



Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

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 2016.

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Frau

Yvonne Biri

Qualitätsbeauftragte der Geschäftsleitung, Direktorin Departement Pflege

+41 56 486 29 01

yvonne.biri@ksb.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	14
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	15
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	15
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	16
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	17
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	22
4.5 Registerübersicht	23
4.6 Zertifizierungsübersicht	25
QUALITÄTSMESSUNGEN	28
Befragungen	29
5 Patientenzufriedenheit	29
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	29
5.2 Eigene Befragung	30
5.2.1 "Zufrieden mit uns?"	30
5.3 Beschwerdemanagement	31
6 Angehörigenzufriedenheit	32
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	32
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
8 Zuweiserzufriedenheit	34
8.1 Eigene Befragung	34
8.1.1 Zuweiserbefragung Tumorzentrum	34
Behandlungsqualität	36
9 Wiedereintritte	36
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	36
10 Operationen	38
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	38
11 Infektionen	39
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	39
12 Stürze	41
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	41
13 Wundliegen	43
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	43
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	45
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	45
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	

Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.

17 Weitere Qualitätsmessungen
Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.

18 Projekte im Detail 46

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 46

18.1.1 Lean Station Pilot 46

18.1.2 Intelligenter Medikamentenschrank 46

18.1.3 eOPPS 47

18.1.4 Optimierung des Übertritts Spital - Spitex 48

18.1.5 Sturzprävention 49

18.1.6 Interprofessionelles Delir Team - Bettenstationen 50

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 51

18.2.1 Patientenidentifikationsbänder 51

18.2.2 Patienteninformation "Gut informiert nach Hause nach Hüft- oder Kniegelenksersatz" 51

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 52

18.3.1 Zertifizierung Rettungswesen nach DIN EN ISO 9001:2015 52

19 Schlusswort und Ausblick 53

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 54

Akutsomatik 54

Anhang 2 57

Herausgeber 59

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. Sie alle profitieren von einer Hightech-Medizin auf höchstem Niveau. Modernste Technik ersetzt am KSB nie den direkten Kontakt, nicht das Gespräch mit Betroffenen. Es bietet Spitzenmedizin auf höchstem Niveau in einem persönlichen Umfeld.

Mehr als 2000 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 Ostaaargau und über die Kantonsgrenzen hinweg.

Das KSB behandelte im Jahr 2016 rund 19'500 stationäre sowie über 100'000 ambulante PatientInnen mit mehr als 181'000 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 KSB ist deshalb nicht nur in Baden vertreten, sondern auch an mehreren externen Standorten präsent. Die Wege werden kurz gehalten und die Kommunikation einfach, da es nah bei den Patientinnen und Patienten ist.

Das KSB ist im Medizinischen Zentrum Brugg mit dem Institut für Radiologie sowie den ambulanten Zentren Onkologie/Hämatologie und Nephrologie/Dialyse vertreten. Im benachbarten Ärztehaus hat das KSB eine Praxis mit den Bereichen Adipositas, Urologie, Proktologie und Wundberatung eröffnet. Dabei steht eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten der Region sowie dem Medizinischen Zentrum Brugg im Fokus.

Seit August 2015 betreibt das KSB am Standort Dietikon das Ärztezentrum Limmatfeld. Die moderne 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 eine Frauenarztpraxis, ein Radiologieinstitut, eine Physiotherapie, eine 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. Das Personal des KSB garantiert professionelle Dialysebehandlungen.

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 (Anhang 2).

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

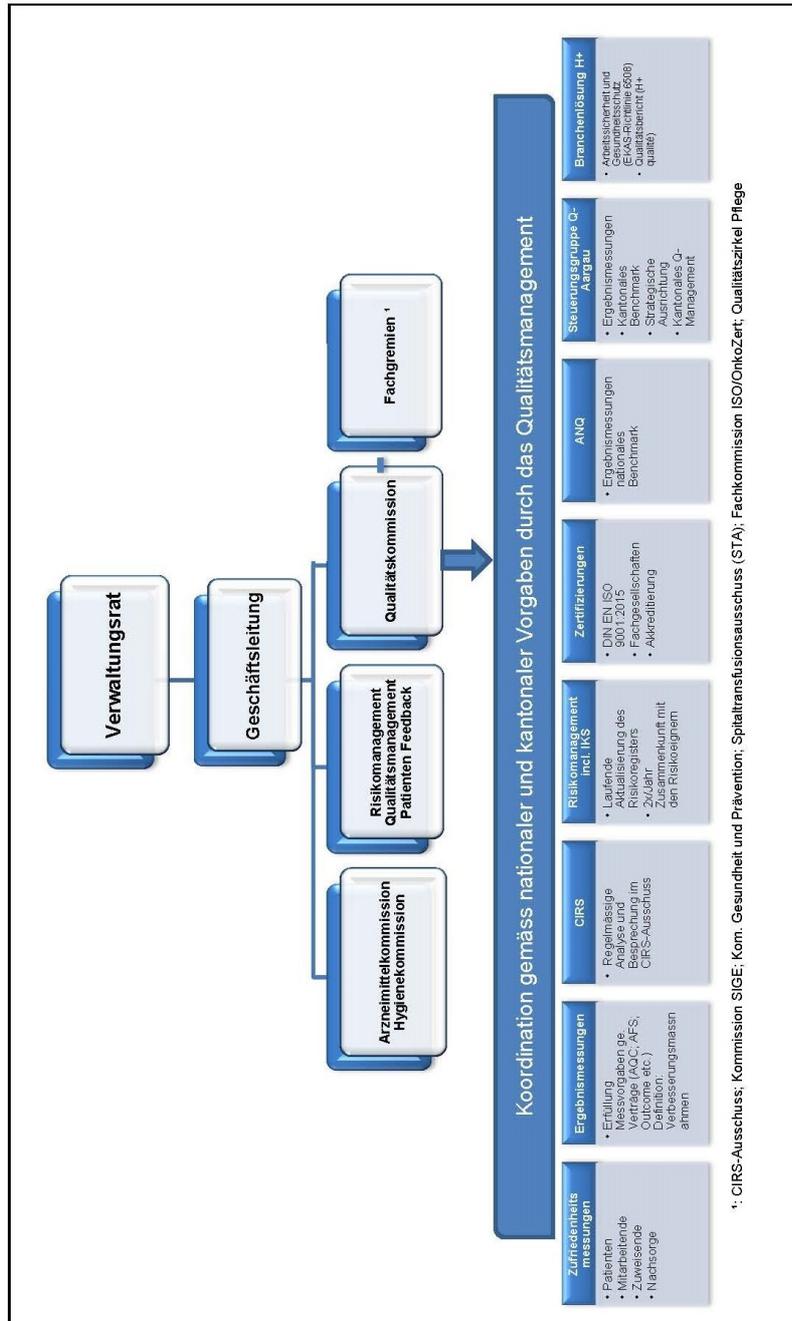
Der Qualitätsbericht und weitere Einzelheiten zu Struktur und Dienstleistungsumfang des KSB sind auch auf unserer Homepage www.ksb.ch abrufbar.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Qualitätssicherung am Kantonsspital Baden AG



