

Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.05.2023
Daniel Strub, CEO

Version 2



Spital Muri

www.spital-muri.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2022.

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 2022

Frau
Andrea Heiermeier
Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement
+41 56 675 11 35
andrea.heiermeier@spital-muri.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, 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. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	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 2022	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	23
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	24
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)	25
4.5 Registerübersicht	26
4.6 Zertifizierungsübersicht	27
QUALITÄTSMESSUNGEN	28
Zufriedenheitsbefragungen	29
5 Patientenzufriedenheit	29
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	29
5.2 Eigene Befragung	31
5.2.1 Fortlaufende Evaluation der Patientenzufriedenheit	31
5.2.2 Tägliche Befragung der Patienten im Rahmen der Pflegevisite	32
5.3 Beschwerdemanagement	32
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	33
7.1 Eigene Befragung	33
7.1.1 Mecon MAB	33
8 Zuweiserzufriedenheit	34
8.1 Eigene Befragung	34
8.1.1 Zuweiserbefragung	34
Behandlungsqualität	35
9 Wiedereintritte	35
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen	35
10 Operationen	36
10.1 Hüft- und Knieprothetik	36
11 Infektionen	38
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	38
12 Stürze	41
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	41
12.2 Eigene Messung	43
12.2.1 Sturzprotokoll und Auswertung	43
13 Dekubitus	45
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	45
13.2 Eigene Messungen	47

13.2.1	Inhouse Erhebung Dekubitusrate.....	47
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	48
14.1	Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen.....	48
14.1.1	Dokumentation der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen.....	48
15	Psychische Symptombelastung	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
	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	49
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	49
18.1.1	Einführung strukturiertes Prozessmanagement	49
18.1.2	Überarbeitung Qualitätskonzept.....	50
18.1.3	Vereinheitlichung KVP	50
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022	51
18.2.1	Vorbereitung Inspektion Blutlager	51
18.2.2	Neuer Bereich Klinischer Betrieb im Aufbau	51
18.2.3	Einführung Planforge Projektmanagement Tool	52
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	53
18.3.1	SGI Rezertifizierung IPS in 2022	53
18.3.2	IVR Rezertifizierung Rettungsdienst 2022	53
19	Schlusswort und Ausblick	54
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	55
	Akutsomatik	55
	Herausgeber	57

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.

Im vergangenen Jahr haben 926 Mitarbeitende gut 7400 Patient stationär (davon 630 Neugeborene) und rund 129 000 ambulante Konsultationen und Therapien ambulant durchführen dürfen. Von diesen Mitarbeitenden sind 76 in ihrer Ausbildung in den verschiedenen pflegerischen aber auch administrativen Berufen tätig.

Das Jahr 2022 stand ganz im Zeichen der Veränderung. Bereits im Jahr 2021 wurde in einer umfassenden Restrukturierung die Organisation des Spitals überdacht sowie wichtige Instrumente zur Steuerung des Spitals Muri erarbeitet. Ein Ergebnis daraus ist die Schaffung eines ganz neuen Bereiches, in welchem die Führung aller nicht-ärztlichen Abteilungen, welche am Querschnittsprozess «Patientenbehandlung» beteiligt sind aus einer Hand stattfindet. Ausserdem wurde zur Betonung des hohen Stellenwertes von Personalthemen bei zunehmendem Fachkräftemangel auch die Leitung des Bereiches Human Ressource in die Spitalleitung als oberstes operatives Organ aufgenommen.

Die Qualität unserer Angebote soll sich dabei kontinuierlich weiterentwickeln. Aus diesem Grund wurde nachfolgend vom Stiftungsrat die Überarbeitung des Qualitätskonzeptes in Auftrag gegeben. Ausgerichtet auf eine Qualitätsvision und strategische Qualitätsziele soll die Qualität aller erbrachten Leistungen im Spital in verschiedenen Arbeitspaketen kontinuierlich weiterentwickelt werden. Neben der auf unsere Anspruchsgruppen ausgerichtete Qualitätsvision und den Qualitätszielen sollen operative Massnahmen für die Erreichung der Ziele festgelegt werden. Aufgrund einer strukturierten Evaluation kann Weiterentwicklung stattfinden.

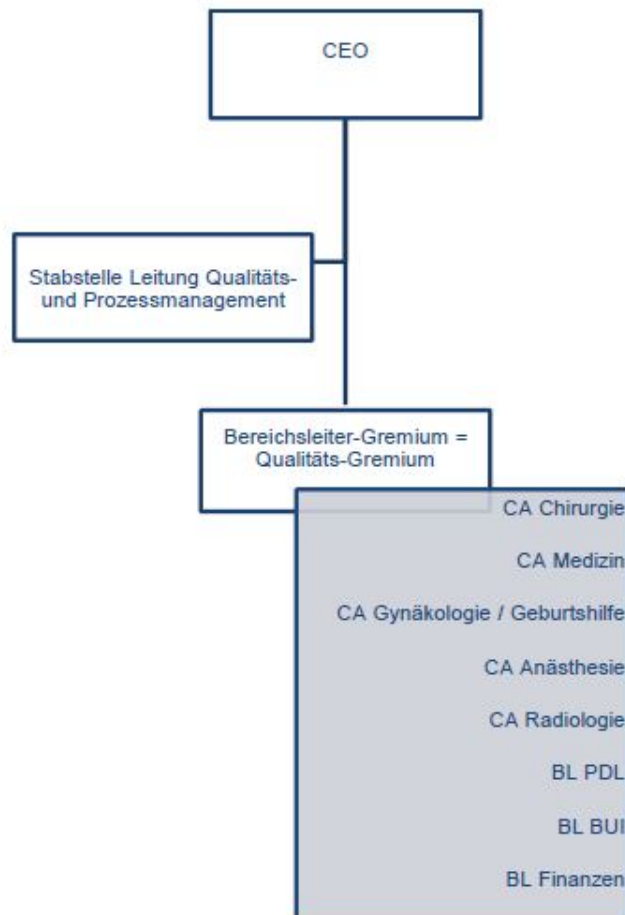
Auf den nächsten Seiten werden wir die verschiedenen Qualitätsaktivitäten im Spital vorstellen.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm Qualitätsmanagement



Der Stiftungsrat gibt die Vision und die strategischen Qualitätsziele für das Spital Muri, angelehnt an die Gesamtstrategie des Spitals frei. Über die Spitalleitung als operative Führung des Spitals werden Massnahmen und Aktivitäten zur Zielerreichung beauftragt, sowie Strukturen definiert und Ressourcen bereitgestellt.

