



Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

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 2017.

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.

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 2017

Frau
Martina Rütschlin
Fachspezialistin Qualität, Qualitätsmanagerin
+41 56 486 29 71
martina.ruetschlin@ksb.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

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

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

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

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	16
4.5 Registerübersicht	17
4.6 Zertifizierungsübersicht	19
QUALITÄTSMESSUNGEN	22
Befragungen	23
5 Patientenzufriedenheit	23
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	23
5.2 Eigene Befragung	25
5.2.1 "Zufrieden mit uns?"	25
5.3 Beschwerdemanagement	26
6 Angehörigenzufriedenheit	27
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	27
7 Mitarbeiterzufriedenheit	29
7.1 Eigene Befragung	29
7.1.1 Mitarbeiterbefragung Kantonsspital Baden 2017	29
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	30
9 Wiedereintritte	30
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	30
10 Operationen	32
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	32
11 Infektionen	33
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	33
12 Stürze	35
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	35
13 Wundliegen	37
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	37
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

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

18	Projekte im Detail	39
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	39
18.1.1	Intelligenter Medikamentenschrank	39
18.1.2	eOPPS	40
18.1.3	Sturzprävention	41
18.1.4	Medikamentensicherheit auf den Bettenstationen	42
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	43
18.2.1	Optimierung des Übertritts Spital - Spitex	43
18.2.2	Lean Station Pilot	44
18.2.3	Interprofessionelles Delir Team - Bettenstationen	45
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	46
18.3.1	Zertifizierung Palliativ Station	46
19	Schlusswort und Ausblick	47
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		48
Akutsomatik		48
Anhang 2		
Herausgeber		51

1 Einleitung

Das Kantonsspital Baden (KSB) bietet als Zentrumsspital eine wohnortsnah und sichere Gesundheitsversorgung für rund 300'000 Einwohnerinnen und Einwohner im östlichen Teil des Kantons Aargau. Modernste Technik ersetzt am KSB nie den direkten Kontakt, nicht das Gespräch mit Betroffenen. Das KSB bietet hochstehende Medizin stets angepasst an die rasant fortschreitende medizinische und technische Entwicklung, jedoch gleichbleibend fokussiert auf das persönlichen Umfeld.

Mehr als 2200 Mitarbeitende in sieben medizinisch-pflegerischen und drei administrativen Departementen sorgen sich um das Wohl der PatientInnen. In acht interdisziplinären Zentren arbeiten Spezialisten verschiedener Fachrichtungen eng zusammen. Die Zusammenarbeit ist auch mit Hausärzten, Spitälern, Spitex- und weiteren Gesundheitsinstitutionen im Ostaargau und über die Kantonsgrenzen hinweg.

Das KSB behandelte im Jahr 2017 rund 19'533 stationäre sowie über 110'000 ambulante PatientInnen mit mehr als 187'000 Konsultationen. Qualität und Sicherheit gehören zu den Kernkompetenzen des KSB.

Fortschritte in der Medizin machen es möglich, dass hochspezialisierte und technologisch aufwändige diagnostische Abklärungen und Therapien zunehmend ambulant angeboten werden können. Das 2016 eigens für ambulante Behandlungen errichtete Gebäude "Kubus" hat sich 2017 bewährt. Seine ambulanten Dienstleistungen bietet das KSB auch an den Aussenstellen Brugg, Muri und Dietikon an. Im Medizinischen Zentrum Brugg mit der gesamten Palette radiologischer Untersuchungen, ambulanten onkologischen Therapien, Dialyse und Sprechstunden für Adipositas, Urologie, Proktologie und Wundberatung. Dabei steht eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten der Region sowie dem Medizinischen Zentrum Brugg im Fokus.

Seit August 2015 hat sich der Standort Dietikon mit dem Ärztezentrum Limmatfeld etabliert. Die Walk-in Praxis bietet Patientinnen und Patienten ein breites Leistungsspektrum der allgemeinmedizinischen Versorgung. Auch ohne Voranmeldung können sich die Patienten in der medizinischen Sprechstunde der Walk-in Praxis behandeln lassen oder das Ärztezentrum als Hausarzt nutzen. Integriert sind zudem ein Radiologieinstitut, Physiotherapie, Ernährungsberatung sowie chirurgische und urologische Sprechstunden.

Eine Kooperation zwischen dem KSB und dem Kreisspital für das Freiamt Muri besteht seit 2006. Das Institut für Nephrologie/Dialyse betreibt im Spital eine Dialysestation. Eine nephrologische Sprechstunde wird ebenfalls angeboten.

Bestmögliche Qualität und Patientensicherheit sind zentrale Anliegen des KSB. Jahr für Jahr werden beträchtliche Mittel eingesetzt, für die Messung und die konstante Verbesserung der Qualität. Neben den zahlreichen Zertifizierungen nach ISO DIN EN 9001:2015, wird die Qualität durch verschiedene Fachgesellschaften zusätzlich gesichert und ermöglicht einen Qualitätsnachweis durch eine unabhängige Stelle.

