

Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+

Asana Gruppe AG

Spital & Pflegeheim Leuggern
Kommendeweg 12
5316 Leuggern



Akutsomatik



Langzeitpflege

Freigabe am:
durch:

6. Mai 2015
René Huber, Direktor

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2014.

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 Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen 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 Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

Herr
Ramon Soler
Qualitätsverantwortlicher
Leuggern
Telefonnummer: 056 269 41 01
ramon.soler@spitalleuggern.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 gewissen kantonalen Messungen teil.

Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) werden Qualitätsmessungen in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungs-qualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2014 das zweite nationale Pilot-programm „progress! Sichere Medikation an Schnittstellen“. Ziel ist es die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie an Behandlungsschnittstellen zu verbessern. 2013 startete die Stiftung bereits ein Programm, das auf die Sicherheit in der Chirurgie fokussiert ist. Die beiden Programme sind Bestandteile der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

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

Die in diesem Bericht publizierten Resultate der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messresultate zwischen den Betrieben sind gewisse Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum einen sollte das Leistungsangebot (vgl. C2) ähnlich sein. Ein Regionalspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messresultate unterschiedlich zu werten sind. Zum anderen die Spitäler und Kliniken verschiedene Messinstrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebungsmethodik und Publikation sich unterscheiden können.

Punktueller Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	2
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
C1	Kennzahlen 2014	5
C2	Angebotsübersicht	5
D	Zufriedenheitsmessungen	6
D1	Patientenzufriedenheit	6
D2	Angehörigenzufriedenheit	8
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	8
D4	Zuweiserzufriedenheit	8
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	9
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	9
E1-1	Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	10
E1-2	Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	11
E1-3	Messung der Wundinfektionen nach Operationen	12
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus	14
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik	17
E1-7	SIRIS Implantatregister	18
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014	19
F1	Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)	19
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	20
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	21
F5	Dauerkatheter	22
F6	Weiteres Messthema	23
G	Registerübersicht	24
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	25
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	25
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	25
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	28
I	Schlusswort und Ausblick	30

Qualitätszertifikat mit Bestnote für Asana Spitäler Leuggern und Menziken

Alle Spitäler sind gesetzlich verpflichtet, ihre Qualität zu sichern und offenzulegen. Im Kanton Aargau ist die Qualitätssicherung eine Bedingung für einen Platz auf der Spitalliste 2015. Der Erfolg eines Unternehmens hängt massgeblich von der geleisteten Qualität und vom Ruf ab. Das bedeutet, Qualität darf nicht durch äusseren Druck entstehen, sondern es muss das tägliche Anliegen und Bemühen jedes Mitarbeitenden sein, täglich eine Höchstleistung zu erbringen. Dass dies in den beiden Spitälern der Asana Gruppe AG der Fall ist, belegt das hervorragende Abschneiden bei den Audits durch sanaCERT suisse.

sanaCERT suisse - spezialisierte Zertifizierungsstelle im Gesundheitswesen

Qualitätsbestrebungen werden nach aussen sichtbar gemacht. Dazu unterzieht sich die Asana Gruppe AG periodisch der Überprüfung durch die Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sanaCERT. Die Stiftung überprüft als Zertifizierungsstelle Leistungserbringer im Gesundheitswesen auf die Erfüllung von Qualitätsstandards und stellt bei Erreichen der Anforderungen anerkannte Atteste (Zertifikate) aus. Dabei kommen Qualitätskriterien zur Anwendung, die von diesen Organisationen oder von der Behörde definiert wurden. SanaCERT suisse ist bei der schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS, SECO) für die Zertifizierung von Managementsystemen akkreditiert (gemäss ISO/EN 17021:2011).

Die Asana Gruppe AG leistet Pionierarbeit

Die Asana Gruppe AG wurde am 21. und 22. Oktober 2014 auditiert. Als erste Spitalgruppe in der Schweiz hat die Asana Gruppe AG ein gemeinsames Qualitätsmanagementsystem für zwei Akutspitäler und zwei Pflegeheime entwickelt, umgesetzt und überprüfen lassen.