Fachverantwortlich: M. Rutschlin

Aktualisiert: 27.02.2017

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **190** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Yvonne Biri
Direktorin Departement Pflege,
Qualitätsbeauftragte der Geschäftsleitung
Kantonsspital Baden AG
+41 56 486 29 02
yvonne.biri@ksb.ch

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

Frau, eidg.dipl.pharm. ETH Sarah Ali
Leiterin Risikomanagement
Kantonsspital Baden AG
+41 56 486 29 70
sarah.ali@ksb.ch

Frau Martina Rütschlin
Leiterin 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 die Menschen verantwortlich. Deshalb ist es Pionier auf dem Gebiet der Patientensicherheit. Vieles von dem, was heute in der Patientensicherheit in anderen Spitälern Standard geworden ist, wurde bei uns erforscht und erprobt. Dazu besteht eine Zusammenarbeit mit entsprechenden Organisationen auf nationaler und internationaler Ebene zusammen, z.B. mit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz.

Die Bestimmung der Qualitätsstrategie liegt in der Verantwortung der Geschäftsleitung. Sie setzt inhaltliche Prioritäten, welche in Übereinstimmung zur allgemeinen Unternehmensstrategie des KSB stehen. Die Umsetzung und Überwachung obliegt der Qualitätskommission, die 3-monatlich tagt und in der Mitglieder aus allen Bereichen des Spitals vertreten sind. Weitere Mitarbeitende beschäftigen sich hauptamtlich mit Qualitätsmanagement 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 wird unter Anerkennung ethischer Grundwerte optimiert
- Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden sowie der Kunden des KSB (zuweisende Ärztinnen und Ärzte, nachsorgende Institutionen, Versicherer, Trägerschaft, Öffentlichkeit) wird gefördert
- Es finden regelmässige Überprüfungen der Struktur-, Prozess- und Behandlungsqualität und kontinuierliche Prozessoptimierung zur Steigerung der Effektivität und Effizienz im Interesse der Patienten, des Gesamtsitals sowie der übrigen Kunden statt
- Fehler und Risiken werden reduziert. Das Qualitäts- und das Risikomanagement sind aufeinander abgestimmt.

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

Erfolgreiche Zertifizierung der Klinik für Nuklearmedizin am KSB

Ziel der Erstzertifizierung des Institutes und der Klinik für Nuklearmedizin am KSB im Jahr 2016 ist der Nachweis einer hohen Behandlungsqualität und fachlichen Erfahrung auf dem Gebiet der diagnostischen und therapeutischen Anwendung von offenen Radionukliden zur Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in den verschiedenen medizinischen Schwerpunktgebieten am KSB. Die strukturierten und bewusst durchdachten Funktionsabläufe nuklearmedizinischer Diagnostik und Therapie ermöglichen Personal und Patienten einen doppelten Gewinn, mehr Sicherheit im Arbeitsablauf und mehr Sicherheit für die Patienten des KSB.

Überführung der revidierten Norm DIN EN ISO 9001:2015

Das Überwachungsaudit im August 2016 wurde erfolgreich nach der neuen Norm DIN EN ISO 9001:2015 durchgeführt.

Die DIN EN ISO 9001:2015 bezieht in die Betrachtung des organisatorischen Umfeldes neben den Lieferanten und Kunden nun sinngemäss alle «interessierten Parteien» (Stakeholder) mit ein. Diese internen und externen Einflussfaktoren werden explizit identifiziert, verstanden und mitberücksichtigt. Systematisch risikobasierendes Planen und Agieren wird mit der Revision 2015 dezidiert in allen Abläufen gefordert. Es werden vorhandene Chancen und Risiken erkannt und Massnahmen ergriffen. Neben dem zielorientierten Handeln werden dadurch erwünschte Auswirkungen verstärkt und unerwünschte Effekte verhindert bzw. verringert und damit eine Verbesserung erreicht.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Die Qualitätsziele werden jeweils unterteilt in **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** von der Qualitätskommission, erstellt und verabschiedet. Im Berichtsjahr 2016 wurden nachfolgende Ziele definiert und erreicht:

Kantonsspital Baden AG
Jahresziele 2016
Qualitätskommission

Freigabe am: 01.01.2016
 Freigabe durch die Qualitätskommission

Ziele der Qualitätskommission

1 Strukturqualität

- 1.1 Qualitätsbericht H+qualität
- 1.2 QM-Handbuch Informer
- 1.3 Freigabeprozess im Informer
- 1.4 Norm Revision DIN EN ISO 9001:2015
- 1.5 Qualitätsmanagement / KSB Homepage

2 Prozessqualität

- 2.1 2. Überwachungsaudit DIN EN ISO 9001:2015
- 2.2 Erst Zertifizierung ISO DIN EN ISO 9001:2015
- 2.3 Re-Zertifizierung Pathologie ISO / IEC 17025 (Analyse und Prüflaboratorien)
- 2.4 1. Überwachungsaudit Apotheke RQS / ISO 9001:2008
- 2.5 Zertifizierung durch Fachgesellschaften
- 2.6 Einführung Patientenidentifikationsarmband
- 2.7 CIRS-Konzept erarbeiten

3 Ergebnisqualität

- 3.1 Messungen ANQ
- 3.2 Qualitätsindikatoren nach BAG

1. Strukturqualität

1.1

Qualitätsbericht H+qualität

Auftraggeber: Geschäftsleitung / Qualitätskommission
 Ausgangslage: Publikation des Qualitätsberichtes nach Vorgaben H+qualität
 Ziel: Der Qualitätsbericht wird nach den Vorgaben von H+qualität publiziert

Aktivitäten

Aktualisierung des Qualitätsberichtes
 Verabschiedung durch Q-Kommission und SL
 Publikation H+ Website
 Aufschaltung Homepage KSB

Verantwortung

S. Ali
 Y. Biri / M. Bellafore
 S. Ali
 S. Ali

Termin

ab 01.01.2016
 01.05.2016
 31.05.2016
 31.05.2016

Status

erledigt
 erledigt
 erledigt
 erledigt

1.2

QM-Handbuch Informer

Auftraggeber: Qualitätskommission / Fachkommission ISO
 Ausgangslage: Im Informer sind redundante Dokumente
 Ziel: Der Informer ist das QM-Handbuch; die Redundanzen sind bereinigt

