ASANA Spital Menziken

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Version 7.0

Asana Gruppe AG

Spital & Pflegeheim Menziken
Spitalstrasse 1
5737 Menziken

Akutsomatik **Langzeitpflege**

Freigabe am: **16. Mai 2014**
durch: **Zimmermann Alfred, CEO und Vorsitzender der Geschäftsleitung**

© H+ Die Spitäler der Schweiz I Les Hôpitaux de Suisse I Gli ospedali Svizzeri

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, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

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 Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und 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
B Qualitätsstrategie 2
B1 Qualitätsstrategie und -ziele 2
B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013 2
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013 2
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 2
B5 Organisation des Qualitätsmanagements 3
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 4
*** Ansprechperson für Qualitätsbelangen C Betriebliche Kennzahlen und Angebot 4**
C Betriebliche Kennzahlen und Angebot 5
C1 Angebotsübersicht 5
C2 Kennzahlen 2013 7
D Zufriedenheitsmessungen 8
D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit 8
D2 Angehörigenzufriedenheit 10
D3 Mitarbeiterzufriedenheit 11
D4 Zuweiserzufriedenheit 12
E Nationale Qualitätsmessungen ANQ 13
E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik 13
E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® 14
E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® 15
E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso 16
E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ 18
E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik 21
E1-7 SIRIS Implantatregister 22
F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013 23
F1 Infektionen (andere als mit Swissnoso) 23
F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) 24
F3 Weiteres Messthema 25
G Registerübersicht 26
H Verbesserungsaktivitäten und -projekte 27
H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards 27
H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte 27
H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte 30
I Schlusswort und Ausblick 32

A Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 des Asana Spitals Menziken wertvolle Informationen liefern zu können.

Wir garantieren Qualität

Wir bieten unseren Patientinnen und Patienten und unseren Bewohnerinnen und Bewohner eine aufmerksame, kompetente Pflege und Betreuung durch motiviertes, hilfsbereites Personal und gestalten den Spitalaufenthalt möglichst kurz und angenehm. Im Pflegeheim möchten wir Ihnen ein Zuhause bieten.

Wir formulieren für den Aufenthalt im Akutspital wie im Pflegeheim verbindliche Standards, achten auf fachliche Kompetenz, auf Sorgfalt in der Ausführung und unterziehen uns regelmässigen Qualitätskontrollen.

Wir sind Neuem gegenüber aufgeschlossen und überprüfen Verfahren und Abläufe auf ihre aktuelle Zweckmässigkeit.

Die Kunden entscheiden über die Qualität unserer Dienstleistungen, die wir anbieten. Sie sind somit unsere wichtigsten "Qualitätsprüfer".

Die Kosten innerhalb und ausserhalb unserer Organisation beeinflussen direkt unsere Wettbewerbsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit. Grundsatz ist für uns die kostengünstige Realisierung aller Aufträge, wir nutzen Synergien und überprüfen laufend unsere Prozesse.

Alle Mitarbeitende beeinflussen die Qualität unserer Dienstleistungen. Sie haben somit entscheidende Bedeutung für Qualität und Fehlerverhütung. Alle Mitarbeitende werden geschult und motiviert, um Verbesserungsvorschläge zu machen und gegeben falls Mängel aufzuzeigen. Von besonderer Bedeutung dabei ist die positive Einstellung und aktive Mitarbeit jedes Einzelnen. Der Aus- und Weiterbildung sowie der Nachwuchsförderung messen wir einen hohen Stellenwert bei. Damit sichern wir unsere Qualität auch für die Zukunft.

Die Qualität unserer Dienstleistungen wird durch interne und externe Qualitätsmanagementsysteme auf einem hohen Stand gehalten. Die Qualität unserer Dienstleistungen trägt wesentlich zum Unternehmenserfolg bei. Das oberste Bestreben ist es daher, Dienstleistungen zu erbringen, die dem Kunden einen hohen Nutzen geben. Als Dienstleistungsorganisation sind wir auf den intensiven Kontakt und das partnerschaftliche Verhältnis zu den Ärzten, zu den weiteren, im Gesundheitsversorgungsnetz, für den Kunden tätigen Personen und Diensten, sowie den Angehörigen der Kunden angewiesen. Diese Beziehung pflegen wir mit besonderer Sorgfalt.

Der besonderen Verantwortung gegenüber der Umwelt sind wir uns bewusst. Dies berücksichtigen wir bei der Auswahl von Produkten, Materialien, Prozessen, beim Einsatz von Energien (z.B. Strom, Treibstoffe etc.) und bei der Entsorgung.

Alfred Zimmermann

CEO Asana Gruppe AG

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Ziel ist eine verbesserte Wirtschaftlichkeit durch das Erreichen einer Mindestgrösse (Economy of scale). Dabei werden die Kernaufgaben Arzt- und Pflegedienst an den Standorten gestärkt. Wir wollen kostengünstige und qualitativ hochstehende Spezialisten in der Grundversorgung im Akut- und Langzeitbereich bleiben und uns auf diese Kernkompetenzen konzentrieren.

