SPITAL MURI

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am: 26.05.2017
Durch: Daniel Strub, CEO

Version 2

Spital Muri

www.spital-muri.ch

Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2016.

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Frau
Andrea Heiermeier
Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement
056 675 11 35
andrea.heiermeier@spital-muri.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz **3**

1 Einleitung **6**

2 Organisation des Qualitätsmanagements **7**
2.1 Organigramm 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 7

3 Qualitätsstrategie **8**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 11

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **12**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen 12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen
Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte 14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 16
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren 17
4.5 Registerübersicht 18
4.6 Zertifizierungsübersicht 19

QUALITÄTSMESSUNGEN **20**

Befragungen **21**

5 Patientenzufriedenheit **21**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik 21
5.2 Beschwerdemanagement 22

6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

7 Mitarbeiterzufriedenheit **23**
7.1 Eigene Befragung 23
7.1.1 Die nächste Befragung ist für 2017 geplant 23

8 Zuweiserzufriedenheit **24**
8.1 Eigene Befragung 24
8.1.1 Bedürfnisse und Zufriedenheit der Zuweiser 24

Behandlungsqualität **25**

9 Wiedereintritte **25**
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen 25

10 Operationen **27**
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen 27

11 Infektionen **29**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte 29

12 Stürze **32**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz 32

13 Wundliegen **34**
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) 34

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen **36**
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen 36
14.1.1 Prävalenzmessung freiheitsbeschränkenden Massnahmen ANQ 36

15 Psychische Symptombelastung
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.

16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand

Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
17 Weitere Qualitätsmessung 37
17.1 Weitere eigene Messung 37
17.1.1 IQM 37
18 Projekte im Detail 38
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 38
18.1.1 Erweiterung KIS 38
18.1.2 Einführung Isolationskonzept 39
18.1.3 Etablierung M&M Konferenz und CIRS Systematik 40
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 41
18.2.1 Ärztliche Leitung der Notfallstation 41
18.2.2 Klinikmanager Chirurgie 41
18.2.3 Umsetzung arbeitsrechtskonformes Dienstplanmodell für Assistenz- und Oberärzte 42
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 42
18.3.1 aktuell keine Zertifizierungsprojekte 42
19 Schlusswort und Ausblick 43
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 44
Akutsomatik 44
Anhang 2 46
Herausgeber 47

1 Einleitung

Als regionales Gesundheitszentrum sorgt das Spital Muri für die umfassende Grundversorgung von akut erkrankten und verunfallten Patientinnen und Patienten. Rund 750 Mitarbeitende kümmern sich um das Wohlbefinden von etwa 9000 stationären und rund 20.000 ambulanten Patienten – alles Menschen aus der Region. Durch modernste Infrastruktur, kompetentes Personal und eine familiäre Atmosphäre besitzt das Spital Muri einen guten Ruf. Der Patient steht im Mittelpunkt und wird individuell betreut. Nur so kann sich ein Regionalspital von den grossen Zentren abheben.

Hohe medizinische und menschliche Kompetenz und eine topmoderne Infrastruktur begründen den guten Ruf unseres Spitals. Erfahrene Ärzte, einfühlsame Pflege sowie umfassende interne und externe Gesundheitsdienstleistungen sorgen dafür, dass Sie bei uns gut aufgehoben sind.

Die topmoderne Infrastruktur (Räumlichkeiten, aber auch Einrichtungen und z.B. Softwaresysteme) auszubauen und zu erhalten, ist uns ein wichtiges Anliegen. Im Neubau ist in einer ersten Phase ein Teil des Operationsbereiches in Betrieb genommen worden. Auch die Sterilisationsabteilung sowie ein Teil der Radiologie durften bereits in die modernen Räume umziehen. Im letzten Quartal 2017 sollte der Neubau abgeschlossen werden.
Abgeschlossen wurde bereits die dritte Phase der Einführung unseres elektronischen Patientendokumentationssystems. Diese Etappe beinhaltete alle Schritte der Planung von Operationen und der Bettenbelegung inkl. der (fast) vollständigen Dokumentation im Berichtwesen. Alle relevanten Informationen zur Behandlung der Patienten können nun in einem System abgerufen werden, das erleichtert die Übersicht und die Informationen stehen wesentlich schneller zur Verfügung. Es fehlen nur noch wenige Abteilungen, welche das Berichtwesens sowie die Dokumentation von ambulanten Untersuchungen einführen werden.

Die fachliche und auch die menschliche Kompetenz unserer Mitarbeiter erfassen wir regelmässig durch Patientenbefragungen und durch die Messung von Behandlungsergebnissen. Hier legen wir Wert auf die zeitnahe Auswertung von Ergebnissen, welche gezielt für die strukturierte Analyse und die Ableitung von allfälligen Optimierungen von Behandlungsabläufen eingesetzt werden. Nach und nach ist so ein Portfolio von Kennzahlen zusammengekommen, welches uns einen klaren Überblick über unsere Leistungen und deren Akzeptanz durch Sie als unsere Patienten geben kann.

Im vorliegenden Qualitätsbericht möchten wir Sie über die Ergebnisse der verschiedenen Befragungen und Messungen informieren. Auserdem stellen wir Ihnen verschiedene Projekte zur Verbesserung der Infrastruktur und der medizinischen Abläufe im Spital Muri vor. Alles geschieht mit dem Ziel, für Sie als unsere Patienten das grösstmögliche Mass an Sicherheit, Professionalität und Komfort zur Verfügung zur stellen.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **90** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Marco Beng
CEO
Spital Muri
056 675 11 88
sekretariatdirektion@spital-muri.ch

ab 01.01.2017 Herr Dr. med. Daniel Strub
CEO
Spital Muri
056 675 11 88
daniel.strub@spital-muri.ch

Frau Andrea Heiermeier
Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement
Spital Muri
056 675 11 35
andrea.heiermeier@spital-muri.ch

3 Qualitätsstrategie

Strategie Spital

- wir sind ein regionales Gesundheitszentrum und bieten umfassende Grundversorgung plus zusätzliche Schwerpunkte in der Behandlung an
- rund 750 Mitarbeitende betreuen 9000 stationären und rund 20.000 ambulanten Patienten = alles Menschen aus der Region
- Unser Angebot findet statt in modernste Infrastruktur, durch fachlich wie menschlich kompetentes Personal und in einer familiäre und doch professionellen Atmosphäre
- Der Patient steht im Mittelpunkt und wird individuell betreut und angesprochen
- Das Spital will eine fachlich hochstehenden und menschlich ansprechende Gesundheitsversorgung für die Menschen der Region in der Nähe von „zu Hause“ anbieten - als Alternative zu den grossen Zentrumsspitälern.

