

Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

26.05.2021
Daniel Strub, CEO

Version 1



Spital Muri

www.spital-muri.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2020.

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 2020

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform spitalinfo.ch zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	12
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	13
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	13
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	14
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	15
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	21
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	22
4.5 Registerübersicht	23
4.6 Zertifizierungsübersicht	24
QUALITÄTSMESSUNGEN	25
Befragungen	26
5 Patientenzufriedenheit	26
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	26
5.2 Eigene Befragung	28
5.2.1 Fortlaufende Evaluation der Patientenzufriedenheit	28
5.3 Beschwerdemanagement	29
6 Angehörigenzufriedenheit	30
6.1 Eigene Befragung	30
6.1.1 Angehörigenbefragung im Rahmen der Stationsziele	30
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
8 Zuweiserzufriedenheit	31
8.1 Eigene Befragung	31
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit	31
Behandlungsqualität	33
9 Wiedereintritte	33
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	33
10 Operationen Messung wurde durch den ANQ eingestellt	
11 Infektionen	34
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	34
12 Stürze	36
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	36
12.2 Eigene Messung	37
12.2.1 Sturzprotokoll und Auswertung	37
13 Wundliegen	38
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	38
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	40
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	40
14.1.1 Dokumentation der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen	40

15	Psychische Symptombelastung	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16	Zielerreichung und Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	41
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	41
18.1.1	Das Spital als LEAN Hospital weiter entwickeln	41
18.1.2	Der neue Webauftritt geht online	41
18.1.3	Überarbeitung Ablauf Freiheitsbeschränkende Massnahmen	42
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020	43
18.2.1	Schaffung Pandemielager	43
18.2.2	Eigene Patisserie: eine süsse Verführung	43
18.2.3	Vereinfachung OP Material Versorgung	44
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	44
18.3.1	Zertifizierung Brustzentrum nach Q-Label Krebsliga	44
19	Schlusswort und Ausblick	45
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		46
Akutsomatik		46
Herausgeber		48

1 Einleitung

Das Spital Muri deckt einen wesentlichen Teil der medizinischen Grundversorgung im Freiamt und in den angrenzenden Regionen ab. Der Fortschritt in den medizinischen Behandlungen, die Entwicklung in der Pflege und die technischen Erneuerungen in der Medizin finden Eingang in unser Haus, die patientennahe und -freundliche Betreuung gepaart mit einer familiären Betriebsatmosphäre schaffen Vertrauen in unsere Dienstleistungen.

Gut 860 Mitarbeitende haben im vergangenen Jahre knapp 7200 Patient stationär (davon 640 Neugeborene) und über 57`200 Patienten ambulant behandeln dürfen.

Das Jahr 2020 stand ganz im Zeichen des SARS-CoV-2 Virus. Als Teil eines Netzwerkes aus Ärztinnen und Ärzten, unserem Kooperationspartner, dem Kantonsspital Baden und den anderen Intensivstationen der Umgebung sowie dank einer intensiven Zusammenarbeit mit den Rehakliniken und auch den kantonalen Strukturen im Gesundheitswesen (für die Versorgung mit Schutzmaterialien) konnten die Mitarbeitenden 182 COVID-Patienten behandeln.

Wiederum wurde klar, wie wichtig die Zusammenarbeit mit allen externen Partnern ist, um die Patientenversorgung (nicht nur) in Extremfällen sicherzustellen. So haben wir auch in 2020 an unserem Netzwerk gearbeitet und gemeinsam mit zusätzlichen Belegärzten und unseren Kooperationspartnern die Versorgung der Menschen aus der Region mit Gesundheitsdienstleistungen auch ausserhalb der Pandemie sichergestellt.

Unsere Angebote sollen sich dabei kontinuierlich entwickeln. Um die Qualität unsere Dienstleistungen zu erfassen, führen wir Messungen der Ergebnisqualität durch und - bezogen auf die Ergebnisse - werden dann Aktivitäten zur Weiterentwicklung (analog P-D-C-A Kreislauf) initiiert. Auf den nächsten Seiten werden wir über Ergebnisse unserer Erfassungen berichten und die verschiedene Qualitätsaktivitäten im Spital vorstellen.

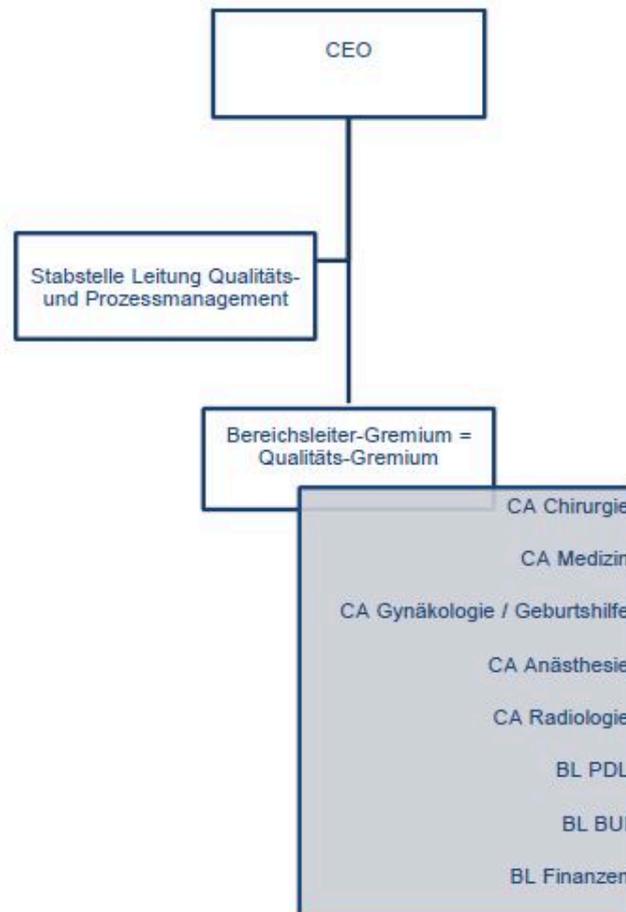
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Organigramm Qualitätsmanagement



Das Qualitätsgremium setzt zusammen mit der Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement die Qualitätspolitik der Spitalleitung, basierend auf der Strategie um. Sie erhalten die Ergebnisse verschiedener Qualitätsaktivitäten und analysieren diese. Bei Bedarf leiten sie Massnahmen ab. Zudem beauftragen sie weitere Messungen oder Aktivitäten. Sie sind Kontakt in die Abteilungen und kommunizieren die Themen gegenüber ihren Mitarbeitenden.