Das Qualitätsgremium setzt zusammen mit der Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement die Massnahmen zur Erreichung der definierten strategischen Qualitätsziele um. Sie erhalten die Ergebnisse verschiedener Qualitätsaktivitäten und analysieren diese. Bei Bedarf leiten sie Massnahmen zur kontinuierlichen Entwicklung ab. Sie sind Kontakt in die Abteilungen und kommunizieren die Themen gegenüber ihren Mitarbeitenden.

Beispiele für Massnahmen auf der Ebene operatives Qualitätsmanagement sind

- Durchführung ANQ Messungen (Swissnoso, potenziell vermeidbare Rehospitalisationen, Siris Prothesenregister, Patientenzufriedenheit, Prävalenz von Sturz & Dekubitus)

- 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, CIRS
- 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
- Einführung und Umsetzung Prozessmanagement und KVP

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **240** 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 91
daniel.strub@spital-muri.ch

3 Qualitätsstrategie

Im September 2022 hat der Stiftungsrat die neue **Qualitätsvision** freigegeben.

Sie lehnt sich eng an die Gesamtvision des Spitals Muri an:

"Die Qualität aller erbrachten Leistungen des Spitals Muri wird von unseren Anspruchsgruppen, insbesondere von Patientinnen, Patienten, Angehörigen und der weiteren Bevölkerung, als sehr gut empfunden und beurteilt. Unsere wichtigsten internen Botschafter und Botschafterinnen – die Mitarbeitenden – und unsere externen Partner und Partnerinnen insbesondere die Zuweisenden und Nachsorgenden, empfehlen einen Aufenthalt im Spital Muri. »

Ausgerichtet auf die Vision und ebenfalls an die strategischen Ziele des Spitals angelehnt sind **strategische Qualitätsziele** definiert worden:

- Für die Patientinnen, Patienten und Angehörigen ist das Spital Muri im Rahmen des medizinischen Konzeptes die erste Wahl für eine wohnortnahe ambulante wie auch stationäre Behandlung. Sie fühlen sich in jeder Hinsicht sicher und bestens betreut.
- Das Spital Muri wird von den Mitarbeitenden und der Öffentlichkeit als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen.
- Das Spital Muri wird von den Leistungserbringern im Gesundheitswesen als zuverlässiger Partner für eine gemeinsame, effiziente und wirksame Patientenbetreuung wahrgenommen.
- Die Qualität aller Leistungen des Spitals Muri wird von den Anspruchsgruppen, insbesondere von Patientinnen, Patienten, Angehörigen und in der Öffentlichkeit als sehr gut empfunden.
- Das Spital Muri arbeitet kooperativ und zuverlässig mit Politik, Behörden, Gremien und Versicherungen sowie Geschäftspartnern zusammen.

Abgeleitet von diesen Zielen, welche mit messbaren Teilzielen unterlegt wurden, sind Handlungsfelder definiert worden, in welchen aktiv an der Überarbeitung des Qualitätskonzeptes gearbeitet wird. Das Qualitäts-Managementsystem (QMS) stellt sicher, dass die Aktivitäten auf die Ziele ausgerichtet sind und der Erfolg der Massnahmen evaluiert wird. Falls erforderlich werden erweiterte Massnahmen abgeleitet. Somit wird die kontinuierliche Weiterentwicklung aller erbrachten Leistungen sichergestellt.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

Im Jahr 2021 wurde mit dem Programm FOKUS 21 wichtige Schritte in der Weiterentwicklung des Spitals vorbereitet. Diese wurden im Jahr 2022 schrittweise umgesetzt und die Einführung professionell gestaltet und begleitet

Organisationsentwicklung: Bereich "Klinischer Betrieb KLIB" geschaffen

Um das Spital Muri Schritt für Schritt auf die Herausforderungen der Zukunft auszurichten, haben der Stiftungsrat und die Spitalleitung im Rahmen des Strategie-Projekts Fokus 21 entschieden, per 1. Januar 2023 einen neuen Bereich «Klinischer Betrieb» zu schaffen. Hier werden alle personellen und infrastrukturellen Ressourcen für die wichtigsten klinischen Querschnittsprozesse zusammengefasst, um damit die Prozessführung noch besser auf die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige auszurichten.

Einführung von Prozessmanagement

Prozessmanagement stellt die optimale Gestaltung von interdisziplinärer Zusammenarbeit im täglichen Alltag in den Mittelpunkt. Die Abläufe werden gemeinsam definiert und die erforderlichen

Rahmenbedingungen festgelegt. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, verbindliche Zeitfenster für die Abfolge der Tätigkeiten, relevante Informationsträger und -systeme werden sinnvoll gestaltet. Das Prozessmanagement wird spitalweit eingeführt. Ziel ist die Gestaltung von effizienten, sinnvollen Prozessen und damit die Steigerung von Zufriedenheit für Patienten und Mitarbeitende.

Einführung eines spitalweiten, kontinuierlichen Verbesserungsprozess

Der KVP - der Kontinuierliche Verbesserungsprozess - ist eine einfache Methode zur gemeinschaftlichen aktiven Mitgestaltung und Verbesserung des eigenen Wirkbereiches. Er kann helfen, Schwachstellen im interdisziplinären Prozessgeschehen zu beseitigen. Gleichzeitig kann auch die stetige, schrittweise Weiterentwicklung von Produkten oder Dienstleistungen angestossen werden. Dabei werden die Fähigkeiten und Erfahrungen aller Mitarbeitenden bewusst abgeholt und zielgerichtet genutzt. Die Mitbestimmung und Integration von Expertenwissen der Mitarbeitenden bezogen auf ihre eigenen Abläufe ist heute ein wichtiges Instrument für Zufriedenheit im Arbeitsprozess

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

Neue Q-Vision und Qualitätsziele definiert

Im September 2022 hat der Stiftungsrat das Projekt Qualitätskonzept 2.0 beauftragt. Ausgerichtet auf eine Qualitätsvision und strategische Qualitätsziele soll eine kontinuierliche Entwicklung aller Leistungen im Spital Muri angestrebt werden, die durch unsere Anspruchsgruppen wahrgenommen werden.

Der Stiftungsrat hat am 22.09.2022 die neue Vision und die strategischen Qualitätsziele freigegeben und das begleitende Projekt zur Überarbeitung des Qualitätskonzeptes beauftragt.

Schwerpunkt Legal und Compliance

Im Jahr 2022 wurden die Fachkompetenz zum Thema Compliance und Datenschutz ausgebaut. Hierdurch soll die Erfüllung der zunehmenden gesetzlichen Anforderungen antizipiert und sichergestellt werden.

Schwerpunkt strategisches Risikomanagement

Strategisches Risikomanagement soll Risiken, welche die Strategie eines Unternehmens betreffen, identifizieren und steuern sowie Impulse in die **strategische** Planung des Unternehmens geben, sodass negative Auswirkungen abgemildert und Chancen ergriffen werden können. Das Spital Muri hat in 2022 strategische Risiken identifiziert, bewertet und strukturiert bearbeitet.

