durchschnitt.

Besonders erfreulich ist, dass es während der letzten Beobachtungsperiode zu keinem einzigen Infekt nach Hüftgelenksprothese gekommen ist.

Zur zusätzlichen Qualitätssicherung nimmt das KSB seit 2018 zudem am Pilotprojekt „SSI Intervention“ der Swissnoso teil, worunter wir uns eine weitere Verbesserung der Infektraten, zum Beispiel im Bereich der Colonchirurgie erhoffen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

Swissnoso

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
Kantonsspital Baden AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	4	9	10	5
In Prozent	1.80%	4.20%	5.30%	2.20%
Residuum*	-0.15			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	231	Anteil in Prozent (Antwortrate)		99.10%

* 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.

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

Die Ergebnisse zeigen, dass die regelmässigen Schulungen und das laufende Monitoring der Sturzereignisse durch das Jahr für die Prävention wirksam sind.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<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. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13 Wundliegen

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

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

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

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

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
Kantonsspital Baden AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	3	4	4	5	2.10%
	Residuum*, Kategorie 2-4	-0.11			0	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	233	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			78.50%	

Bei Kindern und Jugendlichen

Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
Kantonsspital Baden AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	0	0		-
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2018	11	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			91.70%	

* 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.

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

Trotz höherem Case Mix Index (CMI) ist das Resultat der Dekubitusprävalenz stabil geblieben.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<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). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Qualitätskennzahlen Organkrebszentren

Im Tumorzentrum KSB werden die Organkrebszentren unter einem Dach vereint und nach der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. Durch das Zertifizierungssystem möchte man die Betreuung onkologischer Patienten verbessern und ihnen in jeder Phase ihrer Erkrankung eine Behandlung ermöglichen, die sich an hohen Qualitätsmaßstäben orientiert. Die Qualität der Zentren wird jährlich in Benchmarking-Berichten erfasst und veröffentlicht. Zusätzlich lassen sich Darmkrebszentren auf freiwilliger Basis einen jeweils individualisierten Jahresbericht erstellen, der die eigenen Ergebnisse im Vergleich zu anderen zertifizierten Zentren darstellt. So können sie die eigene Qualität stetig verbessern.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Brustkrebszentrum, Prostatakrebszentrum, Darmkrebszentrum, Pankreaskrebszentrum,
Gynäkologisches Tumorzentrum und Viszeralonkologisches Zentrum

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Kennzahlenbögen der Organzentren beinhalten zahlreiche, organspezifisch differenzierte Ergebnisse und sind auf der Homepage der Deutschen Krebsgesellschaft publiziert.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 EPIB - elektronisches Patientenidentifikationsband

Projektart:

Change the Business

Projektziel:

Das Projektteam hat den Auftrag, die elektronischen Patientenidentifikationsarmbänder auf weitere Patientengruppen und Anwendungsgebiete auszuweiten. Es ist zu prüfen, auf welche Bereiche der Einsatz der Patientenarmbänder ausgeweitet werden kann, z.B. im Zusammenhang mit der Erfassung von Leistungen (Medikamente, Verbandsmaterial, Erythrozytenkonzentrate,...) oder Geräteanbindung (EKG, Sonografien, BD Apparate). Bereits bestehende Prozesse, in denen die EPIB genutzt werden, werden überprüft und bei Bedarf angepasst.

Projekttablauf / Methodik:

Hermes

Involvierte Berufsgruppen:

Informatik, Dipl. Pflegefachpersonen, Patientenadministration, Medizintechnik, Radiologie, Unternehmensentwicklung

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Das Projekt wurde in 3 Teilprojekte (TP) aufgeteilt.

Im TP1 wurde der Einsatz der EPIB auf Patientinnen und Patienten ausgeweitet, welche für eine ambulante Operation eintreten. Mit dieser Massnahme konnte der "sign in / sign out" Prozess im OP vereinheitlicht werden, was für eine Steigerung der Patientensicherheit gesorgt hat.

Im TP2 wurde eine Lösung entwickelt, mit der der Barcode auf dem EPIB der Patientinnen und Patienten mit einem Handlesegerät gescannt wird. Die Information wird an die Gerätesoftware übermittelt. Die Gerätesoftware läuft auf einem Client (Workstation) im selben Raum oder im Nebenraum. Auf der Worklist wird nun der korrekte Patient (Fall) angezeigt und kann ausgewählt werden. So wird sichergestellt, dass die Untersuchung beim richtigen Patienten durchgeführt, und dass das Resultat der richtigen Patientin / dem richtigen Patienten zugeordnet wird. Mit dieser Umsetzung können Verwechslungen in der Radiologie verhindert werden, was eine grosse Steigerung der Patientensicherheit bedeutet. Vorerst wurde diese Massnahme für das CT umgesetzt, ein Rollout auf andere Modalitäten ist in Planung.

