

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.05.2018
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 2017.

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2017

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	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	17
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	18
4.5 Registerübersicht	19
4.6 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	21
Befragungen	22
5 Patientenzufriedenheit	22
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	22
5.2 Beschwerdemanagement	23
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	24
7.1 Eigene Befragung	24
7.1.1 Die MA Befragung wurde in 2014 durchgeführt	24
8 Zuweiserzufriedenheit	25
8.1 Eigene Befragung	25
8.1.1 Bedürfnisse und Zufriedenheit der Zuweiser	25
Behandlungsqualität	26
9 Wiedereintritte	26
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	26
10 Operationen	28
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	28
11 Infektionen	30
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	30
12 Stürze	33
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	33
13 Wundliegen	35
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	35
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	37
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	37
14.1.1 Freiheitsbeschränkende Massnahmen im Rahmen der Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus	37
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	

16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
17	weitere Qualitätsmessungen finden Sie im Kapitel 4.4 spital- und klinikeigene Messungen	
18	Projekte im Detail	38
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	38
18.1.1	Salto	38
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	39
18.2.1	Überarbeitung Abläufe Beschwerdemanagement und Patientenzufriedenheit	39
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	39
18.3.1	kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr	39
19	Schlusswort und Ausblick	40
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		41
Akutsomatik		41
Anhang 2		43
Herausgeber		44

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 8000 stationären und rund 20.000 ambulanten Patienten – alles Menschen aus der Region. Durch moderne Infrastruktur, kompetentes Personal und insbesondere eine familiäre Atmosphäre besitzt das Spital Muri einen guten Ruf. Der Patient steht im Mittelpunkt und wird individuell betreut. Nur so kann sich unser Regionalspital von den grossen Zentren abheben.

Im Jahr 2017 hat unser Spital einen Teil seiner Spitalleitung erneuert: Der CEO Dr. med. Daniel Strub hat seine Funktion am 1. Januar übernommen. Im Mai kamen der neue Leiter des Pflegedienstes, Herr Stephan Schärer und im November Herr Emanuel Egger als Leiter Betrieb und Infrastruktur dazu. Das neue Team bringt frische Ideen. So hat der neue CEO neben organisatorischen Neuerungen insbesondere viel Wert auf die Verbesserung der Transparenz und des Informationsflusses gelegt. Neben den etablierten Kader- und Mitarbeiterinformationen besteht nun auch die Möglichkeit, wichtige Entscheide von Bereichsleitungen und der Spitalleitungen in den Protokollen nachzulesen. Zudem kann jeder Mitarbeiter einmal monatlich in direkten Austausch mit dem CEO Fragen stellen und Anliegen persönlich vortragen. Sein Ziel ist die bestmögliche Information an den Mitarbeiter.

Die topmoderne Infrastruktur (Räumlichkeiten, aber auch Einrichtungen und z.B. Softwaresysteme) auszubauen und zu erhalten, ist uns ein wichtiges Anliegen. Im fast fertiggestellten Neubau ist bereits ein grosser Teil des Operationsbereiches in Betrieb genommen worden. Auch die Sterilisationsabteilung, der Notfall, die Radiologie und die Gebärsäle durften in moderne Räume, eingerichtet nach dem neuesten Stand der Technik, umziehen. Im September 2018, zu den Tagen der offenen Tür, soll der Neubau abgeschlossen und bezogen worden sein. Im Herbst 2017 wurde zudem das interdisziplinäre Behandlungszentrum IZ eröffnet. Dort ist die ambulante anästhesiologische, chirurgische und medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten an einem Standort vereint. Für die Patienten und auch die Mitarbeiter bedeutet das eine Anlaufstelle im Haus, eine sehr gute Nutzung von gemeinsamen Ressourcen.

Im vorliegenden Qualitätsbericht möchten wir Sie zudem über die Ergebnisse der verschiedenen Qualitätsaktivitäten und Qualitäts-Messungen informieren. Alles geschieht mit dem Ziel, für Sie als unsere Patienten das grösstmögliche Mass an Sicherheit, Professionalität und Komfort zur Verfügung zu stellen.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Die Qualitätsbestrebungen im Spital Muri werden von der obersten Leitung getragen. Das sind die Mitglieder der Spitalleitung, ergänzt durch die Chefärzte der verschiedenen Fachrichtungen. Auf Basis der Unternehmensstrategie wird die Qualitätspolitik erarbeitet. Daraus werden konkrete Ziele und Massnahmen, welche dazu führen sollen, abgeleitet. Das Qualitätsgremium beauftragt die Leiterin des Qualitätsmanagements (LQM) damit, die verschiedenen Massnahmen gemeinsam mit den Fachabteilungen im Spital zu etablieren. Alle zwei Monate wird dem Qualitätsgremium der Umsetzungsstand der Massnahmen und der Grad der Zielerreichung präsentiert. Bei Bedarf werden die Massnahmen angepasst. Folgende Prozesse / Massnahmen sind z.B. zur Sicherung und kontinuierlicher Verbesserung der Qualität im Spital Muri etabliert:

- ANQ Messungen (Swissnoso, Reoperation und Rehospitalisation, Siris, Patientenzufriedenheit, Prävalenz von Sturz & Dekubitus): Durchführung, Analyse der Ergebnisse und gegebenenfalls Ableitung von Korrekturmassnahmen
- Präsentation Ergebnisse der Initiative Qualitätsmedizin IQM und allenfalls PEER Review Ergebnisse
- Beschwerdemanagement: Freigabe des Konzeptes, Auswertung und ggf. ableiten von Massnahmen
- Wissensmanagement: Dokumentenlenkung und Prozessmanagement beauftragen, kontinuierliche Unterstützung bei der Umsetzung
- Patientensicherheit: Überwachung der Aktualität und Umsetzung des Hygienekonzeptes, Anwendung Checklisten zur Patientensicherheit, Umsetzung des Konzeptes zur Medikamentensicherheit, Auswertung und Lernen aus Ereignissen
- Umsetzung Meldeverpflichtungen Materiovigilanz, Pharmakovigilanz, Hämovigilanz
- Kontrolle der Durchführung und Stand der Massnahmen der M&M Konferenzen
- Kontrolle der Durchführung und Stand der Massnahmen der CIRS Sitzungen

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **120** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Frau Ursula Amstutz
Assistentin Qualität und Hygiene
Spital Muri
056 675 11 36
ursula.amstutz@spital-muri.ch

Dr. med. Daniel Strub
CEO
Spital Muri
056 675 11 88
sekretariatdirektion@spital-muri.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsziele Spital

Qualität der Behandlung auf einem hohen Niveau sicherstellen Fortlaufende Prozessanalyse, und –beschreibung vorhandener und neuer Leistungsangebote, gegebenenfalls Korrektur aufgrund veränderter Strukturen z.B. "Ambulant vor Stationär", Austrittsmanagement, Abläufe Interdisziplinäres Zentrum.

Infrastruktur optimal für die Zukunft bereitstellen Durch den Bezug des Neubaus ist die Einrichtung und Behandlung nach dem neuesten Stand der Technik weiterhin sichergestellt. Im vergangenen Jahr konnten in diesem Zusammenhang drei neue Gebärdäle, modernisierte Operationssäle, eine neuen AEMP sowie eine erweiterte Notfallstation und Radiologie in Betrieb genommen werden. Durch Eröffnung des interdisziplinären ambulanten Zentrums IZ als EINE Anlaufstelle für Patienten für ambulante Sprechstunden können neu Synergien genutzt und die Abläufe verbessert werden.

Der Patientensicherheit verpflichtet Die Sicherheit der Patienten steht bei uns im Mittelpunkt. Die Wirksamkeit organisatorischer Massnahmen in den patientennahen Bereichen wird äusserst professionell und mit fachlich anspruchsvollen Methoden monitorisiert. Als Spital mit einer noch überschaubaren Grösse können wir gemeinsam mit allen Teams daraus lernen. Als Beispiele sind hier die Erfassung und Analyse von Sturzereignissen zu nennen, die Medikamentensicherheit durch die Umsetzung der 6 R Regeln, Patientenfallanalysen im Team sowie moderne Lernmethoden wie der „Raum des Horrors“. Auch hier gilt die Vorgabe: Erfassen von Daten, Analyse von Ursachen, wenn die Daten nicht zufriedenstellend sind, ableiten von Massnahmen und Umsetzung derselben, immer mit dem Ziel „Patientensicherheit first“.

Patientenzufriedenheit erfassen und wiedererlangen Unter dem Stichwort „Meine Meinung“ wird der Patienten zur Qualität unserer Leistungen befragt. Er ist unser wichtigstes Messinstrument für funktionierende Behandlung und Betreuung. Um aus den Ergebnissen wirklich lernen zu können, wurden die Abläufe für Patientenbefragung und Patientenrückmeldungen neu definiert. Die strukturierte Bearbeitung von eingehenden Patientenbewertungen und –rückmeldungen und die interne Kommunikation und damit das Lernen auf allen Ebenen wurden überarbeitet. Eine geregelte Analyse und anschliessend ein Ableiten von Massnahmen (falls erforderlich) wurden etabliert.

Interne Organisation und Kommunikation entlastet und informiert Mitarbeitende Die Organisation und die Ergebnisse von klinischen Projekten stehen und fallen mit den vorhandenen zeitlichen Ressourcen der Fachpersonen, welche sie erarbeiten müssen. Durch die Einstellung einer Projektleiterin für klinische Projekte werden die Qualität der Projektarbeit und die zeitliche Entlastung der klinischen Mitarbeiter gefördert. Das Multiprojektmanagement überwacht zudem die effiziente und systematische Planung von Projekten, die Einhaltung der zeitlichen und personellen Ressourcen und die Zielerreichung, sowie eine einheitliche Dokumentation im Sinne von Wissensmanagement.

Kommunikation und Transparenz sind dem neuen CEO ein wichtiges Führungsgrundsatz. Operative Ziele, Vorgehen zur Zielerreichung und der Stand der Projekte hierfür werden regelmässig kommuniziert. Entscheidungen der Bereichsleitungen und der Spitalleitung werden veröffentlicht und zudem hat jeder Mitarbeiter die Möglichkeit, sich persönlich beim CEO zu informieren. Nur informierte Mitarbeiter sind auch motiviert, die Ziele zu erreichen. Zusätzlich zur internen Kommunikation wurde auch die Darstellung der Leistungen des Spitals nach aussen, an die Patienten direkt, verbessert.

