

AsanaGruppe



Asana Gruppe AG

Spital & Pflegeheim Leuggern
Kommendeweg
5316 Leuggern

Spital & Pflegeheim Menziken
Spitalstrasse 1
5737 Menziken



Akutsomatik



Langzeitpflege

Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Kantone / Gremien



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/h_verband/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

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**.

Bezeichnungen

Um die **Lesbarkeit des Qualitätsberichts** zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	6
C1	Angebotsübersicht	6
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	8
C5	Kennzahlen Langzeitpflege 2012.....	8
D	Zufriedenheitsmessungen	9
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	9
D2	Angehörigenzufriedenheit	11
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	12
D4	Zuweiserzufriedenheit	13
E	ANQ-Indikatoren	14
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik.....	14
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	15
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	16
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	17
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	19
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ	21
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012.....	22
F1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	22
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	23
F3	Weiteres Messthema	24
G	Registerübersicht	25
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	26
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	26
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	26
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	28
I	Schlusswort und Ausblick	29

Wir garantieren Qualität

Wir bieten unseren Patientinnen und Patienten und unseren Bewohnerinnen und Bewohner eine aufmerksame, kompetente Pflege und Betreuung durch motiviertes, hilfsbereites Personal und gestalten den Spitalaufenthalt möglichst kurz und angenehm. Im Pflegeheim möchten wir Ihnen ein Zuhause bieten.

Wir formulieren für den Aufenthalt im Akutspital wie im Pflegeheim verbindliche Standards, achten auf fachliche Kompetenz, auf Sorgfalt in der Ausführung und unterziehen uns regelmässigen Qualitätskontrollen.

Wir sind Neuem gegenüber aufgeschlossen und überprüfen Verfahren und Abläufe auf ihre aktuelle Zweckmässigkeit.

Die Kunden entscheiden über die Qualität unserer Dienstleistungen, die wir anbieten. Sie sind somit unsere wichtigsten "Qualitätsprüfer".

Die Kosten innerhalb und ausserhalb unserer Organisation beeinflussen direkt unsere Wettbewerbsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit. Grundsatz ist für uns die kostengünstige Realisierung aller Aufträge, wir nutzen Synergien und überprüfen laufend unsere Prozesse.

Alle Mitarbeitende beeinflussen die Qualität unserer Dienstleistungen. Sie haben somit entscheidende Bedeutung für Qualität und Fehlerverhütung. Alle Mitarbeitende werden geschult und motiviert, um Verbesserungsvorschläge zu machen und gegeben falls Mängel aufzuzeigen. Von besonderer Bedeutung dabei ist die positive Einstellung und aktive Mitarbeit jedes Einzelnen. Der Aus- und Weiterbildung sowie der Nachwuchsförderung messen wir einen hohen Stellenwert bei. Damit sichern wir unsere Qualität auch für die Zukunft.

Die Qualität unserer Dienstleistungen wird durch interne und externe Qualitätsmanagementsysteme auf einem hohen Stand gehalten. Die Qualität unserer Dienstleistungen trägt wesentlich zum Unternehmenserfolg bei. Das oberste Bestreben ist es daher, Dienstleistungen zu erbringen, die dem Kunden einen hohen Nutzen geben. Als Dienstleistungsorganisation sind wir auf den intensiven Kontakt und das partnerschaftliche Verhältnis zu den Ärzten, zu den weiteren, im Gesundheitsversorgungsnetz, für den Kunden tätigen Personen und Diensten, sowie den Angehörigen der Kunden angewiesen. Diese Beziehung pflegen wir mit besonderer Sorgfalt.

Der besonderen Verantwortung gegenüber der Umwelt sind wir uns bewusst. Dies berücksichtigen wir bei der Auswahl von Produkten, Materialien, Prozessen, beim Einsatz von Energien (z.B. Strom, Treibstoffe etc.) und bei der Entsorgung.

