

Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+



Freigabe: Adrian Schmitter, CEO
25.05.2020



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 2019.

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 2019

Frau
Martina Rütschlin
Leiterin Qualitätsmanagement
056 486 29 71
martina.ruetschlin@ksb.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil.

Nach Akutsumatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualittsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalittskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: www.patientensicherheit.ch/momo.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualittsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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

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

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019	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	21
4.5 Registerübersicht	22
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
5.2.2 Patientenbefragung Tumorzentrum 2019	33
5.3 Beschwerdemanagement	34
6 Angehörigenzufriedenheit	35
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	35
7 Mitarbeiterzufriedenheit	37
7.1 Eigene Befragung	37
7.1.1 Mitarbeiterbefragung Kantonsspital Baden 2019	37
8 Zuweiserzufriedenheit	38
8.1 Eigene Befragung	38
8.1.1 Zuweiserbefragung Tumorzentrum 2019	38
Behandlungsqualität	40
9 Wiedereintritte	40
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	40
10 Operationen Die interne Qualitätssicherung erfolgt über die Erfassung von Komplikationen (Clavien-Dindo Classifikation). Die klinischen Daten werden auch an AQC gesendet.	
11 Infektionen	41
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	41
12 Stürze	44
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	44
13 Wundliegen	46
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	46
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15 Psychische Symptombelastung	

	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessung	48
17.1	Weitere eigene Messung	48
17.1.1	Qualitätskennzahlen Organkrebszentren	48
18	Projekte im Detail	49
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	49
18.1.1	Simulationsbasiertes Team-Training	49
18.1.2	Speaking-Up - erwünschter Ungehorsam	51
18.1.3	PDMS - Patientendaten Management System	52
18.1.4	Delirprävention - Delirsensibles Spital	53
18.1.5	Safety Room	53
18.1.6	Kunsttherapie auf der Palliativstation	54
18.1.7	Validation VA-CH auf den medizinischen Pflegestationen	55
18.1.8	Pflegeprozess	56
18.1.9	Medikationsprozess auf den Pflegestationen	57
18.1.10	Elektronischer Medikamentenschrank	58
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	59
18.2.1	Pflegerisches Erstgespräch	59
18.2.2	Delirmanagement	60
18.2.3	Beratungskonzept Ernährung und Krebs	61
18.2.4	EPIB - elektronisches Patientenidentifikationsarmband	62
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	63
18.3.1	Geltungsbereichserweiterung	63
19	Schlusswort und Ausblick	64
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	65
	Akutsomatik	65
	Herausgeber	68

1 Einleitung

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

Das KSB ist Grundversorger und Spezialist zugleich. Dies spiegelt sich in seinem umfassenden Leistungsspektrum wieder. Für rund 350'000 Einwohnerinnen und Einwohner im östlichen Teil des Kantons Aargau bietet das KSB eine wohnortnahe und sichere Gesundheitsversorgung.

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

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

Kennzahlen aus dem Jahre 2019:

Die durchschnittliche Bettenauslastung betrug 84.5%. Wir hatten 20'753 Austritte, das waren 3.2% mehr als im Vorjahr. Es liegt ein sehr intensives Jahr hinter uns. (Auszug aus dem Lagebericht 2019 KSB)

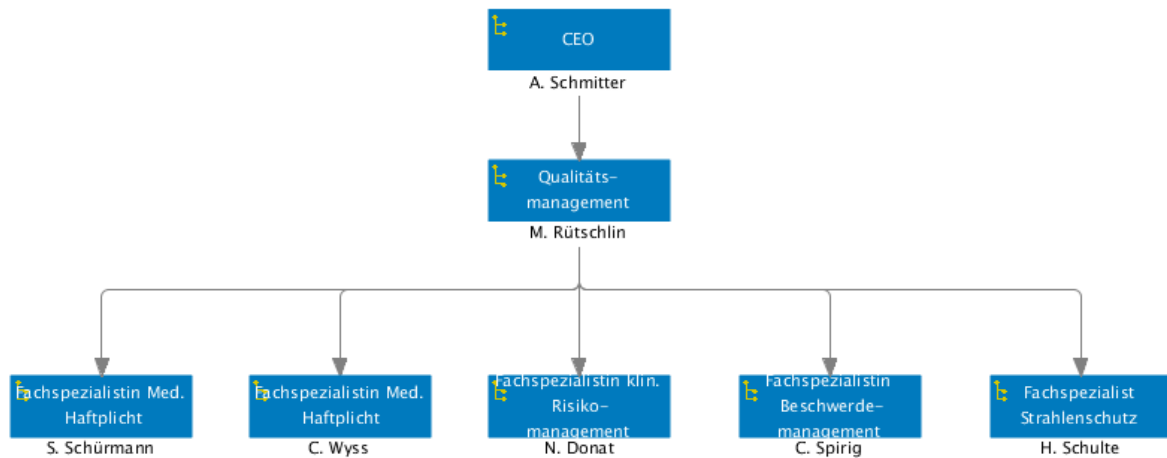
Den Höhepunkt der Modernisierung stellt der 450 Millionen Franken teure Neubau dar, der Ende 2022 in Betrieb genommen wird. Bis dahin, so die strategische Vision, will das KSB bezogen auf Qualität, moderne Infrastrukturen und patientengerechte Abläufe an der Spitze vergleichbarer Häuser stehen.