Neue Webseite aufgeschaltet

Im Juli geht die neue Website mit rund 250 Seiten des Spitals Muri online. Hier sind übersichtlich alle wesentlichen Informationen für Patienten, Angehörige und Fachpersonen zu finden. Monatlich finden 30'000 Zugriffe darauf statt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualitätskonzept

Nachdem nun in den letzten Jahren (2018 / 2019) die grundlegende Vision, Mission und Strategie des Spitals überarbeitet wurde und in 2020 / 2021 die Organisation im Programm Fokus 21 zukunftsfähig aufgestellt wurde, folgt in eine komplette Überarbeitung des Qualitätskonzepts. So wurde vom Stiftungsrat ein auf 3,5 Jahre ausgelegtes Projekt beauftragt, in welchem die künftig für das Spital geltende Qualitätsvision, die Strategie zu deren Erreichung sowie konkrete Qualitätsziele festgelegt werden. Besonders wichtig sind uns hierbei die Bedürfnisse und Erwartungen unsere Mitarbeitenden, der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen, sowie unserer anderen Partner und Interessensgruppen.

Gestaltung und Entwicklung des Bereiches "Klinischer Betrieb"

Im Bereich "Klinischer Betrieb" finden sich neu fast alle nicht-ärztlichen Berufsgruppen in der Gestaltung der Prozesse in der Patientenbehandlung.

Der Patientenprozess besteht aus ineinander greifende Schritte wie Planung des Aufenthaltes, Eintritt und Aufnahme, Untersuchung, Diagnostik und Behandlung sowie Austritt und Abrechnung.

Ziel ist die Einführung einer Organisation, in der Patientinnen und Patienten im Zentrum stehen und qualitativ hochstehende Dienstleistungen erfahren, in der aber auch die Mitarbeitenden gerne zur Arbeit kommen und sich wohl und wertgeschätzt fühlen.

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 wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung Rehospitalisationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)

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>
▪ Fortlaufende Evaluation der Patientenzufriedenheit ▪ Tägliche Befragung der Patienten im Rahmen der Pflegevisite
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Sturzprotokoll und Auswertung
<i>Dekubitus</i>
▪ Inhouse Erhebung Dekubitusrate
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ 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:

Aufbau Onkologie/Hämatologie am Spital Muri

Ziel	Ergänzung Patientenbehandlung im Zusammenhang mit dem Brustzentrum, und allen anderen onkologisch / hämatologischen Erkrankungen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Für Patienten mit Onkologisch- / Hämatologischen Erkrankungen
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Start Mai 2021, fortlaufender Aufbau
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Die Weiterentwicklung der Onkologie/Hämatologie am Spital Muri erfolgt im Rahmen der Kooperationsvereinbarung, die das KSB und das Spital Muri im Frühjahr 2019 unterzeichnet haben.
Methodik	klassisches Projekt mit internen und externen Beteiligten
Involvierte Berufsgruppen	Onkologie / Hämatologie KSB in Muri, Innere Medizin, Mitarbeitende Tagesklinik, klinische Projektleitung, Pflegeexperten, Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Angestrebte Zertifizierung 2023 nach ISO 9001:2015

Einführung und Begleitung Prozessmanagement und KVP

Ziel	Bewusste Gestaltung von patientenorientierten, effizienten Prozessen und Integration des Wissens der Fachleute vor Ort in die Weiterentwicklung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Start 2021, kontinuierliche Weiterentwicklung fortlaufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Patientenorientiert gestalten, Integration der Mitarbeitenden aller Ebenen
Methodik	Arbeitsmethode
Involvierte Berufsgruppen	gesamtes Spital schrittweise
Evaluation Aktivität / Projekt	Prozessaudits einmal jährlich, erstmalig Herbst 2023 geplant

Zäme vorus

Ziel	Entwicklung von Change, Kultur und Leadership
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Dezember 2021 bis 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Das Spital Muri strebt eine kulturelle Transformation an und wird sich stark mit Werten auseinandersetzen und auf ein gemeinsames Führungsverständnis hinarbeiten. Gleichzeitig werden wir unsere Kader befähigen, ihre Mitarbeitenden durch diesen anspruchsvollen Veränderungsprozess zu führen. Alle Mitarbeitenden sollen auf diesen tiefgreifenden Change vorbereitet werden und ein Betriebsklima entwickeln, dass einen solchen Wandel zulässt.
Methodik	Begleitung durch das House of Change mit geeigneten Aktionen, Schaffung von Austauschgefässen, Definition von Werten und Führung, Schulungen etc.
Involvierte Berufsgruppen	gesamtes Spital
Evaluation Aktivität / Projekt	regelmässige Sitzungen einer Steuerungsgruppe und Feedbacks an Spitalleitung und Stiftungsrat

Gestaltung und Aufbau des Kurses "Erste Hilfe am Kind"

Ziel	Vermittlung von Massnahmen zur Erstversorgung bei gesundheitlichen Notfällen am Kind
Bereich, in dem das Projekt läuft	Erste Hilfe am Kind
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Start und Etablierung 2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Ein kurzer Moment der Unachtsamkeit reicht aus und schon haben die Kleinen etwas im Mund oder die Finger auf der Herdplatte. Es ist gut zu wissen, wie man in solchen unerwarteten Situationen richtig handelt und dabei auch noch einen kühlen Kopf bewahrt
Methodik	Planung, Umsetzung, Feedback und Beurteilungen einholen, anpassen, und schliesslich etablieren des Angebotes
Involvierte Berufsgruppen	Fachpflege / Rettungssanitäter
Evaluation Aktivität / Projekt	Durch Feedback und Rückmeldungen Kursteilnehmender

Gestaltung und Aufbau des Kurses "Geburt im Rettungsdienst"

Ziel	Erweiterte Ausbildung von Fachpersonen (Notärzte, Rettungssanitäter, Hebammen)
Bereich, in dem das Projekt läuft	Geburt im Rettungsdienst
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Start und Etablierung 2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Rettungssanitäter und -sanitäterinnen und Notärzte sind sehr selten auch mit plötzlichen Geburten zu Hause oder an ungewöhnlichen Orten konfrontiert. Um die bestmögliche Betreuung und die Sicherheit der werdenden Mutter und des Kindes zu gewährleisten wird dieser Kurs angeboten
Methodik	Planung, Umsetzung, Feedback und Beurteilungen einholen, anpassen, und schliesslich etablieren des Angebotes
Involvierte Berufsgruppen	Hebammen, Rettungssanitäter, Fachpflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Durch Feedback und Rückmeldungen Kursteilnehmender

