



Akutsomatik

Kreisspital für das Freiamt
Spitalstrasse 144
5630 Muri

Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

Impressum

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_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

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**.

Bezeichnungen

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

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung.....	1
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	3
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren.....	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	4
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
C1	Angebotsübersicht	5
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	7
D	Zufriedenheitsmessungen	8
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	8
D2	Angehörigenzufriedenheit	9
D3	Mitarbeiterzufriedenheit	9
D4	Zuweiserzufriedenheit.....	9
E	ANQ-Indikatoren.....	11
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik.....	11
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	12
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	12
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	13
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	14
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	16
F1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO).....	18
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	18
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	20
F5	Weiteres Messthema	21
F6	Weiteres Messthema	22
G	Registerübersicht	23
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	24
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards.....	24
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	24
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	26
I	Schlusswort.....	27

In diesem Jahr duften unsere über 500 motivierten Mitarbeitenden im Kreisspital Muri, 37`144 Patienten und Patientinnen betreuen.

Dies entspricht einer Steigerung von 288 stationären Patienten/ Patientinnen im Vergleich zum Vorjahr. In der Versorgung ambulanter Patienten/ Patientinnen zeigt sich ein Zuwachs von 5`235 Personen, welche das Kreisspital Muri gewählt haben.

Mit der Eröffnung der hausärztlichen Notfallpraxis am 01. April 2012 ist nun eine effiziente Triage gewährleistet. Kleinere Versorgungsnotfälle werden durch die Hausärzte der Notfallpraxis behandelt. Die Wartezeiten konnte verringert werden, was die Patienten und Patientinnen freut und den Notfall entlastet.

Qualität ist und bleibt ein sehr wichtiger Bestandteil unserer Firmenkultur. Es ist uns ein Anliegen stetig, transparent und aktiv an der Qualität unseres Hauses zu arbeiten. Durch den Vergleich mit anderen Akutspitalern lernen wir voneinander.

Wir freuen uns Ihnen über unsere Resultate und Projekte im Bereich Qualität zu berichten und bedanken uns für ihr Interesse.

Ruth Engeler
Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Professionelle Behandlung und Betreuung mit Aussicht

Wir orientieren uns an den Empfehlungen auf nationaler (ANQ= nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken), wie auch auf kantonaler Ebene (DGS= Departement für Gesundheit und Soziales).

Mit dem „Ja“ zum nationalen Qualitätsvertrag, haben wir uns verpflichtet an den vorgegebenen Messungen teilzunehmen. Es ist uns ein Anliegen, mit den Ergebnissen der Messungen zu arbeiten umso die Qualität kontinuierlich zu steigern.

Die Patientensicherheit und die Patientenzufriedenheit sind oberstes Gebot unserer täglichen Arbeit. Qualität ist für uns die bestmögliche Nutzung aller im Spital vorhandenen Synergien, die den Patienten, die Patientin in den Mittelpunkt stellen unter der Berücksichtigung der Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. (Auszug aus dem internen Qualitätskonzept)

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

Das Ziel von 2011- Kommunikation- wollten wir auch im folgenden Jahr weiterverfolgen. Ein sehr wichtiger Aspekt der Kommunikation ist die gegenseitige Wertschätzung. Davon abgeleitet, wurde Wertschätzung im Umgang miteinander als Ziel für das Jahr 2012 erklärt.

Es hat der gesamten Belegschaft die Möglichkeit gegeben, durch Kennenlernen von anderen Bereichen, mehr Verständnis füreinander aufzubringen, die Arbeit der anderen Dienste kennen und schätzen zu lernen.

Der Qualitätsvertrag wurde im Jahr 2012 erstmals komplett umgesetzt. Dies beinhaltet, neben den vorgegebenen Messungen, auch einen regelmässigen Benchmark mit den anderen Spitälern.

Intern werden die Messresultate ausgewertet und im Qualitätszirkel behandelt. Bei Bedarf wird ein Massnahmenpaket festgelegt und umgesetzt. Da der grosse Teil der Messungen sich im 2013 wiederholt, wird es uns möglich sein, unsere Massnahmen im Rahmen des PDCA- Zyklus (Plan- Do- Check- Act), auf ihre Effektivität zu prüfen.