Aktivitäten

Bereinigung QM - Struktur im Informer

Verantwortung

M. Rütschlin QM-Redakteure

Termin

31.12.2016

Status

kontinuierlich

1.3

Freigabeprozess im Informer

Auftraggeber: Qualitätskommission / Fachkommission ISO
 Ausgangslage: Im Informer sind noch nicht alle Bereiche in der Dokumentenlenkung
 Ziel: Alle zertifizierten Bereiche integrieren ihre Dokumente in den Freigabe-Prozess des Informer

Aktivitäten

Einfügen der Bereiche in den Freigabe-Prozess des Informers

Verantwortung

M. Rütschlin

Termin

31.12.2017

Status

In Arbeit

1.4

Norm Revision DIN EN ISO 9001:2015

Auftraggeber: Geschäftsleitung / Qualitätskommission
 Ausgangslage: Revision der Norm, welche bis 2018 umgestellt sein muss
 Ziel: 2016 nach der Norm ISO 9001:2015 unser 2. Ü-Audit durchführen

Aktivitäten	Verantwortung	Termin	Status
Überführung der Norm DIN EN ISO 9001:2015	M. Rütschlin DQMB / BQMB	01.08.2016	erledigt
1.5	KSB Homepage		
Auftraggeber:	Qualitätskommission		
Ausgangslage:	Den Bereich QM findet man auf der Homepage KSB nur erschwert		
Ziel:	Das Qualitätsmanagement prominent auf der Startseite darstellen		
Aktivitäten	Verantwortung	Termin	Status
Projekt zur Überarbeitung der KSB Homepage, um das QM prominenter darzustellen	S. Ali, M. Rütschlin, S. Wey		erledigt
2. Prozessqualität			
2.1	2. Überwachungsaudit		
Auftraggeber:	Geschäftsleitung / Qualitätskommission		
Ausgangslage:	Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001:2015		
Ziel:	Interne Prozessabläufe verbessern, Marktposition stärken		
Aktivitäten	Verantwortung	Termin	Status
	Gesamtkoordination:	30.08.2016 -	erledigt
	M. Rütschlin (QMB)	02.09.2016	
Interdisziplinäres Darmzentrum (an den Standorten Baden, Brugg, Limmatfeld)	F. Immer (DQMB)		
Interdisziplinäres Brustzentrum	M. Teuchert (DQMB)		
Blasen und Beckenbodenzentrum	M. Teuchert (DQMB)		
Dialyse (an den Standorten Baden, Brugg, Muri)	J. Efe (DQMB)		
Institut für Radiologie (an den Standorten Baden, Brugg, Limmatfeld)	P. Locher (DQMB)		
Institut für Onkologie / Hämatologie (an den Standorten Baden, Brugg)	J. Efe (DQMB)		
Gynäkologie (an den Standorten Baden, Limmatfeld)	M. Teuchert (DQMB)		
Geburtshilfe	M. Teuchert (DQMB)		
Urologie (an den Standorten Baden, Brugg, Limmatfeld)	F. Immer (DQMB)		
Orthopädie	N. Fleischli (BQMB)		
2.2	Erst - Zertifizierung DIN EN ISO 9001:2015		
Auftraggeber:	Prof. Dr. Kubik		
Ausgangslage:	Einführung eines QM - Systems		
Ziel:	Interne Prozessabläufe verbessern, Marktposition stärken		
Aktivitäten	Verantwortung	Termin	Status
NUK	Prof. Dr. E. Nitzsche	30.08. -	erledigt
	P. Locher (DQMB)	02.09.2016	
2.3	Re-Akkreditierung ISO / IEC 17025		
Auftraggeber:	Prof. G. Singer		
Ausgangslage:	Aufrechterhaltung eines QM-Systems		
Ziel:	Interne Prozessabläufe verbessern, Marktposition stärken		
Aktivitäten	Verantwortung	Termin	Status
Pathologie	Prof. Dr. G. Singer	Herbst 2016	erledigt
2.4	1. Überwachungsaudit RQS / ISO 9001:2008		
Auftraggeber:	Dr. P. Wiedemeier		
Ausgangslage:	Aufrechterhaltung eines QM-Systems		
Ziel:	Interne Prozessabläufe verbessern, Marktposition stärken		
Aktivitäten	Verantwortung	Termin	Status
Apotheke	Dr. P. Wiedemeier	Herbst 2016	erledigt
2.5	Zertifizierung durch Fachgesellschaften		
Auftraggeber:	Geschäftsleitung / Qualitätskommission		
Ausgangslage:	Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagementsystems		
Ziel:	Interne Prozessabläufe verbessern, Marktposition stärken		
Aktivitäten	Verantwortung	Termin	Status
Qualitop / Fitnesscenter MOVE	P. Eglauf	Herbst 2016	erledigt
EndoCert Orthopädie - Zentrum der Kantonsspitaler Aarau und Baden	PD Dr. K. Eid	September 2016	erledigt

OnkoZert Tumorzentrum KSB (IBZ; IDZ; Urologie; Gynäkologische Tumoren; Hämatologie / Onkologie) Stroke Unit nach Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)	Dr. C. Caspar Prof. Dr. P. Sandor	30.08. - 02.09.2016 1. Quartal 2018 in Planung	erledigt
--	--------------------------------------	--	----------

2.6 Einführung Patientenidentifikationsarmband

Auftraggeber: Geschäftsleitung / Qualitätskommission
Ausgangslage: Einführung nicht abgeschlossen
Ziel: Patientensicherheit verbessern

Aktivitäten	Verantwortung	Termin	Status
Implementierung Patientenidentifikationsarmband nach Konzept	S. Ali	30.06.2016	erledigt

2.7 CIRS-Konzept

Auftraggeber: Geschäftsleitung / Qualitätskommission
Ausgangslage: CIRS-Konzept unvollständig
Ziel: Entwicklung eines neuen CIRS-Konzeptes

Aktivitäten	Verantwortung	Termin	Status
Erstellung CIRS Konzept	S. Ali	30.06.2016	erledigt
Schulung der Mitarbeiter	S. Ali	30.09.2016	erledigt

3. Ergebnisqualität**3.1**

Messgrösse: **Messungen ANQ** (Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken)
gemäss Vorgaben ANQ

