

Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

20.05.2020
Daniel Strub, CEO Spital Muri

Version 1



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 2019.

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. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

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 2019

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil. Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: www.patientensicherheit.ch/momo.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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. Andererseits 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, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	12
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	13
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	13
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	14
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	15
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	18
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	19
4.5 Registerübersicht	20
4.6 Zertifizierungsübersicht	21
QUALITÄTSMESSUNGEN	22
Befragungen	23
5 Patientenzufriedenheit	23
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	23
5.2 Eigene Befragung	25
5.2.1 Stichprobenhafte, themenorientierte Befragung von Patienten	25
5.2.2 InhospiTOOL	25
5.3 Beschwerdemanagement	26
6 Angehörigenzufriedenheit	27
6.1 Eigene Befragung	27
6.1.1 Angehörigenbefragung Akutgeriatrie	27
7 Mitarbeiterzufriedenheit	28
7.1 Eigene Befragung	28
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsmessung mit Mecon	28
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat in 2019 keine Messung durchgeführt strebt diese aber für 2020 an.	
Behandlungsqualität	29
9 Wiedereintritte	29
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	29
10 Operationen Die nationale Auswertung der Reoperationen wurde ab 2019 ausgesetzt.	
11 Infektionen	30
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	30
12 Stürze	33
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	33
12.2 Eigene Messung	35
12.2.1 Sturzprotokoll und Auswertung	35
13 Wundliegen	36
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	36
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb hat in 2019 nicht an der freiwilligen Messung teilgenommen	

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 Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	38
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	38
18.1.1	Transfusionskonzept	38
18.1.2	Prozesslandkarte BUI	39
18.1.3	Lohnmodell 2020	40
18.1.4	Safety Cross Erhebungen	40
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	41
18.2.1	Insourcing Reinigungspersonal	41
18.2.2	Einführung FODMAP	42
18.2.3	Mobilitätskonzept für Patienten	42
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	43
18.3.1	keine Projekte im Berichtsjahr 2019	43
19	Schlusswort und Ausblick	44
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		45
Akutsomatik		45
Herausgeber		47

1 Einleitung

Das Spital Muri deckt einen wesentlichen Teil der medizinischen Grundversorgung im Freiamt und in den angrenzenden Regionen ab. Der Fortschritt in den medizinischen Behandlungen, die Entwicklung in der Pflege und die technischen Erneuerungen in der Medizin finden Eingang in unser Haus, die patientennahe und -freundliche Betreuung gepaart mit einer familiären Betriebsatmosphäre schaffen Vertrauen in unsere Dienstleistungen. Gut 800 Mitarbeitende haben im vergangenen Jahre knapp 7`800 Patient stationär und über 48`500 Patienten ambulant behandeln dürfen.

Im Jahr 2019 wurden wiederum wichtige Grundlagen für die Zukunft des Spitals geschaffen, und das Leistungsangebot für unsere Patienten ergänzt.

Ein neues, gemeinsames Bild über die Vision des Spitals Muri und seine Strategie für die Jahre 2020 bis 2023 unterstützt die Mitarbeitenden darin, zu verstehen, wohin die Reise geht, sowie darin, mit ihrer wertvollen alltäglichen Arbeit einen Beitrag zu den Unternehmenszielen leisten zu können.

Die Strategie findet Abbild im Leistungsangebot des Spitals und wird vom Umfeld, also den Patientinnen und den Gesundheitsdienstleistern wahrgenommen.

Das Spital Muri sieht sich dabei als Teil eines Netzwerkes, gemeinsam mit den zuweisenden Haus- und Fachärzten /-ärztinnen und Therapeuten / Therapeutinnen, mit umliegenden Fachkliniken und nachbehandelnden Einrichtungen wie Rehakliniken, der Spitex und Pflegeheimen. Gemeinsam erbringen wir unsere medizinischen Dienstleistungen für die Menschen im Freiamt und den angrenzenden Regionen.

Unser Angebot soll sich dabei kontinuierlich entwickeln. Um die Qualität unsere Dienstleistungen zu erfassen, führen wir bestimmte Messungen durch und - bezogen auf die Ergebnisse - werden dann Aktivitäten zur Weiterentwicklung initiiert. Auf den nächsten Seiten werden wir über Ergebnisse unserer Erfassungen berichten und die verschiedene Qualitätsaktivitäten im Spital vorstellen.

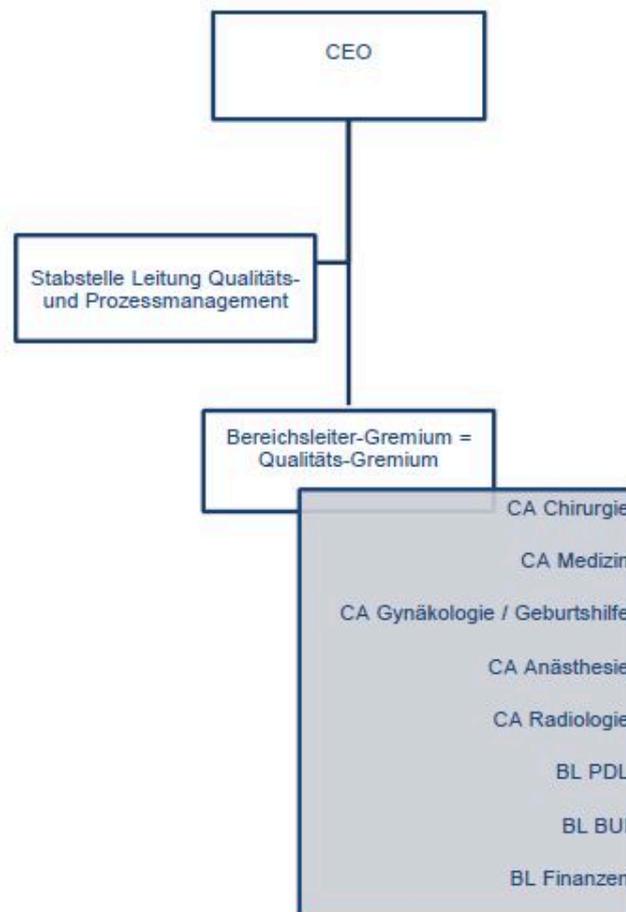
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Organigramm Qualitätsmanagement



