

# Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

29. Mai 2020  
Daniel Schibler, Vorsitz Geschäftsleitung Asana Gruppe AG

Version



**Asana Spital Menziken AG**

[www.spitalmenziken.ch](http://www.spitalmenziken.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

Ramon Soler  
Qualitätsverantwortlicher  
062 765 36 50  
[ramon.soler@spitalmenziken.ch](mailto:ramon.soler@spitalmenziken.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](http://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](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>8</b>
2.1 Organigramm .....	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	9
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>10</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019 .....	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
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 .....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	14
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren .....	14
4.5 Registerübersicht .....	15
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	16
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>17</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>18</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>18</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	18
5.2 Eigene Befragung .....	20
5.2.1 Interne Befragung zur Patientenzufriedenheit .....	20
5.2.2 Befragung Rettungsdienst .....	21
5.2.3 Patientenzufriedenheit in der Physiotherapie .....	22
5.3 Beschwerdemanagement .....	22
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
8.1 Eigene Befragung .....	23
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit Spital Menziken .....	23
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>24</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>24</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	24
<b>10 Operationen</b> .....	<b>25</b>
10.1 Eigene Messung .....	25
10.1.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	25
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>26</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	26
11.2 Eigene Messung .....	28
11.2.1 Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP) .....	28
<b>12 Stürze</b> .....	<b>29</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	29
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>31</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	31
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	

	Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung</b>	<b>33</b>
17.1	Weitere eigene Messung	33
17.1.1	Medikationsfehler	33
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b>	<b>34</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	34
18.1.1	Dekubitusprophylaxe und -behandlung	34
18.1.2	Palliative Pflege	35
18.1.3	Händehygiene Compliance HHC	35
18.1.4	Vorschlagwesen	35
18.1.5	Beschwerdemanagement	35
18.1.6	Konzept und Standard Schmerzbehandlung	36
18.1.7	Standard Dekubitusprophylaxe	36
18.1.8	Ausbau und Weiterentwicklung Internes Kontrollsystem IKS	36
18.1.9	Teleradiologie Kooperation Menziken mit Kantonsspital Aarau AG	36
18.1.10	Sichere Medikation	36
18.1.11	Prozessmanagement	37
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	39
18.2.1	Prädikat Familie UND Beruf	39
18.2.2	Skill & Grade Mix	40
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	43
18.3.1	sanaCERT suisse Zertifizierung	43
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>44</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>		<b>45</b>
Akutsomatik		45
<b>Herausgeber</b>		<b>46</b>

## 1 Einleitung

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

Die Asana Gruppe AG leistete bereits im Jahr 2014 Pionierarbeit. Damals wurde die Asana Gruppe zum ersten Mal auditiert. Die Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung ist eine spezialisierte Zertifizierungsstelle im Gesundheitswesen. Wer das Zertifikat nach sanaCERT Suisse vorweisen kann, musste eine anspruchsvolle Überprüfung über sich ergehen lassen. Als erste Spitalgruppe in der Schweiz hat die Asana Gruppe AG ein gemeinsames Qualitätsmanagementsystem für zwei Akutspitäler und zwei Pflegeheime entwickelt, umgesetzt und bereits zweimal überprüfen lassen.

Seit Dezember 2012 arbeiten acht Projektgruppen an der Entwicklung von acht Standards. 2017 kam ein neunter Standard dazu.

Die Projekte sind:

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

Folgende Standards wurden seither zertifiziert:

- Grundstandard Qualitätsmanagement
- Standard: Schmerzbehandlung
- Standard: Umgang mit kritischen Zwischenfällen
- Standard: Patienteninformation
- Standard: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation
- Standard: Rettungsdienst
- Standard: Palliative Betreuung
- Standard: Dekubitusvermeidung und -behandlung
- Standard: Sichere Medikation

Die Auditoren, Experten aus anderen Spitälern und Pflegeheimen, beurteilen wieweit die Qualitätsstandards erfüllt und wo noch Verbesserungen angebracht sind.

### **Asana Gruppe AG hat erneut Bestnoten erhalten**

Nach dem erfolgreichen Erstaudit im Jahr 2014 mussten die beiden Standorte im September 2017 das sanaCERT Audit nochmals bestehen. Während zwei Tagen sind die Asana Spitäler und Pflegeheime von Leuggern und Menziken durch vier Auditoren überprüft worden. Das Resultat lässt sich sehen: Von 32 möglichen Punkten hat die Asana Gruppe 31 erhalten; für die Zertifizierung hätten 20 Punkte gereicht. Auf dieses Glanzresultat dürfen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und alle Belegärztinnen und Belegärzte, die in der täglichen Arbeit ihr Bestes geben, stolz sein. Sie haben den Nachweis erbracht, dass das Qualitäts-Managementsystem (QM):

