

Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

28. Mai 2021
René Huber, Vorsitz Geschäftsleitung Asana Gruppe AG

Version



Asana Spital Menziken AG

www.spitalmenziken.ch



Akutsomatik

Impressum

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

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2020

Ramon Soler
Qualitätsverantwortlicher
062 765 36 50
ramon.soler@spitalmenziken.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	13
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	13
4.5 Registerübersicht	14
4.6 Zertifizierungsübersicht	15
QUALITÄTSMESSUNGEN	16
Befragungen	17
5 Patientenzufriedenheit	17
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	17
5.2 Eigene Befragung	19
5.2.1 Interne Befragung zur Patientenzufriedenheit	19
5.2.2 Befragung Rettungsdienst	20
5.2.3 Patientenzufriedenheit in der Physiotherapie	22
5.2.4 Befragung in der Notfallabteilung ASM	23
5.3 Beschwerdemanagement	24
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
8 Zuweiserzufriedenheit	25
8.1 Eigene Befragung	25
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit Spital Menziken	25
Behandlungsqualität	26
9 Wiedereintritte	26
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	26
10 Operationen	27
10.1 Eigene Messung	27
10.1.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	27
11 Infektionen	28
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	28
11.2 Eigene Messung	30
11.2.1 Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP)	30
12 Stürze Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
13 Wundliegen Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	

	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15	Psychische Symptombelastung	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
16	Zielerreichung und Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17	Weitere Qualitätsmessung	31
17.1	Weitere eigene Messung	31
17.1.1	Medikationsfehler	31
18	Projekte im Detail	32
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	32
18.1.1	Prozessmanagement	32
18.1.2	Sichere Medikation	33
18.1.3	Konzept und Standard Schmerzbehandlung	33
18.1.4	Händehygiene Compliance HHC	33
18.1.5	Vorschlagwesen	33
18.1.6	Beschwerdemanagement	34
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020	35
18.2.1	Re-Zertifizierung	35
18.2.2	Praxisentwicklung in der Pflege	35
18.2.3	Level-up Room	36
18.2.4	Chuchi Futura	37
18.2.5	Neue digitale Patientenkommunikation	0
18.2.6	Skill & Grade Mix	38
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	39
18.3.1	sanaCERT suisse Zertifizierung	39
19	Schlusswort und Ausblick	40
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		41
Akutsomatik		41
Herausgeber		42

1 Einleitung

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

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

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

Folgende Standards wurden seither zertifiziert:

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

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

Asana Gruppe AG erhält erneut Bestnoten

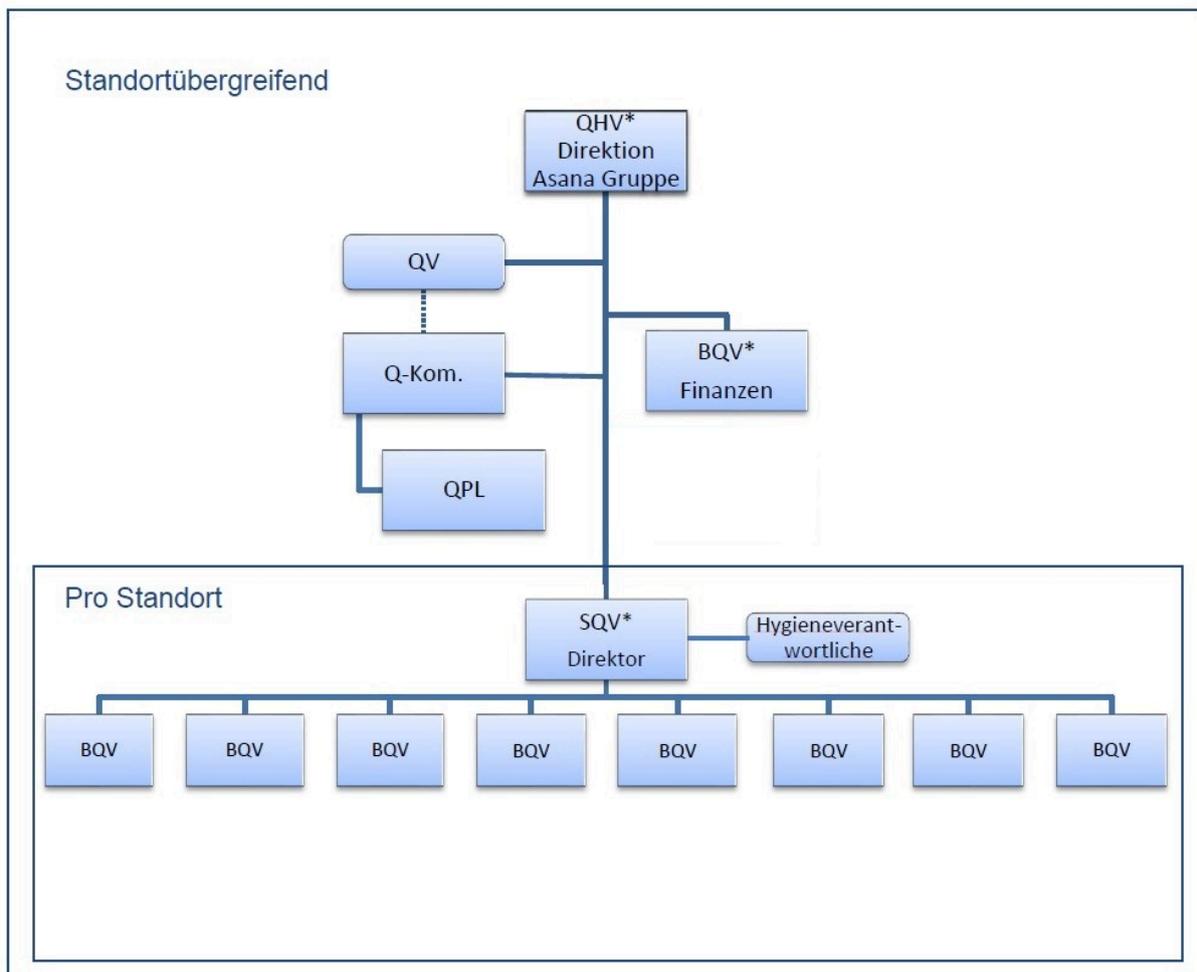
Nach dem erfolgreichen Erstaudit im Jahr 2014 und Bestätigung durch die Re-Zertifizierung im Jahr 2017, folgte der Härtestest Mitte September 2020. Die beiden Standorte mussten das sanaCERT Audit nochmals bestehen. Während zwei Tagen sind die Asana Spitäler und Pflegeheime von Leuggern und Menziken durch vier Auditoren (Experten aus anderen Spitälern und Pflegeheimen) überprüft worden. Das Resultat lässt sich sehen: Von 32 möglichen Punkten hat die Asana Gruppe 27 erhalten, für die Zertifizierung hätten 20 Punkte gereicht. Auf dieses komfortable Ergebnis dürfen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und alle Belegärztinnen und Belegärzte, die in der täglichen Arbeit ihr Bestes geben, stolz sein.

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

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Legende:

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

HR Human Resources

QHV Qualitätshauptverantwortung Asana Gruppe AG

Q-Komm. Qualitätskommission

QPL Qualitätsprojekteleitungen

QV Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe AG

SQV Standort- Qualitätsverantwortung

* Vertretung aus der Geschäftsleitung

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Ramon Soler
Qualitätsverantwortlicher
062 765 36 50
ramon.soler@spitalmenziken.ch

3 Qualitätsstrategie

Unsere Vision

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

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

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

- Die ANQ Messungen werden gemäss ANQ-Messplan durchgeführt
- Das dritte sanaCERT Re-Zertifizierungsaudit ist erfolgreich
- Umsetzung Prozessmanagement

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

- Die 5 ANQ Messungen wurden Termingerecht und erfolgreich durchgeführt
- Das sanaCERT Überwachungsaudit vom 26. September 2019 nach der Norm EN ISO/IEC 17021:2011 war erfolgreich. Es wurden keine Auflagen und zwei Empfehlungen ausgesprochen.
- Die Umsetzung des Prozessmanagements ist im vollem Gange. Im Jahr 2020 wurden über 30 neue Prozesse formuliert und eingeführt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse, curafutura und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:	
<i>Patientenzufriedenheit</i>	
▪	Interne Befragung zur Patientenzufriedenheit
▪	Befragung Rettungsdienst
▪	Patientenzufriedenheit in der Physiotherapie
▪	Befragung in der Notfallabteilung ASM
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>	
▪	Zuweiserzufriedenheit Spital Menziken
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:	
<i>Operationen</i>	
▪	Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
<i>Infektionen</i>	
▪	Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP)
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>	
▪	Medikationsfehler

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Einführung Prozessmanagement

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

Optimierung Qualitätsmanagement

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

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2011 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

Bemerkungen

Im Jahr 2017 wurde das CIRS Konzept erstmals überarbeitet. Im Jahr 2020 wurden neue Meldekreise implementiert.