Die Jahresziele der Qualitätskommission mit Festlegungsprozess und Controlling zur Qualitätssicherung werden jährlich von der Geschäftsleitung definiert und dem Verwaltungsrat zur Genehmigung unterbreitet.

Das Qualitätsmanagement ist für ein laufendes Controlling der Umsetzungsmassnahmen zur Erreichung der Qualitätsziele zu Händen der Qualitätskommission verantwortlich.

Dabei wird die definierte Qualitätsstrategie berücksichtigt oder der Geschäftsleitung und dem Verwaltungsrat Änderungsanträge zur Qualitätsstrategie unterbreitet.

Die aktuellen Qualitätsziele sind im Intranet unter „Qualität“ ersichtlich.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

- Erstellung eines Qualitätskonzepts für die Asana Gruppe und Freigabe durch die Geschäftsleitung.
- Erfolgreiche Durchführung des sanaCERT Erstzertifizierungs-Audits Stufe 1

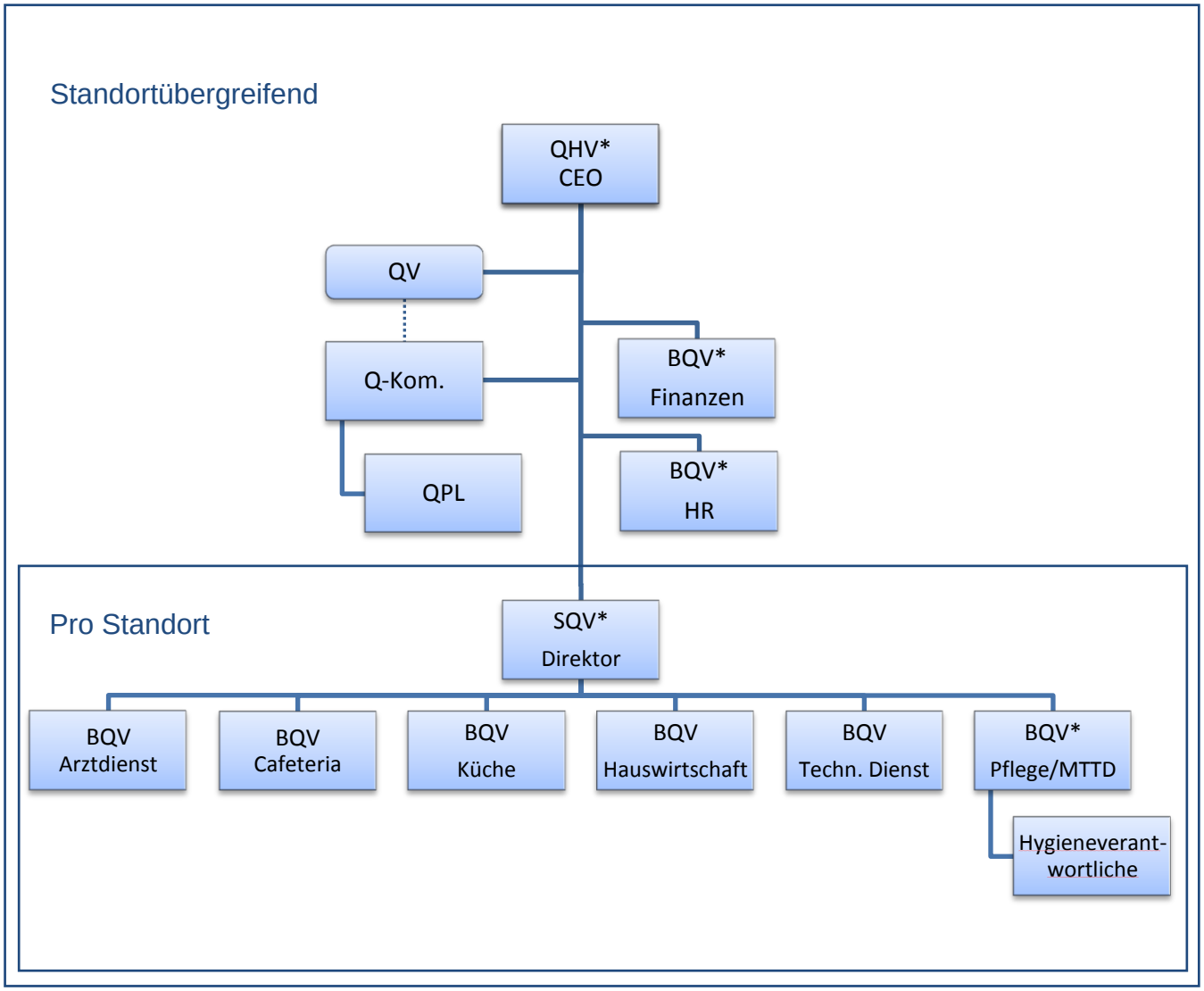
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