Im Juli wurde die Spitalhygiene durch eine Hygienefachperson verstärkt. Die ersten Schulungen im Bereich Händehygiene wurden durchgeführt. Bereits umgesetzt wurden das überarbeitete Hygienekonzept der Operationsabteilung und das überarbeitete Entsorgungskonzept.

Zudem wurde die Prävalenzmessung zum Thema nosokomiale Infekte durchgeführt. (nosokomial= im Spital erworben)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

Wertschätzung

Es wurden interdisziplinäre Praktika angeboten. So erhielt jeder Mitarbeitende die Möglichkeit Einblick in andere Bereiche zu erhalten. Das Verständnis füreinander wurde gefördert. Es bot sich die Chance auch andere Bereiche, mit welchen man nicht direkt zusammenarbeitet, besser kennen zu lernen. Die Wertschätzung der Spitalleitung wurde der Belegschaft unter dem Jahr immer wieder mit kleinen Aufmerksamkeiten zu Teil.

Qualitätskonzept

Nach wie vor ist der Qualitätszirkel als interprofessionelles und interdisziplinäres Gremium das zentrale Organ der internen Qualitätsarbeit. Der regelmässige Austausch hat sich bewährt. Der Qualitätszirkel arbeitet aktiv an der Anpassung des Qualitätskonzeptes und kann so potentielle Probleme zeitnah behandeln.

Chefarztvisite- „runder Tisch“

Aus dem Jahresziel 2011- Kommunikation ergab sich die Idee des runden Tisches. Ziel ist, dass sich die diversen, involvierten Dienste

im Haus (z. Bsp. Sozialdienst, Physiotherapie etc.) gemeinsam mit den zuständigen Ärzten an einen Tisch setzen. Dies dient als Schnittstellenklärung und ermöglicht uns den Patienten, die Patientin als Ganzes zu erfassen.

Es entsteht ein Behandlungskonzept, bei welchem alle involvierten Dienste dieselben Informationen erhalten und somit gemeinsam für das Wohl des Patienten planen.

Dieses Konzept wurde erstmals 2012 umgesetzt. Es läuft erfolgreich und wird gleichermassen von Mitarbeitenden und Patienten, Patientinnen geschätzt.

Infektüberwachung

2012 haben wir mit der Infektsurveillance begonnen. Diese wird nun jährlich, im Rahmen einer Prävalenzmessung, durch die Spitalhygiene durchgeführt.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die kontinuierliche Arbeit und der Ausbau des internen Qualitätskonzeptes spielt eine zentrale Rolle. Schwerpunkt der Entwicklung wird weiterhin das Umsetzen und Kultivieren des internen Qualitätskonzeptes sein.

Dies geschieht durch Anpassung, Transparenz und Kommunikation der Inhalte. Steuerndes Organ ist der Qualitätszirkel.

Auch unser internes Qualitätsziel ist wichtiger Bestandteil der Qualitätsarbeit und begleitet uns durch das ganze Jahr. Im Jahr 2013 wird das Thema „Patientensicherheit“ gross geschrieben. Alle Mitarbeitenden sind aufgefordert sich aktiv mit einem überprüfbaren Ziel zu beteiligen.

Konkret werden wir uns nächstes Jahr auf diversen Ebenen mit dem Thema Steigerung der Patientensicherheit beschäftigen.

