

Qualitätsbericht 2021

nach der Vorlage von H+



Freigabe: Adrian Schmitter, CEO
25.05.2022



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 2021.

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2021

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	20
4.5 Registerübersicht	21
4.6 Zertifizierungsübersicht	25
QUALITÄTSMESSUNGEN	29
Befragungen	30
5 Patientenzufriedenheit	30
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	30
5.2 Eigene Befragung	32
5.2.1 "Zufrieden mit uns?"	32
5.3 Beschwerdemanagement	32
6 Angehörigenzufriedenheit	33
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	33
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	35
9 Wiedereintritte	35
9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen	35
10 Operationen	36
10.1 Hüft- und Knieprothetik	36
11 Infektionen	38
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	38
12 Stürze	41
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	41
13 Dekubitus	43
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	43
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16 Zielerreichung und Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
17 Weitere Qualitätsmessungen	45
17.1 Weitere eigene Messungen	45

17.1.1	Weitere spezifische Patientenbefragungen.....	45
17.1.2	Qualitätskennzahlen Organkrebszentren.....	45
18	Projekte im Detail	46
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	46
18.1.1	Simulationsbasiertes Team-Training.....	46
18.1.2	Speaking-Up - erwünschter Ungehorsam	48
18.1.3	Mystery Patient	49
18.1.4	Elektronischer Medikamentenschrank	50
18.1.5	Automatisierte Dokumentation	51
18.1.6	Hey Patient App	52
18.1.7	PDMS - Patientendaten Management System	53
18.1.8	Validation VA-CH auf den medizinischen Pflegestationen.....	54
18.1.9	Positionierungs- und Mobilisationskonzept.....	55
18.1.10	Anerkennungsverfahren Hebammengeleitete Geburtshilfe (HGGH)	56
18.1.11	Implementierung Anlaufstelle "Windspiel".....	57
18.1.12	Delirprävention - Delirsensibles Spital	58
18.1.13	Delirmanagement.....	59
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021	60
18.2.1	Pflegeprozess	60
18.2.2	Medikationsprozess auf den Pflegestationen.....	61
18.2.3	Aktivierungsbox.....	62
18.2.4	Kunsttherapie auf der Palliativstation	63
18.2.5	Schmerzbehandlung	64
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	64
18.3.1	Geltungsbereichserweiterung	64
19	Schlusswort und Ausblick	65
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		66
Akutsomatik		66
Herausgeber		69

1 Einleitung

KSB - Ort der Gesundheit

Bei uns steht der Patient im Zentrum – und zwar schon seit 1349. Damals stiftete Königin Agnes von Ungarn der Stadt Baden ein Spital, das seitdem stets mit der medizinischen Entwicklung Schritt hielt. Triebfeder war dabei die Innovation. Die Maxime, sich ständig verbessern zu wollen, prägt das Kantonsspital Baden (KSB) und seine 2500 Mitarbeitenden bis heute. Schliesslich wollen wir unseren Patienten eine qualitativ hochwertige Behandlung und Betreuung bieten, damit ihr Leben lebenswert bleibt.

Durch unser vernetztes Denken und Handeln stärken wir die Rolle des KSB als Drehscheibe der Gesundheitsversorgung im Osten des Kantons Aargau. Unsere Dienstleistungspalette reicht von der Grundversorgung für die einheimische Bevölkerung bis zur hochspezialisierten Medizin, von der auch Patienten ausserhalb der Kantonsgrenzen profitieren können.

Die Bedeutung des KSB für die Gesundheitsversorgung zeigte sich nicht zuletzt während der SARS-CoV-2 Pandemie im Jahr 2020 und 2021, als rund zwei Drittel aller im Aargau hospitalisierten Covid-Patienten hier behandelt wurden.

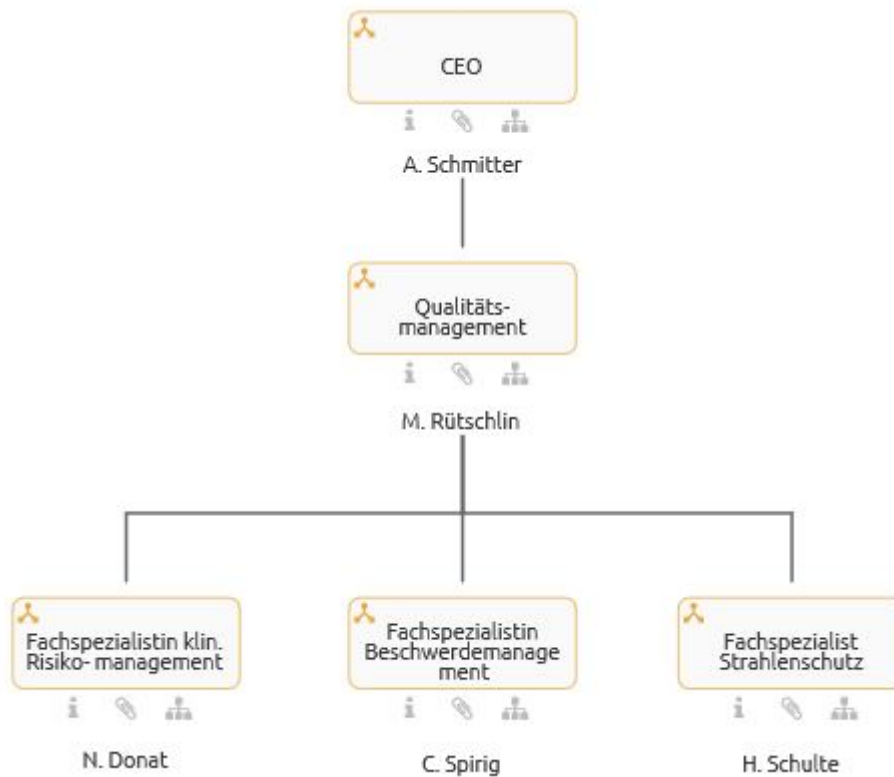
Mit dem 450 Millionen Franken Neubau, dem neuen Zentrum des KSB Gesundheitscampus, wird sichergestellt, dass das KSB auch in Zukunft ein Ort der Gesundheit ist, in dem der Patient im Zentrum steht.

Weitere Informationen unter www.ksb.ch

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement koordiniert die Tätigkeiten zur Qualitätsentwicklung. Folgende Aufgaben gehören dazu:

- Ansprechpartner in allen Fragen des Qualitätsmanagements
- Selektion von vorgeschlagenen Verbesserungsprojekten zur Erhöhung der Patientensicherheit und -zufriedenheit
- Gesetzliche Anforderungen werden im Rahmen sämtlicher QM-Aktivitäten überprüft und allfällige Korrekturmaßnahmen werden zur Umsetzung eingeleitet (Strahlenschutz, Patientensicherheit etc.)
- Veränderungen aus dem politischen Umfeld werden beobachtet, beurteilt und Massnahmen daraus abgeleitet (Revision KVG, Nationale Qualitätskommission etc.)
- Überwachung der Umsetzungen von Verbesserungsprojekten (Qualitätsverbesserung)
- Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten
- Organisation, Durchführung und Aufbereitung von Qualitätsmessungen
- Aufbereitung von Informationen zu Qualitätsaktivitäten sowie Qualitätskennzahlen zu Handen der Geschäftsleitung
- Planung, Koordinierung und Durchführung von Zertifizierungen nach DIN EN ISO 9001:2015, Fachzertifizierungen sowie behördliche Inspektionen
- Das Bearbeiten von Beschwerden orientiert sich in den Grundzügen an den nationalen Richtlinien der Swiss Society for Quality Management in Health Care

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **290** 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

3 Qualitätsstrategie

Das Leitbild der Kantonsspital Baden AG (KSB)

Das KSB ist seit mehr als 40 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 eine 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 Strukturen, Prozessen und Ergebnissen 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, ein anhaltender Kostendruck und eine 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 qualitativ gute und ressourcenschonende Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Damit dies gelingt, werden Mitarbeitende mit ihrer Bedeutung als wesentliche Ressource und als Leistungserbringende 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“ ist eine wichtige Aufgabe. Es müssen Rahmenbedingungen und Strukturen geschaffen werden, in denen Mitarbeitende zum Wohle der Patientinnen und Patienten des Unternehmens agieren können. Um qualitativ hochwertige Leistungen erbringen zu können, sind motivierte und hoch spezialisierte Fachpersonen 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.

Unsere Aufgabe

Unsere Daseinsberechtigung ("Purpose") ist es, die Lebensqualität der in der Region lebenden Menschen zu verbessern.

Unsere Vision

Wir sind das führende Zentrumsspital der Schweiz. Wir zeichnen uns durch erstklassige Medizin, kompetente Betreuung und exzellente Dienstleistung aus.

Unsere Mission

Das KSB ist ein Ort der Gesundheit. Wir wollen der Partner der Wahl sein, dem Menschen vertrauen, wenn es um ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen geht.

(Auszug aus KSB Werte, Philosophie und Strategie, 2021)

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021

- Das bestehende Qualitätsmanagement System DIN EN ISO 9001:2015 (QMS) hat sich in den letzten Jahren erheblich weiterentwickelt und bewährt. Die Implementierung des Systems wird in weitere Bereiche, vor allem in den patientennahen Bereiche weiter ausgedehnt.
- Erlangen von weiteren (Fach-) Zertifikaten und Labels in spezialisierten Bereichen und Zentren.
- Patientenrückmeldungen im Sinne von PROMs für individuelle Krankheitsbilder und Patientengruppen erfassen.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

Strukturqualität

- Finalisieren des Befragungskonzeptes KSB
- Laufende Bereinigung QM-Handbuch Informer
- Fortlaufende Implementierung von behördlichen und gesetzlichen Vorgaben
- Beschwerden quantitativ und qualitativ erfassen
- Statuten zum Gremium Qualitätskommission sind erstellt worden

Prozessqualität

- Erfolgreiche externe Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems DIN EN ISO 9001:2015
- Erst-Zertifizierung des Zentrums für Hämatologische Neoplasien durch die deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
- Das Qualitätscockpit mit definierten Qualitätskennzahlen ist etabliert. Aktuelle und relevante Kennzahlen stehen den Verantwortlichen stufengerecht zur Verfügung

Ergebnisqualität

- Alle geforderten ANQ-Messungen wurden durchgeführt und die Ergebnisse im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung analysiert und mögliche Verbesserungen eingeleitet
- Alle geforderten fachlichen Anforderungen für die verschiedenen Tumorentitäten sind für eine erfolgreiche Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft vorhanden
- Qualitätsindikatoren nach BAG

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Bis in fünf Jahren wollen wir bezogen auf Qualität, moderne Infrastrukturen und patientengerechte Prozesse und Abläufe an der Spitze vergleichbarer Häuser stehen.