Der vorliegende Bericht belegt, wie intensiv das KSB an der Sicherung und Förderung seiner Leistungsqualität arbeitet. Verwaltungsrat und Geschäftsleitung der KSB AG sind der festen Überzeugung, dass der offene Umgang mit den Informationen zur Qualität positiv zu werten ist.

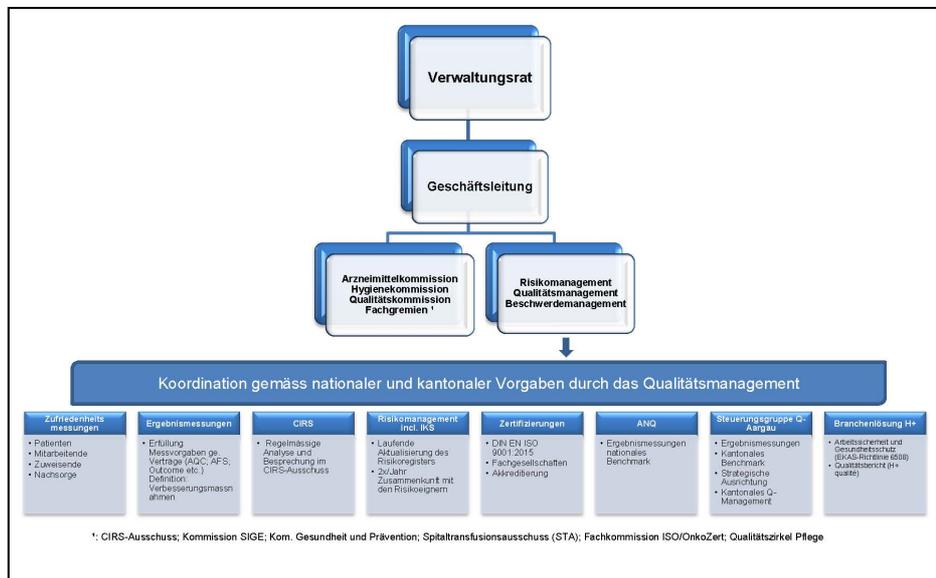
Der Qualitätsbericht und weitere Einzelheiten zu Struktur und Dienstleistungsumfang des KSB sind auch auf unserer Homepage www.ksb.ch abrufbar.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Qualitätssicherung am Kantonsspital Baden AG



Fachverantwortlich: M. Rüttschlin

Aktualisiert: 05.04.2018

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Michèle Schmid
 Direktorin Departement Pflege,
 Qualitätsbeauftragte der Geschäftsleitung
 Kantonsspital Baden AG
 +41 56 486 29 02
michele.schmid@ksb.ch

Herr lic.iur. Viktor Berger
 Leiter Stabstelle Geschäftsleitung
 Kantonsspital Baden AG
 +41 56 486 21 55
viktor.berger@ksb.ch

Frau Nazli Donat
 Risikomanagement
 Kantonsspital Baden AG
 +41 56 486 29 70
nazli.donat@ksb.ch

Frau Martina Rüttschlin
 Fachspezialistin Qualität,
 Qualitätsmanagement
 Kantonsspital Baden AG
 +41 56 486 29 71
martina.ruetschlin@ksb.ch

3 Qualitätsstrategie

Durch stetes Lehren und Lernen und aufmerksames Überwachen von Struktur, Prozess und Ergebnis sichern und entwickeln wir unsere Qualität.“ (Auszug aus dem Leitbild des Kantonsspitals Baden)

Das KSB engagiert sich für Qualität und Patientensicherheit und fühlt sich für Patienten und Mitarbeitende verantwortlich. Die Qualitätsstrategie liegt in der Verantwortung der Geschäftsleitung. Sie setzt inhaltliche Prioritäten, welche in Bezug zur Unternehmensstrategie des KSB stehen. Die Umsetzung und Überwachung der Qualitätsarbeit obliegt der Qualitätskommission. Deren Mitglieder aus allen Bereichen des Spitals tagen 4x jährlich. Weitere Fachpersonen für Qualitäts- und Risikofragen beschäftigen sich aus schliesslich mit Qualitäts-/Risikomanagement und Patientensicherheit. Das KSB orientiert sich als Mitglied der Vereinigung der Spitäler der Schweiz (H+) am Rahmenvertrag zwischen Santésuisse und H+, sowie den nationalen und kantonalen Vorgaben von ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) und der Kontaktgruppe Qualität Aargau. Dabei gilt grundsätzlich, dass sich das KSB in erster Linie auf die Vorgaben gemäss Leistungsvertrag konzentriert.