Weitere Informationen unter www.ksb.ch

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



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.
- 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 und der Medien
- Planung, Koordinierung und Durchführung von Zertifizierungen nach DIN EN ISO 9001:2015, Fachzertifizierungen sowie behördliche Inspektionen

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **410** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

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

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

3 Qualitätsstrategie

Das Leitbild der Kantonsspital Baden AG (KSB)

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

Die Aufgaben des KSB

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

Die Zielsetzungen

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

Die Patientinnen und Patienten

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

Das Team

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

Die Organisation

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

Qualität und Gesundheitsförderung

- Durch stetes Lehren und Lernen und aufmerksames Überwachen von 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, müssen Mitarbeitende 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 Fachkräfte unerlässlich. Ein implementiertes QM-System, flankiert von ausgewählten und unterstützenden Zertifizierungen, erhöht die Attraktivität als Arbeitgeber für potentielle Mitarbeitende, kann aber auch ein wichtiges Marketinginstrument für Zuweisende und potentielle Patientinnen und Patienten sein.

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

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

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

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

- 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 die patientennahen Bereiche ausgedehnt.
- In einer interprofessionellen Arbeitsgruppe wurde ein Qualitätscockpit mit intern definierten Kennzahlen aufgebaut. Unser Ziel ist es, frühzeitige Anhaltspunkte zu finden, um Ursachen und mögliche Massnahmen zu identifizieren sowie Schwachstellen zu reduzieren.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

Die Jahresziele werden durch die Qualitätskommission festgelegt. Im 2019 wurden folgende Ziele definiert:

Strukturqualität

- Qualitätsbericht H+qualité
- QM-Handbuch Informer
- Freigabeprozess im Informer
- Erstellen eines Umfragekonzeptes KSB
- QM-Strategie Zertifizierungen
- Vernetzung Qualitätsmanagement mit der Unternehmensentwicklung
- Neu-Organisation Strahlenschutz

Prozessqualität

- Status der Qualitätsarbeit (Risikoaudits, Interne Prozessaudits etc.)
- Prüfung der Zweckmässigkeit des Qualitätsmanagementsystems ISO 9001:2015 (Externe Audits)
- Prüfung der fachlichen Anforderungen an ein Zentrum, Fachgebiet (Überprüfung durch Fachgesellschaften)
- ANQ Angleichung der stationären Patientenbefragung "zufrieden mit uns"?
- Erarbeiten des Q-Cockpits

Ergebnisqualität

- Nationale Messungen ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken)
- Messungen nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)
- 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:

Wir stellen den Kunden ins Zentrum unseres Handelns

Wir sind ein Team und setzen auf Zusammenarbeit und Kommunikation

Wir bekennen uns zu Leistung und Qualität

Wir setzen auf Vertrauen, Loyalität und Respekt

Wir erzielen optimale Resultate in allen Bereichen

(Unternehmenswerte KSB, 21.03.2019)

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen 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>	
▪ "Zufrieden mit uns?" ▪ Patientenbefragung Tumorzentrum 2019	
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>	
▪ Mitarbeiterbefragung Kantonsspital Baden 2019	
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>	
▪ Zuweiserbefragung Tumorzentrum 2019	
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:	
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>	
▪ Qualitätskennzahlen Organkrebszentren	

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

CIRS

Ziel	Identifikation von klinischen Risiken und Förderung der Sicherheitskultur, Einleitung von Präventions- und Verbesserungsmassnahmen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Identifikation von sicherheitsrelevanten Problemen und latenten Fehlern, Steigerung der Aufmerksamkeit für Risiken und Lösungsmöglichkeiten, Förderung des einrichtungsübergreifenden Lernens aus Fehlern und Risiken.
Methodik	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau
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 oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Identifikation und Meldung von unerwünschten Arzneimittelreaktionen, Vorkommnisse oder beinahe Vorkommnisse in Zusammenhang mit Blutprodukten und Medizinprodukten.
Methodik	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau
Involvierte Berufsgruppen	Alle in die Behandlung und Therapie involvierten Berufsgruppen.

Sturz

Ziel	Erfassung und Vermeidung von Patienten-Stürzen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Flächendeckendes Screening und Monitoring, Evaluation von Sturzereignissen, Weiterentwicklung der Sturzprophylaxe
Methodik	Elektronische Patientenakte KISIM
Involvierte Berufsgruppen	Pflegefachpersonal
Weiterführende Unterlagen	Patienteninformationsbroschüre zum Thema Sturz, Schriftenreihe Nr. 2 - Sturzprävention - Patientensicherheit Schweiz

Dekubitus

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

Patienten Sicherheitsarmband

Ziel	Sicherstellung bestmöglicher Voraussetzungen zur eindeutigen Identifikation von Patientinnen und Patienten.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Steigerung der Patientensicherheit, Weiterentwicklung der Sicherheitskultur
Methodik	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 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 oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2012
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Häufung von aggressivem Verhalten
Methodik	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau
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 des Patienten angegeben. Das Delir Konzept wird im Rahmen einer interprofessionellen Projektgruppe neu überarbeitet. Im Fokus des Projektes stehen die Früherkennung von gefährdeten Patienten und eine kontinuierliche Begleitung solcher Patienten.

Sichere Chirurgie

Ziel	Vermeidung von Fehlern und Komplikationen in der Chirurgie
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ambulante und stationäre Chirurgie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2013
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
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, Operationstechnischer Assistenten (OTA)
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 oder das Projekt läuft	Pflegestationen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2015
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Gestaltung des Fortbildungsangebots zur kontinuierlichen Verbesserung praxisnah und im Arbeitsalltag
Methodik	Die Themenwochen dienen als Fachinputs, bei denen auf bereits vorhandenes Wissen und methodische Fähigkeiten zurückgegriffen 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. Im Jahr 2019 wurden die Themen rückenschonendes Arbeiten im Pflegealltag, Stroke, Aggressionsmanagement, Herzinsuffizienz und komplexer Patient (viele Schläuche) geschult.

Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte (SSI Surveillance)

Ziel	Epidemiologische Überwachung von Wundinfektionen nach chirurgischen Eingriffen (englisch: Surgical Site Infections - SSI).
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Chirurgie
Projekte: 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 Intervention zur Verminderung von postoperativen Wundinfektionen (SSI Intervention)

Ziel	Die Reduktion von Wundinfektionen nach chirurgischen Eingriffen mit drei elementaren Massnahmen der Prävention.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Chirurgie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2015
Begründung	Durch Stärkung der Präventivmassnahmen kann das Auftreten von postoperativen Infektionen vermindert werden.
Methodik	Die regelmässige Überwachung der Interventionsmassnahmen mit Feedback.
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 die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: 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.

Speaking-Up – erwünschter Ungehorsam

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 oder das Projekt läuft	Aktiv: Departement Anästhesie. Passiv: KSB gesamt (E-learning Modul)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019-2020
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Eine Erkenntnis der Sicherheitsforschung in «high reliability organisations» (HROs) wie der Aviatik und der Medizin ist die Tatsache, dass Fehler häufiger beobachtet als benannt wurden–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	Pflegende, Ärzte sowie weitere Mitarbeitende des Departements Anästhesie.
Evaluation Aktivität / Projekt	Fortlaufende Evaluation und Anpassung.
Weiterführende Unterlagen	Schriftenreihe Nr. 8 - Speak Up - Wenn Schweigen gefährlich ist - Patientensicherheit Schweiz

Simulationsbasiertes Team-Training Anästhesie

Ziel	Standardisierung und Ausbau der bestehenden simulationsbasierten Team-Trainings im Departement Anästhesie, und Erweiterung auf interdisziplinäre Trainings mit weiteren Akutdisziplinen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement Anästhesie. Weitere Fachbereiche werden themenspezifisch einbezogen: 2019 gemeinsam mit der Geburtshilfe und die Pädiatrie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Medizinische Zwischenfälle schaden unseren Patienten, und haben weitreichende emotionale, juristische und finanzielle Konsequenzen. An 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 kooperierenden Akutdisziplinen nach anerkanntem Standards, um Patientensicherheit effizient und kosteneffektiv zu erhöhen.
Involvierte Berufsgruppen	Pflegefachpersonen, Expertinnen/Experten NDS HF Anästhesiepflege und 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 an relevanten Messpunkten.

Lean Management

Ziel	Das KSB entwickelt und etabliert durchgängige und messbare Prozesse, welche sich in allen Bereichen am Patienten orientieren. Dabei gewonnene Erkenntnisse sollen in die Planung des Neubaus miteinfließen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Verschiedenste interne Analysen und interne wie auch externe Studien haben gezeigt, dass bezüglich Kundenorientierung und Prozesseffizienz im Gesundheitswesen noch grosses Verbesserungspotential vorhanden ist.
Methodik	Das KSB orientiert sich an den 10 Prinzipien des Lean Managements, um 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 2011 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

Bemerkungen

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

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

Die Anzahl der CIRS Meldungen zeigt, 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 Praxisentwicklung Pflege des KSB hat im Rahmen des Projektes «Safety Room» im Herbst 2018 eine Patientensituation in einem Trainingsraum ausgearbeitet, in dem Fehler und Risiken für die Patientensicherheit versteckt waren. Somit hat das KSB die Teilnahme an der Aktionswoche Patientensicherheit «Room of Horrors» im Jahr 2019, welche durch CIRNET initiiert wurde, gesondert behandelt. Das Projekt «Safety Room» ist im Kapitel 18 näher beschrieben.

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/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 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	SOGG: 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
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, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2010
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 Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrgap.ch	2007-2010
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
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

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
Swiss TECT Register Schweizerisches Zentralregister der thermischen endovenösen Kathethertherapie	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie und Venerologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Angiologie	Schweizerische Gesellschaft für Phlebologie und Unionsgesellschaft (union of vascular societies) uvs.ch phlebology.ch	2017
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swisssvasc Registry www.swissvasc.ch	2012
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/	2013
NICER Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung www.nicer.org	2013 über KR Kanton Aargau
SKKR Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	www.kinderkrebsregister.ch	2013

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	2018	
Q-Label der Krebsliga Schweiz (KLS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SGS)	Interdisziplinäres Brustzentrum	2013	2017	
Deutsche Hernienchirurgie (DHG Siegel)	Chirurgie	2018	2018	Referenzzentrum für Hernienchirurgie
Babyfreundliches Spital (UNICEF)	Wochenbett	2005	2019	Das Kantonsspital Baden hat am Audit vom 12.06.2019 die obligatorischen Kriterien zu 100 % und alle Kriterien zu 96.5 % erfüllt.
SGI Anerkennung Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	IMC	2017	2017	
SGI Anerkennung Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	IDIS	2001	2016	Anerkennung
Forum Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit IN Gesundheitsinstitutionen Schweiz (FTGS), Bronze Zertifikat	KSB	2016	2019	Zertifikat wird nicht mehr weitergeführt (Ende 2019)

Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (AS+GS)	KSB AG	2009	2019	Am 27.11.2019 führte das AEH (Zentrum für Arbeitsmedizin als achstelle der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit ein Audit zum Thema Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz durch. Dieses zeigte eine sehr gute Umsetzung der Branchenlösung.
Palliativ.ch	Medizin	2018	2018	
Schweizerische Akkreditierungsstelle SAS ISO/ IEC 17025	Pathologie	2011	2016	Akkreditierung
Qualitop	KSB Move (Fitness)	2014	2019	Jährliche Qualitätsprüfungen
Interverband für Rettungswesen IVR	Rettungswesen	2005	2016	Anerkennung läuft bis 30. Juni 2020
Union Schweizer Gesellschaft f. Gefässerkrankungen USGG	Gefässzentrum	2014	2020	
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies SFCNS	IMC	2015	2018	Re-Zertifizierung Stroke Unit fand am 19.01.2018 mit erfolgreichem Abschluss statt
RAL-GZ 992/1 Gütezeichen	Wäscherei KSB	2018	2018	Gütezeichen ist nicht begrenzt
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Tumorzentrum Kantonsspital Baden mit folgenden Zentren: Gynäkologisches Zentrum, Interdisziplinäres Brustzentrum, Interdisziplinäres Darmzentrum, Institut für Onkologie / Hämatologie, Prostatazentrum	2015	2018	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Gynäkologische Tumore	2015	2018	

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Interdisziplinäres Brustzentrum	2008	2018	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Prostatazentrum	2015	2018	
Deutsche Krebsgesellschaft	Pankreaskrebszentrum (Viszeralonkologisches Zentrum VZ)	2018	2018	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Interdisziplinäres Darmzentrum (Viszeralonkologisches Zentrum VZ)	2011	2018	
ISO 9001:2015	Ambulatorium	2018	2018	
ISO 9001:2015	Anästhesie Arzt und Pflege im OP Bereich	2019	2019	
ISO 9001:2015	Bettendisposition	2019	2019	
ISO 9001:2015	Blasen- und Beckenbodenzentrum	2008	2017	
ISO 9001:2015	Care Management	2019	2019	
ISO 9001:2015	Geburtshilfe	2011	2017	
ISO 9001:2015	Gefässzentrum	2019	2019	
ISO 9001:2015	Gynäkologie	2014	2017	
ISO 9001:2015	Interdisziplinäres Brustzentrum	2008	2017	
ISO 9001:2015	Interdisziplinäres Darmzentrum an den Standorten Baden, Limmatfeld	2011	2017	
ISO 9001:2015	Institut für Bildgebung (Radiologie incl. Nuklearmedizin, Baden, Brugg, Limmatfeld)	2004	2017	
ISO 9001:2015	Institut Nephrologie und Dialyse an den Standorten Baden, Brugg, Muri	2007	2017	
ISO 9001:2015	OP (Kubus und zentral)	2019	2019	
ISO 9001:2015	Orthopädie	2015	2017	
ISO 9001:2015	Rettungsdienst	2018	2018	
ISO 9001:2015	Spitalhygiene (KSB und Aussenstandorte)	2019	2019	
ISO 9001:2015	Tumorzentrum	2015	2017	
ISO 9001:2015	Urologie an den Standorten Baden, Brugg, Limmatfeld	2015	2017	
ISO 9001:2015	Wundberatung	2019	2019	

ISO 9001:2015	Onkologie/Hämatologie	2014	2017	
ISO 9001:2015	ZSVA	2019	2019	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte		Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
	2016	2017	
Kantonsspital Baden AG			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.05	4.07	4.16 (4.09 - 4.22)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.53	4.46	4.53 (4.47 - 4.60)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.55	4.44	4.48 (4.42 - 4.54)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.32	4.33	4.46 (4.38 - 4.54)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.83	3.80	3.95 (3.87 - 4.03)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.40 %	88.10 %	88.80 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			1113
Anzahl eingetroffener Fragebogen	544	Rücklauf in Prozent	49 %

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

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPe, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ 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.

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Die Befragung wird in allen stationären Bereichen des KSB kontinuierlich durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Im zweiten Halbjahr 2019 wurde der interne Fragebogen "Zufrieden mit uns?" den Fragen der nationalen Messung ANQ angeglichen. Die Auswertung der einzelnen Fragen erfolgt nicht mehr einheitlich auf einer Zahlenskala, sondern ist für jede Frage spezifisch ausgerichtet.

5.2.2 Patientenbefragung Tumorzentrum 2019

Das Tumorzentrum KSB schliesst Fachspezialisten der Krebsbehandlung zusammen, um ein optimales Angebot in Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge anbieten zu können. Die Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Juli 2019 bis Dezember 2019 durchgeführt. Im Tumorzentrum KSB sind Gynäkologisches Tumorzentrum, Interdisziplinäres Brustzentrum, Interdisziplinäres Darmzentrum, Pankreaszentrum, Prostatazentrum, Zentrum für Onkologie/Hämatologie und Zentrum für Schilddrüsentumore vereint, welche die Bereiche der Befragung darstellen.

Der Fragebogen wurde 2017 nach der ersten Befragung re-evaluiert und mit kleinen Anpassungen im Lenkungsgremium TZ KSB für gut befunden.

Die insgesamt 32 Antworten erfolgten anonym (mit Option der Namensnennung), bauten auf einer Gradierung 1-4 auf, erlaubten auch offene Antworten und liessen eine Auswertung nach Zentren/Bereichen zu.

Die Auswertung erfolgte mittels EvaSys® des QM-KSB. Die Fragebogen wurden in den Ambulatorien abgegeben und konnten entweder in eine Urne vor Ort geworfen oder in einem vorfrankiertem Briefumschlag zurückgeschickt werden. Alternativ war auch eine Beantwortung online möglich (Zugang über QR-Code).