Ziele

- fortlaufende Modernisierung der Infrastruktur und damit Vereinfachung von Arbeitsabläufen und Abbau von Doppelspurigkeiten
- Einführung von elektronischen Klinikinformationssystemen (KISIM, RIS PACS) - alle Informationen sind schnell und übersichtlich vorhanden.
- Etablierung der systematischen und strukturierten Erfassung von Qualitäts- und Zufriedenheitskennzahlen. Es erfolgt eine zeitnahe Analyse, Massnahmenplanung und Umsetzung der Massnahmen in und durch die entsprechenden Fachgremien
- das spezifisches Wissen unseres Spitals (Prozesse, Hintergründe, Erfahrungen) wird dokumentieren und damit für die Zukunft gesichert
- Patientensicherheit erhöhen durch Infektionsprävention und systematisches Hygienemanagement
- Kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterentwicklung der Mitarbeitenden etablieren

Das Spital ist im vergangenen Jahr 2016 …schrittweise darauf zugegangen.
Die Inhalte unserer Qualitätsbemühungen werden auf den folgenden Seiten präsentiert

Das Spital wird in 2017 konkret

- das Interdisziplinäres Zentrum eröffnen: Sprechstunden Medizin und Chirurgie werden in neuen Räumlichkeiten etabliert, Prozesse einheitlich organisiert und personelle Ressourcen optimal genutzt
- das systematische Hygienemanagement und die Infektionsprävention inkl. Schulung und Erfassung der Compliance wird ausgebaut
- Ein interdisziplinäres Aus-Fort-Weiterbildungskonzept für Mitarbeitende wird in 2017/2018 erarbeitet und umsetzt
- Die Themen Beschwerdemanagement und Patientenbefragung werden zusätzlich ins Q-Portfolio aufgenommen und strukturiert bearbeitet

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

Einführung Isolationskonzept

In 2016 wurde die umfassen Überarbeitung des neuen Isolationskonzeptes abgeschlossen. Das Isolationskonzept umfasst nun erregerspezifische Massnahmenpakete, die wie in einem Baukastensystem kombiniert werden. Für den Patienten bedeutet das mehr persönliche Kontakte, da die Schutzmassnahmen einfacher anzuwenden sind. Individuell nach Erkrankung besteht sogar die Möglichkeit, das Zimmer unter besonderen Auflagen verlassen zu dürfen, ein grosser Komfortzuwachs, der die persönliche Zufriedenheit und damit die Genesung der Patienten enorm gesteigert hat.
Die Mitarbeitenden der betroffenen medizinischen Abteilungen inklusive der Ärzteschaft wurden intensiv zu den Veränderungen geschult. Mit Einführung der neuen Abläufe des Konzeptes haben vermehr Isolationsvisiten stattgefunden, damit sich die neuen Handlungsanweisungen einfacher

durchsetzen. Wir freuen uns, das es bereits nach kurzer Zeit nur noch wenige Fragen zu den überarbeiten Massnahmen gegeben hat, und die Umsetzung von den Patienten gut angenommen wird.

Implementierung Klinikinformationssystem (KIS) Schritt 3
Seit 2014 integrieren wir in Muri schrittweise das System KISIM der Zürcher Firma CISTEC. Zum Jahresende 2016 konnten drei von vier Teilprojekte (eKurve, Disposition, Leistungserfassung) abgeschlossen werden. Die Betreuung und weitere Entwicklung kann nun an die KISIM-Applikationsbetreuer übergeben werden. Das Berichtwesen ist der letzte Baustein, welcher Ende 2017 etabliert und abgeschlossen werden soll.

Etablierung M&M Konferenz und CIRS Systematik
In 2016 konnten die Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen plangemäss durchgeführt und das geplante Vorgehen in der Praxis ausprobiert werden. Die Vorgehensweise wurde für 2017 noch einmal etwas modifiziert. Insbesondere die Kommunikation an die betroffenen Bereiche soll noch optimiert werden.
Die Überarbeitung des Fehlermeldesystems CIRS ist ebenfalls in der Praxis angekommen. Die Bearbeitung wie auch die Kommunikation sind nun klar strukturiert und können effizienter durchgeführt werden. Die Ableitung von Massnahmen ist vereinfacht und transparenter, so werden die interessantesten Meldungen und die dazugehörigen Massnahmen z.B. im "Fall des Monats" und zweimal jährlich als "CIRS-NEWS" veröffentlicht. Wir hoffe, so die Motivation für Meldungen zu erhöhen.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Externes IQM Peer Review bestanden
Seit 2016 sind wir Mitglied in der Initiative Qualitätsmedizin IQM. Hier sind über 370 Krankenhäuser aus Deutschland und inzwischen 38 Spitäler in der Schweiz engagiert. Mit Hilfe von Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten, der transparenten Darstellung der Ergebnisse durch Veröffentlichung und der Durchführung von Peer Reviews sollen Qualitätsverbesserungen in Kliniken erreicht werden. Im Oktober 2016 haben wir unser erstes Peer Review ohne grosse Abweichungen bestanden. Die abgeleiteten Massnahmen haben sich insbesondere mit der Dokumentation beschäftigt.

Umsetzung einer arbeitsrechtkonformen Dienstplanungsmodell für Assistenz- und Oberärzte
Im Herbst 2015 wurde das Spital Muri vom Schweizerischen Verein der Assistenz- und Oberärzte (VSAO) wegen Verstössen gegen das Arbeitsgesetz massiv kritisiert. Ein entsprechender Bericht in der Rundschau des Schweizer Fernsehens fand schweizweit Beachtung. Wir haben das Jahr 2016 genutzt, um sämtliche Mängel zu beheben und uns zum Musterschüler zu wandeln. Gemeinsam mit dem kantonalen Arbeitsinspektorat hat jede Klinik neue Dienstplanungs- und Organisationskonzepte entwickelt und die Soll-Arbeitszeit für Assistenz- und Oberärzte wurde von 50 auf 46 Stunden gesenkt - bei gleichem Lohn. Dies ist ein einmaliges Vorgehen mit Vorbildcharakter, das seinesgleichen sucht. Um das zu realisieren, wurden weitere Stellen geschaffen und in einigen Kliniken zusätzliche Arbeitsschichten eingeführt. Auch die Organisation der Nacht- und Pikettdienste wurde angepasst. Bezüglich der Frage, welche Pausen im ärztlichen Alltag bezahlt sein sollen, zeigte sich das Spital grosszügig und übernahm weitgehend die Vorschläge des VSAO. Im Rahmen dieser Anpassungen wurde deutlich, warum das seit 2006 auch für die Assistenz und Oberärzte geltende Arbeitsgesetz in der Schweizer Spitallandschaft kaum Beachtung findet. Eine konsequente Umsetzung ist mit sehr hohen Personalkosten verbunden, die Qualität der Patientenbetreuung sinkt aufgrund der vielen Schichtwechsel deutlich und die operativ tätigen Ärzte lehnen sich aktiv gegen arbeitsgesetzkonforme Dienstpläne auf. Ihrer Ansicht nach leidet die Ausbildung darunter (operative Erfahrung), die Arbeitsrhythmen sind unattraktiv und pro Jahr entfallen mehrere Wochen Freizeit, welche früher aufgrund der Überzeit zusätzlich zu den Ferien bezogen werden konnten. Es ist deutlich spürbar, dass der VSAO mit seiner Forderung nach einer konsequenten Anwendung des Arbeitsgesetzes nicht die Haltung aller VSAO-Mitglieder vertritt