Im Rahmen der Qualitätspolitik verfolgt das KSB die Philosophie einer umfassenden Qualitätssicherung und -förderung mit nachfolgenden Zielen:

- Die Patientenzufriedenheit verbessern
- Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden sowie der Kunden des KSB (zuweisende Ärztinnen und Ärzte, nachsorgende Institutionen, Versicherer, Trägerschaft, Öffentlichkeit) fördern
- Struktur-, Prozess- und Behandlungsqualität regelmässig überprüfen und die Prozesse im Interesse der Patienten, des Gesamtsitals sowie der übrigen Kunden optimieren
- Fehler und Risiken reduzieren

Die Geschäftsleitung stellt sicher, dass die Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems erfüllt werden und die Wirksamkeit durch regelmässige interne und externe Überprüfungen durch unabhängige Personen gewährleistet ist.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Lean Management

Im Frühling 2017 haben wir auf zwei Pilotstationen das Lean Management eingeführt. Der Rollout auf weiteren Pflegestationen ist geplant und läuft bereits. Um die Auswirkung auf das subjektive Empfinden der Patienten gezielter erfassen zu können, haben wir unseren intern entwickelten Patienten Fragebogen "zufrieden mit uns" ab 01.07.2017 um zwei Fragen erweitert:

*"Waren Sie während dem Spitalaufenthalt jederzeit über den aktuellen Tagesablauf informiert?"
"Stand den Pflegefachpersonen genügend Zeit für Ihre persönliche Behandlung / Anliegen zur Verfügung?"*

Geltungsbereichserweiterung Rettungsdienst und Nephrologisches Institut

Zur Weiterentwicklung und kontinuierlichen Verbesserung der Qualitätskultur sowie zur Verankerung von Strukturen und Prozessen - dies auch interprofessionell, werden die beiden Bereiche in das bestehende und bewährte Qualitätsmanagement System DIN EN ISO 9001:2015 aufgenommen.

Ausbau des Risikomanagements

Im KSB soll in den kommenden Jahren das Risikomanagement weiter ausgebaut werden. Die identifizierten Risiken sollen durch Strategien wie Risikovermeidung, -verminderung oder akzeptanz bewältigt werden. Verschiedene bereits eingesetzte Instrumente wie CIRS, Risikoaudits, Meldungen zur Vigilanz, Sturz- und Dekubitus-Protokolle, Erkenntnisse aus Beschwerdemanagement stellen die Bausteine des klinischen Risikomanagements dar.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Die Qualitätsziele werden jeweils unterteilt in **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** erstellt und verabschiedet. Im Berichtsjahr 2017 wurden nachfolgende Ziele definiert und erreicht:

1 Strukturqualität

- 1.1 Qualitätsbericht H+qualité
- 1.2 QM-Handbuch Informer
- 1.3 Freigabeprozess im Informer

2 Prozessqualität

- 2.1 Internes Audit in Vorbereitung zur Re-Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015
- 2.2 Internes Audit in Vorbereitung zur Zertifizierung Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
- 2.3 Re-Zertifizierung Brustkrebszentrum durch die Krebsliga Schweiz
- 2.4 Zwischenaudit Rettungsdienst nach IVR
- 2.5 Überwachungsaudit EndoProthetikZentrum (EPZ) KSA & KSB
- 2.6 Internes Audit Stroke Unit in Vorbereitung auf die Re-Zertifizierung 2018
- 2.7 Überwachungsaudit Akkreditierung Pathologie ISO/IEC 17025
- 2.8 Überwachungsaudit Spitalapotheke nach RQS und ISO DIN EN 9001:2015
- 2.9 Zertifizierung Physiotherapie Move durch die Fachgesellschaft

3 Ergebnisqualität

- 3.1 Nationale Messungen ANQ
- 3.2 Qualitätsindikatoren nach BAG
- 3.3 Qualitätsmessungen nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

Hinzunahme Rettungsdienst und Nephrologisches Institut in das Qualitätsmanagementsystem

Rettungsdienst und Nephrologisches Institut wurden im 2017 erfolgreich in das bestehende Qualitätsmanagementsystem (QMS) DIN EN ISO 9001:2015 aufgenommen. Die beiden Bereiche überprüfen laufend ihre Prozesse, optimieren die Abläufe und Leistungen im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung und können im Rahmen der Zertifizierung die Qualität nachweislich abbilden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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

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

Umfragekonzept

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

Ausbau des klinischen Risikomanagements

Das Risikomanagement wurde im Jahr 2017 ausgebaut und auf den Abteilungen fanden die ersten Risikoaudits statt. In den kommenden Jahren wird der Fokus auf das klinische Risikomanagement gerichtet und im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung weitergeführt. Die Ergebnisse aus präventiven und reaktiven Risikoaudits, aus kritischen Ereignissen, Qualitätsmanagement sowie Beschwerdemanagement bilden dazu die Grundlagen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ "Zufrieden mit uns?"
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterbefragung Kantonsspital Baden 2017