	Sehr gut	Gut	Genügend	Ungenügend
Wie wurden Sie im Fachbereich empfangen?	84.6%	15.1%	0%	0.2%
Wie einfühlsam wurde Ihnen Ihre Diagnose vermittelt?	73%	25.3%	1.2%	0.5%
Wie fachkompetent fühlten Sie sich begleitet und behandelt?	83.1%	16.5%	0.5%	0%
Wie gut wurden Sie über die Untersuchung/Therapie informiert?	76.1%	23.1%	0.7%	0%
Wie gut wurden Sie nach Abschluss der Untersuchung/Therapie über das weitere Vorgehen informiert?	68.8%	29.2%	2%	0%
Wie zufrieden waren Sie mit den Wartezeiten?	40.2%	50.7%	7.8%	1.2%
Wie empfanden Sie die Atmosphäre während der Untersuchung/Therapie?	62.1%	36.4%	1.2%	0.2%

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die in der letzten Erhebung auffallende Unzufriedenheit mit den Wartezeiten konnte erheblich verbessert werden (sehr gut 40,2% bzw. gut 50,7%).

In praktisch allen im Rahmen des gesamten Tumorzentrums befragten Items konnte eine deutliche Verbesserung in der Patientenzufriedenheit gegenüber vor 3 Jahren festgestellt werden, sowohl den Bereich des Empfangs, der Pflege als auch den Arztdienst betreffend. Dies unterstreicht den Erfolg der kontinuierlichen Bemühungen für die Qualitätssteigerung im Interesse der Patienten.

Zusammenfassend würden 99% der Patienten den von ihnen bewerteten Bereich weiterempfehlen.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Fragebogen Tumorzentrum KSB mittels Auswertungstool EvaSys.

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Baden AG

Beschwerdemanagement

Cornelia Spirig

Fachspezialistin Beschwerdemanagement

+41 56 486 29 40

beschwerdemanagement@ksb.ch

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

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

Messergebnisse

Fragen		Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
		2015	2016	2017	
Kantonsspital Baden AG					
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?		8.54	8.80	9.18	8.40 (8.56 - 8.78)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?		8.69	9.07	9.10	8.70 (8.63 - 8.82)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?		8.83	9.04	9.25	9.10 (8.78 - 8.98)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?		8.86	9.09	9.31	9.10 (8.78 - 8.96)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?		8.98	9.56	9.48	9.00 (9.32 - 9.48)
Anzahl angeschriebene Eltern 2018					113
Anzahl eingetretener Fragebogen		45	Rücklauf in Prozent		40.00 %

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

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

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

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 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung Kantonsspital Baden 2019

„Wir tragen Sorge zu unseren Mitarbeitenden“ - Eine hohe Zufriedenheit der Mitarbeitenden ist dem KSB ein zentrales Anliegen und Bestandteil der Unternehmensstrategie.

Die regelmässige Durchführung einer Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung durch einen externen Spezialisten liefert dabei wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden ihre Arbeitssituation allgemein sowie in definierten Handlungsfeldern empfinden. Die im Rahmen der Befragung gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen es dem Spital, zielgerichtete Entwicklungs- und Verbesserungsmassnahmen durchzuführen. Die detaillierten Ergebnisse zeichnen auch den Führungskräften ein Stimmungsbild über ihre Organisationseinheit auf und bieten u.a. Grundlage für spezifische Entwicklungsprojekte oder für die Förderung der unternehmerischen Mitverantwortung der Mitarbeitenden.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 20. August 2019 bis 16. September 2019 durchgeführt. Die Befragung wurde in allen Abteilungen und Bereichen durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Mitarbeiterbefragung wurde an allen KSB-Standorten (Gesamtunternehmen) anonym mittels eines umfangreichen Fragebogens durchgeführt. Die Befragung, an der sich hervorragende 67.2 % der Mitarbeitenden beteiligt haben, hat gezeigt, dass die Zufriedenheit der Mitarbeitenden des KSB ausserordentlich hoch ist.

Das KSB befindet sich bezüglich der Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem Resultat von 72.5% im obersten Viertel von elf Vergleichsspitälern. Die Mitarbeitenden sind dabei besonders zufrieden in den Kategorien: Aus- und Weiterbildung, Arbeitsplatz, Führung und Team.

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung Tumorzentrum 2019

Das Tumorzentrum KSB schliesst Fachspezialisten der Krebsbehandlung zusammen, um ein optimales Angebot in Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge anbieten zu können.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Juli 2019 bis Dezember 2019 durchgeführt.

Im Tumorzentrum KSB werden Gynäkologisches Tumorzentrum, Interdisziplinäres Brustzentrum, Interdisziplinäres Darmzentrum, Pankreaszentrum, Prostatazentrum, Zentrum für Onkologie/ Hämatologie und Zentrum für Schilddrüsentumore vereint, welche die Bereiche der Befragung darstellen.

Insgesamt 336 Fragebogen wurden den Ärzten im Ostteil des Kantons Aargau per Post zugestellt. Eine Erinnerung erfolgte anlässlich einer gut besuchten Fortbildung zum Thema Tumorprävention mit der Möglichkeit, den Fragebogen gleich vor Ort auszufüllen. Es wurden insgesamt 36 Fragebogen zurückgeschickt, entsprechend einem Rücklauf von 11%.

Der Fragebogen erfasste auf 4 Seiten in 14 Gruppen insgesamt 60 Antworten. Die Antworten waren anonym (mit Möglichkeit der Namensnennung), bauten auf einer Gradierung 1-4 auf, erlaubten auch offene Antworten und liessen eine Auswertung nach Zentren/Bereichen zu. Die Antwortenden hatten sich für ein Zentrum für die Bewertung zu entscheiden, bevorzugt das meist kontaktierte. Zusätzlich erfolgte eine Befragung zu diagnostischen Diensten (entweder Radiologie, Pathologie oder Nuklearmedizin).

Die Zufriedenheit der Zuweiser mit der Zusammenarbeit ist hoch bis sehr hoch. Sehr erfreulich ist dabei, dass die Beurteilung in allen Aspekten gleichbleibend war oder sogar noch verbessert werden konnte.