Pos.	Ziel	Termin	Erreicht
13.1	Die 5 ANQ Messungen werden Termingerecht durchgeführt	Nov. 13	Nov. 13
13.2	Erfolgreiche Teilnahme am Swiss Quality Award mit dem Projekt Teleradiologie	Feb. 13	Mrz. 13
13.3	Bildung einer Standortübergreifende Qualitätskommission mit Vertretung der Geschäftsleitung. Die Q-Komm. trifft sich mindesten 4 Mal im Jahr.	Feb. 13	Jan. 13
13.4	Aufbau und Umsetzung eines Datenmanagementsystems für die Dokumentation aller Qualitätsaktivitäten	Jan. 13	Jan. 13
13.5	Start des sanaCERT Projekts mit mindestens 4 Koordinationstreffen der Projektleitungen und klarer Auftrag für die Projektgruppen.	Jan. 13	Dez. 12
13.6	Die Asana Gruppe verfügt über eine gemeinsame Qualitätspolitik, welche sich von den Strategie ableitet.	Mrz. 13	Mai 13
13.7	Erstellung eines Qualitätskonzepts für die Asana Gruppe und Freigabe durch die Geschäftsleitung.	Aug. 13	Nov. 13
13.8	Erfolgreiche Durchführung des Erstzertifizierungs-Audits Stufe 1	Dez. 13	Dez. 13

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- sanaCERT Zertifizierung neuer Standards

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



Legende:

BQV	Bereichs- Qualitätsverantwortung
HR	Human Resources
MTTD	Medizin -technische & -therapeutische Dienste
QHV	Qualitätshauptverantwortung Asana Gruppe AG
Q-Komm.	Qualitätskommission; wird durch die Geschäftsleitung der Asana Gruppe AG zusammengestellt. Sie setzt sich aus drei bis fünf Personen zusammen. Darin sind die Geschäftsleitung, der Arztdienst die Pflege und die Administration vertreten.
QPL	Qualitätsprojektleitungen
QV	Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe AG = Stabstelle
SQV	Standort- Qualitätsverantwortung
*	Vertretung aus der Geschäftsleitung

☐	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.		
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.		
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.		
☒	Andere Organisationsform:	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt dem CEO unterstellt	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		80%	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Alfred Zimmerman	056 269 40 00	alfred.zimmermann@spitalleuggern.ch	CEO Asana Gruppe / Hauptverantwortung Qualität
Daniel Schibler	062 765 31 25	daniel.schibler@spitalmenziken.ch	Direktor Menziken / GL / Qualitätskommission
Therese Gautschi	062 765 31 56	therese.gautschi@spitalmenziken.ch	Lt. Pflege & MTT Menziken / GL / Qualitätskommission
Hans-Peter Wyss	062 765 33 35	hanspeter.wyss@spitalmenziken.ch	Lt. Leiter Rettungsdienst & Notorganisation Menziken
Gilbert Hügli	056 269 40 40	gilbert.huegli@spitalleuggern.ch	Lt. Technischer Dienst / Sicherheitsbeauftragter Asana Gruppe
Damara Schmidlin	062 765 31 49	damara.schmidli@spitalmenziken.ch	RAI - Verantwortliche, Menziken
* Ramon Soler	056 269 41 01	ramon.soler@spitalleuggern.ch	Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe / Lt. Qualitätskommission
Gabriela Staub	062 765 31 58	gabriela.staub@spitalmenziken.ch	Stv. Lt. Pflege & MTT / Bildungsverantw. / Hygieneverantwortliche

* Ansprechperson für Qualitätsbelangen

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

www.asana.ch

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Asana Spital Menziken → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe				
☒ Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	und folgendem Angebot:			
	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Langzeitpflege
Leuggern	☒	☐	☐	☒
Menziken	☒	☐	☐	☒

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	**An den Standorten**	**Zusammenarbeit im Versorgungs-netz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		Ja
Allgemeine Chirurgie	Menziken	
Anästhesiologie und Reanimation *(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensiv-medizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)*	Menziken	Ja
Dermatologie und Venerologie *(Behandlung von Haut- und Geschlechts-krankheiten)*		Ja
Gynäkologie und Geburtshilfe *(Frauenheilkunde)*	Menziken	
Medizinische Genetik *(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)*		Ja
Handchirurgie		Ja
Herz- und thorakale Gefässchirurgie *(Operationen am Herz und am Gefässen im Brustkorb und-raum)*		Ja
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden **Spezialisierungen** (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Menziken	
☒ Angiologie *(Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)*	Menziken	Ja
☐ Endokrinologie und Diabetologie *(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)*		Ja
☐ Gastroenterologie *(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)*		Ja
☐ Geriatrie *(Altersheilkunde)*		Ja