CIRS-Meldungen können auch namentlich erfasst werden.

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

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2019 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin ([IQM](#)) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

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

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

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://asana.ch/index.php?id=667> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

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

Bemerkungen

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

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
anresis.ch ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern www.anresis.ch www.infect.info	2017
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit jeher
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	seit jeher
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/	2013

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	krebsregister-aargau.ch/	
NICER Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung www.nicer.org	

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
2Q	Alle Bereiche	2002	2008	
sanaCERT suisse	Gesamte Asana Gruppe	2014	2020	
IVR Zertifizierung	Rettungsdienst Menziken	2011	2016	Nächste Rezertifizierung 6. Juni 2021

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2019 (CI* = 95%)
	2016	2017	2018	
Asana Spital Menziken AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.21	4.14	4.00	3.94 (3.70 - 4.60)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.73	4.56	4.60	4.27 (3.90 - 4.90)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.70	4.61	4.41	4.44 (4.10 - 4.90)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.60	4.56	4.47	4.32 (4.00 - 4.90)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.19	4.10	3.96	3.74 (3.60 - 4.50)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	94.10 %	93.50 %	93.20 %	84.40 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2019				205
Anzahl eingetreffener Fragebogen	67	Rücklauf in Prozent		33 %

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

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

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

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Interne Befragung zur Patientenzufriedenheit

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

Die Fragebogen und Eingabemethoden der beiden Spitäler unterscheiden sich.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Die Befragung hat in allen Pflegeabteilungen stattgefunden.
Es werden alle stationären Patientinnen und Patienten eingeschlossen.

Das Instrument ergibt keinen Gesamtscore.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

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

Die Fragen sind in folgende Bereiche gegliedert:

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

Mittels Fliesstext können je nach Wunsch weitere Angaben gemacht werden

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

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.2.2 Befragung Rettungsdienst

Nach der letzten Erhebung in den Jahren 2016/2017 wurde die Befragung der Patienten für zwei Jahre pausiert. Nach der Umsetzung verschiedener Massnahmen, welche aus der Analyse von September 2017 hervorgingen, wurden die Patienten von Juli 2019 bis Dezember 2019 und im 2020 erneut befragt. Um die Ergebnisse der erneuten Befragung direkt mit der letzten Befragung vergleichen zu können, wurden weder die Fragen noch deren Formulierung geändert. Auf diese Weise konnte der Erfolg der umgesetzten Massnahmen direkt überprüft werden. Auch bei dieser Befragung hatten die Patienten die Möglichkeit mittels Freitext eine individuelle Rückmeldung abzugeben.

Empfängergruppe

Bei der letzten Befragung wurde allen Patienten NACA

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

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

Befragungstool

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

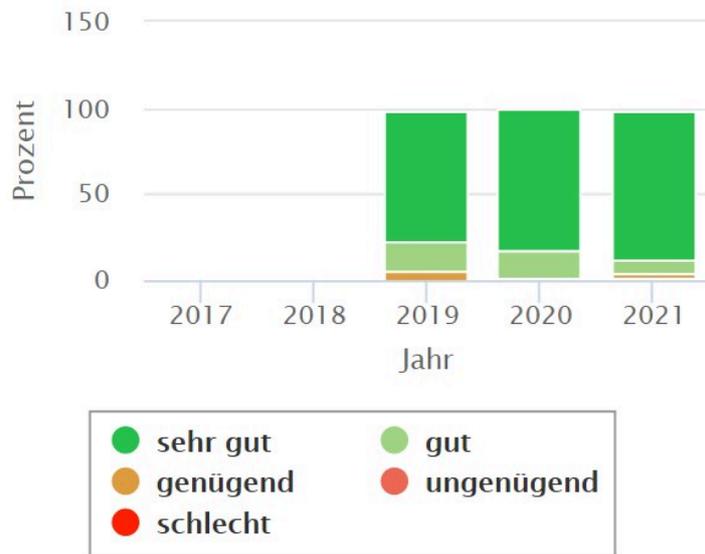
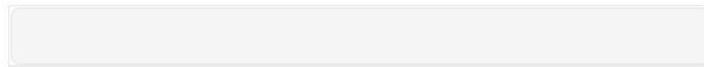
- Frage 1: Wurden Sie ausreichend über die Massnahmen des Rettungsdienstes informiert?
Frage 2: Wie verständlich waren die Informationen die Sie erhielten?
Frage 3: Fühlten Sie sich vom Rettungsteam respektvoll behandelt?
Frage 4: Wie wurde auf Ihre Bedürfnisse und Probleme eingegangen?
Frage 5: War das Rettungsteam freundlich und zuvorkommend?
Frage 6: Wurden Angehörige oder Beteiligte angemessen mit einbezogen?
Frage 7: Wie schätzen Sie die Fachkompetenz des Rettungsteam ein?
Frage 8: Wie gut arbeitete das Rettungsteam Ihrer Meinung nach zusammen?
Frage 9: Gestaltete sich der Aufenthalt im Rettungswagen möglichst bequem und angenehm?
Frage 10: Beurteilen Sie den Gesamteindruck, den der Rettungsdienst bei Ihnen hinterlassen hat.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Rettungsdienst