Aufgaben im Qualitäts-Gremium:

- ANQ Messungen (Swissnoso, Rehospitalisation, Siris Prothesenregister, Patientenzufriedenheit, Prävalenz von Sturz & Dekubitus): Durchführung, Analyse der Ergebnisse und gegebenenfalls Ableitung von Korrekturmassnahmen
- Kenntnisnahme der Ergebnisse der Initiative Qualitätsmedizin IQM und allenfalls PEER Review Ergebnisse, Nachverfolgung der erforderlichen Massnahmen
- Beschwerdemanagement "Meine Meinung": Weiterentwicklung des Konzeptes, Auswertung und ggf. ableiten von Massnahmen
- Wissensmanagement: kontinuierliche Unterstützung bei der Umsetzung der Dokumentenlenkung und des Prozessmanagements
- Patientensicherheit: Anwendung Checklisten zur Patientensicherheit, Auswertung und Lernen aus Ereignissen
- Umsetzung Meldeverpflichtungen Materiovigilanz, Pharmakovigilanz, Hämovigilanz
- Organisation und Durchführung, Nachhalten der Massnahmen der M&M Konferenzen

- Organisation und Durchführung, Nachhalten der Massnahmen der CIRS Sitzungen

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **150** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Dr. med. Daniel Strub
CEO Spital Muri
056 675 11 98
daniel.strub@spital-muri.ch

3 Qualitätsstrategie

Für den Menschen - vernetzt und familiär

Vision Spital Muri Rund um das Thema Gesundheit nehmen wir als Spital eine Schlüsselrolle ein. Wir denken und handeln vernetzt und stehen für eine exzellente und innovative Gesundheitsversorgung. Wir nehmen Trends und Entwicklungen frühzeitig auf und setzen diese zum Wohle unserer Patienten um. In enger Zusammenarbeit mit unseren Partnern erbringen wir auf das Freiamt zugeschnittene Gesundheitsdienstleistungen – von der Prävention über akutmedizinische Therapie hin zur Nachbetreuung. Unsere familiäre Kultur ist für unsere Mitarbeitenden identitätsstiftend und für unsere Patienten und die Angehörigen täglich erlebbar. Unser Handeln ist auf ein langfristiges Bestehen unseres Spitals und einen verantwortungsbewussten Umgang mit Ressourcen ausgerichtet.

Ausschnitte aus den Kernbotschaften zur Strategie - Qualität bedeutet für uns:

Menschen, Prozesse und Qualität

1. Patient und Angehörige sind im Fokus
2. Kompetenz in der ambulanten und stationären Versorgung
3. Prozessmanagement unterstützt die Angebote
4. Kontinuierliche Verbesserung in allen Abteilungen
5. Potenzial der Digitalisierung nutzen
6. Einbezug der Mitarbeitenden

Unser Angebot ist umfangreich und bedürfnisorientiert

1. stationäre und ambulante Diagnostik und Behandlungen
2. Prävention und Edukation
3. Altersgerechte Medizin
4. Umfassende Versorgung mittels Zuweisern, Belegärzten und Kooperationen

Attraktiver Arbeitgeber und familiäre Kultur

1. familiäre Kultur stärken und fördern
2. Interprofessionelle Zusammenarbeit stärken
3. Förderung der beruflichen Entwicklung
4. Verständnis für Gesamtorganisation fördern
5. Feedback erwünscht
6. (dadurch) Identifikation mit der Organisation stärken

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

1. Vision und Strategie Spital Muri überarbeitet und kommuniziert

In 2018 und 2019 wurde die Vision und die Strategie ab 2020 erarbeitet und im Frühjahr 2019 durch den Stiftungsrat beschlossen.

Umsetzung und Kommunikation der Vision und Strategie auf Bereichs- / Abteilungsebene

In zwei Strategieworkshops wurden allen Bereichs- und Abteilungsleitungen sowie den Chef- und Leitenden Ärzten/Ärztinnen die Vision, die Strategie und die Ziele und der Weg dorthin vorgestellt. Die Umsetzung wurde anhand von realen Projekten, welche sich auf die strategischen Ziele beziehen, vorgestellt. Ein regelmässiges Reporting gibt dem CEO und der Spitalleitung Übersicht über die Entwicklung, jährlich wird in einem Review der Erfolg überprüft und neue Projekte zur Zielerreichung geplant.

Die Umsetzung und Kommunikation von Vision und Strategie auf Teamebene

wurde ebenfalls in diesen Workshops geplant und bis Ende 2019 durchgeführt. Hilfsmittel wie

stufengerechte Strategielandkarten und Drehbücher für die Schulung und Kommunikation auf Teamebene wurden bereitgestellt.

So wurden Mitarbeitende auf allen Stufen z.B. gefragt, welche Handlungen /Aktionen sie heute bereits ausführen (oder künftig ausführen könnten), die Einfluss auf die Strategie und die Zielerreichung haben

Ende 2019 wurde dann "final" ein Adventskalender mit der Strategie und den Kernbotschaften an alle Mitarbeiter verteilt.

2. Pflegeführung und Pflegeentwicklung

Im Rahmen der sich weiter entwickelnden Lean Organisation wurden die Führungsstrukturen im Pflege team neu gestaltet. In den neuen Shared Governance Teams gibt es nun Pflegeexperten, Ausbildungsverantwortliche- und Organisationsverantwortliche Personen auf den Ebenen Abteilung und Bereich, welche die Führung der Abteilungen dreidimensional sicherstellen. Mit Unterstützung durch externe Moderatoren wurde in 2 Workshops die Grundlagen dazu geschaffen. Gleichzeitig wurden die Ziele des Pflegebereiches, abgeleitet aus der Strategie, in Abteilungsziele heruntergebrochen. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Patientensicherheit und dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess

3. Angebotsgestaltung für den Patienten

In 2019 konnten wir unser Angebot für Patienten weiter entwickeln und verbessern.

- **Die Akutgeriatrie** ist gestartet und die Strukturen und Prozesse wurden erarbeitet und gefestigt. So gibt es neben dem umfangreichen Behandlungskonzept auch etablierte Austauschgefässe mit Patienten und Angehörigen und den interdisziplinären Teams, in welchen auch kurzfristig auf patientenindividuelle Fragestellungen eingegangen werden kann. In 2020 wird die Bettenzahl von 6 auf 12 Betten erhöht, so dass nun zusätzlich auch chirurgische Patienten in der Akutgeriatrie behandelt werden können.