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	**An den Standorten**	**Zusammenarbeit im Versorgungs-netz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☐ Hämatologie *(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph-systems)*		Ja
☐ Hepatologie *(Behandlung von Erkrankungen der Leber)*		Ja
☐ Infektiologie *(Behandlung von Infektionskrankheiten)*		Ja
☐ Kardiologie *(Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)*	Menziken	Ja
☐ Medizinische Onkologie *(Behandlung von Krebserkrankungen)*		Ja
☐ Nephrologie *(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)*		Ja
☐ Physikalische Medizin und Rehabilitation *(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)*		Ja
☐ Pneumologie *(Behandlung Krankheiten der Atmungs-organe)*		Ja
Intensivmedizin		Ja
Kiefer- und Gesichtschirurgie		Ja
Kinderchirurgie		Ja
Langzeitpflege	Menziken	
Neurochirurgie		Ja
Neurologie *(Behandlung von Erkrankungen des Nerven-systems)*		Ja
Ophthalmologie *(Augenheilkunde)*		
Orthopädie und Traumatologie *(Knochen- und Unfallchirurgie)*	Menziken	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL *(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)*		Ja
Pädiatrie *(Kinderheilkunde)*		Ja
Palliativmedizin *(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)*	Menziken	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Menziken	
Psychiatrie und Psychotherapie		Ja
Radiologie *(Röntgen und andere bildgebende Verfahren)*	Menziken	Ja
Tropen- und Reisemedizin		Ja
Urologie *(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)*	Menziken	

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	**An den Standorten**	**Zusammenarbeit im Versorgungsnetz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung		Ja
Ergotherapie		Ja
Ernährungsberatung	Menziken	
Logopädie		Ja
Neuropsychologie		Ja
Physiotherapie	Menziken	
Psychologie		Ja
Psychotherapie		Ja

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

www.asana.ch (siehe unter Unternehmen/Jahresberichte)
Bemerkung

D 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?			
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit **nicht**.		
	Begründung		
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit.		
	☒ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt.		
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		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:	

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	88.4%	Menziken hat einen leicht tieferen Wert im Benchmark erzielt. (Durchschnitt Gesamtkollektiv = 94.2%)
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Chirurgie	88.2%	
Geburtsabteilung	88.9%	
Gynäkologie	66.7%	33.3% gab an "weder zufrieden noch unzufrieden"
Medizin	87.0%	
Orthopädie	100%	Kleines Kollektiv
Urologie	100%	Kleines Kollektiv

☐	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
☐	Die Auswertung 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 bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☐ Picker ☐ PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18) ☐ PZ Benchmark	☒ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instruments	OPF - Outcome	Name des Messinstituts	hcri
Beschreibung des Instruments	Beim OPF handelt sich um eine umfassende Patientenbefragung. Der OPF basiert auf dem Kölner Patientenfragebogen (KPF), er ist in Kooperation mit der Abteilung Medizinische Soziologie der Uniklinik Köln entstanden und auf die Schweiz (CH-D) adaptiert.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alter >= 18 Jahre -Stationärer Aufenthalt von mindestens 2 Tagen (2 Übernachtungen) -Austritt nach Hause (bzw. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Reha) -Mehrfachhospitalisierte wurden innerhalb 30 Tagen nur einmal befragt. Ab >= 30 Tagen zwischen Austritt und stationärem Wiedereintritt wurde die Patientin/ der Patient auch ein zweites Mal befragt.			
	Ausschlusskriterien	-PatientInnen, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen -Wohnsitz nicht in der Schweiz -Verstorbene PatientInnen (im Spital und nach Spitalaufenthalt)			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		171 im Messzeitraum von 2 Monate			
Rücklauf in Prozent		42%	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?		
☐	**Nein**, unser Betrieb hat **kein** Beschwerdemanagement / **keine** Ombudsstelle.	
☒	**Ja,** unser Betrieb hat **ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle**.	
	Bezeichnung der Stelle	Beschwerdemanagement & Vorschlagwesen im Intranet
	Name der Ansprechperson	Ramon Soler
	Funktion	Qualitätsverantwortlicher
	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	056 269 41 01, ramon.soler@spitalleuggern.ch Mo.-Fr. 08.00-16.30
	Bemerkungen	Für beide Standorte

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Überarbeitung Konzept Beschwerdemanagement	Optimierung Ablauf Umgang mit Beschwerden	Gesamte Asana Gruppe	2013
Schulungen Kommunikation	Kundenorientierte Kommunikation	Gesamte Asana Gruppe	2013-2014
Neues Konzept Patienteninformation	Optimierung der Patienteninformation durch Standardisierung	Gesamte Asana Gruppe	2013-2014

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 Angehörigen-zufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheits-messung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst** die Angehörigenzufriedenheit **nicht**.		
	Begründung		
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Angehörigenzufriedenheit.		
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt.		
	☒ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	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:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

☒	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	2008
☐	Die Auswertung 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 bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments		Name des Messinstituts
☐	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instruments			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien				
	Ausschlusskriterien				
Anzahl vollständige und valide Fragebogen					
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☐ Ja	

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?			
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit **nicht**.		
	Begründung		
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	☒ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt.		
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		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:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	67%	Der Wert entspricht dem Durchschnittswert im CH-Benchmark
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