Dabei stehen wir zu folgenden Werten am Kantonsspital Baden:

Vernetzt, aufmerksam und innovativ. Das sind die drei Grundwerte, die am KSB von allen Mitarbeitenden gelebt werden. Sie widerspiegeln die grundsätzlichen Verhaltensweisen und bringen unsere Firmenkultur zum Ausdruck.

(Kantonsspital Baden, Ort der Gesundheit 2021)

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)

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 Qualitätsmessungen</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Weitere spezifische Patientenbefragungen▪ Qualitätskennzahlen Organkrebszentren

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte (SSI Surveillance)

Ziel	Epidemiologische Überwachung von Wundinfektionen nach chirurgischen Eingriffen (englisch: Surgical Site Infections - SSI)
Bereich, in dem das Projekt läuft	Chirurgie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Seit 2009
Begründung	Durch die regelmässige Rückmeldung der Ergebnisse können Präventivmassnahmen korrigiert und verbessert werden.
Methodik	Die Erfassung von Patientendaten, Angaben zu Eingriffen und Infektionen in einem standardisierten Webformular (MemDoc)
Involvierte Berufsgruppen	Infektiologie, Spitalhygiene und Chirurgie

Nationale Erhebung der Händehygiene-Compliance (CleanHands)

Ziel	Die Verbesserung der Händehygiene-Adhärenz und diese nachhaltig auf hohem Niveau halten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Jährlich jeweils im November
Begründung	Die Übertragung von Keimen über die Hände des Spitalpersonals gilt als eine der Hauptursachen für Healthcare-assoziierte Infektionen.
Methodik	Direkte Beobachtung der Händehygiene nach dem Konzept «My 5 moments», Erfassung mit einem standardisierten Online-Tool (CleanCare) und unmittelbares Feedback ans Personal
Involvierte Berufsgruppen	Alle in die Behandlung und Therapie involvierten Berufsgruppen

Simulationsbasiertes Team-Training

Ziel	Standardisierung und Ausbau der bestehenden simulationsbasierten Team-Trainings im Departement Anästhesie und Erweiterung auf interdisziplinäre Trainings mit weiteren Akutdisziplinen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Departement Anästhesie gemeinsam mit Departement Pflege. Weitere Fachbereiche werden themenspezifisch einbezogen: 2019 gemeinsam mit der Geburtshilfe und der Pädiatrie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Seit 2018
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Medizinische Zwischenfälle schaden unseren Patientinnen/Patienten und haben weitreichende emotionale, juristische und finanzielle Konsequenzen. Bei über 70% aller Zwischenfälle sind menschliche Faktoren (mit-) beteiligt (vor allem Kommunikations- und Teamprobleme). Den Bedarf, medizinische Teams erfahrungsbasiert, erwachsenengerecht und als Einheit in Kommunikation und Teamarbeit auszubilden und dadurch Patientensicherheit massgeblich zu erhöhen, deckt das simulationsbasierte Team-Training.
Methodik	Aus- und Aufbau der Simulationstrainings im Departement Anästhesie und in kooperierenden Akutdisziplinen nach anerkannten Standards, um die Patientensicherheit effizient und kosteneffektiv zu erhöhen.
Involvierte Berufsgruppen	Expertinnen/Experten NDS HF Anästhesiepflege, Ärzte der Anästhesie, Ärzte und Hebammen der Geburtshilfe, Ärzte und Pflegefachpersonen der Pädiatrie
Evaluation Aktivität / Projekt	Fortlaufende Evaluation und Anpassung, nationale und internationale Kooperationen, wissenschaftliche Begleitung bei relevanten Messpunkten.

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

CIRS

Ziel	Identifikation von klinischen Risiken und Förderung der Sicherheitskultur, Einleitung von Präventions- und Verbesserungsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit 2011
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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
Involvierte Berufsgruppen	Alle in die Behandlung und Therapie involvierten Berufsgruppen
Weiterführende Unterlagen	Schriftenreihe Nr. 4 - Das ABC der Patientensicherheit - Patientensicherheit Schweiz

Meldepflichtige Vorkommnisse (Vigilanz-Meldungen)

Ziel	Sicherstellung der Patienten- und Anwendersicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit 2011
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Identifikation und Meldung von unerwünschten Arzneimittelreaktionen, Vorkommnissen oder beinahe Vorkommnissen in Zusammenhang mit Blutprodukten und Medizinprodukten
Methodik	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau
Involvierte Berufsgruppen	Alle in die Behandlung und Therapie involvierten Berufsgruppen

Sturz

Ziel	Erfassung und Vermeidung von Patienten-Stürzen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit 2011
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Flächendeckendes Screening und Monitoring, Evaluation von Sturzereignissen, Weiterentwicklung der Sturzprophylaxe
Methodik	Elektronische Patientenakte KISIM
Involvierte Berufsgruppen	Pflegefachpersonen
Weiterführende Unterlagen	Patienteninformationsbroschüre zum Thema Sturz, Schriftenreihe Nr. 2 - Sturzprävention - Patientensicherheit Schweiz

Dekubitus

Ziel	Erfassung und Vermeidung von Dekubitus
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit 2011
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Flächendeckendes Screening und Monitoring, Weiterentwicklung der Dekubitusprophylaxe
Methodik	Elektronische Patientenakte KISIM
Involvierte Berufsgruppen	Pflegefachpersonen

Patienten-Sicherheitsarmband

Ziel	Sicherstellung bestmöglicher Voraussetzungen zur eindeutigen Identifikation von Patientinnen und Patienten
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit 2011
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Steigerung der Patientensicherheit, Weiterentwicklung der Sicherheitskultur
Methodik	Elektronisches Patientenidentifikationsarmband - EPIB
Involvierte Berufsgruppen	Alle in die Behandlung und Therapie involvierten Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Im Herbst 2019 wurden im Rahmen der Optimierung von Eintrittsprozessen die administrativen Prozesse und die Aufnahme von Patientinnen und Patienten hinsichtlich EPIB evaluiert. Aufgrund der Erkenntnisse der Evaluation werden den Patientinnen und Patienten seit Februar 2020 bereits bei der Aufnahme die EPIB angelegt.

Aggressionsmanagement

Ziel	Erfassung von Aggressionsereignissen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit 2012
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Häufung von aggressivem Verhalten
Methodik	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau
Involvierte Berufsgruppen	Alle in die Behandlung und Therapie involvierten Berufsgruppen.
Evaluation Aktivität / Projekt	Im 2019 haben die Ereignismeldungen gegenüber dem Vorjahr um 30% zugenommen. Bei 70% der Meldungen wurde als Grund für die Aggression eine Verwirrtheit der Patientin/des Patienten angegeben. Das Delir Konzept wird im Rahmen einer interprofessionellen Projektgruppe (delirsensibles Spital) neu überarbeitet. Im Fokus des Projektes stehen die Früherkennung von gefährdeten Patientinnen und Patienten und eine kontinuierliche Begleitung dieser Menschen.

Sichere Chirurgie

Ziel	Vermeidung von Fehlern und Komplikationen in der Chirurgie
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ambulante und stationäre Chirurgie
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit 2013
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Die systematische Kontrolle der Prozessschritte und die konsequente Umsetzung der Standards reduzieren Fehler und Komplikationen, wie Infektions- und Anästhesiekomplikationen oder Eingriffsverwechslungen.
Methodik	Checkliste "Sichere Chirurgie": Sign In - Team Time Out - Sign Out
Involvierte Berufsgruppen	Operateure, Pflegefachpersonal, OP-Lagerungspersonal, Anästhesiepersonal, Fachpersonen Operationstechnik
Weiterführende Unterlagen	Schriftenreihe Nr. 5 - Operation Sichere Chirurgie - Patientensicherheit Schweiz

Themenwochen

Ziel	Sensibilisierung und Vertiefung von aktuellen Themen aus dem pflegerischen Alltag
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Pflegestationen
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit 2015
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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 wird. 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	Auf den Pflegestationen wurden für die Pflegefachpersonen im Laufe des Jahres verschiedene Themenwochen durchgeführt. Diese haben das Ziel, relevante Themen des Berufsalltags näher zu beleuchten und dadurch die Pflegeteams zu sensibilisieren und Wissen zu vermitteln.

Speaking-Up

Ziel	Implementation und Festigung einer Unternehmenskultur, in der das Benennen von Fehlern und Gefahren nicht nur erlaubt, sondern erwünscht ist, um die Patientensicherheit zu erhöhen und den schädigenden Einfluss von Hierarchien zu reduzieren
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Aktiv: Departement Anästhesie gemeinsam mit Departement Pflege. Passiv: KSB gesamt (E-learning Modul)
Aktivität: Laufzeit (seit...)	2019-2021
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Eine Erkenntnis der Sicherheitsforschung in «high reliability organisations» wie der Aviatik und der Medizin ist die Tatsache, dass Fehler häufiger beobachtet als benannt werden. Aufgrund von empfundener Hierarchie, Zweifel am Nutzen oder Konfliktvermeidung wird in über 70% der Fälle geschwiegen. Speaking- Up, das «Benennen von Fehlern oder Gefahren» ist jedoch eine essenzielle Fähigkeit, welche Fehler, Zwischenfälle und Patientenschaden abwenden kann, sowie die Leistung von medizinischen Teams erhöht.
Methodik	Wissenschaftlich begleitete Implementation im Departement Anästhesie. Sichtbarkeit des Projekts im gesamten KSB
Involvierte Berufsgruppen	Expertinnen/Experten NDS HF Anästhesiepflege und Ärzte der Anästhesie
Weiterführende Unterlagen	Schriftenreihe Nr. 8 - Speak Up - Wenn Schweigen gefährlich ist - Patientensicherheit Schweiz

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 läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit 2016
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Verschiedenste interne Analysen und interne wie auch externe Studien haben gezeigt, dass bezüglich Kundenorientierung und Prozesseffizienz im Gesundheitswesen noch grosses Verbesserungspotential vorhanden ist.
Methodik	Das KSB orientiert sich an den 10 Prinzipien des Lean Managements, um z. Bsp. mittels kontinuierlichem Verbesserungsprozess 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 2004 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, 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. 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.

Die Anzahl der CIRS-Meldungen ist im 2021 gegenüber dem Vorjahr angestiegen, was gemäss Rückmeldungen aus der Praxisalltag ein Hinweis für die grössere Meldebereitschaft der Mitarbeitenden ist. Die Steigerung der Meldebereitschaft basiert einerseits auf praxisnahen Fallbesprechungen durch die Meldekreisverantwortlichen und andererseits auf den regelmässigen Fortbildungen in einzelnen Meldekreisen.