- **Die Dialyseabteilung** wurde in 2019 umgebaut und hat Anfang 2020 ihre neuen und hellen Räume bezogen. In Zusammenarbeit mit dem KSB werden dort neu bis zu 14 Dialyseplätze für die ambulante Blutwäsche angeboten.

- **Delirkonzept eingeführt** Das Delir ist eine schwerwiegende Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit («akute Verwirrtheit»), welches mit verschiedensten Symptomen einhergehen kann. In 2019 wurde das neue Prophylaxe- und Behandlungskonzept interdisziplinär erarbeitet und eingeführt. Patienten werden nun regelmässig auf vorliegende Symptome untersucht und Risiken wie auch Medikamentenkombinationen analysiert und, falls erforderlich, optimiert. Die therapeutischen Massnahmen wurden standardisiert und nach entsprechender Kommunikation eingeführt.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

KSB Kooperation

Das Kantonsspital Baden (KSB) und das Spital Muri gehen seit März 2019 gemeinsam in die Zukunft: Die beiden Spitäler haben am 12. März 2019 eine Kooperationsvereinbarung unterzeichnet, die sich sowohl auf medizinische als auch auf administrative Bereiche erstreckt. Damit erfüllen sie die Erwartungen des Kantons Aargau, der Kooperationen zwischen Leistungserbringern im Gesundheitswesen forcieren will. Durch den Schulterschluss wird gewährleistet, dass die beiden Spitäler der Bevölkerung in ihren Einzugsgebieten auch in Zukunft eine qualitativ hochstehende, wohnortsnahe Versorgung anbieten.

Die Zertifizierung der Intensivstation (6 Betten) nach den Vorgaben der Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin SGI ist die Voraussetzung für das Angebot der Intensivmedizin in Spitälern. Im Herbst 2019 stand die Erneuerung des Zertifikates zum ersten Mal an. Hierfür mussten neben den personellen und räumlichen Ressourcen insbesondere auch die Abläufe und medizinischen Behandlungsschemen evaluiert und an die neuesten Vorgaben angepasst werden. Das Spital Muri hat die Rezertifizierung ohne Auflagen bestanden.

Strukturierte Pflege-Entwicklung

Die Mitarbeiter in der Pflege sind eine der wichtigsten Ressourcen im Spital. Sie sind es, die täglich direkt am Bett mit den Patienten den Tag strukturieren und für Fragen der erste Ansprechpartner sind. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Pflegekompetenzen hat daher einen hohen Stellenwert für uns. In diesem Jahre wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

1. Angehörigeneinbezug und Kommunikation mit Patienten und Angehörigen wurden durch regelmässige Trainings mit Schauspielern weiter entwickelt.
2. Als "Sommerthema" (regelmässig wechselnde Schulungsaktivität in den Sommerferien) wurden die Mitarbeitenden der Pflege mit einer Ausstellung und Postenarbeiten während 5 Wochen für die Pflegefragen zu Ernährung / Mangelernährung sensibilisiert
3. Medikationssicherheit: in der Aktionswoche der Stiftung für Patientensicherheit wurde der "Raum des Horrors" während 2 Wochen im Herbst für verschiedene Aspekte der Medikationssicherheit eingerichtet.
4. Einführung von KVP- Board und –Sitzungen auf den Pflegestationen (KVP = kontinuierlicher Verbesserungsprozess)

KITA Wichtelburg am Spital Muri Das Spital Muri arbeitet seit 15 Jahren mit der Wichtelburg zusammen. Um das Angebot für im Spital tätige Mütter und Väter noch attraktiver und angenehmer zu gestalten, wurde auf dem Spitalareal in 2019 die ehemalige Ärztevilla umgebaut und eine Betreuung für Babys und Kleinkinder eingerichtet. Auch für Familien aus Muri und Umgebung steht die Kita Wichtelburg offen. An einem Tag der offenen Tür konnten die Räume im Februar 2020 kurz vor der Eröffnung besichtigt werden.

Nichtraucherhospital

Seit 1. Juli 2019 ist das Spital Muri rauchfrei. Im Aussenbereich des Spitals wurden zwei Raucherpavillons mit Sitzgelegenheiten aufgebaut. Zusätzlich wurden drei weitere Raucherstandorte auf dem Areal eingerichtet und gekennzeichnet. Das Rauchen ist seit dem 1. Juli 2019 nur noch in den signalisierten Raucherzonen erlaubt. Bereiche, in denen nicht geraucht werden darf, werden als sogenannte «Frischlufzonen» signalisiert. Damit setzt das Spital nationale und internationale Leitlinien um. Gegenüber Patientinnen und Patienten, Besuchern, Mitarbeitenden und der Öffentlichkeit weist das Spital Muri auf die schädlichen Gesundheitsfolgen des Rauchens hin und gewährleistet den Schutz vor Passivrauchen. Zudem wird für interessierte Personen eine Nikotinberatung angeboten.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Angebot / Vernetzung

- Gemeinsames, von der Krebsliga zertifiziertes Brustzentrum mit dem KSB aufbauen und etablieren
- Ausbau Kooperationen mit Onkologie KSB, Pathologie KSB, neuen Belegärzten
- Akutgeriatrie weiterentwickeln

Mensch, Prozesse, Qualität:

- Lean Zellen etablieren: Chirurgie, Pflege und Unternehmensführung
- Elektronisches Patientendossier EPD einführen und betreiben
- Erweiterung Austrittsmanagement
- Interprofessionelle Patientenvsitate anhand regelmässiger Schauspieltrainings optimieren

Attraktiver Arbeitgeber

- Lohnmodell 2020 umsetzen
- Human Ressource prozessorientiert weiterentwickeln
- Einheitliches Konzept für Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen erarbeiten

Infrastruktur

- Arealsentwicklungsplanung 2040: erste Phase aktualisiert und Ergebnisse kommuniziert

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 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:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Stichprobenhafte, themenorientierte Befragung von Patienten▪ InhospitoOL
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Angehörigenbefragung Akutgeriatrie

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Sturzprotokoll und Auswertung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