☐	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
☒	Die Auswertung 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 bei der letzten Befragung			
☒	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Mitarbeiterbefragung	Name des Messinstituts	QM-Riedo
☐	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instruments	Der Fragebogen gliedert sich in 81 Beurteilungsfragen, 13 Fragen zum Handlungsbedarf und 8 Fragen zur ausfüllenden Person. Die Beurteilungsfragen und ihre entsprechenden Erfüllungswerte können 13 verschiedenen Dimensionen und 5 allgemeinen Themenbereichen zugeordnet werden: z.B. gehören Fragen 1-7 zur Dimension 1 "Arbeitstätigkeit und Bedingungen" oder die Dimensionen 1-4 zum Themenbereich 1 "Rahmenbedingungen".		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle festangestellte Mitarbeitende.			
	Ausschlusskriterien	Praktikanten bei unter 3 Monate Praktikumszeit			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		149			
Rücklauf in Prozent		53%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☒ Ja

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	Der Direktor ist angehalten die Zufriedenheit der Zuweiser in Rahmen von persönlichen Gesprächen zu erfassen.		
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit.			
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt.			
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	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:	

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

☒	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert.	H+ 2012
☐	Die Auswertung 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 bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instruments	Austrittsmanagement	Name des Messinstituts	hcri
☐	Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments	Siehe H+ Qualitätsbericht 2012 (V6.0)			

E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler 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 der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 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	☒	☐	☐
SIRIS Implantat-Register	☒	☐	☐
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien	☐	☒	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☐	☒	☐
Nationale Elternbefragung	☐	☒	☐
Bemerkung			
Keine Kinderabteilung			

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: 2011				
Beobachtete Rate		**Erwartete Rate**	**Vertrauensintervall der erwarteten Rate** (CI = 95%)	**Ergebnis**[2] A, B oder C
Intern	**Extern**			
4.92%	0.97%	4.37%	3.97% - 4.78%	C
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Die Einführung der neuen Codierung wies erhebliche Ungenauigkeit auf was die Interpretation der Ergebnisse erschwert.				

☒	Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist **nicht abgeschlossen**.	
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS[3]

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 auswertbare Austritte		2683
Bemerkung		

[1] SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.
[2] A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.
[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 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

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: 2011			
Beobachtete Rate	**Erwartete Rate**	**Vertrauensintervall der erwarteten Rate** (CI = 95%)	**Ergebnis**[4] A, B oder C

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist **nicht abgeschlossen**.
☒	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
Begründung	Keine Variabilität der Daten der Operationen

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS[5]

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 auswertbare Operationen		1680
Bemerkung		

[4] A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

[5] 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 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

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. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

Ab dem 1. Oktober 2013 erfassen alle Spitäler, die Appendektomien durchführen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, auch postoperative Wundinfektionen. Die Ergebnisse erhalten die Spitälern und Kliniken im März 2015.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Swissnoso

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:	

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					**Vorjahreswerte**
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions-messungen nach folgenden Operationen:	**Anzahl beurteilte Operationen** (Total)	**Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen** (N)	**Infektionsrate %**	**Vertrauens-intervall [6] CI = 95%**	**Infektionsrate %** (Vertrauens-intervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernungen			%		% ( )
☒ Blinddarm-Entfernungen	24	0	0%	0-14.2	0% (0-20.6)
☒ Hernienoperationen	32	0	0%	0- 10.9	0% (0-7.3)
☐ Dickdarm (Colon)			%		% ( )
☐ Kaiserschnitt (Sectio)			%		% ( )
☐ Magenbypassoperationen (optional)			%		% ( )
☐ Rektumoperationen (optional)			%		% ( )
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
☐ Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.					
Begründung					

[6] 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.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2013 (1. Oktober 2012 – 31. September 2013) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012					**Vorjahreswerte**
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions-messungen nach folgenden Operationen:	**Anzahl beurteilte Operationen** (Total)	**Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen** (N)	**Infektionsrate %**	**Vertrauens-intervall**[7] **CI = 95%**	**Infektionsrate %** (Vertrauens-intervall CI = 95%)
☐ Herzchirurgie			%		% ( )
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	16	0	0%	0- 20.6	0% (0- 20.6)
☐ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen			%		% ( )
Wertung der Ergebnisse					
Die niedrige Fallzahl lässt keine Interpretation zu.					
☐ Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.					
Begründung					

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Mess-ergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Mess-ergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Einführung Chirurgische Checkliste	Erhöhung der Patientensicherheit, Optimierung präventiver Antibiotikatherapie	OP, Asana Gruppe	Ab 2013

[7] 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.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung[8] 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.anq.ch und www.lpz-um.eu

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

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 2013 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:

Deskriptive Messergebnisse 2013			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.			**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**[9]
4	In Prozent	19.1%	Tiefer als der CH Durchschnitt (20.8%)
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), 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, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		21	Anteil in Prozent (Antwortrate)	70%
Bemerkung				

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Interne Sturzerfassung und Fallbesprechung	Reduktion der Stürze	Pflegebereich der gesamten Asana Gruppe	Ab 2011

[8] 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.
[9] Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch. Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Dekubitus bei Kindern stehen in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 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:	

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	5	23.8%
	ohne Kategorie 1	0	%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	2	10.5%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	2	10.5%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	%