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

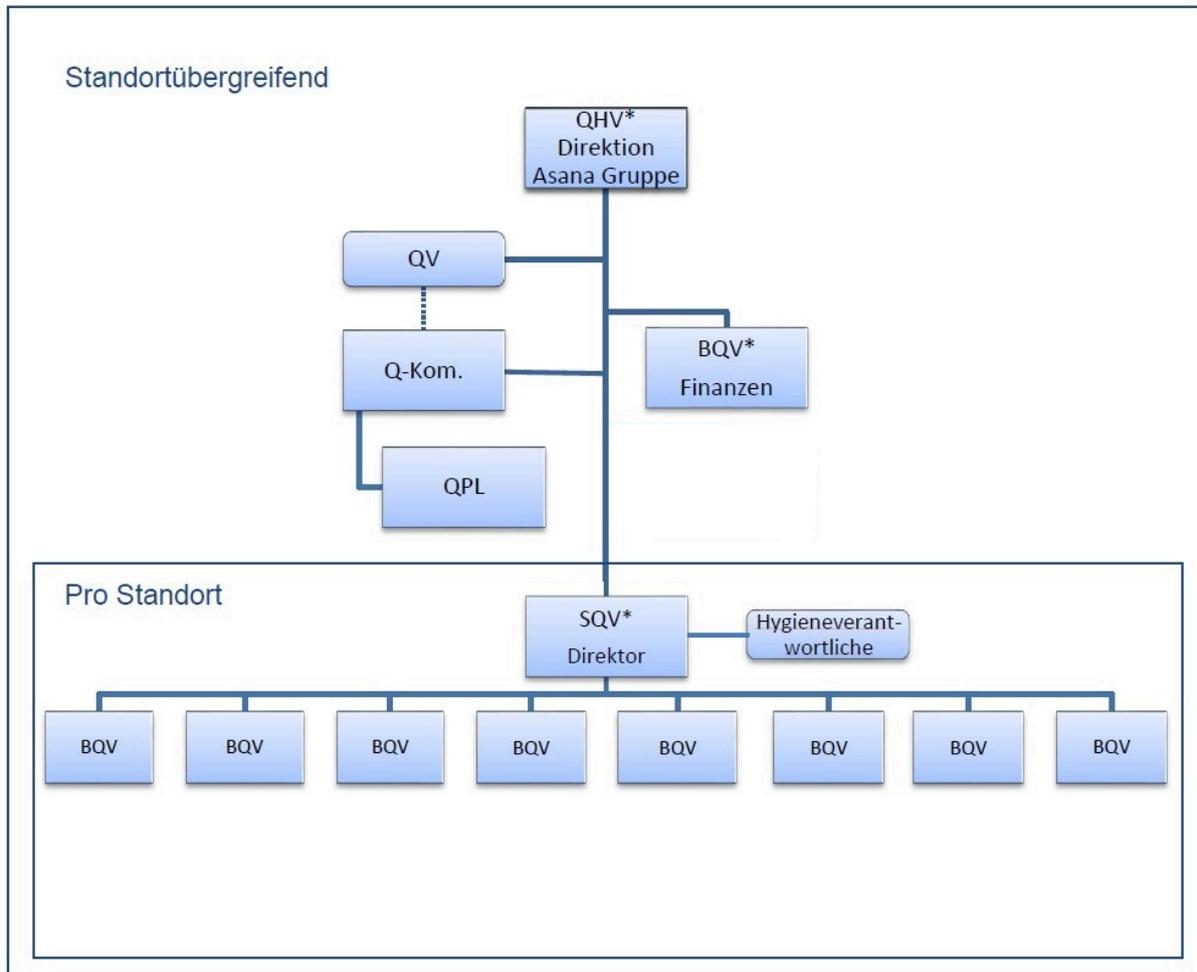
Die Zertifizierungskommission von sanaCERT suisse hat am 6. November 2017, gestützt auf die Ergebnisse des Re-Zertifizierungsaudits entschieden, dass das Qualitätsmanagement der Asana Gruppe AG für weitere drei Jahre, d.h. bis zum 17. Dezember 2020 ohne Auflagen zertifiziert wird. Nach dem Überprüfungsaudit vom 29. August 2018, hat die Zertifizierungskommission bestätigt, dass für die nächste Re-Zertifizierung wir auf dem richtigen Kurs sind.

Auf kantonaler Ebene positioniert sich die Asana Gruppe durch diese externe Bestätigung eines funktionierenden Qualitätsmanagements verstärkt als bedarfsgerechter, wirtschaftlich und qualitativ hochstehender Leistungserbringer in der Grundversorgung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie alle Belegärztinnen und Belegärzte der Spitäler und Pflegeheime der Asana Gruppe nehmen ihre Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit wahr. Qualität ist dabei Ausdruck ihrer Orientierung an den Patientinnen und Patienten, den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie an weiteren Anspruchsgruppen und direkter Massstab für ihre tägliche Arbeit ganz im Sinne ihres Mottos: "Mir läbed Nöchi".

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



#### Legende:

BQV Bereichs- Qualitätsverantwortung, Bereichs-/ Departementsverantwortliche gemäss Organigramm.

HR Human Resources

QHV Qualitätshauptverantwortung Asana Gruppe AG

Q-Komm. Qualitätskommission; wird durch die Geschäftsleitung der Asana Gruppe AG zusammengestellt.

Sie setzt sich aus drei bis fünf Personen zusammen. Darin sind die Geschäftsleitung, der Arztdienst die Pflege und die Administration vertreten.

QPL Qualitätsprojektleitungen

QV Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe AG = Stabstelle

SQV Standort- Qualitätsverantwortung

\* Vertretung aus der Geschäftsleitung

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozente zur Verfügung.

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Ramon Soler  
Qualitätsverantwortlicher  
062 765 36 50  
[ramon.soler@spitalmenziken.ch](mailto:ramon.soler@spitalmenziken.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Unsere Vision

Kompetente, bedarfsgerechte Medizin verbunden mit individueller, menschlicher Behandlung in Ihrer Nähe.

Die wichtigen Begriffe in der Vision sind wie folgt zu verstehen.

1. *Kompetente Medizin* Die angebotene Medizin entspricht dem Qualitätsbenchmark des Schweizer Spitalmarktes. Medizinische Leistungen werden nur von qualifiziertem Fachpersonal erbracht.
2. *Bedarfsgerechte Medizin* Wir bieten dem Patienten eine bedarfsgerechte medizinische Betreuung. Bei gegebenem med. Bedarf wird eine entsprechende medizinische Betreuung erbracht.
3. *Individuelle Behandlung* Jeder Patient wird als Individuum behandelt. Der Patient kann die Behandlung mitbestimmen.
4. *Menschliche Behandlung* Patienten werden als Menschen und nicht als Objekte behandelt.
5. *In Ihrer Nähe* Wir sind die erste medizinische Anlaufstelle in unserem Einzugsgebiet.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

- Die ANQ Messungen werden gemäss ANQ-Messplan durchgeführt
- Das sanaCERT Überwachungsaudit ist erfolgreich
- Einführung Prozessmanagement

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

- Die 5 ANQ Messungen wurden Termingerecht und erfolgreich durchgeführt
- Das sanaCERT Überwachungsaudit vom 26. September 2019 nach der Norm EN ISO/IEC 17021:2011 war erfolgreich. Es wurden keine Auflagen und zwei Empfehlungen ausgesprochen.
- Die Einführung des Prozessmanagements ist noch im vollem Gange.

#### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements Systems mit sanaCERT  
Umsetzung Prozessmanagement  
Mitgliedschaft und Teilnahme an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

## 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](http://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"> <li>▪ Interne Befragung zur Patientenzufriedenheit</li> <li>▪ Befragung Rettungsdienst</li> <li>▪ Patientenzufriedenheit in der Physiotherapie</li> </ul>
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuweiserzufriedenheit Spital Menziken</li> </ul>
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Operationen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen</li> </ul>
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP)</li> </ul>
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikationsfehler</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Einführung Prozessmanagement

<b>Ziel</b>	Das Spital und das Pflegeheim verfügen über IT-gestütztes Prozessmanagementsystem
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Akut- und Langzeitpflege
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	1.1.2019 -
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Siehe Kapitel 18 Qualitätsprojekte im Detail
<b>Methodik</b>	Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Arzt, Pflege, Aktivierung, Physiotherapie, Hauswirtschaft, Technischer Dienst, Küche, u.a.