Ziel: Das KSB befindet sich über dem Durchschnitt der Vergleichsspitäler

Aktivitäten	Verantwortung	seit	Status
Messung der potentiell vermeidbaren Re-Operationen mit SQLape (Routinedaten aus Bundesamt für Statistik BFS)	T. Mühlhauser	2010	Kontinuierlich
Messung der potentiell vermeidbaren Re-Hospitalisationen mit SQLape (Routinedaten aus BFS)	T. Mühlhauser	2010	
Überwachung und Erfassung von postoperativen Wundinfektionen (Weiterführung der Erhebung mit SwissNOSO)	Dr. med. A. Friedl	2010	
Prävalenzerhebung Dekubitus Resultat der Prävalenzmessung Dekubitus soll keine statistisch signifikante Abweichung im Benchmark aufzeigen	E. Mascheroni	2011	
Prävalenzerhebung Sturz Resultat der Prävalenzmessung Sturz soll keine statistisch signifikante Abweichung im Benchmark aufzeigen			
Prävalenzerhebung freiheitsbeschränkende Massnahmen			
Patientenzufriedenheit nach Vorgaben ANQ (grosse Messung alle 3 Jahre mit Versand von 2500 Bögen Erw. / 250 Pädi)	M. Rüttschlin	2009	
SIRIS-Implantatregister	PD Dr. med. K. Eid	2012	

Massnahmen

Analyse der Messergebnisse Kommunikation der Messergebnisse Verbesserungspotential erkennen Verbesserungsprojekte initiieren

Geschäftsleitung Q-Kommission betroffene Departemente und Bereiche

jährlich

3.2

Messgrösse: **Qualitätsindikatoren Bundesamt für Gesundheit (BAG)**
Standardisierte Mortalitätsrate pro BAG Indikator

Zielwerte: Es werden keine Ziele / Zielwerte definiert

Ziel:

Aktivitäten	Verantwortung	Termin	Status
Datenabgabe an DGS (Departement Gesundheit und Soziales)	T. Mühlhauser	28.02.2016	jährlich
Stellungnahme für das BAG Chefärzte (Zahlen aus 2014)	S. Ali		jährlich
Stellungnahme für das DGS Chefärzte	S. Ali		jährlich

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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

Wir standardisieren und messen unsere Prozesse regelmässig hinsichtlich Qualität, Effizienz und Effektivität.

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 bereits bestehende und bewährte Qualitätsmanagement System DIN EN ISO 9001:2015 aufgenommen.

Umfragekonzept

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

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 das CIRS, Beschwerdemanagement, Meldungen zur Vigilanz, Sturz- und Dekubitus-Protokolle stellen die Bausteine des klinischen Risikomanagements dar.

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
<i>Psychiatrie</i>
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

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>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung Tumorzentrum

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

CIRS

Ziel	Systematische Verbesserung durch Melden von kritischen Zwischenfällen
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	Erkennung von kritischen Zwischenfällen und Vermeidung von Fehlern
Methodik	Meldeportal netrange AG, St. Gallen

Vigilanz

Ziel	Unerwünschte Wirkungen erfassen: Pharmako-, Materio- und Hämovigilanz
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	Früherkennung und Meldung von unerwünschten Wirkungen
Methodik	Meldeportal netrange AG, St. Gallen

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	Meldeportal netrange AG, St. Gallen

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	Meldeportal netränge AG, St. Gallen

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 netränge AG, St. Gallen

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

Einführung Patientenidentifikationsbänder

Ziel	Sicherstellung bestmöglicher Voraussetzungen zur eindeutigen Identifikation von PatientInnen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2011 - 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Weiterentwicklung der Sicherheitskultur
Methodik	Thermobänder

Transfer Quality Norm ISO 9001:2015

Ziel	Erfolgreiche Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9001:2015
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Die nach ISO 9001:2008 bereits zertifizierte Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Herbst 2015 - 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Qualitätssicherung

Optimierung 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

Lean Management

Ziel	Das KSB entwickelt und etabliert durchgängige und messbare Prozesse, welche sich in allen Bereichen am Patientenpfad orientieren. Dabei ist zu gewährleisten, dass bereits früh (2017/2018) ein Nutzen für den Neubau geschaffen wird.
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 KAIZEN die kontinuierliche Verbesserung. Die Darstellung der Prozesse erfolgt strukturiert in BPMN 2.0.
Evaluation Aktivität / Projekt	Lean Station Pilot - Eines der Projekte, welches in Betrieb geht, ist Lean Station Pilot. Anschliessend soll der Rollout über das ganze KSB erfolgen. Die Erfahrungen im Pilot werden in den Rollout übernommen. Einführung BIC – Mit der Einführung des Prozessmanagementsystems BIC bestehen professionelle Möglichkeiten zur Prozessanalyse und Optimierung.

Erstellung des jährlichen Qualitätsberichts nach H+

Ziel	Berichterstattung der Qualität im KSB, Erfüllung von kantonalen Anforderung
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 Projekt

Pflege des Qualitätsmanagement-Handbuchs

Ziel	Strukturiertes QM-Handbuch im Intranet
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2012 - auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Dokumentenlenkung

Ziel	Lenkung aller Dokumente über den Freigabeprozess im Intranet
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Nach ISO zertifizierte Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Pflege des Portals "Qualität" auf der KSB Website

Ziel	Die KSB-Qualität im Internet prominent darstellen
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

ANQ Messergebnisse

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

BAG Qualitätsindikatoren

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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 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.

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
Babyfreundliches Spital (UNICEF)	Wochenbett	2005	2015	
Deutsche Fachgesellschaft für Gefässchirurgie DGG	Gefässchirurgisches Zentrum	2012	2012	
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.
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Gynäkologische Tumore	2015	2015	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Interdisziplinäres Brustzentrum	2015	2015	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Interdisziplinäres Darmzentrum	2015	2015	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Prostatazentrum	2015	2015	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Institut Onkologie / Hämatologie	2015	2015	
EKAS und H+	Gesamtspital	2009	2014	
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.
Forum Tabakprävention und Behandlung Tabakabhängigkeit in Gesundheitsinstitutionen Schweiz FTGS	Gesamtspital	2015	2015	Bronze Zertifizierung
Interverband für Rettungswesen IVR	Rettungswesen	2005	2015	Anerkennung
ISO 9001:2015	Radiologie (Baden und Brugg)	2004	2014	
ISO 9001:2015	Interdisziplinäres Brustzentrum	2008	2014	Das IBZ hat mit allen beteiligten Kooperationspartnern die fachspezifischen Vorgaben und Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft erfüllt und das Zertifikat erhalten.
ISO 9001:2015	Interdisziplinäres Darmzentrum	2011	2014	Das IDZ hat mit allen beteiligten Kooperationspartnern die fachspezifischen Vorgaben und Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft erfüllt und das Zertifikat erhalten.
ISO/IEC 17025	Pathologie	2011	2016	Akkreditierung
ISO 9001:2015	Blasen- und Beckenbodenzentrum	2008	2014	
ISO 9001:2015	Dialyse(Baden, Brugg und Muri)	2007	2014	
ISO 9001:2008 und RQS	Spitalapotheke	2012	2016	
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Wäscherei (Baden und Königsfelden)	2012	2016	