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	2005
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2002-2011
anresis.ch ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern www.anresis.ch www.infect.info	2004
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatrie, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2004
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1998
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 Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie /	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/ueber-uns/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/institut-fuer-medizinische-genetik-und-	1993

	Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	pathologie/pathologie/knochentumor-referenzzentrum/	
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 c/o Adjumed Services AG www.mibb.ch/	2008
Neonatal Registry Swiss Neonatal Network & Follow- up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/ aims.php?navid=13	2016
PET Minimal Data Set PET Minimal Data Set	Nuklearmedizin	Schweizerische Gesellschaft für Nuklearmedizin www.nuklearmedizin.ch	2016
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG www.sbcbd.ch	2013
SHCS Schweizerische HIV Kohortenstudie	Infektiologie	Schweizerische HIV Kohortenstudie www.shcs.ch	2007
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
SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2020
SPHC Schweizer Register für Herzerkrankungen im Kindesalter	Kinderchirurgie, Herz- und thorak. Gefässchir., Kinder- und Jugendmedizin, Kardiologie, Intensivmedizin, Kinder Kardiologie, Kinder Herzchirurgie	Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung www.kinderherzforschung.ch/	2021
SPNR Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister	Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Nephrologie, Pädiatrische Nephrologie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.kindernierenregister.ch	2020

SPSU Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/spsu.html	unbekannt
srrqap Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Stadtspital Zürich Waid, Institut für Nephrologie -- srrqap www.swissnephrology.ch	2007-2010
SRSK Schweizer Register für Seltene Krankheiten	Alle Fachbereiche	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) www.ispm.unibe.ch/research/research_registries_and_databases/index_eng.html	2020
STIS Swiss Teratogen Information Service	Gynäkologie und Geburtshilfe, Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Kl. Pharmakol. und Toxikol.	Swiss Teratogen Information Service STIS, Division de Pharmacologie clinique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois www.swisstis.ch/	1996
Swiss-CP-Reg Schweizer Cerebralparese Register	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Med. u. Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Neuropathologie, Neuropädiatrie, Entwicklungspädiatrie, Rehabilitation	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern www.swiss-cp-reg.ch/	2020
Swiss-Reg-NMD Swiss Registry for Neuromuscular Disorders	Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Med. u. Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie	Institut für Sozial und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.swiss-reg-nmd.ch	2020
SwissNeoNet Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.swissneonet.ch	2018
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	2009 -2021
SWISSRECA Swiss Registry of Cardiac Arrest	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Prävention und Gesundheitsw., Kardiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin preklinische und klinische	Interverband für Rettungswesen IVR-IAS www.ivr-ias.ch	2019
SWISSspine SWISSspine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.memcenter.unibe.ch/iefo/	2021
Swiss TECT Register	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie	Schweizerische Gesellschaft für Phlebologie und	2017

Schweizerisches Zentralregister der thermischen endovenösen Kathethertherapie	und Venerologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Angiologie	Unionsgesellschaft (union of vascular societies) uvs.ch phlebology.ch	
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch/	2012

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

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

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
Referenzzentrum für Adipositaschirurgie	Chirurgie	2015	2015	SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders)
Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS)ISO 9001:2015	Spitalapotheke	2012	2021	
Q-Label der Krebsliga Schweiz (KLS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SGS)	Interdisziplinäres Brustzentrum KSB und Muri	2013	2021	
Deutsche Hernienchirurgie (DHG Siegel)	Chirurgie	2018	2018	Referenzzentrum für Hernienchirurgie
Babyfreundliches Spital (UNICEF)	Wochenbett	2005	2021	
SGI Anerkennung Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	IMC	2017	2017	Re-Zertifizierung 2022
SGI Anerkennung Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	IDIS	2001	2020	Anerkennung erfolgreich erhalten, Gültig bis 2025
Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (AS+GS)	KSB AG	2009	2019	
Palliativ.ch	Medizin	2018	2018	Zwischenaudit in 2020; Zertifikat gültig bis 2023
Schweizerische Akkreditierungsstelle SAS ISO/IEC 17025	Pathologie	2011	2021	Akkreditierung bis 2026
Qualitop	KSB Move (Fitness)	2014	2021	Jährliche

				Qualitätsprüfungen
Interverband für Rettungswesen IVR	Rettungswesen	2005	2021	
NRG/RTOG National Cancer Institute USA	Radio-Onkologie Zentrum KSA-KSB	2012	2019	1. Zentrum in Europa als Main Member NRG Oncology
Union Schweizer Gesellschaft f. Gefässerkrankungen USGG	Gefässzentrum	2014	2020	
Deutsche Gesellschaft für Phlebologie	Venen Kompetenz-Zentrum (Gefässzentrum)	2019	2021	
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies SFCNS	IMC	2015	2021	
RAL-GZ 992/1 Gütezeichen	Wäscherei KSB	2018	2018	Gütezeichen ist nicht begrenzt
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) in Kombination mit der ISO 9001:2015	Tumorzentrum Kantonsspital Baden	2015	2021	Geltungsbereich: Darmzentrum, Hämatologische Neoplasien, Mamma, Gynäkologische Tumoren (T), Prostata, Pankreas (M), Sonst. Gastrointestinale Tumoren (S), Endokrine Malignome (S), Hoden, Penis (S), Niere (S), Harnblase (S)
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Gynäkologische Tumore	2015	2021	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Interdisziplinäres Brustzentrum	2008	2021	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Prostatazentrum	2015	2021	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Viszeralonkologisches Zentrum (Darm und Pankreas)	2018	2021	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Zentrum für hämatologische Neoplasien	2021	2021	

Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

ISO 9001:2015	Ambulantes Operationszentrum	2018	2020	
ISO 9001:2015	Ambulatorium	2018	2020	
ISO 9001:2015	Anästhesie Arztdienst und Pflege (Ambulantes Operationszentrum und zentraler OP)	2019	2020	
ISO 9001:2015	Bettendisposition	2019	2020	
ISO 9001:2015	Blasen- und Beckenbodenzentrum	2008	2020	
ISO 9001:2015	Care Management	2019	2020	
ISO 9001:2015	Chirurgie	2019	2020	
ISO 9001:2015	Frauenklinik	2018	2020	
ISO 9001:2015	Geburtshilfe	2011	2020	
ISO 9001:2015	Gefässzentrum	2019	2020	
ISO 9001:2015	Nephrologisches Institut inkl. Dialyse	2007	2020	
ISO 9001:2015	Operationsbereich (Kubus und zentral)	2019	2020	
ISO 9001:2015	Orthopädie	2015	2020	
ISO 9001:2015	Radio-Onkologie Standort Baden	2020	2020	
ISO 9001:2015	Rettungsdienst	2018	2020	
ISO 9001:2015	Spitalhygiene (KSB und Aussenstandorte)	2019	2020	
ISO 9001:2015	Tumorzentrum	2015	2020	
ISO 9001:2015	Urologie an den Standorten Baden, Brugg, Limmatfeld	2015	2020	
ISO 9001:2015	Walk-In Praxis Limmatfeld	2020	2020	Erfolgreiche Erst- Zertifizierung in 2020
ISO 9001:2015	Wundberatung	2019	2020	
ISO 9001:2015	Zentralsterilisation (ZSVA)	2019	2020	
ISO 9001:2015	Zentrum für Bildgebung (Institut für Radiologie sowie Institut und Klinik für Nuklearmedizin)	2004	2020	
ISO 9001:2015	Zentrum Onkologie/Hämatologie	2014	2020	
ISO 9001:2015	Spitalapotheke	2021	2021	ClarCert (ISO 9001:2015) in Kombination mit RQS

ISO 9001:2015	Physiotherapie	2021	2021	
ISO 9001:2015	Klinik für Kinder und Jugendliche	2021	2021	
Anerkennungsverfahren Hebammengeleitete Geburtshilfe	Klinik für Geburtshilfe und Pränataldiagnostik	2021	2021	Schweizerischer Hebammenverband (HGG)

Bemerkungen

Das Zertifikat DIN EN ISO 9001:2015 wird in jedem Jahr um weitere Geltungsbereiche erweitert. Der Auditzyklus wird harmonisiert, so dass alle Bereiche den gleichen Zertifizierungszyklus haben. Die Vorteile eines externen Audits sind zahlreich. Aus den Auditergebnissen können anschliessend eventuelle Korrekturmassnahmen abgeleitet werden, sodass wir unsere Abläufe und Systeme stetig verbessern können.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
Kantonsspital Baden AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.07	4.16	4.13	4.10 (4.06 - 4.20)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.46	4.53	4.61	4.50 (4.50 - 4.65)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.44	4.48	4.55	4.60 (4.51 - 4.64)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.33	4.46	4.43	4.40 (4.36 - 4.55)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.80	3.95	3.90	3.90 (3.89 - 4.06)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	88.10 %	88.80 %	88.40 %	91.70 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2021				1260
Anzahl eingetreffener Fragebogen	385	Rücklauf in Prozent		31 %

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

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

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Wie der Vergleich mit dem Ergebnis aus 2019 zeigt, ist die Zufriedenheit in Bezug auf alle sechs Fragen des Fragebogens stabil geblieben; es lässt sich kein signifikanter Trend erkennen.

Die auf einer dreistufigen Skala beurteilte Dauer des Spitalaufenthalts wurde von einer überwiegenden Mehrheit der Patientinnen und Patienten (91.7%) als genau richtig beurteilt.

Der Rücklauf der Erhebung im Gesamtkollektiv ist rückläufig. Am KSB war mit 30.6% der Rücklauf tiefer als die Jahre zuvor. Dies trotz vorheriger Information während dem stationären Aufenthalt.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 "Zufrieden mit uns?"

Ziel der Befragung:

Die Befragung dient der Erhebung der Zufriedenheit aller Patientinnen und Patienten und ist wertvoll für das Kantonsspital Baden, damit wir einerseits unsere internen Prozesse und andererseits die Behandlungsqualität optimieren können. Unser Ziel ist es, unseren Patientinnen und Patienten auch in Zukunft eine qualitativ hochstehende Behandlung und Betreuung bieten zu können.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die Befragung wird in allen stationären Bereichen des KSB kontinuierlich durchgeführt.

Die stationäre Patientenzufriedenheit Erwachsene wird mittels Umfragen ermittelt. Die Umfragen enthalten Basisfragen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung sowie Prozessfragen und offene Kommentarfragen. Die Fragen decken verschiedene Themenbereiche zum Spitalaufenthalt ab.

Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Spitalaufenthalt?



Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Qualität betrachten wir als kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der im Zentrum unseres Handelns steht. Die Rückmeldungen unserer Patientinnen und Patienten sind uns daher sehr wichtig. Über Lob freuen wir uns und Kritiken sind für uns Ansporn, uns weiter zu verbessern.

Unsere Patientinnen und Patienten sind zu 98% zufrieden bis sehr zufrieden mit ihrem stationären Aufenthalt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Bemerkungen

Durch die Rückmeldungen, welche den einzelnen Stationen und Bereichen zugeordnet werden können, sind konkrete Verbesserungen in unseren Prozessen möglich.