Alfred Zimmermann

CEO Asana Gruppe AG

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Ziel ist eine verbesserte Wirtschaftlichkeit durch das Erreichen einer Mindestgrösse (Economy of scale). Dabei werden die Kernaufgaben Arzt- und Pflegedienst an den Standorten gestärkt. Wir wollen kostengünstige und qualitativ hochstehende Spezialisten in der Grundversorgung im Akut- und Langzeitbereich bleiben und uns auf diese Kernkompetenzen konzentrieren.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

- Erarbeitung und Implementierung neues Qualitätssystem - sanaCERT
- Beteiligung an Messungen gemäss ANQ Messplan
- Einführung Standards für die Notfallstationen der Asana Gruppe

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

- Implementierung neue gruppenübergreifende Qualitätskommission
- Erfolgreicher Kickoff sanaCERT Zertifizierung im gesamten Kader der Asana Gruppe
- Start sanaCERT Projektgruppen in der gesamten Asana Gruppe
- Erfolgreiche Einführung und Umsetzung der Standards für die Notfallstationen der Asana Gruppe
- Implementierung „Teleradiologie“ in Leuggern
- Reorganisation Pflegeabteilungen in Menziken

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- sanaCERT Zertifizierung neuer Standards
- Zertifizierung der beiden Pflegeheime im Bereich Palliative Care
- Kantonale Evaluation Akut- und Übergangspflege (Curatime)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Andere Organisationsform:

Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt **80** Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Herr Alfred Zimmerman	056 269 49 30	alfred.zimmermann@spitalleuggern.ch	CEO Asana Gruppe
Herr Stefan Bernhard	062 765 31 25	stefan.bernhard@spitalmenziken.ch	Standort-Lt. Menziken / GL
Dr. Karl Ehrensperger	056 269 46 20	karl.ehrensperger@spitalleuggern.ch	Spitalfacharzt Leuggern/ Qualitätskommission
Frau Therese Gautschi	062 765 31 56	therese.gautschi@spitalmenziken.ch	Lt. Pflege & MTT Menziken / GL / Qualitätskommission
Herr Edi Hilpert	062 765 35 50	edi.hilpert@spitalmenziken.ch	Lt. Technischer Dienst / Sicherheitskoordinator Menziken
Herr Gilbert Hügli	056 269 40 40	gilbert.huegli@spitalleuggern.ch	Lt. Technischer Dienst / Sicherheitsbeauftragter Asana Gruppe
Frau Yvonne Neff	056 269 41 00	yvonne.neff@spitalleuggern.ch	Lt. Pflege & MTT Leuggern / GL / Qualitätskommission
Dr. Stephan Ness	062 765 36 69	stephan.ness@spitalmenziken.ch	Oberarzt Anästhesie Menziken / Qualitätskommission
Herr Ramon Soler	056 269 41 01	ramon.soler@spitalleuggern.ch	Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe / Qualitätskommission
Frau Gabriela Staub	062 765 31 58	gabriela.staub@spitalmenziken.ch	Stv. Lt. Pflege & MTT / Hygieneverantwortliche Menziken
Frau Silvia Treier	056 269 49 60	silvia.treier@spitalleuggern.ch	Stv. Lt. Pflege & MTT / Hygieneverantwortliche Leuggern

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Asana Gruppe → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/> Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	Leuggern & Menziken

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitalern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		Ja
Allgemeine Chirurgie	Leuggern, Menziken	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)		Ja
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		Ja
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Leuggern, Menziken	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		Ja

