



Akutsomatik

Kreisspital für das Freiamt
Spitalstrasse 144
5630 Muri

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern und Basel-Stadt

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010	4
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	6
C1	Angebotsübersicht	6
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2010	8
D	Qualitätsmessungen	9
D1	Zufriedenheitsmessungen	9
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	9
D1-2	Angehörigenzufriedenheit	10
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	11
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	12
D2	ANQ-Indikatoren	13
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape	13
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	14
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	15
D2-4	Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)	16
D3-2	Stürze	17
D3-6	Weiteres Messthema	19
D4	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	19
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	20
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	20
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	21
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	23
F	Schlusswort und Ausblick	26
G	Impressum	27

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

A

Einleitung

Mehr als 28'000 Patienten werden in unserem Spital jährlich behandelt und gepflegt. Damit Sie sich gut aufgehoben fühlen, engagieren sich 486 Mitarbeitende rund um die Uhr.

Das Kreisspital für das Freiamt sichert als Akutspital die umfassende medizinische Grundversorgung von akut erkrankten und verunfallten Patienten. Für alle Abteilungen steht Tag und Nacht ein Notfalldienst zur Verfügung. Erfahrene Ärzte, hochwertige Pflegedienstleistungen sowie eine grosse Palette an Gesundheitsdienstleistungen sorgen dafür, dass Sie sich bei uns gut aufgehoben fühlen.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die Qualität zu steigern ist ein wichtiges Ziel der gesamten Spitalstrategie.

Als Qualität definieren wir die bestmögliche Nutzung und Einsetzung aller im Spital vorhandenen Synergien, die den Patienten in den Mittelpunkt stellen. Die Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sind ebenso massgebend.

Wir orientieren uns an den Empfehlungen des ANQ (nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) und an den Vorgaben des Departements Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau.

Mit vorausschauender Perspektive planen wir Qualitätsprojekte. Sie entsprechen den aktuellen Anforderungen fachlicher, menschlicher und organisatorischer Art.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

Im 2010 haben wir intensiv am Gesamt- Qualitätsmanagementkonzept gearbeitet. So haben wir ein Qualitätskonzeptes erstellt und verschiedene Gefässe für Qualitätsthemen definiert.

Im Bereich der Qualitätsmessungen haben wir uns mit verschiedenen Themen auseinandergesetzt: Anästhesie-Patientenaufklärung, Infektionsrate (Appendektomie, Darmoperationen, Knie- und Hüftgelenkersatzoperationen), Zufriedenheitsbefragungen (Patienten, Zuweisende Gynäkologie, Mitarbeitende), Rehospitalisation (Wiedereintritt) innert 30 Tagen, Sturzgefährdung und Akutes Coronar-Syndrom (ACS).

Wir haben aus den Ergebnissen der Vorjahresmessungen zur Patientenzufriedenheit analysiert und verschiedene Massnahmen umgesetzt.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

Im Bereich des Qualitätsmanagements wurde das Qualitätskonzept von der Spitalleitung genehmigt. Wir haben einen Qualitätszirkel mit den Vertretern aus den Fachbereichen der Medizin, Chirurgie, Medizincontrolling, Pflegedienst, Qualitätskoordination und der Spitalleitung zusammengestellt. In dieser Gruppe wurden die Qualitätsziele und –Massnahmen für das 2011 definiert und vorbereitet.

Massnahmen zur Qualitätssteigerung aufgrund der Resultate aus der Patienten-Zufriedenheits-Erhebung sind umgesetzt. Es handelt sich dabei beispielsweise um die Ernährungsempfehlungen und Menüplanung bei stillenden Wöchnerinnen. Die erhöhten Anforderungen an das Austrittsmanagement werden mit zusätzlichen Stellenprozenten bei der Sozialberatung gewährleistet.