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 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
Kantonsspital Baden AG				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	9.18	8.40	8.63	8.40 (--)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	9.10	8.70	8.90	8.60 (--)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.25	9.10	9.07	8.60 (--)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.31	9.10	9.18	9.00 (--)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.48	9.00	9.30	9.20 (--)
Anzahl angeschriebene Eltern 2021				140
Anzahl eingetreffener Fragebogen	38	Rücklauf in Prozent		27.00 %

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

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

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

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

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2016	2017	2018	2019
Kantonsspital Baden AG				
Verhältnis der Raten*	1.17	1.05	1.08	1.07
Anzahl auswertbare Austritte 2019:				15398

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

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

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

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

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: Juli 2014 bis Juni 2018

	Anzahl eingeschlossen Primär- Implantate (Total) 2014 - 2018	Rohe 2-Jahres- Revisionsrate % (n/N) 2014 - 2018	Adjustierte Revisionsrate % 2014 - 2018
Kantonsspital Baden AG			
Primäre Hüfttotalprothesen	644	1.90%	1.90%
Primäre Knieprothesen	411	2.50%	2.60%

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die 2-Jahres-Revisionsraten des KSB sind tiefer als die zu erwartende, durchschnittliche nationale Revisionsrate.

Angaben zur Messung

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

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Messergebnisse

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

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

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2020/2021	2020/2021	2017/2018	
Kantonsspital Baden AG						
Gallenblasen-Entfernungen	214	4	1.50%	1.10%	2.30%	2.10% (0.20% - 4.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	17	0	2.80%	7.70%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	90	14	19.60%	23.70%	16.10%	20.20% (11.90% - 28.50%)

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

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2019/2020	2019/2020	2016/2017	
Kantonsspital Baden AG						
Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen	142	2	0.00%	1.20%	0.60%	1.40% (0.00% - 3.30%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

Wie schon in der Vorperiode ist auch in der aktuellen Beobachtungs-Periode zu beachten, dass auch im Jahr 2021 auf Grund der SARS-CoV-2 Pandemie die Datenerhebung vorübergehend unterbrochen wurde und deshalb Lücken aufweisen kann. Der Vergleich zu den regulären Mess-Perioden ist deshalb nur bedingt möglich.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

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

Messergebnisse

	2018	2019	2020	2021 ***
Kantonsspital Baden AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	5	5	–	–
In Prozent	2.20%	2.20%	–	–
Residuum* (CI** = 95%)	0.05 (-0.32 - 0.40)	-0.15 (-0.53 - 0.23)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)	–	–

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

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Im KSB wird neben der jährlich durchgeführten Prävalenzmessung mit dem Auswertungstool Qlik Sense kontinuierlich die Inzidenz von Stürzen gemessen. Die Daten werden von der Praxisentwicklung Pflege ausgewertet und analysiert. Verbesserungsmassnahmen werden anhand des PDCA-Zyklus eingeleitet und überprüft. Die Betreuungsteams werden regelmässig zum Thema Sturz geschult.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13 Dekubitus

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

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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

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

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

Messergebnisse

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2021 ***	In Prozent ***
		2018	2019	2020		
Kantonsspital Baden AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	5	5	–	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0.03 (-0.26 - 0.32)	–	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***	–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			–	

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Im KSB wird neben der jährlich durchgeführten Prävalenzmessung mit dem Auswertungstool Qlik Sense kontinuierlich die Inzidenz von Dekubitus gemessen. Die Daten werden von der Wundberatung und der Praxisentwicklung Pflege ausgewertet und analysiert. Verbesserungsmassnahmen werden anhand des PDCA-Zyklus eingeleitet und überprüft. Die Betreuungsteams werden regelmässig zum Thema Dekubitus geschult.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

17 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Weitere spezifische Patientenbefragungen

Am Kantonsspital Baden werden in Zusammenarbeit mit den Abteilungen weitere kontinuierliche Qualitätsmessungen / Zufriedenheitsbefragungen durchgeführt. Die Inhalte richten sich nach den spezifischen Bedürfnissen der jeweiligen internen Auftraggeber.

- Befragungen Lean Stationen
- Telefonische Follow up Befragung im Ambulanten Operationszentrum
- Patientenbefragung in der Geburtshilfe – Geburtsvorbereitung
- Patientenbefragung im Gefässzentrum

Im Berichtsjahr 2021 wurden zusätzlich folgende punktuelle Zufriedenheitsmessungen durchgeführt:

- Patientenbefragung Ambulatorium
- Patientenbefragung Radio-Onkologie

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Details können auf Anfrage bei der Verantwortlichen Qualitätsmanagement bezogen werden.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

17.1.2 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 Patientinnen und 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 die Darmkrebszentren auf freiwilliger Basis einen jeweils individualisierten Jahresbericht erstellen, der die eigenen Ergebnisse im Vergleich zu anderen zertifizierten Zentren darstellt. Damit können sie die eigene Qualität stetig verbessern.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Interdisziplinäres Brustkrebszentrum, Prostatakrebszentrum, Interdisziplinäres Darmkrebszentrum, Pankreaskrebszentrum, Gynäkologisches Tumorzentrum, Zentrum für Onkologie/ Hämatologie, Zentrum für Schilddrüsentumore und Zentrum für Hämatologische Neoplasien.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Kennzahlenbögen der Organzentren beinhalten zahlreiche organspezifisch differenzierte Ergebnisse.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Kennzahlenbogen Deutsche Krebsgesellschaft
Methode / Instrument	Behandlungsqualität und Outcome

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Simulationsbasiertes Team-Training

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt Patienten- und Arbeitssicherheit

Projektziel:

Feste Etablierung und Ausbau der interdisziplinären Team-Trainings von Anästhesie und weiteren Akutdisziplinen, um die Patienten- und Arbeitssicherheit zu erhöhen, und die mit Fehlern verbundenen Kosten zu senken.

Projekttablauf / Methodik:

Medizinische Zwischenfälle, bei denen Patientinnen/Patienten zu Schaden kommen, haben weitreichende emotionale, juristische und finanzielle Konsequenzen. Doch gerade in der Medizin, wo dynamische Situationen häufig in wechselnden Teams zu unterschiedlichen Tag- und Nachtzeiten unter verschiedensten Begleitumständen bewältigt werden müssen, sind sie auch besonders häufig,

Bei über 70% aller Zwischenfälle sind menschliche Faktoren (mit-) beteiligt; das sind vor allem Kommunikations- und Teamprobleme. Insbesondere, weil Studium und Ausbildung bis heute eher wissensbildend und auf einzelne Schüler ausgelegt sind, werden wir nicht ausreichend auf den medizinischen Alltag in seiner Komplexität vorbereitet. Diese Lücke, medizinische Teams erfahrungsbasiert, erwachsenengerecht und als Einheit in Teamarbeit und Kommunikation auszubilden und dadurch die Patientensicherheit massgeblich zu erhöhen, schliesst das simulationsbasierte Team-Training.

Die im 1. Quartal 2018 eingeführten monatlichen Halbtages-Simulationstrainings der Anästhesie sollten kosteneffektiv auf internationalem Standard ausgebaut werden. Hierfür wurde Dr. Carl Schick, Oberarzt Anästhesie und vormals medizinischer Co-Leiter Simulationszentrum USZ, rekrutiert.

Im Jahr 2019 konnten die bestehenden Simulationstrainings folgendermassen verbessert werden:

- Das Format der Trainings wurde für Personal- und Lehrplanung optimiert; 10 Halbtages-Simulationstrainings wurden in einer Woche im Dezember 2019 durchgeführt und 36 Kollegen der Anästhesie konnten trainiert werden.
- Die Lernziele wurden mit vorhandenen Risikofeldern (z.B. anhand CIRS-Meldungen und Kooperation mit den Abteilungen QM / RM) sowie den Lernzielen des Departements (z.B. aktuell Speaking-Up) in Einklang gebracht.
- Instruktoren und Material wurden wo notwendig erweitert: Das Simulationsgerät "i-Simulate" sowie das Simulationsmannequin «Laerdal Kelly» konnten beschafft und drei neue Instruktoren ausgebildet werden.
- Die Anerkennung durch die Berufsverbände SGAR und SGNOR wurde erreicht, eine validierte Kursevaluation zur eigenen Qualitätskontrolle und kontinuierlichen Verbesserung wurde implementiert.
- Die wissenschaftliche Begleitung an wesentlichen Messpunkten des Projekts wurde durchgeführt, um die empirische Basis für die Trainings zu erweitern.

Patientenversorgung findet nicht nur durch die Anästhesie alleine, sondern häufig interdisziplinär statt – insbesondere in Akutsituationen finden sich spontan zusammengestellte Fachpersonen unterschiedlicher Disziplinen und Berufsgruppen (sogenannte «ad-hoc action teams») mit der gemeinsamen Versorgung einer Patientin/eines Patienten betraut. Hier ist gute Teamarbeit essenziell, doch kommt es gerade hier besonders häufig zu Schwierigkeiten bei Kommunikation und Koordination

und Patientinnen/Patienten kommen unnötig zu Schaden oder werden suboptimal versorgt.

Insbesondere die interdisziplinäre Kommunikation und Koordination, sowie Patientensicherheit werden durch simulationsbasierte Team-Trainings verbessert, und Departements-interne Prozesse können während interdisziplinärer Trainings auf ihre Kompatibilität überprüft werden.

Analog dem Aufbau für die Anästhesie-internen Simulationstrainings ist im Jahr 2019 auch die Implementation der ersten KSB intern ausgerichteten interdisziplinären simulationsbasierten Team-Trainings erfolgt:

- Vier Halbtagestrainings im Dezember konnten gemeinsam mit der Geburtshilfe und ihrer Simulationsinstructorin durchgeführt und zusammen mit 36 Kollegen der Anästhesie auch 16 Kollegen der Geburtshilfe trainiert werden.
- Der neue Handlungsalgorithmus «Postpartale Hämorrhagie» konnte geschult und getestet werden.

Involvierte Berufsgruppen:

Pflegefachpersonen, Expertinnen/Experten NDS HF Anästhesiepflege und Ärzte der Anästhesie, Ärzte und Hebammen der Geburtshilfe, Ärzte und Pflegefachpersonen der Pädiatrie.

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Die Trainings sind erfolgreich, mittlerweile im KSB sehr gut etabliert und werden als sehr gut bewertet. Evidenz über die Effektivität ist vorhanden und Trainings werden laufend neuen Erkenntnissen angepasst.

Im Jahr 2021 konnten unter Einhaltung der Schutzmassnahmen und ohne Unterbrüche im Dienstbetrieb, insgesamt 30 simulationsbasierte Team-Trainings mit 156 Teilnehmern durchgeführt werden. Die seit 2019 etablierten interdisziplinären Trainings der Anästhesie mit der Geburtshilfe wurden fortgeführt, und neu wurden Trainings mit dem Ambulanten Operationszentrum, sowie der Anästhesie mit dem Notfall Pädiatrie ins Leben gerufen. Zudem führte die Geburtshilfe ebenfalls 6 Trainings mit 30 Teilnehmern durch.