ISO 9001:2015	Urologie	2015	2015	
ISO 9001:2015	Onkologie/Hämatologie	2014	2014	
ISO 9001:2015	Gynäkologie	2014	2014	
ISO 9001:2015	Orthopädie	2015	2015	
ISO 9001:2015	Geburtshilfe	2011	2014	
ISO 9001:2015	Nuklearmedizin	2016	2016	
Qualitop	KSB Move (Fitness)	2014	2016	
Referenzzentrum für Adipositaschirurgie	Gesamtspital	2015	2015	SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders)
Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	IDIS	2001	2016	Anerkennung
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies SFCNS	IMC	2015	2015	
Union Schweizer Gesellschaft f. Gefässerkrankungen USGG	Gefässzentrum	2014	2014	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

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

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

Messergebnisse

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

-

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH
---------------------	---

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 der stationären Patienten zur Behandlung, Qualität, Antworten Ärzte und Pflege, Essen und Reinigung erhoben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

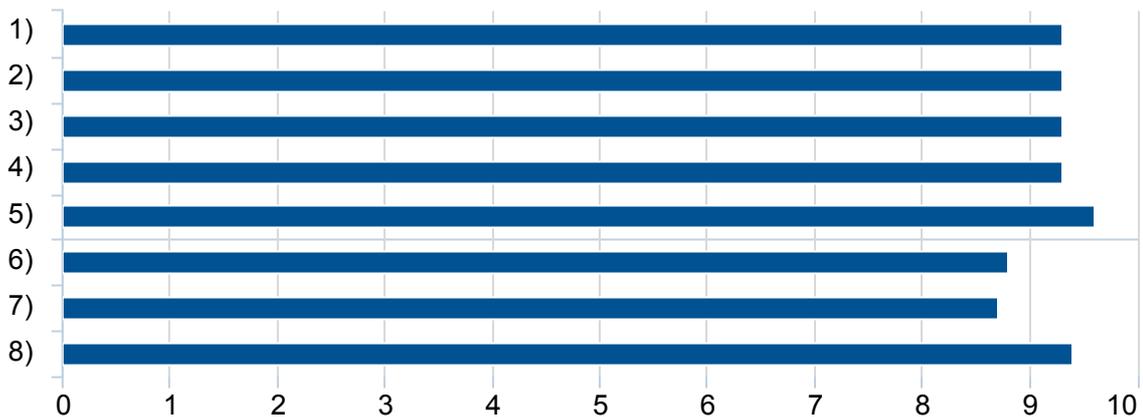
Gesamt KSB

Alle stationär behandelten Patienten werden befragt (Erwachsene und Pädiatrie).

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?



0 = sehr unzufrieden / 10 = sehr zufrieden

■ Kantonsspital Baden AG

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Kantonsspital Baden AG	9.30	9.30	9.30	9.30	9.60

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)		
Kantonsspital Baden AG	8.80	8.70	9.40	2051	12.00 %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Baden AG

Patienten-Feedback

Rahel Fiederling

Leiterin Patientenadministration und Tarife

+41 56 486 29 40

patienten.feedback@ksb.ch

Montag bis Freitag 9 - 11 und 14 - 16 Uhr

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
	2013	2014	2015	
Kantonsspital Baden AG				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.14	8.86	8.54	8.80 (8.33 - 9.27)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.88	8.91	8.69	9.07 (8.64 - 9.49)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.77	9.12	8.83	9.04 (8.60 - 9.49)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.93	9.07	8.86	9.09 (8.64 - 9.54)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.45	9.47	8.98	9.56 (9.29 - 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.ang.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH
---------------------	---

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<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 2016	105		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	45	Rücklauf in Prozent	43.00 %

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

Der Fragebogen umfasst 4 Seiten, 14 Punkte und 60 Items.

Auswahl bewertetes Zentrum: Darm, Prostata, Brust, Gynäkologie oder Onkologie/Hämatologie.

Fragen zu: Arztdienst, Schnittstellen, Interaktionen, Angemessenheit Leistungen, Organisation Eintritt, Zufriedenheit mit beurteiltem Fachbereich, Diagnostik (Auswahl Radiologie, Nuklearmedizin oder Pathologie)

Antworten grundsätzlich anonym, Angabe von Namen war möglich.

(clemens.caspar@ksb.ch)

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Juli 2016 bis September 2016 durchgeführt.

Zentral im Tumorzentrum

Befragt wurden die Zuweiser des KSB im Ostargau.

Rücklauf: 23%

Insgesamt (sehr) hohe Zufriedenheit der Zuweiser

	Trifft nicht zu %	%	%	Trifft zu %
Die Ärzte sind fachkompetent	0	1.2	8.5	90.2
Die Ärzte sind sozialkompetent	0	4.9	33.3	61.7
Die Zusammenarbeit mit den Ärzten funktioniert gut	1.2	2.5	25.9	70.4
Gegenseitige Wertschätzung ist spürbar	0	7.5	40	52.5
Pflegerisch gute Betreuung und Begleitung	0	2.6	43.6	53.8
Angemessene Information der Patienten	0	7.5	45	47.5
Berichte sind fachlich kompetent	1.3	0	28.6	70.1
Guter Einbezug der Zuweiser in Behandlung	1.3	11.4	51.9	35.4
Zuweiser zufrieden mit Qualität der ärztl. Behandlung	0	2.6	32.1	65.4
Zuweiser zufrieden mit Frist bis Erstgespräch	0	2.7	43.2	54.1

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**An Zuweiser kommunizierte Massnahmen:**

Regelmässige telefonische Rücksprache in der Anfangsphase von Abklärung und Behandlung sowie bei Ermessensentscheiden.

Regelmässige Zwischenberichte, möglichst auf der digitalen Krankengeschichte beruhend und mit dem Ziel der zeitnahen elektronischen Übermittlung.

Beachten der bereits hausärztlich erhobenen Befunde zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen.

Einfache und rasche Erreichbarkeit der behandelnden Ärzte im Tumorzentrum durch Mitteilung von direkten Kontaktnummern.

Virtuelles Tumorboard, sobald Software funktionell.

(clemens.caspar@ksb.ch)

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse		2012	2013	2014	2015
Kantonsspital Baden AG					
Beobachtete Rate	Intern:	-	4.34%	4.31%	-
	Extern:	-	0.46%	0.46%	-
Erwartete Rate (CI* = 95%)		-	4.62%	4.48%	- (- - -)
Verhältnis der Raten***		0.77	1.04	1.06	
Ergebnis** (A, B oder C)		A	B	B	

* 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.