Es wird das gesamte Patientenkollektiv befragt. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

1.1 RD Patientenzufriedenheit



Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.2.3 Patientenzufriedenheit in der Physiotherapie

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

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt. Stationäre und ambulante Physiotherapiepatientinnen und Physiotherapiepatienten Es werden alle ambulante und stationäre Patientinnen und Patienten befragt. Die Teilnahme ist freiwillig.

1.3 Physiotherapie Patientenzufri...



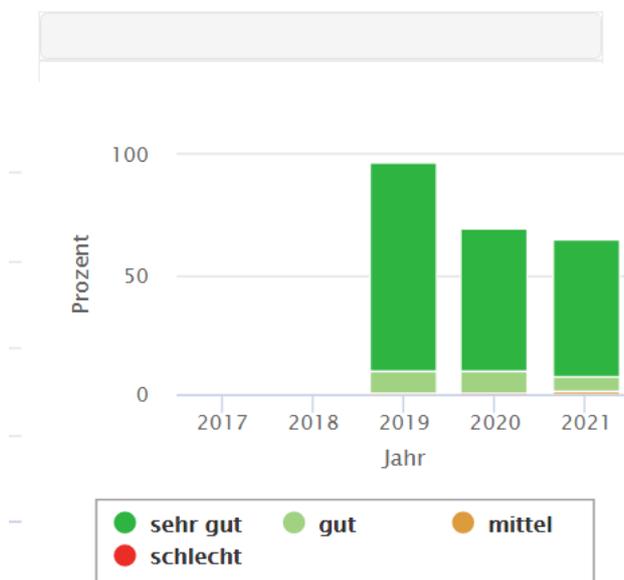
Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.2.4 Befragung in der Notfallabteilung ASM

Auf der Notfallabteilung im Asana Spital Menziken wird die Patientenzufriedenheit gemessen. Die Befragung beinhaltet Fragen zur Begrüssung, Wartezeit, Ausschliederung, Umgang und Kompetenz des Gesundheitsfachpersonals, Gesamteindruck und Weiterempfehlung. Darüber hinaus werden in Freitextform Anregungen zur Verbesserung aufgenommen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Notfallabteilung

1.1 Patientenzufriedenheit Notfall...



Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Asana Spital Menziken AG

Beschwerdemanagement & Vorschlagwesen
im Intranet

Ramon Soler

Qualitätsverantwortlicher

062 765 36 50

ramon.soler@spitalmenziken.ch

Mo.-Fr. 08.00-16.30

Die Asana Gruppe AG hat ein
Kooperationsvertrag mit der Schweizerische
Stiftung SPO Patientenorganisation
Häringstrasse 20 8001 Zürich www.spo.ch

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserzufriedenheit Spital Menziken

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

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

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Anzahl der Rückmeldungen ist für eine Publikation zuwenig repräsentativ.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017	2018
Asana Spital Menziken AG				
Verhältnis der Raten*	1.21	1.25	1.2	1.11
Anzahl auswertbare Austritte 2018:				2630

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Daten aus dem SQLape®-Monitor zum Indikator der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen werden durch das Medizincontrolling analysiert und auffällige Werte kontrolliert. Bei einer Häufung von auffälligen Werten, werden diese den Abteilungen weitergeleitet und dort bei Bedarf in Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen thematisiert.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