Die Trainings förderten erneut einige systemrelevante Informationen ans Licht, die den Kliniken zur Verbesserung von Abläufen und Fehlerquellen dienlich sind, und wurden durchweg positiv aufgenommen; die Pädiatrie bildete im 2021 drei Simulationsinstructorinnen aus.

Auch im kommenden Jahr ist die Anästhesie weiterhin bestrebt, für alle relevanten Akutdisziplinen (vor allem Notfallmedizin im Rahmen der Schockraumversorgung, Angiographie und Kardiologie im Rahmen der Notfallversorgung von instabilen Patientinnen/Patienten in der interventionellen Radiologie) die Kooperation zu suchen und gemeinsame Trainings zu etablieren, um Qualität und Patientensicherheit insbesondere an diesen Schnittstellen zu erhöhen. In den für Trainings im 2022 zur Verfügung stehenden 10 Tagen sind vorerst Trainings der Anästhesie mit der Pädiatrie, sowie mit der Geburtshilfe, wie auch einzelne interne Trainings geplant.

18.1.2 Speaking-Up - erwünschter Ungehorsam

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt Patienten- und Mitarbeitersicherheit

Projektziel:

Implementation und Festigung einer Unternehmenskultur, in der das Benennen von Fehlern und Gefahren nicht nur erlaubt, sondern erwünscht ist, um die Patientensicherheit zu erhöhen und den schädigenden Einfluss von Autoritätsgradienten zu reduzieren.

Projekttablauf / Methodik:

Eine Erkenntnis der Sicherheitsforschung in «high reliability organisations» (HRO`s) wie der Aviatik und der Medizin ist die Tatsache, dass Fehler häufiger beobachtet als benannt werden – aufgrund von empfundener Hierarchie, Zweifel am Nutzen oder Konfliktvermeidung wird in über 70% der Fälle geschwiegen.

Speaking-Up, das «Benennen von Fehlern oder Gefahren» ist jedoch eine essenzielle Fähigkeit, welche Fehler, Zwischenfälle und Patientenschaden abwenden kann, sowie die Leistung von medizinischen Teams erhöht.

Um Speaking-Up zu stärken, bedarf es eines umfassenden Ansatzes. Es muss auf Mitarbeiterebene unterrichtet und geübt werden, doch muss es vor allem auf Organisationsebene gewünscht, unterstützt und eingefordert werden.

Das Projekt «Speaking-Up – gewünschter Ungehorsam» des Departments Anästhesie widmet sich der Implementation und Stärkung dieser essenziellen Fähigkeit, welche die Patientensicherheit sowie die Leistung von medizinischen Teams erhöht, sowie der Verbesserung der Unternehmenskultur der Patientensicherheit dient.

In einer ersten Intervention wurde im Herbst 2019 Speaking-Up unterrichtet: ein E-Learning Modul wurde im easylearn-System erstellt und aufgeschaltet, an dem alle Mitarbeitenden des Departements Anästhesie zur Teilnahme aufgefordert wurden. Mittlerweile ist das E-Learning für das gesamte KSB erhältlich. Im Dezember 2019 konnte ein Teil unserer Mitarbeitenden im Rahmen der Simulationstrainings Speaking-Up konkret anwenden und üben.

Informer-Einträge, Vorträge, sowie ein Interview mit dem Chefarzt Anästhesie, Professor Michael Heesen, in der Mitarbeiterzeitschrift Reflexe haben während der Projektzeit hierauf hingewiesen, um auch das Bewusstsein KSB-weit zu erhöhen.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet: zu verschiedenen Zeitpunkten in der Implementationsphase wurden Mitarbeiterbefragungen durchgeführt; nach Projektabschluss wird eine weitere Mitarbeitererhebung stattfinden, welche Speaking-Up im Departement Anästhesie betrachtet.

Involvierte Berufsgruppen:

Aktiv: Departement Anästhesie gemeinsam mit Departement Pflege, Passiv: KSB gesamt (E-Learning Modul)

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Die Resonanz auf die verschiedenen Möglichkeiten, Speaking-Up zu erlernen und zu üben, ist positiv, erste Ergebnisse aus den Fragebögen sind vielversprechend. Rückmeldungen einzelner Kollegen zeigen, dass häufig Situationen erlebt werden, in denen ein Fehler oder eine Gefahr benannt werden müssen, dass bisher Speaking-Up nicht immer geschah, aber auch, dass Speaking-Up seit Implementation des Projekts mehr durchgeführt wird.

Die Jahre 2020 und 2021 waren von Dynamik, Unsicherheit und Herausforderungen an

Kommunikation geprägt; gerade in diesen Situationen bewährt sich eine klare Meinungsäusserung bei Bedenken oder drohenden Gefahren, doch gerade in der gefühlten Dringlichkeit solcher Situationen ist Speaking-Up besonders gefährdet. Trotz des Mehraufwands für das Personal haben wir diesem einfachen Zusammenhang Rechnung getragen, indem die ausgesprochene Erinnerung an Speaking-Up bei jeder Narkoseeinleitung institutionalisiert wurde, das E-Learning «Speaking-Up» erneut von allen Mitarbeitenden absolviert wurde. Zudem konnte am Departement Anästhesie eine Simulationsstudie zu Fehlerentstehung und Speaking-Up durchgeführt werden, sowie eine Befragung unserer Mitarbeitenden mittels des Speaking-Up-Fragebogens der Stiftung Patientensicherheit Schweiz durchgeführt werden, welche einen Vergleich der Sicherheitskultur in unserem Departement mit dem schweizerischen Durchschnitt erlaubt. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen den Erfolg unseres Projekts. Wir sind gerade in Vorbereitung zur Publikation.

18.1.3 Mystery Patient

Projektart:

Weiterbildung, Fortbildung

Projektziel:

Sensibilisierung der Mitarbeiter für positive und negative Suggestion von Prämedikation bis Aufwachraum. Steigerung der Patientenzufriedenheit im Rahmen der Prämedikation und im gesamten Narkoseablauf.

Projekttablauf / Methodik:

Durchführung von Live-Interviews und Diskussionen von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Donnerstagsweiterbildungen des Departements Anästhesie. Dabei sollen die Erfahrungswerte von Patientinnen und Patienten gesammelt und im Hinblick auf Verbesserungspotentiale analysiert werden. Es wird darauf hingewiesen, dass der Projektstart erst erfolgen kann, wenn die COVID-19-bedingten Schutzmassnahmen gelockert werden. Die persönliche Anwesenheit von Patientinnen und Patienten und OP-Team ist in diesem Setting unerlässlich.

Involvierte Berufsgruppen:

OP-Team (Anästhesieärztinnen/Anästhesieärzte, Expertinnen/Experten NDS HF
Anästhesiepflege, Fachpersonen Operationstechnik

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Aufgrund der Pandemie-Schutzmassnahmen wurde die Durchführung von Live-Interviews mit geplanten Patientinnen und Patienten mehrmals verschoben. In der Zwischenzeit wurden der Organisationsplan und die Kriterien für die weitere Patientenrekrutierung verfeinert.

18.1.4 Elektronischer Medikamentenschrank

Projektart:

Rollout der elektronisch gesteuerten Medikamentenschränke auf den Pflegestationen

Projektziel:

Durch die Kopplung des Medikamentenschrankes mit dem Verordnungs- und Materialbewirtschaftungssystem kann der ganze Medikationsprozess sicherer, effizienter und kostengünstiger organisiert werden. Die Stationsapotheken sind bestandesgeführt und gelenkte Sicherheitsvorkehrungen führen dazu, dass das richtige Medikament aus dem Schrank entnommen wird. Medikamentenbestellungen ausserhalb des Sortimentes werden einfacher, speditiver und auch ökologischer (papierlos) ausgeliefert. Die Betäubungsmittelkontrolle kann ebenfalls an den Schrank delegiert werden und jederzeit ist einsehbar, wann ein Bezug erfolgt ist.

Projektlauf / Methodik:

Die erste Pilotstation wurde im Oktober 2017 in Betrieb genommen. Nach anfänglichen technischen und prozessbedingten Schwierigkeiten läuft der Betrieb nun reibungslos. Bestellungen von Nichtsortiment-Präparaten werden über die Software getätigt, dies wird vor allem von den Pflegefachpersonen sehr geschätzt. Im Mai 2019 wurde die zweite Pilotstation auf der Pflegestation Urologie umgerüstet und mittlerweile hat die Geschäftsleitung entschieden, dass bis Ende 2021 alle 13 Pflegestationen mit dem elektronischen Medikamentenschrank bestückt werden.

Involvierte Berufsgruppen:

Spitalapotheke, Pflegefachpersonen, Ärztinnen/Ärzte, Unternehmensentwicklung, Controlling

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Ende 2021 sind elf der vorgesehenen dreizehn Stationsapotheken mit dem elektronischen Medikamentenschrank um- und ausgerüstet. Aufgrund der angespannten Situation mit COVID-19 wurde der 12. Stock noch nicht umgestellt. Die Finalisierung des Projektes ist per Ende 1. Halbjahr 2022 vorgesehen. Durch Prozessänderungen und Ausrichtung auf Lean-Abläufe konnte der Aufwand an Apotheker- und Pharma-Assistentinnen-Stellen gegenüber dem Projektstart halbiert werden. Die Stellen wurden per Ende 2021 in den Betrieb überführt. Durch konsequentes Umverordnen von wirkstoffgleichen Produkten auf die Arzneimittelliste KSB durch die ApothekerInnen können die Patientinnen und Patienten von erhöhter Sicherheit im Medikationsprozess profitieren. Das KSB ist im Bereich Medikamentenmanagement für die Zukunft im neuen Spital gerüstet.

18.1.5 Automatisierte Dokumentation

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Ziel des Projektes ist eine effizientere medizinische Dokumentation bei gleichzeitig verbesserter Qualität. Besseres Teaching durch eine standardisierte und automatisierte Anamneseerhebung.

Projekttablauf / Methodik:

Eine wichtige Erkenntnis ist die Tatsache, dass die administrativen Aufgaben im ärztlichen Alltag einen immer höheren Anteil, derzeit etwa 30%, einnehmen. Dies ist ein zeitlicher Aufwand, der zwar notwendig ist, jedoch die Zeit, die für den direkten Patientenkontakt zur Verfügung steht, immer weiter reduziert. Mit diesem Projekt soll eine IT-basierte Unterstützung für die Mediziner implementiert werden, um eine standardisierte Anamneseerhebung zu gewährleisten und zudem den administrativen Aufwand durch Dokumentation und Berichtschreibung zu reduzieren, da die Software einen Teil der Dokumentation und die Berichtschreibung übernimmt. Das Projekt ist zunächst als Pilot in der Klinik für Gynäkologie im Endometriosezentrum geplant, um Erfahrungen sammeln zu können.