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Handchirurgie	Leuggern	Ja
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und am Gefässen im Brustkorb und-raum)		Ja
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Leuggern, Menziken	
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	Menziken	Ja
<input type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)		Ja
<input type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)		Ja
<input type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)		Ja
<input type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph- systems)		Ja
<input type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		Ja
<input type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)		Ja
<input type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)		Ja
<input type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)		Ja
<input type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)		Ja
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)		Ja
<input type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe)		Ja
Intensivmedizin		Ja
Kiefer- und Gesichtschirurgie		Ja
Kinderchirurgie		Ja
Langzeitpflege	Leuggern, Menziken	
Neurochirurgie		Ja
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)		Ja
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Leuggern	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Leuggern, Menziken	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Leuggern	
Pädiatrie (Kinderheilkunde)		Ja

Angebotene medizinische Fachgebiete (3. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)- kranker)</i>	Leuggern, Menziken	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Leuggern	
Psychiatrie und Psychotherapie		Ja
Radiologie <i>(Röntgen und andere bildgebende Verfahren)</i>	Leuggern, Menziken	Ja
Tropen- und Reisemedizin		Ja
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	Leuggern, Menziken	

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Menziken	
Ergotherapie		Ja
Ernährungsberatung	Menziken	Ja
Logopädie		Ja
Neuropsychologie		Ja
Physiotherapie	Leuggern, Menziken	
Psychologie		Ja
Psychotherapie		Ja

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	18'703	18'296	
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener	12	3	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	7'564	7'484	
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	717	701	
Geleistete Pfl egetage	31'258	39'696	Inkl. Säuglinge
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	99	113	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	4.1	5.3	
Durchschnittliche Bettenbelegung	86.2	96.2	

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2012	97	105	
Geleistete Pfl egetage	37'058	37'893	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	105	106	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	178	136	
Durchschnittliche Auslastung	96.4	97.9	

D

Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
			2013
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Leuggern & Menziken
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb	-	Das Instrument ergibt keinen Gesamtscore	
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument	
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments	Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/>	PEQ		
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)		
<input type="checkbox"/>	POC(-18)		
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark		
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument	Patientenzufriedenheit	
Beschreibung des Instruments		Die Fragen sind in folgende Bereiche gegliedert: <ul style="list-style-type: none"> • Der erste Eindruck • Die pflegerische Betreuung • Die ärztliche Betreuung • Die geburtshilfliche Betreuung • Die Betreuung durch die Anästhesieabteilung und Aufwachraum • Die Verpflegung und Hotellerie • Die weiteren Dienstleistungen (MTTD) • Gesamteindruck 	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationäre Patienten		
	Ausschlusskriterien	Keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		430		
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Beschwerdemanagement & Vorschlagwesen im Intranet
Name der Ansprechperson	Ramon Soler
Funktion	Qualitätsverantwortlicher
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	056 269 41 01, ramon.soler@spitalleuggern.ch Mo.-Fr. 08.00-16.30
Bemerkungen	Für beide Spitäler

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Anpassung Beschwerdemanagement	Prozessoptimierung und Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Ganze Asana Gruppe	Jan – Apr. 2012
Gegenseitiges Besuchen von Bereichen aus beiden Standorten	Fachaustausch und Synergienutzung	Alle Bereiche	Laufend
Apothekenbestellung	Prozessoptimierung mit Reduktion von Fehlern	Pflegeabteilungen - Apotheke	Feb. – Jul. 2012
Handlungsablauf Schnitt- und Stichverletzung	Erhöhung der Sicherheit für Mitarbeitende	Ganze Asana Gruppe	Jun. – Nov. 2012
Bettendisposition	Erhöhung der Patientensicherheit	Spital Leuggern	Aug. – Dez. 2012
Organisationsentwicklung Pflegeabteilungen	Kleinere Abteilungen mit mehr Fachunterstützung und Führungspräsenz	Spital Menziken	Jan. – Feb. 2012
Einführung OP-Ausschuss	Verbesserung der Kommunikation und der Prozessabläufe	OP-Bereich Leuggern	Nov. – Dez. 2012
OP- Statut	Verbesserung der Kommunikation und der Prozessabläufe	OP-Bereich Menziken	Jan. – Mrz. 2012
Übergriffe	Gesundheitsschutz Mitarbeitende	Ganze Asana Gruppe	Aug. – Okt. 2012
Familienzimmer	Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Spital Menziken	Jan. – Mrz. 2012
Administrative Abwicklung Todesfälle durch Pflegefachpersonal	Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Spital Leuggern	Jan. – Feb. 2012
TimeOut-Checkliste OP	Erhöhung der Patientensicherheit	Ganze Asana Gruppe	Sept. – Dez. 2012
Einbau Nasszellen	Komfort, Hygiene	Menziken	Noch nicht abgeschlossen