Seit Dezember 2012 arbeiten 8 Projektgruppen an der Entwicklung von 8 Standards. Die Projekte sind:

- standortübergreifend (Leuggern & Menziken)
- interprofessionell (Arzt, Pflege, Administration...)
- interdisziplinär (Akut- und Langzeitabteilungen, Notfall, Anästhesie, Aufwachraum, OP, Arztdienst...)
- umfassen Standards für kundennahe Prozesse der Spitäler und Pflegeheime.

Die Überprüfung selbst erfolgt anlässlich eines Audits vor Ort. Während zwei Tagen sind die Asana Spitäler und Pflegeheime von Leuggern und Menziken durch vier Auditoren überprüft worden. Das Resultat lässt sich sehen: Von 32 möglichen Punkten haben wir 27 erhalten, für die Zertifizierung hätten 20 Punkte gereicht. Auf dieses Glanzresultat dürfen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und alle Belegärztinnen und Belegärzte, die uns in unserer täglichen Arbeit unterstützen stolz sein. Wir haben den Nachweis erbracht, dass unser Qualitäts- Managementsystem (QM):

- alle Elemente des QM-Systems abdeckt,
- dass diese dokumentiert sind,
- gelebt werden und
- dass das ganze System zur kontinuierlichen Verbesserung der Unternehmensleistungen führt.

Am 14. Januar 2015 durfte der CEO Alfred Zimmermann als eine seiner letzten Amtshandlungen das begehrte und bis am 17. Dezember 2017 gültige sanaCERT Zertifikat feierlich entgegennehmen.

Wir nehmen unsere Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit wahr. Qualität ist dabei Ausdruck unserer Orientierung an den Patientinnen und Patienten, den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie an weiteren Anspruchsgruppen und direkter Massstab für unsere tägliche Arbeit, ganz im Sinne unseres Mottos: "Mir läbed Nöchi".

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 Jahresziele der Qualitätskommission mit Festlegungsprozess und Controlling zur Qualitätssicherung werden jährlich von der Geschäftsleitung definiert und dem Verwaltungsrat zur Genehmigung unterbreitet.

Das Qualitätsmanagement ist für ein laufendes Controlling der Umsetzungsmassnahmen zur Erreichung der Qualitätsziele zu Händen der Qualitätskommission verantwortlich.

Dabei wird die definierte Qualitätsstrategie berücksichtigt oder der Geschäftsleitung und dem Verwaltungsrat Änderungsanträge zur Qualitätsstrategie unterbreitet.

Die aktuellen Qualitätsziele sind im Intranet unter „Qualität“ ersichtlich.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014

- Durchführung aller Messungen gemäss ANQ-Messplan
- Erfolgreiche Durchführung des sanaCERT Erstzertifizierungs-Audits Stufe 2
- Messung des CIRS und interkantonales Benchmark Aargau - Basel