Die Messung der Sturzgefährdung hat ein sehr gutes Resultat erzielt. Das bedeutet, dass wir unser Konzept mit der Früherkennung und den vorbeugenden Massnahmen nachhaltig umsetzen. Bei der Übermittlung der Sturzgefährdung an nachfolgende Pflegeinstitutionen, Hausärzte und/oder Angehörige haben wir sogar den ersten Rang erreicht. Auch das Ergebnis der Infektrate nach Appendektomie (Blinddarmentfernung) war sehr positiv, so dass wir erkennen, dass unser Hygienekonzept den Anforderungen entspricht.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Qualitätskonzept wird nun weiter umgesetzt und kommuniziert. Der Qualitätszirkel trifft sich in regelmässigen Abständen, um Qualitätsthemen zu bearbeiten und Verbesserungspotentiale zu bewerten und anzugehen. Die Zusammenarbeit mit weiteren Qualitätsgruppen (wie z.B. CIRS- Gruppe) wird intensiviert, um das Know-how und die Ressourcen untereinander vermehrt zu nutzen.

Das interne Ziel, die Kommunikation und damit der Informationsfluss intern und extern zu verbessern, wird im 2011 einen wichtigen Schwerpunkt darstellen. Damit wird die Grundlage gelegt, um auf dieser Basis die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken.

Die Qualitätsmessungen werden gemäss den Empfehlungen des ANQ und des Kantons Aargau durchgeführt, ausgewertet und publiziert werden.

Wir werden die erhobenen Daten aus dem 2010 zur ungeplanten Rehospitalisation (Wiedereintritt innerhalb 30 Tagen) in Bezug auf das Optimierungspotential analysieren und wo nötig entsprechende Massnahmen umsetzen.

Für das Jahr 2011 werden die Resultate der Erhebung der Infektraten nach Knie- und Hüftgelenkersatzoperationen erwartet. Die Ergebnisse der Messung zu Komplikationen und Beschwerden im Anästhesiebereich werden ebenfalls im ersten Halbjahr des 2011 geliefert.

Weitere geplante Messungen für die kommenden Jahre sind:

- Div. Zufriedenheitserhebungen (Patienten, Zuweisende, Mitarbeitende)
- Infektraten (nach Hüftgelenkersatzoperationen, Gallenblasenentfernung und Dickdarmoperationen) mit Swiss NOSO
- Dekubitus (Wundliegen) und Sturzgefährdung, Beteiligung am landesweiten Erhebungsverfahren
- Rehospitalisation (Wiedereintritt) mit SQLape
- Reoperation (erneute Operation aus dem selben Grund) mit SQLape

Zusätzlich werden wir interne Qualitätsprojekte und –Messungen durchführen, an die direkten Bedürfnisse angepasst.

CIRS (Kritische Ereignisse) werden erfasst und weiterbearbeitet. Die Massnahmen, die aufgrund der CIRS- Meldungen angepasst werden, sind wichtig für die Sicherheit der Patienten und der Mitarbeitenden.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Andere Organisationsform, nämlich:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	120	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Marco BENG	056 675 11 77	Marco.beng@spital-muri.ch	Spitaldirektor (CEO)
Ruth ENGELER	056 675 12 30	Ruth.engeler@spital-muri.ch	Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung
Andrea KÄPPELI	056 675 11 11	Andrea.kaeppli@spital-muri.ch	Qualitätskoordinatorin
Corinne SCHUMACHER Caroline SCHREPFER	056 675 12 02	ombudstelle@spital-muri.ch	Ombudstelle

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Kreisspital für das Freiamt

→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
☐	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten :

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie	Muri	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Muri	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	Muri	Konsiliararzt: Dr. med. T. Huwyler, Facharzt für Allergien und Hautleiden, 5610 Wohlen
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Muri	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		
Handchirurgie	Muri	Belegarzt: Dr. med. Ch. Hort, Facharzt für Handchirurgie, 5405 Dättwil
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	Muri	Konsiliararzt: Dr. med. P. Amantea, Facharzt für Angiologie, 5610 Wohlen
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Muri	
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Muri	
☐ Geriatrie (Altersheilkunde)		