LEAN Hospital Hospital Management

Ziel	Unternehmenskultur in Richtung Lean Hospital Management entwickeln --> Respekt vor dem Einzelnen und Kultur der kontinuierlichen Verbesserung etablieren. Prozesse an den Patienten ausrichten und dadurch Patientenerlebnis verbessern.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche im Haus
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Start 2018, dauerhafte Umstellung in den kommenden Jahren
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Wirtschaftlichkeit durch Qualitätsverbesserung und Engagement der Mitarbeitenden
Methodik	Befragung der Prozessbeteiligten (Nemawashi) / vor Ort Begehungen (Gemba) / Simulationen / Etablierung kontinuierlicher Verbesserungsprozess / Standardisierung
Involvierte Berufsgruppen	Sensibilisierung aller Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	begleitend

PROMA

Ziel	Etablierung Prozessmanagement im Spital
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	ganzes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018 Vorprojekt, Projekt-Laufzeit bis Ende 2020, 2021 Nachfolgestruktur etablieren
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Standardisierung von Abläufen, Optimierung von Schnittstellen, Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten klären, Sicherung von klinikinternem Wissen
Methodik	Kerngruppe schulen und begleiten Prozesseigner als Coaches bei den Prozessbeschreibungen und der Umsetzung
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen im Spital
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluation durch interne Audits ab Fertigstellung der Prozesse

Kommunikationstrainings

Ziel	Befähigung und Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pflegedienst
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2018 mehrmals pro Jahr
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Patientenerlebnis kann durch gut ausgebildete Kommunikationsskills verbessert, und Unzufriedenheit verhindert werden. Patientenfokussierte Kommunikation vermittelt Sicherheit.
Methodik	Regelmässige Trainings mit Laienschauspielern in Anwesenheit einer Pflegeexpertin.
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende vom Pflegedienst
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluation findet direkt im Anschluss an das Training statt. Nachhaltigkeit wird durch 1:1 Begleitungen gesichert.

Transfusionsprozess wird zu Patient Blood Management

Ziel	Überarbeitung interdisziplinärer Transfusionsprozess und Etablierung als Blood Patient Management (inkl. erforderlicher Strukturen, Prozesse, Kennzahlen und Evaluationsmassnahmen)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Anfang 2019 bis Ende 2021
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Der Transfusionsprozess fängt heute bereits vor dem Eintritt des Patienten ins Spital an und umfasst interdisziplinär zu gestaltende Prozesse in der Vorbereitung, Verabreichung, Evaluation und Schulung der Beteiligten
Methodik	Begleitung eines Change Prozesses, interdisziplinäre Prozessbearbeitung im Transfusionsgremium
Involvierte Berufsgruppen	Medizin, Anästhesie, Pflege, Labor, Notfallärztin Chirurgie, Gynäkologie, Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Nach Einführung Messung der verbrauchten / verworfenen Blutprodukte, Auswertung Hamävigilanzmeldungen und Anpassung Prozesse falls erforderlich

Prozessentwicklung Bereich Betrieb und Infrastruktur

Ziel	Prozesse im Bereich Betrieb und Infrastruktur evaluieren, bei Bedarf neu zuordnen und detailliert beschreiben
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Betrieb und Infrastruktur
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019 bis 2022
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Durch die Neubesetzung verschiedener Leitungsfunktionen im Team BUI wurde die Überprüfung als Führungs- und Entwicklungsmaßnahme gestartet
Methodik	mehrere Workshops, IST Analyse, Definition von Prozessen, Klären von Verantwortlichkeiten, Reduktion von Konflikten, konkrete zielgerichtete Ausrichtung des Arbeitsfeldes
Involvierte Berufsgruppen	Abteilungsleiter der Abteilungen Logistik, Infrastruktur, Facility Service, Hotellerie, ICT Service
Evaluation Aktivität / Projekt	Integration von Befragungsergebnissen und Rückmeldungen in das Projekt

EPD Elektronisches Patientendossier

Ziel	Einführung Elektronisches Patientendossier
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Patientenbehandelnde Bereiche, IT
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019 bis Einführung April 2020_Verlängert bis ca Ende 2020
Begründung	Umsetzung der Vorgaben des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier EPDG
Methodik	klassisches Projekt
Involvierte Berufsgruppen	IT, Sekretariate, Ärzte, Notfall, HR, Empfang, QM
Evaluation Aktivität / Projekt	externes Audit durch die KPMG zur Evaluation der Prozesse für die Zertifizierung der Stammgemeinschaft

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 im Jahr 2011 ein CIRS 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

	2016	2017	2018	2019
Schweregrad 1	22	44	28	36
Schweregrad 2	29	32	34	48
Schweregrad 3	6	21	19	21
Insgesamt	57	98	81	105
Massnahmen	34	30	53	52

Die vorstehende Tabelle zeigt, wieviele Meldungen in den vergangenen Jahren eingegeben wurden, in welchem Schweregrad (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer) und wieviele Massnahmen zu den Meldungen erarbeitet werden konnten.

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 https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/fileadmin/members/pdfreport/IQM_443_DE.pdf 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

Das PEER Review wird immer dann durchgeführt, wenn die beobachteten Ergebnisse von den erwarteten Werten des Spitals abweichen. Im Jahr unseres Eintrittes haben wir gemeinsam nach der Systematik des IQM ein PEER Review durchgeführt. Seither wurde unser Spital nicht noch einmal vorgeschlagen.