Involvierte Berufsgruppen:

Ärztinnen/Ärzte und Medizinische Praxis Assistentinnen/Assistenten (MPA) des Endometriosezentrums, Departementsmanagement, Informatik, Unternehmensentwicklung

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Die Software wird von November 2021 bis April 2022 in der Endometriose-Sprechstunde getestet. Eine erste Evaluation hat gezeigt, dass die selbständige Durchführung der Anamnese durch die Patientinnen eine erhebliche Zeitersparnis im Sprechstundenalltag darstellt. Der Anamnesebericht wird automatisch generiert und steht dem Arzt mit Beginn der Sprechstunde zur Verfügung. Weiteres Potential liegt vor allem darin, den Link zu "Sublimd" vorab der Patientin per E-Mail zu senden, so dass die Anamnese im Vorfeld ausgefüllt und zurückgesandt werden kann.

18.1.6 Hey Patient App

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Ziel des Projektes ist es, die derzeit bestehenden Medienbrüche in der Patientenkommunikation zu beheben. Ein erster Schritt soll mit der Hey Patient App gemacht werden, welche eine selbständige elektronische Anmeldung der Patientin/des Patienten im KSB inkl. Terminbestätigung erlaubt.

Projekttablauf / Methodik:

Die bereits erwähnten Medienbrüche in der Patientenkommunikation führen zu verzögerten Prozessen bei der Patientenanmeldung und teilweise Doppelspurigkeit. Dieser Umstand wiederum führt zu einem negativen Patientenerlebnis in Bezug auf die administrativen Abläufe des KSB. Dieses Projekt ermöglicht den Patientinnen und Patienten, sich selbständig elektronisch via App am KSB anzumelden. Ausserdem besteht die Möglichkeit, via App einen Sprechstundentermin zu vereinbaren. Die App dient auch dem Informationsaustausch zwischen Spital und Patientin/Patient, so können z.B. den Patientinnen und Patienten wichtige Informationen sofort elektronisch zur Verfügung gestellt werden. Die Initialisierungs- und Vorbereitungsarbeiten für das Projekt haben bereits im Januar 2020 begonnen. Ein erster Test mit ausgewählten Patientinnen und Patienten hat im Februar 2021 stattgefunden, bevor der vollständige Test mit allen Patientinnen und Patienten des Pilotbereiches im März 2021 starten soll.

Involvierte Berufsgruppen:

Ärztinnen/Ärzte und Medizinische Praxisassistentinnen/Assistenten (MPA) der Geburtshilfe, Hebammen, Departementsmanagement, Informatik, Unternehmensentwicklung

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Die Pilotphase in der Geburtshilfe war erfolgreich, so dass ein weiterer rollout im gesamten KSB aktuell geplant ist. Je mehr Bereiche/Kliniken die App nutzen, umso grösser der Gewinn für die Patientinnen und Patienten. Hey Patient trägt einen wesentlichen Teil zur Digitalisierung bei; nicht nur der Terminversand soll möglich sein, sondern auch die Implementierung von weiteren wichtigen Dokumenten und Informationen, wie z.B. Impfpass, Ultraschallbilder bei Schwangeren.

18.1.7 PDMS - Patientendaten Management System

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

In den Fachbereichen werden Kurven ausschliesslich in Papierform aufgezeichnet, ausgewertet und abgelegt. Das PDMS soll die Dokumentation auf Papier in den spezialisierten Fachbereichen Intensiv- und Notfallmedizin, Anästhesie sowie Überwachungsstationen ablösen.

1. Verbesserung der Patientenversorgung:

- Ermöglichen der kontinuierlichen Dokumentation der Vitalparameter von schwerst erkrankten Patientinnen und Patienten
- Steigerung der verfügbaren Zeit für die Patientinnen und Patienten durch geringeren Dokumentationsaufwand
- Erhöhte Patientensicherheit und Nachvollziehbarkeit durch verbesserte Datenqualität

2. Steigerung der Prozessqualität:

- Zeitgemässe Unterstützung der klinischen Arbeitsabläufe
- Optimierte interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Einfacherer Informationsaustausch

3. Erhöhung der Wirtschaftlichkeit:

- Entlastung des Personals durch geringeren Dokumentationsaufwand

Involvierte Berufsgruppen:

- Pflegefachpersonen und Ärztinnen/Ärzte aus den Bereichen Interdisziplinäre Intensivstation (IDIS), Intermediate Care (IMC), Interdisziplinäres Notfallzentrum (INZ) und Anästhesie
- Technischer Dienst
- Informatik
- Medizin-Technik
- Spitalapotheke
- Medizinisches Controlling / Codierung
- Unternehmensentwicklung
- IT Beratungsunternehmen AWK Group AG

Projektelevaluation / Konsequenzen:

2019 wurde die Initialisierungs- und die Konzeptphase durchlaufen. Im Rahmen von diversen Workshops mit den Fachanwendern wurde die Konfiguration des Systems spezifiziert, notwendige Schnittstellen zu Umsystemen definiert, die Serverlandschaft aufgebaut und bereits Keyuser- / Administratorenschulungen durchgeführt.

Das im Dezember 2020 auf der Intensivstation eingeführte PDMS läuft grösstenteils stabil, die Anwender sind zufrieden. In verschiedenen Workshops wurden die Grundlagen erarbeitet, um die Medikamentenschnittstellen zu überarbeiten und zu verbessern. Die Kurven für die IMC und Anästhesie wurden in Workshops gemeinsam mit den Fachanwendern spezifiziert.

18.1.8 Validation VA-CH auf den medizinischen Pflegestationen

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Die pflegerische Betreuung von Menschen mit einer Demenz im Akutspital gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben in der Pflege. Validation VA-CH® erfasst die Bedürfnisse und Gewohnheiten von Menschen mit einer Demenz. Diese sollen mit einer wertschätzenden Haltung erkannt, erhalten und gefördert werden. Im Mittelpunkt steht die Person und nicht die Erkrankung.

Das Ziel ist es, die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenz im Akutspital zu verbessern und den Pflegefachpersonen Sicherheit im Umgang zu vermitteln. Die Pflegefachpersonen entwickeln präventive Handlungs- und Kommunikationsfähigkeiten, um Krisen zu vermeiden.

Projektlauf / Methodik:

In einem ersten Schritt wurden Thementrägerinnen und Thementräger auf allen medizinischen Pflegestationen mit einem dreitägigen Basiskurs I & II VA-CH® ausgebildet. Zusätzlich unterstützt eine Dipl. Pflegefachperson mit Schwerpunkt Validation die Teams einmal wöchentlich im Umgang mit Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen, bei Menschen mit einer Demenz, in der Prävention und bei Unsicherheiten im Umgang mit der Datenerhebung oder beim Validieren.

Mehrmals im Jahr trifft sich die Validationsgruppe zu internen Weiterbildungen und zum Austausch in der Gruppe zur Weiterentwicklung. Dieses Jahr wurde erfolgreich ein Validationsprotokoll zur Datenerhebung erstellt, welches im KISIM (elektronische Patientenakte) unter Berichte für alle involvierten Berufsgruppen ersichtlich ist. Im Jahr 2020 haben die Thementrägerinnen mit Unterstützung der Pflegeexpertinnen die verschiedenen Teams der medizinischen Pflegestationen regelmässig zu Validation unterrichtet.

Involvierte Berufsgruppen:

Pflegefachpersonen und Pflegeexpertinnen und Akutgeriatrie

Projektergebnisse / Konsequenzen:

Das Wissen und die Zufriedenheit der Pflegefachpersonen auf den medizinischen Pflegestationen im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit einer Demenz hat sich laut Rückmeldungen verbessert.

Die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeiten müssen durch viel Übung in der Praxis weiterentwickelt und gefestigt werden. Wir streben eine Weiterentwicklung in diesem Bereich an, mit dem Ziel, möglichst viele Mitarbeitende zu einem kompetenten Umgang mit Patientinnen und Patienten mit einer Demenz zu befähigen. Ziel ist es, die Validation präventiv einzusetzen, um Menschen mit einer Demenz frühzeitig zu erfassen, damit sie nicht erst wahrgenommen werden, wenn auffällige Verhaltensweisen auftreten. Schulungen wurden deshalb auch im Jahr 2021 regelmässig durchgeführt, um die Anwendung der Validation in der Pflegepraxis zu verbessern und zu etablieren.

18.1.9 Positionierungs- und Mobilisationskonzept

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Mit dem neu erstellten Konzept werden verschiedene Ziele verfolgt. Einerseits sollen durch eine bedarfsgerechte Positionierung der Patientinnen und Patienten deren Wahrnehmung und Orientierung gefördert und die Eigenbewegung und das Wohlbefinden verbessert werden. Im Weiteren gibt das Konzept dem Betreuungsteam Anregungen, wie die Unterstützung bei der Positionierung und bei der Mobilisation gestaltet werden kann. Zusätzlich sollen durch eine geeignete und individuell angepasste Verwendung von Positionierungsmaterialien Sekundärschäden wie z. Bsp. Dekubitus vermieden werden.

Projekttablauf / Methodik:

Die drei Berufsgruppen Physiotherapie, Pflege und Kinästhetik haben zusammen Grundsätze für die Positionierung und Mobilisation von Patientinnen und Patienten erarbeitet. Auf der Basis dieser Grundsätze wurden mehr als 20 Arbeitsanweisungen und ein Gesamtkonzept erstellt, welche anhand von Beschreibungen, Bildern und Videos aufzeigen, wie Patientinnen und Patienten in verschiedenen Situationen korrekt mobilisiert oder positioniert werden. Zusätzlich wurden neue, einheitliche Positionierungsmaterialien ausgesucht und in der ganzen Klinik angeschafft. Nach der Fertigstellung des gesamten Konzepts wurde eine Themenwoche auf der Medizin und der Gynäkologie zur Sensibilisierung der Pflorgeteams durchgeführt.

Involvierte Berufsgruppen:

Pflegefachpersonen, Physiotherapie, Kinästhetik-Therapeutin, Leitung Praxisentwicklung Pflege, Pflegeexpertin

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Durch das Erstellen des Konzepts und der verschiedenen Arbeitsanweisungen wurden die Pflorgeteams zum Thema Positionierung und Mobilisation von Patientinnen und Patienten sensibilisiert. Die durchgeführte Themenwoche hat gezeigt, dass das Thema einerseits als spannend erlebt wird und dass andererseits weitere Schulungen geplant werden müssen, um das Thema gut in der Pflegepraxis zu verankern. Durch die Zusammenarbeit von drei Berufsgruppen war es möglich, ein für das gesamte KSB gültiges, einheitliches Konzept zu erstellen.