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)	Muri	Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Aarau
☐ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Muri	Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Aarau, Dr. med. Fuchs Fachärztin für Infektionskrankheiten
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	Muri	
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Muri	Zusammenarbeit mit Kantonsspital Aarau, Konsiliar- und Belegarzt: Dr. med. A. Schreiber, Oberarzt
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Muri, Dialysestation im Haus	Zusammenarbeit mit Kantonsspital Baden, Dialysestation und Sprechstunden: Dr. med. P. Berthold, Facharzt für Nephrologie
☐ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)		
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)		Konsiliararzt: Dr. med. G. Rüttimann, Pneumologe, 5610 Wohlen
Intensivmedizin	Muri	
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Kinderchirurgie	Muri	Im Bereich der HNO und Teilbereiche der allg. Chirurgie
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	Muri	Konsiliararzt Dr. med. Peinemann, Facharzt für Neurologie, 5610 Wohlen Dr. med. R. Schmid, Facharzt für Neurologie, 5610 Wohlen
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Muri	Belegarzt: Dr. med. B. Haab, Augenarzt, 5610 Wohlen
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Muri	Kaderärzte mit Fachgebiet Orthopädie und Traumatologie Belegärzte: Dr. med. H. Burki, Facharzt Orthopädie, 5610 Wohlen Dr. med. J. Chávez, Facharzt Orthopädie, 5610 Wohlen
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Muri	Belegarzt: Dr. med. R. Hasler, Facharzt für Hals- Nasen- Ohrenkrankheiten, 5610 Wohlen

Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Muri	Belegärzte: Dr. med. P. Trost, Facharzt für Kinder und Jugendliche, 5634 Muri Dr. med. M. Roos, Facharzt für Kinder und Jugendliche, 5610 Wohlen
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)	Muri	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Muri	Belegarzt Dr. med. Ch. Hort, Facharzt für plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie, 5405 Dättwil
Psychiatrie und Psychotherapie	Muri	Konsiliararzt Dr. med. F. Marohn, Facharzt Psychiatrie, externer psychiatrischer Dienst, 5610 Wohlen
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Muri	
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Muri	Zusammenarbeit mit Kantonsspital Aarau Belegarzt: Dr. med. Bauer, Facharzt für Urologie, 5001 Aarau

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Muri	Auch DIAfit- Gruppenangebot
Ergotherapie		
Ernährungsberatung	Muri	
Logopädie		
Neuropsychologie		
Physiotherapie	Muri	
Psychologie		
Psychotherapie		

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	21'320	18'604	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	5	6	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	6898	6504	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	570	531	
Geleistete Pflegetage	38'287	38'216	Inkl. Neugeborene
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	111	111	Exkl. Neugeborene
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5,6	5,9	
Durchschnittliche Bettenbelegung	86,8%	87,1%	Exkl. Neugeborene

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		
☒	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009
		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2011/ 2012
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	5.4	Es wurde ein Notenskala von 1-6 verwendet, bei der eine 6 der beste Wert darstellt. Eine Zufriedenheitsnote von 5.4 bedeutet zwischen gut und sehr gut zu sein, was ein positives Resultat für uns darstellt.
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gynäkologie und Geburtshilfe	5.5	Hier ist erfreulich, dass fast alle Frauen, die hier geboren haben, angeben, dass sie das Spital ihren Freundinnen und Bekannten weiterempfehlen.
ärztliche Versorgung	5.4	Die ärztliche Versorgung im chirurgischen und medizinischen Aufgabengebiet wird als gut bis sehr gut eingeschätzt.
Pflegerische Versorgung	5.5	Die freundliche und zuvorkommende Art der Pflegenden wird von den Patienten immer wieder betont und sehr geschätzt.
Organisation, Management und Service	5.4	Im Bereich der Essensversorgung werden viele sehr gute Einschätzungen gemacht. Das Verbesserungspotential liegt v.a. im Informationsfluss. Das wird als Jahresziel im 2011 aufgenommen.
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☐ Picker ☒ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☐ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
☐ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes				
Einschlusskriterien		Alle stationären, hospitalisierten Patienten (auch Tagesklinik)		
Ausschlusskriterien		Alle ambulanten Patienten, welche die TK nicht durchlaufen.		
Rücklauf in Prozenten		64%	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Ombudsstelle
Name der Ansprechperson	C. SCHUMACHER, C. SCHREPFER, M. ABT
Funktion	Sekretariat Pflegedienst
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	056 675 12 02; ombudstelle@spital-muri.ch ; Montag- Donnerstag 09:00- 11:00
Bemerkungen	Neben den wiederkehrenden externen Patientenzufriedenheitsmessungen erheben wir die Zufriedenheit fortlaufend mit einem intern mittels des KSF/ASA- Fragebogen. Die so gewonnen Rückmeldungen werden regelmässig ausgewertet und Erkenntnisse umgesetzt. Ebenfalls findet ein Kurzgespräch mit der verantwortlichen Stationsleitung und dem Patienten während seiner Hospitalisation statt.