Im TP3 sollten bestehende Prozesse, in denen das EPIB bereits zur Anwendung kommt, überprüft und bei Bedarf angepasst werden.

18.1.2 Medikationsprozess auf den Pflegestationen

Name des Projektes:

Medikationsprozess auf den Pflegestationen

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Die definierten Prozesse des Medikationsprozesses zu evaluieren, Anliegen und Verbesserungsvorschläge der involvierten Berufsgruppen aufzunehmen und deren Umsetzung zu prüfen. Damit soll für die Optimierung der Medikationssicherheit ein wesentlicher Beitrag geleistet werden.

Projekttablauf / Methodik:

In einem ersten Schritt wurden anhand definierter Kriterien, welche sich am KSB-Konzept „Sichere Medikation“ orientieren, die Medikationsprozesse auf den Bettenstationen begleitet. Im Anschluss wurden die anwesenden Pflegefachpersonen und die Pharmaassistentinnen / Medizinische Praxisassistenten (MPA) zur subjektiven Einschätzung der Medikationssicherheit auf der Station, zum 4-Augen Prinzip, zu Fehlerquellen im Medikationsprozess und zu Verbesserungsvorschlägen befragt.

Involvierte Berufsgruppen:

Dipl. Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit (FaGe), MPA und Pharmaassistentinnen auf den Pflegestationen

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Die Resultate der Beobachtungen und die Verbesserungsvorschläge der befragten Personen auf den Pflegestationen zeigten, dass der schon gut funktionierende Verabreichungsprozess von Hochrisiko-Medikamenten durch eine Vereinheitlichung der Abläufe noch optimiert werden kann. Anhand der Empfehlung der Stiftung Patientensicherheit Schweiz zu den pflegerischen und pharmazeutischen Arbeitsprozessen (Richten und Verabreichen) von Hochrisiko-Medikation für die Spitäler, werden nun Basis-Set-Checklisten für die Doppelkontrolle von definierten Hochrisiko-Medikamenten erarbeitet. Die Thematik der Doppelkontrolle wird dabei kritisch beleuchtet; das heisst, es wird auf einen sinnvollen und zielführenden Einsatz der Doppelkontrolle Wert gelegt.

18.1.3 Pflegeprozess

Name des Projektes:

Optimierung des Pflegeprozesses auf den Pflegestationen

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Die Durchführung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses wird auf den Pflegestationen verbessert. Alle Pflegefachpersonen kennen den Pflegeprozess und wenden diesen korrekt und zuverlässig an. Den Pflegefachpersonen ist die Wichtigkeit des Pflegeprozesses bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten bewusst.

Projekttablauf / Methodik:

Die Teams der Pflegestationen wurden von den Pflegeexpertinnen mit verschiedenen Ansätzen zum Pflegeprozess geschult. Die verschiedenen Möglichkeiten einer korrekten Dokumentation des Pflegeprozesses im Patientendokumentationssystem wurden aufgezeigt. Darauf aufbauend wurde anhand von konkreten Fallbeispielen am Computer geschult, wie ein patientenorientierter Pflegeprozess gestaltet und korrekt dokumentiert wird. Zusätzlich wurden durch die Pflegeexpertinnen anhand konkreter Patientensituationen Eins-zu-Eins-Schulungen auf den Pflegestationen durchgeführt. Ergänzt wurden die Schulungen durch Fallbesprechungen, bei denen im Team der Pflegeprozess von ausgewählten Patienten beurteilt und optimiert wurde.

Involvierte Berufsgruppen:

Dipl. Pflegefachpersonen, Stationsleitungen, Pflegeexpertinnen

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Durch die verschiedenen Schulungen ist das Pflegefachpersonal auf den Pflegestationen zum Thema Pflegeprozess sensibilisiert worden. Der Pflegeprozess wird konsequenter durchgeführt als vor Projektstart und eine Evaluation des Pflegeprozesses findet zuverlässiger statt. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass es weitere Schulungen und Unterstützungsangebote braucht, um den Pflegeprozess weiter erfolgreich zu implementieren. Aus diesem Grund werden die Schulungen zum Pflegeprozess 2019 weitergeführt.

