

Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2008



Asana Gruppe AG
Spital Menziken
Spitalstrasse 1

5737 Menziken

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Einleitung	3
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick	4
3.1	Kontaktangaben	4
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	4
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital	4
4	Kennzahlen	5
4.1	Versorgungsstufe	5
4.2	Personalressourcen	5
4.3	Fallzahlen	5
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	6
4.5	Top Ten-Diagnose stationär	6
4.6	Top Ten- Eingriffe	7
4.7	Altersstatistik	8
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	9
4.9	Mortalitätszahlen	9
4.9.1	<i>Spitaleigene Mortalitätserhebung</i>	9
4.9.2	<i>Mortalitätszahlen BAG / Helios</i>	9
4.9.3	<i>Umgang mit Todesfällen im Spital</i>	9
5	Zufriedenheitsmessungen	10
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen	10
5.1.1	<i>Gesamtzufriedenheitsmessung</i>	10
5.1.2	<i>Detaillierter Ausweis</i>	10
5.2	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	11
5.3	Mitarbeiterzufriedenheit	11
5.4	Zuweiserzufriedenheit	12
6	Qualitätsindikatoren	13
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	13
6.1.1	<i>Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape</i>	13
6.1.2	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation</i>	13
6.2	Infektionen	13
6.2.1	<i>Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ</i>	13
6.2.2	<i>Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen</i>	14
6.2.3	<i>Präventionsmassnahmen</i>	14
6.3	Komplikationen	15
6.3.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	15
6.3.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	15
6.4	Pflegeindikator „Stürze“	16
6.4.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	16
6.4.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	16
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	17
6.5.1	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen</i>	17
6.5.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	17
6.6	Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren	17
7	Qualitätsaktivitäten	20
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	20
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	21
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	22
8	Schlusswort und Ausblick	22

2 Einleitung

Das Asana Spital Menziken ist ein öffentliches Regionalspital. Wir stellen als regionales Gesundheitszentrum mit insgesamt 130 Betten im Akutspital und Pflegeheim die stationäre Grundversorgung in der Region AargauSüd sicher.

Mit einem motivierten Team erfüllen wir die Bedürfnisse und Erwartungen unserer Patienten und Bewohner. Gegenseitiges Vertrauen, zwischenmenschliche Wertschätzung und eine Portion Mut – Veränderungen mit Zuversicht anzupacken – sollen uns dabei begleiten. Wenn dann noch eine Prise Humor und Fröhlichkeit Platz hat, dann sind wir eine starke Mannschaft. Eine Mannschaft, die auch der Firmenkultur hohe Bedeutung beimisst.

Die Spitäler Leuggern und Menziken haben im Jahr 2001 eine Neuausrichtung vorgenommen und sich zur Asana Gruppe AG zusammengeschlossen. Die neue Firma ist seit dem 1. Januar 2002 operativ tätig. Die Struktur beider Standorte bleibt grösstenteils bestehen und beide Betriebe sind mit viel Kompetenz und Verantwortung ausgestattet.

Anstelle der beiden Spitalvorstände hat ein Verwaltungsrat die strategische Führung übernommen. Trägerschaft des Spitals Menziken ist aber nach wie vor der Spitalverein Oberwynen- und Seetal, Menziken.

Die Spitalleitung nimmt die operative Führung des Spitals Menziken wahr.

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Sandra Kwiatecki-Rudolph	062-7653650	sandra.kwiatecki-rudolph @spitalmenziken.ch	Qualitätsbeauftragte

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Titel, Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet	Tätigkeits-% für Q-Bereich
Beat Füglistaler	062-7653122	beat.fueglistaler @spitalmenziken.ch	Direktor	10%
Silvia Hausner	062-7653156	silvia.hausner @spitalmenziken.ch	Leitung Pflegedienst	10%
Sandra Kwiatecki-Rudolph	062-7653650	sandra.kwiatecki-rudolph @spitalmenziken.ch	Qualitätsbeauftragte	60%

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Das Qualitätsmanagement ist dem Direktor unterstellt und fixes Traktandum an der monatlichen Spitalleitungssitzung.