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/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	fortlaufend
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	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
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	fortlaufend
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	Juli 2012
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie http://ibdc cohort.ch/	2012
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2011
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	2008
STIS	Gynäkologie und Geburtshilfe, Prävention und	Swiss Teratogen Information Service STIS, Division de	fortlaufend

Swiss Teratogen Information Service	Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Kl. Pharmakol. und Toxikol.	Pharmacologie clinique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois www.swisstis.ch	
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/	2015

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	2018	Rezertifizierung erfolgreich
SGI	Intensivstation	2015	2019	Rezertifizierung in 2019 erfolgreich bestanden
ISO 9001:2015	Dialysestation	2007	2019	Unter der Führung des Kantonsspitals Baden
DKG e.v. OnkoZert	Urologische Praxis Muri für das Freiamt	2017	2019	Kooperationspartner des Prostatakrebszentrums Klinik Hirslanden

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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte		Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
	2016	2017	
Spital Muri			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.08	4.21	4.14 (4.02 - 4.26)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.53	4.49	4.52 (4.39 - 4.64)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.50	4.55	4.49 (4.37 - 4.60)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.38	4.42	4.53 (4.38 - 4.68)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.98	4.00	4.08 (3.94 - 4.22)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.28 %	87.45 %	92.90 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			545
Anzahl eingetreffener Fragebogen	226	Rücklauf in Prozent	41 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die ANQ Befragungen der letzten Jahre zeigen grundsätzlich eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Spitalaufenthalt. Zusätzlich erfahren wir Details durch die fortlaufenden, strukturierten Patientenbefragungen bei Austritt. Hierdurch lassen sich konkrete Massnahmen zu erkannten Themen ableiten.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, 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 2018 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.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Stichprobenhafte, themenorientierte Befragung von Patienten

Im Rahmen von stationsrelevanten Themen aus dem KVP wurden gezielt einzelne Patienten, Patientinnen zu ihrer Zufriedenheit befragt.

Verbesserungsaspekte wurden aufgenommen und bearbeitet. So wurde beispielsweise Waschhandschuhe als fehlend eruiert und beschafft; die Pflegebedarfserhebung auf eine tägliche Einschätzung erhöht und die Übersichtstafeln in den Stationszimmern neugestaltet. Die Orientierungstafeln zur Unterstützung der kognitiven Fähigkeiten wurden umgestaltet und vermehrt eingesetzt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt. Die Messung hat auf den Pflegestationen stattgefunden

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Da es sich um eine punktuelle Befragung zu unterschiedlichen einzelnen Themen handelt, ist keine strukturierte Auswertung möglich.

Bemerkungen

Trotz der nur stichprobenhaften Befragung können wir aus den Gesprächen wichtige gewünschten Verbesserungen erkennen und diese umsetzen.

5.2.2 InhospITool

Im Rahmen der Studie "Inhospitool" wurde bei stationären Patientinnen und Patienten nach Austritt aus der medizinischen Abteilung per Telefoninterview die Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Austrittsmanagement erfragt. Ziel war die Begleitung einer standardisierten, umfassenden Austrittsplanung um zu erfassen, ob und inwiefern diese das Erleben der Patienten bei ihrem Austritt aus dem Spital optimieren kann. Die Informationen per Interview wurden vor Einführung des Tools und danach (ab April 2018) erfasst. Eine vergleichende Auswertung soll den Erfolg des neuen Austrittsmanagements aufzeigen

Diese Patientenbefragung haben wir vom 10/2017 bis 3/2019 durchgeführt. Austretende Patienten der medizinischen Abteilung wurden befragt.

Die Messung ist zwar bereits im März 2019 abgeschlossen worden, jedoch liegen bis heute, Ende Mai 2020 noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Studie am KSA
Methode / Instrument	InhospITool

5.3 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 - Donnerstag 8.30-16.00 Uhr

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Angehörigenbefragung Akutgeriatrie

In der Akutgeriatrie werden stichprobenhaft und bei gewissen Indikationen strukturierte Round-Table-Gespräche mit den Patienten und Angehörigen / Bezugspersonen durchgeführt. Hierbei sind neben dem betreuenden Arzt / der Ärztin, das Casemanagement und i.d.R. eine Pflegeperson anwesend, ggf. auch die leitende Ärztin der Akutgeriatrie.

Die strukturierte Agenda:

1. Stand bisher
2. Wie geht's weiter
3. Ziele des Patienten /der Patientin
4. Ziele der Angehörigen / Bezugspersonen
5. Besonderheiten im Behandlungskonzept
6. Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen / Bezugspersonen

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Die Befragung findet in der Akutgeriatrie statt

Patienten / Patientinnen und Angehörige / Bezugspersonen der Akutgeriatrie

Stichprobe ca 30%

Es erfolgt keine strukturierte Auswertung, jedoch werden aus den Rückmeldungen der Patientinnen / Patienten und der Angehörigen / Bezugspersonen direkte Massnahmen abgeleitet die auch Einfluss auf künftige Behandlungskonzepte / Umgangsformen oder die Kommunikation insgesamt haben können

Dokumentation der Inhalte unter Verlaufeinträge, ggf. gibt es ein Beschlussprotokoll

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Akutgeriatrie ist seit 2019 im Aufbau und dieser ist bisher nicht abgeschlossen. Wir lernen täglich auf allen Ebenen wie Verbesserungen aus den unterschiedlichen Erwartungen (auch intern) abgeleitet werden können.

Die direkte Kommunikation und das persönliche Feedback aller sind extrem wichtig und wird auch immer wieder (unstrukturiert) abgefragt. Auf Erkenntnisse kann man dann sehr kurzfristig reagieren. Daher wollen wir auch zunächst noch keinen strukturierten Befragungsbogen abgeben, der sich speziell an die Patienten- / Angehörigengruppe der Akutgeriatrie richtet.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

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 Mitarbeiterzufriedenheitsmessung mit Mecon

Ziele: Zufriedene und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die wichtige Voraussetzung für eine hohe Qualität in der Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Patienten. Aus diesem Grund möchten wir regelmässig die Zufriedenheit der Mitarbeiter abholen, von den Ergebnissen Handlungsfelder ableiten und spezifische Massnahmen ergreifen

Vorgehen: In 2018 wurde 57 Fragen in 9 Bereichen gestellt, welche sich mit folgenden Themen beschäftigten:

1. Arbeitsinhalt
2. Lohn
3. weitere Leistungen des Arbeitgebers
4. Arbeitszeit
5. Aus-, Fort- und Weiterbildung
6. interdisziplinäre Zusammenarbeit
7. Team
8. Führung
9. Arbeitsplatz

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2021.

Die Messung hat im gesamten Spital stattgefunden

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mitarbeiterzufriedenheit

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 (BFS)	2014	2015	2016	2017
Spital Muri				
Anteil externer Rehospitalisationen	-	0.46%	12.05%	10.25%
Verhältnis der Raten*	1.02	0.97	1.11	1.15
Anzahl auswertbare Austritte 2017:				5753

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Aufgrund dem Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate werden inzwischen alle Patienten monitoriert, welche innerhalb von 30 Tagen wieder ins Spital eintreten. Die jeweiligen Chefärzte analysieren die einzelnen Fälle und leiten für ihre Abteilungen Massnahmen ab, falls es möglich ist. Die Analyseergebnisse sind fixes Traktandum in der Spitalleitung.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) 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.