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	72%	Der Zufriedenheitsbereich ist ungefähr gleich geblieben wie bei der letzten Messung im 2007. Das ist ein guter Wert.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Mitarbeitende würden sich im Spital Muri behandeln lassen	80%	Diese Aussagen sind sehr erfreulich. Sie bestätigen die hohe Qualität, die Verbundenheit und die Zufriedenheit mit den Dienstleistungen des Kreisspitals. Das Vertrauen in den eigenen Arbeitgeberbetrieb ist doppelt so hoch wie andernorts.
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	NPO plus	Name des Messinstitutes	Meinungs- und Sozialforschungszentrum, 8853 Lachen
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Es handelte sich um einen Fragebogen mit 40 geschlossenen und offenen Fragen. Bemerkungen/ Begründungen konnten handschriftlich zugefügt werden.		
Einschlusskriterien		Alle Mitarbeitenden Versendete Fragebogen: 488; Zurückgesandte Fragebogen: 269		
Ausschlusskriterien		keine		
Rücklauf in Prozenten		55%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2007	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: Noch offen
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gynäkologie	Gute Zufriedenheit im allgemeinen Chirurg. Bereich, Sprechstundenangebot, mittlere Zufriedenheit im Bereich onkologischen Therapie, Senologie, Urodynamik und Sterilitätstherapie	Da eine tiefe Datengrundlage (<19 Zuweiser) niedrige Aussagekraft.
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	Wels- MEDICAL CONSULTING & KEY ACCOUNT MANAGEMENT	
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Fragebogen mit offenen Fragen und numerischer Skala		
Einschlusskriterien		Alle zuliefernden Hausärzte der Region (30 Ärzte)		
Ausschlusskriterien		Keine		
Rücklauf in Prozenten		63%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

D2 ANQ-Indikatoren

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

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen

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

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. Mit der Methode SQLape wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.			
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2011
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse			
Anzahl Austritte im Jahr 2010	Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
6893		Nicht verfügbar	Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Messung der Rehospitalisation und Reoperation mit dem Tool von SQLape konnte während dem Berichtsjahr noch nicht angewendet werden, da es noch nicht vorliegt. Die Auswertungen werden zeitlich verzögert vorgenommen. Aus diesem Grund haben wir intern vorliegende Zahlen verwendet. Wir verzeichnen gemäss interner Statistik 171 Rehospitalisationen (geplante und nicht geplante Wiedereintritte). Ausserdem haben wir uns an der Messung „Rehospitalisation innert 30 Tagen“ des Vereins Outcome von Mai-Dezember 2010 beteiligt. Innerhalb des Messzeitraumes hatten wir eine Rehospitalisationsrate von 3,3% (Gesamtkollektiv der beteiligten Spitäler =5,3%), was wir als gutes Messergebnis beurteilen.			
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .			

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

Mit der Methode SQLape wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?				
☐ Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.				
☐ In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)				
☒ Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.				
☒ Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐ Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.				2011

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

Messergebnisse			
Anzahl Operationen im Jahr 2010	Anzahl Reoperationen im Jahr 2010	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
4332	Nicht verfügbar		Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Das Messtool SQLape ist neu in der deutschen Schweiz und vergleichbare Zahlen liegen noch nicht vor. Aus diesem Grund werden wir von der Publikation der Zahlen, die erst jetzt erhoben werden können, absehen. Da die Zahlen aus dem Bundesamt für Statistik generiert werden, liegen für das Berichtsjahr 2010 noch keine Ergebnisse vor.			
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.			
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.			
☐	Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009/ 2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2011
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.			