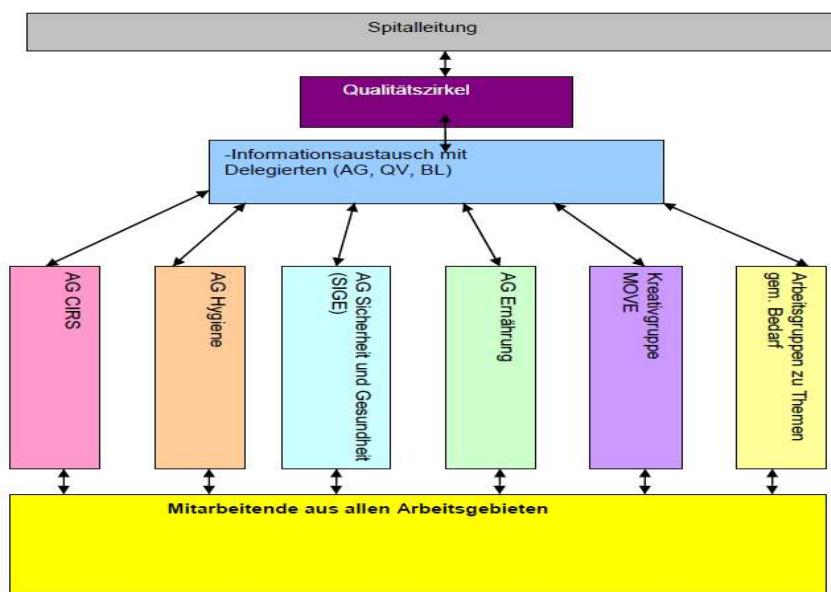
Sei das durch Prüfung neuer Systeme, die Definition von Prozessen oder die Implementierung von Hilfsmitteln zur Steigerung der Sicherheit für den Patienten.

Im ersten Jahr, der Umsetzung des kompletten Qualitätsvertrages, gab es noch einige Stolpersteine seitens der Messorganisation. Publikations- wie auch Anwendungskonzepte wurden z. T. erst nach den Messungen konkretisiert, bzw. überarbeitet. Dies machte den zeitnahen Umgang mit den Daten und die Interpretation der Resultate teilweise schwierig.

Doch wir alle konnten Erfahrungen sammeln und daraus lernen. Wir hoffen, dass es im nächsten Jahr besser klappt.

Die Arbeit im kantonalen Qualitätsausschuss ist sehr lehrreich und produktiv. Der offene Austausch untereinander fördert Ideen und motiviert uns Wege zu finden immer besser zu werden.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	90	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Beng Marco	056/ 675 11 77	marco.beng@spital-muri.ch	Spitaldirektor (CEO)
Engeler Ruth	056/ 675 12 30	ruth.engeler@spital-muri.ch	Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung
Müller Janine	056/ 675 15 99	janine.mueller@spital-muri.ch	Qualitätskoordinatorin
Corinne Schumacher Thekla Winiger	056/ 675 12 02	ombudstelle@spital-muri.ch	Ombudstelle

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Kreisspital für das Freiamt, Muri → Kapitel „Leistungen“.

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Chirurgie	Muri	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Muri	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	Muri	
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Muri	
Handchirurgie	Muri	Belegarzt: Dr. med. Ch. Hort, Facharzt für Handchirurgie, 5405 Dättwil
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	Muri	Konsiliararzt: Dr. med. P. Amantea, Facharzt für Angiologie, 5610 Wohlen
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Muri	Interne Diabetesberatung und Programme
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Muri	
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	Muri	Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Aarau
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Muri	Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Aarau, Dr. med. C. Fuchs, Facharzt für Infektionskrankheiten
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)	Muri	
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Muri	Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Aarau, Konsiliar- und Belegarzt: Dr. med. A. Schreiber, Oberarzt

☒ Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>	Muri	Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Baden, Dialysestation und Sprechstunden: Dr. med. R. Pfannmutter, Fachärztin für Nephrologie
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	Muri	
☒ Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	Muri	Konsiliararzt: Dr. med. G. Rüttimann, 5610 Wohlen, Facharzt für Pneumologie
Intensivmedizin	Muri	
Kinderchirurgie	Muri	Im Bereich der HNO und Teilbereiche der allgemeinen Chirurgie
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	Muri	Belegarzt: Dr. med. B. Haab, 5610 Wohlen, Facharzt für Augenheilkunde
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	Muri	Kaderärzte mit Fachgebiet Orthopädie und Traumatologie Belegärzte: Dr. med. H. Burki, 5610 Wohlen, Facharzt Orthopädie Dr. med. J. Chávez, 5610 Wohlen, Facharzt Orthopädie
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	Muri	Belegarzt: Dr. med. R. Hasler, 5610 Wohlen, Facharzt für Hals- Nasen- Ohrenkrankheiten
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	Muri	Belegärzte: Dr. med. P. Trost, 5630 Muri, Facharzt für Kinder und Jugendliche Dr. med. M. Roos, 5610 Wohlen, Facharzt für Kinder und Jugendliche
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)</i>	Muri	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Muri	Belegarzt Dr. med. Ch. Hort, 5405 Dättwil, Facharzt für plastische und rekonstruktive Chirurgie
Psychiatrie und Psychotherapie	Muri	Konsiliararzt, externer psychiatrischer Dienst Dr. med. F. Marohn, 5610 Wohlen, Facharzt für Psychiatrie
Radiologie <i>(Röntgen und andere bildgebende Verfahren)</i>	Muri	
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	Muri	Zusammenarbeit mit Kantonsspital Aarau Belegarzt: Dr. med. St. Bauer, 5001 Aarau, Facharzt für Urologie