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 folgender Operationen:
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2018 – 30. September 2019

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
Spital Muri						
Blinddarm-Entfernungen	132	0	-	-	-	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	16	0	0.00%	7.30%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	45	6	27.70%	10.40%	17.70%	11.70% (2.30% - 21.10%)
Kaiserschnitt (Sectio)	156	1	-	-	-	0.90% (0.00% - 2.40%)

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

- Appendektomie Kinder / Jugendliche < 16 Jahre:** Bei sehr niedriger Fallzahl von 16 Eingriffen im Erfassungszeitraum, liegt die Infektionsrate bei null und ist somit ein sehr gutes Ergebnis.
- Appendektomie bei Erwachsenen:** auch hier liegt die Infektionsrate bei sehr guten null Prozent
- Colonchirurgie:** Bei mässig hoher bis geringer Fallzahl von 45 Eingriffen im Erfassungszeitraum, konnten wir im Vorjahresvergleich eine erfreuliche Senkung der Infektionsrate verzeichnen. Diese Entwicklung wurde durch die Einführung eine Reihe an Massnahmen (verbesserte Standards, Prüfung Operationstechnik (-Materialien) erreicht.
- Kaiserschnitte**
Eine Infektionsrate von 0.9% bei 156 Kaiserschnitten (eine Patientin) ist ein erfreuliches Ergebnis

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 und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

	2016	2017	2018	2019
Spital Muri				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	0	2	1
In Prozent	2.70%	0.00%	2.20%	1.40%
Residuum* (CI** = 95%)	-0.24 (-1.14 - 0.66)	-0.5 (-1.64 - 0.64)	-0.05 (-0.46 - 0.36)	-0.07 (-0.58 - 0.43)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2019	91	Anteil in Prozent (Antwortrate)		85.80%

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** 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.

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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Stürze lassen sich trotz aller Sorgfalt im Spital leider nicht immer vermeiden. Im Pflegedienst finden daher jährliche Auffrischungen zum Thema Sturz statt. So werden immer wieder andere Methoden der Sensibilisierung angewendet.

Stationsintern ist z.B. das "Safetycross" eine Methode, bei der täglich rückwirkend für den vergangenen Tag erfasst wird, ob ein Sturz aufgetreten ist. Ist es zu einem Sturz gekommen, wird der Tag auf einer Übersicht mit 31 Tagen mit einem roten Kreuz gekennzeichnet, fand kein Sturz statt, gibt es ein grünes Kreuz. So kann auf einen Blick gesehen werden, wieviele Stürze stattgefunden haben, und alleine durch diese Kommunikationsmassnahme findet eine Sensibilisierung statt.

Zusätzlich zur Messung der Sturzrate an der Prävalenzmessung findet eine strukturierte Dokumentation über ein Sturzerfassungsprotokoll statt. Alle Stürze werden erfasst, analysiert und zusammenfassend ausgewertet.

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

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

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Sturzprotokoll und Auswertung

Seit 01. Mai 2019 werden die Sturzprotokolle elektronisch im Kisim erfasst

Jeder Sturz eines Patienten im Spital wird strukturiert erfasst und dokumentiert und von einer Pflegeexpertin / einem -experten analysiert. Daraus entsteht eine Übersicht über die Anzahl von Stürzen, potenziellen Sturzorten und möglichen Ursachen. Zudem können weitere begleitenden Umstände sowie auch Sturzfolgen erfasst werden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Sturzereignisse wurden auf allen Pflegestationen, der Intensivpflegestation und der Notfallabteilung sowie der Endoskopie, dem Gebärsaal und der Tagesklinik durchgeführt

Alle Patienten bei stationärem Aufenthalt oder einer ambulanten diagnostische Massnahme / Intervention / Operation werden bei einem Sturzereignis erfasst

In 2019 wurden 136 Stürze erfasst.

Die Pflegeexpertinnen und -experten diskutieren die Ergebnisse abteilungsbezogen mit den Pflegeteams und leiten Massnahmen daraus ab, welche dann in den klinischen Alltag integriert werden.

So wurden folgende Schlüsse gezogen

- **Schuhe bieten mehr Sicherheit und sind den Antirutschsocken vorzuziehen.**
Antirutschsocken werden nur dann abgegeben, wenn keine sicheren Schuhe vorhanden sind. Die Mobilisation mit den Socken geschieht nur dann, wenn sich der Patient/-in gewohnt ist in Socken oder barfuss zu gehen.
- Eingesetzte **Hilfsmittel** müssen beim Einrichten und auch danach regelmässig **überprüft** werden (Funktionskontrolle, korrekter Einsatz für die Situation, Stromverbindung etc).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Stürze im Spital können leider nicht immer verhindert werden. Ist ein Patient Sturzgefährdet, werden individuelle Massnahmen zu seiner Sicherheit getroffen. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird durch eine strukturierte Auswertung verschiedener Aspekte erkannt. Die ganzjährige Sturzerfassung und -auswertung ist für uns daher eine wichtige Massnahme, damit Sturzereignisse durch eine Anpassung von Massnahmen minimiert werden können.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

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 Scherkräften.

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 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

		Vorjahreswerte			2019	In Prozent
		2016	2017	2018		
Spital Muri						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	2	0	0	1	1.40%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0.15 (-0.81 - 1.11)	-0.18 (-1.20 - 0.84)	-0.03 (-0.33 - 0.28)	0.03 (-0.72 - 0.77)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019		73	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		85.80%	

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

** 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Bei der Prävalenzmessung wurde im Spital Muri ein Dekubitus erfasst. Im Vergleich ist dies einer weniger als bei der letzten Messung im Vorjahr. Dieses Ergebnis dieser Stichtagsmessung stellt uns zufrieden. Mittels neuen innovativen elektronischen Hilfsmitteln können Patientinnen und Patienten mit geringer Eigenmobilität von den Pflegenden schneller erfasst werden, wodurch die Lagerungsfrequenzen individuell angepasst werden können. Die Auswertungen den letzten Jahren zeigen, dass diese Massnahmen dazu beigetragen haben, die Prävalenz konstant tief zu halten.