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

Messergebnisse					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektions-rate Spital / Klinik	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹	Bemerkungen
☐ Gallenblase-Entfernung				3.9%	
☒ Blinddarm-Entfernung	111	2	1.8%	4.5%	Das Vorkommen von Wundinfekten wurde auf ein Minimum reduziert. Die vorbeugende Antibiotikagabe und das frühzeitig Operieren (bevor eine allzu starke Entzündung vorliegt) wirken sich positiv aus.
☐ Hernieoperation				1.1%	
☒ Dickdarm (Colon)				12.7%	Wurden nicht ausgewertet, aufgrund zu wenigen Daten.
☐ Kaiserschnitt (Sectio)				1.9%	
☐ Herzchirurgie	Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.				
☒ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
☒ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
☐	Nein, unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
☒	Ja, unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

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

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

Messergebnisse Medizinische Abteilungen	Wert	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	5.25		In der Notenskala von 1-6, ist jeder Wert über 5 (=gut) als positiv zu betrachten. Dieser Wert stellt eine gute Ausgangslage dar. Verbesserungspotential liegt in der Besetzung der offenen Stellen.
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	5.4		Die Aussagen zur pflegerischen Versorgung im Medizinbereich sind positiv. Die Pflegenden werden als fachkompetent, freundlich und zuvorkommend beschrieben.
Beurteilung der Organisation	5.4		Diese Beurteilung umfasst die Bereiche des administrativen Ablaufs, des Verpflegungsmanagements und der Reinigung. Die Patienten sind mehr als gut zufrieden mit diesen Leistungen.
☐	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

Messergebnisse Chirurgische Abteilungen		Wert	Schweizer Durchschnitt ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung		5.5		Kommentare siehe oben, die Auswertung beinhaltete die Ausführungen ausschliesslich in globaler Form, für den Disziplinenvergleich sind nur die Zahlen vorhanden.
Beurteilung der pflegerischen Versorgung		5.6		
Beurteilung der Organisation		5.4		
☐	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			

Messergebnisse Geburtshilfe/ Wochenbett	Wert	Schweizer Durchschnitt ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	5.5		Die Resultate der Patientinnen-zufriedenheitsbefragung „Geburt“ sind sehr erfreulich. Von den acht schweizer Spitäler sind wir in bei den Bereichen der ärztlichen Versorgung, der Versorgung durch die Hebammen und die Pflegenden, überall bei den besten Spitälern. Wir übertreffen in allen Messkategorien den durchschnittlichen Mittelwert.
Beurteilung der Versorgung durch die Hebammen	5.5		
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	5.5		
Beurteilung der Organisation	5.4		

☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
--------------------------	---

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze	
Was wird gemessen?	Sturzgefährdung	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	

² Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Spitäler, die sich 2009 an der PEQ-Messung des ANQs beteiligt haben. Die Werte wurden im März 2011 durch den ANQ veröffentlicht.

☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
---	---	--

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behand- lungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
28	0	28	sehr gute Ergebnisse, da bereits jahrelange Erfahrung und Sensibilisierung auf das Thema. Pflegende sind sicher in der Früherkennung und Prävention von Stürzen. Dort wo es trotzdem zu Stürzen gekommen ist, liegen die Ursachen v.a. im veränderten Bewusstseinszustand (z.B. Verwirrtheit). Siehe auch ausgewählte Qualitätsprojekte.

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Verein Outcome

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Rehospitalisation		
Was wird gemessen?	Wiedereintrittsrte		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Rehospitalisationsrate: 3.3%	Der Vergleich der Daten im Gesamtkollektiv ist sehr gut. Die Rehospitalisationsrate liegt dort bei 5.3%. Die Analyse der Ergebnisse, v.a. der qualitativen Patientenbefragung wird intern noch ausgewertet.	