Die Zuweiserzufriedenheit mit den Zentren im exemplarischen Beispiel:

Wenn Sie nun nochmals an alles denken, was Ihnen als Zuweiser wichtig ist. Wie zufrieden sind Sie insgesamt....				
	Gar nicht zufrieden	Eher nicht zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
...mit der ärztlichen Behandlung des Patienten?	0%	0%	17.1%	82.9%
...mit Ihrem Einbezug in die Behandlung des Patienten?	0%	8.3%	50%	41.7%
...mit der Planung und Durchführung der Nachsorge?	2.8%	11.1%	44.4%	41.7%
...mit der Pflegequalität.	0%	2.8%	33.3%	63.9%

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Umfrage bei den Zuweisern des TZ KSB konnte im Jahr 2020 erneut zentral durchgeführt werden. Der Rücklauf lag bei 11%. Persönlich befragte Zuweiser erklärten den tiefen Rücklauf vor allem mit der hohen Arbeitsbelastung und der grossen Anzahl der durchgeführten Befragungen.

Die Auswertung zeigt generell eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit. So waren 100% der Antwortenden mit der ärztlichen Behandlung zufrieden oder sehr zufrieden. Verbesserungspotential besteht vor allem im Bereich der Kommunikation und dem Einbezug der Zuweiser. Die Detailauswertung sowie eine Beschreibung der resultierenden Massnahmen erfolgt in den Zentren und Bereichen des Tumorzentrums KSB.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Mittels Fragebogen Tumorzentrum KSB und Auswertungstool EvaSys
---	--

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

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

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

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

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

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 1. Oktober 2018 – 30. September 2019

Ergebnisse der Inspektion des 1. Oktober 2019 bis September 2019						
Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
Kantonsspital Baden AG						
Gallenblasen-Entfernungen	308	3	2.20%	1.20%	1.50%	1.10% (0.00% - 2.20%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	33	2	0.00%	3.80%	2.80%	7.70% (0.00% - 16.80%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	132	30	18.50%	20.50%	19.60%	23.70% (16.50% - 31.00%)

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

Ergebnisse der Inspektion des 1. Oktober 2017 - 30. September 2018						
Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
Kantonsspital Baden AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	164	2	1.00%	0.40%	0.00%	1.20% (0.00% - 2.90%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

Besonders erfreulich ist, dass die Infektionsrate bei elektiven Hüft-Prothesen weiterhin auf einem überdurchschnittlich tiefen Niveau verharrt.

Zur weiteren Verbesserung der Qualität nimmt das KSB seit 2018 am Projekt «SSI Intervention» der Swissnoso teil und analysiert zudem regelmässig alle aufgetretenen Infekte zusammen mit dem behandelnden Team um eine weitere Verbesserung der Infektraten zu erreichen.

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

Messergebnisse

	2016	2017	2018	2019
Kantonsspital Baden AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	9	10	5	5
In Prozent	4.20%	5.30%	2.20%	2.20%
Residuum* (CI** = 95%)	-0.15 (-0.63 - 0.33)	0.24 (-0.35 - 0.83)	0.05 (-0.32 - 0.40)	-0.15 (-0.53 - 0.23)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2019	233	Anteil in Prozent (Antwortrate)		78.50%

* 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 nicht nur eine jährliche Prävalenzmessung gemacht, sondern kontinuierlich die Inzidenz von Stürzen gemessen. Dadurch können zeitnah Verbesserungen eingeleitet werden. Die Betreuungsteams werden regelmässig zum Thema Sturz geschult. Alle Stürze werden durch die Pflegeexpertinnen analysiert, damit mögliche Sturzursachen behoben werden können. Durch diese Massnahmen konnte die Sturzrate reduziert werden.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

13 Wundliegen

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

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

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

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

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2019	In Prozent
		2016	2017	2018		
Kantonsspital Baden AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	4	4	5	5	2.20%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)			0	0.03 (-0.26 - 0.32)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019	233	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			78.50%	

Bei Kindern und Jugendlichen

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

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

** 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 nicht nur eine jährliche Prävalenzmessung gemacht, sondern kontinuierlich die Inzidenz von Dekubitus gemessen. Alle Dekubitus werden durch das Team der Wundberatung und die Pflegeexpertinnen analysiert, damit Qualitätsverbesserungen eingeleitet werden können. Die Ernährungsberatung wird gezielter eingeschaltet, wenn Patienten dekubitusgefährdet sind, um eine optimale Ernährung zu planen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Qualitätskennzahlen Organkrebszentren

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Simulationsbasiertes Team-Training

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt Patienten- und Mitarbeitersicherheit

Projektziel:

Etablierung und Ausbau der bestehenden simulationsbasierten Team-Trainings im Departement Anästhesie nach anerkanntem Standard, und Erweiterung auf interdisziplinäre Trainings mit weiteren Akutdisziplinen, um die Patientensicherheit effizient und kosteneffektiv zu erhöhen.

Projektablauf / Methodik:

Medizinische Zwischenfälle, bei denen 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,

An über 70% aller Zwischenfälle sind menschliche Faktoren (mit-) beteiligt, vor allem Kommunikations- und Teamprobleme. Insbesondere, weil Studium und Ausbildung bis heute eher wissensbildend und auf einzelne Schüler ausgelegt sind, werden wir jedoch 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 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 Fachkräfte unterschiedlicher Disziplinen und Berufsgruppen (sogenannte «ad-hoc action teams») mit der gemeinsamen Versorgung eines Patienten betraut. Hier ist gute Teamarbeit essenziell, doch kommt

es gerade hier besonders häufig zu Schwierigkeiten bei Kommunikation und Koordination, und 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.