4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BfS		
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 1 (K111): Zentrumsversorgung	5 Unispitäler
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 2 (K112): Zentrumsversorgung	Betriebe mit 9000 - 30000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 3 (K121): Grundversorgung	Betriebe mit 6000 - 9000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 4 (K122): Grundversorgung	Betriebe mit 3000 - 6000 stationären Fällen
X	Versorgungsniveau 5 (K123): Grundversorgung	Betriebe mit 0 - 3000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Chirurgie (K231)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie (K232)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Pädiatrie (K233)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Geriatrie (K234)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Diverse Spezialkliniken (K235)	

4.2 Personalressourcen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	x	Eigene Erhebung

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen und Details (Kader, Assistenten, Belegsärzte etc.)
Ärzte	25	
Pflege	89	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	48	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie (nicht medizinisch)	77	
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	31	
Kommentar zu den Personalressourcen		

4.3 Fallzahlen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	x	Eigene Erhebung

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle			Anzahl teilstationäre und ambulante Fälle			Bemerkungen
	Alter	0-19	20-64	65 -	0-17	18-65	
Medizin		35	588	720			
Chirurgie & Urologie		146	1069	433			
Geburtshilfe		9	204	0			
Gynäkologie		3	114	19			
Prothetik		0	58	119			
Gesamt							
Kommentar zu den Fallzahlen							

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	x	Eigene Erhebung
Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen	
Pflegetage	19886	Ohne Säuglinge	
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	5.6	Ohne Säuglinge	
Geburten (stationär und ambulant)	217		
Operationen stationär			
Operationen ambulant und teilstationär			
Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen			

4.5 Top Ten-Diagnose stationär

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	X	Eigene Erhebung	
Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen [%]	ICD-Code	Beschreibung: ICD ausgeschrieben
1	191	5,08%	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus
2	82	2,18%	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
3	77	2,05%	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulceration oder Entzündung
4	71	1,89%	S83.2	Meniskusriss, akut
5	65	1,73%	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän
6	65	1,73%	O80.0	Spontangeburt aus Schädellage
7	62	1,65%	J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie
8	61	1,62%	S83.7	Verletzung mehrerer Strukturen des Knies
9	49	1,30%	M23.33	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus
10	46	1,22%	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter
Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär				
Es handelt sich ausschliesslich um die jeweiligen Hauptdiagnosen.				

4.4 Top Ten- Eingriffe

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik		X	Eigene Erhebung
Rang	Anzahl Eingriffe	Anteil an stationären Fällen [%]	CHOP-Code	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1	373			Arthroskopie Kniegelenk
2	273			Arthroskopie Kniegelenk + Resektion Meniscus medialis / Meniscus lateralis (partiell / total)
3	118			Arthroskopie der Schulter
4	78			Knietotalendoprothese
5	61			Varizenstripping, V.saphena magna
6	53			Operative Versorgung einer Inguinalhernie
7	50			Hüftgelenktotalendoprothese
8	33			Cholezystektomie mittels Laparoskopie
9	27			Transurethrale Blasenresektion
10	22			Operation bei Hallux valgus
Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen				
Wir benutzen TARMED, daher keine CHOP-Codes				

4.5 Altersstatistik

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	X	Eigene Erhebung

Kategorie	Alter	Anzahl männliche Patienten ♂	Anzahl weibliche Patientinnen ♀
1	0 bis 1	102	114
2	2 bis 4	0	0
3	5 bis 9	11	5
4	10 bis 14	27	21
5	15 bis 19	67	60
6	20 bis 24	79	99
7	25 bis 29	60	126
8	30 bis 34	78	146
9	35 bis 39	75	104
10	40 bis 44	118	134
11	45 bis 49	127	107
12	50 bis 54	121	137
13	55 bis 59	134	101
14	60 bis 64	153	136
15	65 bis 69	121	136
16	70 bis 74	110	139
17	75 bis 79	121	185
18	80 bis 84	114	161
19	85 bis 89	86	114
20	90 bis 94	22	45
21	95 und älter	2	7
Gesamt		1.728	2.077