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:
		Verein Outcome

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
ACS	B	B	A
AQC	B	B	A
Bemerkungen			

Legende:

¹ A=Ganzer Betrieb, übergreifend
 B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
 C=einzelne Abteilung

² A=Fachgesellschaft
 B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
 C=betriebseigenes System

³ A=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
 B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
 C=Einführung im Berichtsjahr 2010



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Richtlinien des IVR Version 2.0 von 2005	Rettungsdienst	2009	Erstzertifizierung	Im Rettungsdienst setzen wir auf die Nachhaltigkeit unserer Arbeit zum Wohle der Gesundheit der uns anvertrauten Patienten. Um das hohe Mass an Qualität unserer Dienstleistung aufrecht zu erhalten und kontinuierlich zu verbessern, arbeiten wir nach den Leitlinien des Interverbandes für Rettungswesen. Mit diesem Instrument sichern wir die hohe Qualität und passen diese an Neuerungen an.

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
CIRS (anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse)	Gefahren frühzeitig erkennen und schnell reagieren.	Alle Bereiche	Kontinuierliche Erfassung
Sturz- Monitoring	Minimierung der Sturzgefährdung	Alle Pflegebereiche	Kontinuierliche Erfassung
Dekubitus- Monitoring	Minimierung der Entstehung von Druck- und Liegegeschwüren	Alle Pflegebereiche	Kontinuierliche Erfassung
Schmerzdienst	Optimalste Schmerztherapie nach operativen Eingriffen oder medizinischen Krankheitsbildern, tägliche Schmerzvisiten durch Schmerz- Dienst- Mitarbeiter bei Patienten mit Schmerzmedikamenten- pumpen, Kathetern, etc.	Alle Bereiche, v.a. Pflegebereich	Seit Herbst 2009 fortlaufend
Ernährungs- Monitoring	Frühzeitige Erkennung von Zuständen der Mangelernährung (Kondrup- Score) und Therapie	Interprofessionelle, interdisziplinäre Arbeitsgruppe, alle Bereiche	Seit 2009 fortlaufend
Dolmetscherdienst	Minimierung von Sprachprobleme	Alle Bereiche	Fortlaufendes Angebot
Beschwerdemanagement/ Ombudsstelle (Ansprechpersonen für Beschwerdeanliegen)	Patienten und/ oder Angehörige haben die Möglichkeit, indirekt oder persönlich ihre positiven oder negativen Erfahrungen bei der Ombudsperson anzubringen. Wenn gewünscht, stellt unsere Ombudsperson einen persönlichen Kontakt zwischen Patient und Verursacher der Beschwerde her.	Alle Bereiche	Seit Januar 2009 fortlaufend
Befragung zur Patientenzufriedenheit mit internem KSF/ASA Fragebogen.	Kontinuierliche Zufriedenheitsbewertung zu den Bereichen der ärztlichen Betreuung, Pflegedienstleistungen, Hotellerie, Küche und allgemeinem Leistungsangebot. Führt zur zeitnahen Umsetzung von Verbesserungen.	Alle Bereiche	Fortlaufend
Arbeitssicherheit und Brandschutz	Neue Mitarbeiter werden im Bereich der Arbeitssicherheit und Brandschutz geschult. Es finden regelmässige Refresher- Schulungen für alle Mitarbeitenden statt.	Alle Bereiche	Monatlich für neue Mitarbeitende, periodische Refresherkurse
Internes Fortbildungsangebot	Alle Mitarbeitenden erhalten die Informationen und den aktuellen Wissensstand für ihren Aufgabenbereich.	Alle Bereiche	Internes Fortbildungsangebot zu verschiedenen Schwerpunkten.
Katastrophenkonzept	Regelmässige Übungen zum Verhalten bei Katastrophensituationen. Konzept wird regelmässig auf Umsetzung und Aktualität überprüft.	Alle Bereiche	Fortlaufend seit 2008, in periodischen Abständen.