Teilnahme an der Woche für Patientensicherheit

Ziel	Sensibilisierung der Mitarbeitenden: Gemeinsam zur sicheren Medikation
Bereich, in dem das Projekt läuft	gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	11.-17.September 2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Bis zu 50 Prozent der vermeidbaren Patient:innenschädigungen sind durch eine fehlerhafte Medikation bedingt. Dies gehört damit zu den wichtigsten und dringlichsten Themen der Patient:innensicherheit.
Methodik	Aktionswoche
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtes Spital
Evaluation Aktivität / Projekt	internes Quiz anhand einer Poster-Aktion im Spital

Jährliche Gestaltung eines "Raum des Horrors"

Ziel	Sensibilisierung der Mitarbeitenden zu einem Thema der Patientenbehandlung -pflege und -sicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Juli / August 2022 insgesamt sechs Wochen
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Training der Beobachtungsfähigkeit aller interessierten Personen im Spital
Methodik	Storyboard schreiben - Raum einrichten - umsetzen - Evaluation mit Hilfe der Aufgaben
Involvierte Berufsgruppen	Vorrangig Pflegedienst, Teilnahme aller interessierten Bereiche
Evaluation Aktivität / Projekt	Feedback von den Beteiligten, Kontrolle Rücklauf der Befragungen

Weiterentwicklung Patient Blood Management PBM

Ziel	Integration eines Behandlungskonzept zur Reduktion / Vermeidung von Anämie und Blutverlust sowie zum rationalen Einsatz von Blutprodukten.
Bereich, in dem das Projekt läuft	gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Start 2021 fortlaufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Ziel ist, die Sicherheit und den Heilungserfolg der Patientinnen und Patienten zu verbessern.
Methodik	fortlaufender Arbeitsauftrag
Involvierte Berufsgruppen	Anästhesie, Chirurgie, Gynäkologie / Geburtshilfe, Medizin, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	jährliche Kontrolle der verabreichten BP und Evaluation der Gründe

Einrichten eine Feldküche

Ziel	Sicherstellen der Lebensmittel-Versorgung des Spitals und von sieben umliegenden Pflegeheime
Bereich, in dem das Projekt läuft	Region Freiamt
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2022
Begründung	Krisenvorsorge, drohende Strommangellage antizipieren
Involvierte Berufsgruppen	Küchenchefs und -mitarbeitende der Heime Solino, Murimoos, St. Martin, Pflegimuri, Maria-Bernarda-Heim, Zentrum Aettenbühl, St Josefstiftung
Evaluation Aktivität / Projekt	grosser Testlauf am 25.10.2022 mit allen Beteiligten

Jährliches umfangreiches Schulungs- und Sensibilisierungsprogramm für Pflegende

Ziel	Training und Refresh von fachlichen Themen im Pflegedienst (Nephrologie / Pflegediagnosen / Palliativ care / Total Pain Input / Spillkit / Hilfsmittelschulungen / Trachealkanülen-Management)
Bereich, in dem das Projekt läuft	Pflegedienste und alle interessierten Personen
Projekt: Laufzeit (von...bis)	ganzjährlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Training bedeutet regelmässiges Auffrischen von Fähigkeiten und Fertigkeiten mit dem Ziel, die Behandlungsqualität gezielt zu verbessern und auf einem hohen Niveau sicherzustellen
Methodik	Input / Vortrag / Workshops
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Ärzteschaft

Fox trail zum Thema Delir

Ziel	Refresher und Training des persönlichen Wissens zum Delirkonzept
Bereich, in dem das Projekt läuft	Pflegedienst und alle interessierten Personen
Projekt: Laufzeit (von...bis)	August 2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Ein Delir kann im Spital zu jeder Zeit auftreten. Ziel des Delirkonzeptes ist zum einen die Einschätzung des Risikos und darauf ausgerichtet Präventionsmassnahmen zu ergreifen. Falls es doch eintritt, soll es schnellstmöglich erkannt und behandelt werden. Um diese Schritte zeitnah und fachlich korrekt ausführen zu können, wird fortlaufend sensibilisiert.
Methodik	Fox Trail ist eine Mischung von Rätsel und Spurensuche zum Thema, welche durch das ganze Spital geführt hat
Involvierte Berufsgruppen	Pflegeexperten, Pflegedienst
Evaluation Aktivität / Projekt	Feedback Teilnehmende

Port a Cath Woche

Ziel	Schulung und Training im Umgang mit dem Port a Cath
Bereich, in dem das Projekt läuft	Pflegedienst
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Januar 2022
Begründung	Hygienischen und sicheren Umgang mit dem Port a Cath gewährleisten
Methodik	Schulung / Training
Involvierte Berufsgruppen	Pflegedienst, Pflegeexperten
Evaluation Aktivität / Projekt	Feedback Teilnehmende

Schulung Deeskalationsmanagement für Akutgeriatrie-Personal

Ziel	Refresher und Training zum Umgang mit (potenziell)aggressiven Patienten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Akutgeriatrie, Pflege
Projekt: Laufzeit (von...bis)	ein Halbttag im Oktober 2022
Begründung	Patienten in der Akutgeriatrie können aufgrund von Demenz oder Delir zu Aggressionen gegenüber sich selbst oder anderen neigen. Pflegende als nächste Mitarbeitende müssen diese Aggression erkennen und damit umgehen lernen
Methodik	Workshop, Training
Involvierte Berufsgruppen	Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Feedback durch Teilnehmende

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Safety cross Sturz, Dekubitus und Medikationsfehler

Ziel	Sensibilisierung auf Häufigkeit und Umständen von Stürzen, Dekubiti und Medikationsfehlern auf den einzelnen Stationen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Pflegedienst
Aktivität: Laufzeit (seit...)	ganzjährig
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Sturz, Dekubitus und Medikationsfehler im Spital sind immer eingebettet in einen Gesamtkontext von Umständen. Um diese zu erfassen und die Mitarbeitenden dazu zu sensibilisieren, werden diese täglich erfasst und zeitnah besprochen
Methodik	Safety cross
Involvierte Berufsgruppen	Pflegedienst
Evaluation Aktivität / Projekt	Durch die tägliche Markierung mittels roten oder grünem Kreuz kann die Häufigkeit sichtbar gemacht werden. Durch niedrigschwellige Ansprache der Umstände werden die Mitarbeitenden sensibilisiert.