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

CIRS

Ziel	Identifikation von klinischen Risiken, Einleitung von Präventions- und Verbesserungsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit Mai 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Meldung von kritischen Zwischenfällen zur Vermeidung von Fehlern
Methodik	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau

Vigilanz

Ziel	Unerwünschte Wirkungen erfassen: Pharmako-, Materio- und Hämovigilanz
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit Mai 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Früherkennung und Meldung von unerwünschten Wirkungen
Methodik	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau

Sturz

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

Dekubitus

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

Aggressionsmanagement

Ziel	Erfassung von Aggressionsereignissen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	November 2012 - auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Häufung von verbalen Drohungen und Gewaltdelikten
Methodik	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau

Patientenidentifikationsbänder

Ziel	Sicherstellung bestmöglicher Voraussetzungen zur eindeutigen Identifikation von PatientInnen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Steigerung der Patientensicherheit, Weiterentwicklung der Sicherheitskultur
Methodik	Thermobänder

Lean Management

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

Unternehmensentwicklung, Projektmanagement

Ziel	Unternehmensweite Planung und Steuerung von Projekten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Juli 2012 - auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Projekte systematisch koordinieren und abwickeln
Methodik	Projektportal

Prozessmanagement

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

Optimierung klinisches Risikomanagement am Kantonsspital Baden

Ziel	Standardisierung, Systematisierung und Vereinfachung des Risikomanagement
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Bestehendes System optimieren
Methodik	aktives und reaktives Risikomanagement

Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Ziel	Das KSB zeigt keine statistisch signifikanten Abweichungen im Benchmark auf
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2009 - auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Begründung	Transparente und nationale Vergleichbarkeit, Entwicklung von Massnahmen zur eigenen Qualität

Qualitätsindikatoren für Akutspitäler Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Ziel	Kommentierung der SMR
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2008 - auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, 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 ein CIRS im Jahr 2011 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 Mitarbeiter haben die Möglichkeit Ereignisse, wenn gewünscht anonym, vor Ort zu erfassen. Die Meldekreisverantwortlichen, bestehend aus pflegerischem und ärztlichem Dienst, analysieren und bearbeiten dringende Meldungen zeitnahe und leiten Korrekturmassnahmen in den entsprechenden Kliniken und Abteilungen ein. In regelmässig stattfindenden CIRS Ausschuss Sitzungen werden die vordefinierten Meldungen im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung und Wissensmanagement (voneinander lernen) gemeinsam diskutiert.

Die Steigerung der Kennzahlen Fehlermeldungen zeigt auf, dass die offene Fehlerkultur bei den Mitarbeitenden positiv gesehen wird. Die systematische Austrittsskontrolle auf den Stationen und die Einführung der Patientenidentifikationsarmbänder sind einige Beispiele der Massnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung, welche aufgrund der CIRS Meldungen implementiert wurden.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2005
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2002-2011
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2004
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1998
FIVNAT-CH Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch	2000
KTRZ Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochentumor-referenzzentrum/	Sporadisch seit 1993 (im KSB gibt es selten solche Tumoren)
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008

Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Einführungsdatum unbekannt
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	2008
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2006 (Monitorstudie)
SIOLD SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	2010
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	2010
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	2007-2010
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2012
NICER Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung www.nicer.org	2013 über Krebsregister Kt. Aargau
SKKR Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	www.kinderkrebsregister.ch	Datum unbekannt
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/	Datum unbekannt
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012

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
Interverband für Rettungswesen IVR	Rettungswesen	2005	2016	Anerkennung läuft bis 30. Juni 2020
Babyfreundliches Spital (UNICEF)	Wochenbett	2005	2017	
ISO 9001:2015	Radiologie (Baden und Brugg)	2004	2017	
ISO 9001:2015	Interdisziplinäres Brustzentrum	2008	2017	
ISO 9001:2015	Interdisziplinäres Darmzentrum	2011	2017	
ISO/IEC 17025	Pathologie	2011	2016	Akkreditierung
ISO 9001:2015	Blasen- und Beckenbodenzentrum	2008	2017	
ISO 9001:2015	Dialyse(Baden, Brugg und Muri)	2007	2017	
ISO 9001:2008 und RQS	Spitalapotheke	2012	2016	2015 fand ein Überwachungsaudit mit Transition auf die neue Norm 9001:2015 statt
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Wäscherei (Baden und Königsfelden)	2012	2015	
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies SFCNS	IMC	2015	2018	Re-Zertifizierung Stroke Unit fand am 19.01.2018 mit erfolgreichem Abschluss statt
ISO 9001:2015	Urologie	2015	2017	
ISO 9001:2015	Onkologie/Hämatologie	2014	2017	
ISO 9001:2015	Gynäkologie	2014	2017	
ISO 9001:2015	Orthopädie	2015	2017	
ISO 9001:2015	Geburtshilfe	2011	2017	
Qualitop	KSB Move (Fitness)	2014	2017	Jährliche Qualitätsprüfungen