MOVE (Spitalinternes Vorschlagswesen für Verbesserungen)	Mitarbeitende bringen aufgrund ihrer Erfahrungen im Spitalalltag Verbesserungsvorschläge ein. (MA wissen selber am besten, was in ihrem Arbeitsbereich verbessert werden kann).	Alle Bereiche	Fortlaufend
Gerätewartung	Alle Geräte entsprechen den Richtlinien der Genauigkeit und Hygiene. Ihre Funktionen werden intern und extern überprüft.	Alle Bereiche	Fortlaufend, gemäss Gerätehinweisen
Qualitätsmanagement	Aufbau eines Gesamt-Qualitätsmanagement interprofessionell und interdisziplinär	Alle Bereiche	Seit Mitte 2010
Messung zu Anästhesiologischen Komplikationen und perioperativen Beschwerden	Outcome- Messung	Anästhesie	Messung Jan- März 2011, Resultate und Benchmark Mai 2011
Rehospitalisation	Resultate der Outcome-Messung werden analysiert und Qualitätsverbessernde Massnahmen abgeleitet. Erneute Messung Ende 2011.	Alle Bereiche, v.a. ärztlicher und pflegerischer Dienst	2011

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitel	Sturzkonzept	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Eine Sturzgefährdung wird frühzeitig erkannt. Mit vorbeugenden Massnahmen werden Stürze verhindert.	
Beschreibung	Das Konzept beinhaltet ein Assessment zur Sturzgefährdung, beschreibt verschiedene, präventive Massnahmen zur individuellen Anwendung und bietet Hilfestellung im Umgang mit diversen Hilfsmitteln sowie zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Die systematische Sturzerfassung und –Analyse gehört ebenso dazu.	
Projektablauf / Methodik	Erarbeitung des Sturzkzeptes durch Pflegeexpertin in interdisziplinärer Zusammenarbeit, Schulung von Pflegenden, Anwendung des Konzeptes, anschliessende Erhebung der Sturzgefährdung mit der standardisierten Messung des Vereins Outcome.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
		