D2 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.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Leuggern & Menziken
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Angehörigenzufriedenheit	Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2005	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Mitarbeiterzufriedenheit	Name des Messinstituts
			Mecon
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent			Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Leuggern & Menziken
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	-	Instrument ergibt keinen Gesamtscore
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Austrittsmanagement	Name des Messinstituts hcri
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten, die auf einer Erwachsenenabteilung liegen. (Alle stationären Patienten ab 18 Jahren)		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		Leuggern 430 Menziken 503		
Rücklauf in Prozent		L 34 / M 57	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Austrittskurzbericht	Verbesserung der Kommunikation mit Hausärzten	Arztdienst	Nov. 2012 bis offen
Spitin-Spitex Treffen	Verbesserung der Kommunikation mit Spitex	Pflege	laufend

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®¹ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?					
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	Leuggern & Menziken
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: 2010					
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
Intern	Extern				
L= 3.03%	L= 0.97%	L= 3.85%	L= 5.29%	L= B	A = gut B = normal C = muss analysiert werden
M= 4.01%	M= 1.12%	M= 4.99%	M= 5.24%	M= B	
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
Kein Handlungsbedarf					
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
	Begründung				
Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinstanz		Bundesamt für Statistik BFS ³			
Informationen für das Fachpublikum: 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.		
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)			Leuggern =2278 Menziken= 2865		
Bemerkung					

¹ SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

² 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.

³ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?				
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	Menziken
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: 2010				
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
0.06%	2.45%	0.09%	A	A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Kein Handlungsbedarf				
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Leuggern: Keine Variabilität der Daten der Operationen			
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ⁵			
Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)		
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).		
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		1'704		
Bemerkung				

⁴ 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 Reoperationen.

⁵ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthalts.

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Aktuelle Messergebnisse des Jahres: 2012				Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen	39	1	2.56% ()	-% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Hernieoperationen	107	1	0.93% ()	-% ()
<input type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen		<i>Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.</i>		
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen				
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)			% ()	% ()
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung				
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinstanz	SwissNOSO			

⁶ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)	146	
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Einführung Time-Out OP-Checkliste	Erhöhung der Patientensicherheit, Optimierung präventiver Antibiotikatherapie	OP, Asana Gruppe	Ab 2012

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁷ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum			
Messinstitution	Bernere Fachhochschule		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und amb. Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten	L = 37 M = 47	Anteil in Prozent (Antwortrate)	L = 83.8% M = 57.5%
Bemerkung	L = Leuggern M = Menziken		

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Leuggern & Menziken
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Aktuelle Messergebnisse des Jahres: 2012		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁸	
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.			
L = 4 M = 5	In Prozent	L = 4 % M = 5 %	Aufgrund der relativ hohen Zahl von Patientinnen und Patienten, die nicht an der Messung teilnahmen, lassen sich aus dieser ersten nationalen Erhebung zwar erste Erkenntnisse, jedoch noch keine weitreichenden Schlussfolgerungen für die Pflegepraxis ziehen.
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung			

⁷ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Interne Sturzerfassung und Fallbesprechung	Reduktion der Stürze	Pflegebereich der gesamten Asana Gruppe	Ab 2011

Dekubitus (Wundliegen)