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Muri	
Ernährungsberatung	Muri	
Physiotherapie	Muri	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	29`729	24`494	
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener	2	3	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	7`415	7`127	
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	585	571	
Geleistete Pflage tage	33`622	39`959	Inkl. Säuglinge
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	118	116	Exkl. Säuglinge
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	4.5	5.6	
Durchschnittliche Bettenbelegung	72.64	87.14	



Zufriedenheitsmessungen

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

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.		
☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. Die interne Messung läuft ganzjährig für alle Patienten		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung	Der Patienten- Fragebogen ist ein Instrument für die interne Qualitätskontrolle.	
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒	Eigenes, internes Instrument	Der Patientenzufriedenheits- Fragebogen bezieht sich auf die Themen Spitaleintritt Hotellerie Besuchszeiten Behandlung, Pflege, Dienstleistung Information Gesamturteil Abschnitt für handschriftliches Feedback	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☒	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
Bezeichnung der Stelle	Ombudsstelle
Name der Ansprechperson	Corinne Schumacher und Thekla Winiger
Funktion	Ombudsstelle
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Montag- Donnerstag von 09.00 - 11.00 Uhr
Bemerkungen	Die Patientenzufriedenheit wird intern kontinuierlich mit einem KSM/ ASA- Fragebogen ermittelt. Rückmeldungen werden zeitnah besprochen und wenn nötig werden Massnahmen eingeleitet. Ebenfalls findet ein Kurzgespräch mit der zuständigen Stationsleitung und dem Patienten während der Hospitalisation statt.

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Evaluation Patienten-zufriedenheits-Fragebogen	Optimierung des internen Bogens zum Thema Pat.-Zufriedenheit	Qualitätsmanagement	Jahr 2012/ 2013

D2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
☒	Nein, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht.
Begründung	Teilaspekte der Angehörigenzufriedenheit wurden in der Austrittsmanagement-Messung 2012 erhoben. Auch in der ausführlichen Patientenzufriedenheitsmessung 2013 wird die Zufriedenheit der Angehörigen berücksichtigt.

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
☒	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung	Wir pflegen einen regelmässigen, persönlichen Kontakt mit unseren Zuweisern. Die Zufriedenheit der Nachsorger, welche sehr oft auch Zuweiser sind, wurde im Rahmen der Austrittsmanagement- Messung 2012 bedingt erhoben.	
☐	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Bereich Gynäkologie
Messergebnisse der letzten Befragung			
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung	Aktualität der Daten (2010)	



ANQ-Indikatoren

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

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

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

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	☒	☐	☐
SIRIS Implantat-Register	☒	☐	☐
Bemerkung			
Zusätzlich haben wir das Modul freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches auf freiwilliger Basis von LPZ angeboten wurde, gemessen.			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®¹ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:		
☒ Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
Informationen für das Fachpublikum		
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ²	
Informationen für das Fachpublikum: 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.
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		
Bemerkung		

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:		
☒ Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		

¹ SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

² Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

Informationen für das Fachpublikum		
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ³	
Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		--
Bemerkung		--

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

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

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:				Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁴ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☒ Gallenblase-Entfernungen	104	0	0 % (n. berechnet)	3.08% (0.3- 4.8 %)
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen		Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.		
☐ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen				
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Momentan keine Massnahmenplanung, mit einer Infektrate von 0%				

³ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

⁴ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	SwissNOSO

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern. Verstorbene Patienten
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		104
Bemerkung		--