Projektevaluation / Konsequenzen:

Die Trainings sind erfolgreich und werden als sehr gut bewertet. Evidenz über die Effektivität ist vorhanden. Die Trainings am Departement für Anästhesie werden ab 2020 auf zwei Wochen pro Jahr ausgebaut und laufend an den betrieblichen Bedarf sowie an die aktuellen Richtlinien und Empfehlungen angepasst. Dr. Carl Schick übernimmt ab 2020 offiziell die Leitung des Simulationsprojekts.

Die Geburtshilfe plant im Jahr 2020, weitere Instruktoren auszubilden; Anästhesie und Geburtshilfe werden auch zukünftig regelmässig interdisziplinäre Trainings durchführen.

Das Departement Anästhesie ist zudem bestrebt, mit weiteren Akutdisziplinen (vor allem Notfallmedizin im Rahmen der Schockraumversorgung, sowie Angiographie und Kardiologie im Rahmen der Notfallversorgung von instabilen Patienten in der interventionellen Radiologie) die Kooperation zu suchen und gemeinsame Trainings zu etablieren, um Qualität und Patientensicherheit insbesondere an den akutmedizinischen Schnittstellen zu erhöhen.

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 Patientensicherheit zu erhöhen und den schädigenden Einfluss von Autoritätsgradienten zu reduzieren.

Projektablauf / Methodik:

Eine Erkenntnis der Sicherheitsforschung in «high reliability organisations» (HROs) 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 Patientensicherheit sowie die Leistung von medizinischen Teams erhöht, sowie der Verbesserung der Unternehmenskultur für 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: an 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.

Passiv: KSB gesamt (e-learning Modul)

Projektevaluation / 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 Auswertung der Fragebögen mit der Fragestellung, in wie weit sich das Empfinden über die

Sicherheitskultur verändert hat, und Speaking-Up leichter erscheint, ist im Gange. Um Speaking-Up und das Bekenntnis von Vorgesetzten hierzu in den anästhesiologischen Alltag zu integrieren, wird die Aufforderung zum Speaking-Up in die präoperative Checkliste der Anästhesie integriert. Es wird eine Mitarbeitererhebung im ersten Quartal 2020 durchgeführt, in der Speaking-Up evaluiert wird. Unsere Ergebnisse werden mit denen der Gesamtschweiz verglichen.

18.1.3 PDMS - Patientendaten Management System

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Heute 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 Patienten
- Steigerung der verfügbaren Zeit für den 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 Ärzteschaft aus den Bereichen Interdisziplinäre Intensivstation (IDIS), Intermediate Care (IMC), Interdisziplinäres Notfallzentrum (INZ), Anästhesie
- Technischer Dienst
- Informatik
- Medizin-Technik
- Spital-Apotheke
- Medizinisches Controlling / Codierung
- Unternehmensentwicklung
- IT Beratungsunternehmen AWK Group AG

Projektevaluation / Konsequenzen:

2019 wurden 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.

18.1.4 Delirprävention - Delirsensibles Spital

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

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

Projektablauf / Methodik:

Die Evaluierung der Delirfaktoren vom Notfall bis zur Pflegestation inkl. Interdisziplinäre Intensivstation (IDIS), Intermediate Care (ICM), Operation (OP). Die Identifikation der Risikopatienten erfolgt direkt nach dem Eintritt oder im Rahmen der Interdisziplinären Präoperativen Abklärungssprechstunde (IPAS). Der Patientenpfad, inkl. Betreuung durch IDEM (Im Dienste eines Mitmenschen), wird für Delir gefährdete Patienten abgebildet. Die freiwilligen Helferinnen und Helfer des IDEM-Dienstes werden speziell geschult und den Patienten zugeteilt. In Zusammenarbeit mit der Spitalapotheke werden die medikamentösen Therapien beurteilt, die zu einem Delir führen können. Zudem wird eine anticholinergic burden score im KISIM implementiert.

Das Ziel ist es, die gefährdeten 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:

Interdisziplinär und interprofessionell: Ärzte und Dipl. Pflegefachpersonen verschiedener Fachbereiche, Spitalapotheke, Freiwillige des IDEM-Dienstes, Therapeuten, Pflegeexperten.

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Der Projektstart erfolgt im März 2020. Nach einer Pilotphase bis Ende Juni 2020 wird das Projekt auf alle Pflegestationen ausgerollt, sofern die Delirrate gesunken sowie die AHD gesenkt worden ist.

18.1.5 Safety Room

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Das Pflegefachpersonal wird mit Hilfe eines Simulationstrainings für mögliche Fehler bei der täglichen Pflege von Patienten sensibilisiert. Auf spielerische Art wird Wissen vermittelt.

Projektablauf / Methodik:

Während einer Woche wurde für die Pflege ein Simulationstraining durchgeführt. Dafür wurde in einem Zimmer eine Patientensituation eingerichtet, in die bewusst Fehler eingebaut wurden. In Zweierteams hatten Pflegefachpersonen die Möglichkeit, innerhalb von 15 Minuten die eingebauten Fehler zu suchen und zu dokumentieren.

Involvierte Berufsgruppen:

Dipl. Pflegefachpersonen und Fachpersonen Gesundheit der Pflegestationen und Fachbereiche.

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Mit der Evaluation konnte festgestellt werden, welche eingebauten Fehler von den Pflegefachpersonen selten entdeckt wurden. Daraus konnte der zukünftige Schulungsbedarf abgeleitet werden.

18.1.6 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 welchen Handlungen und Denkweisen betrachtet, weiterentwickelt und einer sinnvollen Wandlung unterzogen werden.