Forum Tabakprävention und Behandlung Tabakabhängigkeit in Gesundheitsinstitutionen Schweiz FTGS	Gesamtspital	2015	2015	Bronze Zertifizierung
Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	IDIS	2001	2016	Anerkennung
EKAS und H+	Gesamtspital	2009	2014	
Union Schweizer Gesellschaft f. Gefässerkrankungen USGG	Gefässzentrum	2014	2014	
Referenzzentrum für Adipositaschirurgie	Gesamtspital	2015	2015	SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders)
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Tumorzentrum Kantonsspital Baden mit folgenden Zentren: Gynäkologisches Zentrum, Interdisziplinäres Brustzentrum, Interdisziplinäres Darmzentrum, Institut für Onkologie / Hämatologie, Prostatazentrum	2015	2015	Nach intensiver Vorbereitungszeit hat das Tumorzentrum im Dezember 2015 das Zertifizierungsaudit nach den strengen Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft erfolgreich bestanden und jetzt das offizielle Zertifikat erhalten.
Endoprothetikzentrum (EndoCert)	Endoprothetik Zentrum KSA / KSB	2015	2015	Das Orthopädiezentrum der beiden Kantonsspitäler Aarau und Baden wurde als erste Klinik in der Schweiz für die Prothetik der Hüft- und Kniegelenke zertifiziert.
ISO 9001:2015	Nuklearmedizin	2016	2017	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Interdisziplinäres Brustzentrum	2015	2015	

Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Interdisziplinäres Darmzentrum	2015	2015	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Gynäkologische Tumore	2015	2015	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Prostatazentrum	2015	2015	

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 aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Kantonsspital Baden AG	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.05 (3.98 - 4.12)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.53 (4.46 - 4.61)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.55 (4.48 - 4.62)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.32 (4.23 - 4.41)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.83 (3.75 - 3.92)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.40 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. 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.

Angaben zur Messung			
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Kantonsspital Baden AG			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	1160		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	424	Rücklauf in Prozent	37 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 "Zufrieden mit uns?"

Ziel der Befragung:

Mit der spitaleigenen übers ganze Jahr laufenden Patientenbefragung "Zufrieden mit uns?" möchte das KSB anhand der Erfahrungen der Patientinnen und Patienten seine Dienstleistungen den Bedürfnissen anpassen.

Mittels Fragebogen "Zufrieden mit uns?" wird die Zufriedenheit zu den Bereichen Behandlung, Qualität, verständliche Antworten von Ärzten und Pflege, Essen und Reinigung erhoben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

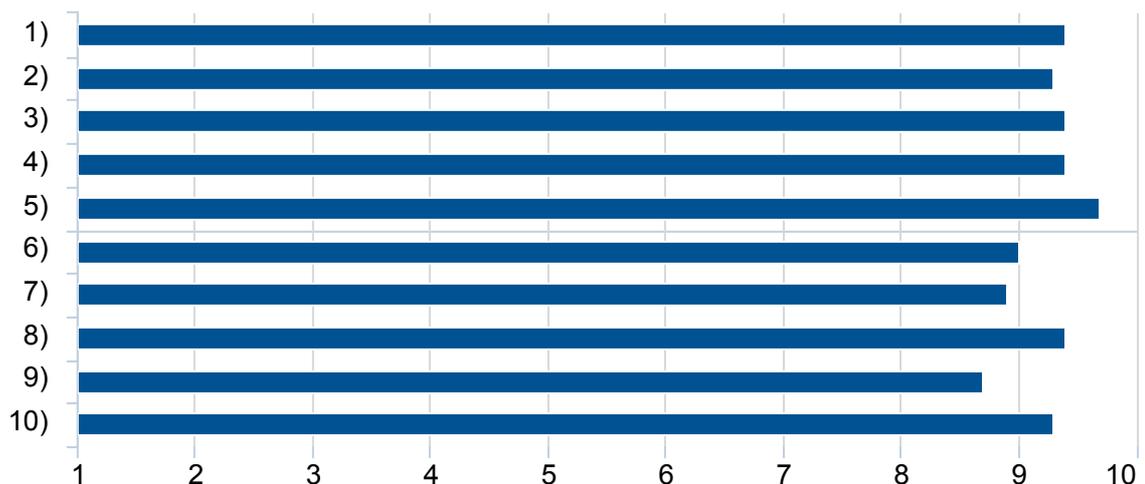
Die Befragung hat in allen stationären Bereichen des KSB stattgefunden.