Klinikmanager Ebenfalls eine Erkenntnis aus der vom VSAO geäusserten Kritik war, dass die Organisation und Dienstplanung einer operativen Klinik nicht ausschliesslich durch die Kaderärzte in den Randstunden nach dem OP-Programm und den Sprechstunden erfolgen kann. Aus diesem Grund wurde 2016 auf der Chirurgie probeweise die Stelle einer Klinikmanagerin neu geschaffen und konnte erfolgreich besetzt werden. Hauptziele dieser neuen Funktion waren die Organisation und administrative Führung der chirurgischen Klinik und die Unterstützung des Chefarztes in administrativen Belangen. Diese Ziele wurden bereits im vergangenen Jahr erreicht und die Funktion der Klinikmanagerin ist in der Zwischenzeit aus dem Klinikalltag nicht mehr wegzudenken.

Referenzzentrum Bariatrie Das Spital Muri erhielt von der SMOB (Swiss Society for the Study of morbid Obesity and metabolic disorders) im vergangenen Jahr den Status eines bariatrischen Referenzzentrums. Die SMOB kennt bariatrische Primärzentren und bariatrische Referenzzentren. Letztere stehen bezüglich Eingriffsspektrum, Fachkompetenz und Case Load über den Primärzentren. Per 1. Mai 2016 waren schweizweit je 26 Spitäler als Referenzzentren und Primärzentren anerkannt. Im Spital Muri werden mit Abstand am meisten bariatrische Eingriffe im gesamten Kanton Aargau durchgeführt. Die 50 geforderten jährlichen Eingriffe hat das Chirurgenteam längst überschritten. Im Jahr 2016 wurden hier 156 bariatrische Operationen durchgeführt.

Ärztliche Leitung der Notfallstation Im Bestreben, die Warezeiten für Patienten kurz zu halten und eine kontinuierliche, qualitativ hochstehende kaderärztliche Betreuung zu gewährleisten, haben wir im vergangenen Jahr die Stelle der ärztlichen Leitung der Notfallstation neu geschaffen. Jetzt ist immer ein leitender Arzt direkt vor Ort. Das begünstigt die Qualität und Schnelligkeit der Abläufe. Auch für die Pflege ist es nun einfacher mit einem festen Ansprechpartner.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- **Strukturen und Prozesse des QM etablieren**
  Die Strukturen des QM sollen nach Wechsel des CEO angepasst und neu etabliert werden. Verschiedene Prozesse werden fortlaufend überarbeitet, und sollen im Jahr 2017 geschult und eingeführt werden.

- **Dokumentation & Prozessmanagement**
  Das Dokumentenmanagement im Sharepoint wurde in 2016 komplett überarbeitet. Die vorhandenen Unterlagen werden nun systematisch aktualisiert und strukturiert ins neue Dokumentenmanagement übernommen.

- **Patientenrückmeldungen und Patientenbefragung ins Q-Portfolio aufnehmen**
  Aufgrund interner Umstrukturierungen werden die beiden Prozesse Patientenrückmeldungen und Patientenbefragungen in das Aufgabenspektrum des QM überführt und überarbeitet.

- **Interdisziplinäres Zentrum IZ**
  Im Herbst 2017 wird das neue Interdisziplinäre Zentrum in Betrieb genommen. Es ist unser Ziel, die Sprechstunden aller Disziplinen an einem Ort in neuen, modernen Räumen anzubieten und dadurch einen einzigen "Point of Contact" für die Patienten zu schaffen. Diese interdisziplinäre Konzentration der Sprechstunden unter einer Leitung wird eine spürbare Optimierung der Abläufe ermöglichen. Dadurch sollten Warte- und Aufenthaltszeiten für die Patienten kürzer werden und die Qualität der Dienstleitungen steigen.

- **Hygiene und Infektionsprävention**
  Hygienemassnahmen und Infektionsprävention haben eine hohe Bedeutung für die Sicherheit und Gesundheit von Patienten und Mitarbeitern im Spital. Zunehmend werden immer mehr gesetzliche Vorgaben in Kraft gesetzt. Aus diesem Grunde wurde auch die Stelle der Spitalhygiene per 2017 von 40 % auf 100 % aufgestockt. Das Stellenprofil wurde hierfür grundlegend überarbeitet. Die Spitalhygiene soll künftig als Stabstelle umfassende Aufgaben und Kompetenzen erhalten.

- **Aus-Fort-Weiterbildungskonzept für Mitarbeitende**
  Kompetente und zufriedene Mitarbeiter sind für ein Spital die wichtigste Grundlage für menschlich sowie fachlich hochstehende Patientenversorgung und Betreuung. Aus diesem Grund werden wir in 2017 unser Fort- und Weiterbildungsangebot neu strukturieren.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Akutsomatik
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
Zuweiserzufriedenheit
▪ Bedürfnisse und Zufriedenheit der Zuweiser

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Freiheitsbeschränkende Massnahmen
▪ Prävalenzmessung freiheitsbeschränkenden Massnahmen ANQ
Weitere Qualitätsmessung
▪ IQM

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Infektionsprävention

Ziel	Reduktion nosokomialer Infektionen, Verhinderung der Verschleppung von Bakterien, Erhöhung Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Spital, patientennahe Bereiche
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2015 und 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Erhöhung Patientensicherheit
Methodik	Überarbeitung ges. Isolationskonzept inkl. Schulungen und Einführung
Involvierte Berufsgruppen	Patientennahe Bereiche
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreiche Einführung geändertes Isolationskonzept im Q 3 2017 nach intensiver Schulung alle betreffende Bereiche

Implementierung Klinikinformationssystem Step 3

Ziel	Disposition, Leistungserfassung und Berichtwesen elektronisch in einem System
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2015, 2016 und 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Optimierung Informationsfluss und Qualität der Dokumentation
Methodik	elektronische KG wird ergänzt durch weitere funktionelle Tools
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen ges. Spital
Evaluation Aktivität / Projekt	In 2016 folgte die Planung der Operations- und Bettenkapazitäten sowie die Einführung des gesamten elektronischen Berichtwesens für den stationären Patienten, die Dokumentation für ambulante Patienten wird schrittweise umgesetzt