** Wertung der Ergebnisse:

A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

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

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

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

Bemerkungen

Die Messergebnisse aus dem aktuellen Jahr werden zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht, da sie zurzeit noch nicht zur Verfügung stehen.

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

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

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

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

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

Messergebnisse

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

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

Begründung

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

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
Kantonsspital Baden AG						
Gallenblasen-Entfernungen	271	5	1.80%	3.20%	1.70%	2.20% (0.40% - 3.90%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	30	0	-	0.00%	3.80%	0.00% (0.00% - 11.60%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	112	18	41.20%	24.70%	12.80%	18.50% (11.30% - 25.70%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
Kantonsspital Baden AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	166	2	1.30%	1.00%	1.00%	1.00% (0.00% - 2.50%)

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

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
Kantonsspital Baden AG				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	12	4	4	9
In Prozent	6.10%	2.20%	1.80%	4.20%
Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	0.14	-0.1	-0.15	

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre). ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Kantonsspital Baden AG			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	238	Anteil in Prozent (Antwortrate)	83.20%

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. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Kantonsspital Baden AG						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	8	5	7	8	3.60%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	5	3	3	4	1.80%
	Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	0.07	0.07	-0.11		-

Bei Kindern und Jugendlichen

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

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

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre). ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Kantonsspital Baden AG			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	238	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	83.20%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2016	18	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	100.00%

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

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

Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	EFM

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Erwachsene	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 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 administrativen Aufgaben für das Pflegepersonal
- 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 ist noch nicht abgeschlossen und der Review noch nicht durchgeführt. Entsprechend konnten noch keine Massnahmen definiert und zur Umsetzung freigegeben werden.

(benedikt.niederer@ksb.ch)

18.1.2 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.

Projekttablauf / Methodik:

Das System wurde von einer interdisziplinären Gruppe bestehend aus Mitarbeitern der Pflege, Informatik, Hotellerie, Risikomanagement, Unternehmensentwicklung und Apotheke im Spital Interlaken geprüft und als sehr gut und innovativ befunden. Unter Federführung der Unternehmensentwicklung und der Spitalapotheke wurde das Projekt aufgelegt und von der Geschäftsleitung genehmigt.

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Der Projektabschluss ist für den Frühling 2017 vorgesehen. Das Projekt passt ausgezeichnet in die KSB-Strategie des Lean-Managements: Die Prozesse werden effizienter und sicherer umgesetzt. Es besteht eine grosse Chance, mit dem Pilotprojekt Abläufe zu definieren und umzusetzen, die nachher im Neubau KSB auf allen Stationen eingeführt werden können.

(peter.wiedemeier@ksb.ch)

18.1.3 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:

Das Projekt ist noch nicht abgeschlossen und der Review noch nicht durchgeführt.

(benedikt.niederer@ksb.ch)

18.1.4 Optimierung des Übertritts Spital - Spitex

Projektart:

Weiterführendes Projekt zur Standardisierung des Austrittsmanagements

Projektstart:

Mai 2016

Projektabschluss:

Februar 2017

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 mitzugebenden 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

Stand der Umsetzung der Massnahmen:

Die zentrale Email Adresse wird von den Spitex Organisationen sehr geschätzt. Sie erhalten innerhalb eines Arbeitstages eine Bestätigung des Einganges der Rückmeldung. Je nach Anliegen und deren Bearbeitung erhalten sie bis spätestens einer Woche eine Antwort. Das Mitgeben des Austritts-Couvert mit den definierten Unterlagen und das Bedarfsmeldeformular haben sich bewährt. Die Zusammenarbeit und die Kommunikation haben sich durch die eingeleiteten Massnahmen sowohl für das Spital sowie für die Spitex spürbar verbessert.

(eveline.mascheroni@ksb.ch)

18.1.5 Sturzprävention

Projektart:

Qualitätsentwicklungsprojekt

Projektziel:

- Die Reduktion der Sturzhäufigkeit, die Minderung der Sturzfolgen, die Überwindung von Sturzangst sowie die Unterstützung von Mobilität und Autonomie des Patienten
- Schulung und Sensibilisierung der Pflgeteams betreffend Sturzprävention
- Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Physiotherapie, Ärzten und Pflegenden
- Die Pflegenden entwickeln Ideen betreffend Kommunikation und Zusammenarbeit in der Sturzprävention
- Information, Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen
- Planung und Dokumentation der Sturzprävention im KISIM mit Hilfe eines Favoriten *Pflegediagnose Sturz mit Interventionen*
- 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

Projekttablauf /Methodik:

- Erstellen eines Leporellos zum Thema Sturzprävention für Patienten und Angehörige
- Erstellen eines Konzeptes zur Umsetzung der Sturzprävention
- Erstellen einer Risiko- und Massnahmenliste
- Durchführen einer Themenwoche Sturz auf den Bettenstationen
- Schulungen des Pflegepersonals
- Abgabe von Flyern zum Thema Sturzprävention an Patienten und Angehörige
- Einführung der neu erstellten Dokumente

Involvierte Berufsgruppen:

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

Projektelevaluation/Konsequenzen:

- Evaluation der Umsetzung des Projektes im Rahmen der Q-Zirkel Pflege (Sturz ist Jahresthema)
- Evaluation der Umsetzung des Projektes im Rahmen von Teamsitzungen (der einzelnen Bettenstationen)
- Wiederholung einer Themenwoche Sturz
- Vergleich der Sturzkennzahlen

(helga.horstmann@ksb.ch)

18.1.6 Interprofessionelles Delir Team - Bettenstationen

Projektart:

Internes Praxisentwicklungsprojekt

Projektstart:

Juli 2016

Voraussichtlicher 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:

- Erstellen 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 Oberärztin Geriatrie.
- Weitere geplante Schritte: Erstellen eines konkreten Konzepts, Schulung der Thementräger Delir, Fallbesprechungen

Involvierte Berufsgruppen:

Ärztinnen/Ärzte und Pflege

Stand der Umsetzung der Massnahmen:

Aktuell werden ca. vier Delir Konsilien pro Monat auf den Bettenstationen durch LÄ/OÄ Geriatrie und der Pflegeexpertin APN Akutgeriatrie nach Anmeldung durchgeführt. Ein Konzept in schriftlicher Form wird erstellt. Die elektronische Dokumentation im KISIM wird ausgearbeitet. Weiter nehmen die Thementräger Delir an internen Schulungen teil.

(manuela.wyss@ksb.ch)

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Patientenidentifikationsbänder

Projektstart:

Dem Projekt liegt ein Projektantrag Einführung Patientenidentifikationsbänder (PIB) zugrunde. Auslöser ist eine Projektidee aus dem Qualitätsausschuss.