10 Operationen

10.1 Eigene Messung

10.1.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

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

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

Weiterführende Informationen: www.sqlape.com

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Alle interdisziplinäre Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020:
(Unterbruch der Messperiode, vom 1. März bis 31. Mai 2020, infolge der Covid-19-Pandemie)

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2020 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2020 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2020 (CI*)
			2017	2018	2019	
Asana Spital Menziken AG						
Blinddarm-Entfernungen	30	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 11.60%)
Hernienoperationen	60	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 6.00%)

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2018 – 30. September 2019:

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
Asana Spital Menziken AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	43	1	0.00%	0.00%	2.30%	1.10% (0.00% - 6.30%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die niedrige Fallzahlen lassen keine Interpretation der Ergebnisse zu.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

11.2 Eigene Messung

11.2.1 Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP)

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

Diese Messung haben wir im Monat April durchgeführt.

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Medikationsfehler

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Alle Pflegeabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Das Verfahren ist noch nicht standardisiert.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Prozessmanagement

Projektart

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

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

Projektziel

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

Projekttablauf / Methodik

Klassische Projektorganisation und -ablauf.

Reviews

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

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

Schulungen

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

Qualitätschecks

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

Berufsgruppen

Alle Bereiche.

18.1.2 Sichere Medikation

Projektart

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

Projektziel

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

Projekttablauf / Methodik

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

Berufsgruppen

Alle ärztliche und pflegerische Berufsgruppen.

18.1.3 Konzept und Standard Schmerzbehandlung

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

18.1.4 Händehygiene Compliance HHC

Ziel: Erhöhung der Patientensicherheit

18.1.5 Vorschlagwesen

Ziel: Verbesserung der Prozesse und Abläufe

18.1.6 Beschwerdemanagement

Ziel: Erhöhung der Kundenzufriedenheit, aus Fehlern lernen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

18.2.1 Re-Zertifizierung

Im 2020 konnte zum dritten Mal ein Qualitäts-Audit von sanaCERT suisse mit 27 von 32 möglichen Punkten erfolgreich abgeschlossen werden.

Dies ist umso erfreulicher, als die Überprüfung Corona-bedingt unter erschwerten Voraussetzungen stattfand.

Das Zertifikat weist nach, in welchem Masse die Elemente des Qualitätsmanagements abgedeckt, dokumentiert und gelebt werden, die zur Optimierung der Unternehmensleistungen führen. Die Bestnote spornt uns an, das hohe Qualitätsniveau auch in Zukunft weiter zu pflegen.

18.2.2 Praxisentwicklung in der Pflege

Implementierung von Pflegeexperten/innen als Chance zur Erhöhung der Versorgungsqualität

Ausgangslage/Ziel: Die zunehmende Ökonomisierung, Rationierung und Komplexität im Gesundheitswesen sowie das Verlangen nach evidenzbasierten Interventionen fordern Pflegefachpersonen stark heraus. Die Neuentwicklung führt zu einem Umdenken und verlangt neue Berufsrollen in der Pflege. International und national haben sich Pflegenden mit einem wissenschaftlichen Abschluss als Pflegeexperten/innen in Gesundheitsinstitutionen etabliert. Als Generalisten oder Spezialisten agieren sie im Sinne einer erweiterten Praxisentwicklung und sind bestrebt die Pflegequalität auf hohem Niveau zu sichern. Nebst der Implementierung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis, arbeiten Pflegeexperten/innen als "Facilitator" eng mit den Pflegenden zusammen. Sie stellen Wissen zur Verfügung, arbeiten in der direkten Pflege mit und lancieren Praxisentwicklungsprojekte. Die Asana Spital Menziken AG hat im Mai 2020 eine Pflegeexpertin angestellt, mit dem Ziel die Versorgungsqualität in der Pflege zu steigern.

Projektorganisation/Methodik: Damit eine erfolgreiche Einführung der neuen Rolle in die Organisation gelingt, wurden die neun Implementierungsschritte des PEPPA-Frameworks zu Hilfe gezogen. In einem ersten Schritt wurden vor Stellenantritt der Pflegeexpertin, die Patientenpopulation und das Versorgungsmodell definiert. Ebenso wurde ein Stellenbeschrieb für die neue Rolle erstellt. In Anlehnung an das Implementierungsinstrument wurde durch die Pflegeexpertin eine Bedarfsanalyse erhoben, welche in einem ersten Teil Versorgungslücken durch Hospitationen, Beobachtungen und Gesprächen mit wichtigen Stakeholdern aufgezeigt. Weitere wichtige Bestandteile der Bedarfsanalyse werden eine Selbst- und Fremdeinschätzung der Abteilungen sowie eine Kundenbefragung sein.