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	Qualitätsverbesserung und Effizienz durch Engagement der Mitarbeitenden
Methodik	Befragung der Prozessbeteiligten (Nemawashi) / vor Ort Begehungen (Gemba) / Simulationen / Etablierung kontinuierlicher Verbesserungsprozess / Standardisierung
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen in 2021 Bettenstationen 4. Etage und Start Gynäkologie und Geburtshilfe in 2022
Evaluation Aktivität / Projekt	Begleitend regelmässig

Aufbau "Brustzentrum Aargau" mit dem KSB

Ziel	Q-Label Zertifiziertes Brustzentrum mit 2 Standorten
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gynäkologie Muri und KSB
Aktivität: Laufzeit (seit...)	April 2020 bis Juni 2021
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
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

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 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

	2019	2020	2021	2022
Schweregrad 1	36	41	24	74
Schweregrad 2	48	67	28	39
Schweregrad 3	21	30	24	22
Anzahl Meldungen	105	132	76	134
Anzahl Massnahmen	52	47	55	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 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 Patientinnen und Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

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

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/mitglieder/report/krankenhaeuser/spital-muri> 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 und 2021 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.

4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

Patient-reported Outcome Measures (PROMs) messen die von Patientinnen und Patienten individuelle, subjektive Wahrnehmung einer Behandlung auf die Lebensqualität. Neben anderen Indikatoren messen sie die Behandlungsqualität und geben ein Abbild der Lebensqualität der Patienten entsprechend ihren individuellen Werten, Präferenzen und Vorstellungen. Die Messung erfolgt mittels standardisierter, international validierter Fragebögen zum subjektiven Gesundheitszustand vor, während und nach einer Behandlung. Die Erfassung und Analyse von PROMs haben einen vielfältigen Nutzen. Sie helfen beispielsweise die Kommunikation und Shared-Decision-Making mit den Patienten zu verbessern. Zudem erhält das medizinische Fachpersonal eine zeitnahe Rückmeldung über den Behandlungserfolg aus Sicht des Patienten und kann weitere Schritte einleiten.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	Behandlungspfad(e)/Klinik(en)	PROM-Set	Verwendete Score(s)	Seit/Ab	Kommentare
Meniskusteilresektionen	Spitalambulante Operationen, Pilotprojekt ANQ	ICHOM Standardset Knie	KOOS, EQ5D	Mai 2022 bis Februar 2023	Laufzeit Pilotprojekt bis Februar 2023, die Auswertung steht aus

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	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	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
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2011
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch/	2008

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	2023	nächste Rezertifizierung 2027 geplant
SGI	Intensivstation	2015	2022	Nächste Rezertifizierung 2027 geplant
ISO 9001:2015	Dialysestation	2007	2023	Unter der Führung des Kantonsspitals Baden
DKG e.v. OnkoZert	Urologische Praxis Muri für das Freiamt	2017	2024	Kooperationspartner des Prostatakrebszentrums Klinik Hirslanden
Q-Label	Brustzentrum Aargau	2021	2026	gemeinsames Brustzentrum mit dem KSB

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und Anregungen für Verbesserungspotenziale 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.

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 2022 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
Spital Muri				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.14	4.16	4.14	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.52	4.59	4.50	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.49	4.57	4.50	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.53	4.56	4.35	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.08	3.93	4.07	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	92.90 %	91.52 %	95.10 %	– %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2022				–
Anzahl eingetroffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im Juni – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ 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 elektronischen Fragebogens wird die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem stationären Spitalaufenthalt erfragt. Verschiedene Aspekte werden beobachtet und durch die Patientinnen und Patienten von 1 (sehr gut) bis 4 (schlecht) bewertet.

1. Organisation des Spitalaufenthaltes
2. Verständliche Informationen von Ärztinnen und Ärzten
3. Umfassende und kompetente Betreuung durch Pflege
4. Einbezug Angehörige
5. Qualität Reinigung
6. Zufriedenheit Essen / Hotellerie
7. Infrastruktur Zimmer
8. Weiterempfehlung an Familie / Freunde

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Gesamtes Spital

Alle stationären Patienten werden befragt

Die oben genannten Themen wurden in 2022 mit einer sehr hohen Zufriedenheit von jeweils über 93% bewertet, was uns sehr freut.

Organisation Spitalaufenthalt	96.9 %
Verständliche Informationen von Ärztinnen und Ärzten	96.2 %
Umfassende und kompetente Betreuung durch Pflege	98.3 %
Einbezug Angehörige	94.9 %
Qualität der Reinigung	94.0 %
Zufriedenheit Essen / Hotellerie	93.0 %
Infrastruktur Zimmer	94.1 %
Weiterempfehlung an Familie und Freunde	97.1 %

Zudem haben wir über 385 positive wie auch konstruktive Einzelantworten bekommen, welche für uns immer wieder Anhalte für Verbesserungen der Abläufe oder der persönlichen Betreuung bieten.

Der Rücklauf war jedoch sehr niedrig und lag nur bei knapp 12%. Wir vermuten dass der Umgang mit dem iPad (auf welchem auch z.B. der Fernseher und weitere Informationen angeboten werden), nicht für alle Patienten gleichermassen gut durchführbar ist.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Aufgrund des niedrigen Rücklaufes werden wir einige Massnahmen in 2023 planen und umsetzen, um diesen zu erhöhen.

Hierzu gehört die gezielte Information über die Feedback-Möglichkeit auf der Startseite des IPADS, ein Link auf der Homepage mit der Möglichkeit zur Bewertung nach Austritt, sowie das Angebot der Teilnahme über QR Code welcher niedrigschwellig im Aufzug platziert wurde.

Wir hoffen, die Quote der Rückmeldungen damit erhöhen zu können.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.2.2 Tägliche Befragung der Patienten im Rahmen der Pflegevisite

Täglich während der Pflegevisite werden alle Patientinnen und Patienten zu der Zufriedenheit mit ihrem Spitalaufenthalt befragt. Als Möglichkeiten bestehen «sehr zufrieden», «nicht so zufrieden» und «gar nicht zufrieden» in drei farbigen Smileys. Wenn der Pat nicht vollständig zufrieden ist, wird er nach den Gründen befragt.

Ziel ist die zeitnahe Bearbeitung von Anliegen und Bedürfnissen noch während des Spitalaufenthaltes. Der Patient soll in seine Behandlung involviert werden. Ist er nicht zufrieden wird zeitnah ein Gespräch mit den Beteiligten zur Klärung der Erwartungen durchgeführt. So stellen wir sicher, eine bestmögliche, individuelle und bedürfnisorientierte Behandlung zu gewährleisten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.
Es werden alle stationären Patientinnen und Patienten befragt

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die tägliche Auswertung wird am Huddelboard gezeigt. Wir gehen vor allem auf mittlere und schlechte Smileys zeitnah ein und gehen dann im Einzelfall dem Grund der Unzufriedenheit nach. Je nach Situation beim Patienten, bei der Patientin oder bei den Angehörigen.