Mitarbeiterzufriedenheit langfristig sichern und damit die Arbeitsmotivation steigern Der Mitarbeiter ist die wichtigste „Zutat“ für einen zufriedenen Patienten. Ihn zu motivieren und zu informieren, von fachfremden Aufgaben zu entlasten, ihm Wissen wie auch Vorgehensweisen strukturiert und nachlesbar zur Verfügung zu stellen, und Schnittstellen bestmöglich und einfach zu organisieren ist unser Ziel. Damit ist auch gleichzeitig die bestmögliche Organisation für den Patienten erzielt.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Eröffnung Interdisziplinäres Zentrum IZ

Im September 2017 konnte das Interdisziplinäre Zentrum mit einer internen Eröffnungsfeier in Betrieb genommen werden. Im IZ ist die ambulante anästhesiologische, chirurgische und medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten an einem Standort vereint. Es können wichtige Synergien genutzt werden, und der Patient hat nur noch eine Anlaufstelle. Die Zusammenführung der verschiedenen Abteilungen erwies sich als Herausforderung. Daher wurde eine externe Firma beauftragt, die Leitung IZ ad interim zu übernehmen und gleichzeitig die Prozesse zu definieren und zu implementieren.

Mit Start des neuen CEO hat sich auch die Kommunikation und Transparenz erneuert

„Ich will nicht nur das Kader darüber informieren was im Spital läuft, sondern alle Mitarbeitenden“, unterstreicht der CEO sein Credo. So werden beispielsweise die Entscheide der Spitalleitung für alle Mitarbeitenden zugänglich gemacht. Traktanden und Protokolle der Spitalleitungs-Sitzungen werden im Intranet publiziert und regelmässige Kader- und Mitarbeitenden-Informationen legen die Hintergründe offen. Ziele des Spitals und der Fortschritt auf dem Weg dorthin sind regelmässige Themen. Ein weiteres Gefäss, das sich «im Austausch mit dem CEO» nennt, untermauert seine transparente Kommunikation auf Augenhöhe, denn einmal monatlich steht seine Türe explizit allen offen, die ihre Anliegen mit ihm besprechen möchten. Und nicht zuletzt informiert auch das neue online Mitarbeitermagazin „Einsichten- Aussichten“ z. B. über verschiedene Aktivitäten, Mitarbeiter stellen sich und ihre Abteilung vor, oder es gibt Rückblicke auf vergangene Anlässe. Damit wollen wir auch weiterhin sicherstellen, das man sich etwas besser kennt.

Bezug der Neubauten: AEMP, OP, Notfall, Radiologie, Gebärsäle

Ab März 2017 konnten schrittweise die neuen Räumlichkeiten bezogen werden. Die neue „Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte – AEMP“ (früher „Steri“) ist im ersten UG in helle und grosszügige Räume gezogen. Der Notfall hat nun weitere, moderne Behandlungsräume für die Versorgung von Patienten, zwei neue Gebärsäle wurden eröffnet, und auch der OP Bereich und die Radiologie konnten ihre neuen Räume beziehen. Insgesamt sind diese Abteilungen nun nach dem neuesten Stand der Technik eingerichtet und bieten sehr viel mehr Platz als früher, so dass die Versorgung der Patienten nun in funktionellen und modernen Räumen stattfinden kann.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

"Meine Meinung"

Aufgrund interner Umstrukturierungen wurden die beiden Prozesse Patientenrückmeldungen und Patientenbefragungen in das Aufgabenspektrum des QM überführt. In Zusammenarbeit mit dem Q-Gremium entstand ein Gesamtkonzept Beschwerdemanagement. Eingehende Patientenmeinungen werden strukturiert und durch eine neutrale Stelle bearbeitet.

Ziel ist es, gemeinsam mit dem Patienten eine Lösung für sein individuelles Anliegen zu finden. Gleichzeitig findet Rücksprache an die einzelnen Beteiligten statt, mit dem Ziel, diese auf die Anliegen der Patienten zu sensibilisieren. Abteilungswert werden die Rückmeldungen kommuniziert, und gegebenenfalls auch auf Spitalebene Massnahmen ergriffen. Die Patienten und auch die Abteilungen geben uns sehr gute Rückmeldung zu diesem Vorgehen.

Aktionswoche Patientensicherheit Die nationale Aktionswoche Patientensicherheit vom 17. bis 22. September 2017 konzentrierte sich in ihrer dritten Durchführung auf das Thema Kommunikation. Das Fokusthema «Speak Up – Wenn Schweigen gefährlich ist» sensibilisierte Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und unsere Mitarbeitenden, Sicherheitsbedenken direkt zu äussern. Während der gesamten Woche fanden verschiedene Aktionen im Haus statt. Beispielsweise waren alle Mitarbeitenden mit Patientenkontakt zu einer Simulationsübung in den «Raum des Horrors» eingeladen. Im Rahmen dieser Übung wurde dazu animiert, sich vertieft damit auseinander zu setzen, Gefahren der Patientensicherheit zu erkennen und abzuwenden. Der Raum bietet eine kreative Möglichkeit des interprofessionellen Lernens im realen Umfeld eines Patientenzimmers. Eine interne Informationsveranstaltung brachte den Interessierten «Speak Up» näher und setzte gleichzeitig den Abschluss der Übung, bei dem alle Gefahren im «Raum des Horrors» offengelegt sowie erörtert wurden. Ziel ist eine stetige Verbesserung und Optimierung der gelebten Sicherheitskultur im Spital Muri, um aus etwaigen Fehlern zu lernen und die Patientensicherheit weiter zu fördern – dazu gehört die Ermutigung zum direkten Ansprechen von Sicherheitsbedenken.