Die Befragung im 2017 wurde bei allen stationären Patienten (Erwachsene und Pädiatrie) vom KSB durchgeführt. In der zweiten Jahreshälfte wurden die Fragen 9 und 10 hinzugefügt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

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



1 = sehr unzufrieden / 10 = sehr zufrieden

■ Kantonsspital Baden AG

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

Messergebnisse in Zahlen							
	Mittelwerte pro Fragen					Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)	9)	10)		
Kantonsspital Baden AG	9.00	8.90	9.40	8.70	9.30	2085	12.00 %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Baden AG
 Beschwerdemanagement
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 2017 (CI* = 95%)
	2014	2015	2016	
Kantonsspital Baden AG				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.86	8.54	8.80	9.18 (8.83 - 9.52)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.91	8.69	9.07	9.10 (8.80 - 9.40)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.12	8.83	9.04	9.25 (8.99 - 9.51)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.07	8.86	9.09	9.31 (9.06 - 9.56)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.47	8.98	9.56	9.48 (9.13 - 9.82)

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.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

Kantonsspital Baden AG			
Anzahl angeschriebene Eltern 2017	95		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	40	Rücklauf in Prozent	42.00 %

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung Kantonsspital Baden 2017

„Wir tragen unseren Mitarbeitenden Sorge“: 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.

Die Mitarbeiterbefragung 2017 wurde an allen KSB-Standorten (Gesamtunternehmen) anonym mittels eines umfangreichen Fragebogens durchgeführt. Die Befragung, an der sich 48 Prozent der Mitarbeitenden beteiligt haben, hat gezeigt, dass die Zufriedenheit der Mitarbeitenden des KSB hoch ist.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 22. August 2017 bis 22. September 2017 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Im Vergleich mit dem Durchschnitt von 13 Vergleichsspitälern schneidet die Mitarbeiterzufriedenheit am KSB signifikant besser ab. Überdurchschnittlich positiv bewertet wurden die allgemeine Arbeitszufriedenheit, die Arbeitgeberattraktivität und die Qualität der geleisteten Arbeit.

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		2013	2014	2015	2016**
Kantonsspital Baden AG					
Beobachtete Rate	Intern:	4.34%	4.31%	4.43%	-
	Extern:	0.46%	0.46%	0.50%	-
Erwartete Rate		4.62%	4.48%	4.90%	-
Verhältnis der Raten***		1.04	1.06	1.01	

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** 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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Aufgrund der geänderten Ergebnisausweise des ANQs können die Ergebnisse für die beobachtete Rate (intern und extern) nicht ausgewiesen werden (Neue Ergebnisausweise sind: global beobachtete Rate und Anteil externer Rehospitalisationen in %).

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitaler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Kantonsspital Baden AG		
Anzahl auswertbare Austritte:		

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

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

Messergebnisse

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

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

Begründung

Die Ergebnisse der Messung von potenziell vermeidbaren Reoperationen werden durch ANQ vorläufig nicht veröffentlicht, da die Messmethode überarbeitet wird. www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-akutsomatik/

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:

- Gallenblasen-Entfernungen
- *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
- *** Dickdarmoperationen (Colon)
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Kantonsspital Baden AG						
Gallenblasen-Entfernungen	246	3	3.20%	1.70%	2.20%	1.20% (0.00% - 2.60%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	27	1	0.00%	3.80%	0.00%	3.80% (0.00% - 11.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	140	25	24.70%	12.80%	18.50%	20.50% (13.80% - 27.20%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
Kantonsspital Baden AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	196	1	1.00%	1.00%	1.00%	0.40% (0.00% - 1.40%)

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

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

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
Kantonsspital Baden AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	4	4	9	10
In Prozent	2.20%	1.80%	4.20%	5.30%
Residuum*	-0.1	-0.15		

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

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

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

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Kantonsspital Baden AG			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	190	Anteil in Prozent (Antwortrate)	76.30%

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. 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			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Kantonsspital Baden AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	3	3	4	4	2.10%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0.07	-0.11			-

Bei Kindern und Jugendlichen

Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Kantonsspital Baden AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	0	0	0	-

* 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.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Kantonsspital Baden AG			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	190	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	76.30%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2017	17	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	70.80%

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Intelligenter Medikamentenschrank

Projektart:

Einführung eines intelligenten, elektronisch gesteuerten Medikamentenschanks auf der interdisziplinären Privatstation

Projektziel:

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

Projektstatus:

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

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Die Geschäftsleitung hat den Grundsatzentscheid gefällt, im neuen Spital die insgesamt 12 Stationsapotheken mit elektronischen Medikamentenschränken auszurüsten. Es ist geplant, den Rollout bereits vor der Eröffnung des neuen Spitals zu starten.