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Keine Aussagekraft da zu kleine Fallzahl	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), 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.		
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	- Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung		
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		36	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	86%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche		0	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	%
Bemerkung				

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Erstellung eines Standards zur Dekubitusprophylaxe	Rechtzeitige Erkennung und Einschätzung des Dekubitusrisikos und Vermeidung von Dekubitus	Pflegebereiche, OP und Notfall der gesamten Asana Gruppe	Ab 2012
Erstellung eines Handbuchs zur Dekubitusprophylaxe	Korrekte Umsetzung des Standards zur Dekubitusprophylaxe	Pflegebereiche, OP und Notfall der gesamten Asana Gruppe	Ab 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 2013 in der Akutsomatik

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:

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	**Zufriedenheits-Wert** (Mittelwert)	**Vertrauens-intervall**[10] CI=95%	**Wertung der Ergebnisse**
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.72	8.20 - 9.24	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.84	8.49 - 9.20	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.14	8.78 - 9.50	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.06	8.68 - 9.44	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.34	9.03 - 9.66	0 = nie 10 = immer

Bemerkungen	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcri AG

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 2013 das Spital verlassen haben.		
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.		
Anzahl angeschriebene Patienten		229		
Anzahl eingetroffener Fragenbogen		59	Rücklauf in Prozent	26%
Bemerkung				

[10] 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.

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

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:	Orthopädie Chirurgie

Messergebnisse
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlich: www.anq.ch
Bemerkung

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantate
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkung		

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO)

F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013

F1 Infektionen (andere als mit Swissnoso)

Messthema	**Infektionen (andere als mit SwissNOSO)**
Was wird gemessen?	Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse		
Infektionen		**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
☐	Die Messung ist noch **nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☒	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	Die Ergebnisse sind nicht risikoadjustiert und lassen daher keine vergleichende Interpretation zu. Die absolute Zahl ist klein. Somit können die tatsächlichen Häufigkeiten von Infektionen nicht korrekt eingeschätzt werden.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	PD Dr. med. Christoph Fux, Chefarzt Infektiologie und Spitalhygiene, KSA

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten die zum Zeitpunkt der Datenerhebung seit mehr als 24 Stunden hospitalisiert sind		
	Ausschlusskriterien	Kinder und Patienten welche weniger als 24 h hospitalisiert waren		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		33	Anteil in Prozent	100 100
Bemerkung				

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	**Stürze (andere als mit der Methode LPZ)**
Was wird gemessen?	Stürze im Akut- und Langzeitbereich

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	**Anzahl mit Behandlungsfolgen**	**Anzahl ohne Behandlungsfolge**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☒	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	Die Ergebnisse sind nicht risikoadjustiert und lassen daher keine vergleichende Interpretation zu.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Phönix Sturzprotokoll
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten			Anteil in Prozent	
Bemerkung				

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Fallbesprechungen	Erkennen von Risikofaktoren	Pflegebereich	Seit 2011

F3 Weiteres Messthema

Messthema	Medikamentenfehler
Was wird gemessen?	Anzahl und Art von Medikamentenfehler

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse		
		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☒	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	Das Verfahren ist noch nicht standardisiert.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instruments:	Phönix Medikamentenfehler
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten			Anteil in Prozent	
Bemerkung		Die Ergebnisse werden von der Pflegedienstleitung ausgewertet.		

G 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.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?	
☐	**Nein**, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.
	Begründung
☐	**Ja,** unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

Registerübersicht				
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**	**An den Standorten**
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Seit jeher	
Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung - NICER	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org	2013	
Krebsregister Kanton Aargau	Alle	Stiftung Krebsregister Kanton Aargau www.krebsregister-aargau.org	2013	
Bemerkung				

H 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
sanaCERT	Qualitätsmanagement	2013		Erst.Zert. Stufe 1
IVR	Rettungsdienst	Menziken 2011	-	

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Start Projekt Prädikat Familie UND Beruf	Attraktive, innovative Arbeitgeberin	Ganze Asana Gruppe	2013 - laufend
Einführung eines Systems zur Tätigkeitsanalyse, zur Leistungserfassung und zum Controlling (TACS)	Quantitative und qualitative Stellenbedarfsberechnung	Ganze Asana Gruppe	2013 - laufend
Aufstockung der Ausbildungsplätze	Erfüllung Ausbildungs-verpflichtung	Ganze Asana Gruppe	2013
Abschliessender Einbau von Nasszellen	Komfortsteigerung	Akutspital und Pflegeheim	2013
Zusammenführung Abteilung Finanzen	Optimierung der Prozesse, Steigerung der Wirtschaftlichkeit	Ganze Asana Gruppe	2013 - laufend
DRG-Codierung Kooperation mit Kantonsspital Baden AG	Vereinheitlichung und Benchmark der Codierung	Ganze Asana Gruppe	2013 - laufend
Menzo 62, zusätzliches Rettungsmittel	Verbesserung der Verfügbarkeit der Rettungsmittel für Primäreisätze und der Gebietsabdeckung	Rettung Menziken	2013 - laufend
Projekt Kneipp- und Gehgarten	Komfortsteigerung Erweiterung Angebot	Spitalareal Menziken	2013 - laufend
Erweiterung des Frühstückbuffets auf alle Stationen	Komfortsteigerung Erweiterung Angebot	Akutpflege und Pflegeheim	2013 - laufend
Händehygiene Compliance HHC	Erhöhung der Patientensicherheit	Ganze Asana Gruppe	2011 - laufend
Vorschlagwesen	Verbesserung der Prozesse und Abläufe	Ganze Asana Gruppe	2012 - laufend
Beschwerdemanagement	Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Ganze Asana Gruppe	2012 - laufend
Teleradiologie Kooperation Menziken mit Hirslanden Klinik Aarau	Erhöhung der Patientensicherheit, Optimierung der Prozesse, Steigerung der Wirtschaftlichkeit	Radiologie Menziken, Rettungsdienst	2012 - laufend
Konzept und Standard Schmerzbehandlung	Erhöhung der Patientensicherheit Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Ganze Asana Gruppe	2012 - laufend