Neustrukturierung Qualitätsmanagement

Ziel	Analyse bestehender Aufgaben und Strukturen, Definition von ersten Zielsetzungen und erforderlichen Massnahmen, Umsetzung und Evaluation, Weiterentwicklung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von…bis)	ab 2015 fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Bündeln von Ressourcen, zentrale Übersicht, gezielte und zentral geplante Weiterentwicklung der Leistungen des Spitals
Methodik	stufenweise Vorgehensweise, Mehrjahresplanung
Involvierte Berufsgruppen	gesamtes Spital
Evaluation Aktivität / Projekt	erkennbare Erstellung und Wandlung von Strukturen, schrittweise Implementierung der neuen Vorgehensweisen

Prädikat Familie UND Beruf

Ziel	Anerkennung als Arbeitgeber mit familienfreundlichen und fairen Arbeitsbedingungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von…bis)	Start 2015, Prädikat für 2017 angestrebt
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Präsentation als familienfreundlicher Arbeitgeber
Methodik	Erfüllung eines umfangreichen Kriterienkataloges der Fachstelle "UND"
Involvierte Berufsgruppen	Personalabteilung, Direktion, gesamtes Spital
Evaluation Aktivität / Projekt	fortlaufende Aktivitäten lassen wertvolle Inputs erfahren, Integration aller Mitarbeiterebenen durch Interviews und Ableitung von Massnahmen, Evaluation durch HR und Fachstelle

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2009 eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2016 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse s. Bermerkungen abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechneten und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2016 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

Bemerkungen

Die Daten der IQM sind sehr umfassend und die Indikatoren zahlreich. Eine übersichtliche Darstellung ohne ein professionelles Tool ist daher schwierig. Das Spital Muri wird die Daten aus 2016 und 2017 im Frühjahr 2018 auf der professionellen Plattform, welche vom IQM zur Verfügung gestellt wird, präsentieren. Die Daten werden dann online auf die Homepage gestellt.

In 2016 hat das Spital Muri zudem sein erstes Peer Review ohne grosse Auflagen bestanden. Besprochen wurden 15 Akten zu einem bestimmten Krankheitsbild. Grundlegende Kritik oder fehlerhafte Abläufe hat man nicht gefunden. Als Verbesserungspotenzial wurden zwei Hinweise für eine bessere Dokumentation gegeben, sowie die Änderung von zwei Abläufen diskutiert. Das Spital war sehr zufrieden mit der Systematik der Peer Reviews. Für 2017 ist kein Peer Review Verfahren geplant.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	fortlaufend
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2005
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	fortlaufend
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	Juli 2012
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	fortlaufend
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2013
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2008
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	Universität Zürich http://ibdcohort.ch/	2012
STIS Swiss Teratogen Information Service	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie	Swiss Teratogen Information Service STIS www.swisstis.ch	fortlaufend

SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2011
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/	2015

Bemerkungen
Zusätzliche Erfassung in der Dialyse, welche in unseren Räumlichkeiten durch das Kantonsspital Baden betrieben wird
MONITOR seit 2011

- KDQOL-SF
- SAI
- ADL selbst beurteilt, Fremdbeurteilung
- IADL
- NRS
- Handgripmessung
- 3Min. Gehtest
- BCM
- Sensewear

Die genauen Daten des Beginns der Teilnahme werden aktuell festgestellt und nachgemeldet.

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	**Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet**	**Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment**	**Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment**	**Kommentare**
IVR	Rettungsdienst	2009	2014	
SGI	Intensivstation	2015	2015	
ISO 9001:2008	Dialysestation	2007	2016	Unter der Führung des Kantonsspitals Baden

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

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

Messergebnisse

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Patientenbefragung mit den 6 Fragen hat in 2016 das erste Mal in dieser Fragenzusammenstellung stattgefunden. Ein direkter Vergleich mit den Ergebnissen der Befragung aus den letzten Jahren kann also nicht stattfinden. Die Spitäler im Kanton Aargau haben zusammen mit dem Kanton die Ergebnisse in einem Benchmark miteinander verglichen. Die Abweichungen waren aufgrund der Skalierung nur minimal. Ein Vergleich mit „dem Besten“ im Sinne von „was machen diese anders“ und „was können wir daraus lernen“ konnte also nicht realisiert werden.

Die Spitäler haben übereinstimmend angegeben, dass sie sich auf die spitalinternen Befragungen und Rückmeldungen von Patienten konzentrieren, da diese viel detaillierter und damit aussagekräftiger sind. Spezifische Massnahmen lassen sich so besser ableiten. Das Spital Muri hat im Jahr 2016 verschiedenste Massnahmen zur Weiterentwicklung der Professionalität seiner Leistungen umgesetzt.

Zum einen ist dort der Bereich Pflegedienst. Hier wurde das Thema „Führen mit Jahreszielen“ vertieft, welches bereits in 2015 sehr erfolgreich umgesetzt und auch im SBK Kongress präsentiert wurde. Die Stationen haben gemeinsam individuelle Jahresziele erarbeitet, und diese umgesetzt, z.B. Inkontinenzwoche mit externen Interessierten, die Einrichtung eines «Zimmer des Horrors» und eine Schnitzeljagd zur Erkennung potenzieller Gefahrenquellen für Patienten.

Des weiteren haben etliche Umstrukturierungen im Spital Muri stattgefunden, welche sowohl die Infrastruktur als auch die Arbeitsabläufe im Sinne von Patientensicherheit und Patientenkomfort verbessert haben und in Zukunft noch weiter verbessern werden. Viele Details werden in diesem Bericht aufgezeigt.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH

Bemerkungen
Die Ergebnisse, wie sie in dem Qualitätsbericht abgebildet werden sollen, stehen noch nicht zur Verfügung.
Aus diesem Grund können sie hier nicht detalliert veröffentlicht werden.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Muri
Ombudsstelle
Corinne Schuhmacher, Thekla Winiger
Sekretariat Pflegedienstleitung
056 675 12 02
ombudsstelle@spital-muri.ch
Mo-Do 9.00-11.00 Uhr

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Die nächste Befragung ist für 2017 geplant

Generell führen wir Mitarbeiterbefragungen in gewissen Abständen durch. Die letzte Befragung fand in 2014 statt, die nächste reguläre Befragung ist für das Jahr 2017 angedacht.