Die Massnahmen für die Verbesserung der jeweiligen Situation werden in der Patientenakte eingetragen. Eine erweiterte Auswertung findet nicht statt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Muri

Meine Meinung Anlaufstelle für

Patientenrückmeldungen

Andrea Heiermeier

Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement

056 675 11 00

meinemeinung@spital-muri.ch

Montag - Donnerstag 8.30-16.00 Uhr

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mecon MAB

Zufriedene und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die wichtigste Voraussetzung für eine hohe Qualität in der Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Patienten. Aus diesem Grund holen wir regelmässig die Zufriedenheit der Mitarbeiter ab, leiten von den Ergebnissen Handlungsfelder ab und ergreifen spezifische Massnahmen.

Themen der Befragung sind

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

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2024.

Es wurde im gesamten Spital befragt, ausgenommen Hausärzte aus der Hausarztpraxis.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	PEQ

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärztinnen und -ärzte und niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin 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 Zuweiserbefragung

Wir befragen regelmässig mindestens alle drei Jahre unsere Zuweiser und Partner mit dem Ziel, Wünsche und Bedürfnisse für die Themen Patientenbehandlung, Kommunikation und Zusammenarbeit zu erfahren, und unsere Leistungen danach auszurichten.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2024.

300 Zuweisende Ärzte wurden per Briefpost darum gebeten, einen elektronischen Fragebogen zu beantworten. Die Ergebnisse wurden mit allen Chefärzten besprochen und gemeinsam mit ihren Abteilungen haben diese spezifische Massnahmen ausgearbeitet.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell 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)	2017	2018	2019	2020
Spital Muri				
Verhältnis der Raten*	1.15	1.07	1.1	–
Anzahl auswertbare Austritte 2020:	–			

* 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 potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell 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/.

Ab dem BFS Datenjahr 2020 findet ein Methodenwechsel statt. Gemäss Entscheid ANQ werden die Daten der Einführungsphase nicht transparent publiziert. Dies gilt für den aktuellen Qualitätsbericht 2022 (BFS-Daten 2020). Im Jahr 2023 werden dann für das BFS-Datenjahr 2021 neu die «ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen» transparent ausgewiesen.

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 Patientinnen und 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 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2016 bis 31.12.2019

	Anzahl eingeschlossen Primär- Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres- Revisionsrate % (n/N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %	Adjustierte Revisionsrate %
	2016 - 2019	2016 - 2019	2014 - 2018	2016 - 2019
Spital Muri				
Primäre Hüfttotalprothesen	878	3.50%	3.80%	3.50%
Primäre Knieprothesen	566	6.30%	5.10%	6.10%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2022 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2016 bis Dezember 2019. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2021.

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

Im aktuellen SIRIS-Report wird die Revisionsrate der **Jahre 2016 bis 2019** innerhalb von 2 Jahren nach Erstimplantation dargestellt.

Das Spital Muri verzeichnete in den Jahren 2016 und 2017 eine auffällige Häufung von Prothesenrevisionen. Die Ursache für diese Häufung konnte nicht abschliessend ergründet werden. Wir vermuten, dass die Häufung mit dem Umbau zusammenhängt, welcher im gleichen Zeitraum stattgefunden hat.

Mit Hilfe eines umfangreichen, sofort umgesetzten Massnahmenpaketes konnten wir die Revisionsrate bzw. die postoperativen Wundinfektionen erfolgreich senken. Die Zahlen ab 2018 belegen die Wirksamkeit der Massnahmen, beeinflussen aber die vorliegende Auswertung noch wenig.

Unsere Operateure analysieren quartalsweise gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement regelmässig die Gründe für jeden einzelnen Revisionsfall, um die Qualität kontinuierlich zu verbessern.

Die neueren Zahlen entwickeln sich erfreulich und unsere Revisionsrate in den letzten drei Jahren liegt gleichauf oder besser als der Benchmark.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und 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 oder einer Rehospitalisation 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 Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (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 2021 – 30. September 2022

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. Dezember 2021 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitälern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. März 2022 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2021/2022	2021/2022	2018/2019	
Spital Muri						
Blinddarm-Entfernungen	101	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	13	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	28	0	11.70%	0.50%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Kaiserschnitt (Sectio)	170	3	0.90%	0.60%	0.70%	2.20% (0.00% - 4.40%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

- Appendektomie Kinder / Jugendliche < 16 Jahre:** Bei sehr niedriger Fallzahl von 13 Eingriffen im Erfassungszeitraum, liegt die Infektionsrate bei null und ist somit ein sehr gutes Ergebnis.
- Appendektomie gesamt:** Bei einer Fallzahl von 101 Eingriffen im Erfassungszeitraum, liegt die Infektionsrate bei null und ist somit ein sehr gutes Ergebnis.
- Colonchirurgie:** Bei geringer Fallzahl von 28 Eingriffen im Erfassungszeitraum, liegt die Infektionsrate von 0% und ist somit ein sehr gutes Ergebnis.
- Kaiserschnitte:** Bei 170 Kaiserschnitten sind 3 postoperative Wundinfektionen festgestellt worden. Hiermit liegen wir im schweizweiten Benchmark.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und 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.

Bemerkungen

Postoperative Wundinfektionen werden bereits seit Jahren über die Swissnoso erfasst. Das Spital Muri liegt oft unterhalb oder innerhalb des Benchmarks.

Um auch künftig die Zahlen strukturiert zu erfassen und mittels geeigneter Massnahmen niedrig zu halten, hat sich das Spital Muri entschieden, in 2023 das Interventionsmodul SSI Intervention der Swissnoso einzuführen.

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 Patientinnen und Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

		2018	2019	2022
Spital Muri				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze		2	1	5
In Prozent		2.20%	1.40%	6.00%
Residuum* (CI** = 95%)		-0.05 (-0.46 - 0.36)	-0.07 (-0.58 - 0.43)	-0.07 (-0.58 - 0.43)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	73	Anteil in Prozent (Antwortrate)		84.00%

* 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 liegen wir in diesem Jahr etwas höher als der Benchmark.

Jährlich finden umfangreiche Aktionen zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden im Spital statt.

In 2022 wurde eine umfassende Schulung für die Einschätzung von Sturzgefährdungen in der Pflegeanamnese durchgeführt. Schwerpunkt lag in der Analyse des Gangbildes und des Bewegungsmusters und davon abgeleitet einer gezielten Massnahmenplanung wie z.B. Gehtraining oder Stabilitäts- und Bewegungsübungen.

Ausserdem wurde ein "Raum des Horrors" eingerichtet, bei dem in diesem Jahr verschiedene Risiken (also auch zu Stürzen oder Dekubitus) gefunden werden mussten.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	- 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	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. - Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. - 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.

Ziel ist es, ursachenbezogene Massnahmen abzuleiten und geeignete Hilfsmittel zu identifizieren, welche Stürze oder zumindest deren Folgen minimieren können.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

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

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

In 2022 wurden 197 Stürze erfasst.