Projektziele:

- Sicherstellung bestmöglicher Voraussetzungen zur eindeutigen Identifikation von PatientInnen im gesamten Spitalbetrieb
- Einführung eines Produktes, das die eindeutige Identifikation jederzeit gewährleistet
- Untersuchung und Klärung der Zuständigkeiten und Arbeitsabläufe rund um die Identifikationshilfsmittel
- Alle stationären Patienten und Notfallpatienten erhalten ein PIB

Involvierte Berufsgruppen:

alle

Projektelevaluation/Konsequenzen:

Das Projekt "Einführung der PIB" wurde 2016 abgeschlossen. Alle stationären Patienten und Notfallpatienten erhalten ein PIB.

Um die eindeutige Identifikation weiter auszubauen, sollen ambulante Patienten auch PIB erhalten. Dies wird im Rahmen eines neuen Projektes im 2017 erfolgen.

(sarah.ali@ksb.ch)

18.2.2 Patienteninformation "Gut informiert nach Hause nach Hüft- oder Kniegelenksersatz"

Ausgangslage:

Mit der verkürzten Aufenthaltsdauer nach Minimalinvasiver Endoprothetik und der häufigen Entlassung direkt nach Hause ist die Selbstpflegekompetenz der Patienten im Entlassungsmanagement noch wichtiger geworden. Die Literatur (Schärli 2012, OBSAN, 2014) zeigt, dass die systematische Befähigung der Patienten nach minimalinvasiven Eingriffen neue interdisziplinäre und partizipative Wege beschreiten muss. Mit Hilfe eines Patienteninformationsblattes soll dieses Selbstmanagement der Patienten gefördert werden.

Projektziel:

Mit dem Patienteninformationsblatt „Gut informiert nach Hause nach Hüftgelenksersatz“ bereitet sich der Patient systematisch und selbstständig auf seinen Austritt vor und kommt so zu Hause problemlos zurecht. Damit wird die Versorgung im häuslichen Umfeld sichergestellt und eine Hospitalisierung kann vermieden werden.

Projektlauf/Methode:

Die Patienteninformation wurde im Januar 2015 im KSB eingeführt. Das Formular wird von der Pflege entweder bei Eintritt oder spätestens am zweiten postoperativen Tag abgegeben. In der Zusammenführung mit der Orthopädie KSA, wird diese Patienteninformation auch dort abgegeben. Die Evaluation fand im Sommer 2015 statt; danach kam die Ausdehnung auf Knieendoprothetik. Im 2016 wurde die Patientenbroschüre überarbeitet. Neu sind Telefonnummern aufgeführt, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, nach der Entlassung telefonisch Fragen zu stellen. Dies ist ein innovativer Service.

(beatrice.baebler@ksb.ch)

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung Rettungswesen nach DIN EN ISO 9001:2015

Start:

Dezember 2016

Ziel:

Weiterentwicklung und kontinuierliche Verbesserung der Qualitätskultur

Ablauf/Methodik:

Strukturierter Aufbau des Qualitätsmanagements

Involvierte Berufsgruppen:

interprofessionell (Arzt, Rettungssanitäter, Pflege etc.)

Stand der Umsetzung:

In Arbeit

(martina.ruetschlin@ksb.ch)

19 Schlusswort und Ausblick

Mit der Annahme des KVG wurde der Auftrag gesetzlich verankert, dass die Spitäler Qualität zielgerichtet und systematisch zu sichern und zu fördern haben. Auf dieser Grundlage hat das Kantonsspital Baden eine Führungsrolle eingenommen, 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 positiven persönlichen Ehrgeiz aller Mitarbeitenden, das Beste für ihre Kunden zu geben. Die Diskussionen um Qualität und Sicherheit in der Medizin sind keine Modeerscheinungen, sondern integraler Bestandteil ärztlichen und pflegerischen Handelns.

Qualität und Sicherheit gehören zur Kernkompetenz des KSB.

Qualität und Sicherheit hat mit medizinischem Fortschritt sowie mit personellen und technischen Ressourcen zu tun. Ohne deren adäquate Bereitstellung ist heute keine effiziente und kundengerechte medizinische Versorgung mehr möglich.

Das Kantonsspital Baden ist neben finanzieller Effizienz und Disziplin bemüht und seinen Kunden verpflichtet, dem medizinischen Fortschritt entsprechende Dienstleistungen anzubieten, um auch zukünftig eine gleichbleibend hohe Versorgungsqualität gewährleisten zu können.

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
- Der organisatorische Aufbau muss mit bereits existierenden Organisationen kompatibel sein
- Das Ziel und das wichtigste Hilfsmittel der Qualitätsentwicklung ist der Mensch
- Die Qualitätsentwicklung muss kommunizierbar und fassbar sein

Qualität ist für das KSB nicht nur das erreichte Ergebnis; die Strukturen und Prozesse werden immer wieder hinterfragt und verbessert. Dabei ist die Interprofessionalität und Interdisziplinarität von grösster Bedeutung.

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, im Mai 2017

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.