##### Optimierung Qualitätsmanagement

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2014 -
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Qualitätssicherung und -entwicklung gemäss Strategie.
<b>Methodik</b>	sanaCERT suisse Zertifizierung nach der Norm EN ISO/IEC 17021:2011
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Interne Audits und externes Re-Zertifizierungssaudit durch sanaCERT suisse

#### 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**

Im Jahr 2017 wurde das CIRS Konzept überarbeitet. Im Jahr 2019 wurden neue Meldekreise implementiert.

CIRS-Meldungen können auch namentlich erfasst werden.

Ausgewählte CIRS-Meldungen werden mittels einer systematischen Fehleranalyse (London-Protokoll) bearbeitet.

#### 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2017 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://asana.ch/index.php?id=667> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

##### **Bemerkungen**

Die Ergebnisse werden von IQM für die Asana Gruppe AG erst ab 2019 zur Verfügung gestellt.

## 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](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>anresis.ch</b> Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern <a href="http://www.anresis.ch">www.anresis.ch</a> <a href="http://www.infect.info">www.infect.info</a>	2017
<b>Infreporting</b> MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	seit jeher
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	seit jeher
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2013
<b>KR Aargau</b> Krebsregister Aargau	Alle	<a href="http://krebsregister-aargau.ch/">http://krebsregister-aargau.ch/</a>	2013
<b>NICER</b> Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung <a href="http://www.nicer.org">www.nicer.org</a>	2013

## 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
2Q	Alle Bereiche	2002	2008	
sanaCERT suisse	Gesamte Asana Gruppe	2014	2018	
IVR Zertifizierung	Rettungsdienst Menziken	2011	2016	Nächste Rezertifizierung 6. Juni 2021

### Bemerkungen

# 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	
<b>Asana Spital Menziken AG</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.21	4.14	4.00 (3.82 - 4.19)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.73	4.56	4.60 (4.40 - 4.79)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.70	4.61	4.41 (4.22 - 4.59)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.60	4.56	4.47 (4.21 - 4.72)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.19	4.10	3.96 (3.73 - 4.19)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	94.10 %	93.50 %	93.20 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			180
Anzahl eingetreffener Fragebogen	58	Rücklauf in Prozent	32 %

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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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 ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

### Bemerkungen

Aufgrund eines Fehler beim Versand der Fragebögen, musste die Befragung wiederholt werden. Dies führte zu einem niedrigen Rücklauf.

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Interne Befragung zur Patientenzufriedenheit

Die Asana Gruppe führt ganzjährig eine Patientenumfrage mit dem Titel "Mit Ihrer Meinung gestalten Sie mit".

Die Fragebogen und Eingabemethoden der beiden Spitäler unterscheiden sich.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.  
Die Befragung hat in allen Pflegeabteilungen stattgefunden.  
Es werden alle stationären Patientinnen und Patienten eingeschlossen.

Das Instrument ergibt keinen Gesamtscore.

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Asana Spital Menziken führt ganzjährig eine Patientenumfrage mit dem Titel "Mit Ihrer Meinung gestalten Sie mit".

Die Fragen sind in folgende Bereiche gegliedert:

- Der erste Eindruck
- Die pflegerische Betreuung
- Die ärztliche Betreuung
- Die Verpflegung und Hotellerie
- Gesamteindruck

Mittels Fliesstext können je nach Wunsch weitere Angaben gemacht werden

Der Fragebogen liegt während dem ganzen Aufenthalt im Patientenzimmer auf oder stehen auf den Patiententerminals elektronisch zur Verfügung. Beim Austrittsgespräch werden die Patienten auf den Fragebogen aufmerksam gemacht.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 5.2.2 Befragung Rettungsdienst

Nach der letzten Erhebung in den Jahren 2016/2017 wurde die Befragung der Patienten für zwei Jahre pausiert. Nach der Umsetzung verschiedener Massnahmen, welche aus der Analyse von September 2017 hervorgingen, wurden die Patienten von Juli 2019 bis Dezember 2019 erneut befragt. Um die Ergebnisse der erneuten Befragung direkt mit der letzten Befragung vergleichen zu können, wurden weder die Fragen noch deren Formulierung geändert. Auf diese Weise konnte der Erfolg der umgesetzten Massnahmen direkt überprüft werden.

Auch bei dieser Befragung hatten die Patienten die Möglichkeit mittels Freitext eine individuelle Rückmeldung abzugeben.

### Empfängergruppe

Bei der letzten Befragung wurde allen Patienten NACA

- Patient/innen welche in einen Schockraum gebracht werden
- Patient/innen NACA >6
- Patient/innen in psychischem Ausnahmezustand
- Patient/innen in einer extremen Stresssituation

Die Rettungsequipe hat darüber hinaus situativ entschieden, wann eine Karte abgegeben werden konnte und wann nicht. Die Befragung der Patienten durfte auf keinen Fall pietätlos wirken. Die Mitarbeiter waren aber dazu angehalten, auch kritischen oder unzufriedenen Patienten einen Flyer abzugeben. Aufgrund des neuen Befragungswegs konnte die Empfängergruppe auf andere Personen erweitert werden. So konnten auch Karten an Angehörige abgegeben werden, statt an den/die Patient/in, wenn in der Situation sinnvoll. Waren Bystander direkt am Einsatz beteiligt, wurde auch ihnen eine Karte abgegeben. Mit der Erweiterung der Empfängergruppe erhofften wir uns einen höheren Rücklauf an verwertbaren Feedbacks.

### Befragungstool

Bei der letzten Befragung wurde den Patienten nach dem Einsatz mit separater Briefpost ein Fragebogen zugestellt. Dies war insgesamt sehr aufwändig und kostenintensiv. Die Rücklaufquote betrug 19.3%. Bei der aktuellen Befragung wurde ein neuer Weg gewählt: Nach dem Einsatz wurde den Patient/innen eine Karte mit einem QR-Code abgegeben. Mittels diesem QR-Code gelangt man direkt auf das Befragungstool der Asana Spital Menziken AG und kann mit dem Smartphone an der Befragung teilnehmen.

Frage 1: Wurden Sie ausreichend über die Massnahmen des Rettungsdienstes informiert?

Frage 2: Wie verständlich waren die Informationen die Sie erhielten?

Frage 3: Fühlten Sie sich vom Rettungsteam respektvoll behandelt?

Frage 4: Wie wurde auf Ihre Bedürfnisse und Probleme eingegangen?

Frage 5: War das Rettungsteam freundlich und zuvorkommend?

Frage 6: Wurden Angehörige oder Beteiligte angemessen mit einbezogen?

Frage 7: Wie schätzen Sie die Fachkompetenz des Rettungsteam ein?