- ANQ Messungen (Swissnoso, potenziell vermeidbare Rehospitalisationen, Siris Prothesenregister, Patientenzufriedenheit, Prävalenz von Sturz & Dekubitus)
- Ergebnisse der Initiative Qualitätsmedizin IQM und allenfalls PEER Review Ergebnisse,
- Patientenzufriedenheit: Beschwerdemanagement "Meine Meinung" und Patientenbefragung
- Wissensmanagement: kontinuierliche Unterstützung bei der Umsetzung der Dokumentenlenkung und des Prozessmanagements
- Patientensicherheit: Anwendung Checklisten zur Patientensicherheit
- Umsetzung Meldeverpflichtungen Materiovigilanz, Pharmakovigilanz, Hämovigilanz
- Überwachung der Organisation, Durchführung, Nachhalten der Massnahmen der M&M

- Konferenzen
- Überwachung der Organisation und Durchführung, Nachhalten der Massnahmen der CIRS Sitzungen

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

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

3 Qualitätsstrategie

Die Qualitätsstrategie und -ziele lassen sich von der Strategie des Unternehmens ableiten. Diese wurde in 2018 und 2019 erarbeitet und kommuniziert. Nachfolgend ein Ausschnitt daraus.

Strukturqualität

Mit der Vernetzung des Spitals mit Behörden, der Politik, mit unseren Zuweisern und Belegärzten und unserem strategischen Kooperationspartner KSB sowie weiteren externen Partnern in der Gesundheitsversorgung legen wir die Grundlage für eine umfassende, integrierte Gesundheitsversorgung der Menschen im Freiamt und den angrenzenden Regionen.

Als attraktiver Arbeitgeber stärken und fördern wir eine familiäre Kultur, die interprofessionelle Zusammenarbeit und eine interne Vernetzung der Berufsgruppen. Wir unterstützen unsere Mitarbeitenden in ihrer beruflichen Entwicklung und der Verknüpfung ihrer familiären und beruflichen Vorstellungen.

Wir entwickeln unsere Infrastruktur zukunftsorientiert und planen flexibel, damit wir auf sich ändernde Anforderungen und Bedürfnisse reagieren können.

Prozessqualität

Wir evaluieren und erweitern unsere Kompetenzen in den verschiedenen, umfassenden Gesundheitsdienstleistungen, gestalten die erforderlichen Prozesse aktiv und stimmen sie optimal aufeinander ab.

Wir stärken den Fokus auf unsere Patienten und deren Angehörige und beziehen sie in die kontinuierliche Verbesserung der Qualität mit ein.

Wir nutzen Prozessmanagement konsequent als Methode um uns qualitativ zu verbessern und effizienter zu werden. Hierzu nutzen wir das umfangreiche Wissen unserer Mitarbeitenden und das Potenzial der Digitalisierung.

Ergebnisqualität

Wir sind ein qualitativ herausragendes Regionalspital mit hochwertiger Grundversorgung und spezifischen Zusatzangeboten. Wir sorgen mit unserem Angebot für eine umfassende Gesundheitsversorgung im Freiamt.

Darüber hinaus stellen wir bei Bedarf die weitere umfassende Versorgung unserer Patienten durch Kooperationen mit unserem ausgezeichneten Partnernetzwerk mit anderen Spitälern und weiteren Leistungserbringern sicher.

Die Ergebnisse wie auch die Zufriedenheit mit unseren Leistungen erfassen wir durch regelmässige Qualitätsmessungen. Bezogen auf die Ergebnisse werden Massnahmen zur Sicherung der Qualität und zur kontinuierlichen Weiterentwicklung abgeleitet

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

Das Jahr 2020 wurde geprägt durch die "Corona" Pandemie. Die geplante und strukturierte stationäre und ambulante Patientenversorgung musste ergänzt werden durch die Versorgung von Patienten mit dieser akuten, oft schwer verlaufenden Erkrankung.

Ab Mitte März, nachdem der Bundesrat die ausserordentliche Lage ausgerufen hat, wurde das Spital durch den Krisenstab operativ geführt. Elektive Patientenbehandlungen mussten zurückgestellt

werden, um **Kapazitäten für Diagnostik, ambulante wie auch stationäre Behandlung zu schaffen**. In kürzester Zeit wurden Isolierstationen, die Notfallabteilung, Teststation und Intensivstation für die medizinische Behandlung dieser Isolierpatienten umgewandelt, die Abläufe bei Testungen, weiterer Diagnostik (Wegeführung), Behandlung, Isolation und Ent-Isolation festgelegt, eingeübt und dokumentiert.

Die **Logistik** musste sich in Absprache mit den kantonalen Gremien und den anderen Kliniken um die ausreichende Versorgung des Spitals vor allem mit Desinfektionsmitteln, Beatmungsmaterialien und Schutzmaterialien sorgen.

Besuche bei Patienten wurden auf Anordnung des Kantons eingestellt, der Zutritt zum Spital wird auch heute noch beschränkt und kontrolliert, um die Gefährdung für alle zu minimieren und eventuelle Quarantänemeldungen auslösen zu können.

Insbesondere die **Mitarbeitenden** der verschiedenen Stationen waren und sind auch heute noch stark (vor allem auch emotional) **belastet**, da sie direkt in die Betreuung bei kritischen Patientenzuständen involviert waren und sind. Die öffentlich diskutierten Triage-Massnahmen haben zu einer **enormen Verunsicherung** geführt. Verschiedene Kommunikationsangebote und Entspannungsangebote wurden geschaffen und rege in Anspruch genommen.

Die **einheitliche** und für alle gleichzeitige **Kommunikation** sicherzustellen war ebenfalls eine wichtige Herausforderung. Tägliche Krisenstabsitzungen und begleitende Dokumentation hat intern wie auch extern den Wissensstand vereinheitlicht und die Koordination der Aufgaben unterstützt.