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
		
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
		
Involvierte Berufsgruppen	Pflegedienst, ärztlicher Dienst, Physiotherapie	
Projektevaluation / Konsequenzen	Die Projektevaluation hat mit dem Resultat der Messung der Sturzgefährdung des Vereins Outcome von August bis Dezember 2010 stattgefunden. Die Resultate sind bereits im Kap. D3-2 aufgenommen. Die Sensibilisierung auf die Sturzgefahr hat in den involvierten Berufsgruppen stattgefunden, die Sturzrate ist deutlich unter dem Gesamtkollektiv. Das Assessment zur Erhebung der Sturzgefährdung wird standardisiert und geübt angewendet.	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitel	Weiterentwicklung Patientenpfad Notfall- Aufnahme	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden sollen die Arbeitsabläufe in den Räumen der Notfallaufnahme mit dem Ziel der Optimierung kritisch hinterfragt werden.	
Beschreibung	In einem ersten Schritt wurden die Patientenbezogenen Massnahmen von Ärzten und Pflegenden in Form eines Patientenpfades schriftlich festgehalten. Der Pfad besteht aus vielen Arbeitsschritten. Jeder Arbeitsschritt beinhaltet Massnahmen, verwendete Dokumente sowie Stärken und Schwächen der Umsetzung. In einem nächsten Schritt wurden die Ergebnisse-das heisst, die aufgezeigten Schwächen – in einer Teamrunde vorgetragen und verbesserungsoptionen erarbeitet. Nach einem ¾ Jahr erfolgte eine Bestandesaufnahme mit den Fragen: Wo stehen wir heute, was können wir weiter verbessern. Im Team wurden u.a. folgende Qualitätsansprüche diskutiert und Lösungsvorschläge erarbeitet. ☐ Es wird über alle Disziplinen (Medizin, Chirurgie, Gynäkologie) eine Triage schriftlich festgelegt (Sichtung der Patienten nach klinischen Kriterien). ☐ Zugewiesene Patienten werden von einer Kaderperson (Arzt) persönlich beurteilt. ☐ Austrittsberichte werden von Kaderperson visiert. ☐ Es finden turnusmässige interdisziplinäre Teambesprechungen statt	
Projektablauf / Methodik	Befragung der Mitarbeitenden, schriftliches Festhalten der Arbeitsabläufe, Aufzeigen von Schwächen, Besprechungen im Team charakterisierten den Projektablauf.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Schwerpunkte bilden die Arbeitsbereiche von Ärzten und Pflegefachpersonen in der Notfallaufnahme	
Involvierte Berufsgruppen	Pflegedienst, ärztlicher Dienst	
Projektevaluation / Konsequenzen	Wir haben viele Abläufe auf der Notfallaufnahme untersucht und einiges verbessert. Dazu gehört auch die vertrauensvolle Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegepersonal. Die Wartezeiten für Patienten konnten reduziert und die Betreuung intensiviert werden. Viele Kleinigkeiten haben wir geändert, die zusammengefasst mehr als nur die Summe bedeuten.	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitel	Überarbeitung des Qualitätskonzeptes	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Die Strukturen, Aufgaben und Kompetenzen innerhalb des Qualitätsmanagements sind geklärt. Ein Qualitätskonzept des KSF liegt in schriftlicher Form vor. Es wird ein Qualitätszirkel zusammengestellt mit Vertretern der wichtigsten Disziplinen und der obersten Führungsebene. Innerhalb des Qualitätszirkels werden die Qualitätsziele für die kommenden Jahre zusammengestellt und der Spitalleitung vorgeschlagen.	
Beschreibung	Das Qualitätsorganisation wurde schriftlich festgehalten. Es beinhaltet auch die Regelung von Aufgaben und Kompetenzen. Die verschiedenen Arbeitsgruppen wie z.B. die CIRS- Gruppe, Arbeitsgruppe Sicherheit und Gesundheit, Hygienefachgruppe, Ernährungsfachgruppe etc. , sind definiert aufgenommen und die Zusammenarbeit geklärt. Mit der Koordination werden Doppelspurigkeiten vermieden. Die Vorgehensweise umschreibt den Qualitätszyklus (Plan- Do- Check- Act).	
Projektablauf / Methodik	- Erarbeitung des QM- Konzeptes anhand der Gesamt- Spitalstrategie und bereits vorliegenden Dokumenten (Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung und Qualitätskoordinatorin) - Vorstellen des Konzeptes innerhalb der Spitalleitung - Genehmigung durch die Spitalleitung - Umsetzung: Zusammenstellung des Qualitätszirkels, aktuelle Zielsetzungen und Planung der dazugehörenden Massnahmen - Evaluation: siehe unten	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Alle Bereiche inkl. Spitalleitung	
Projektevaluation / Konsequenzen	Regelmässige Anpassungen des Konzeptes durch die Qualitätskoordinatorin und die Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung. Befragung der beteiligten Personen im Qualitätszirkel und in der Spitalleitung. Befragung der Arbeitsgruppenleiter zur Zusammenarbeit und Umsetzung. Geplante Evaluation: Anfang 2012	
Weiterführende Unterlagen		

„Wer aufhört besser zu werden, hört auf, gut zu sein“. (M. Ebner- Eschenbach)

Mit diesem Leitgedanken stellen wir uns der Zukunft. Wir sind bereits sehr gut, aber wollen noch besser werden. Dazu gehört das genaue Hinschauen, die Vergleiche mit anderen zu nutzen, als Chance vom Besten zu lernen.

Für das 2011 werden wir uns mit der Kommunikation, dem interdisziplinären und dem interprofessionellen Informationsfluss befassen und verbindliche Leitlinien erarbeiten.

Die Sicherheit, die Wirksamkeit und die Effizienz unserer Behandlungen stehen jederzeit im Vordergrund. Diese Qualität bedeutet auch, dass alle unsere Mitarbeitenden täglich ihr Bestes geben. Professionelle Zusammenarbeit und Fachkompetenz gemischt mit Empathie führt zur guten Arbeitsqualität und trägt wesentlich zu aller Zufriedenheit bei.

Wir sind auf gutem Weg, die Qualität zu leben. Immer wieder suchen wir nach neuen Herausforderungen, um sie zu optimieren.

Marco Beng
CEO, Kreisspital für das Freiamt

Ruth Engeler
Qualitätsbeauftragte Spitalleitung

Andrea Käppeli
Qualitätskoordinatorin

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HOPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualittsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Handbuch H+qualität® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualittsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualität® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualit dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>