Ergebnisse: Die Teil-Auswertung der Bedarfsanalyse hat ergeben, dass Handlungsbedarf in den Bereichen Zusammenarbeit, Organisation, Pflegequalität und Fachwissen besteht. Eine definitive Auswertung aller Daten erfolgt ab Oktober 2021.

Fazit: Es wurden Defizite in verschiedenen Bereiche der Pflege festgestellt. Welche Rolle und welche Aufgaben die Pflegeexpertin zur Verbesserung der Versorgung übernimmt, wird mit der Leitung Departement Pflege & MTTD vereinbart. Bis Ende Mai 2021 werden Ziele und Aufgabenschwerpunkte für die bereits festgestellten Versorgungslücken festgelegt und priorisiert. In einem weiteren Schritt wird ein Massnahmekatalog zur Zielerreichung erarbeitet. Experten rechnen mit einem Zeitrahmen von drei bis fünf Jahren, bis die neue Rolle "Pflegeexperte/in" fest im Pflege- und Spitalalltag verankert. Damit die Integration der Pflegeexpertise im Asana Spital Menziken erfolgreich gelingt, wird fortlaufend der Implementierungsprozess evaluiert und gegebenenfalls angepasst.

18.2.3 Level-up Room

Ausgangslage: Patienten/innen sind auf vielfältige Weise im Spitalumfeld gefährdet. Dies kann durch unsichere Umgebungsfaktoren, durch inadäquate Handhabung von Materialien, Verwechslungen aller Art, unkorrekt durchgeführte oder fehlende Handlungen wie auch nicht eingehaltene Hygiene passieren. Diese Gefährdungen können für Patienten/innen zu schwerwiegenden Ereignissen führen. Grundsätzlich sind die Gefahren für den/die Patienten/in bekannt, bleiben infolge eines oft eingeschränkten Situationsbewusstseins jedoch oft unentdeckt. Der von der Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte "Room of Horrors" ist ein innovativer, kostensparmer und erfolgreicher Ansatz, das Situationsbewusstsein im Spitalalltag zu schärfen. Es handelt sich hierbei um simpel ausgestattete Simulationsräume, in denen die Patientensicherheit trainiert wird. Der "Room of Horror" eignet sich sehr gut für kleine Spitäler ohne Simulationszentrum, da keine spezielle Ausstattung angeschafft werden muss. Jede/r Mitarbeiter/in kann teilnehmen und ist interprofessionell, hierarchie- und erfahrungsübergreifend. Die Asana Spital Menziken AG (ASM) misst in ihrem Leitbild der Erweiterung der Fachkompetenz einen besonders hohen Stellenwert zu. So fördert das ASM interaktives, disziplinübergreifendes und interprofessionelles Lernen für jede/n Mitarbeiter/in mit dem Ziel, die Qualität zu steigern und die Patientensicherheit zu erhöhen. In Anlehnung an den "Room of Horrors" wurde im ASM der "Level-up Room" lanciert.

Ziel: Das ASM will eine lernende Institution sein. Die Mitarbeiter/innen sollen für die Gefahren in der Patientensicherheit sensibilisiert werden. Mit Hilfe des "Level-up Room" sollen die Beobachtungsgabe, das kritische Denken, das Situationsbewusstsein und die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch gemeinsames Lernen gefördert werden.

Projektorganisation: Die Arbeitsgruppe, bestehend aus den Bereichsleitungen Pflege, der Berufsbildungsverantwortlichen und der Pflegeexpertin, erhielt im Herbst 2020 von der Leitung Departement Pflege & MTTD den Auftrag, einen "Level-up Room" zu kreieren.