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Leuggern & Menziken
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4	L = 0 M = 0	L = 0 M = 0
	ohne Kategorie 1	L = 0 M = 0	L = 0 M = 0
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	L = 0 M = 0	L = 0 M = 0
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	L = 0 M = 0	L = 0 M = 0
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	L = 0 M = 0	L = 0 M = 0
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	L = 0 M = 0	L = 0 M = 0

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Aufgrund der relativ hohen Zahl von Patientinnen und Patienten, die nicht an der Messung teilnahmen, lassen sich aus dieser ersten nationalen Erhebung zwar erste Erkenntnisse, jedoch noch keine weitreichenden Schlussfolgerungen für die Pflegepraxis ziehen.	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Erstellung eines Standards zur Dekubitusprophylaxe	Rechtzeitige Erkennung und Einschätzung des Dekubitusrisikos und Vermeidung von Dekubitus	Pflegebereiche, OP und Notfall der gesamten Asana Gruppe	Ab 2012

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ

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

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Leuggern & Menziken

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	L = 9.44 M = 9.04	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	L = 9.27 M = 8.72	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	L = 9.33 M = 9.03	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	L = 9.28 M = 8.93	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	L = 9.61 M = 9.34	0 = nie 10 = immer

Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
	Begründung

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut	Dezentrales Messinstitut
<input checked="" type="checkbox"/> hcri AG	<input type="checkbox"/> hcri AG
<input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	<input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH
	<input type="checkbox"/> ESOPE
	<input type="checkbox"/> NPO PLUS
	<input type="checkbox"/> Stevemarco sagl
	<input type="checkbox"/> QM Riedo

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Patienten		Leuggern = 198 Menziken = 283	
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten		L = 109 M = 119	Rücklauf in Prozent L = 55 % M = 42 %

F

Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Leuggern & Menziken
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Infektionen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	Die Ergebnisse sind nicht risikoadjustiert und lassen daher keine vergleichende Interpretation zu. Die absolute Zahl ist klein . Somit können die tatsächlichen Häufigkeiten von Infektionen nicht korrekt eingeschätzt werden.
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	PD Dr. med. Christoph Fux, Chefarzt Infektiologie und Spitalhygiene, KSA

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten die zum Zeitpunkt der Datenerhebung seit mehr als 24 Stunden hospitalisiert sind	
	Ausschlusskriterien	Kinder und Patienten welche weniger als 24 h hospitalisiert waren	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	L: 23 M: 33	Anteil in Prozent	100 100
Bemerkung			

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Stürze im Akut- und Langzeitbereich

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung	Die Ergebnisse sind nicht risikoadjustiert und lassen daher keine vergleichende Interpretation zu.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Phönix Sturzprotokoll
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Fallbesprechungen	Erkennen von Risikofaktoren	Pflegebereich	Seit 2011

F3 Weiteres Messthema

Messthema	Medikamentenfehler
Was wird gemessen?	Anzahl und Art von Medikamentenfehler

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	Das Verfahren ist noch nicht standardisiert.
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instruments:	Phönix Medikamentenfehler
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung	Die Ergebnisse werden von der Pflegedienstleitung ausgewertet.	

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.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.
	Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Seit jeher	
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012	Leuggern & Menziken
Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung - NICER	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org	2013	
Krebsregister Kanton Aargau	Alle	Stiftung Krebsregister Kanton Aargau www.krebsregister-aargau.org	2013	
Bemerkung				

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
sanaCERT		2013		Erst.Zert. Stufe 1
IVR	Rettungsdienst	Leuggern 2007 Menziken 2011	- -	Rezert. 2013