Immer wieder werden jedoch im Rahmen von Interviews zu verschiedenen Themen Mitarbeiter aller Ebenen hinzugezogen, z.B. im Rahmen des angestrebten Labels "Familie UND Beruf", für die Beurteilung des Aussenauftrittes einzelner Abteilungen, oder zur Planung von Gesundheitsfördernden Massnahmen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2014 durchgeführt.
Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2017.
Die Befragung hat im gesamten Spital stattgefunden

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	QM Riedo
Methode / Instrument	Qualis Evaluation

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Bedürfnisse und Zufriedenheit der Zuweiser

Die Spitalleitung kümmert sich persönlich in Einzelgesprächen um die Bedürfnisse und Zufriedenheit der zuweisenden Ärzte.
Eine professionelle Messung wird für die Zukunft überlegt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Die Gespräche werden mit allen zuweisenden Ärzten jeder Fachrichtung durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Bei Bedarf wird ein internes Massnahmenpaket durch die Spitalleitung und den CEO zusammengestellt, zugeschnitten auf die individuellen Befragungsergebnisse.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse		2012	2013	2014	2015
Spital Muri					
Beobachtete Rate	Intern:	3.37%	3.02%	3.32%	-
	Extern:	0.48%	1.43%	0.57%	-
Erwartete Rate (CI* = 95%)		4.01%	4.03%	3.80%	3.79% (3.50% - 4.08%)
Verhältnis der Raten***					0.97
Ergebnis** (A, B oder C)		B (Daten aus 2012)	A (Daten aus 2013)	B (Daten aus 2014)	B (Daten aus 2015)

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

** Wertung der Ergebisse:
A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Bisher kam die Auswertungen immer mit einem Jahr Verspätung und nur in Form von wenigen Zahlen in die Spitäler. Eine Ableitung von Massnahmen wurde damit praktisch unmöglich. Das Spital Muri hat in 2016 an einem Pilotprojekt zur Optimierung der Auswertungsmöglichkeiten teilgenommen. Gemeinsam und auf Grundlage einer neuen Software einer IT Firma wurde das Monitoring extrem verbessert. Wir können nun die Auswertungen intern sehr viel schneller, übersichtlicher und bis auf die Patientenebene herunter analysieren. Das wird uns eine zeitnahe Ableitung von allfällig erforderlichen Massnahmen sehr erleichtern.

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.	
Spital Muri			
Anzahl auswertbare Austritte:		5927	

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).
Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse	2012	2013	2014	2015
Spital Muri				
Beobachtete Rate	2.12%	1.15%	1.59%	1.47%
Erwartete Rate (CI* = 95%)	2.04%	1.61%	1.60%	1.57% (1.39% - 1.74%)
Verhältnis der Raten***				0.94
Ergebnis** (A, B oder C)	B (Daten aus 2012)	A (Daten aus 2013)	B (Daten aus 2014)	B (Daten aus 2015)

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

** Wertung der Ergebisse:
A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Bisher kam die Auswertungen immer mit einem Jahr Verspätung und nur in Form von wenigen Zahlen in die Spitäler. Eine Ableitung von Massnahmen wurde damit praktisch unmöglich. Das Spital Muri hat in 2016 an einem Pilotprojekt zur Optimierung der Auswertungsmöglichkeiten teilgenommen. Gemeinsam und auf Grundlage einer neuen Software einer IT Firma wurde das Monitoring extrem verbessert. Wir können nun die Auswertungen intern sehr viel schneller, übersichtlicher und bis auf die Patientenebene herunter analysieren. Das wird uns eine zeitnahe Ableitung von allfällig erforderlichen Massnahmen sehr erleichtern.

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 chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).	
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).	
Spital Muri			
Anzahl auswertbare Operationen:		3956	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen **2016** (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen **2016** (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % 2013	2014	2015	adjustierte Infektionsrate % **2016** (CI*)
Spital Muri						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	18	0	-	4.30%	7.60%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	32	7	0.00%	8.40%	12.50%	27.70% (9.30% - 40.00%)
Kaiserschnitt (Sectio)	152	2	-	0.60%	1.10%	1.20% (0.20% - 4.70%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen **2015** (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen **2015** (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % 2012	2013	2014	adjustierte Infektionsrate % **2015** (CI*)
Spital Muri						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	171	3	-	-	3.10%	1.60% (0.40% - 5.00%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse der Erfassungsperiode 2015/2016 stellen uns nicht zufrieden.

1. Wir stellen die Einschlusskriterien für Dickdarmoperationen in Frage, und sind in fortlaufendem Dialog mit der Swissnoso. Bei über 200 Eingriffen aufgrund von Erkrankungen des Dickdarms konnten wir nach den Swissnoso Kriterien nur 32 Patienten einschliessen. Für diese geringe Anzahl an Patienten erachten wir das Ergebnis als nicht repräsentativ.

2. Aufgrund der Ergebnisse haben wir uns entschlossen, ein umfangreiches Massnahmenpaket zur Reduktion der gemessenen Infektionen umzusetzen. Es handelt sich neben der Optimierung der präoperativen Vorbereitung (Haarklipping, Hautwaschung, Antibiotikagabe) auch um Abläufe im Operationsbereich selber (z.B. Produkte und Durchführung der Hautdesinfektion). Hierzu gehören neben Schulungen auch die regelmässige Kontrolle der Einhaltung der hygienischen Vorgaben.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

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

Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
Spital Muri				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	3	2	0	2
In Prozent	4.60%	3.00%	0.00%	2.70%

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Dieser Wert ist gleichbleibend niedrig, und liegt weiterhin unterhalb des schweizweiten Vergleichswertes von 3.3 %. Trotzdem finden im Pflegedienst jährliche Auffrischungen zum Thema Sturz statt. Im Juli richteten wir ein «Zimmer des Horrors» ein, indem wir verschiedene Gefahrenquellen mit Sturzgefahr für den Patienten aufbauten. So wurden die Pflegenden und interessierte anderen Mitarbeiter auf eine positive Art sensibilisiert, welche einfachen Massnahmen man ergreifen kann, um Stürze zu minimieren - übrigens auch ein interessantes Thema für den eigenen Haushalt.

Im Anhang 2 findet sich ein informatives Plakat zu dieser Schulungaktion.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

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

Spital Muri

Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	73	Anteil in Prozent (Antwortrate)	65.70%

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

	Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Spital Muri						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 2-4	2	2	1	3	4.10%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	1	1	2	2.70%

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Dieser Wert stellt uns nicht zufrieden. Wir konnten jedoch die Probleme bei den beiden entstandenen Dekubiti genau feststellen. Als Sofortmassnahme wurden die Pflegeexpert/innen bei neu jedem auftretenden Dekubitus schnellstmöglich hinzugezogen und konnten so die individuellen Massnahmen anpassen und evaluieren.