Verantwortliche Ansprechpartner für die wichtigen organisatorischen Themen sind ab Spätsommer dann in einer **«Corona-Task-Force»** zusammengefasst worden, damit zeit- und praxisnah, die verschiedenen weiteren Fragen diskutiert und Massnahmen beschlossen werden konnten.

Trotz dieser Herausforderungen im Zusammenhang mit Corona wurden **viele weitere Schritte** für eine Entwicklung des Spitals in Richtung der oben beschriebenen Ziele vorgenommen. Diese werden in den kommenden Kapiteln vorgestellt.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

Strukturqualität

1. Führung auf den verschiedenen Ebenen

Zur Unterstützung einer effizienten und strukturierten Führung im Spital wurde während des Jahres 2020 das Thema Führung auf den verschiedenen Ebenen (Spitalleitung, Bereich Chirurgie und Pflegedienst) im Sinne eines LEAN Hospitals weiterbearbeitet.

2. Überarbeitung und Inbetriebnahme des neuen Webauftritt

Das Angebot des Spitals Muri sowie umfangreiche Informationen für Patienten, Zuweisende Ärzte und (auch zukünftige) Mitarbeitende wurde auf der neuen Webpage «barrierefrei» dargestellt

3. Erarbeitung der Abläufe und Zuständigkeiten für das Elektronische Patientendossier (EMEDO)

Die Spitäler sind verpflichtet, die entstehenden behandlungsrelevante Daten eines Patienten, einer Patientin auf dessen /deren Wunsch hin in seinem / ihrem elektronischen Patientendossier abzulegen. Das Spital hat diese in einem umfassenden Projekt über ein Jahr lang erarbeitet und die Abläufe wurden durch ein externes Audit überprüft und für gut befunden.

Prozessqualität

1. Gründung des «Brustzentrums Aargau» zusammen mit dem KSB

In einem interprofessionellen und interdisziplinären Team aus beiden Kliniken wurden die Abläufe für beide Kliniken analog der Vorgaben der Krebsliga gestaltet und dokumentiert. Das Ziel ist eine gemeinsame Zertifizierung nach dem Q-Label in 2021.

2. Prostatabiopsie (Artemis)

Bei dieser modernsten Technologie zur Erkennung von Prostatakarzinomen werden mehrere Biopsien mittels einer speziellen Bildgebung über eine Roboter-gestützte Führung der Biopsie Nadel entnommen. Die begleitenden Abläufe wurden in einem interdisziplinären Team erarbeitet und dokumentiert.

3. Das Dialysezentrum des KSB am Spital Muri wurde auf 14 Betten erweitert

Dem Voraus gingen ein umfangreicher Umbau sowie die Definition der internen Versorgungsabläufe durch den technischen Dienst des Spitals Muri. Auch hier wurde in einem interdisziplinären Team die Abläufe definiert, eingeübt und dokumentiert.

Ergebnisqualität

1. CIRS System Update

Neue Übersicht und künftig einfachere Auswertung und Bearbeitung der gemeldeten Beinahe-Vorfälle

2. Integration der Angehörigen in den Pflegeprozess

Die Pflegeabteilungen in der vierten Etage beschäftigten sich strukturiert mit der Integration der Angehörigen in den Pflegeprozess

3. Zuweiserbefragung

Die zuweisenden Ärzte wurden Ende 2020 strukturiert befragt und von den Ergebnissen Massnahmen abgeleitet

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Strukturqualität / Prozessqualität Fokus 21

Der Stiftungsrat initiierte zusammen mit der Spitalleitung das Programm «FOKUS 21». Mit dem Programm stellen wir uns den komplexen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Es ist im Dezember 2020 gestartet. Das Programm FOKUS 21 ist in Teilprojekte unterteilt welche eng auf einander abgestimmt sind. Die Teilprojekte fokussieren sich auf «Controlling System», «Medizinisches Konzept», «Prozessmanagement» und «Verantwortlichkeiten».

- Die beiden Projekte **«Controlling System»** und **"Medizinisches Konzept"** haben zum Ziel, die Führ- und Steuerbarkeit des Spitals zu verbessern und das medizinische Angebot sinnvoll, gezielt und effizient für die Bevölkerung zu gestalten.
- Das Projekt **"Prozessmanagement"** strebt nach einer verbindlichen Überarbeitung der wichtigsten Kernprozesse auf Stufe Gesamtspital und geht einher mit der Etablierung einer Kennzahlenbasierten Prozesssteuerung. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen für Prozessevaluation und kontinuierliche Verbesserung werden noch klarer definiert. Nachfolgend werden die Prozesse anhand von regelmässigen internen Audits begleitet und kontinuierlich weiterentwickelt.
- Das Projekt **"Verantwortlichkeiten"** soll schliesslich die Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten auf der operativen und strategischen Führungsebene evaluieren und aufzeigen, welche Organisationsstruktur am ehesten eine effiziente, dynamische und ressourcenschonende Führung zulässt.

Die Umsetzung der Erkenntnisse und die Begleitung der Akteure wird über das Jahr 2021 hinaus stufenweise stattfinden. Es zeichnen sich bereits heute verschiedene Folgeprojekte ab, die die Strukturen, Prozesse wie auch die Ergebnisse massgeblich optimieren werden.

Ausbau der Zusammenarbeit mit dem KSB

Die bisher sehr erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem KSB wird mit dem Ziel weiterentwickelt, weitere Vereinfachungen und Optimierungen für die Patientinnen und Patienten und die internen Abläufe zu erzielen.

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, curafutura und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Bemerkungen

Die Erhebung der Prävalenz von Sturz und Wundliegen sowie die Patientenbefragung (beides ANQ Messungen) wurde in 2020 aufgrund der Corona-Situation durch die ANQ abgesagt.