18.1.10 Anerkennungsverfahren Hebammengeleitete Geburtshilfe (HGGH)

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Netzwerk und Anerkennungsverfahren Hebammengeleitete Geburtshilfe Ziel des Schweizerischen Hebammenverbandes ist es, die Hebammenbetreuung von Frauen und ihren Familien während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu fördern. Neben der Hausgeburtshilfe und den Geburtshäusern bieten bereits einige Spitäler eigene Geburtshilfeabteilungen oder Betreuungspfade der hebammengeleiteten Geburtshilfe an. Um gemeinsam eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgungsstruktur zu erreichen, sind alle geburtshilflichen Organisationen, insbesondere Spitäler mit hebammengeleiteter Geburtshilfe eingeladen, am "Netzwerk Hebammengeleitete Geburtshilfe SHV" und bei Interesse auch am "Anerkennungsverfahren Hebammengeleitete Geburtshilfe SHV" teilzunehmen.

Projektablauf / Methodik:

Die Hebammengeleitete Geburtshilfe am KSB ist eine Form der Geburtshilfe, bei der die Hebamme in physiologischen Situationen selbstständig und eigenverantwortlich die Frau ohne Beisein eines Arztes/einer Ärztin betreut. Die Hebamme betreut die gesunden Frauen in der Schwangerschaft, unter und nach der Geburt sowie im Wochenbett. Dieses Betreuungsmodell wird im KSB als Ergänzung zum herkömmlichen Arzt/Hebammenmodell verstanden. Im Falle einer sich entwickelnden Komplikation vor, während oder nach der Geburt wird die Frau vom HGGH-Modell in die ärztliche Betreuung des üblichen Modells weitergeleitet. Grundlage hierfür ist eine kontinuierliche Einstufung anhand eines interdisziplinär erarbeiteten geburtshilflichen Kriterienkataloges. Das Neugeborene läuft in allen Fällen bei Notwendigkeit eines Zuzuges des Pädiaters/der Pädiaaterin ausserhalb vom HGGH-Modell, die Massnahmen werden zusammen mit der Hebamme/Pflegefachperson eingeleitet und durchgeführt. Die Hebammengeleitete Geburtshilfe wird am KSB durch die Spitalhebammen oder eine Beleghebamme durchgeführt. Die HGGH am KSB besteht seit Ende 2018 und erfährt einen hohen Zulauf an interessierten Gebärenden. Im Jahr 2021 wurde die bestehenden Strukturen dem Anerkennungsverfahren des Schweizerischen Hebammenverbandes unterzogen. Gemäss dem SHV wurden verschiedene Qualitätsfaktoren beurteilt. Die HGGH am KSB hat die Anerkennung mit 20/20 Punkten ohne Auflagen erworben. Im Rahmen der Vorbereitungen zum Anerkennungsverfahren wurden die Abläufe noch optimiert und angepasst.

Involvierte Berufsgruppen:

Hebammen, Hebammenexpertin, Leitende Hebamme, Stationsleitung und Pflegeteam Wochenbettabteilung, Ärztinnen/Ärzte Geburtshilfe

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Die HGGH hat einen regen Zulauf und wird von den Schwangeren und Gebärenden als ergänzendes Angebot sehr geschätzt. Die HGGH wird deshalb auf unbestimmte Zeit weiter angeboten und weiter etabliert. Ein erneutes Anerkennungsverfahren zur Re-Zertifizierung wird im Jahr 2024 wieder in Erwägung gezogen. Es werden laufend Weiterbildungen durchgeführt, um die Kompetenzen der Hebammen zu stärken. Eine Mitarbeit im Netzwerk «Hebammengeleitete Geburtshilfe SHV» wird ab März 2022 gestartet.

18.1.11 Implementierung Anlaufstelle "Windspiel"

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Die professionelle Begleitung und Unterstützung einer Familie vor, während und nach dem Verlust eines Kindes ist ein wichtiges Thema in der Geburtshilfe. 10-15% aller Schwangerschaften gehen verloren und die Eltern benötigen Fachpersonen, die sie auf diesem Weg unvoreingenommen und interdisziplinär betreuen. Auf tragische Art und Weise verlieren Paare ein Kind und somit gehegte Zukunfts- und Familienpläne. Sie trauern, egal wie weit fortgeschritten die Schwangerschaft war. Durch die Geburt wird der Schmerz für die Familie noch fühlbarer und realer. Auch das Thema eines Schwangerschaftsabbruches aufgrund unterschiedlicher Indikationen, unabhängig von der Schwangerschaftswoche stellt eine Herausforderung für die Frau, das Paar und auch das betreuende Personal dar. Das individuelle Eingehen auf die unterschiedlichsten Bedürfnisse der Eltern und die gegenseitige Unterstützung des gesamten Betreuungsteams sind uns wichtig. Wir möchten der Familie die nötige Ruhe, Stärke und Sicherheit beim Abschiednehmen von ihrem Kind vermitteln.

Projekttablauf / Methodik:

Die neu gegründete Anlaufstelle „Windspiel“ bietet eine zusätzliche Unterstützung der Familien ab Diagnosestellung eines Kindsverlustes, einer vorliegenden Fehlbildung oder Behinderung oder bei der Entscheidungsfindung eines Schwangerschaftsabbruches. Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen (Pflege, Seelsorge, Hebammen, Fachärzte aus den Bereichen und Geburtshilfe und Psychiatrie) können Familien in der Schwangerschaft, über die Geburt bis zum Wochenbett unterstützen. Wir unterstützen den individuellen Weg der ganzen Familie auf Wunsch unter Einbezug von z.B. Geschwisterkindern oder Grosseltern. «Windspiel» weiss um die Wichtigkeit von Zeit, Ruhe und Entschleunigung für einen guten Verarbeitungsprozess.

Möglichkeiten für einen Einbezug von «Windspiel» sind:

- Begleitung bei der Entscheidungsfindung nach Diagnose (z.B. keine Herzaktivität nachweisbar, Fehlbildung, etc.)
- Prozederegespräch (z.B. Erstgespräch vor Einleitung oder nach Mifegyne® - Einnahme)
- Unterstützung bei Gestaltung von Erinnerungen und Abschied
- Mitorganisation Nachgespräch
- Unterstützung in Folgeschwangerschaft nach Kindsverlust oder Abbruch
- Vermittlung an externe Fachpersonen
- u.v.m.

Zusätzlich kümmert sich die Arbeitsgruppe «Windspiel» auch um Angebote für das Fachpersonal wie beispielsweise Weiterbildungen, Aktualisieren der Fachordner, Aufgleisung von Supervision etc. Neben der Überarbeitung der internen Abläufe im ambulanten wie auch im stationären Bereich zum Thema Kindsverlust wurden auch die Dokumente (Arbeitsanweisung, Konzept, Aufklärungen etc.) angepasst. Im Rahmen dieser Überarbeitung wurde die interdisziplinäre Arbeitsgruppe gebildet.

Involvierte Berufsgruppen: Hebammen, Hebammenexpertin, Leitende Hebamme, Stationsleitung und Pflegeteam Gynäkologie & Neonatologie, Gynäko-Psychiatrie, Seelsorge, Ärzteschaft Geburtshilfe

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Die Einführung der Anlaufstelle hat per Ende 2021 stattgefunden. Die neuen Abläufe werden verinnerlicht und laufend verbessert. Die Kontinuität der Betreuung von Seiten des KSB für die betroffenen Familien wurde bereits gesteigert. Dies zeigt sich auch in einzelnen Rückmeldungen der Betroffenen. Die Anlaufstelle wird auf unbestimmte Zeit weitergeführt.

18.1.12 Delirprävention - Delirsensibles Spital

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Durch gezielte Präventionsmassnahmen die Delirrate mit dem Label «Delir-sensibles Spital» deutlich senken

Projektlauf / Methodik:

Die Evaluierung der Delirfaktoren vom Notfall (INZ) bis zur Hospitalisation auf der Pflegestation inkl. Interdisziplinäre Intensivstation (IDIS), Intermediate Care (IMC) und während der perioperativen Phase. Die Identifikation der Risiko-patientinnen/-patienten erfolgt direkt nach dem Eintritt oder im Rahmen der Interdisziplinären Präoperativen Abklärungssprechstunde (IPAS). Der Patientenpfad, inkl. Betreuung durch freiwillige Mitarbeitende des IDEM (Im Dienste eines Mitmenschen), wird für delirgefährdete Patientinnen und Patienten abgebildet. Die freiwilligen Mitarbeitenden des IDEM werden speziell geschult und den Patientinnen und Patienten zugeteilt. In Zusammenarbeit mit der Spitalapotheke werden die medikamentösen Therapien beurteilt, die zu einem Delir führen können. Zudem wird ein "anticholinergic burden score" im KISIM implementiert.

Das Ziel ist es, die gefährdeten Patientinnen/Patienten kontinuierlich zu betreuen, zu begleiten und Störfaktoren auf ein Minimum zu begrenzen. Dieses Modell ist aktuell in Nordamerika sowie in 2 Spitälern in Deutschland etabliert.

Involvierte Berufsgruppen:

Ärztinnen/Ärzte und Dipl. Pflegefachpersonen verschiedener Fachbereiche, Spitalapotheke, freiwillige Mitarbeitende des IDEM, Therapeuten, Pflegeexpertinnen.

Projektergebnisse / Konsequenzen:

Die Pilotphase mit Teil I der Schulung des Personals der medizinischen Pflegestationen startete im Herbst 2020. Ab April 2021 erfolgte der Start auf der medizinischen Abteilung mit dem Projekt-«Pfad ROT» (mit Delir diagnostizierte Patientinnen und Patienten). Mit Abschluss des Jahres 2021 ist es gelungen, den Projektteil-«Pfad ROT» (Betreuung von mit Delir diagnostizierte Patientinnen und Patienten) auf allen Pflegestationen auszurollen. Die Mitarbeitenden der Bereiche sind geschult. Um Erfahrungen auszutauschen und kontinuierliche Verbesserungsprozesse anzustreben, finden regelmässig interprofessionelle und interdisziplinäre Treffen der Fachabteilungen statt. Im ersten Quartal 2022 wird der Projektteil-«Pfad Gelb» (Screening Delir-gefährdeter Patientinnen/Patienten) in Zusammenarbeit mit der Unternehmensentwicklung am KSB gestartet.

18.1.13 Delirmanagement

Projektart: Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Aufgrund der demografischen Entwicklung und erhöhten Multimorbidität in der Gesellschaft gibt es im Akutspital vermehrt Patientinnen und Patienten, die während des Spitalaufenthalts ein Delir entwickeln. Um diese Menschen optimal betreuen zu können, wurde ein Delir-Management für das ganze KSB entwickelt, mit dem Ziel, eine einheitliche, auf die Bedürfnisse dieser Patientinnen und Patienten zugeschnittene Betreuung anzubieten.