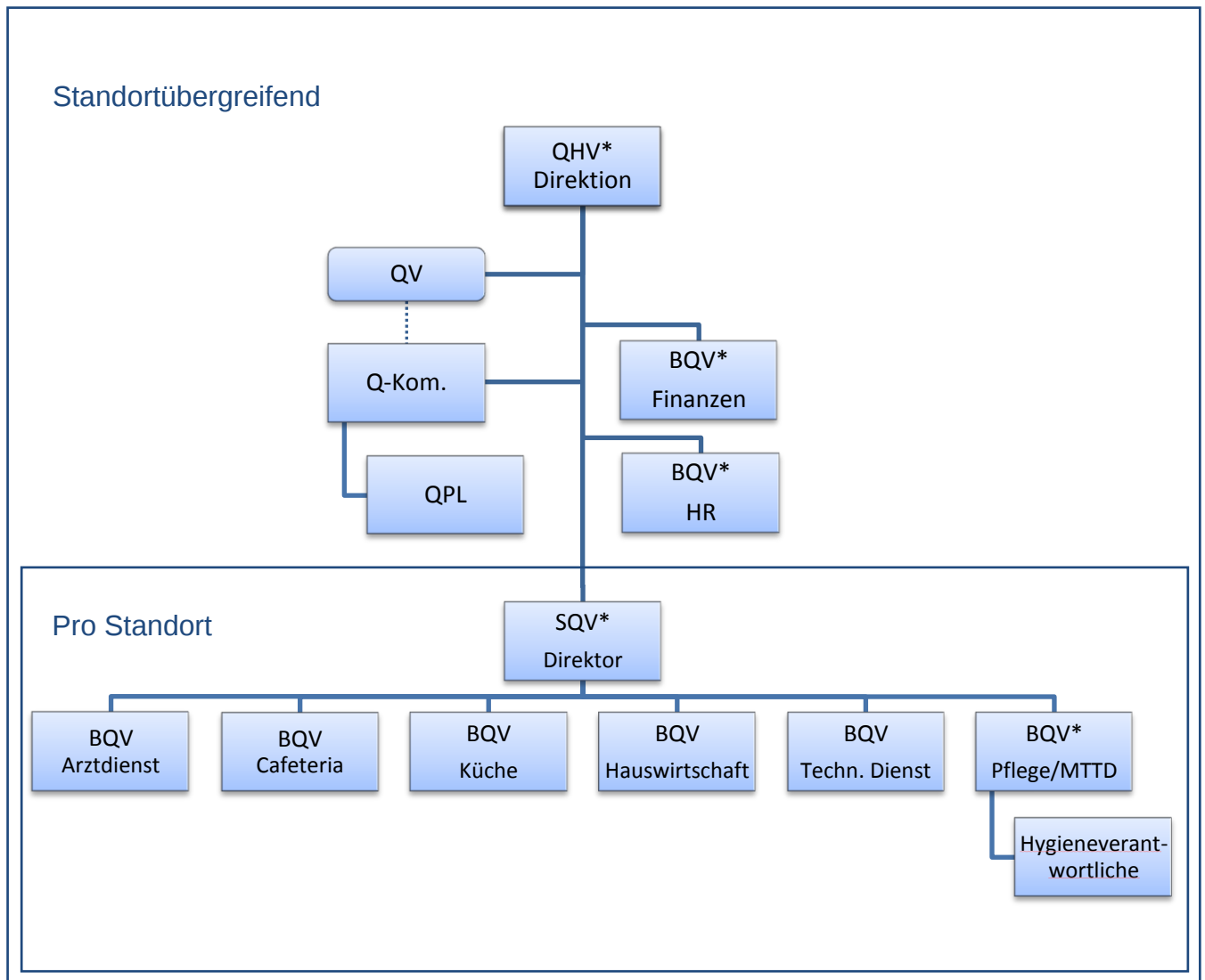
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

- Die 5 ANQ Messungen werden Termingerecht durchgeführt
- Das CIRS wird gemessen und einen interkantonalen Benchmark Aargau - Basel hat stattgefunden
- Die Messung Mitarbeitendenzufriedenheit ist ausgewertet und Massnahmen sind formuliert
- Kantonaler Benchmark der Ergebnisse Patientenzufriedenheit Aargau
- Das Konzept Qualitätsmanagement ist aktualisiert
- Das sanaCERT Erstzertifizierungs-Audits Stufe 2 ist erfolgreich und führt zur Zertifizierung des Qualitätsmanagement der Asana Gruppe
- Eine Zuweiserbefragung wurde durchgeführt, die gewonnene Messergebnisse lassen die Ableitung von Massnahmen zu.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements Systems mit sanaCERT
Einführung Prozessmanagement

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



Legende:

BQV Bereichs- Qualitätsverantwortung

HR Human Resources

MTTD Medizin -technische & -therapeutische Dienste

QHV Qualitätshauptverantwortung Asana Gruppe AG

Q-Kom. Qualitätskommission; wird durch die Geschäftsleitung der Asana Gruppe AG zusammengestellt. Sie setzt sich aus drei bis fünf Personen zusammen. Darin sind die Geschäftsleitung, der Arztdienst die Pflege und die Administration vertreten.