Im Pflegedienst finden jährliche Auffrischungen zum Thema Dekubitusprophylaxe statt. Im Juli richteten wir ein «Zimmer des Horrors» ein, indem verschiedene Gefahrenquellen (so auch Wundliegen) für den Patienten aufgebaut und abgefragt wurden. Pflegende konnten so ihr Wissen testen und erweitern. Zudem fand eine Themenwoche zu "Inkontinenz" satt. Hier war ein Schwerpunkt die Sorge für intakte Hautverhältnisse. Im interprofessionellen Behandlungsteam wurden Produkte getestet, Anwendungen nach den neuesten Richtlinien geschult und in der Praxis umgesetzt.

Im Anhang 2 findet sich ein informatives Plakat zu dieser Schulungaktion.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

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

Spital Muri

Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	73	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	65.70%

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Prävalenzmessung freiheitsbeschränkenden Massnahmen ANQ

Stichtagsmessung: an einem Tag im Jahr wird schweizweit auf freiwilliger Basis die Prävalenz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen sowie die Umstände, Hilfsmittel etc erfasst.

Diese Messung haben wir vom 08.11.2016 bis 08.11.2017 durchgeführt.
gesamtes Spital ohne Geburtenabteilung
Teilnehmende Patienten waren alle stationären Patienten über 18 Jahren bei vorliegender mündlicher Einverständniserklärung

Folgende Ergebnisse wurden erreicht

	2016			2015		
	Anzahl	Prozent	CH weit	Anzahl	Prozent	CH weit
FBM	2	2.70%	9.30%	4	6%	9%
Teilnehmer	73			67		

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Wir sind mit dem Ergebnis zufrieden, der Prozess um die Anordnung und tägliche Kontrolle von freiheitsbeschränkenden Massnahmen ist gut etabliert und wird täglich dokumentiert.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	ANQ Messung
Methode / Instrument	Prävalenzmessung freiheitsbeschränkende Massnahmen

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 IQM

Methodik
Die IQM Methodik zur Verbesserung der medizinischen Qualität basiert auf drei Grundsätzen, zu deren Wahrung sich die IQM Mitglieder freiwillig verpflichten:

- Messung medizinischer Ergebnisqualität auf Basis von Routinedaten
- Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität mit Peer Reviews durch die Optimierung von Behandlungsabläufen und –strukturen
- Transparenz der erreichten Qualitätsergebnisse durch deren Veröffentlichung

Die IQM Mitgliedskrankenhäuser setzen im ersten Schritt auf die direkte Messung der medizinischen Ergebnisqualität. Dadurch stellen sie den Patienten in den Mittelpunkt ihrer Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung.

Im zweiten Schritt werden mit dem IQM Peer Review Verfahren Behandlungsprozesse mit auffälligen Ergebnissen von internen und externen medizinischen Fachexperten anhand konkreter Behandlungsfälle auf mögliche Fehler und Schwachstellen bei Abläufen und Strukturen hin untersucht. Diese Erkenntnisse dienen den Verantwortlichen vor Ort anschließend zur zielgenauen Umsetzung von Maßnahmen, die der Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität dienen.

Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen wird durch die erneute Messung der Ergebnisqualität überprüft.Die Veröffentlichung der erreichten Qualitätsergebnisse, auch und gerade bei verbesserungswürdigen Ergebnissen signalisiert Patienten und der Öffentlichkeit die Bereitschaft des Spitals, konsequent weiter auf dem Pfad kontinuierlicher Verbesserungen voranzuschreiten.

Patienten und einweisenden Ärzten dienen die Qualitätsergebnisse zur Orientierung bei der Wahl eines Krankenhauses.Transparenz und Peer Review sind Ausdruck einer von IQM geförderten offenen Fehlerkultur, die Voraussetzung für die nachhaltige Verbesserung der medizinischen Qualität ist.

vgl.: https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitatsmethodik/

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Die Messung hat im gesamten Spital stattgefunden

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Ab 2018 werden die wir Ergebnisse mit Hilfe der professionellen Plattforrm der IQM veröffentlichen.
Da die Ergebnisse zu umfangreich sind, um das ohne eine Plattform zu tun, verzichten wir dieses Jahr darauf.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Erweiterung KIS

Projektstart 2013
Dauer geplant bis ca Mitte 2017, verlängert bis Ende 2017

Projektziel: Einführung Klinikinformationssystem und damit übersichtliche und transparente Arbeit in EINEM Softwaretool - Reduktion weiterer vorhandener Software: stationäre KG, Planung der ambulanten Sprechstunden, Planung der stationären und ambulanten Patienten, Leistungserfassung, Operations- und Anästhesiedokumentation, Berichtwesen ambulant und stationär, internes elektronisches Anmeldewesen

Methodik
Klassisches Projektmanagement in den erforderlichen Schritten: Analyse der vorhandenen Abläufe, Erstellung Pflichtenheft, Ausschreibung, Auswahl des Anbieters, gemeinsame Entwicklung der erforderlichen Details, Aufteilung in Teilprojekte mit Verantwortlichen, Integration der einzelnen Bausteine in die jeweiligen Abteilungen, Konsolidierung, Weiterentwicklung und Straffung

Involvierte Gruppen: gesamtes Spital

Erkenntnisse: es dauert immer länger als man plant!

Massnahmen: künftige Projekte mit mehr Zeitpuffern planen

18.1.2 Einführung Isolationskonzept

Kleinprojekt / Anpassung von Arbeitsabläufen

Projektstart
2015

Projektziel
=> umfassende Überarbeitung des neuen Isolationskonzeptes

Vorteile
=> Das Isolationskonzept umfasst erregerspezifische Massnahmenpakete, die als Baukastensystem kombiniert werden.
=> mehr persönliche Kontakte für den Patienten, da die Schutzmassnahmen einfacher anzuwenden sind.
=> Individuell nach Erkrankung besteht die Möglichkeit, das Zimmer unter besonderen Auflagen verlassen zu dürfen
=> ein grosser Komfortzuwachs für den Patienten und die Mitarbeiter
=> Steigerung der persönlichen Zufriedenheit udn damit Verkürzung der Genesungszeit

Projektablauf / Methodik
=> Evaluation des bestehenden Konzeptes im Rahmen der Abschlussarbeit zur Spitalhygieneexpertin
=> Literaturrecherche bzgl internationaler Neuerungen
=> Überarbeitung und Anpassung spitalspezifisch
=> Pilotstation
=> Evaluation auf Vollständigkeit
=> Schulung gesamtes patientennahes Personal
=> Umsetzung
=> Isolationsvisite

Involvierte Berufsgruppen:
=> Spitalhygiene
=> Pflegedienst
=> alle Fachabteilungen

Projektevaluation / Konsequenzen

- **Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen**
  Umsetzung funtkioniert
  Zusammenfassung der einzelnen Massnahmenpakete auch noch als Übersicht auf einem Blatt schafft bessere Übersicht