Methodik: Gemeinsam wurde ein realitätsnaher Fall, in welchem eine CIRS-Meldung integriert war, mit Hilfe der Applikationsverantwortlichen im Patientendokumentationssystem erstellt. Ein freistehendes Zimmer wurde anlag eines Patientenzimmers der Akutabteilung eingerichtet und die gewünschten Fehler eingebaut. Nach Information und Begehung der Departementsleitungen Operative Medizin und Innere Medizin sowie den Berufsbildnerinnen, konnte der "Level-up Room" Mitte März 2021 erfolgreich mit dem Team der Akutabteilung starten. Die Teilnehmer/innen, bestehend aus einem Team zwischen drei und vier Personen, wurden vor Betreten des "Level-up Rooms" instruiert. Sie konnten sich wie gewohnt im Patientendokumentationssystem einlesen und starteten anschliessend interdisziplinär die Fehlersuche. Nach der Begehung wurden die Teilnehmer/innen über die eingebauten Fehler informiert.

Fazit: Ein reger und konstruktiver Austausch konnte stattfinden. Der im Anschluss an den "Level-up Room" ausgefüllte Evaluationsbogen, ergab durchwegs positive Rückmeldungen und führte zu einer Sensibilisierung mit grossem Lernerfolg. Während eines Monats stand der Simulationsraum den Mitarbeiter/innen der Akutabteilung zur Verfügung. Nach Beendigung wurden Kennzahlen erfasst und mit der Leitung Departement Pflege & MTTD, den Bereichsleitungen, der Berufsbildungsverantwortlichen sowie der Pflegeexpertin besprochen. Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit und der Pflegequalität wurden generiert und werden im weiteren Verlauf umgesetzt. Der nächste Patientenfall für den Level-up Room ist erstellt und wird Ende Mai 2021 seine Türen für die Langzeitpflege öffnen.

18.2.4 Chuchi Futura

Das Spital Menziken legt Wert auf eine gepflegte Küche, die mit feinen Menüs sowohl für die Patienten als auch für interne und externe Gäste aufwartet.

Um auch für die Zukunft gerüstet zu sein, wurden etliche Geräte und Einrichtungen erneuert, aber auch die Funktionen und Abläufe bedürfnisgerecht angepasst.

So erhielt z.B. die Langzeitpflege neu ein Buffet, das es den Bewohnenden erlaubt, ihr Essen selber zu schöpfen und gemeinsam im Aufenthaltsraum oder im Zimmer zu geniessen. Gleichzeitig konnte auch der externe Mahlzeitendienst optimiert werden.

18.2.5 Skill & Grade Mix

Ausgangslage

Im Asana Spital Menziken wird seit Januar 2019 der Skill & Grad Mix auf folgenden Abteilungen erarbeitet und eingeführt:

Akut- und Pflegeheim, Ambulatorium und operativer Bereich.

(Skill Mix bezeichnet unterschiedliche Berufserfahrungen und individuelle Fähigkeiten der Mitarbeitenden, Grade Mix benennt unterschiedliche Ausbildungen und Weiterbildungen).

Nebst einem kompetenzgerechten Einsatz der Mitarbeitenden, wird parallel ein Augenmerk auf das Lean-Hospital gesetzt, mit Fokus Materialbewirtschaftung, standardisierte Prozesse und Huddle Board.

Die Projektorganisation besteht nebst der Projektleitung, der Leitung Departement Pflege & MTTD, den Abteilungs- respektive Bereichsleitungen und delegierte Professionen der jeweiligen Abteilungen, die von den Führungspersonen genannt

werden. An den Workshops werden alle Mitarbeitenden miteinbezogen, um einen möglichst grossen Nutzen zu erzielen und das Projekt breit abzustützen.

Ziele

- Kompetenzgerechter Einsatz der Professionen
- Das Lean Management wird im Bereich eingeführt
- Die Ressourcen innerhalb des Bereiches werden optimiert
- Die interprofessionelle Arbeitsteilung wird definiert und eingeführt
- Der Skill- & Grade Mix (SGM) wird berechnet
- Organisationsform der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Pflege wird festlegt
- Die kontinuierliche Prozessoptimierung ist etabliert

Methode

Die Methode basiert auf der Lean-Philosophie. In einem 1. Schritt erfolgen begleitende Beobachtungen (GEMBA) der verschiedenen Professionen mit Innen- und Aussensicht, mit dem Fokus auf Verschwendungen zur Wertschäftungsoptimierung.

An gemeinsamen Workshops werden mittels Wertstrom die Arbeitsabläufe analysiert, die Verschwendungen aus den Prozessen eliminiert und Massnahmen mit Verantwortungen und Umsetzungsplan definiert. Diese werden in regelmässigen Abständen mit den Mitarbeitenden überprüft und ggf. angepasst. Die Dokumentation erfolgt im Klinikleitsystem.