4.6 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	X	Eigene Erhebung

Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	0,7540
Definition des Case-Mix-Index	
Notfallstation	X mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste <input type="checkbox"/> ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	1.717	
Notfälle ambulant und teilstationär	4.122	
Fälle Intensivpflegestation , SGI-anerkannt		
Fälle Kinder-Intensivpflegestation , SGI-anerkannt		
Verlegungen in ein anderes Spital	200	
Austritte nach Hause	3.565	
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	40	
Kommentar zu den Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives		

4.7 Mortalitätszahlen

4.7.1 Spitaleigene Mortalitätserhebung

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Resultate
Kommentar

4.7.2 Mortalitätszahlen BAG / Helios

Kommentar zu den Mortalitätszahlen BAG / Helios

4.7.3 Umgang mit Todesfällen im Spital

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital besitzt kein Begleitangebot zum Sterbeprozess
X	Ja, das Spital besitzt ein Begleitangebot zum Sterbeprozess
	Beschreibung des Begleitangebotes (z. Bsp. Verfügungen, Seelsorge, Palliative Station, Angehörigenbetreuung etc.)
	Anita Lanz, diplomierte Pflegefachfrau ist beratend tätig bezüglich Patientenverfügungen, Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung.

5 Zufriedenheitsmessungen

5.1 Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen

Name des Anbieters	Entwicklung	Name Messinstrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
OUTCOME	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert					PEQ Befragung durch OUTCOME erstmals im Juli 2009

5.1.1 Gesamtzufriedenheitsmessung

Gesamtzufriedenheit aufgrund der Frage: Würden Sie Ihren Freunden das Spital empfehlen?	Wert [%]	Bemerkungen
	78,6% sicher 19,7% wahrscheinlich	MECON Erhebung 04/08 – 08/08

5.1.2 Detaillierter Ausweis (MECON – Erhebung 04/08 – 08/08)

Bereich	Wert [%]	Medizin	Chirurgie	Andere: welche?	Bemerkungen
Ärzte	88,3%	88,3%	90%		Zufriedenheit der Patienten in den Kriterien Kompetenz, Information und Menschlichkeit
Pflege	86,6%	86,6%	87%		dito
Organisation & System	83,2%	83,2%	84,6%		dito

5.2 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON Measure & consult GmbH	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Patienten - Befragung	Fragebogen zum ankreuzen mit Freitext - Eingabe	April bis August 2008	2001 2003 2005 2008	2009 PEQ Befragung durch OUTCOME 2010 eventuell wieder durch MECON

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen und Detaillierung (nach Kliniken / Abteilungen)
Ärzte	89,5%	Zufriedenheit der Patienten in den Kriterien Kompetenz, Information und Menschlichkeit
Pflege	86,8%	dito
Organisation	84%	dito
Hotellerie	85,8%	dito
Öffentliche Infrastruktur	89,9%	dito
Kommentar		

5.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON measure & consult GmbH	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Fragebogen zum ankreuzen und Freitext-Eingabe		2005		Bisher einmalige Erhebung

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	61,8% Gesamtzufriedenheit	Die Ärzteschaft fällt in der Einzelauswertung unter die Gesamtauswertung.
Pflege	58,2% Gesamtzufriedenheit	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	70,3% Gesamtzufriedenheit	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	68% Gesamtzufriedenheit	
Gesamtinstitution	61,8% Gesamtzufriedenheit	
Kommentar		
Wenn man alle Antworten aus allen Bereichen ungewichtet im Durchschnitt berechnet, so liegen wir im Vergleich zu den anderen befragten 26 Akutspitälern knapp über im Durchschnitt.		