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"> ▪ Fortlaufende Evaluation der Patientenzufriedenheit
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angehörigenbefragung im Rahmen der Stationsziele
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sturzprotokoll und Auswertung
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentation der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

EPD Elektronisches Patientendossier

Ziel	Einführung Elektronisches Patientendossier
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle Patientenbehandelnde Bereiche, IT
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2019 bis Einführung April 2020_Verlängert bis Anfang 2021
Begründung	Umsetzung der Vorgaben des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier EPDG
Methodik	Klassisches Projekt
Involvierte Berufsgruppen	IT, Sekretariate, Ärzte, Notfall, HR, Empfang, QM
Evaluation Aktivität / Projekt	Vorbereitung Übergabe in den Betrieb, Einführung interne Audits ab Mitte 2021

Aufbau "Brustzentrum Aargau" mit dem KSB

Ziel	Q-Label Zertifiziertes Brustzentrum mit 2 Standorten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gynäkologie Muri und KSB
Projekt: Laufzeit (von...bis)	April 2020 bis Juni 2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Das Spital Muri und das Kantonsspital Baden haben sich für die Behandlung von Brustkrebs zusammengeschlossen, um Patientinnen wohnortnah die bestmögliche Betreuung zu bieten. Durch die enge Zusammenarbeit und den kontinuierlichen Austausch zwischen den Ärzte- und Pflegeteams werden Patientinnen standortunabhängig nach den modernsten medizinischen Richtlinien und Therapieansätzen behandelt.
Methodik	Klassisches interdisziplinäres Projekt zwischen zwei Kliniken
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Physio, klin. Projektleitung, Qualitätsmanagement von zwei Standorten
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierungsaudit extern im Juni 2021

Lohnmodell 2020

Ziel	Überarbeitung Lohneinstufungen, Ferienregelungen, Zusatzleistungen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2019 Start Abschluss 2020
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Aufgrund der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung 2018 wurde dieses Projekt vom Stiftungsrat in Auftrag gegeben
Methodik	Klassisches Projekt
Involvierte Berufsgruppen	HR, Pflege, Delegierte der versch. Abteilungen (z.B. Chirurgie, Radiologie, Physio, Interdisz. Zentrum, OP)
Evaluation Aktivität / Projekt	MAB 2021

Optimierung Arbeitsumgebung AEMP

Ziel	Idealen Lärmschutz und Klimabedingungen für Mitarbeitende sicherstellen
Bereich, in dem das Projekt läuft	AEMP / Technischer Dienst
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Ende 2020 bis Anfang 2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Messungen des Lärmpegels haben zu hohe Werte ergeben, Sommerliche Temperaturen haben zu hohen Belastungen geführt
Methodik	Arbeitsauftrag: Lärmschutzpaneelen montieren, Entfeuchtungsanlage
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende AEMP, Hygiene, Techn. Dienst
Evaluation Aktivität / Projekt	Sommer 2021 Messungen Feuchtigkeit, nach Montage Messung Lärmpegel

Erweiterung Dialyse und Anpassung interner technische Versorgung

Ziel	Patientenversorgung optimieren
Bereich, in dem das Projekt läuft	KSB Dialyse und Muri TD
Projekt: Laufzeit (von...bis)	
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Dialyseeinheit des KSB hat in Muri die Räumlichkeiten erweitert und die technische Versorgung dem Technischen Dienst Muri übertragen
Methodik	Klassisches Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Baumanagement, Projektleitung Dialyse Muri, Techn. Dienst, Hygiene
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässige externe Audits im Rahmen der ISO Zertifizierung

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Prozessbeschreibung Prostatabiopsie

Ziel	Etablierung einer neuen Behandlungsmethode
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Urologie
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Anfang 2020, ca 2 Monate
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Neue Behandlungsmethoden sollen geplant und strukturiert in den Alltag eingeführt werden
Methodik	Interprofessionelle Arbeitsgruppe
Involvierte Berufsgruppen	Urologen, OP Personal, Anästhesie, Projektmanagement, Abrechnung, Einkauf
Evaluation Aktivität / Projekt	Begleitend, internes Audit ausstehend

LEAN Hospital

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

Kommunikationstrainings

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

Dokumentenbibliothek DoBi

Ziel	Aktuelles klinikinternes Nachschlagewerk
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Fortlaufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Dokumente zu klinikinternen Abläufen sollen regelmässig überprüft werden und in der jeweils aktuellen Form jedem Mitarbeitenden zur Verfügung stehen
Methodik	SharePointbasierte Software
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Durch QM regelmässig bei Freigabe, Vorgabe von elektronischen Workflows

Interne Audits Hygiene

Ziel	Evaluation der Umsetzung und der Wirksamkeit der Hygienemassnahmen auf den Stationen und Fachabteilungen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Jährliche Audits nach Auditplan
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Klassisches Instrument für die Prozessevaluation
Methodik	Geplantes Audit, Beurteilung und Massnahmenplanung
Involvierte Berufsgruppen	Fachabteilungen, Leitung Spitalhygiene
Evaluation Aktivität / Projekt	Massnahmenpläne mit Verantwortlichkeiten und Umsetzungszeitraum

Umsetzung WHO Checkliste Sichere Chirurgie

Ziel	Patientensicherheit im OP sicherstellen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Operationsbereich , Schnittstelle Stationen
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit ca. 2012 fortlaufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Durch regelmässige Kontrollen definierter Aspekte an den Schnittstellen verringert sich das Risiko einer Patientenverwechslung oder Falschoperation
Methodik	Checkliste, wird abgehakt bei Übergabe des Pat an definierten Stellen
Involvierte Berufsgruppen	Anästhesie (Pflege und Arztdienst) / Lagerungspflege / Stationspflege / Operateure / OP Personal
Evaluation Aktivität / Projekt	CIRS Meldungen, regelmässige Weiterbildungen, ggf. Projekt zur Evaluation 2022

Umsetzung CIRS Systematik

Ziel	Beinahe-Vorfälle werden gemeldet und strukturiert bearbeitet, Ableitung von Einzelmassnahmen oder systemweiten Massnahmen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Fortlaufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Durch die Beobachtung und Meldung von Beinahevorfällen werden diese erkannt und strukturiert bearbeitet, Vorfälle mit Patienten- oder Mitarbeiterschaden werden so minimiert und ggf. verhindert
Methodik	Softwaresystem und Bearbeitungsprozess
Involvierte Berufsgruppen	Arztdienst, Pflegedienst, Qualitätsmanagement, Apotheke
Evaluation Aktivität / Projekt	In regelmässig stattfindenden Sitzungen des Q- Gremiums