Frage 8: Wie gut arbeitete das Rettungsteam Ihrer Meinung nach zusammen?

Frage 9: Gestaltete sich der Aufenthalt im Rettungswagen möglichst bequem und angenehm?

Frage 10: Beurteilen Sie den Gesamteindruck, den der Rettungsdienst bei Ihnen hinterlassen hat.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2020 durchgeführt.  
Rettungsdienst

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

### 5.2.3 Patientenzufriedenheit in der Physiotherapie

Es handelt sich um einen intern entwickelten Fragebogen welcher die Patientinnen und Patienten elektronisch ausfüllen können. Der Fragebogen enthält folgende Fragen:

- Ich wurde stets freundlich begrüsst
- Die Physiotherapie ist gut ausgeschildert
- Die Termine haben meinen Wünschen entsprochen
- Ich konnte den Empfang stets gut erreichen
- Der Therapeut/ die Therapeutin war freundlich und hilfsbereit
- Ich fühlte mich kompetent betreut
- Meine persönlichen Therapieziele konnten erreicht werden
- Die Physiotherapie hat pünktlich begonnen
- Ich hatte wenig Therapeutenwechsel
- Die Therapieräume sind hell, freundlich und sauber
- Der Turnsaal ist praktisch eingerichtet
- Hatten Sie eine Wassertherapie?
- Hat die Wassertherapie den Heilungsprozess positiv unterstützt?
- Ich werde die Physiotherapie im Asana Spital Menziken weiterempfehlen
- Möchten Sie uns noch etwas sagen?

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.  
Stationäre und ambulante Physiotherapiepatientinnen und Physiotherapiepatienten

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Asana Spital Menziken AG**

Beschwerdemanagement & Vorschlagwesen  
im Intranet

Ramon Soler

Qualitätsverantwortlicher

062 765 36 50

[ramon.soler@spitalmenziken.ch](mailto:ramon.soler@spitalmenziken.ch)

Mo.-Fr. 08.00-16.30

Die Asana Gruppe AG hat ein  
Kooperationsvertrag mit der Schweizerische  
Stiftung SPO Patientenorganisation  
Häringstrasse 20 8001 Zürich [www.spo.ch](http://www.spo.ch)

## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserzufriedenheit Spital Menziken

Den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten steht ein elektronischer Fragebogen zur Verfügung.

Es werden zwei Versionen eingesetzt eine für Fachärztinnen und Fachärzte und eine Version für Haus- und Kinderärztinnen und Kinderärzte.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat Februar durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Anzahl der Rückmeldungen ist für eine Publikation zuwenig repräsentativ.

## 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](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2014	2015	2016	2017
<b>Asana Spital Menziken AG</b>				
Anteil externer Rehospitalisationen	-	20.08%	18.64%	15.72%
Verhältnis der Raten*	1.08	1.21	1.25	1.2
Anzahl auswertbare Austritte 2017:				2766

\* 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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse wurden noch nicht validiert.

#### 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.

## 10 Operationen

### 10.1 Eigene Messung

#### 10.1.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

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

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

Weiterführende Informationen: [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.  
Alle interdisziplinäre Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Da die interne Messungen für Spitalvergleiche konzipiert wurden, sind die spitalspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig.

## 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](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ Hernienoperationen
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

**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	
<b>Asana Spital Menziken AG</b>						
Blinddarm-Entfernungen	30	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 11.60%)
Hernienoperationen	60	0	2.20%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 6.00%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
<b>Asana Spital Menziken AG</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen	43	1	0.00%	0.00%	0.00%	2.30% (0.10% - 12.30%)

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Die niedrige Fallzahlen lassen keine Interpretation der Ergebnisse zu.

**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.

## 11.2 Eigene Messung

### 11.2.1 Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP)

Mit Prävalenzmessungen nosokomialer Infektionen wird zu einem bestimmten Zeitpunkt die Häufigkeit von nosokomialen Infektionen erfasst. In den Spitälern der Asana Gruppe werden jährlich diese Messungen auf allen Abteilungen durch eine externe Stelle durchgeführt.

Diese Messung haben wir im Monat Mai durchgeführt.

Alle Pflegestationen, Operationsbereich, Notaufnahme, Aufwachraum/Tagesklinik und Geburtshilfe (Leuggern)

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse sind nicht risikoadjustiert und lassen daher keine vergleichende Interpretation zu. Die absolute Zahl ist klein. Somit können die tatsächlichen Häufigkeiten von Infektionen nicht korrekt eingeschätzt werden.

## 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](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

	2016	2017	2018	2019
<b>Asana Spital Menziken AG</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	3	0	0
In Prozent	5.60%	7.00%	0.00%	0.00%
Residuum* (CI** = 95%)			0.07 (-0.34 - 0.48)	0.01 (-0.45 - 0.43)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2019	7	Anteil in Prozent (Antwortrate)		23.30%

\* 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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

## 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](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			2019	In Prozent
		2016	2017	2018		
<b>Asana Spital Menziken AG</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)			-0.15 (-1.19 - 0.89)	0.01 (-0.45 - 0.43)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019	7	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			23.30%	

\* 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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Medikationsfehler

Alle Fehler im Umgang mit Medikamenten (Verordnung, Richten, Verabreichen) werden im klinischen Informationssystem erfasst und jährlich ausgewertet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.  
Alle Pflegeabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Das Verfahren ist noch nicht standardisiert.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Dekubitusprophylaxe und -behandlung

##### **Projektart**

Standortübergreifendes Projekt

Die Dekubitusvermeidung im Spital / in der Langzeitpflege ist ungeachtet der medizinischtechnischen Entwicklungen eine Herausforderung. In der Literatur sind für Akutspitäler Prävalenzschätzungen zwischen 10 bis 25% beschrieben (CBO, 2002 & 2003; Defloor et al., 2006). Ein im Spital / in der Langzeitpflege erworbener Dekubitus führt zu einem erheblichen Mehraufwand und zu Zusatzkosten. In Studien wurde nachgewiesen, dass die Behandlungskosten in der Regel die Präventionskosten um mehr als die Hälfte überschreiten (Defloor et al., 2004). In der gesundheitspolitischen Diskussion wird die Entstehung von Dekubitus zunehmend als pflegesensitiver Qualitätsindikator (ANA, 1999) bzw. in Deutschland rechtlich gar als Pflegefehler betrachtet (Lubatsch, 2004). Für die Patienten / Bewohner ist ein Dekubitus sehr belastend und führt neben der Einschränkung der Lebensqualität (Schmerzen, Leiden, Mobilitätseinschränkung etc.) oft zu einem längeren Spitalaufenthalt. Aus pflegerischer, medizinischer, ethischer und ökonomischer Perspektive ist die Dekubitusvermeidung daher als prioritäres Ziel einzustufen. Mit geeigneten und der individuellen Patientensituation adaptierten Interventionen kann die Entstehung eines Dekubitus häufig vermieden werden. Die Projektgruppe hat zunächst ein Konzept und ein Handbuch entwickelt. Danach wurden Handlungsanweisungen, Merkblätter und Evaluationsinstrumente herausgegeben und Schulungen durchgeführt.