Hausintern werden die Daten seit 2022 quartalsweise ausgewertet und besprochen so dass eine zeitnahe Sensibilisierung aller Mitarbeitenden stattfinden kann.

Jeder Sturz wird individuell anhand des Sturzhergangs untersucht. Wenn Patient delirant oder sturzgefährdet ist (anhand Anamnese oder Eintrittsassessments), wird die Diagnose "Sturzgefahr" gestellt und prophylaktisch möglich zeitnahe Massnahmen abgeleitet und angewendet.

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

Folgende Massnahmen werden umgesetzt.

- **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).
- Bei den Betten kann nachts auch eine zusätzlich Beleuchtung fix eingeschaltet werden.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Zusätzlich zu den individuellen Massnahmen wird in 2023 Qumea eingeführt

QUMEA® ist das fortschrittlichste und umfassendste System zur Sturzprävention und Mobilitäts-Monitoring in Pflegeeinrichtungen. Mithilfe eines einzigartigen Sensors und einer intelligenten und dennoch einfach zu bedienenden Software überwacht QUMEA kontinuierlich die Aktivität und Mobilität jedes Patienten und ruft automatisch um Hilfe, je nach den individuellen Bedürfnissen des jeweiligen Patienten.

Wir hoffen, damit künftig noch besser auf die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten eingehen zu können.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) 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 Patientinnen und Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprevalenz) und ist keine Vollerhebung.

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte		2022	In Prozent
		2018	2019		
Spital Muri					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	1	2	2.40%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.03 (-0.03 - 0.28)	0.03 (-0.72 - 0.77)	0.03 (-0.72 - 0.77)	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	73	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		84.00%	

* 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

Die Prävalenz von Dekubiti im Spital wird an einem Stichtag im November schweizweit erfasst. Die Auswertung erfolgt im Frühjahr des Folgejahres.

Um zeitnah Auffälligkeiten wie Häufungen oder ähnliche Umstände entdecken und antizipieren zu können, wurde im Spital Muri ein Dekubitusprotokoll eingeführt, welches nach zeitnah durch die Pflegeexperten zusammen mit den Pflegenden der entsprechenden Station angesehen und analysiert wird, siehe nächstes Kapitel.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	- 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	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. - Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Inhouse Erhebung Dekubitusrate

Erfassung aller erkannten Dekubiti, Einteilung nach Schweregrad / inhouse oder extern entstanden

Diese Messung haben wir im Monat Dezember durchgeführt.
im gesamten Spital, alle stationären Patienten

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Um zeitnah Auffälligkeiten wie Häufungen oder ähnliche Umstände entdecken und antizipieren zu können, wurde im Spital Muri ein Dekubitusprotokoll eingeführt, welches durch die Pflegeexperten zusammen mit den Pflegenden der entsprechenden Station angesehen und analysiert wird.

Das Dokument ist aktuell ein «Vorschlag» und wird im Verlauf dann an unser Haus angepasst, aktualisiert und ergänzt (UpDates sind voraussichtlich auf Ende Januar / Ende April 2023 geplant)

Leider ist aktuell noch kein Benchmark möglich, eine Anfrage zum Vergleich läuft aber

Als erste Erkenntnis konnte festgestellt werden, dass die Mitarbeitenden sehr sensibel sind – teils wurden auch andere Rötungen als Dekubitus deklariert. Hier findet nun durch kontinuierliche Analyse und gemeinsame Begutachtung eine gleichartige Einschätzung geübt und sichergestellt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Bemerkungen

Auch die Methode muss noch spezifiziert werden. Ziel ist eine strukturierte Erfassung von Dekubiti und eine darauf folgende Ableitung / Verbesserung von individuellen aber auch generalisierten präventiven Massnahmen.

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 2022 durchgeführt.
Diese Erfassung wurde auf allen Pflegestationen umgesetzt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Auswertung liegt nur als Handstatistik vor.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung strukturiertes Prozessmanagement

Projektart

Prozessmanagement ist eine neue Arbeitsstruktur welche in alle Bereiche im Spital eingeführt werden soll.

Projektziel

Professionelles Prozessmanagement sorgt für ein Höchstmass an Behandlungssicherheit und einen komfortablen und gleichzeitig effizienten Behandlungspfad.

Projektablauf / Methodik

- Einführen der neuen Rolle Prozessverantwortliche Person
- Einführung definierter Aufgaben Kompetenzen und Verantwortungen
- Einführung von definierten Kommunikationsstrukturen
- Prozessmanagerin zuständig für Coaching und Begleitung
- Schrittweise Einführung von definierten IST Prozessen
- Definition von Prozesskennzahlen
- Einführung spitalweiter, gleichartiger KVP
- Evaluation und Weiterentwicklung mit Hilfe von Prozessaudits

Involvierte Berufsgruppen

- Prozessmanagerin
- Umsetzung definierter Kernprozesse in allen Fachabteilungen
- Ab 2023 ausrollen auf Führungs- und unterstützende Prozesse

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

- Change braucht seine Zeit und ein gewisses Mass an Beharrlichkeit
- Einführung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten muss bis in die höchsten Führungsebenen akzeptiert werden

18.1.2 Überarbeitung Qualitätskonzept

Projektart

klassisches Projekt

Projektziel

Überarbeitung des Qualitätskonzeptes, welches Strukturen und Prozesse für die kontinuierliche Entwicklung der Qualität im Spital Muri festlegt und die Umsetzung und Evaluation sicherstellt. Innerhalb des Qualitätskonzeptes sind die Qualitätsvision und die Qualitätsziele definiert und Handlungspakte abgeleitet worden, welche die Qualitätsvision des Spitals mit den Erwartungen der Anspruchsgruppen verbinden. Die Anspruchsgruppen sollen in die Realisierung eingebunden werden, um einen nachhaltigen Nutzen zu schaffen.

Projektablauf / Methodik

Arbeit in Handlungspaketen

- Klären von Erwartungen
- Ableiten von Schwerpunkten
- Definition von Zielen
- Ableiten von Massnahmen
- Klären von Verantwortlichkeiten
- Planung Evaluation - Methode und Frequenz

Involvierte Berufsgruppen

Stufenweite Integration der Beteiligten an den jeweiligen definierten Handlungspaketen

Projektelevaluation / Konsequenzen

Quartalsweise Review und Kommunikation an die Spitalleitung, halbjährlich an den Stiftungsrat

18.1.3 Vereinheitlichung KVP

Projektart

Im Spital soll einheitlich der kontinuierliche Verbesserungsprozess umgesetzt werden

Projektziel

Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Prozesse, aber auch aller weiteren Arbeitsaufgaben soll unter Integration der Mitarbeitenden stattfinden.