Lessons Learnt

Ein wichtiger Aspekt der Skill & Grad Mix Entwicklung ist die Nachhaltigkeit zu sichern, um nicht wieder in organisch gewachsene Strukturen zu verfallen. Dies wird durch die Projektleitung in regelmässigen Abständen überprüft. Für eine nachhaltige Umsetzung ist vor allem auch die Führung gefordert, die erarbeiteten Massnahmen bei den Mitarbeitenden einzufordern und den Change Prozess wohlwollend zu begleiten.

Fazit

Im operativen Bereich, konnte mit dem Projekt eine Erfolgsgeschichte geschrieben werden. Die Kultur und Zusammenarbeit haben sich über die beteiligten Professionen kontinuierlich verbessert, so dass wir das Projekt erfolgreich abschliessen und implementieren konnten. In den anderen Bereichen müssen wir (aufgrund von Corona 07.05.2021 und Führungswechsel) die Massnahmen weiterbearbeiten und weitere Abstimmungen vornehmen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 sanaCERT suisse Zertifizierung

Hervorragende Qualität auch unter schwersten Bedingungen

Trotz den steigenden Herausforderungen in Mitten der Corona Pandemie, hat sich die Asana Gruppe AG zum dritten Mal durch eine externe Zertifizierungsstelle überprüfen lassen und dabei Bestnoten erhalten.

Die Asana Gruppe AG leistete bereits im Jahr 2014 Pionierarbeit

2014 wurde die Asana Gruppe zum ersten Mal auditiert. Die Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung ist eine spezialisierte Zertifizierungsstelle im Gesundheitswesen. Wer das Zertifikat nach sanaCERT vorweisen kann, musste eine anspruchsvolle Überprüfung über sich ergehen lassen. Als erste Spitalgruppe in der Schweiz hat die Asana Gruppe AG ein gemeinsames Qualitätsmanagementsystem für zwei Akutspitäler und zwei Pflegeheime entwickelt, umgesetzt und bereits dreimal überprüfen lassen. Seit Dezember 2012 arbeiten, geleitet durch Ramon Soler, Qualitätsverantwortlicher der Asana Gruppe, acht interprofessionelle Teams an der Entwicklung und Einführung von Standards.

Asana Gruppe AG erhält erneut Bestnoten

Nach dem erfolgreichen Erstaudit im Jahr 2014 und Bestätigung durch die Re-Zertifizierung im Jahr 2017, folgte der Härtestest Mitte September 2020. Die beiden Standorte mussten das sanaCERT Audit nochmals bestehen. Während zwei Tagen sind die Asana Spitäler und Pflegeheime von Leuggern und Menziken durch vier Auditoren (Experten aus anderen Spitäler und Pflegeheim) überprüft worden. Das Resultat lässt sich sehen: Von 32 möglichen Punkten hat die Asana Gruppe 27 erhalten, für die Zertifizierung hätten 20 Punkte gereicht. Auf dieses komfortable Ergebnis dürfen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und alle Belegärztinnen und Belegärzte, die in der täglichen Arbeit ihr Bestes geben, stolz sein. Sie haben den Nachweis erbracht, dass das Qualitätsmanagementsystem (QM):

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

Die Zertifizierungskommission von sanaCERT suisse hat am 24. November 2020, gestützt auf die Ergebnisse des Re-Zertifizierungsaudits, entschieden, dass das Qualitätsmanagement der Asana Gruppe AG für weitere drei Jahre, d.h. bis zum 17. Dezember 2023 zertifiziert wird.

Auf kantonaler Ebene positioniert sich die Asana Gruppe durch diese externe Bestätigung eines funktionierenden Qualitätsmanagements verstärkt als bedarfsgerechter, wirtschaftlich und qualitativ hochstehender Leistungserbringer in der Grundversorgung.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und alle Belegärztinnen und Belegärzte der Spitäler und Pflegeheime der Asana Gruppe nehmen ihre Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit auch unter erschwerten Bedingungen wahr. Qualität ist dabei Ausdruck ihrer Orientierung und direkter Massstab für ihre tägliche Arbeit, ganz im Sinne ihres Mottos: *"Mir läbed Nöchi"*.

19 Schlusswort und Ausblick

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an unseren Qualitätsbericht.

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

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

Ramon Soler

Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe AG

Dipl. Nonprofitmanager MAS FH

Dipl. Qualitätsmanager NDS HF

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

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

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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