18.1.3 Etablierung M&M Konferenz und CIRS Systematik

Projektart
Überarbeitung bestehender Methodiken

Projektziel
Steigerung der effizienten Bearbeitung
Steigerung der Transparenz
Steigerung der Akzeptanz im Spital

Projektablauf / Methodik
Evaluation bestehende Methoden
Literaturrecherche, Interviews über Erwartungen
Zusammenstellung von optimalen Vorgehnsweisen
Besprechung mit Verantwortlichen PErsonen/Gruppen
Umsetzung
Evaluation fortlaufend

Involvierte Berufsgruppen:
QM, CÄ aller Abteilungen
CIRS Gremium

Projektevaluation / Konsequenzen

- **Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen**
  es gibt kein "best of" das ist in jedem Spital anders, wichtig ist, dass die oberste Leitung dahinter steht

- **Stand der Umsetzung von Massnahmen**
  am Schwierigsten ist die schnelle und strukturierte Umsetzung von Massnahmen

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Ärztliche Leitung der Notfallstation

Projektart
Neustrukturierung Ärztliche Betreuung im Notfall

Projektziel
Gewährleistung einer kontinuierlichen, qualitativ hochstehenden kaderärztliche Betreuung
kurze Wartezeiten für Patienten
festen Ansprechpartner für den Pflegedienst und die auszubildenden Ärzte

Projektablauf / Methodik
Analyse bestehenden Rückmeldungen und Abläufen
Definition von Zielen für die Patientenbetreuung auf dem Notfall
Abwägen von Alternativen (inhouse Umstrukturierung, Neuschaffung einer Stelle)
Ausschreibung, Bewerbungsvorgang
Einstellung, Einarbeitung
Start der Neustrukturierung von Abläufen

Involvierte Berufsgruppen
Chefärzte aller Abteilungen
Notfallabteilung

Projektevaluation / Konsequenzen
Wir sind begeistert von der neuen Kontinuität in der Betreuung der Patienten auf dem Notfall und der Sicherstellung eines festen Ansprechpartners.

18.2.2 Klinikmanager Chirurgie

Projektart
Administrative und organisatorische Neugestaltung chirurgische Klinik

Projektziel
Sicherstellung frühzeitige und arbeitsrechtlich konforme Dienstplanung der Assistenz- und Oberärzte der chirurgischen Klinik
Organisation und administrative Führung der chirurgischen Klinik und die Unterstützung des Chefarztes in administrativen Belangen.

Projektablauf / Methodik
Analyse der vorhandenen Abläufe, Rückmeldung und aufgetretener Fragestellungen
Abwägen von Alternativen
Stellenprofil ausarbeiten, abstimmen, Bewerbungsverfahren
Einarbeitung Klinikmanagerin
Erneute Anlyse der anstehenden Aufgaben und Umfang der Aufgaben definieren
Einarbeitung, Analyse Aufgabenumfang

Involvierte Berufsgruppen
Chirurgische Abteilung
Unternehmensentwicklung

Projektevaluation / Konsequenzen
Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen
die Funktion der Klinikmanagerin ist in der Zwischenzeit aus dem Klinikalltag nicht mehr wegzudenken

18.2.3 Umsetzung arbeitsrechtskonformes Dienstplanmodell für Assistenz- und Oberärzte

Projektart
Umsetzung einer arbeitsrechtkonformen Dienstplanungsmodell für Assistenz- und Oberärzte

Projektziel
Entwicklung von arbeitsrechtkonformen Dienstplanungs- und Organisationskonzepten in jeder Klinik
Senkung der Soll-Arbeitszeit für Assistenz- und Oberärzte von 50 auf 46 Stunden - bei gleichem Lohn

Projektablauf / Methodik
Analyse vorhandener Dienstpläne anhand der Vorgaben des Arbeitszeitgesetztes und in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsinspektorat und der VSAO
Darstellung einer arbeitsrechtkonformen Dienstplangestaltung inkl Veränderung der Aufgabenspektren
Einführung von neuen Arbeitsschichten, Anpassung der Organisation von Nacht- und Pikettdiensten
Schulung und Diskussion in den Teams
Anpassung von Aufgaben und Zeiten
Schaffung von neuen Stellen

Involvierte Berufsgruppen
Alle Abteilungen, Unternehmensentwicklung, HR

Projektevaluation / Konsequenzen
Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

- Im Rahmen dieser Anpassungen wurde deutlich, warum das seit 2006 auch für die Assistenz und Oberärzte geltende Arbeitsgesetz in der Schweizer Spitallandschaft kaum Beachtung findet. Eine konsequente Umsetzung ist mit sehr hohen Personalkosten verbunden, die Qualität der Patientenbetreuung sinkt aufgrund der vielen Schichtwechsel deutlich und die operativ tätigen Ärzte lehnen sich aktiv gegen arbeitsgesetzkonforme Dienstpläne auf. Ihrer Ansicht nach leidet die Ausbildung darunter (operative Erfahrung), die Arbeitsrhythmen sind unattraktiv und pro Jahr entfallen mehrere Wochen Freizeit, welche früher aufgrund der Überzeit zusätzlich zu den Ferien bezogen werden konnten. Es ist deutlich spürbar, dass der VSAO mit seiner Forderung nach einer konsequenten Anwendung des Arbeitsgesetzes nicht die Haltung aller VSAO-Mitglieder vertritt

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 aktuell keine Zertifizierungsprojekte

Die IPS Zertifizierung ist abgeschlossen und aktuell stehen keine weiteren Zertifizierungen an.

19 Schlusswort und Ausblick

Das Spital Muri hat im vergangenen Jahr viele Schritte unternommen, um die Infrastruktur, die personellen Ressourcen und die Abläufe für Patienten und Mitarbeiter zu verbessern. Auch im laufenden Jahr sind weitere Massnahmen geplant, die Ideen für 2018 sind sinnvolle Folgen dieser Veränderungen.

Qualität ist für uns ein Gesamtpaket. Die medizinische Dienstleistung muss kompetent und professionell und nach neuesten medizinischen Kenntnissen erbracht werden – unter Berücksichtigung der Vorstellung der Patienten und in Diskussion mit ihm als betroffener Person. Wir bieten unsere Dienstleistungen in der Nähe von „zu Hause“ an – als Alternative aber auch in Zusammenarbeit mit den grossen Zentrumsspitälern und in Partnerschaft mit den nachbetreuenden Organisationen. Die menschliche Betreuung ist persönlich, der Patient und sein Angehörigen stehen im Mittelpunkt einer familiären aber doch professionellen und fachlich erstklassigen Betreuung. Die Ergebnisse der Behandlung werden beobachtet und bei Bedarf durch umfangreiche Massnahmen verbessert. Die Patientensicherheit ist jederzeit auf hohem Niveau gewährleistet.