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2011 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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

Bemerkungen

	2016	2017	2018	2019	2020
Schweregrad 1	22	44	28	36	41
Schweregrad 2	29	32	34	48	61
Schweregrad 3	6	21	19	21	30
Insgesamt	57	98	81	105	132
Massnahmen	34	30	53	52	47

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

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

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

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

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

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://www.spital-muri.ch/spital-muri/qualitaet.html/647> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

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

2020 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

Bemerkungen

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

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	fortlaufend
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2005
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	fortlaufend
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	fortlaufend
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	Juli 2012
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie ibdcohort.ch/	2012
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/	2011
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch/	2008
STIS	Gynäkologie und Geburtshilfe, Prävention und	Swiss Teratogen Information Service STIS, Division de	fortlaufend

Swiss Teratogen Information Service	Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Kl. Pharmakol. und Toxikol.	Pharmacologie clinique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois www.swisstis.ch/	
-------------------------------------	---	--	--

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	krebsregister-aargau.ch/

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
IVR	Rettungsdienst	2009	2018	nächste Rezertifizierung 2022 geplant
SGI	Intensivstation	2015	2019	Nächste Rezertifizierung 2022 geplant
ISO 9001:2015	Dialysestation	2007	2019	Unter der Führung des Kantonsspitals Baden
DKG e.v. OnkoZert	Urologische Praxis Muri für das Freiamt	2017	2019	Kooperationspartner des Prostatakrebszentrums Klinik Hirslanden

Bemerkungen

Planung Zertifizierung des gemeinsamen "Brustzentrum Aargau" mit dem KSB im Juni 2021

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 2019 (CI* = 95%)
	2016	2017	2018	
Spital Muri				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.08	4.21	4.14	4.16 (3.70 - 4.60)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.53	4.49	4.52	4.59 (3.90 - 4.90)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.50	4.55	4.49	4.57 (4.10 - 4.90)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.38	4.42	4.53	4.56 (4.00 - 4.90)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.98	4.00	4.08	3.93 (3.60 - 4.50)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.28 %	87.45 %	92.90 %	91.52 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2019				545
Anzahl eingetreffener Fragebogen	198	Rücklauf in Prozent		41.5 %

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im September 2019 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Fortlaufende Evaluation der Patientenzufriedenheit

Anhand eines Fragebogens wird die Zufriedenheit der Patienten über ihren stationären Spitalaufenthalt erfragt. Verschiedene Aspekte werden beobachtet und durch die Patientinnen und Patienten von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht) bewertet.

1. Zufriedenheit mit dem Pflegedienst
2. Zufriedenheit mit dem Arztdienst
3. Zufriedenheit mit der Infrastruktur / Hotellerie
4. Weiterempfehlungsrate

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Gesamtes Spital

Alle stationäre Patientinnen und Patienten erhalten während ihres Aufenthaltes einen Fragebogen, den sie bei Austritt abgeben, in einen Briefkasten einwerfen, oder ihn uns später zuschicken können.

	Anliegen	Beschwerde	Lob	Neutral
Anzahl	244	468	262	1692

Wir haben total 2'666 ausgefüllte Fragebogen zurückerhalten, das sind knapp 37% Rücklauf. Eine vollumfängliche Darstellung der Ergebnisse würde den Rahmen dieser Darstellung sprengen, daher erfolgt hier nur eine Teilübersicht.

Die Rückmeldungen wurden in vier übergeordnete Kriterien eingeordnet: Anliegen, Beschwerde, Lob und Neutral.

"Anliegen" beschäftigt sich mit Fragestellungen der Infrastruktur (Ausstattung Patientenzimmer, WLAN etc.) Diese Themen nehmen wir zum Anlass, die Erwartungen der Patientinnen und Patienten bei der Optimierung unserer Infrastruktur aufzugreifen.

Über **"Lob"** freuen wir uns sehr und geben dieses, falls möglich an die jeweilige Abteilung weiter.

Auf **"neutralen"** Fragebögen wurde ausschliesslich die Bewertung der verschiedenen Fragen vorgenommen.

"Beschwerden" sind kritische Rückmeldung zu verschiedenen Themen wie z.B. Kommunikation durch den Pflegedienst oder Arztdienst, aber auch zum Essen, zur Reinigung, Ein- und Austrittsplanung oder Rechnungsstellung. Falls die Patientendaten auf den Fragebögen sichtbar sind, kontaktieren wir diese und versuchen mit ihnen und den beteiligten Mitarbeitenden / Abteilungen eine Verbesserung für unsere Klinik zu erarbeiten

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Bearbeitung der Rückmeldungen ist uns ein wichtiges Anliegen. Hier können wir im Spital die Erwartungen der Patienten erfahren und unsere Leistungen darauf ausrichten. Viele Patienten freuen sich, wenn wir uns melden und nachfragen, denn sie fühlen sich abgeholt und ernst genommen. Hierdurch sind sie direkt an einer Verbesserung beteiligt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Bemerkungen

Ab 2021 werden die Patiententerminals umgestellt und die Patientenbefragung wird dann in diese neuen Terminals integriert. Damit wird sie leichter elektronisch auswertbar, und die Ergebnisse liegen schneller vor. Zudem können zusätzliche (z.B. Themenspezifische) Fragen einfach und nur für einen Zeitraum in den Fragebogen integriert werden.

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Muri

Andrea Heiermeier

Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement

056 675 11 00

meinemeinung@spital-muri.ch

Montag - Donnerstag 8.30-16.00 Uhr

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Angehörigenbefragung im Rahmen der Stationsziele

Im Rahmen der Spital-Strategie setzte sich der Pflegedienst in der 4 Etage als Jahresziel mit dem Punkt 2.1 «Wir begegnen unseren Patienten und deren Angehörigen auf Augenhöhe, gehen empathisch auf ihre Bedürfnisse ein und sorgen für durchgängig gestaltete Prozesse» auseinander. Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens befragten speziell geschulte Mitarbeitende Patient*innen und deren Angehörige nach Austritt telefonisch zum Thema. Es wurde eine Auswertung erstellt und Massnahmen zu den erkannten Themen ausgearbeitet. Nach einem halben Jahr wurde die Befragung wiederholt und erneut Massnahmen für eine weitere Verbesserung erarbeitet.