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Erhalten der guten Qualität durch kontinuierliche Schulungen der Hygiene, Verbandswesen, chir. Weiterbildungen, usw.	Erhalten der Qualität	Chirurgie	das ganze Jahr

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁵ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), - ≥ 18 Jahre. (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt - Säuglinge der Wochenbettstation - Pädiatriestationen - Notfallbereich, Tageskliniken - ambulanter Bereich, Aufwachraum	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		73	Anteil in Prozent (Antwortrate) 68%
Bemerkung		--	

⁵ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.
 Qualitätsbericht 2012
 Kreisspital für das Freiamt

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Stationären Bereich

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁶
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.			
1 Sturz	In Prozent	1.4%	2011→ 3 Stürze (5.6%) innerhalb des Aufenthalts

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Internes Sturzprotokoll	Eruieren von Risikofaktoren zur Verringerung der nosokomialen Sturzereignisse	Pflegedienst	kontinuierlich Protokoll nach jedem Sturz der sich während des Spitalaufenthaltes ereignet

Dekubitus (Wundliegen)

Ein 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. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Stationären Bereich

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		2012	Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4		4	2.92%
	ohne Kategorie 1		0	
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1		3	2.19%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		0	
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1		1	0.73%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		0	

⁶ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.
Qualitätsbericht 2012
Kreisspital für das Freiamt

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Die Einschätzung von Dekubiti, vor allem Grad I, ist sehr schwierig und kann variieren, was die Messergebnisse beeinflussen kann. Drei noskomiale Dekubiti Grad I = 2.19%.

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Überprüfung der bestehenden Massnahmen zur Minimierung eines Antidekubitusrisikos durch Vergleich der Massnahmen mit den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen	Verringerung von Risikofaktoren für die Entstehung von Dekubiti im Spital	Pflegedienst Arbeitsgruppe Pflege	Frühjahr 2013

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

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

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.07	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.96	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.95	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.11	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.50	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen		
Wird jährlich im Auftrag von ANQ durchgeführt		

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut ☒ hcri AG ☐ MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut ☒ hcri AG ☐ MECON measure & consult GmbH ☐ ESOPE ☐ NPO PLUS ☐ Stevemarco sagl ☐ QM Riedo

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		511	
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten		230	Rücklauf in Prozent 44.32%

F1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	Nosokomial erworbene Infektionen (SNIP= Surveillance nosocomial Infection Prävalence) (im Spital erworbene Infekte)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Stationärer Bereich

Messergebnisse	
Infektionen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
7 nosokomial erworbene Infekte (= 8%)	Es handelt sich um eine eintägige Prävalenzmessung. Das Ergebnis muss als Trend, Richtwert gesehen werden. Konkrete Aussage und Planung von Massnahmen erst nach weiteren SNIP- Erhebungen möglich. Die Messung wird ab 2012 jährlich durchgeführt.
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	Universitätsspital Basel (swisshandhygiene- campagne)	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, Wochenbettstation) - ≥ 18 Jahre. Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt - Säuglinge der Wochenbettstation - Pädiatriestationen Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		88	Anteil in Prozent 100 %

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Regelmässige, individuelle Schulung der Bereiche in Standardhygiene	Umsetzen und automatisieren von Abläufen	In allen Bereichen	Das ganze Jahr

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Art, Weise und Risikofaktoren der Stürze welche sich während des Spitalaufenthaltes ereignen.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Stationären Bereich

Messergebnisse	
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	Es handelt sich um ein hausinternes Messinstrument. Interne Qualitätskontrolle.

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments: Sturzerfassungsbogen

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten die während eines Aufenthaltes bei uns stürzen	
	Ausschlusskriterien	--	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung		--	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Evaluation und Umsetzung der bestehenden Massnahmen zur Reduktion von nosokomialen Stürzen	Verringerung von Stürzen während des Spitalaufenthaltes	Wird im Pflegedienst (Leitungen) besprochen, Massnahmenplanung mit der Arbeitsgruppe Pflege bei Bedarf	kontinuierlich

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Stationärer Bereich

Messergebnisse	
Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FBM)	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Einsatz von FBM 2011 bei rund 5 Patienten	Die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen wurde, im Vergleich zum Vorjahr, reduziert.
<u>Einsatz von FBM 2012</u> bei rund 3 Patienten	Bei der Analyse der einzelnen Fälle, stellte sich heraus, dass alle Patienten, Patientinnen, bei welchen eine FBM eingesetzt wurde, dies ausschliesslich zur Sicherheit der Patienten geschah. Gefahr einer Selbstverletzung. Da die Erhebung dieses Moduls freiwillig war, ist ein Benchmark nicht möglich.