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von … bis)
Patienteninformation	Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Akutpflege und Pflegeheim	2012 - laufend
Standard Dekubitusprophylaxe	Erhöhung der Patientensicherheit	Akutpflege und Pflegeheim	2012 - laufend
Konzept Palliativpflege, Überarbeitung und regelmässige interne Schulungen	Die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität am Lebensende durch Linderung von Leiden und Begleitung des terminal Kranken und seiner Nächsten.	Akutpflege und Pflegeheim	2013 - laufend
Einführung Basler Medstandards in der Notfallstation	Optimierung Behandlungsprozesse Erhöhung der Patientensicherheit	Notfallstationen Asana Gruppe	2012 - laufend
Triage in der Notfallstation	Erhöhung der Patientensicherheit	Notfallstationen Asana Gruppe	2012 - laufend
Konzept Übergangspflege	Adäquate Organisation nach einer Akutbehandlung Einen frühen Langzeitpflegeaufenthalt verhindern Qualitäts- und Effizienzsteigerung	Langzeitpflege	2011 – 2014
IKS	- die Vermögenswerte vor Verlust, Missbrauch und Schaden sichern - eine ordnungsgemässe Buchführung sicherstellen - die angemessene finanzielle Berichterstattung sicherstellen - die Verhinderung bzw. Aufdeckung deliktischer Handlungen und Fehler aus Sicht des Rechnungswesens. • Sicherstellung ordnungsgemäßer, ethischer, wirtschaftlicher, effizienter und wirksamer Abläufe; • Einhaltung der Gesetze	Alle Bereiche	2008 / - jährlich
Qualitäts-Reporting	Nachweis der Qualitäts- und Leistungsfähigkeit der stationären Langzeitpflege	Langzeitpflege	2011 / jährlich
Isolationskonzept	Erhöhung der Patientensicherheit	Gesamte Gruppe	2012 - laufend
Konzept Notorganisation in Besonderen und Ausserordentlichen Lagen	Das Personal von Zentrale und Notfallstation erkennt rechtzeitig eine für das Spital "Besondere" oder "Ausserordentliche Lage" und weiss, wie in einem solchen Fall der Führungsstab alarmiert werden muss.	Alle Bereiche	2013 - laufend

Aktivität oder Projekt (Titel)	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Einführung von Seniorengesprächsrunden	Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Langzeitpflege	2013 - laufend
Erweitertes Angebot auf der Wochenbettstation: Physiotherapie & Familienzimmer	Komfortsteigerung Erhöhung der Kundenzufriedenheit	Wochenbettstation	2013 - laufend
Neues OP Statut	Erhöhung der Patientensicherheit	Operationsbereich	2013

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?		
☐	**Nein**, unser Betrieb hat kein CIRS?	
	Begründung	
☒	**Ja,** unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.	
	☒	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.
	Bemerkung	

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	Einführung Chirurgische Checkliste	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Erhöhung der Patientensicherheit Vermeidung von Fehler 100% Einsatz der Checkliste	
Beschreibung	Die Checkliste ist ein Sicherheitsinstrument, das im OP-Trakt verwendet wird. Als Grundlage wurden die Chirurgische Checkliste der WHO und die Chirurgische Checkliste der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie verwendet. Die Compliance mit der Anwendung der Checkliste steigt, wenn die Anpassung der Checkliste auf lokaler Ebene erfolgt und alle beteiligten Berufsgruppen einbezogen werden.	
Projektablauf / Methodik	1 Zusammenstellung eines interprofessionellen Teams aus Fachpersonen aller beteiligten Berufsgruppen für den Umsetzungsprozess 2 Modifizieren der Checkliste entsprechend den lokalen Verhältnissen (Standortspezifisch Leuggern/Menziken) 3 Testen der Checkliste im OP-Trakt 4 Besprechen dieser Anwendung und der Erfahrungen in einem Debriefing und Vornehmen der nötigen Anpassungen an der Checkliste 5 Benutzen der Checkliste während eines Tages für jeden Patienten mit dem gleichen Team; Definieren eventueller Anpassungen aufgrund eines erneuten Debriefings 6 Erstellung von betriebsinterne Richtlinie (Weisung 3.2.13) 7 Einführung bei allen von der Checkliste betroffenen Fachpersonen.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	.....	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	.....	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	.....	
Involvierte Berufsgruppen	OP-Pflege, Anästhesiepflege und -arztdienst, Chirurgen	
Projektevaluation / Konsequenzen	Evaluation nach 3, 6 und 12 Monate. Das Ziel 100% Einsatz wurde noch nicht erreicht. Es müssen weitere Anstregungen unternommen werden um die Compliance zu erhöhen.	
Weiterführende Unterlagen	http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Infomaterial-Schriften-B-cher.html	