Multiprojektmanagement / Projektmanagement Ein Spital entwickelt sich ständig weiter – neue Leistungsangebote müssen erarbeitet werden, Abteilungen werden zusammengeführt und erhalten neue Prozesse, interne Organisationen müssen neu aufgestellt werden. Solche Projekte professionell zu führen und die klinischen Fachleute, welche gleichzeitig im Tagesgeschäft arbeiten, zu entlasten, ist die Aufgabe der neuen klinischen Projektleitung. Die Aufgabe des Multiprojektleiters hingegen ist es, den Überblick zu behalten und die knappen Ressourcen sinnvoll und effizient zur Zielerreichung des Spitals einzusetzen. Er unterstützt auch bei der Umsetzung und Strukturierung, verschafft sich Überblick über die Fortschritte und behält die Kosten im Blick. Beide Positionen unterstützen eine effiziente und sinnvolle Weiterentwicklung der Prozesse und Leistungsangebote im Spital für Sie als unsere Patienten.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Prozessmanagement

Im Frühjahr 2018 ist das Projekt "Prozessmanagement" im Spital gestartet. Neben einer Arbeitsgruppe, welche die erforderliche Software evaluiert, werden in einer weiteren AG die Details und das Vorgehen in der künftigen Prozessbearbeitung vorbereitet. Ziel ist die Einführung der Software und der Start der Erarbeitungen noch in 2018. Das Spital verspricht sich von der Darstellung der Prozesse eine bewusste Durchsicht und ggf. Optimierung der bereits vorhandener Vorgehensweisen. Schnittstellen werden besser berücksichtigt, und der Weg des Patienten in den verschiedenen Abteilungen vereinfacht.

Mitarbeiterbefragung

Zufriedene Mitarbeitende sind die wichtigsten „Zutaten“ für die hohe Qualität der Dienstleistungen im Spital und für zufriedene Patientinnen und Patienten. Von April bis Mitte Mai 2018 fand daher im Spital Muri die Mitarbeiterbefragung statt. Noch vor den Sommerferien wird die Auswertung vorliegen. Durch das Befragungsinstitut werden Handlungsfelder vorgestellt und daran angelehnt durch die Bereichsleitungen erforderliche Massnahmen ausgearbeitet. Diese werden nach den Sommerferien vorgestellt und die Umsetzung dann angegangen. Wir erhoffen uns durch dieses Vorgehen eine bessere Ausrichtung der Arbeitsplatzbedingungen auf die Bedürfnisse unserer Mitarbeiter.

Hygiene

Seid Februar 2018 ist die neue Leitung Spitalhygiene im Amt. Als Fachfrau mit langjähriger Berufserfahrung wird sie als kompetente Ansprechpartnerin in Sachen Spitalhygiene die Führungskräfte und Mitarbeitenden in allen Fachbereichen unterstützen. Neben der Weiterentwicklung des Hygienemangements und den begleitenden Schulungen wird sie insbesondere auch vor Ort mit den Mitarbeitenden die Hygienemassnahmen evaluieren und z.B. an die jeweilige Situation des Patienten anpassen. So wird ein weitere Baustein für die Patientensicherheit im Spital bereitgestellt.

Spitalliste 2020

Fit für die Zukunft ist das Motto des Jahres 2018 für das Spital Muri. Unter diesem Motto finden im September die Tage der offenen Tür statt. Aber Fit für die Zukunft sind wir auch für die Spitallandschaft. Wir bewerben uns daher wiederum für die Spitalliste 2020. Die Vorbereitungen laufen bereits seit 2017. Wir streben ein umfangreiches Leistungsangebot an, welches die Grundversorgung von Ihnen als der Bevölkerung wohnortnah sicherstellt.

Tage der offenen Tür

Am 1. und 2. September werden wir Ihnen unser gemeinsames Spital vorstellen. Geplant sind interessante Rundgänge in den neuen Abteilungen und spannende Aktionen rund um den Alltag im Spital. Ein vielseitiges Rahmenprogramm und kulinarischen Spezialitäten runden die beiden Tage ab. Wir freuen uns, Ihnen Ihre Fragen rund um das Spital beantworten zu können.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale 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

- Freiheitsbeschränkende Massnahmen im Rahmen der Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Fortlaufende Sturzerfassung