QPL Qualitätsprojekteleitungen

QV Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe AG = Stabstelle

SQV Standort- Qualitätsverantwortung

* Vertretung aus der Geschäftsleitung

☐	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:	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Direktion unterstellt
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		80% Stellenprozenzte zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
René Huber	056 269 49 30	rene.huber@spitalleuggern.ch	Direktor / GL Hauptverantwortung Qualität
Yvonne Neff Lüthy	056 269 41 00	yvonne.neff@spitalleuggern.ch	Lt. Pflege & MTT / GL / Qualitätskommission
Gilbert Hügli	056 269 40 40	gilbert.huegeli@spitalleuggern.ch	Lt. Technischer Dienst / Sicherheitsbeauftragter Asana Gruppe
Dr. Karoline Brand-Bernhart	056 269 46 23	karoline.brand-bernhard@spitalleuggern.ch	Stv. Leitende Ärztin / Qualitätskommission
Ramon Soler	056 269 41 01	ramon.soler@spitalleuggern.ch	Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe / Lt. Qualitätskommission
Silvia Treier	056 269 49 60	silvia.treier@spitalleuggern.ch	Stv. Lt. Pflege & MTT / Hygieneverantwortliche



Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

www.asana.chSpitalgruppe				
☒ Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	und folgendem Angebot:			
	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Langzeitpflege
Leuggern	☒	☐	☐	☒
Menziken	☒	☐	☐	☒

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht:

www.asana.ch

C1 Kennzahlen 2014

Die Kennzahlen 2014 finden Sie unter diesem Link oder im aktuellen Jahresbericht auf der zweitletzten Seite:

www.asana.ch

Bemerkungen

C2 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten, etc.)
Allgemeine Chirurgie	Leuggern	Belegärzte
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Leuggern	Zentrumsspital, Kantonsspital Baden Zentrumsspital, Kantonsspital Aarau
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	Leuggern	Belegarzt
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Leuggern	Belegärzte
Handchirurgie	Leuggern	Belegarzt
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Leuggern,	
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Leuggern	Belegarzt
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Leuggern	Ja

Angebote medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Intensivmedizin		Zentrumsspital, Kantonsspital Baden Zentrumsspital, Kantonsspital Aarau
Langzeitpflege	Leuggern	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Leuggern	Belegärzte
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Leuggern	Belegarzt
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Leuggern	Belegärzte
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Leuggern	Belegärzte
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	Leuggern	Zentrumsspital, Kantonsspital Baden
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Leuggern	Belegarzt

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

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



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.

D Zufriedenheitsmessungen

D1 Patientenzufriedenheit

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

Für den nationalen Vergleich hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklungen in den Spitälern und Kliniken (ANQ) ein Kurzfragebogen konzipiert, der in der Akutsomatik und Rehabilitation eingesetzt wird. Die Messergebnisse und/oder Verbesserungsaktivitäten sind im Modul E dokumentiert.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐ Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .			
Begründung			
☒ Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
☒ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2016

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse der letzten Befragung	
☒ Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:	2013
☐ Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patientenbefragungen – 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?	
☐ Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.	
☒ 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 Standorte

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?	
☒ Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .	
Begründung	Keine Kinderabteilung

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?	
☐ Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .	
Begründung	
☒ Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.	
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.	
☒ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2013
Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2017

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung	
☒ Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:	2013
☐ Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

D4 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 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?	
☒ Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .	
Begründung	Der Direktor ist angehalten die Zufriedenheit der Zuweiser in Rahmen von persönlichen Gesprächen zu erfassen.