##### **Projektziele:**

Das Thema Dekubitus wird in der Asana Gruppe AG systemisch und systematisch bearbeitet, d.h. eine konstruktive interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Dekubitusvermeidung und -behandlung wird als wichtiger Bestandteil einer guten Versorgungsqualität gesehen.

Die Entstehung von Dekubitus während des Spitalaufenthaltes / Aufenthalts im Pflegeheim wird möglichst verhindert. Bei bestehenden oder neu entstandenen Dekubitus (Grad I bis IV) wird die Prophylaxe intensiviert und es erfolgt eine professionelle Wundbehandlung.

Mitarbeitende aller relevanten Disziplinen / Professionen sind sensibilisiert / geschult, sich in ihrem Aufgabengebiet an der Dekubitusprophylaxe bzw. -behandlung zu beteiligen.

Den Mitarbeitenden stehen Instrumente und Hilfsmittel zur Verfügung, um ihren Auftrag, bezüglich Dekubitusprophylaxe und Dekubitusbehandlung, durchführen zu können.

##### **Projekttablauf / Methodik:**

1. Soll- Ist Analyse ASANA Gruppe anhand der Kriterien des Standard 28 Dekubitus Prophylaxe und Behandlung von sanaCERT.
2. Abklärung auf den Abteilungen wie die bereits vorhandenen Kriterien ASANA Gruppe auf den Abteilungen umgesetzt werden.
3. Einholung von verschiedenen Konzepten und Unterlagen Dekubitus. Studium der Unterlagen durch die Projektmitglieder. Auflistung der zu bearbeitenden Themen. Entscheid der prioritär zu bearbeitenden Themen mit den Projektmitgliedern. Verteilung der Aufgaben an die Einzelnen Projektmitglieder.
4. Bearbeitung und Anpassung durch die Projektmitglieder nach Priorität.
5. Vernehmlassung.
6. Einführung und Schulung der erarbeiteten Arbeitsinstrumente.
7. Erfassung von Kennzahlen.
8. Evaluation.

9. Anpassungen und Optimierung von Instrumente und Abläufe.

#### **Involvierte Berufsgruppen:**

Arztdienst, Pflegedienst, Anästhesiepflege, Operationstechnik, Physiotherapie, Hauswirtschaft

#### **Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Diverse Handlungsanweisungen und Schulung der Mitarbeitenden wurden angepasst. Die Bradenskala wird nun konsequent angewendet wodurch Risiken frühzeitig erkannt werden und die Entstehung von Dekubitus vermieden wird.

Nach jedem Dekubitus wird ein Round-Table durchgeführt, bei welchem Massnahmen zur Prävention erarbeitet werden.

#### **Weiterführende Unterlagen:**

##### **Dekubitusvermeidung**

- Handbuch Dekubitusprophylaxe
- Prozessablauf Dekubitusvermeidung Asana Gruppe AG
- Modifizierte Braden Skala Asana Gruppe AG, als Risikoeinschätzungsinstrument
- Entscheidungsdiagramm Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe / -therapie
- Schnittstellendokument OP-Abteilung
- Pflegehandbuch Dekubitusprophylaxe Asana Gruppe AG
- Signal für interdisziplinäre Schnittstellen =>Aufkleber
- Kinästhetikstandard Asana Gruppe AG
- Patienteninformationsbroschüre
- Einführungscheckliste Dekubitus für neue Mitarbeiter
- Merkblatt OP-Lagerung
- Merkblatt Dekubitusvermeidung Ärztlicher Dienst
- Merkblatt Dekubitusvermeidung Therapiedienste
- Merkblatt Dekubitusvermeidung Notfall / Rettungsdienst
- Merkblatt Dekubitusvermeidung Aufwachraum / Tageskliniken

##### **Dekubitusbehandlung**

- Dekubitusspezifische Aspekte im Wundbehandlungskonzept Asana Gruppe
- Wundklassifikation Dekubitus
- Wundprotokolle Asana Gruppe AG
- Fotodokumentation Wundbehandlung
- Wundsprechstunde, Wundexpertin
- Erfassung pflegerelevante Nebendignosen (DRG)

### **18.1.2 Palliative Pflege**

Das Grundkonzept Palliative Pflege wurde von beiden Spitalern und Pflegeheimen gemeinsam entwickelt und danach standortspezifisch erweitert. Im 2016 wurden an beiden Standorten neue Handlungsanweisungen entwickelt und eingeführt.

Ab 2017 werden Kennzahlen erhoben, ausgewertet und bei Bedarf Massnahmen abgeleitet.

### **18.1.3 Händehygiene Compliance HHC**

**Ziel:** Erhöhung der Patientensicherheit

### **18.1.4 Vorschlagwesen**

**Ziel:** Verbesserung der Prozesse und Abläufe

### **18.1.5 Beschwerdemanagement**

**Ziel:** Erhöhung der Kundenzufriedenheit, aus Fehler lernen.

### 18.1.6 Konzept und Standard Schmerzbehandlung

**Ziel:** Erhöhung der Patientensicherheit, Einführung eines Schmerzdienstes, Erhöhung der Kundenzufriedenheit

### 18.1.7 Standard Dekubitusprophylaxe

**Ziel:** Erhöhung der Patientensicherheit. Siehe ausführliche Beschreibung.

### 18.1.8 Ausbau und Weiterentwicklung Internes Kontrollsystem IKS

**Ziele:**

- Die Vermögenswerte vor Verlust, Missbrauch und Schaden sichern
- Eine ordnungsgemässe Buchführung sicherstellen
- Die angemessene finanzielle Berichterstattung sicherstellen
- Die Verhinderung bzw. Aufdeckung deliktischer Handlungen und Fehler aus Sicht des Rechnungswesens.
  - Sicherstellung ordnungsgemässer, ethischer, wirtschaftlicher, effizienter und wirksamer Abläufe;
  - Einhaltung der Gesetze

### 18.1.9 Teleradiologie Kooperation Menziken mit Kantonsspital Aarau AG

**Ziel:** Patientensicherheit, Optimierung der Prozesse, Steigerung der Wirtschaftlichkeit

### 18.1.10 Sichere Medikation

**Projektart**

Internes Projekt mit Gültigkeit für beide Spitäler mit ihren integrierten Pflegeheimen. Die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie in Spital und Pflegeheimen gerät immer mehr in den Fokus. Der Prozess Medikamente richten, kontrollieren und verabreichen bergen Risiken bei der Medikation. Zahlreiche Studien zeigen, dass der Medikationsprozess im und rund ums Spital mit einem grossen Fehlerpotential behaftet ist. Hausintern wird dies durch CIRS Meldungen mit Medikationsproblemen sichtbar. Den Mitarbeitenden der ASANA Gruppe ist es ein grosses Anliegen die Patientensicherheit im Bereich der medikamentösen Therapie zu verbessern.