Ziel	Analyse von Sturzereignissen und Ableitung von Massnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	01.01.-31.12.2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Sturzereignisse im Spital können auch bei guter Betreuung vorkommen. Um diese verhindern zu können, muss man die Ursachen herausfinden und diese möglichst beseitigen bevor etwas passiert
Methodik	Monitoring mittels eigenem Fragebogen
Involvierte Berufsgruppen	Pflegedienst, Physio
Evaluation Aktivität / Projekt	unterjährige regelmässige Auswertungen durch Pflegeexpertin, Fallbesprechungen, Ableitung von Massnahmen falls möglich

Teilnahme an der Studie Inhospital

Ziel	Evaluation und Optimierung des Austrittsprozesses
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Patienten der Medizin, Pflegedienst
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Herbst 2017 bis Herbst 2018
Begründung	Austrittsplanung startet schon bei Eintritt und hat die bestmögliche Versorgung mit Informationen, Hilfsmitteln und Nachbetreuung für den Patienten nach Austritt zum Ziel. Mit Hilfe eines speziellen Tools in der elektronischen Krankenakte wird der Austritt täglich besprochen und kann somit sehr gut vorbereitet und kommuniziert werden.
Methodik	Telefonische Befragung der ausgetretenden Pat nach 14 Tagen - Auswertung der Daten - Implementierung des Tools - nach der Einführung erneute telefonische Befragung der austretenden Patienten - Auswertung der Daten und Vergleich mit den Vordaten
Involvierte Berufsgruppen	Arztdienst Medizin, Pflegedienst
Evaluation Aktivität / Projekt	regelmässige Auswertung durch Studienleitung, Rückmeldung an Studienteilnehmer

Prozesserfassung Interdisziplinäres Zentrum

Ziel	optimal gestalteter Ablauf für Patienten und Mitarbeiter im neuen Sprechstundenbereich
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Interdisziplinäres Zentrum IZ
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Oktober 2017 bis Sommer 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Neue Räume erfordern neue Abläufe
Methodik	Planung, Beschreibung, Einführung, Evaluation und Anpassung der Abläufe
Involvierte Berufsgruppen	IZ Leitung ad interim, Mitarbeitende verschiedene Berufsgruppen IZ, Ärzte Medizin, Anästhesie und Chirurgie
Evaluation Aktivität / Projekt	Herbst/Winter 2018

Transparenz und optimale Kommunikation spitalintern

Ziel	Mitarbeitende aller Berufsgruppen und Hierarchie-Ebenen werden adressatgerecht informiert und können Ihre Meinung positionieren
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	01.01.2017 fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Bestmögliche Information über Ziele und Vorgehen motiviert die Mitarbeitenden in die gleiche Richtung "zu ziehen"
Methodik	Verschiedenste Informationsgefässe (Kader- und Mitarbeiterinfo, Veröffentlichen von Spitalleitungs- und Stiftungsratsinfos, interne Mitarbeiterzeitung online und die Möglichkeit zum persönlichen Austausch mit dem CEO einmal monatlich)
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	fortlaufende Rückmeldungen direkt an den CEO

SALTO

Ziel	Definition und Planung optimale Prozesse ambulanter Patienten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	operative Fächer und Pflege
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Start November 2017 fortlaufen bis Frühjahr 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Seid 2017 müssen definierte Operationen vornehmlich ambulant durchgeführt werden. Durch die Ausweitung der Anzahl der ambulanten Operationen sollen diese nun analysiert und optimal bereitgestellt werden.
Methodik	klassische Projektstruktur mit Projektleitung und Teilprojektleitungen
Involvierte Berufsgruppen	Chirurgie, Anästhesie, Gynäkologie, OP, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Frühjahr 2018 nach Start der Umsetzung aller Operationen ambulant

Überarbeitung Patientenbefragung und Beschwerdemanagement

Ziel	Einheitliche standardisierte Bearbeitung von Rückmeldungen unserer Patienten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	April 2017 bis Dezember 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Durch interne Umstrukturierungen wurden die beiden Themen "Patientenbefragung" und "Patientenrückmeldungen" zusammengelegt und neu durch das Qualitätsmanagement bearbeitet.
Methodik	Erstellung Konzept in Zusammenarbeit mit CEO, Bereichsleitern und Q-Gremium, Umstellung ab November 2017
Involvierte Berufsgruppen	gesamtes Spital
Evaluation Aktivität / Projekt	erfolgt im Sommer 2018 Auswertungen werden regelmässig versandt, Besprechung übergeordnet im Q-Gremium

Bemerkungen

Die benannten Projekte / Aktivitäten sind nur ein kleiner Ausschnitt von den vielfältigen Aktivitäten, welche im Spital durchgeführt werden. Alle Aktivitäten des Spitals beschäftigen sich entweder mit der Verbesserung der Abläufe für den Patienten oder den Mitarbeitern, welche dann wiederum einen positiven Einfluss auf die Leistungen am Patienten haben. Ziel ist in jedem Fall die strukturierte, effiziente Leistungserstellung und zwar auch im Hintergrund, den der Patient nicht so aktiv erlebt.

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 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.

Bemerkungen

Kommunikation der Meldungen spinalintern über mehrere Ebenen:

1. Circa 95 % aller Meldungen werden mitsamt den abgeleiteten Massnahmen und den Analyseergebnissen veröffentlicht
2. besonders prägnante Meldungen werden unter der Rubrik "Fall des Monats" veröffentlicht
3. 2x pro Jahr werden die Fallzahlen, Massnahmen oder interessante Beispiele als "CIRS NEWS" veröffentlicht.