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und LPZ, Universität Maastricht

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), - ≥ 18 Jahre (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	- Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen - Notfallbereich, Tageskliniken, ambulanter Bereich, Aufwachraum	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		73	Anteil in Prozent 68%
Bemerkung		--	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Evaluation der Indikationen für freiheitsbeschränkende Massnahmen (FBM)	Wissen wann FBM indiziert ist und kennen von möglichen Alternativen	Pflegedienst	Frühjahr 2013
Schulung zur korrekten Wahl und Anwendung von FBM	Wissen um die Bedeutung von FBM für den Patienten und die Patientin und die korrekte Anwendung	Pflegedienst	Hilfsmittelschulung bei Neueintritt

F5 Weiteres Messthema

Messthema	Patientenzufriedenheit in der ambulanten Physiotherapie
Was wird gemessen?	Zufriedenheit der Patienten

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?

☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Ambulante Patienten/ Patientinnen der Physiotherapie

Messergebnisse

	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Administration → 3.7 Infrastruktur → 2.8 Fachkompetenz → 3.8 Ergebnis → 3.5 Skalierung von 1-4 1 schlecht 2 mässig 3 gut 4 sehr gut	Wir sind zufrieden mit diesen Resultaten nun geht es darum diese gute Behandlungs- und Betreuungsqualität beizubehalten, bestenfalls zu steigern. Bei den Faktoren, welche aus unserer Sicht eine gute Behandlung ausmachen, liegen wir bei 3.8. So z. Bsp. Freundlichkeit, telefonische Erreichbarkeit, Berücksichtigung von Bedürfnissen, Kompetenz der Therapeuten und bei der Weiterempfehlung unserer Physiotherapieabteilung. Dem tiefsten Wert- Infrastruktur, konnte unterdessen mit der Schaffung weiterer Parkplätze Rechnung getragen werden. Die Erreichbarkeit mit den öffentlichen Verkehrsmitteln haben wir nur bedingt Einfluss. Auch die Garderoben und Duschen, sind momentan ein unveränderbarer Faktor. (die drei tiefsten Mittelwerte der Messung)
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012

☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Fragebogen Patientenzufriedenheit
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Basisfragebogen vom Verband der Physiotherapeuten

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Ambulante Patienten und Patientinnen Therapieabschluss zwischen dem 08.01.2012- 30. 06. 2012 > 18 Jahren		
	Ausschlusskriterien	Demenz		
Anzahl abgegebener Fragebogen	109			
Anzahl beantworteter Fragebogen	70			
Rücklaufquote	64.2%			
Bemerkung	Die Fragebogen wurden während 6 Monaten (08.01. - 30.6.2012) allen Patienten welche einen Therapieabschluss hatten, sowie auch Langzeitpatienten/-patientinnen abgegeben			

F6 Weiteres Messthema

Messthema	Austrittsmanagement
Was wird gemessen?	Die Zufriedenheit der Patienten/ Patientinnen und der nachbetreuenden Institutionen

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Stationären Bereich

Messergebnisse	
Austrittsmanagement	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Die Messung beinhaltet Information, Organisation, Abgabe von Notwendigem, Zusammenarbeit mit Angehörigen und nachbetreuenden Institutionen, Kommunikation mit Angehörigen, Nachbetreuer und Patienten	Über die Hälfte der Verbesserungsvorschläge/ Wünsche, der nachbetreuenden Institutionen sind im Bereich Informationsfluss, Informationszeitpunkt vermerkt worden. Die Patienten/ Patientinnen waren mit dem Austrittsprocedure in unserem Haus zufrieden.
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	hcrl AG