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Händehygiene Compliance HHC	Erhöhung der Patientensicherheit	Ganze Asana Gruppe	2011 - laufend
CIRS	Erhöhung der Patientensicherheit	Ganze Asana Gruppe	2012 - laufend
Vorschlagwesen	Verbesserung der Prozesse und Abläufe	Ganze Asana Gruppe	2012 - laufend
Beschwerdemanagement	Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Ganze Asana Gruppe	2012 - laufend
Teleradiologie Kooperation mit Kantonsspital Baden AG	Erhöhung der Patientensicherheit, Optimierung der Prozesse, Steigerung der Wirtschaftlichkeit	Radiologie Leuggern	2011 - laufend
Kooperation Menziken mit Hirslanden Klinik Aarau	Erhöhung der Patientensicherheit, Optimierung der Prozesse, Steigerung der Wirtschaftlichkeit	Radiologie Menziken, Rettungsdienst	2012 - laufend
Standard Schmerzbehandlung	Erhöhung der Patientensicherheit Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Akutpflege	2012 - laufend
Patienteninformation	Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Akutpflege und Pflegeheim	2012 - laufend
Standard Dekubitusprophylaxe	Erhöhung der Patientensicherheit	Akutpflege und Pflegeheim	2012 - laufend
Konzept Palliativpflege	Die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität am Lebensende durch Linderung von Leiden und Begleitung des terminal Kranken und seiner Nächsten.	Akutpflege und Pflegeheim	
Einführung Basler Medstandards in der Notfallstation	Optimierung Behandlungsprozesse Erhöhung der Patientensicherheit	Notfallstationen Asana Gruppe	2012 - laufend
Triage in der Notfallstation	Erhöhung der Patientensicherheit	Notfallstationen Asana Gruppe	2012 - laufend

Konzept Übergangspflege	Adäquate Organisation nach einer Akutbehandlung Einen frühen Langzeitpflegeaufenthalt verhindern Qualitäts- und Effizienzsteigerung	Langzeitpflege	2011 – 2014
IKS	- die Vermögenswerte vor Verlust, Missbrauch und Schaden sichern - eine ordnungsgemäße und zuverlässige Buchführung sicherstellen - die angemessene finanzielle Berichterstattung sicherstellen - die Verhinderung bzw. Aufdeckung deliktischer Handlungen und Fehler aus Sicht des Rechnungswesens. • Sicherstellung ordnungsgemäßer, ethischer, wirtschaftlicher, effizienter und wirksamer Abläufe; • Einhaltung der Gesetze und Vorschriften;	Alle Bereiche	2008 / - jährlich
Qualitäts-Reporting	Nachweis der Qualitäts- und Leistungsfähigkeit der stationären Langzeitpflege	Langzeitpflege	2011 / jährlich
Isolationskonzept	Erhöhung der Patientensicherheit	Gesamte Gruppe	2012 - laufend