Diese Angehörigenbefragung haben wir vom Februar bis September durchgeführt.

Die Befragung wurde auf den Pflegestationen der 4. Etage durchgeführt.

Es handelte sich um eine stichprobenhafte Befragung von 33 Patient*innen im Februar und 38 Patient*innen im Juli. Im Zeitraum dazwischen wurden die erkannten Optimierungspunkte bearbeitet und eingeführt.

Verbesserungspotenzial, welches erkannt und bereits umgesetzt wurde:

1. Besuchszeiten wurden bisher zu unterschiedlich kommuniziert. Neu gibt es nun Karten an den Zimmertüren, auf denen die Zeiten aufgeführt sind. Ausserdem wird auf der Homepage über die Zeiten informiert. Zudem wird die Abschaffung von Besuchszeiten in der Spitalleitung diskutiert.
2. Austrittsplanung: in komplexen Patientensituationen wird den Angehörigen nun ein (künftig im KISIM) terminiertes Austrittsgespräch (mindestens einen Tag vor dem Austritt) mit dem Pflegedienst angeboten
3. Der Einbezug der Angehörigen in die Austrittsplanung wird künftig bereits in der Anamnese erfragt und dokumentiert.
4. Der Einbezug des Visitentools wird von allen Seiten als wichtig erachtet, da die Austrittsplanung dort strukturiert und übersichtlich stattfinden kann. Die spitalweite Einführung soll interdisziplinär geplant werden.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Im Rahmen der KVP Bemühungen des Pflegedienstes im Spital Muri war dieses Vorgehen ein Musterstück an geplantem und strukturiertem Vorgehen. Die vorbildliche Anwendung des PDCA Zyklus für eine Verbesserung aufgrund eines "Kundenwunsches" zeigt auf, wie gut die "Praxis" die strategischen Vorgaben aus dem Stiftungsrat umzusetzen vermag.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

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

Die niedergelassenen Ärzte sind für unser Spital besonders wichtig. Zuweisende Ärzte beraten die Patienten in der Auswahl ihres Spitals. Dafür müssen sie von der fachlichen und menschlichen Leistung sowie der Qualität des Spitals und der Fachärzte überzeugt sein. Die Zufriedenheit unserer Zuweiser mit der Patientenbehandlung und der begleitenden Kommunikation ist deshalb für unser Spital von existentieller Bedeutung.

Es wurden Fragen gestellt zu folgenden Themen:

1. Fragen zur Zufriedenheit der Zuweiser und der Zufriedenheit der Patient*innen und ihrer Angehörigen aus Sicht des Zuweisers
2. Die Qualität unseres Berichtswesens und die Einfachheit des Zuweisungsprozesses
3. Qualität der drei bettenführenden Kliniken
4. Kenntnis über das Angebot der Kliniken, die Ansprechpartner und die Infrastruktur
5. Erreichbarkeit der Kaderärzte
6. Informationsfluss vom Spital zu den Zuweisern

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.

Im Auftrag des CEO hat das Qualitätsmanagement gemeinsam mit der Unternehmensentwicklung die Befragung durchgeführt.

288 zuweisende Ärzte aus der Region und überregional.

Rücklauf: 10%

Allgemeine Zufriedenheit der Zuweiser : 4.2 Punkten von 5 Punkten

Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen: 5 von 6 Punkten

Qualität des Berichtswesens und Einfachheit des Zuweisungsprozesses: mehrheitlich als gut bewertet.

Allen drei bettenführenden Kliniken wurde von den Teilnehmern der Befragung zudem klar attestiert, dass die Patienten in der jeweiligen Klinik gut aufgehoben sind.

Der Informationsfluss vom Spital zu den Zuweisern gilt ebenfalls als sehr gut: Die Aussage "Ich fühle mich gut und umfassend informiert" erhielt 3.4 von 4 Punkten.

Verbesserungspotential

Kaderärzte:

Die Zuweiser wünschen sich, diese besser zu kennen und wären für eine bessere telefonische Erreichbarkeit dankbar.?

Angebot und Infrastruktur:

- Die Leistungsangebote von Anästhesie, Gynäkologie und Geburtshilfe müssen besser kommuniziert

werden.

- Insbesondere die moderne Infrastruktur des Gebärsaals und das breite Angebot der Geburtshilfe (z. B. Hebammensprechstunde, Informationsabende, Geburtsvorbereitungskurse und Familienzimmer) ist offenbar kaum bekannt.

- Ähnliches gilt für die durch die SGI zertifizierte IPS: Die moderne Infrastruktur und die fachliche Leistungsfähigkeit der Intensivstation sind - wie die Umfrage zeigt - zu wenig bekannt.

Diverses:

- Das Aufgebotsschreiben für die anästhesiologische, präoperative Sprechstunde sollte neu formuliert werden.

- Mit dem Austrittsbericht sollten den Hausärzten alle erhobenen Laborwerte und nicht nur die, für den poststationären Verlauf relevanten Werte zu Verfügung gestellt werden.

- Die bei Eintritt bestehende, vom Hausarzt verordnete Dauermedikation sollte nur in Rücksprache mit dem Hausarzt verändert werden. Kleinere Umstellungen sollten im Austrittsbericht erwähnt und ausreichend begründet werden.

Massnahmenplanung:

In der Zwischenzeit wurde die detaillierte Auswertung vom CEO und der Leitung des Qualitätsmanagements mit sämtlichen Chefärzten und deren Stellvertretern einzeln eingehend besprochen und mögliche Ursachen und Massnahmen diskutiert. Die Chefärzte werden die Resultate klinikintern mit ihren Kaderärzten besprechen und insbesondere nach Verbesserungsmöglichkeiten für die Erreichbarkeit und das persönliche Kennenlernen suchen. Auf Stufe Spital wird alles daran gesetzt, die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte und Kooperationspartner in Zukunft besser über das Angebot, die Infrastruktur und die Leistungsfähigkeit zu informieren. Ein Kanal für dieses Vorhaben wird der Newsletter sein.