18.1.4 Pflegerisches Erstgespräch

Name des Projektes:

Das pflegerische Erstgespräch im Ambulatorium für Onkologie / Hämatologie

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Die Patientinnen und Patienten und ihre Bezugspersonen werden im Zentrum für Onkologie / Hämatologie vor der Ersttherapie von Pflegefachpersonen über die Antitumorthherapie informiert und können Fragen klären. Die persönliche Einschätzung von Problemen und Ressourcen fördert die Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten und verbessert die Adhärenz. Es wird Vertrauen aufgebaut und den Patientinnen und Patienten Sicherheit vermittelt.

Projekttablauf / Methodik:

- Erstgespräch des Onkologen mit Patientinnen und Patienten → Übergabe von wichtigen Informationen zu Diagnose, Therapie und Patientin / Patient durch den Onkologen an Pflegefachperson
- Erstkontakt der Pflegefachperson mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen des ärztlichen Aufklärungsgesprächs / erste ambulante ärztliche Konsultation mit dem behandelnden Onkologen; sie beinhaltet Erläuterungen zu organisatorischen Abläufen, Venenbeurteilung, Terminvereinbarung zur Ersttherapie und pflegerischem Erstgespräch, Ablauf der Ersttherapie, Zeigen der Therapieräume etc.
- Pflegerisches Erstgespräch. Das pflegerische Erstgespräch wird eine halbe Stunde vor der Ersttherapie in einem separaten Raum eingeplant → Verabreichung Ersttherapie.

Involvierte Berufsgruppen:

Ärzte / Ärztinnen, Dipl. Pflegefachpersonen, Pflegeexpertin APN Onkologie

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Das Teilprojekt Erstgespräch ist abgeschlossen. Die eingeleiteten Interventionen haben die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Kommunikation verbessert. Die pflegerische Betreuung der Patientinnen und Patienten im onkologischen Ambulatorium wurde professionalisiert und den Patientinnen und Patienten wird Sicherheit vermittelt. Geplant ist im Rahmen eines weiteren Projektschritts die Einführung eines an die Ersttherapie anschliessenden telefonischen Follow-ups.

18.1.5 Beratungskonzept Ernährung und Krebs

Name des Projektes:

Ernährung von Krebspatienten: Beratungskonzept für Patientinnen und Patienten mit intravenösen Antitumorthérapien im Zentrum für Onkologie / Hämatologie

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Die Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung leiden oft schon bei Therapiebeginn unter Mangelernährung. Ernährungsstörungen wirken sich negativ auf die Immunabwehr, Leistungsfähigkeit und Therapietoleranz aus. Infekte, toxische Nebenwirkungen und Therapiepausen führen zu einer längeren Krankenhausverweildauer (mit höheren Gesundheitskosten) und zu einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität. Ziel des Beratungskonzeptes ist es, dass die Patientinnen und Patienten den bestmöglichen Ernährungszustand haben und dadurch eine gute Lebensqualität, Therapieverträglichkeit und Überlebenszeit erreichen können.

Projekttablauf / Methodik:

- Frühzeitige Erfassung des Ernährungszustandes und von Ernährungsproblemen anhand einer gezielten Anamnese (Suche nach beeinflussbaren Symptomen und Störungen) und eines validierten Assessmentinstruments.
- Einleiten von Interventionen als Prävention oder Korrektur der Mangelernährung; bei Bedarf erhalten die Patientinnen und Patienten zusätzlich Ernährungsberatung.
- Behandlungsrichtlinien sind bekannt; die interprofessionelle Zusammenarbeit ist definiert; regelmässiger interprofessioneller Austausch findet statt.

Involvierte Berufsgruppen:

Ärzte / Ärztinnen, Dipl. Pflegefachpersonen, Pflegeexpertin APN Onkologie, Stv. Leitung Pflege, Ernährungsberatung

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Kontinuität beim ambulanten / stationären Übergang; verbesserte und strukturierte Zusammenarbeit sowie Nutzung von Synergieeffekten; Schutz vor einseitigen Empfehlungen (Laienwissen) und Förderung der Patientenkompetenz sind gewährleistet.

Das Beratungskonzept bleibt Qualitätsentwicklungsprojekt. Die laufende Evaluation des Projekts beabsichtigt, Abläufe zu verschlanken, die interprofessionelle Zusammenarbeit und Beratungskompetenz weiter zu verbessern.