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	Teleradiologie	
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Qualitätssteigerung und betriebswirtschaftliche Optimierung in der Radiologie	
Beschreibung	<p>An grossen Spitäler erstellt in der Regel ein Facharzt der Radiologie den Befund zu einer Röntgenaufnahme. Dadurch wird eine möglichst hohe Qualität sichergestellt. In kleineren Spitälern ohne eigene Fachabteilung übernimmt dies jeweils der behandelnde Arzt. Dieses pragmatische Vorgehen ist zwar nicht ungewöhnlich, allerdings fehlt es bei komplexeren Untersuchungen dann doch am nötigen Fachwissen. Auch am Aargauer Regionalspital Leuggern wurden die radiologischen Befundungen lange Zeit so gehandhabt.</p> <p>Der Betrieb einer Radiologieabteilung ist teuer und personalintensiv. Neben Investitionen und Unterhalt der Infrastruktur ist auch das nötige Know-how in Form entsprechender Fachärzte erforderlich. Bei kleineren Spitälern kann das ganz schön «ins gute Tuch» gehen. Eine Alternative, radiologische Untersuchungen professionell durchzuführen, ohne über eigenes Fachpersonal zu verfügen, bietet die «Teleradiologie»: Durch eine Partnerschaft mit einem grösseren Spital werden Prozesse optimiert und Kosten gesenkt.</p>	
Projekttablauf / Methodik	<p>Zusammen mit der internen IT-Experten des KSB realisierten die Fachleute der HINT AG das Projekt, die auch als Outsourcing-Partnerin die gesamte IT des Spitals Leuggern führt. Basis dafür ist die «health engine»</p> <p>In einer ersten Phase wurden während rund drei Monaten die Prozesse und Arbeitsabläufe am Spital Leuggern analysiert und sodann verschiedene Lösungsansätze entworfen. Nachdem sich die Spitalpartner auf eine Lösung geeinigt hatten, begann das Projektteam die Implementierung. Der Zeitplan war relativ knapp, denn neben der Bereitstellung der IT-Infrastruktur und der WAN-Vernetzung mussten auch die kompletten IT- und Arbeitsprozesse umgestellt werden. Zudem mussten zahlreiche Tests durchgeführt werden und nicht zuletzt auch das Personal geschult werden. Erschwerend kam hinzu, dass das KSB eigene Radiologieinformationssysteme hat, die in die Lösung integriert werden mussten. Trotzdem wurden die Schnittstellen virtuos gemeistert und ein sehr hoher Grad der Automatisierung erreicht. Die Inbetriebnahme klappte auf den vorgegebenen Termin: Seit 1. Mai 2012 übernimmt das Kantonsspital Baden die Befundung der Röntgenbilder des Regionalspitals Leuggern. Resultate werden innert Stunden vom KSB nach Leuggern übermittelt.</p>	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Radiologie Kantonsspital Baden AG <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Leuggern <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Röntgenabteilung Arztdienst, Chirurgie, Medizin Notfall OP	
Involvierte Berufsgruppen	Radiologie, Pflege, Ärzte	
Projektelevaluation / Konsequenzen	<p>Optimierte Prozesse, vollständige Kostentransparenz, erstklassige Qualität dank teilweiser Kooperation und eine persönliche Note vor Ort. Es bedeutet auch ganz klar eine Aufwertung der Arbeitsplätze, die Motivation steigt und die Freude, seine Patienten im Regionalspital bestens betreuen zu können, ist gross. Dazu kommen bei der Wahl eines effizient arbeitenden Partners kurze Wege, blitzschnelle Informationen und betriebswirtschaftliche Vorteile, die zählen. Auch beim Kantonsspital Baden ist man mit der neuen Lösung sehr zufrieden. Die Auslastung der Infrastruktur des radiologischen Instituts ist durch die Kooperation noch besser. So profitiert jede Seite von einer kreativen Lösung, die dank des Engagements aller Beteiligten und der ausgesprochenen IT-Kompetenz der HINT AG in kurzer Zeit souverän realisiert wurde.» Und das gute Beispiel macht Schule: Zur Zeit sind die Fachleute der HINT AG daran, eine vergleichsweise Anbindung des ebenfalls zur ASANA-Gruppe gehörenden Spitals Menziken/AG an die Teleradiologie der Hirslanden Gruppe zu realisieren.</p>	
Weiterführende Unterlagen	...können bei Ramon Soler angefordert werden. Tel.: 056 269 41 01	

I

Schlusswort und Ausblick

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an unseren Qualitätsbericht.

Allen unseren Patienten, Mitarbeitenden und Zuweiser danken wir für Ihr Vertrauen.

Wir garantieren Ihnen, dass wir nicht aufhören werden uns zu verbessern.

Eines steht dabei immer uneingeschränkt im Fokus *aller* unserer Aktivitäten: das Wohl und die Zufriedenheit unserer Patienten – damit die ‚Abstimmung mit den Füßen‘, die heute wie gestern der wichtigste Masstab für den Erfolg eines Leistungserbringers ist, auch in Zukunft zu unseren Gunsten ausfällt.

Ramon Soler

Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe AG

Spital Leuggern und Spital Menziken