Die oben unter "Diverses" genannten Themen sind beim Qualitätsmanagement und den betroffenen Chefärzten bereits in Bearbeitung und Lösungen sind in Sicht. Diese werden den Ärzten in den folgenden Newslettern vorgestellt.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Ziel ist die künftig regelmässige wiederkehrende Befragung, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung zu etablieren.

Auch nach dieser strukturierten Zuweiserbefragung freuen wir uns über jeden Hinweis und aufgezeigte Verbesserungspotenziale

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

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.

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017	2018
Spital Muri				
Verhältnis der Raten*	0.97	1.11	1.15	1.07
Anzahl auswertbare Austritte 2018:				5995

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Daten des Jahres 2018 liegen im "grünen Bereich" (siehe ANQ Homepage). Wir verbessern uns kontinuierlich, wollen aber noch besser werden.

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

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020:

(Unterbruch der Messperiode, vom 1. März bis 31. Mai 2020, infolge der Covid-19-Pandemie)

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2020 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2020 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2020 (CI*)
			2017	2018	2019	
Spital Muri						
Blinddarm-Entfernungen	90	0	-	-	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	10	0	7.30%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	39	1	10.40%	17.70%	11.70%	0.50% (0.00% - 2.60%)
Kaiserschnitt (Sectio)	139	1	-	-	0.90%	0.60% (0.00% - 1.90%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

- Appendektomie Kinder / Jugendliche < 16 Jahre:** Bei sehr niedriger Fallzahl von 10 Eingriffen im Erfassungszeitraum, liegt die Infektionsrate bei null und ist somit ein sehr gutes Ergebnis.
- Appendektomie bei Erwachsenen:** Bei einer Fallzahl von 90 Eingriffen im Erfassungszeitraum, liegt die Infektionsrate bei null in einem sehr guten Bereich.
- Colonchirurgie:** Bei mässig hoher bis geringer Fallzahl von 39 Eingriffen im Erfassungszeitraum, erreichten wir eine Infektionsrate von 0.5% was deutlich tiefer liegt als im Vorjahr mit 11.7%, wir freuen uns sehr darüber.
- Kaiserschnitte:** Eine Infektionsrate von 0.6% bei 139 Kaiserschnitten ist ein erfreuliches Ergebnis.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Sturz konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

	2017	2018	2019	2020 ***
Spital Muri				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	2	1	–
In Prozent	0.00%	2.20%	1.40%	–
Residuum* (CI** = 95%)	-0.5 (-1.64 - 0.64)	-0.05 (-0.46 - 0.36)	-0.07 (-0.58 - 0.43)	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

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

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Spital Muri hat generell sehr niedrige Werte. Trotzdem finden jährliche Aktionen zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden im Spital statt.

In 2020 wurde die Messung aufgrund der Corona Situation ausgesetzt

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Sturzprotokoll und Auswertung

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

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

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

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

In 2020 wurden 134 Stürze erfasst.

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

So wurden folgende Schlüsse gezogen

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

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

13 Wundliegen

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

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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.

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

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

Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2020 ***	In Prozent ***
		2017	2018	2019		
Spital Muri						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	1	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.18 (-1.20 - 0.84)	-0.03 (-0.03 - 0.28)	0.03 (-0.72 - 0.77)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Spital Muri hat generell niedrige Werte bei der Erfassung von Dekubiti. Trotzdem werden jährliche Sensibilisierungskampagnen für diese Thematik durchgeführt.

In 2020 wurde die Nationale Prävalenzmessung der im Spital erworbenen Dekubiti aufgrund der Corona Situation ausgesetzt

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Dokumentation der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen

Jeder Patient oder seine Angehörigen / ein Beistand müssen über Massnahmen zur Freiheitsbeschränkung aufgeklärt werden, diese Massnahme muss täglich evaluiert und dokumentiert werden. Pflegeexperten beobachten die Evaluation und werten die Gründe aus.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Alle Pflegestationen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Auswertung liegt nur als Handstatistik vor. Im kommenden Jahr 2021 wird im Rahmen einer Evaluation die Vorgehensweise überarbeitet und falls möglich eine elektronische Dokumentation installiert.

Bemerkungen

Das Grundrecht auf freie Bewegung wird im Spital unter bestimmten Umständen (Selbstgefährdung, Fremdgefährdung) massiv eingeschränkt. Aus diesem Grund müssen die gesetzlichen Vorgaben jederzeit berücksichtigt werden und vor einer Einschränkung alle anderen Massnahmen ausgeschöpft werden. Wir werden in 2021 die bereits etablierte Vorgehensweise evaluieren und ggf. anpassen.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Das Spital als LEAN Hospital weiter entwickeln

Projektart

Führung auf verschiedenen Ebenen / Abteilungen bewusst und effizient nach LEAN Prinzipien weiterentwickeln

Projektziel

Effiziente Führung auf allen Ebenen unter Integration des Wissens der Mitarbeitenden

Projekttablauf / Methodik

Klassisches Projekt unter externer Begleitung in den Bereichen

- Chirurgie und Pflege
- Bettenstationen und Arztdienst

Involvierte Berufsgruppen

Ärzte aller Ebenen aus Chirurgie und Medizin, Pflegedienst, Physiotherapie

Projektelevaluation / Konsequenzen

Die Umsetzung erforderte von allen Beteiligten eine hohe Eigenmotivation und den konstruktiven Umgang mit unvorhergesehenen Herausforderungen.

Erschwerend stellte sich der Einfluss durch die Corona-bedingten kurzfristigen Änderungen im Klinikalltag dar. Die Zeitplanung verzögerte sich entsprechend, doch inzwischen konnte ein Grossteil der erarbeiteten Lösungen etabliert werden, woraus spürbare Erleichterungen resultieren.

Der wichtigste und schwierigste Punkt ist die Schaffung von Nachhaltigkeit für die nahe und entferntere Zukunft. Es braucht ganz klar definierte Zuständigkeiten inklusiver der Kompetenzen hierfür, damit bei auftretenden Problemen diese gelöst werden können.