Projektablauf / 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 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 APN (Advanced Practice Nurse), Stationsleitung und Pflegefachpersonen des Palliativ-Teams

Projektevaluation / Konsequenzen:

Mitte 2019 Gründung einer Arbeitsgruppe Projekt Kunsttherapie. Es folgten die Rekrutierung einer Kunsttherapeutin, Budgetierung der notwendigen finanziellen Mittel für einen halben Tag, also 10 % Arbeitspensum und Material sowie Antrag an den Q-Zirkel Palliative Care, für die Finanzierung einer Pilotphase von einem halben Jahr, die Finanzierung aus dem Fond zu genehmigen. Der Start der Kunsttherapie wurde auf Januar 2020 festgelegt.

18.1.7 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 zu verbessern und den Pflegefachpersonen Sicherheit im Umgang zu vermitteln. Die Pflegefachpersonen entwickeln präventive Haltungs- und Kommunikationsfähigkeiten, um Krisen zu vermeiden.

Projektablauf / 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.

Involvierte Berufsgruppen:

Dipl. Pflegefachpersonen und Pflegeexpertinnen Medizin und Akutgeriatrie

Projektevaluation / 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 Haltungs- 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.

18.1.8 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 Patienten beurteilt und optimiert wurde.

Involvierte Berufsgruppen:

Dipl. Pflegefachpersonen, Stationsleitungen, Pflegeexpertinnen

Projektevaluation / Konsequenzen:

Durch die verschiedenen Schulungen soll das Pflegefachpersonal auf den Pflegestationen zum Thema Pflegeprozess sensibilisiert werden. Der Pflegeprozess soll korrekt und konsequent durchgeführt werden.

18.1.9 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.

Projektablauf / 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 Praxisassistenten (MPA) zur subjektiven Einschätzung der Medikationssicherheit auf der Station, zum 4-Augen Prinzip, zu Fehlerquellen im Medikationsprozess und zu Verbesserungsvorschlägen befragt.

Involvierte Berufsgruppen:

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

Projektevaluation / 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 wird im Jahr 2020 durchgeführt.

18.1.10 Elektronischer Medikamentenschrank

Projektart:

Rollout der intelligenten, elektronisch gesteuerten Medikamentenschränke auf den Bettenstationen

Projektziel:

Durch die Kopplung des Medikamentenschanks 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 und speditiver und auch ökologischer (papierlos) ausgeliefert. Die Betäubungsmittelkontrolle kann ebenfalls an den Schrank delegiert werden und jederzeit ist einsehbar, wann ein Bezug erfolgt ist.

Projektablauf / Methodik:

Die erste Pilotstation wurde im Oktober 2017 in Betrieb genommen. Nach anfänglichen technischen und prozessbedingten Schwierigkeiten läuft der Betrieb reibungslos. Bestellungen von Nichtsortiment-Präparaten werden über den Schrank 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 Bettenstationen mit dem elektronischen Medikamentenschrank bestückt werden.

Involvierte Berufsgruppen:

Spitalapotheke, Pflege, Ärzte, Unternehmensentwicklung, Controlling

Projektevaluation / Konsequenzen:

Mit diesem Projekt kann das KSB ein Leuchtturm-Projekt vorweisen. Die Vernetzung zwischen Logistik, Sicherheit und Effizienz ist in der Schweizer Spitallandschaft nur an ganz wenigen Orten umgesetzt. Das KSB ist für die Zukunft in der AGNES (Neubau) gerüstet.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

18.2.1 Pflegerisches Erstgespräch

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

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

Projektablauf / Methodik:

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

Involvierte Berufsgruppen:

Ärzte / Ärztinnen, Dipl. Pflegefachpersonen, Pflegeexpertin APN Onkologie

Projektevaluation / Konsequenzen:

Das Projekt ist abgeschlossen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Kommunikation konnte verbessert werden. Die pflegerische Betreuung der Patientinnen und Patienten im onkologischen Ambulatorium wurde professionalisiert. Im Rahmen eines weiteren Projektschritts wurde ein an die Ersttherapie anschliessendes telefonisches Follow-up eingeführt.

18.2.2 Delirmanagement

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

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

Projektablauf / Methodik: "Themenwochen"

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

Involvierte Berufsgruppen:

Apothekerinnen und Apotheker, Dipl. Pflegefachpersonen, FaGe, Pflegeexpertinnen

Projektevaluation / Konsequenzen:

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

18.2.3 Beratungskonzept Ernährung und Krebs

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

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

Projekttablauf / Methodik:

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

Involvierte Berufsgruppen:

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

Projektevaluation / Konsequenzen:

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

18.2.4 EPIB - elektronisches Patientenidentifikationsarmband

Projektart:

Change the Business

Projektziel:

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

Projektablauf / Methodik:

Hermes

Involvierte Berufsgruppen:

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

Projektevaluation / Konsequenzen:

Das Projekt wurde in 3 Teilprojekte (TP) aufgeteilt.

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

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

Im TP3 sollten bestehende Prozesse, in denen das EPIB bereits zur Anwendung kommt, überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Dieses TP wurde unterdessen zugunsten anderer Projekte zurückgestellt.

Das Projekt EPIB als Ganzes wurde abgeschlossen.

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. Dies betrifft in den kommenden zwei Jahren unter anderem noch folgende Bereiche

- Intedisziplinäres Notfallzentrum
- Physiotherapie
- Gipszimmer

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

Durch diese Verbesserungen sollen unsere Patientinnen und Patienten profitieren 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 sich auf überschaubare Projekte, welche ein klares Kosten- / Nutzenverhältnis haben, und deren Resultate für alle ersichtlich sind.
- Die Qualitätsentwicklung muss kommunizierbar und fassbar sein.

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

Baden, Mai 2020

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)
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 $\geq 2000g$)
Neonatalogie (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 für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/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.