**Projektziel**

Der Medikationsprozess wird verbessert und damit die Patientensicherheit erhöht. Optimieren der Wirtschaftlichkeit im Medikamentenmanagement. Erwerb der sanaCERT Zertifizierung für den Standard Sichere Medikation.

**Projektlauf / Methodik**

Analyse der vorhandenen Abläufe, vergleichen von bereits zertifizierten Konzepten für Sichere Medikation, Wahl eines passenden Konzepts und abstimmen auf eigene Strukturen. Einführung nach breiter Vernehmlassung und Freigabe durch Geschäftsleitung. Erstellung von Standards zur Umsetzung des Konzepts. Evaluation nach ein Jahr Umsetzung.

**Berufsgruppen**

Alle ärztliche und pflegerische Berufsgruppen.

### 18.1.11 Prozessmanagement

#### Projektart

Zwei interne und standortspezifische Projekte mit Gültigkeit für beide Spitäler und Pflegeheime. Pilotprojekt am Standort Menziken.

Die Asana Gruppe, hat sich 2016 entschieden, die drei Module H-Prozess (Prozessmodellierung), H-Prozessmap (Prozesslandkarte) sowie H-Doc (Dokumentenmanagement) unter dem Begriff H-Qualisuite der Firma New Win zu erwerben und einzuführen. Diese werden auf dem neuen Intranet H-CMS abgebildet und den Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt. Die Module können auf unsere Bedürfnisse individualisiert und angepasst werden. Bis auf das bestehend Intranet sind alle Applikationen neu.

#### Projektziel

- Wissen festhalten für Nachfolge und Stellvertretung beispielsweise bei Pensionierung, Personalwechsel, Todesfall, Langzeitabsenz → Wissensmanagement
- Klare Zuordnung von Rollen, Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen
- Sicherstellung von Aktualität der Dokumente und Prozesse mittels Digitalisierung und einem integrierten Review-Prozess
- Transparenz im ganzen Haus
- Optimierung in den Bereichen:
  - Effizienzsteigerung und Kosteneinsparungen durch Ausmerzungen von überflüssigen Tätigkeiten, verbesserter Abläufe (Standardisierung) sowie sorgfältigerer Umgang mit Material
  - Schnittstellenmanagement
  - Mehr Sicherheit im Alltag für heutige und zukünftige Mitarbeitende (Qualitätssteigerung)

#### Projekttablauf / Methodik

Klassische Projektorganisation und -ablauf.

#### Reviews

Bei der Einführung von H-Qualisuite kann zwischen zwei Arten von Vorgehensweisen unterschieden werden

Workshops: Diese kommen zur Anwendung bei der Erarbeitung von H-Map und H-CMS. Die Lösungen werden innerhalb und während der Workshops gemeinsam erarbeitet und der New Win zur Umsetzung übergeben. Hier braucht es seitens Projektleitung vor allem Moderation und Führung, jedoch keinen unmittelbaren Support im Alltag.

#### Schulungen

Diese kommen zur Anwendung bei den Modulen H-Doc und H-Prozess. Das heisst, die Verantwortlichen werden geschult, wie die alten Dokumente aktualisiert, gelayoutet und einem Reviewprozess unterstellt werden sowie wie die Prozesse aufgenommen, gezeichnet und auf dem neuen Intranet gespeichert werden. Die Verantwortlichen müssen sich diese Fähigkeiten aneignen und die Aufgabe autonom umsetzen. In diesem Prozess entstehen oft Fragen und Unsicherheiten. Die Projektleitung steht als Ansprechpartner jederzeit zur Verfügung. In den Teilprojekten H-Doc und H-Prozess möchten wir den Beteiligten die Möglichkeit bieten, sich an vordefinierten Tagen zu bestimmten Zeiten zu Review-Sitzungen zu treffen. Dort können sich die Projektmitarbeitenden untereinander austauschen und die Teilprojektleiter stehen Red und Antwort.

#### Qualitätschecks

In der Praxis hat es sich bewährt, dass die Projektleitung ein Auge auf die Umsetzung im Alltag behält, damit unmittelbar lenkend eingegriffen werden kann, wenn die geforderte Qualität nicht erreicht wird. Die Teilprojektleiter werden darum bei den Modulen H-Doc und H-Prozess sporadisch bei den Ansprechpartnern Stichproben vornehmen und Hilfe anbieten, wenn das Resultat nicht dem gewünschten Standard entspricht. Es zeigt sich in der Praxis, dass es weniger aufwändig ist, von

Beginn an diese Qualitätschecks durchzuführen, als nachträglich grosse Aufräumaktionen durchzuführen.

**Berufsgruppen**

Alle Bereiche.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

### 18.2.1 Prädikat Familie UND Beruf

Die Fachstelle UND hat der Asana Gruppe AG, Spitäler Leuggern und Menziken, das Prädikat "Familie

UND Beruf" verliehen. Mit diesem Prädikat zeichnet die Fachstelle UND - gestützt auf eine umfassende

Bewertung - Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber aus, die Massnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben sowie zur Gleichstellung von Frau und Mann erfolgreich umsetzen. Das Prädikat ist ein Qualitätslabel für Betriebe mit fortschrittlichen Anstellungs- und Arbeitsbedingungen und einer familienfreundlichen und sozialen Unternehmenskultur.

Das Prädikat ist mit einem Controlling-Prozess verbunden, der Massnahmen zum Erhalt und zur Optimierung

von Vereinbarkeit und Gleichstellung vorsieht. Alle drei Jahre erfolgt eine Überprüfung der Bewertung und in der Regel die Erneuerung des Prädikats.

Wir freuen uns sehr über diese Auszeichnung durch die Fachstelle UND. Nach erfolgreich durchlaufenem

Prädikatsprozess durfte die Asana-Geschäftsleitung das Prädikat "Familie UND Beruf" entgegennehmen.

Die Verleihung erfolgte am 13. Mai 2019 mit der Übergabe des Zertifikats durch Sabrina Sterneke, Projektleiterin Fachstelle UND.