Die Mitarbeitenden sind unser wichtigstes Kapital. Für sie und mit ihnen versuchen wir einen wertschätzenden und respektvollen Umgang miteinander zu schaffen. Interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation stellen den Patienten in den Mittelpunkt – Teamfähigkeit und Fachkompetenz sind die wichtigsten Eigenschaften der Mitarbeiter. Das Spital verpflichtet sich der Förderung von professionaler Führung, einer Optimierung jeglicher Kommunikation und der Weiterentwicklung seiner Mitarbeitenden. Ausserdem unterstützt das Spital die Mitarbeitenden durch familienfreundliche Arbeitsstrukturen und Arbeitsbedingungen.

Das ist unser Ziel - abgeleitet von Ihren Wünschen und basierend auf den Vorstellungen unserer Mitarbeiter und der Klinikleitung. In einigen Punkten haben wir es schon erreicht, andere werden wir noch weiter verbessern.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen in unsere Arbeit!

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: Jahresbericht

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie

Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Wer kennt den «Raum des Horrors» (nicht)?

SPITAL MURI

Andrea Käppeli, RN, Pflegeexpertin (MScN cand.); Ruth Engeler, RN, Pflegedienstleiterin; Manfred Schmid, RN, Stv. Pflegedienstleiter
alle: Spital Muri, Muri (Aargau)

Gefahren der Patientensicherheit erkennen und ihnen entgegen zu wirken sind wichtige Ziele einer starken Pflege. Eine einfache Möglichkeit des Lernens im realen Umfeld wird in einem freigestellten Patientenzimmer als «Raum des Horrors» konstruiert. Pflegende und weitere Personen aus dem Behandlungsteam beurteilen die Situationen vor Ort und schärfen damit den Blick für Gefahren. Sie entwickelten auf kreative und lustvolle Weise Lösungen für ihren beruflichen Alltag.

Gefahren

- Verwechslungen
- Unkorrekter Einsatz von Hilfsmitteln
- Fehler in Medikation
- Lücken im Informationsfluss
- Gefahren in der Umgebung
- Thrombose
- Dekubitus
- Sturz
- Infekte
- Mangelernährung

Hintergrund & Problemstellung

Gefahren bezüglich Patientensicherheit lauern überall. Patient/innen werden nicht nur durch ihre Erkrankung gefährdet – in hohem Masse lauern auch bei der Pflege und Behandlung Gefahren [1]. Oft sind diese nicht spektakulär – sondern in alltäglichen Situationen anzutreffen.

Bis zu 8 – 12% der hospitalisierten Patient/innen erleiden unerwünschte Ereignisse [2].

Erkennen von Sicherheitsrisiken setzt Fachwissen und Erfahrung voraus. Das Anwenden in praxisnahen Situationen stellt daher ein wichtiges Training für den Alltag dar [3, 4].

Ziele

Den Blick für die Gefahren im Spitalalltag zu schulen ist das Hauptziel des «Raum des Horrors». Damit wird das Behandlungsteam sensibilisiert, gemeinsam gelernt und die Grundlage für eine wirkungsvolle Sicherheitskultur im Alltag geschaffen [5].

Umsetzung

- Vollständig eingerichtetes Patientenzimmer für zwei unterschiedliche Patienten: verschiedene Risiken sind mittels klinischer Einschätzung, der elektronischen Dokumentation (fiktiv angelegt) und umgebungsbedingten Faktoren erkennbar.
- Aufgabenstellung: möglichst viele Gefahren erkennen und Lösungen diskutieren.
- Sofern in ihrem Alltag ein freies Zeitfenster entsteht, ist im «Raum des Horrors» die Suche nach Sicherheitsrisiken möglich.

Ergebnisse & Diskussion

- Beobachteter Effekt stimmt zuversichtlich → besonders die Kombination von Aufgabenstellung, Präsenz und Austausch wirkte sich positiv auf das Lernen aus.
- Sicherheitsrisiken im «Raum des Horrors» lassen sich laufend verändern → neue Herausforderungen entstanden.
- Es wurden mehr (zusätzliche!) Lösungen gefunden als überhaupt angedacht wurde → Wettbewerbscharakter verstärkte den Lerngewinn.

Fazit & Empfehlung

Gemeinsames Lernen in lustvoller Umgebung, eigenverantwortlich und zeitunabhängig ist motivierend, inspirierend und kreativ. Dieser «Selbstläufer» zur Schärfung des Blickes auf die Patientensicherheit kann ohne grossen Aufwand eingerichtet werden.

Gefahren erkennen

- Patientenruf ausser Reichweite
- Dokumentation: Informationsfluss, fehlende Angaben
- Umsetzung Therapieempfehlungen: z.B. Trinkmenge falsch, Getränke trotz nüchtern
- Lichtverhältnisse: Zimmer = dunkel
- Sauberkeit / Hygiene: Infektquellen, Blumentopf mit Erde usw.
- Indikation des Dauerkatheters fraglich; Urin mit Infektzeichen
- Hilfsmittel wie Orthogilet nicht korrekt angewendet
- Verwechslung: Patientenidentifikation ungenügend
- Ordnung: Stolperfallen, nasser Boden, Unordnung
- Medikation trotz Allergie

Der «Raum des Horrors» ist «learning on the job» – gemeinsam im realen Umfeld lernen lohnt sich und macht Spass!

Literatur:
[1] Conen, D.; Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit; Bedeutung einer Wirkungsevaluation; Bundesgesundheitsblatt, Springerverlag, 2011; 54:171-175.
[2] Vincent, C.; Stiftung für Patientensicherheit (Hrsg.); Das ABC der Patientensicherheit, Schriftenreihe der Patientensicherheit 2012; No. 4.
[3] Kohn, LT.; Corrigan, JM.; Donaldson, MS.;(Hrsg); To err is human; Building a safer health system; Institute of Medicine; National Academy Press, Washington; 1999
[4] Schwappach, D.; Raum des Horrors – die Aufmerksamkeit für Patientensicherheits-Risiken trainieren. Stiftung für Patientensicherheit Schweiz; Paper of the Month, 2016; 59.
[5] Farnan, JM., Gaffney S., Poston JT., et al.; Patient safety room of horrors: a novel method to assess medical students and entering residents' ability to identify hazards of hospitalisation , BMJ Quality and Safety 2016; 25:153–158.

Kontakt:
Andrea Käppeli, Pflegeexpertin Spital Muri, Spitalstrasse 144, 5630 Muri, Tel. 056 675 12 01, andrea.kaeppeli@spital-muri.ch

Bildquelle:
Bilder: Carolin Teufelberger, Spital Muri, 2017

Herausgeber

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

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

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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa

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

Weitere Gremien

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.
Siehe auch: www.anq.ch

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

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