Auch wenn die Zahlen in der Prävalenzmessung erfreulich gering sind, werden durch jährliche unterschiedliche Massnahmen die Dekubitusgefahr / Gefahr des Wundliegens von Patienten bei den Mitarbeitenden sensibilisiert. So werden durch die AG Pflege jährliche Schulungen (zu neuen und etablierten) Hilfsmitteln durchgeführt und im Rahmen der "Sommerthemen" auch die Einflüsse der verschiedenen Aspekten (wie z.B. Mangelernährung) in der Patientenbetreuung dargestellt und die Zusammenhänge damit bewusst gemacht. So vertieft sich das Wissen um Gefahren und Zusammenhänge und die Aufmerksamkeit bleibt erhalten.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 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 Erwachsenenspitals 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.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Transfusionskonzept

Projektart

Begleitung eines Change Prozesses, interdisziplinäre Prozessbearbeitung im Transfusionsgremium

Projektziel

Überarbeitung des interdisziplinären Transfusionsprozesses und Etablierung als Blood Patient Management (inkl. erforderlicher Strukturen, Prozesse, Kennzahlen und Evaluationsmassnahmen)

Ablauf

Der Transfusionsprozess fängt heute bereits vor dem Eintritt des Patienten ins Spital an und umfasst interdisziplinär zu gestaltende Prozesse in der Vorbereitung, Verabreichung, Evaluation und Schulung der Beteiligten. Die vorhandenen Prozesse werden im Transfusionsgremium interdisziplinär und interprofessionell evaluiert und ergänzt .

Involvierte Berufsgruppen

Medizin, Anästhesie, Pflege, Labor, Notfallärztin Chirurgie, Gynäkologie, Qualitätsmanagement

Erkenntnisse und Massnahmen

im Transfusionsprozess sind viele Berufsgruppen involviert, die Schnittstellen zu definieren und die Kommunikation darüber hinweg sicher zu stellen ist eine Herausforderung.

18.1.2 Prozesslandkarte BUI

Projektart

Im Bereich Betrieb und Infrastruktur wurde eine Prozesslandkarte erarbeitet, die alle nicht-medizinischen Supportleistungen enthält (Logistik, Infrastruktur, Facility Service, Hotellerie und ICT-Service). Diese steht aktuell vor der Implementierung

Projektziel

Nutzung von Synergien zwischen den verschiedenen Dienstleistungen die zur Steigerung der Leistungsfähigkeit und Eindämmung der Kosten führen. Eindeutige und transparente Kommunikation zwischen den Partnern durch die Zuordnung der zuständigen Personen als alleinige Ansprechstellen.

Ablauf

In verschiedenen Workshops wurde an der Analyse der Aufgaben gearbeitet und die Prozesse definiert. Verantwortlichkeiten wurden geklärt und an der Reduzierung von Konflikten wurde gearbeitet. Die Sicht des Arbeitsfeldes wurde konsequent am gesamten Lebenszyklus des Betriebs und der Infrastruktur ausgerichtet

Involvierte Berufsgruppen

Abteilungsleitungen der nicht-medizinische Supportleistungen die in der Organisationseinheit Betrieb und Infrastruktur vereint sind:

Logistik: Beschaffung, Lager, Transport, Entsorgung

Infrastruktur: Betrieb, Instandhaltung, Energieversorgung, Wasserver- / -entsorgung

Facility Service: Reinigung, Safety, Security

Hotellerie: Verpflegung, Textilversorgung, Unterkunft, Hotelleriedienstleistungen

ICT-Service: ICT-Arbeitsplatz, Klinikinformationssystem (KIS), Enterprise-Resource-Planning System (ERP)

Erkenntnisse und Massnahmen

Die Aktivitäten hatten grossen Einfluss auf die Organisation und zogen in Verlauf der Zeit bereits einige Change-Projekte mit sich.

Eine Analyse auf Seiten des Bedarfs an nicht-medizinischen Supportleistungen zeigte das effektive Bedürfnis des Kunden auf und kann von der bisherigen Ablauf- und Aufbauorganisation nicht mehr gewährleistet werden. Mit einer aktiven Bedürfnisanalyse kann sich der Bereich der nicht-medizinischen Supportbereichs bestens auf die Kundenbedürfnisse ausrichten und die eigenen Prozesse gestalten.

18.1.3 Lohnmodell 2020

Projektart

klassisches Projekt erteilt durch den Stiftungsrat als Massnahme aus der Mitarbeiterbefragung 2018

Projektziel

Evaluation und Weiterentwicklung des bisherigen Lohnmodells im Spital Muri

Ablauf

Gründung einer Arbeitsgruppe, die eine repräsentative Anzahl Mitarbeitende aus allen Bereichen in das Projekt einbezog, um eine breite Abstützung und Akzeptanz der Lösungsvorschläge zu gewährleisten. Die Arbeitsgruppe traf sich im Zeitraum zwischen April und September 2019 zu mehreren Sitzungen für die Ausarbeitung eines Konzepts. Ebenfalls fanden zwei offene Veranstaltungen nach dem World-Café-Prinzip statt. Dabei wurden an mehreren Posten über verschiedene Fragestellungen zum Thema Lohn diskutiert. Alle interessierten Mitarbeitenden waren herzlich eingeladen, daran teilzunehmen. Das Konzept wurde Ende 2019 fertiggestellt und wird nun 2020 schrittweise eingeführt.

Involvierte Berufsgruppen

alle ausser Ärzteschaft

Erkenntnisse und Massnahmen

Die Sicherstellung eines marktgerechten Lohnniveaus sowie einer weiteren Verbesserung der Lohntransparenz sorgen für eine höhere Wettbewerbsfähigkeit des Spitals auf dem Arbeitsmarkt. Wichtige Aspekte für die Zufriedenheit der Mitarbeiter sind neben der transparentenlohneinstufung auch die Regelung von Überstunden und Überzeit, Dienstatersgeschenke, Zulagen für verschiedene Einsätze, das Ferienreglement und der Ausbau von Ausbildungsdarlehen.