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle stationären Patienten/ Patientinnen >18 Jahren Austrittsdatum vom 16.04.- 15.06. 2012	
	Ausschlusskriterien	Ambulante Patienten/ Patientinnen Verstorbene Patienten Patienten/ Patientinnen welche in ein Kurhaus oder in ein anderes Spital wechselten	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	368	Anteil in Prozent	40.8 %
Anzahl tatsächlich untersuchter Nachsorger	232	=	32.4%
Bemerkung	Bemängelt wurde das Berichtswesen (Fax, eMail, Brief → je nach Nachbetreuer andere Wunsch der Berichterstattung)		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Zeitnahe Information an den Hausarzt durch einen Fax	Der Hausarzt des Patienten wird bei einem Notfalleintritt über dessen Aufenthalt und Grund der Hospitalisation zeitnah informiert	Chirurgie, Medizin	ab September 2012

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.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?

☒ Ja, unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.

Registerübersicht

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Acute Myocardial Infarction in Switzerland - AMIS Plus	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	Ab 2006	
Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - AQC	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	vor 2006	
Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken - ASF	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	vor 2000	
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit jeher	verpflichtend, Bundesgesetz
Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI - MDSi	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	ab 2014	
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	seit 2006	
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	seit 2012	
Swiss Breast Center Database - SBCDB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch	vor 2009	
Haemovigilance	Medizin	Swissmedic	vor 2009	
IBD- Kohortenstudie	Gastroenterologie	SMCCV	2012	



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
IVR	Rettungsdienst	2009	geplant 2014	

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
CIRS (anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse)	Gefahren frühzeitig erkennen und schnell reagieren.	Alle	Kontinuierliche Erfassung Ab 2013 elektronisch
Beschwerdemanagement/ Ombudsstelle	Patienten und/oder Angehörige haben die Möglichkeit, die Erfahrungen bei der Ombudsstelle anzubringen. Wenn gewünscht, stellt die Ombudsstelle einen persönlichen Kontakt zwischen Betroffenen und Verursacher der Beschwerde her.	Alle	Seit Januar 2009 kontinuierlich
Gerätewartung	Alle Geräte entsprechen den Richtlinien der Genauigkeit und Hygiene. Ihre Funktionen werden intern und extern regelmässig überprüft.	Alle	kontinuierlich, gemäss Gerätehinweisen
Dolmetscherdienst	Minimierung von Sprachproblemen	Alle	ganzjähriges Angebot
Arbeitssicherheit und Brandschutz	Alle Mitarbeitenden werden im Bereich der Arbeitssicherheit / Brandschutz geschult. Es finden regelmässige Refresher- Schulungen statt mit praktischen Übungen.	Alle	Monatlich für neueintretende MA, periodische Refresherkurse

Arbeitssicherheit und Brandschutz	Alle Mitarbeitenden werden im Bereich der Arbeitssicherheit / Brandschutz geschult. Es finden regelmässige Refresher- Schulungen statt mit praktischen Übungen.	Alle	Monatlich für neueintretende MA, periodische Refresherkurse
Hygiene	Reduzierung der nosokomialen Infekte	Alle	Hygienekonzept Überarbeitung seit 2012 Individuelle Schulungen Schwerpunkt Händehygiene 2013
Internes Fortbildungsangebot	Alle Mitarbeitenden erhalten den aktuellen Wissensstand für ihren Aufgabenbereich. Der Informationsfluss findet statt.	Alle Bereiche	kontinuierlich, verschiedene Schwerpunktthemen.
Katastrophenkonzept	Regelmässige Übungen zum Verhalten in Katastrophensituationen. Konzept wird regelmässig auf Umsetzung und Aktualität überprüft.	Alle Bereiche	Läuft seit 2008 Testläufe in periodischen Abständen
Dekubitusmonitoring	Minimierung der Entstehung von Druck- und Liegegeschwüren	Alle Pflegebereiche	Dekubituskonzept, kontinuierliche, systematische Erfassung aller gefährdeten Patienten. Seit Herbst 2009
Schmerzdienst	optimale Schmerztherapie nach operativen Eingriffen oder medizinischen Krankheitsbildern mit akutem Schmerz. Tägliche Schmerzvisiten durch ausgebildete Pain-Nurses.	Alle Pflegebereiche	Seit Herbst 2009 fortlaufend
Sturzmonitoring/ Sturzkonzzept	Minimierung der Stürze	Alle Pflegebereiche	Kontinuierliche Erfassung der gefährdeten Patienten. Systematische Protokollierung und Auswertung von Stürzen.
Qualitätsmanagement	Aufbau des Gesamt-Qualitätsmanagement. Interprofessionelle und Interdisziplinäre Zusammenarbeit zu aktuellen Qualitätsthemen	Alle Bereiche	Seit Mitte 2010
Austrittsmanagement	Evaluation und Vergleich der Austrittsorganisation mit kantonalem Vergleich. Dies führt zur Erkennung von Verbesserungspotential innerhalb des Austrittsmanagement	Ärztliche und pflegerische Bereiche	16.4.12-15.4.12 Messung Seit 2012 Verbesserungsmassnahmen geplant, z. T. bereits umgesetzt. (Berichterstattung verbessern, Prozesse optimieren)