## 18.2.2 Skill & Grade Mix

### Ausgangslage

Im Januar 2019 wurden die beiden Akutabteilungen Medizin und Chirurgie zu einer interdisziplinären Akutabteilung zusammengeführt, sowie die Privatstation wieder in Betrieb genommen. Die Führung erfolgte bis zum März 2020 im Co-Leitungssystem, danach mit einer Abteilungsleitung. Eine weitere Herausforderung war, dass das Verständnis von Lean Management auf beiden Abteilungen verschieden war. Dies stellte alle Beteiligten vor eine grosse Herausforderung bzgl. Teambildungsprozess und ressourcengerechte Einsatzplanung. In der Vergangenheit richtete sich die Personaleinsatzplanung nicht nach den Kompetenzen sondern, nach dem Bedarf der Abteilungen. Eine Vorgabe bei der Zusammenführung war der kompetenzgerechte Einsatz der Mitarbeitenden, was Unruhe und Unverständnis bei diesen auslöste. Nach erfolgter GEMBA zeigte sich die Analyse der Situation mit folgendem Handlungsbedarf:

- Das bereits implementierte Lean Management wurde unterschiedlich ausgeführt
- Verschiedene Auslastungen auf den beiden Akutabteilungen – Nutzung von Synergien
- Kompetenzüberschreitungen wurden je nach Personalbestand / Situation toleriert
- Tiefe Auslastung v.a. auf der chirurgischen Abteilung
- Die Fachangestellten Gesundheit wurden je nach Arbeitssituation und dipl. Pflegefachfrauen- und Männer nicht den Kompetenzen entsprechend eingesetzt
- Das Fachwissen in Chirurgie und Medizin musste aufgebaut und geschult werden
- Der Teambildungsprozess musste entwickelt werden

### Ziel / Nutzen erreicht?

1. Kompetenzgerechter Einsatz der Professionen
2. Abteilungsprofil erstellen, basierend auf der Abteilungsstruktur und Einflussfaktoren – zukünftiger SGM ist definiert
3. Organisationsform der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Pflege festlegen
4. Delegationsaufgaben (fixe und situative Delegation) sind pro Abteilung festgehalten
5. Die kontinuierliche Prozessoptimierung ist etabliert
6. Die Nachhaltigkeit ist sichergestellt
7. Der Veränderungsprozess ist evaluiert (Erfolgsmessung)

### Projektorganisation

Es wurden alle Berufsprofile der Akutabteilung in das Projekt involviert, sowohl bei der Analyse, wie auch an den Workshops, wo sie das Fachwissen, ihre Anliegen und Bedenken einbringen konnten. Dabei zeigte sich ein grosses Engagement mit vielen wertvollen Verbesserungsvorschlägen.

### Change Request

Die Kompetenzprofile der verschiedenen Berufsgruppen wurden korrekt definiert, damit es zukünftig zu keinen Kompetenzüberschreitungen mehr kommen sollte. Dies führt zu mehr Sicherheit in der täglichen Arbeit, dies bei allen Berufsgruppen. Die Komplexitätseinstufung der Patienten/innen führte dazu dass die FaGe weiterhin selbständig ihre Patienten/innen betreuen kann.

### Kommunikationsplan

Die Kommunikation bezüglich Umsetzungsstand fand an den Workshops mit den Teammitgliedern statt. Die Teilnehmenden nahmen die Erlebnisse und Bearbeitungsschritte mit ins Team und besprachen diese innerhalb des Teams. In der Arbeitsgruppe waren alle Professionen beteiligt, so dass sich alle Berufsgruppen im Change Prozess beteiligen konnten und der direkte Informationsfluss gewährleistet wurde. Die Leitung des Departements Pflege & MTTD war wöchentlich auf der Station für einen Austausch, dabei erfragte sie den Umsetzungsstand und klärte allfällige Fragen. Bei den Austauschen waren ebenfalls alle Berufsgruppen anwesend, so dass der Informationsfluss sichergestellt werden konnte. Die Präsenz der Abteilungsleitung war während des Change Prozesses gegeben. Sie stand dem Team zur Verfügung und forderte die Teammitglieder auf tagesbezogene Themen gemeinsam untereinander zu lösen. Als Konklusion kann festgehalten werden, dass die

Kommunikation jederzeit direkt und umfassend erfolgte.

### **Dokumentation**

- Leitfaden Delegation
- Kompetenzen FaGe
- Tagesorganisation im Früh- und Spätdienst
- Handlungsfelder und Massnahmenliste mit Verantwortlichkeiten

Sämtliche Dokumente sind im Klinikleitsystem (Prozesslandkarte), im Ordner Akutabteilung "Skill und Grade Mix" abgelegt. Die Massnahmenliste wird an den Austauschitzungen im Team monatlich evaluiert und bearbeitet. Der Leitfaden Delegation mit den Kompetenzen, sowie die Tagesorganisation ist zusätzlich im Stationszimmer an der Pinnwand aufgehängt.

### **Lessons Learnt / Fazit / Schlusswort**

#### **Sicht Projektleitung**

Die grösste Herausforderung bei der Einführung und Umsetzung manifestierte sich bei einem Teil der Dipl. Pflegefachpersonen, in der Einführung in die Tandem Organisation. Dies zeigte sich auch bei Rückfragen an die Teammitglieder ob die Umsetzung funktioniere. Die Antworten waren immer es sei "personenabhängig"! Die begleitenden Beobachtungen der Projektleitung widerspiegeln die Aussagen. Die Leitung Departement Pflege & MTTD und Abteilungsleitung wurden darüber informiert. Massnahmen sollten von der Führung erfolgen, damit sich alle Mitarbeitenden an die Vorgaben halten. Viele der im Rahmen des Projektes initiierten Verbesserungen hat die Akutabteilung umgesetzt, sofern der benötigte Handlungsspielraum gegeben war.