Projektablauf / Methodik

Die Projektmanagerin strukturiert die KVP Boards zusammen mit den Abteilungen nach den Schritten des PDCA Zyklus, und begleitet die Einführung, unterstützt bei Schulungen, verfolgt in regelmässigen Abständen die Umsetzung. Zudem gibt sie Inputs bei auftretenden Fragestellungen.

Involvierte Berufsgruppen

Prozessmanagerin und alle Bereiche der Kernprozesse

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

- Change braucht seine Zeit und ein gewisses Mass an Beharrlichkeit
- Eine einheitliche Struktur unterstützt bei der Einführung, jedoch braucht es auch die individuelle Weiterentwicklung, damit das Instrument als «das eigene» erkannt und als Untertützung im Alltag gesehen wird

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

18.2.1 Vorbereitung Inspektion Blutlager

Projektart

Vorbereitung potenzielle Inspektion Blutlager

Projektziel

Prozesse und Abläufe mit den Vorgaben abgleichen und ggf. vorhandenen Lücken erkennen

Projektablauf / Methodik

Arbeitsgruppe

Involvierte Berufsgruppen

QM, Labor, Hämovigilanz Verantwortliche Person, Transfusionsgremium

Projektevaluation / Konsequenzen

- Aktualisierung von Vorgabe-Dokumenten im DoBi
- Erstellen eines Massnahmenplanes, schrittweise Umsetzung
- Inspektion mit wenigen Auflagen bestanden

18.2.2 Neuer Bereich Klinischer Betrieb im Aufbau

Projektart

Organisationsentwicklung, kein Projekt

Projektziel

Aufbau des neuen Bereiches Klinischer Betrieb KLIB

Zusammenführen der Abteilungen und Prozesse unter Integration der beteiligte Mitarbeitenden

Projektablauf / Methodik

Einstellung neue Bereichsleitung KLIB

Kennenlernen der Abteilungen

Neue Struktur planen

Neue Führungsstrukturen festlegen

Schulung, Information, Begleitung

Umsetzen

Feedback Mitarbeitende erfragen

Involvierte Berufsgruppen

Sekretariat Chirurgie, Medizin, Gynäkologie, Urologie, Dispositionen, Scanning, Anästhesiepflege, OP Pflege, Aufwachraum, Lagerungspflege, Schmerzdienst, AEMP, Case Management, Patientenaufnahme / -empfang, Biomedizinische Analytik, Physio- und Ergotherapie, Ernährungs- und Diabetesberatung

Projektevaluation / Konsequenzen

Direkt in die Spitalleitung

18.2.3 Einführung Planforge Projektmanagement Tool

Ziel

Um die vielfältigen Projekte des Spitals Muri zu verwalten wurde das neue Projektportfoliomanagement Tool «Planforge» evaluiert. Das System soll es Projektleitern und Projektmitarbeitern ermöglichen, Projekte, von verschiedener Grösse und Komplexität, durch die verschiedenen Phasen (Idee, Initialisierung, Konzeption, Umsetzung, Abschluss/ Betrieb) zu verwalten.

Das Tool ermöglicht es ausserdem, dass die Spitalleitung die aktuelle Lage von Projekten (oder Massnahmen) und Projektgruppen (z.b. Aktionsportfolios, Programme) verstehen kann, und somit über das weitere Vorgehen dieser Projekte und Projektgruppen entscheiden kann

Vorgehen

- Kick off
- Initialisierung
- Print 1: Präsentation Longlist, Freigabe Shortlist
- Sprint 2: Freigabe Projektauftrag
- Phase Konzeption
- Freigabe Umsetzungsantrag
- Umsetzung und Einführung
- Abschluss

Involvierte Berufsgruppen

- Verwaltung
- IT
- Betrieb & Infrastruktur
- Pflegedienst

Projektelevaluation / Konsequenzen

Projektmanagement-Tool ist eingeführt (Abschluss 2022) und im Einsatz.

Erkenntnis

- KnowHow Projektmanagement muss ausgebaut werden – Maturitätsgrad ist noch zu wenig ausgeprägt
- Bildung von Portfolios und Verantwortungen müssen ausgebaut werden,
- Hermes-Schulungen geplant
- Bildung eines PMO (Projektmanagement Office) geplant

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 SGI Rezertifizierung IPS in 2022

In 2022 wurde unsere SGI Zertifizierte Intensivstation turnusgemäss durch Experten der SGI auditiert.

Zur Vorbereitung müssen umfangreiche Dokumente und Nachweise eingereicht werden, z.B. die Belegungsdaten von Patienten im Rahmen des MDSI Datensatzes, die Qualifikation der Leitungspersonen, räumliche und personelle Ausstattung, Organisationsreglement, Patientenprozesse etc.

Zudem wurden die gültigen Arbeitsanweisungen, Checklisten und interne Abläufe überprüft und ggf. die Dokumentation aktualisiert. Die Vorbereitungen sind im Herbst 2021 gestartet, die Überprüfung fand im März 2022 statt.

Wir sind ohne Auflagen rezertifiziert worden, was uns sehr gefreut hat.

18.3.2 IVR Rezertifizierung Rettungsdienst 2022

Projektart

Arbeitsauftrag

Projektziel

Rezertifizierung Rettungsdienst zur Erfüllung der kantonalen Auflagen

Projektablauf

- Überprüfung der Vorgaben auf Änderungen
- Aktualisierung Dokumentation in DoBi falls erforderlich
- Heraufladen der erforderlichen Dokumente auf die Datenbank des IVR (Interessenverband für Rettungswesen)
- externes Audit durch Experten des IVR

Involvierte Berufsgruppen

- alle Mitarbeitenden des Rettungsdienst
- ärztliche Leitung des Rettungsdienstes
- QM Spital

Projektelevaluation / Erkenntnisse

Der strukturierte Nachweis von Qualitätsverbesserungen basierend dem PDCA Zyklus sind auch im Rettungsdienst mittlerweile extrem wichtig geworden und werden regelmässig innerhalb der Audits überprüft.

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.

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 den Alltag strukturiert, professionell und vor allem gemeinsam zu bewältigen.

Im vergangenen Jahr haben wir uns neu aufgestellt, um den Herausforderungen in der Zukunft mit strukturellem und auch personellem Know-how begegnen zu können. Durch den Einsatz von Methoden wie z.B. dem Prozessmanagement und dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess können wir die Bedürfnisse der Patienten, Angehörigen aber auch der Mitarbeitenden besser erfassen und die Arbeitsschritte effizient und optimal aufeinander abstimmen, ein wichtiger Schritt, um die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit zu erhalten.

Die Ergebnisse der Behandlung und die Zufriedenheit damit wird regelmässig auf verschiedenen Ebenen evaluiert und bei der Weiterentwicklung mittels geeigneter 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 Schwerpunkt '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 $\geq 2000\text{g}$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage 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.