18.1.2 Der neue Webauftritt geht online

Projektart

Auftragsarbeit

Projektziel

Gestaltung einer modernen, leicht verständlichen und übersichtlichen Homepage zur Information der Öffentlichkeit

Projekttablauf / Methodik

- Erfassung der Anforderung aus der Spitalleitung
- Erfassung der Vorstellungen der Abteilungen / Fachbereiche
- Vorschläge für das Layout
- Auswahl und Freigabe
- Nach Umstellung Anpassung / Erweiterung

Involvierte Berufsgruppen

gesamtes Spital

Projektelevaluation / Konsequenzen

- sehr sinnvoll ist eine Probestellung mit Überprüfung der Inhalte der Homepage im Vorfeld

18.1.3 Überarbeitung Ablauf Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Projektart

interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeitsgruppe

Projektziel

Evaluation und ggf. Anpassung der Abläufe um die Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Projekttablauf / Methodik

- IST Zustand analysieren
- Gesetzliche Vorgaben erfassen
- Problematiken und Hindernisse identifizieren
- Massnahmen davon ableiten
- Abgleich mit den gesetzlichen Bestimmungen
- Evaluation möglicher Dokumentation in der Patienten KG
- Erstellung eines Handbuchs

Involvierte Berufsgruppen:

Ärzte und Pflege

Projektelevaluation / Konsequenzen

wenn fertiggestellt: Prozessaudits

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

18.2.1 Schaffung Pandemielager

Projektart

Arbeitsauftrag nach der ersten Welle

Projektziel

Einrichtung eines systemseitigen "Pandemielagers" im Lagerhaltungssystem. Dies ermöglicht die gezielte Abfrage der Bestände per «Knopfdruck» und damit erleichterte Auskunft (keine manuelle Zählung mehr). In diesem Kontext wurde das Pandemielager mit korrekten Lagerplätzen ausgestattet.

Projekttablauf / Methodik

Evaluation / Planung / Umstellung

Involvierte Berufsgruppen:

Logistik Einkauf IT

Projektelevaluation / Konsequenzen

generelle Übersicht erleichtert auch bei Abwesenheit von Schlüsselpersonen die Aufgabenübernahme und Durchführung

18.2.2 Eigene Patisserie: eine süsse Verführung

Projektart

Eigene Herstellung von Patisserie und Desserts für unsere Patienten und Mitarbeitenden

Projektziel

Entlastung der Küchenräumlichkeiten und der Köche durch eigene Räumlichkeiten und Mitarbeitende
Senkung des Verbrauches von Convenience Produkten
Hygiene bei der Herstellung sicherstellen
Ausbildung von Kochlehrlingen ergänzt

Projekttablauf / Methodik

Umbau Küche
Einstellung Pâtissière

Involvierte Berufsgruppen:

Küchenchef, Bauleitung, Diätköche, Pâtissière

Projektelevaluation / Konsequenzen

Evaluation durch Probe vieler Mitarbeitenden und Gäste
stark gestiegene Nachfrage
begeisterte Rückmeldungen, sogar Rezepte werden erfragt

18.2.3 Vereinfachung OP Material Versorgung

Projektart

Arbeitsauftrag

Projektziel

Erleichterung der Bedienung des Lagerliftes, welche im OP die Versorgung mit Sterilgut und sterilisierten Instrumenten sicherstellt

Projekttablauf / Methodik

Evaluation der bestehenden Abläufe und Problematiken Erarbeitung einer neuen "Suchfunktion": Bei Wechsel eines Artikels mussten bisher ALLE Sets händisch überprüft werden, was enorm zeitaufwändig war. Mit der Suchfunktion werden nun alle Sets mit dem betroffenen Artikel angezeigt.

Involvierte Berufsgruppen

Leitung Einkauf und Logistik

OP Personal

IT

externe Hersteller Lagerlift

Projektelevaluation

Weitere Problematiken werden an die Leitung der Logistik und Beschaffung kommuniziert und im Sinne einer kontinuierlichen Weiterentwicklung bearbeitet.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung Brustzentrum nach Q-Label Krebsliga

Projektart

Spitalübergreifendes Projekt mit dem KSB als gemeinsames "Brustzentrum Aargau"

Projektziel

Zertifikat Q-Label der Krebsliga Schweiz

Projekttablauf / Methodik

Klassisches Projekt

Involvierte Berufsgruppen:

Gynäkologen, Radiologen, Onkologen, Pathologen KSB, Psychoonkologen, Radioonkologen, Brust-Care-Nurses (BCN), Pflegedienst, Physiotherapeuten Sprechstunden MA, Unternehmensentwicklung, Qualitätsmanagement, Abrechnung, Studynurses und Tumordokumentarinnen beider Kliniken

Projektelevaluation / Konsequenzen

5.1 vertragliche Rahmenbedingungen

5.2 ambulanter Sprechstundenprozess

5.3 stationärer Behandlungsprozess

5.4 Zusammenarbeit / gemeinsame Dokumentation in den verschiedenen Bereichen aufgleisen

5.5 Administrative Prozesse klären

5.6 Unternehmenskommunikation

Projektelevaluation

- Installation von kontinuierlichem, strukturiertem Austausch ist wichtige Grundlage für eine gute Zusammenarbeit

- Gemeinsame Dokumentenlenkung über zwei Standorte muss möglichst einfach sein und gut beschrieben werden, damit die verantwortlichen Personen diese umsetzen können

19 Schlusswort und Ausblick

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

Trotz und aufgrund der SARS-CoV-2 Pandemie haben wir vielfältige Aktivitäten zur Sicherung und Entwicklung unserer Leistungen durchgeführt. Hierbei zeigte sich immer wieder, wie wichtig das Wissen der einzelnen Mitarbeiter ist, zum einen zur interprofessionellen Betreuung und Behandlung von Patienten, aber auch, um Krisen strukturiert, professionell und vor allem gemeinsam zu bewältigen.

Verschiedenste Aktivitäten /Projekte wurden in jedem Bereich und in jeder Abteilung umgesetzt, mit dem Ziel, das Patientenerlebnis, also seine Erfahrungen im Spital mit oder ohne Covid 19 möglichst gezielt und positiv zu gestalten.

Hierzu werden auch die Ergebnisse der Behandlung und die Zufriedenheit evaluiert und diese Erfahrungen bei der Weiterentwicklung mittels weitere Aktivitäten integriert.

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

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

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

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

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.