- Sinnvolle Verankerung in die organisatorischen Strukturen, unter Berücksichtigung der Anzahl Betten.
- Bei weiteren Interventionen sollen möglichst alle Teammitglieder direkt in den Veränderungsprozess eingebunden werden.
- Die Abteilungsleitung soll die Gruppendynamik beobachten und günstig beeinflussen (Vorbild, Kommunikation und Transparenz)
- Initiale Einbindung der Leitung Departement Pflege & MTTD war für das Projekt positiv

#### **Sicht Abteilungsleitung**

Das Projekt wurde erfolgreich umgesetzt und die Zielvorgaben erreicht. Die Anpassung des Kompetenzprofils war eine grosse Veränderung für die FaGe, welche bis anhin sehr selbständig gearbeitet haben und ihre Kompetenzen nicht immer eingehalten haben, sich aber auch nicht bewusst gewesen sind welche Konsequenzen die Kompetenzüberschreitungen hätten haben können. Alle Mitarbeiter sind gefordert miteinander und innerhalb der Zonen zu kommunizieren. Die Patientenaufteilung erfolgt anhand der Komplexitätseinstufung und lässt alle Berufsgruppen innerhalb ihres Kompetenzprofils selbständig arbeiten. Der Arbeitsaufwand und Zoneneinteilung gibt die FaGe manchmal das Gefühl ausgenutzt zu werden, "alles machen zu müssen" von das Diplomierte Pflegefachpersonal. Das "Zauberwort" ist Kommunikation. **Fazit / Schlusswort**

#### **Leitung Departement Pflege & MTTD**

Zu Beginn des Projektes war der Widerstand gross und die Fachangestellten Gesundheit befürchteten das sie ihren Kompetenzen beraubt werden. Dies löste eine grosse Unruhe aus, welche sich auch auf die dipl. Pflegefachpersonen übertrug. An einer Sitzung wurden diese Ängste thematisiert und von der Projektleitung sowie der Departementsleitung berichtet. Durch das Involvieren der verschiedenen Berufsgruppen und ihrer Innenansicht konnte das Projekt zu einem erfolgreichen Abschluss geführt werden. Das Spital Menziken kann durch die korrekte Umsetzung des Skill & Grade Mix profitieren. Einerseits konnte die Behandlungsqualität deutlich gesteigert werden, da die Mitarbeitenden nun ihren Kompetenzen entsprechend eingesetzt. Dies hat auch eine Auswirkung auf die Berufsbildung. Die Delegation und Kommunikation innerhalb des Tandems wird gelernt und kann in Zukunft im Berufsalltag implementiert werden. Andererseits konnte durch das Projekt der Teambildungsprozess angekurbelt werden und die Mitarbeitenden konnten ihre Zusammenarbeit verbessern und profitieren fortan von dem verschiedenen Fachwissen. Dies gelingt noch nicht immer

gleichermaßen, sondern wird vom Team, wie auch von der Departementsleitung als personenabhängig wahrgenommen. Der Change Prozess ist noch nicht abgeschlossen, sondern muss weiterhin begleitet werden, damit die Implementierung vollumfänglich und nachhaltig erfolgen kann. Diese Begleitung wird durch die Bereichsleitung ALP übernommen. Sie plant monatliche Sitzungen mit den Teams, für einen direkten Austausch. Die Departementsleitung wird, wenn immer möglich, anwesend sein, und die weitere Bearbeitung begleiten und wenn nötig Einfluss darauf nehmen, damit der Change Prozess weiter vorangetrieben wird.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 sanaCERT suisse Zertifizierung

#### Unser Qualitätsmanagement ist auf Kurs

#### **Die Zertifizierungskommission von SanaCERT Suisse hat am 6. November den Anträgen des Auditors betr. Überwachungsaudit 2018 bei Asana AG zugestimmt.**

Am 29. August 2018 hat der Auditor im Auftrag der Stiftung SanaCERT Suisse die Arbeiten zur Fortführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems nach der ersten Re-Zertifizierung überprüft. Diese Überprüfung entspricht der Norm EN ISO/IEC 17021:2015. Die Überprüfung geschah in vier Etappen:

- In der Vorbereitungsphase analysierte und bewertete der Auditor den vom Unternehmen vor dem Audit eingereichten Selbstbewertungsbericht.
- Am Audit-Tag nahm der Auditor Einsicht in zusätzlich aufgelegte Unterlagen.
- Der Auditor führte zu ausgewählten Standards Gespräche mit dem einem Mitglied der Geschäftsleitung, Mitgliedern der Q-Kommission, Projektleiterin und Projektleiter und dem Qualitätsverantwortlichen der Asana Gruppe AG.
- Zudem wurde eine Begehung durchgeführt.

Der Auditor hatte zu beurteilen, ob das am 6. November 2017 von der Stiftung Sana-CERT Suisse zertifizierte Qualitätsmanagementsystem der Asana Gruppe AG weiter funktioniert und somit die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung bis zum 17. Dezember 2020 gegeben sind. Seit Dezember 2012 arbeiten 8 Projektgruppen an der Entwicklung von 8 Standards. 2017 kam ein 9. Standard dazu.

Die Projekte sind:

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

Folgende Standards wurden seither zertifiziert:

- Grundstandard Qualitätsmanagement
- Standard: Schmerzbehandlung
- Standard: Umgang mit kritischen Zwischenfällen
- Standard: Patienteninformation
- Standard: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation
- Standard: Rettungsdienst
- Standard: Palliative Betreuung
- Standard: Dekubitusvermeidung und -behandlung
- Standard: Sichere Medikation

Die Überprüfung selbst erfolgt anlässlich eines zweitägigen Audits vor Ort. Die Auditoren, Experten aus anderen Spitälern und Pflegeheimen, beurteilen wieweit die Qualitätsstandards erfüllt und wo noch Verbesserungen angebracht sind.

Auf kantonaler Ebene positioniert sich die Asana Gruppe durch diese externe Bestätigung eines funktionierenden Qualitätsmanagements verstärkt als bedarfsgerechter, wirtschaftlich und qualitativ hochstehender Leistungserbringer in der Grundversorgung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und alle Belegärztinnen und Belegärzte der Spitäler und Pflegeheime der Asana Gruppe nehmen ihre Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit wahr. Qualität ist dabei Ausdruck ihrer Orientierung an den Patientinnen und Patienten, den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie an weiteren Anspruchsgruppen und direkter Massstab für ihre tägliche Arbeit, ganz im Sinne ihres Mottos: "Mir läbed Nöchi".

## 19 Schlusswort und Ausblick

**Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an unseren Qualitätsbericht.**

**Allen unseren Patienten, Mitarbeitenden und Zuweiser danken wir für Ihr Vertrauen.**

Wir garantieren Ihnen, dass wir nicht aufhören werden uns zu verbessern. Eines steht dabei immer uneingeschränkt im Fokus *aller* unserer Aktivitäten: das Wohl und die Zufriedenheit unserer Patienten – damit die "Abstimmung mit den Füßen", die heute wie gestern der wichtigste Masstab für den Erfolg eines Leistungserbringers ist, auch in Zukunft zu unseren Gunsten ausfällt.

Ramon Soler

Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe AG

Dipl. Nonprofitmanager MAS FH

Dipl. Qualitätsmanager NDS HF

## 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](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Zerebrovaskuläre Störungen
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüft- und Knieprothesen
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie

## 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/](http://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/](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.samw.ch).