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.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2014 des ANQ 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®	☒	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swissnoso	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Nationale Patientenzufriedenheit	☒	☐	☐
SIRIS Implantat-Register	☒	☐	☐
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien	☐	☒	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☐	☒	☐
Nationale Elternbefragung	☐	☒	☐
Bemerkungen			
Keine Kinderabteilung			

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

E1-1 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 werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. 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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				2012
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ¹ A, B oder C
Intern	Extern			
1.48%	1.02%	2.78%	2.56% - 3.00%	A
☒ Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .				
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung				

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.
Anzahl auswertbare Austritte		2436
Bemerkung		

¹ 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.

E1-2 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 werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. 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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			2012
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ² A, B oder C
-	-	-	-
☒ Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .			
☒ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Keine Variabilität der Daten der Operationen.		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

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

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 auswertbare Operationen		1793
Bemerkungen		

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 Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

E1-3 Messung der Wundinfektionen nach Operationen

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperativer 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 Blindarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 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. Eingriffe mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen) erfolgen zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2013 – 30. September 2014					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ³ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernungen					
☒ Blinddarm-Entfernungen	21	0	0%	0-16.1	0% (0-26.5)
☒ Blinddarm-Entfernungen bei Kinder und Jugendlichen	8	0	0%	0-36.9	-
☒ Hernienoperationen	42	0	0%	0- 8.4	0% (0- 8.2)
☒ Dickdarmoperationen (Colon)	2	1	50%	1.3-98.7	-
☐ Kaiserschnitt (Sectio)					
☐ Gebärmutter-entfernungen					
☐ Wirbelsäulenchirurgie					
☐ Magenbypass-operationen					
☐ Rektumoperationen					
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

³ 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.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2014 (1. Oktober 2013 – 31. September 2014) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁴ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Herzchirurgie					
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	57	0	0%	0- 6.3-	33.3% ()
☐ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen					
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen 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 Verbesserungsaktivitäten
Einführung Chirurgische Checkliste ab 2013 mit dem Ziel der Erhöhung der Patientensicherheit durch Optimierung der präventiven Antibiotikatherapie.

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 Blindarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkungen	Letztes Validierungsaudit Aug. 2014	

⁴ 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.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene.

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Stürze

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten im Spital vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind. ⁵	1	In Prozent	4%
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Interne Sturzerfassung und Fallbesprechung ab 2011 Einführung begleitetes Fitness- & Krafttraining für Bewohner im Langzeitbereich ab 2013

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website **Fehler! Hyperlink-Referenz ungültig.**

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), 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	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten	25	Anteil in Prozent (Antwortrate)	89.3%
Bemerkungen			

⁵ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

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.

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.

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.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	1	4%
	ohne Kategorie 1	1	4%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	1	4%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	1	4%

☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Begründung

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Einführung Dekubituskonzept und Handbuch zur Dekubitusprophylaxe. Implementierung Handlungsanweisungen und Schnittstellendokumente zur Risikoeinschätzung von Dekubitus.
Neue Informationsbroschüre für Patienten und deren Angehörige.

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 **Fehler! Hyperlink-Referenz ungültig.**

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, inter-mediate care), 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.		
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	- Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung		
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		25	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	89.3%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche		0	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	0%
Bemerkungen		Keine Aussagekraft da zu kleine Fallzahl		

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik

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.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ⁶ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.34	9.04-9.63	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.14	8.89-9.39	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.13	8.84-9.41	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.16	8.90-9.42	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.48	9.28-9.68	0 = nie 10 = immer
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			

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. **Fehler! Hyperlink-Referenz ungültig.**

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.