Projekttitel	**Teleradiologie**	
Bereich	☐ internes Projekt	☒ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Qualitätssteigerung und betriebswirtschaftliche Optimierung in der Radiologie	
Beschreibung	An grossen Spitäler erstellt in der Regel ein Facharzt der Radiologie den Befund zu einer Röntgenaufnahme. Dadurch wird eine möglichst hohe Qualität sichergestellt. In kleineren Spitälern ohne eigene Fachabteilung übernimmt dies jeweils der behandelnde Arzt. Dieses pragmatische Vorgehen ist zwar nicht ungewöhnlich, allerdings fehlt es bei komplexeren Untersuchungen dann doch am nötigen Fachwissen. Auch am Asana Spital Menziken wurden die radiologischen Befundungen lange Zeit so gehandhabt. Der Betrieb einer Radiologieabteilung ist teuer und personalintensiv. Neben Investitionen und Unterhalt der Infrastruktur ist auch das nötige Know-how in Form entsprechender Fachärzte erforderlich. Bei kleineren Spitälern kann das ganz schön «ins gute Tuch» gehen. Eine Alternative, radiologische Untersuchungen professionell durchzuführen, ohne über eigenes Fachpersonal zu verfügen, bietet die «Teleradiologie»: Durch eine Partnerschaft mit einer grösseren Spitalgruppe werden Prozesse optimiert und Kosten gesenkt.	
Projektablauf / Methodik	Zusammen mit der internen IT-Experten der Hirslanden realisierten die Fachleute der HINT AG das Projekt, die auch als Outsourcing-Partnerin die gesamte IT des Asana Spitals Menziken führt. Basis dafür ist die «health engine» In einer ersten Phase wurden während rund drei Monaten die Prozesse und Arbeitsabläufe am Spital Menziken analysiert, die Erfahrungen aus dem Teleradiologie Projekt des Asana Spitals Leuggern einbezogen und sodann einen Lösungsansatz entworfen. Der Zeitplan für die Implementierung war relativ knapp, denn neben der Bereitstellung der IT-Infrastruktur und der WAN-Vernetzung mussten auch die kompletten IT- und Arbeitsprozesse umgestellt werden. Zudem mussten zahlreiche Tests durchgeführt werden und nicht zuletzt auch das Personal geschult werden. Die Inbetriebnahme klappte auf den vorgegebenen Termin.	
Einsatzgebiet	☒ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	Hirslandenklinik Aarau	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☒ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	Menziken	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Röntgenabteilung Arztdienst, Chirurgie, Medizin Notfall OP	
Involvierte Berufsgruppen	Radiologie, Pflege, Ärzte	
Projektevaluation / Konsequenzen	Optimierte Prozesse, vollständige Kostentransparenz, erstklassige Qualität dank teilweiser Kooperation und eine persönliche Note vor Ort. Es bedeutet auch ganz klar eine Aufwertung der Arbeitsplätze, die Motivation steigt und die Freude, seine Patienten im Regionalspital bestens betreuen zu können, ist gross. Dazu kommen bei der Wahl eines effizient arbeitenden Partners kurze Wege, blitzschnelle Informationen und betriebswirtschaftliche Vorteile, die zählen.	
Weiterführende Unterlagen	…können bei Ramon Soler angefordert werden. Tel.: 056 269 41 01	

I Schlusswort und Ausblick

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an unseren Qualitätsbericht.
Allen unseren Patienten, Mitarbeitenden und Zuweiser danken wir für Ihr Vertrauen.

Wir garantieren Ihnen, dass wir nicht aufhören werden uns zu verbessern.

Eines steht dabei immer uneingeschränkt im Fokus *aller* unserer Aktivitäten: das Wohl und die Zufriedenheit unserer Patienten – damit die ‚Abstimmung mit den Füssen', die heute wie gestern der wichtigste Masstab für den Erfolg eines Leistungserbringers ist, auch in Zukunft zu unseren Gunsten ausfällt.

Ramon Soler
Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe AG
Spital Leuggern und Spital Menziken

Herausgeber

Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/dienstleistungen/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 Gremien und Partner

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

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

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa

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.spitalinformation.ch nahe zu legen.

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

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). Die Begleitkommission Qualitätsempfehlung der SAMW prüft publizierte Qualitäts-berichte und befürwortet die einheitliche Verwendung der strukturierten H+ Vorlage.