Projektlauf / Methodik:

Alle in die Betreuung von Delir-Patientinnen und -Patienten involvierten Bereiche und Berufsgruppen im KSB haben zusammen Prozesse und Massnahmen entwickelt, um eine qualitativ hochwertige Betreuung dieser Patientengruppe zu ermöglichen. Für die Mitarbeitenden wurden Leporellos gestaltet, auf denen alle wichtigen Informationen rund um das Delir-Management, wie z. Bsp. Delir-Screening, nicht-medikamentöse und medikamentöse Behandlung eines Delirs, notiert sind. Zusätzlich wurde ein Delir-Konsilium eingerichtet, welches bei dringenden Anliegen rund um die Uhr, sieben Tage/Woche telefonisch erreichbar ist. Dieses Team macht aktuell zusätzlich täglich Visiten auf allen Pflegestationen, um Fragen des Behandlungsteams zu klären und Unterstützung bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einem Delir anzubieten. In Zukunft wird die Organisation der täglichen Delir-Visiten evaluiert und entsprechende Massnahmen definiert. Als weitere Massnahme zur Qualitätsverbesserung finden regelmässige interprofessionelle und interdisziplinäre Sitzungen statt, an denen aktuelle Fragen, aber auch Probleme besprochen werden können.

Involvierte Berufsgruppen:

Ärzeschaft, Pflegefachpersonen, Pflegeexpertin, Spitalapotheke, therapeutische Berufe

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Das Qualitätsentwicklungsprojekt zur Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einem manifesten Delir wurde in den Jahren 2020/2021 entwickelt und im gesamten Spital erfolgreich umgesetzt. Durch die Einführung dieses Projekts konnten viele Unklarheiten bei der Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Delir im Alltag beseitigt werden, weshalb die Akzeptanz bei den Mitarbeitenden hoch ist. Die regelmässig durchgeführten interprofessionellen und interdisziplinären Sitzungen, an denen aktuelle Probleme, aber auch Fragen zum Thema Delir-Management besprochen werden können, führen zu einer grossen Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Zeitnah können bei Bedarf Prozesse angepasst werden. Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einem manifesten Delir konnte mit der Einführung des Delir-Managements nachweislich verbessert werden. Es gibt zum Beispiel deutlich weniger Verlegungen von Patientinnen und Patienten auf eine Überwachungsstation, wenn diese aufgrund eines Delirs unruhig oder aggressiv sind.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

18.2.1 Pflegeprozess

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.

Projektablauf / 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 Patientinnen/Patienten beurteilt und optimiert wurde. Neu wurden ThementrägerInnen auf den verschiedenen Pflegestationen definiert, die den Teams helfen, den Pflegeprozess aktiv umzusetzen und neue Mitarbeitende in der Einführungszeit beim Pflegeprozess zu unterstützen.

Involvierte Berufsgruppen:

Dipl. Pflegefachpersonen, Stationsleitungen, Pflegeexpertinnen

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Durch die verschiedenen Schulungen soll das Pflegefachpersonal auf den Pflegestationen zum Thema Pflegeprozess sensibilisiert werden. Der Pflegeprozess soll korrekt und konsequent durchgeführt werden. Damit wird eine Steigerung der Qualität bei der Betreuung der Patientinnen und Patienten erreicht. Im 2021 wurde eine Themenwoche Pflegeprozess auf den medizinischen Pflegestationen durchgeführt. Zusätzlich wurden auf den medizinischen Pflegestationen Thementrägerinnen und Thementräger definiert, die regelmässig Kurzschulungen und Inputs zum Thema durchführen.

18.2.2 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 Pflegestationen begleitet. Im Anschluss wurden die anwesenden Pflegefachpersonen und die Pharmaassistentinnen / Medizinische Praxisassistentinnen (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

Projektergebnisse / 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 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.

Ein Pilotprojekt zur Doppelkontrolle von Insulin wurde im 2021 mit Erfolg auf den beiden gynäkologischen Pflegestationen durchgeführt. Die im Vorfeld definierten Schritte der Doppelkontrolle durch eine Person wurden zuverlässig durchgeführt. Der neu erstellte Prozess wurde vom Pflorgeteam als sinnvoll eingestuft; die Doppelkontrolle konnte gut in den Arbeitsablauf integriert werden. Die Patientensicherheit war jederzeit gewährleistet. Momentan wird diskutiert, in welchem Rahmen die Doppelkontrolle im Betrieb weitergeführt werden kann.

18.2.3 Aktivierungsbox

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Ziel des Projekts ist, Patientinnen und Patienten mit einer Auswahl an Unterhaltungsmöglichkeiten im Spitalalltag eine sinnvolle Beschäftigung anzubieten. Gleichzeitig soll eine mentale Aktivierung stattfinden.

Projekttablauf / Methodik:

Für jede medizinische Pflegestation wurde eine Aktivierungsbox hergerichtet, die verschiedene Produkte wie z. Bsp. Jasskarten, Bücher und Bastelmaterial wie Mandalas zur Beschäftigung enthalten. Zudem gibt es eine Musikbox mit einer Auswahl an verschiedenen Stilrichtungen, die therapeutisch bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden kann. Die Pflegefachpersonen und die IDEM (freiwillige Helferinnen und Helfer) können, wenn dies von den Patientinnen und Patienten gewünscht ist, mit Hilfe einer Aktivierungsbox eine Beschäftigung anbieten. Die Patientinnen und Patienten können sich entweder selber beschäftigen oder werden bei einer Tätigkeit unterstützt. Die Aktivierungsboxen werden ausserdem gezielt bei Patientinnen und Patienten verwendet, die sich selber nicht genügend beschäftigen können.

Involvierte Berufsgruppen:

Dipl. Pflegefachpersonen und die freiwilligen Mitarbeitenden des IDEM der medizinischen Pflegestationen

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Mit der Einführung der Aktivierungsboxen können Patientinnen und Patienten während ihres Spitalaufenthalts durch sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten mental aktiviert werden. Die Aktivierungsboxen werden von vielen Patientinnen und Patienten mit Freude genutzt. Bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen kann mit den Aktivierungsboxen häufig ein Zugang zur aktuellen Lebenswelt hergestellt werden. Im 2021 wurde dieses Projekt erfolgreich abgeschlossen. Die Aktivierungsboxen werden weiterhin regelmässig benutzt.

18.2.4 Kunsttherapie auf der Palliativstation

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Die Kunsttherapie ist in den letzten Jahrzehnten in vielen medizinischen Behandlungsfeldern zu einem wesentlichen Bestandteil integrativer Behandlungsansätze geworden. Palliativmedizinische Versorgung zeichnet sich heute durch ein multiprofessionelles Konzept aus, das sich, neben medizinischen Problemstellungen, dem ganzen Menschen mit seinen vielfältigen psychosozialen Bedürfnissen und Problemstellungen widmet.

Die Kunsttherapie auf der Palliativstation ist eine Therapieform, die kreatives Schaffen in die therapeutische Arbeit einbezieht. Sie kann einen Zugang zu Emotionen und Gedanken durch Materialien und Medien der bildenden Kunst schaffen. Farb- und Formqualitäten werden mit eigenem Erleben, Erinnerungen und persönlichen Lebensmotiven verbunden und veranschaulicht. Sowohl die Gestaltungsprozesse selbst als auch die entstandenen Werke dienen innerhalb des therapeutischen Geschehens als «Anschauungs- und Proberaum», in welchem Handlungen und Denkweisen betrachtet, weiterentwickelt und einer sinnvollen Wandlung unterzogen werden.

Projekttablauf / Methodik:

Im kunsttherapeutischen Prozess können kreative Ressourcen neu entdeckt, Selbstheilungskräfte mobilisiert sowie vielfältige Veränderungsprozesse angeregt werden. Kunsttherapeutische Verfahren haben sich in diesem Feld auf vielfältige Weise bewährt, in dem sie Patientinnen und Patienten eine aktive und kreative Rolle in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung ermöglichen und damit dem Helfersystem sowie den Angehörigen neue Perspektiven im Umgang mit der Endlichkeit menschlicher Existenz eröffnen.

Involvierte Berufsgruppen:

Kunsttherapeutin, Pflegeexpertin, Stationsleitung und Pflegefachpersonen des Palliativ-Teams

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Mitte 2019 Gründung einer Arbeitsgruppe Projekt Kunsttherapie. Es folgten die Rekrutierung einer Kunsttherapeutin und die Budgetierung der notwendigen finanziellen Mittel für die Pilotphase. Der Start der Kunsttherapie wurde auf Januar 2020 festgelegt. Die Kunsttherapeutin besuchte im Jahr 2020 114 Patientinnen und Patienten und 109 von ihnen erhielten eine Kunstkarte mit darin enthaltenem Gespräch. Ein Leporello für die Patientinnen und Patienten der Palliativstation wurde erstellt.

18.2.5 Schmerzbehandlung

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Das Ziel der Themenwoche war, mit den Pflegefachpersonen der medizinischen Pflegestationen die Grundlagen zu Schmerz und Schmerzmanagement zu erarbeiten. Dabei wurde auf bereits vorhandenem Wissen zum Thema aufgebaut.

Projekttablauf / Methodik:

Im Rahmen einer Themenwoche wurden auf den medizinischen Pflegestationen Grundlagen zum Thema Schmerz und mögliche Behandlungsansätze vermittelt. Es gab Kurzfortbildungen zu den Themen Schmerzarten, Assessmentinstrumente und WHO-Stufenschema. Anhand eines Fallbeispiels wurden in den Teams Massnahmen zur Verbesserung der beschriebenen Schmerzsituation erarbeitet. Zusätzlich wurden die Besonderheiten der Schmerztherapie bei geriatrischen Patientinnen und Patienten geschult.

Involvierte Berufsgruppen:

Dipl. Pflegefachpersonen, Pflegeexpertinnen

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Mit der Durchführung der Themenwoche konnten die Pflegefachpersonen ihr Wissen zum Thema Schmerz und Schmerzbehandlung auffrischen und erweitern. Im 2021 wurde eine weitere Themenwoche Schmerz durchgeführt, während der vertieft auf weitere Themen rund um Schmerz eingegangen wurde. Dazu wurde der interne Schmerzdienst involviert.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Geltungsbereichserweiterung

Weiterführung der Implementierung des bereits bestehenden QM-Systems DIN EN ISO 9001:2015

Das bereits bestehende QM-System wird bis zum Bezug unseres Neubaus auf alle patientennahen Bereiche ausgeweitet.

Die Implementierung wird durch das Qualitätsmanagement gesteuert und durch die Unternehmensentwicklung unterstützt. Im Rahmen der Implementierung des QM-Systems werden die vorhandenen Prozesse interdisziplinär und interprofessionell analysiert und gemeinsam Massnahmen für Verbesserungen initiiert.

Durch diese Verbesserungen sollen unsere Patientinnen und Patienten profitieren. Sie sollen ihren Aufenthalt vom ersten Tag an so angenehm wie möglich machen.

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 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 2022

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 spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [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
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)

Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
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
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
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g)
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/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.