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 der 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 http://www.spital-muri.ch/xml_1/internet/de/application/d87/f89.cfm abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet 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 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.

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 Melde-System 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, Bariatric	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. Gehstest
- BCM
- Sensewear

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	Rezertifizierung in 2018 geplant
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 aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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

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

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Spital Muri	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.08 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.53 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.50 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.38 (0.00 - 0.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.98 (0.00 - 0.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.28 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Da der Fragebogen in 2016 umgestellt wurde, ist ein Vergleich mit den Ergebnissen der Befragungen aus den letzten Jahren schwierig. So können wir nur unsere Bewertungen schweizweit einordnen und sind gespannt auf die Entwicklung in den nächsten Jahren. In der Zwischenzeit konzentrieren wir uns auf unsere eigenen, umfassenderen Patientenbefragungen. Unser Ziel ist es, dass Patienten sich in Muri wohl fühlen und eine qualitativ hochstehende Betreuung und Behandlung erhalten. Rückmeldungen geben uns die Möglichkeit, Optimierungen und gegebenenfalls gezielte Massnahmen einzuleiten.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Spital Muri			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	604		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	305	Rücklauf in Prozent	50.5 %

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Muri

Beschwerdemanagement

Andrea Heiermeier

Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement

056 675 11 00

meinemeinung@spital-muri.ch

Montag-Freitag 8.30-16.00 Uhr

Frau Ursula Amstutz ist ebenfalls im

Beschwerdemanagement tätig

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 MA Befragung wurde in 2014 durchgeführt

Generell führen wir Mitarbeiterbefragungen in gewissen Abständen durch. Die letzte Befragung fand in 2014 statt, die nächste reguläre Befragung wurde bereits im April 2018 durchgeführt und wird im Q-Bericht 2018 beschrieben.

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 Aussenauftrettes einzelner Abteilungen, oder zur Planung von Gesundheitsfördernden Massnahmen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2014 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Die Befragungen wurden im gesamten Spital durchgeführt

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	QM Riedo
Methode / Instrument	2014 Qualis Evaluation / 2018 Mecon

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 2017 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 und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse		2013	2014	2015	2016**
Spital Muri					
Beobachtete Rate	Intern:	3.02%	3.32%	3.99%	4.40%
	Extern:	1.43%	0.57%	-	-
Erwartete Rate		4.03%	3.80%	3.77%	3.97%
Verhältnis der Raten***				0.97	1.11

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Rate von 4.40% Rehospitalisation bezieht sich auf die Gesamtanzahl. Eine Unterteilung in "interne" und "externe" Rehospitalisationen wurde nicht mehr durchgeführt

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. Nachdem das Pilotprojekt erfolgreich verlaufen ist, und das neue Tool in den betrieb überführt wurde, können wir nun die Auswertungen intern sehr viel schneller, übersichtlicher und bis auf die Patientenebene herunter analysieren. Eine zeitnahe Analyse und die Ableitung von Massnahmen sind daher sehr viel einfacher geworden.

Die Daten können z.B. nach Monat, Abteilung, Kostenstelle oder Diagnosegruppe gefiltert werden. Eventuelle Muster kann man so am besten erkennen. Jeder Einzelfall der gewählten Gruppe wird nun analysiert, ob eine Auffälligkeit erkennbar ist. Diese wird dann mit dem jeweiligen behandelnden Chefarzt oder leitendem Arzt besprochen. Falls es keine nachvollziehbare medizinische Erklärung gibt, müssen gegebenenfalls abteilungsweit Massnahmen eingeleitet werden. Alternativ kann der Fall / die kumulierten Fälle auch in einer Mortalitäts- / Morbiditätskonferenz besprochen werden. Hier besprechen die Abteilungen interdisziplinär und interprofessionell die benannten Fälle und leiten, falls erforderlich, Massnahmen ab.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Spital Muri		
Anzahl auswertbare Austritte:	5839	

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	2013	2014	2015	2016 **
Spital Muri				
Beobachtete Rate	1.15%	1.59%	1.47%	0.94%
Erwartete Rate	1.61%	1.60%	1.57%	1.72%
Verhältnis der Raten***			0.94	0.55

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Bisher kamen 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. Nachdem das Pilotprojekt erfolgreich verlaufen ist, und das neue Tool in den betrieb überführt wurde, können wir nun die Auswertungen intern sehr viel schneller, übersichtlicher und bis auf die Patientenebene herunter analysieren. Eine zeitnahe Analyse und die Ableitung von Massnahmen sind daher sehr viel einfacher geworden.