Angaben zur Messung			
Auswertungsinstitut		hcri AG und MECON measure & consult GmbH	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2014 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		214	
Anzahl eingetroffener Fragenbogen		126	Rücklauf in Prozent59%
Bemerkungen			

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website **Fehler! Hyperlink-Referenz ungültig.**

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

Messergebnisse		
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch		
Bemerkungen		
Letztes Validierungsaudit Jan. 2015		
Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFM)	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantaten
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkungen		

F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014

F1 Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Infektionen

☐	Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☒	Unser 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.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	PD Dr. med. Christoph Fux, Chefarzt Infektiologie und Spitalhygiene, KSA

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 untersuchte Patienten		25
Bemerkungen		

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge
☐ Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung	Die Ergebnisse sind nicht risikoadjustiert und lassen daher keine vergleichende Interpretation zu.	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Durchführung von Fallbesprechungen mit dem Ziel der Erkennung von Risikofaktoren und Vermeidung von weiteren Sturzereignissen.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Phönix Sturzprotokoll
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		
Bemerkungen		

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)
Was wird gemessen?	Inzidenzmessung Dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	Pflegeabteilungen

Messergebnisse

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt
☒ Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Diese Messung wurde neu eingeführt. Es wurde noch kein vollständiges Jahr gemessen.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Phönix Dekubitus
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationäre Patienten
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen und Säuglinge
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		
Bemerkungen		

F5 Dauerkatheter

Messthema	Prävalenzmessung Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	Akut Pflegeabteilungen

Messergebnisse

Dauerkatheter

☐	Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☒	Unser 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.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013

☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	PD Dr. med. Christoph Fux, Chefarzt Infektiologie und Spitalhygiene, KSA

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationäre Patienten
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten		25
Bemerkungen		

F6 Weiteres Messthema

Messthema	Medikamentenfehler
Was wird gemessen?	Anzahl und Art von Medikamentenfehler

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Medikamentenfehler

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ | Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. |
| ☒ | Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung Das Verfahren ist noch nicht standardisiert. |
| ☐ | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). |

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Ergebnisse werden von der Pflegedienstleitung ausgewertet.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Phönix Medikamentenfehler
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		
Bemerkungen		

Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitäts-sicherung 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 Unser Betrieb an Registern teil?

☐ **Nein**, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.

Begründung

☒ **Ja**, unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

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

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	
Krebsregister	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
NICER - Nationales Institut für Krebspidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebspidemiologie und -registrierung www.nicer.org	2013	
Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/	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	Qualitätsmanagement	2014		
IVR	Rettungsdienst	2007	2014	
AEW - Naturstrom	Ganzes Spital	2013		

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Start Projekt Prädikat Familie UND Beruf	Attraktive, innovative Arbeitgeberin	Ganze Asana Gruppe	2013 - laufend
Einführung eines Systems zur Tätigkeitsanalyse, zur Leistungserfassung und zum Controlling (TACS)	Quantitative und qualitative Stellenbedarfsberechnung	Ganze Asana Gruppe	2013 - laufend
Aufstockung der Ausbildungsplätze	Erfüllung Ausbildungsverpflichtung	Ganze Asana Gruppe	2013/2014
Zusammenführung Abteilung Finanzen	Optimierung der Prozesse, Steigerung der Wirtschaftlichkeit	Ganze Asana Gruppe	2013 - laufend
DRG-Codierung Kooperation mit Kantonsspital Baden AG	Vereinheitlichung und Benchmark der Codierung	Ganze Asana Gruppe	2013 - laufend
Einführung Patientenidentifikationssystem mittels Armband	Erhöhung der Patientensicherheit	Ganze Asana Gruppe	2012 - laufend
Lukas 53, zusätzliches Rettungsmittel	Verbesserung der Verfügbarkeit der Rettungsmittel und der Gebietsabdeckung	Rettung Leuggern	2013 - laufend
Kooperation AAA, zusätzliches Rettungsmittel Helikopter	Verbesserung der Verfügbarkeit der Rettungsmittel für Primäreisätze	Rettung Leuggern	2013 - laufend
Händehygiene Compliance HHC	Erhöhung der Patientensicherheit	Ganze Asana Gruppe	2011 - 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	Patientensicherheit, Optimierung der Prozesse, Steigerung der Wirtschaftlichkeit	Radiologie Leuggern	2011 - laufend
Einführung Onkologiesprechstunde in Kooperation mit Kantonsspital Baden AG	Erweiterung des Angebots für Tumorpatienten der Region	Akutpflege	2013 - laufend