18.1.6 Delirmanagement

Name des Projektes:

Delirmanagement auf den Pflegestationen

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Die Pflegefachpersonen und FaGe der Pflegestationen fühlen sich sicher im Umgang mit Patientinnen und Patienten im Delir. Sie kennen Risikofaktoren, die ein Delir verursachen können und setzen präventive Massnahmen gezielt ein. Die Pflegefachpersonen kennen medikamentöse und nicht-medikamentöse Massnahmen zur Behandlung eines Delirs und wenden diese an.

Projekttablauf / Methodik: "Themenwochen"

Im Rahmen von mehreren Themenwochen wurden die Pflegefachpersonen der Pflegestationen durch Apothekerinnen und Pflegeexpertinnen zu den Themen „Grundlagen des Delirs“, „Delir: medikamentöse Behandlung“ und „Delir und Sturz“ geschult. Mit Hilfe von Postern, Visitenbegleitungen und Vorträgen konnten sich die Teilnehmenden vertieft mit den Themen auseinandersetzen.

Involvierte Berufsgruppen:

Apothekerinnen und Apotheker, Dipl. Pflegefachpersonen, FaGe, Pflegeexpertinnen

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Das Wissen der Pflegefachpersonen auf den Pflegestationen zum Delir konnte durch die Themenwochen vertieft werden. Massnahmen zur Prävention und Behandlung eines Delirs werden vermehrt eingesetzt. Dadurch wurde die Betreuung von Patientinnen und Patienten in einem Delir qualitativ verbessert. Im Delirmanagement werden die Teams der Pflegestationen durch Delir-Konsilien sowie Beratungen durch die Pflegeexpertinnen unterstützt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 eOPPS

Projektart:

Change the Business – Hauptausprägung technisch und organisatorisch

Projektziel:

- Die IT-Infrastruktur ist termingerecht aufgebaut und abgenommen.
- Der interne Know-how Aufbau bez. ISMed-eOPPS wird von Beginn weg sichergestellt (Anwender, Betreiber).
- Die Schnittstellen zu den betroffenen Umsystemen können termingerecht umgesetzt und in Betrieb genommen werden.
- Die Aufrufe der Umsysteme können termingerecht in ISMed-eOPPS umgesetzt werden.
- Die Lieferobjekte werden termingerecht und mit dem Einverständnis aller betroffenen Projektmitglieder abgenommen und bereitgestellt.
- ISMed-eOPPS kann gemäss Terminplanung in Betrieb genommen werden.
- Die qualitativen Vorgaben an das System (Testkonzept) werden erreicht.

Projekttablauf / Methodik:

Hermes

Involvierte Bereiche:

Management, Anästhesie, Patientenadministration, Finanzen, Codierung, Informatik, Technischer Dienst, Medizintechnik

Projektelevaluation:

Der Bereich OP-Management mit eOPPS System läuft seit längerem ohne nennenswerte Probleme. Die Bedürfnisse der Anwender werden berücksichtigt und Prozesse werden laufend optimiert. Das Bettenmanagement hat sich gut etabliert, und die Prozesse laufen ohne nennenswerte Probleme.

18.2.2 Sturzprävention

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Die Reduktion der Sturzhäufigkeit, die Minderung der Sturzfolgen, die Überwindung von Sturzangst sowie die Unterstützung von Mobilität und Autonomie der Patientinnen und Patienten durch Schulung und Sensibilisierung der Pflegeteams betreffend Sturzprävention sowie Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Physiotherapie, Ärzten und Pflegefachpersonen. Dazu gehören auch Information, Schulung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen. Die gemeinsam wahrgenommene Verantwortung von Führungskräften des ärztlichen und pflegerischen Personals, weiteren therapeutischen Bereichen sowie der sorgfältige Einbezug der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen sind Grundlage einer nachhaltigen Sturzprophylaxe.

Projekttablauf / Methodik: "Themenwochen"

- Gezielte Abgabe eines Leporellos (Informationsbroschüre) zum Thema Sturzprävention für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige
- Konsequente Umsetzung Konzept Sturzprävention
- Arbeiten mit der Risiko- und Massnahmenliste
- Durchführen einer Themenwoche Sturz auf den Pflegestationen und Schulungen der Pflegefachpersonen

Involvierte Berufsgruppen:

Eine Arbeitsgruppe der Pflege (Dipl. Pflegefachpersonen, FaGe und Pflegeexpertinnen), Physiotherapie und eine Ärztin der Akutgeriatrie

Projektelevaluation/Konsequenzen:

Die Kennzahlen, insbesondere die Sturzursachen, werden weiterhin periodisch analysiert.