Die Daten können z.B. nach Monat, Abteilung, Kostenstelle oder Diagnosegruppe gefiltert werden. Eventuelle Muster kann man so am besten erkennen. Jeder Einzelfall der gewählten Gruppe wird nun analysiert, ob eine Auffälligkeit erkennbar ist. Diese wird dann mit dem jeweiligen behandelnden Chefarzt oder leitendem Arzt besprochen. Falls es keine nachvollziehbare medizinische Erklärung gibt, müssen gegebenenfalls abteilungsweise Massnahmen eingeleitet werden. Alternativ kann der Fall / die kumulierten Fälle auch in einer Mortalitäts- / Morbiditätskonferenz besprochen werden. Hier besprechen die Abteilungen interdisziplinär und interprofessionell die benannten Fälle und leiten, falls erforderlich, Massnahmen ab.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle 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:	3707	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Spital Muri						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	18	1	4.30%	7.60%	0.00%	7.30% (0.00% - 19.30%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	55	5	8.40%	12.50%	27.70%	10.40% (2.30% - 18.40%)
Kaiserschnitt (Sectio)	46	0	0.60%	1.10%	0.00%	0.00% (0.00% - 7.70%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
Spital Muri						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	186	7	-	3.10%	1.60%	5.90% (2.50% - 9.30%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Kommentar zu den Ergebnissen der Messperiode 01.10.2016 – 30.09.2017

▪ **Appendektomie Kinder / Jugendliche unter 16 Jahre:**

Bei sehr niedriger Fallzahl von 18 Eingriffen im Erfassungszeitraum, liegt die Infektionsrate in einem statistisch nicht signifikanten Bereich. Massnahmen zur SSI Reduktion werden als kontinuierliche Verbesserungsprozesse angesehen.

▪ **Kolonchirurgie**

Bei mässig hoher Fallzahl von 55 Eingriffen im Erfassungszeitraum, konnten wir im Vorjahresvergleich eine signifikante Reduktion der Infektionsrate erreichen. Dennoch sehen wir im Sinne des PDCA Zyklus kontinuierliches Verbesserungspotential unserer Prozesse, speziell in prä- und perioperativen Abläufen. Als Beispiel möchten wir an dieser Stelle die Wiederholungsgabe der perioperativen Antibiotikaprophylaxe bei langen Eingriffen nennen.

▪ **Sectio**

Aufgrund einer internen Umstellung haben wir in Absprach mit der Swissnoso die Kaiserschnitte nur bis Februar erfasst, daher ist die Anzahl der hier erfassten Operationen nicht repräsentativ. Trotzdem konnten wir vergleichend mit den Vorjahren ein sehr gutes Ergebnis erzielen.

Kommentar zu den Ergebnissen der Messperiode 01.10.2015 – 30.09.2016

- **Kniegelenksprothese:** Bei einer Fallzahl von 186 Eingriffen im Erfassungszeitraum, mussten wir im Vorjahresvergleich eine Erhöhung der Infektionsrate verzeichnen. Dieser unerfreulichen Entwicklung wurde zeitnah entgegengewirkt und eine Reihe an Massnahmen umgesetzt, ebenso neue Standards festgelegt. Massnahmen zur SSI Reduktion in der Prothetik werden priorisiert und als kontinuierlicher Verbesserungsprozess gewertet.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
Spital Muri				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	0	2	0
In Prozent	3.00%	0.00%	2.70%	0.00%

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Dieser Wert ist gleichbleibend niedrig, und liegt weiterhin unterhalb des schweizweiten Vergleichswertes von 3.5 %. Trotzdem finden im Pflegedienst jährliche Auffrischungen zum Thema Sturz statt. Im September richteten wir einen "Raum 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.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Spital Muri			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	68	Anteil in Prozent (Antwortrate)	79.10%

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Spital Muri						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	1	1	2	0	0.00%

** 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Dieser Wert ist gleichbleibend niedrig, und liegt weiterhin unterhalb des schweizweiten Vergleichswertes von 3.5%. Trotzdem finden im Pflegedienst jährliche Auffrischungen zur Prävention von Dekubiti (Wundliegen) statt. So organisiert die Arbeitsgruppe Pflege regelmässig interne Schulungen zum Thema (neue und vorhandene) Hilfsmittel. Ein besonderer Schwerpunkt im Jahr 2017 war die Überarbeitung und Schulung des Angebotes an Hilfsmitteln für schwergewichtige Patienten.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Spital Muri			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	86	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	79.10%

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 Freiheitsbeschränkende Massnahmen im Rahmen der Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus

Stichtagsmessung: an einem Tag im November wird schweizweit auf freiwilliger Basis die Prävalenz (das Vorhandensein) von freiheitsbeschränkenden Massnahmen sowie die begleitenden Umstände, Hilfsmittel etc. erfasst.

Diese Messung haben wir vom 14.11.2017 bis 14.11.2017 durchgeführt.

gesamtes Spital

=> Älter als 18 Jahre

=> stationärer Aufenthalt

=> keine Geburt

=> Patient oder Vertreter des Patienten war einverstanden

Prävalenz freiheitsbeschränkende Massnahmen: 1 von 68 Patienten war betroffen = 1,5%

Prävalenz schweizweit: 11% der Patienten waren betroffen

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. Die Massnahmen war in diesem Fall erforderlich und der Patient war damit einverstanden.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	LPZ
Methode / Instrument	Prävalenzmessung freiheitsbeschränkende Massnahmen