18.1.4 Safety Cross Erhebungen

Projektart

regelmässige Erfassung und Auswertung von Ereignissen (Sturz, Dekubitus, Freiheitsbeschränkende Massnahmen etc.)

Projektziel

transparente Erfassung der Ereignisse auf einem in 31 Felder aufgeteilten Übersicht. Sensibilisierung durch tägliche Kommunikation und Analyse

Projekttablauf

Alle stationären Pflegeeinheiten haben Safety Cross- Erhebungen eingeführt, in denen tagesaktuell die Anzahl von Dekubiti, Stürzen oder Freiheitsbegrenzenden Massnahmen im Gang der Pflegestation zugänglich sind. Diese Erhebungen wurden monatlich ausgewertet.

Involvierte Berufsgruppen

Pflegende aller Stationen

Projektelevaluation / Konsequenzen

Durch internen Vergleich, tägliche Evaluation der Ursachen in einer erweiterten Analyse mit Unterstützung durch Pflegeexperten und Ableiten von individuellen,patientenbezogenen Massnahmen. Zudem wurden die Grundlagen für eine elektronische Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen erarbeitet, welche nun in 2020 umgesetzt werden. Man erhofft sich daraus eine bessere Übersicht aller erforderlichen Massnahmen und die leichtere Analyse der begleitenden Umstände.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

18.2.1 Insourcing Reinigungspersonal

Projektart

Arbeitsauftrag

Projektziel

Insourcing Reinigungspersonal

Ablauf

- IST Analyse: Kosten, Qualität, Umfang, Erwartungen
- Definition des gewünschten Reinigungskonzeptes
- Berechnung der Grundlagen zu Reinigungsflächen, Ressourcen, Materialien
- Vergleich mit bestehenden Kosten und Leistungen / Qualität
- Entscheid für das Insourcing
- Einstellung einer Teamleiterin
- Auswahl der Mitarbeitenden
- Detailkonzepte und -Strukturen aufbauen
- Schulung der Mitarbeitenden
- Umsetzung
- Begleitung, Evaluation, Weiterentwicklung

Involvierte Berufsgruppen

Bereich Betrieb und Infrastruktur, Bereich Finanzen
HR, Leitung Hotellerie, Mitarbeitende der Reinigung

Erkenntnisse und Massnahmen

Wir haben tolle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gewonnen
Kurze Wege durch direkte Führung macht Evaluation und Anpassung von Leistungen einfacher

18.2.2 Einführung FODMAP

Projektart

Arbeitsauftrag

Projektziel

Circa 15% der Bevölkerung leidet mehr oder weniger bewusst an Symptomen eines Reizdarms

- Angebot einer bekömmlichen Kost für Reizdarmpatienten nach dem FODMAP Konzept der Monash Universität (Australien)
- bestehendes Angebot bekömmlicher und abwechslungsreicher gestalten
- Ablösung der nicht evidenz basierten "Leichten Vollkost"
- Ressourcen schonen

Ablauf

- IST Analyse bestehende Kostformen
- Umstellung der "Leichte Vollkost" auf die Vorgaben des FODMAP Konzeptes: vergärbare Mehrfach-, Zweifach-, Einfachzucker und mehrwertige Alkohole werden weitgehend reduziert
- Testphase mit freiwilligen Teilnehmern
- Bekanntmachung und Umsetzung

Involvierte Berufsgruppen

Köche, Diätköche, Ärzte der Gastroenterologie und Viszeralchirurgie

Erkenntnisse und Massnahmen

Bei Low FODMAP wissen die Patienten, dass ihre Beschwerden ernst genommen werden. Von Patienten wie Angestellten erhalten wir immer wieder Komplimente für das feine und bekömmliche Essen. Verschiedene Testpersonen mit Reizdarm gaben uns positive Rückmeldungen, dass ihre Beschwerden nach dem Essen zum Teil massiv abgenommen haben.

18.2.3 Mobilitätskonzept für Patienten

Projektart

Arbeitsauftrag

Projektziel

Vereinheitlichung der Begriffe "Mobilität" - "Belastungsstufen" - "Begleitung" und die korrekte einheitliche Verordnung in der elektronische Patientenakte zur Vermeidung von Missverständnissen

Ablauf

- Begriffsdefinition
- Anleitung für eine korrekte Verordnung von Mobilität, Belastungsstufen und Begleitung in der elektronischen Patientenakte erstellt
- Anleitung für eine vollständige Physiotherapie-Verordnung erstellt
- Präsentation und Diskussion in der Chirurgie und Medizin
- Schulung und Umsetzung

Involvierte Berufsgruppen

Physiotherapie, Ärzte Chirurgie und Medizin, Pflegedienst

Erkenntnisse und Massnahmen

eine gemeinsame Definition von Begriffen und Vorgehensweisen klärt Missverständnisse und trägt zur Patientensicherheit bei

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 keine Projekte im Berichtsjahr 2019

Im Berichtsjahr 2019 wurden keine weiteren Zertifizierungsprojekte bearbeitet.

19 Schlusswort und Ausblick

Das Spital Muri hat im letzten Jahr wiederum einige wichtige Schritte für die Entwicklung und die Attraktivität des Leistungsangebotes unternommen.

Neben der Erarbeitung der Strategie und deren Kommunikation im gesamten Spital wurde das Angebot, ausgerichtet auf diese neuen Ziele, ergänzt und für die Bürger des Freiamts und der angrenzenden Regionen weiterentwickelt.

Verschiedenste Aktivitäten /Projekte wurden in jedem Bereich und in jeder Abteilung umgesetzt, mit dem Ziel, das Patientenerlebnis, also seine Erfahrungen im Spital möglichst gezielt und positiv und in einem familiären Umfeld zu gestalten. Hierzu werden nach einer Prozessgestaltung auch die Ergebnisse der betreffenden Behandlung evaluiert und die Erfahrungen bei der Weiterentwicklung mittels weitere Aktivitäten integriert.

Es bleibt unser wichtigstes Ziel, dass Sie sich als Patientinnen und Patienten im Spital Muri fachlich wie menschlich nach Ihren Vorstellungen betreut und aufgehoben fühlen. Wir geben dazu tagtäglich unser Bestes.

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 spitalinfo.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
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
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

Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/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 (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



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.spitalinfo.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**):

www.samw.ch.