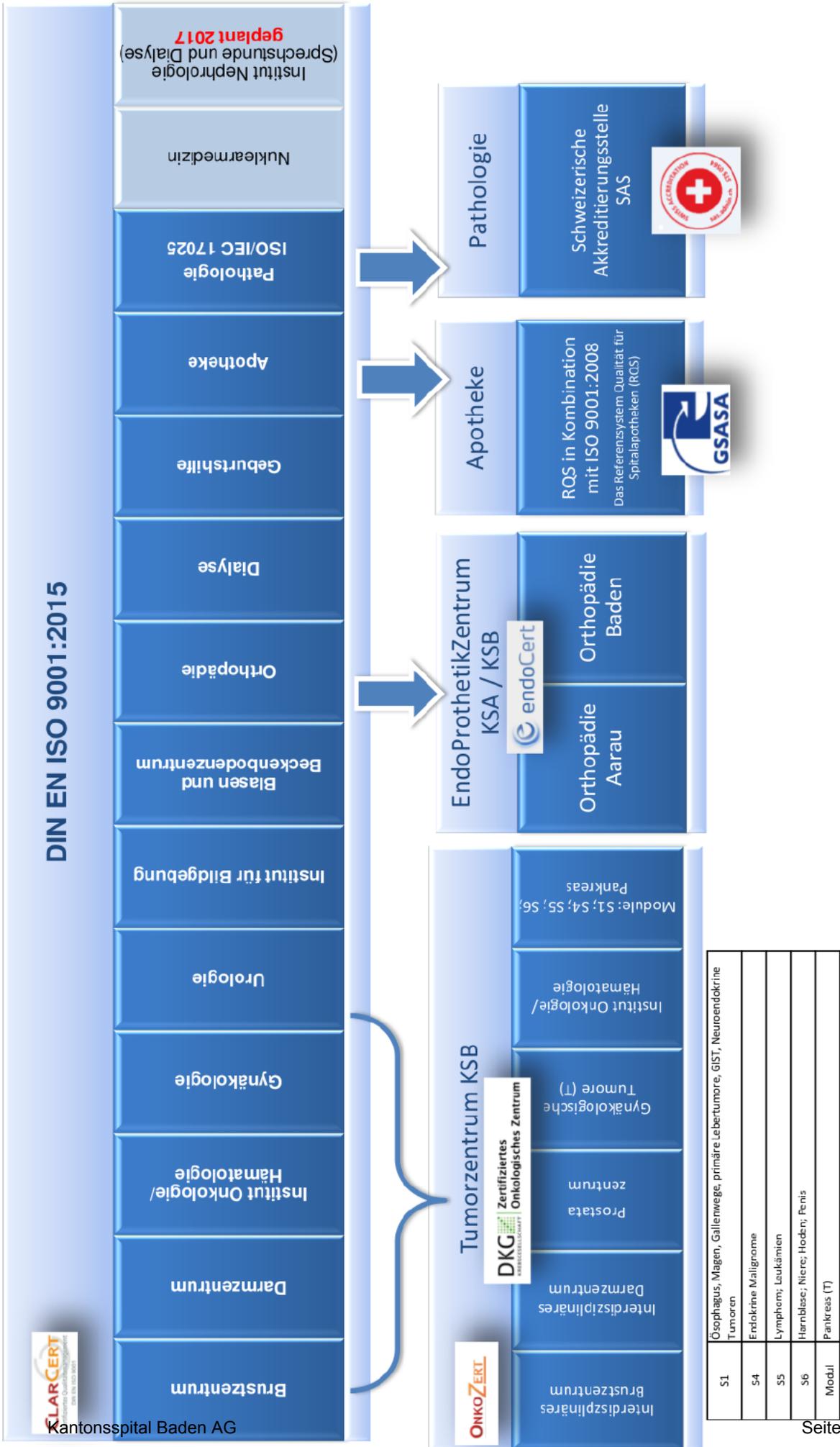
Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
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
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe
Grosse Lebereingriffe
Oesophaguschirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
Indolente Lymphome und chronische Leukämien

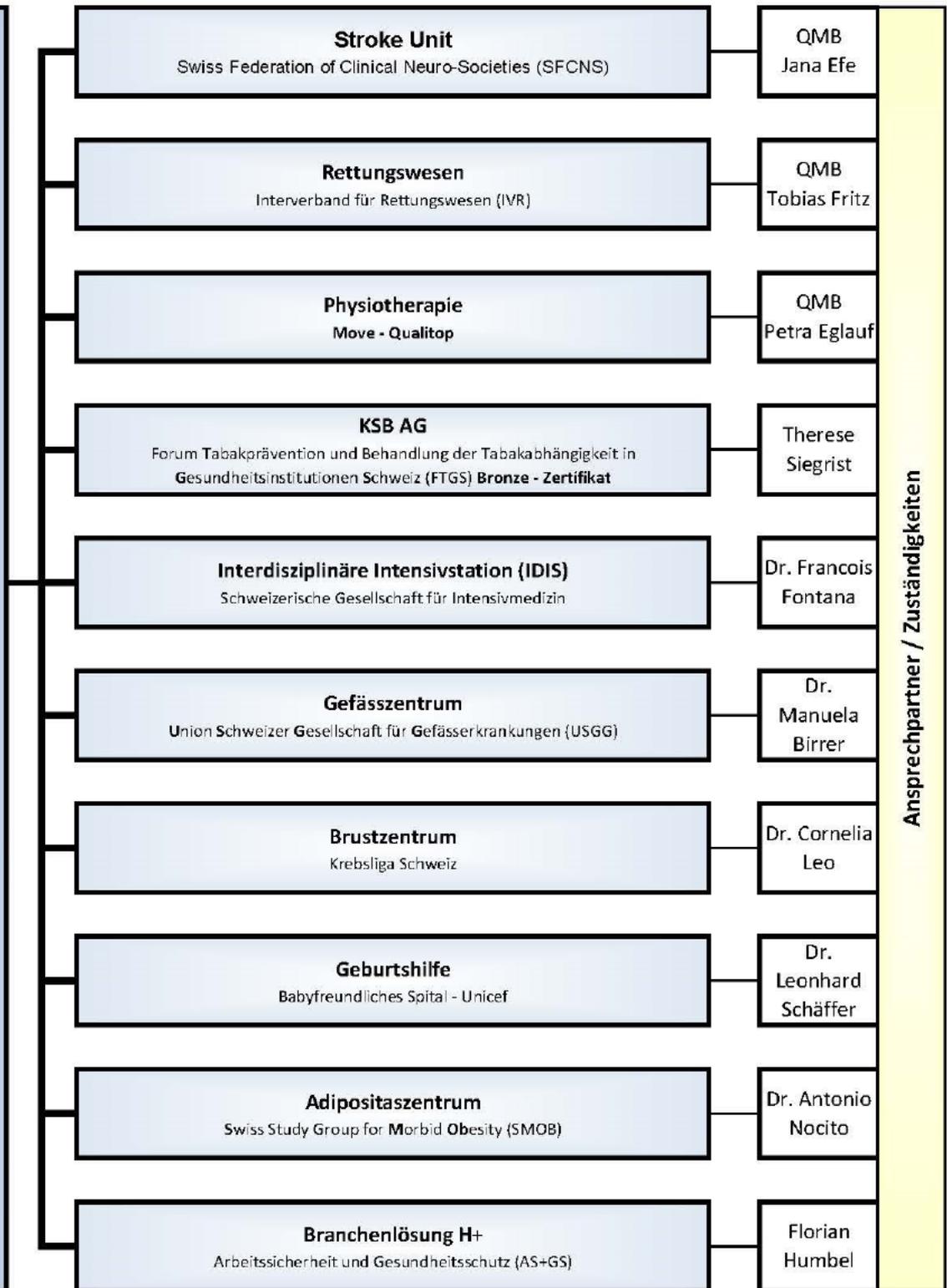
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Einfache Herzchirurgie
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Transplantationen
Transplantationen solider Organe (IVHSM)
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie

Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
Spezialisierte Neonatologie (Level III)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)



Kantonsspital Baden AG

Fachgesellschaften



Ansprechpartner / Zuständigkeiten

Aktualisiert: 14.12.2016

Fachverantwortlich: M. Rüttschlin

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**).