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Salto

- Projektart: klassisches Projekt mit Projektleiter und involvierten Experten aus den verschiedenen Berufsgruppen, Teilaufgaben haben eigene Teilprojektleiter
- Projektziel: die ambulanten Patienten sollen einen optimalen, auf ihre Bedürfnisse ausgerichteten Ablauf am OP Tag selber, vorher (Sprechstunden, Aufklärung) und auch nachher (postoperative Betreuung, Schmerzen, was tun bei Fragen) vorfinden. Der ambulante Patient soll sich genauso gut betreut fühlen wie der stationärer Patient auch.
- Projektablauf / Methodik: Analyse vorhandener Abläufe, klären betroffener Eingriffe, Setzen von Zielen und Zeitplanung, Bearbeitung der einzelnen Aufgabenpakete in kleineren Gruppen, Schnittstellen definieren, Probelauf organisieren, begleiten / beobachten von Probelaufpatienten, nachträgliche Befragung klärt Vorstellungen und erhaltenen Eindruck des Patienten, Evaluation Frühjahr 2018
- Involvierte Berufsgruppen: Ärzte Chirurgie, Anästhesie, Gynäkologie, Pflege, Therapeuten, Administration, OP Bereich
- Erkannte Problematik: durch Eröffnung des neuen ambulanten OP Bereiches werden sich die Abläufe aufgrund der anderen Räumlichkeiten wahrscheinlich noch einmal ändern, denn die reine Vorstellung ist noch immer etwas anders als die Tätigkeit im fertigen Bereich selber. Aufgrund der definierten Abläufe z.B. in der Narkosevorbereitung werden sich ebenfalls noch Veränderungen bei den Abläufen im stationären Bereich ergeben, denn zwei verschiedenen Abläufe für die gleiche Tätigkeit machen keinen Sinn.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Überarbeitung Abläufe Beschwerdemanagement und Patientenzufriedenheit

- Projektart: Überarbeitung Konzept und neue Zuordnung zum Qualitätsmanagement
- Projektziel: einheitliche strukturierte und dokumentierte Bearbeitung von Patientenrückmeldungen jeder Art, klare Zuteilung von Verantwortlichkeiten, einheitliche Auswertung und damit ermöglichen von Zielsetzung und Ausrichtung von Massnahmen, Transparenz im Spital, Entlastung und Unterstützung aller Berufsgruppen
- Projektablauf / Methodik: Analyse vorhandener Abläufe, erfassen der Vorstellungen aller Bereiche, erarbeiten der Eckpunkten und Freigabe durch die Bereichsleitungen als Q-Gremium, Umsetzung, fortlaufende Evaluation und Anpassung
- Involvierte Berufsgruppen: CEO, Chefärzte, z.T Leitende Ärzte, Bereichsleiter, Pflegedienstleitung und Stationsleitungen
- Projektevaluation / Konsequenzen
 - Erkenntnisse: Patientenfragebogen ohne Benchmark lässt nur einen Vergleich mit den eigenen Leistungen einer Zeiteinheit zu. Der Aufwand der Erfassung der Papierfragebögen ist immens hoch, der daraus ableitbare Nutzen im Verhältnis zum Aufwand stellt die Fragen nach dem Sinn einer anderen Erfassungsmethode. Die Bearbeitung der kritischen Patienten-Meinung wird besonders von den Patienten als sehr positiv rückgemeldet.
 - Stand der Umsetzung von Massnahmen: die Umstellung der Bearbeitung hat problemlos stattgefunden. Die Unterstützung durch die Abteilungen und Fachbereiche ist sehr gut, und wird auch teilweise bereits als positive Ergänzung akzeptiert.
- Weitere Ziele: die Schulung der Mitarbeitenden über die neuen Abläufe im Spital und Schulung im Umgang mit Beschwerden, welche direkt an den Mitarbeiter herangetragen werden steht noch aus. Vereinfachung der Erfassungsmethodik, jedoch so, dass diese gleichzeitig als innovativ und einfach vom Patienten wahrgenommen werden. Verankerung des Begriffes: "Meine Meinung" bei den Mitarbeitenden und den Patienten

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr

im Jahr 2017 wird der Rettungsdienst rezertifiziert

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 als sinnvolle Folgen dieser Veränderungen geplant

Qualität ist für uns ein Gesamtpaket. Die medizinische Dienstleistung muss kompetent und professionell und nach neuesten medizinischen Kenntnissen erbracht werden – unter Berücksichtigung der Erwartungen des Patienten und in Diskussion mit ihm als betroffene Person. Wir bieten unsere Dienstleistungen in der Nähe von „zu Hause“ an – als Alternative aber auch in Zusammenarbeit mit den grossen Zentrumsspitalern und in Partnerschaft mit den vor- und nachbetreuenden Institutionen des Gesundheitswesens. Die menschliche Betreuung im Spital Muri 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 ergänzt. Die Patientensicherheit ist jederzeit auf hohem Niveau gewährleistet.

Die Mitarbeitenden sind unser wichtigstes Kapital. Für sie und mit ihnen leben wir einen wertschätzenden und respektvollen Umgang miteinander. 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 professioneller Führung, einer Optimierung jeglicher Kommunikation und der individuellen Förderung und 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, in anderen sind diverse Massnahmen in die Wege geleitet um uns weiter zu steigern.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen in unser Spital!

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
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 Schwerpunktstiel '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. Woche und \geq 2000g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und \geq 2000g)
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Anhang 2

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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