18.2.3 Medikationssicherheit auf den Pflegestationen

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Reduktion von Medikamentenfehlern durch Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der gemeinsam wahrgenommenen Verantwortung von Pflegefachpersonen, Ärztinnen / Ärzte und Apothekerin / Apotheker als Grundlage einer medikamentösen Therapie.

Projekttablauf / Methodik: "Themenwochen"

Themenwochen dienen als Fachinputs, bei denen auf bereits vorhandenes Wissen und methodische Fähigkeiten zurückgegriffen werden; durch den problembasierten Ansatz des Lernens werden gezielt Problemfelder erschlossen und Verbesserungen dazu erarbeitet. Die Themenwochen werden mit Postern und Prospekten visualisiert und mit Kurzfortbildungen begleitet. In Zusammenarbeit mit einer Apothekerin / einem Apotheker wird die Qualität von Verordnungen überprüft sowie Kommunikation und Know-how analysiert und verbessert.

Involvierte Berufsgruppen:

Dipl. Pflegefachpersonen, Pflegeexpertinnen, Ärztinnen / Ärzten und Apothekerin / Apotheker

Projekttablauf / Projektevaluation:

In Kick-Off- Sitzungen mit den Stationsleitungen wurden die Fortbildungsinhalte festgelegt. Die Evaluation der Umsetzung der einzelnen Themenwochen und des Gesamt-Projektes fand im Rahmen von Kadersitzungen und einem Qualitätszirkel Pflege sowie mit Hilfe von Fragebögen für die Pflgeteams statt. Durch die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen wurden Inhalte und Organisation der Themenwochen laufend angepasst und verbessert.

18.2.4 Intelligenter Medikamentenschrank

Projektart:

Einführung eines intelligenten, elektronisch gesteuerten Medikamentenschanks auf der interdisziplinären Privatstation

Projektziel:

Durch die Kopplung des Medikamentenschanks mit dem Verordnungssystem und der Materialbewirtschaftung kann der ganze Medikationsprozess sicherer, effizienter und kostengünstiger (weniger Schwund) organisiert werden. Gelenkte Sicherheitsvorkehrungen führen dazu, dass das richtige Medikament aus dem Schrank entnommen wird. Medikamentenbestellungen ausserhalb des Sortimentes können einfacher, speditiver und papierlos getätigt werden, und die Betäubungsmittelkontrolle auf der Station kann ebenfalls an den Schrank delegiert werden.

Projektstatus:

Der Medikamentenschrank wurde im Oktober 2017 in Betrieb genommen. Nach anfänglichen technischen und prozessbedingten Schwierigkeiten läuft der Routinebetrieb mittlerweile reibungslos. Zusätzliche Vereinfachungen des Prozesses, z.B. Bestellungen von Nichtlisten-Präparaten über den Schrank, sind etabliert und werden von Pflegefachpersonen sehr geschätzt.

Projektevaluation / Konsequenzen:

Die Geschäftsleitung hat den Grundsatzentscheid gefällt, im neuen Spital die insgesamt 12 Stationsapotheken mit elektronischen Medikamentenschränken auszurüsten. Es ist geplant, den zweiten Schrank im Mai 2019 auf der Pflegestation Urologie zu platzieren.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Re-Zertifizierung "Babyfreundliches Spital"

Externe Qualitätsüberprüfung / Audit durch SanaCert

Erfolgreiche Re-Zertifizierung UNICEF "Babyfreundliches Spital"

Ziele des Qualitätsprozesses sind die Förderung des Stillens, die Förderung der Mutter-Kind-Bindung sowie die optimale Begleitung und Beratung der Mütter und Väter beim Lebensstart mit Ihrer Kinder. Sind Prozesse und grundlegende Managementregelungen im Unternehmen implementiert, dient das Audit als Werkzeug zur Aufrechterhaltung und ständigen Verbesserung eines Managementsystems. Einfacher ausgedrückt bedeutet dies das regelmässige Infragestellen der Eignung von Aktivitäten einer Organisation: Sind die Ziele und Vorgaben erreicht bzw. erfüllt?