18.1.2 eOPPS

Projektart:

Change the Business – Hauptausprägung technisch - organisatorisch

Projektziel:

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

Projekttablauf / Methodik:

Hermes

Involvierte Berufsgruppen:

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

Projektelevaluation:

Der Bereich OP-Management läuft seit längerem ohne nennenswerte Probleme. Um die letzten Schwierigkeiten bei der Leistungserfassung zu eliminieren, wurde die Frist bis zum Export der Leistungen verlängert, was bis jetzt keine negativen Auswirkungen hatte.

Im Bereich Betten-Management konnten wir nach einer kurzen Pilotphase auch die restlichen Kliniken umstellen. Das System läuft nach Aussage der Teilprojekt-Leiter problemlos.

18.1.3 Sturzprävention

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Reduktion der Sturzhäufigkeit, die Minderung der Sturzfolgen, die Überwindung von Sturzangst sowie die Unterstützung von Mobilität und Autonomie des Patienten durch Schulung und Sensibilisierung der Pflegeteams betreffend Sturzprävention sowie Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Physiotherapie, Ärzten und Pflegenden. Dazu gehören auch Information, Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen. Die gemeinsam wahrgenommene Verantwortung von Führungskräften aller Stufen von Arztdienst, Pflege, weiteren therapeutischen Bereichen sowie der sorgfältige Einbezug des Patienten und seiner Angehörigen sind Grundlagen einer nachhaltigen Sturzprophylaxe.

Projektlauf /Methodik:

- Gezielte Abgabe eines Leporellos (Informationsbroschüre) zum Thema Sturzprävention für Patienten und Angehörige
- Konsequente Umsetzung Konzept Sturzprävention
- Arbeiten mit der Risiko- und Massnahmenliste
- Durchführen einer Themenwoche Sturz auf den Bettenstationen und Schulungen des Pflegepersonals

Involvierte Berufsgruppen:

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

Projektelevaluation/Konsequenzen:

Das Thema Sturz bleibt Qualitätsentwicklungsprojekt; die Sturzprävention wird laufend und auch im Rahmen des Jahresthemas Delir speziell weitergeführt. Die Kennzahlen, insbesondere der Sturzursachen werden periodisch analysiert. Aus den Ergebnissen ergaben sich die Handlungsfelder Patienteninformation, -edukation und Einsatz Mobility Monitor.

18.1.4 Medikamentensicherheit auf den Bettenstationen

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

Reduktion von Medikamentenfehlern durch Förderung der Interprofessionellen Zusammenarbeit und der gemeinsam wahrgenommenen Verantwortung von Pflegenden, Arztdienst und Apotheker/Apothekerin als Grundlage einer medikamentösen Therapie.

Methodik: Themenwochen als Fachinputs

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

Involvierte Berufsgruppen:

Pflegefachpersonen, Pflegeexpertinnen, Ärztinnen/Ärzte und Apothekerin/Apotheker

Projekttablauf/Projektelevaluation:

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

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Optimierung des Übertritts Spital - Spitex

Projektart:

Weiterführendes Projekt zur Standardisierung des Austrittsmanagements

Projektziel:

Optimierung des Übertritts Spital – Spitex

Standardisierung des Austrittsmanagements mit verschiedenen Partnern des Kantonsspitals Baden

Zusammenarbeit mit dem kantonalen Spitexverband

Projekttablauf / Methodik:

Nach dem die Anliegen der Spitex zunächst aufgenommen wurden, wurde das bestehende Austrittsmanagement in Zusammenarbeit mit dem Spitex Verband Aargau standardisiert.

Interventionen:

Erstellung einer Kittelkarte, die den Prozess der Anmeldung des Patienten an die Spitex bis zum Austritt inkl. Auflistung der mitzubehaltenden Unterlagen definiert. Über eine gesicherte Email Adresse werden sämtliche pflegerische Dokumente den Spitex Organisationen vor dem Austritt zugestellt. Ein Austritts-Couvert mit allen notwendigen Unterlagen wird dem Patienten bei Austritt mitgegeben. Dieses beinhaltet auch das Bedarfsmeldeformular (Verordnung für Spitex), welches mit der Unterschrift des Spitalarztes versehen ist. Auf dem Couvert ist eine vorgedruckte Auflistung der im Couvert enthaltenen Unterlagen. Eine zentrale Emailadresse für Rückmeldungen von der Spitex wurde eingerichtet.

Involvierte Berufsgruppen:

Vertreterin des kantonalen Spitex Verbandes Aargau, Ärztinnen / Ärzte und Pflege

Projektelevaluation:

Das Projekt ist abgeschlossen und die eingeleiteten Interventionen haben die Zusammenarbeit und die Kommunikation sowohl für das Spital sowie für die Spitex deutlich verbessert.