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Konzept und Standard Schmerzbehandlung	Erhöhung der Patientensicherheit Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Ganze Asana Gruppe	2012 - laufend
Patienteninformation	Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Akutpflege und Pflegeheim	2012 - laufend
Standard Dekubitusprophylaxe	Erhöhung der Patientensicherheit	Akutpflege und Pflegeheim	2012 - laufend
Konzept Palliativpflege, Überarbeitung und regelmässige interne Schulungen	Die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität am Lebensende durch Linderung von Leiden und Begleitung des terminal Kranken und seiner Nächsten.	Akutpflege und Pflegeheim	2013 - laufend
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	Einen frühen Langzeitpflegeaufenthalt verhindern Qualitäts- und Effizienzsteigerung	Langzeitpflege	2011 – 2014
IKS	- die Vermögenswerte vor Verlust, Missbrauch und Schaden sichern - eine ordnungsgemässe 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	Alle Bereiche	2008 / - jährlich
Qualitäts-Reporting	Nachweis der Qualitäts- und Leistungsfähigkeit der stat. Langzeitpflege	Langzeitpflege	2011 / jährlich
Isolationskonzept	Erhöhung der Patientensicherheit	Gesamte Gruppe	2012 - laufend
Neuer Auftritt mit Corporate Identity und Corporate Design	Die Modernisierung unserer Betriebe mit einem frischen Erscheinungsbild sichtbar und spürbar machen	Gesamte Gruppe	2014
Schaffung eines dritten Gebärsaales	Optimierung der Infrastruktur durch Anpassung an den gesteigerten Bedarf.	Geburtshilfe	2014

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?
Begründung	
☒	Ja , unser Betrieb hat 2010 ein CIRS eingeführt.
☒	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.
Bemerkungen	