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	Wertschätzung	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Sensibilisierung für Respekt, Verständnis und Wertschätzung im täglichen Umgang miteinander	
Beschreibung	Eruieren verschiedener Einflussfaktoren in allen Bereichen, auf allen Ebenen	
Projektablauf / Methodik	Es wurden interdisziplinäre Praktika für alle Mitarbeiter angeboten und auch wahrgenommen. Ausserdem fanden „Tage der offenen Tür“ statt, um die anderen Dienste im Haus besser kennen zu lernen.	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
Involvierte Berufsgruppen	Alle im KSF vertretenen Berufsgruppen	

Projekttitel	Chefarztvisite- runder Tisch	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Interdisziplinäres Behandlungskonzept medizinische Patienten	
Beschreibung	Ziel ist, dass sich Sozialdienst, Physiotherapie, Pflegedienstleitung, Stationsleitung, zuständiger Arzt und Chefarzt die Visite gemeinsam an einem Tisch besprechen, bevor Sie zu den Patienten gehen. Dies erlaubt den Patienten, die Patientin als Ganzes zu erfassen. Alle, an der Behandlung beteiligten Personen erhalten die gleichen Informationen zum Patienten, zur Patientin gleichzeitig. Komplexe Situationen können so besprochen werden. Es entsteht ein Behandlungskonzept, bei welchem alle involvierten Dienste an einem Strang ziehen.	
Projektablauf / Methodik	Siehe oben	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	 Medizinische Abteilungen	
Involvierte Berufsgruppen	Physiotherapie, Sozialdienst, ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Pflegedienstleitung evt. Ernährungs- Diabetesberatung	
Projektevaluation / Konsequenzen	Das Angebot wird von den Patienten aber auch von den betroffenen Diensten geschätzt. Durch den Informationsfluss an alle involvierten Stellen, wird die Sicherheit und die Qualität der Behandlung für den Patienten gesteigert.	



Schlusswort und Ausblick

Die optimale Behandlung, die Sicherheit und Zufriedenheit unserer Patienten und Patientinnen hat für uns höchste Priorität.

Trotzdem kann es im Spitalalltag zu unerwünschten, vermeidbaren oder nicht vermeidbaren Komplikationen kommen. Umso wichtiger ist es unser tägliches Handeln kritisch zu hinterfragen und nach geeigneten Lösungen zu suchen.

Vor diesem Hintergrund haben wir uns für das Jahr 2013 die Patientensicherheit gross auf die Fahne geschrieben.

Neben den vielen kleinen und grossen Projekten, die wir durchs Jahr hindurch bearbeiten, setzt sich jede Abteilung zusätzlich mit dem Thema Patientensicherheit auseinander und formuliert eines, oder mehrere Ziele.

Sei es die Checkliste im Operationssaal, die Prozessdefinitionen verschiedenster Abläufe oder die Optimierung der Patientendokumentation, alle tragen dazu bei, den Alltag unserer Patienten noch ein Stück sicherer zu machen.

„Qualität beginnt mit der Idee und ist ein permanenter Prozess auf dem Weg zum Optimum“
Hermann Danek

Ruth Engeler
Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung

Janine Müller
Qualitätskoordinatorin