18.2.2 Lean Station Pilot

Projektart:

Change the Business – Hauptausprägung organisatorisch

Projektziel:

- Das KSB entwickelt und etabliert durchgängige und messbare Prozesse, welche sich in allen Bereichen (ambulant, stationär, Notfall) am Patientenpfad orientieren. Dabei ist zu gewährleisten, dass bereits früh (2017/2018) ein Nutzen für den Neubau geschaffen wird.
- Reduktion der Verschwendungen für alle Mitglieder des Behandlungsteams
- Steigerung der Produktivität
- Steigerung der Patienten- und der Mitarbeiterzufriedenheit
- Steigerung der Zeit am Patienten > 60%
- Reduktion der Patientenrufe

Projekttablauf / Methodik:

Hermes

Involvierte Berufsgruppen:

Management, Pflege, Ärzte, Informatik, Technischer Dienst, Medizintechnik, Hotellerie / Logistik, Kommunikation

Projektelevaluation:

Das Projekt wurde inhaltlich abgeschlossen und per 28.03.2017 in Betrieb genommen. Der Betrieb wurde noch bis 30.06.2017 vom Projekt begleitet. Anschliessend erfolgt der offizielle Abschluss. In der Zwischenzeit wird eine RoadMap für einen potentiellen Rollout erstellt. Dabei werden auch die Erfahrungen aus den Pilotstationen berücksichtigt. Bereits in der ersten Woche konnten Verbesserungsmassnahmen identifiziert werden, welche im Rahmen der kontinuierlichen Verbesserung geprüft und wenn sinnvoll umgesetzt werden. Das Pilotprojekt wird Ende April 2018 im Navision geschlossen und aus dem Reporting gelöscht.

18.2.3 Interprofessionelles Delir Team - Bettenstationen

Projektstart:

Juli 2016

Projektabschluss:

Dezember 2017

Projektziel:

Verbesserung der Betreuung von deliranten Patientinnen und Patienten auf den Bettenstationen des KSB. Die Betreuung und Begleitung deliranter Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen ist Teil der Arbeit aller Betreuungsteams im KSB. Für besonders komplexe und instabile Situationen steht der interprofessionelle Delir-Konsil-Dienst des KSB zur Verfügung. Er ist ein Angebot im Sinne der spezialisierten Betreuung und wendet sich in erster Linie an die betreuenden Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen und in zweiter Linie an die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige.

Projektlauf/Methodik:

- Erstellung einer Projektgruppe unter der Leitung der leitenden Ärztin Geriatrie und der Pflegeexpertin APN Akutgeriatrie.
- Weitere Mitglieder: Thementräger Delir (diplomierte Pflegefachpersonen HF/FH der Bettenstationen) sowie Oberarzt Geriatrie.

Involvierte Berufsgruppen:

Ärztinnen/Ärzte und Pflege

Stand der Umsetzung der Massnahmen:

- Durchführung von ca drei Delir Konsilien pro Monat auf den Bettenstationen KSB durch den Leitenden Arzt/Oberarzt Geriatrie und die Pflegeexpertin APN Akutgeriatrie
- Pflegerische und ärztliche Beratung bei deliranten Patientinnen und Patienten auf den Bettenstationen
- Dokumentation der Konsilien erfolgt im KISIM
- Konzept wurde erstellt
- Sitzungen und Fallbesprechungen Thementräger Delir erfolgen ca. alle zwei Monate
- Gruppe Thementräger Delir wurde um Pflegexpertin Chirurgie, Apothekerin, stellvertretender Oberarzt Geriatrie, Leitender Arzt Geriatrie ergänzt
- Aus dem Projekt entstand im Januar 2018 eine neue interprofessionelle Arbeitsgruppe "Überarbeitung des Delirkonzepts Bettenstation"

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung Palliativ Station

Projektart:

Qualität in Palliative Care

Projektziel:

- Erhaltung und Sicherstellung der multiprofessionelle Behandlung und Begleitung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten
- Erfüllung der schweizerischen Qualitätsanforderungen Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung
- Sicherstellung des Tarifes für die Komplexbehandlung
- Erhalt der Berechtigung zur Weiterbildung für die Schwerpunktbezeichnung Palliativmedizin

Projektlauf / Methodik:

Qualitätskriterien der qualitépallitive (palliative.ch)

Involvierte Berufsgruppen:

Medizin, Pflege, Care Management, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Seelsorge, Psychoonkologie, Qualitätsmanagement und externe Partner

Projektelevaluation:

Alle Vorbereitungen für die Zertifizierungen sind abgeschlossen. Aufgrund der Vorgaben konnten die Strukturen und Prozesse auf der Palliative Care deutlich verbessert werden. Regelmässiger interdisziplinärer und interprofessioneller Austausch sind für den Behandlungserfolg auf der Palliative Care unabdingbar. Ausstehend ist aktuell noch der Termin für die Zertifizierung durch palliative.ch

19 Schlusswort und Ausblick

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

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 Kantonsspital Baden.

Das Kantonsspital Baden ist in erster Linie seinen Patienten/Kunden 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 Kantonsspitals Baden 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 2018

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

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

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

Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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