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patienten-sicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitlel	Dekubitusvermeidung und -behandlung	
Projektart	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	• Das Thema Dekubitus wird in der Asana Gruppe AG systemisch und systematisch bearbeitet, d.h. eine konstruktive interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Dekubitusvermeidung und -behandlung wird als wichtiger Bestandteil einer guten Versorgungsqualität gesehen. • Die Entstehung von Dekubitus während des Spitalaufenthaltes / Aufenthalts im Pflegeheim wird möglichst verhindert. Bei bestehenden oder neu entstandenen Dekubitus (Grad I bis IV) wird die Prophylaxe intensiviert und es erfolgt eine professionelle Wundbehandlung. • Mitarbeitende aller relevanten Disziplinen / Professionen sind sensibilisiert / geschult, sich in ihrem Aufgabengebiet an der Dekubitusprophylaxe bzw. -behandlung zu beteiligen. • Den Mitarbeitenden stehen Instrumente und Hilfsmittel zur Verfügung, um ihren Auftrag, bezüglich Dekubitusprophylaxe und Dekubitusbehandlung, durchführen zu können.	
Beschreibung	Die Dekubitusvermeidung im Spital / in der Langzeitpflege ist ungeachtet der medizinischtechnischen Entwicklungen eine Herausforderung. In der Literatur sind für Akutspitäler Prävalenzschätzungen zwischen 10 bis 25% beschrieben (CBO, 2002 & 2003; Defloor et al., 2006). Ein im Spital / in der Langzeitpflege erworbener Dekubitus führt zu einem erheblichen Mehraufwand und zu Zusatzkosten. In Studien wurde nachgewiesen, dass die Behandlungskosten in der Regel die Präventionskosten um mehr als die Hälfte überschreiten (Defloor et al., 2004). In der gesundheitspolitischen Diskussion wird die Entstehung von Dekubitus zunehmend als pflegesensitiver Qualitätsindikator (ANA, 1999) bzw. in Deutschland rechtlich gar als Pflegefehler betrachtet (Lubatsch, 2004). Für die Patienten / Bewohner ist ein Dekubitus sehr belastend und führt neben der Einschränkung der Lebensqualität (Schmerzen, Leiden, Mobilitätseinschränkung etc.) oft zu einem längeren Spitalaufenthalt. Aus pflegerischer, medizinischer, ethischer und ökonomischer Perspektive ist die Dekubitusvermeidung daher als prioritäres Ziel einzustufen. Mit geeigneten und der individuellen Patientensituation adaptierten Interventionen kann die Entstehung eines Dekubitus häufig vermieden werden. Die Projektgruppe hat zunächst ein Konzept und ein Handbuch entwickelt. Danach wurden Handlungsanweisungen, Merkblätter und Evaluationsinstrumente herausgegeben und Schulungen durchgeführt.	
Projektablauf / Methodik	1. Soll- Ist Analyse ASANA Gruppe anhand der Kriterien des Standard 28 Dekubitus Prophylaxe und Behandlung von sanaCERT suisse. . 2. Abklärung auf den Abteilungen wie die bereits vorhandenen Kriterien ASANA Gruppe auf den Abteilungen umgesetzt werden. 3. Einholung von verschiedenen Konzepten und Unterlagen Dekubitus. Studium der Unterlagen durch die Projektmitglieder. Auflistung der zu bearbeitenden Themen. Entscheid der prioritär zu bearbeitenden Themen mit den Projektmitgliedern. Verteilung der Aufgaben an die Einzelnen Projektmitglieder. 4. Bearbeitung und Anpassung durch die Projektmitglieder nach Priorität. 5. Vernehmlassung 6. Einführung und Schulung der erarbeiteten Arbeitsinstrumente. 7. Erfassung von Kennzahlen 8. Evaluation 9. Anpassungen und Optimierung von Instrumente und Abläufe.	

Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Arztdienst, Pflegedienst, Anästhesiepflege, Operationstechnik, Physiotherapie, Hauswirtschaft
Projektelevaluation / Konsequenzen	Noch nicht abgeschlossen.
Weiterführende Unterlagen	Dekubitusvermeidung • Handbuch Dekubitusprophylaxe • Prozessablauf Dekubitusvermeidung Asana Gruppe AG • Modifizierte Braden Skala Asana Gruppe AG, als Risikoeinschätzungsinstrument • Entscheidungsdiagramm Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe / -therapie • Schnittstellendokument OP-Abteilung • Pflegehandbuch Dekubitusprophylaxe Asana Gruppe AG • Signal für interdisziplinäre Schnittstellen =>Aufkleber • Kinästhetikstandard Asana Gruppe AG • Patienteninformationsbroschüre • Einführungscheckliste Dekubitus für neue Mitarbeiter • Merkblatt OP-Lagerung • Merkblatt Dekubitusvermeidung Ärztlicher Dienst • Merkblatt Dekubitusvermeidung Therapiedienste • Merkblatt Dekubitusvermeidung Notfall / Rettungsdienst • Merkblatt Dekubitusvermeidung Aufwachraum / Tageskliniken Dekubitusbehandlung • Dekubitusspezifische Aspekte im Wundbehandlungskonzept Asana Gruppe • Wundklassifikation Dekubitus • Wundprotokolle Asana Gruppe AG • Fotodokumentation Wundbehandlung • Wundsprechstunde, Wundexpertin • Erfassung pflegerelevante Nebendiagnosen (DRG)



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

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 Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Fachbereiche 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.



Die Qualitätsmessungen des ANQ (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



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).