Zentrale Kriterien

...Stärkung Mutter-Kind-Beziehung

...Förderung des Stillens

...Laufende Aus- und Weiterbildung vom Gesundheitspersonal

10 Schritte zum erfolgreichen Stillen

- **Schritt 1:** Das gesamte Personal, welches an der Pflege von Mutter und Kind beteiligt ist, erhält schriftliche Richtlinien zur Förderung des Stillens.
- **Schritt 2:** Das Personal wird regelmässig geschult, um die Richtlinien erfüllen zu können.
- **Schritt 3:** Alle schwangeren Frauen werden über die Vorteile und Praxis des Stillens informiert.
- **Schritt 4:** Mütter haben unmittelbar nach der Geburt Haut-zu-Haut-Kontakt mit dem Kind. Es wird ihnen ermöglicht, ihr Kind innerhalb der ersten ein bis zwei Stunden nach der Geburt anzulegen.
- **Schritt 5:** Die Mütter erhalten Anleitung und Unterstützung beim Stillen. Sie werden instruiert, wie sie die Milchproduktion aufrechterhalten können, falls sie zeitweise von ihrem Kind getrennt sind. Mütter von Frühgeborenen, kranken oder behinderten Neugeborenen, die noch nicht an der Brust saugen können, erhalten spezielle Hilfe zur Förderung des späteren Stillens. Mütter, welche nicht stillen, erhalten eine Anleitung zur Ernährung des Neugeborenen.
- **Schritt 6:** Säuglinge, die gestillt werden, erhalten nur dann zusätzliche Flüssigkeit oder Nahrung, wenn es dafür eine medizinische Indikation gibt.
- **Schritt 7:** Das System des Rooming-in erlaubt Mutter und Kind, Tag und Nacht zusammen zu sein; die Einrichtung gewährleistet dieses System.
- **Schritt 8:** Das Stillen wird dem Rhythmus des Kindes angepasst.
- **Schritt 9:** Saugflaschen, Schnuller (Nuggi) und Saughütchen werden in den ersten Tagen nach der Geburt vermieden.
- **Schritt 10:** Die Einrichtung fördert und pflegt eine enge Zusammenarbeit mit den frei praktizierenden Hebammen, Stillberatungs-, Mütter- / Väterberatungsstellen sowie Stillgruppen. Sie überweist die Mütter nach Austritt an diese Fachpersonen.

Am Erreichen des Erfolgs der Zertifizierung sind sehr viele Berufsgruppen beteiligt. Wir arbeiten interprofessionell zusammen.

19 Schlusswort und Ausblick

Das KVG gibt den Auftrag, dass die Spitäler Qualität zielgerichtet und systematisch zu sichern und zu fordern haben. Daran richtet sich die Qualitätsarbeit des KSB täglich aus, um den Bedürfnissen der Kunden nach Qualität und Sicherheit und auch den gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen.

Qualitätsförderung im Spital geschieht nicht durch externen Druck, sondern durch den persönlichen Ehrgeiz aller Mitarbeitenden, das Beste für ihre Kunden zu geben. Alle Anstrengungen um Qualität und Sicherheit in der Medizin sind integraler Bestandteil ärztlichen und pflegerischen Handelns im KSB.

Das KSB ist in erster Linie seinen Patientinnen und Patienten verpflichtet. Es gewährleistet gleichbleibend hohe Versorgungsqualität, immer angepasst an die rasant fortschreitende medizinische und technische Entwicklung. Das Bemühen um finanzielle Effizienz und Disziplin sichert die dazu notwendige betriebswirtschaftliche Basis. Damit die Qualitätsentwicklung nachhaltig von allen Mitarbeitenden getragen und gelebt werden kann, hat das Spital die notwendigen personellen und organisatorischen Ressourcen und Strukturen nach folgenden Gesichtspunkten ausgerichtet:

- Die oberste Führungsebene des KSB ist in die Verantwortung eingebunden.
- Die Qualitätsentwicklung fokussiert sich auf überschaubare Projekte, welche ein klares Kosten- / Nutzenverhältnis haben, und deren Resultate für alle ersichtlich sind.
- Die Qualitätsentwicklung muss kommunizierbar und fassbar sein.

Wir werden auch in den kommenden Jahren intensiv an unserer Qualität arbeiten und freuen uns darauf, Sie im nächsten Jahr über die Qualitätsentwicklungen in unserem Spital zu informieren.

”””

Baden, Mai 2019

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
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe

Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und \geq 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und \geq 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)

Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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