5.4 Zuweiserzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert					Bisher keine Erhebung

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte		
Pflege		
Andere medizinische oder therapeutische Berufe		
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie		
Gesamtinstitution		
Kommentar		

6 Qualitätsindikatoren

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte innert 30 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Auswertungsinstanz	Bemerkungen
				Bisher keine Erhebung mit SQLape Tool

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
X	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
OUTCOME	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	OUTCOME – Erhebung	Mai 2006		Bisher nur eine Erhebung

Resultate

2,3% ungeplante Rehospitalisationen 2006
1,2% ungeplante Rehospitalisationen mit Zusammenhang
0% geplante Rehospitalisationen

Kommentar

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht am Messprogramm von SwissNOSO
X	Ja, das Spital beteiligt sich an Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen (3 aus 8)

	Messthemen	Messwerte	Bemerkungen
X	Gallenblase		Erste Erhebung beginnt im Juni 2009
<input type="checkbox"/>	Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/>	Hernieoperation		
<input type="checkbox"/>	Operation am Dickdarm		
<input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/>	Herzchirurgie		
X	Hüftgelenksprothesen		Erste Erhebung beginnt im Juni 2009
X	Kniegelenksprothesen		Erste Erhebung beginnt im Juni 2009

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Infektionen
X	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Infektionen:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
OUTCOME	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	OUTCOME – Erhebung „Nosokomiale Infektionen und Spitalhygiene“	10/08 – 01/09		Erste Erhebung dieser Art

Resultate

Wundinfektionsrate bei Cholezystektomien 25%
 Wundinfektionsrate bei Eingriffen am Kolon 33,3%
 Wundinfektionsrate bei Eingriffen am oberen Sprunggelenk mit/ohne Metallimplantat 0%
 Wundinfektionsrate bei Hüftendoprothesen 0%
 Wundinfektionsrate bei Knieendoprothesen 0%
 Bakterieämierate bei Wundinfektionen nach Cholezystektomien 0%
 Bakterieämierate bei Wundinfektionen nach Eingriffen am Kolon 0%
 Mortalitätsrate bei Wundinfektionen nach Cholezystektomien 0%
 Mortalitätsrate bei Wundinfektionen nach Eingriffen am Kolon 0%

Kommentar

6.2.3 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
X	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:
	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildung des Personals (Händehygiene, non-touch-Technik, Personenschutz usw.) • Präoperative Vorbereitung (möglichst kurzer Aufenthalt vor Eingriffen, Duschen, Rasur, Antibiotikagabe zum richtigen Zeitpunkt) • Prävalenzstudie • Transurethraler Blasenkatheter Tragedauer (ist geplant, Ergebnis von der Prävalenzstudie) • Antibiotika Prophylaxe (ist geplant, Ergebnis der Prävalenzstudie) • Mitarbeiter für Wundmanagement • Aufbereitung der Medizinprodukte • Validierung der Geräte (Steri)

6.3 Komplikationen

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen	
X	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen	
	Begriffsdefinition „Komplikation“	Krankheitsverlauf, der so nicht geplant war und die Heilung erschwert, verzögert oder verhindert

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
OUTCOME	<input type="checkbox"/> intern X validiert	Erhebung „Anästhesistische Komplikationen und perioperative Beschwerden“	01/07 bis 03/07	2005 2006 2007	

Resultate

Wurden eingehend mit Spitalleitung und Anästhesie besprochen.

Kommentar

Erhebungen wurden in folgenden Bereichen durchgeführt:

- Patienten mit Regionalanästhesie-Versagen (partiell & total)
- Medikationsfehler
- Anästhesiebedingte Verletzungen
- Haut- und/oder Nervenschäden während der Anästhesie
- Hypothermien < 35°C (Kerntemperatur) am Ende der OP bei Patienten mit Temperaturmessung
- Ungeplante postoperative Nachbeatmung
- Reintubation < 1 Std. nach Extubation (bei Intubationsanästhesie)
- Reintubation < 1 Std. nach primärer Maskenbeatmung
- Reintubation < 1 Std. nach primärer Larynxmaske
- Schmerzscore > 3 (VA-Skala: 0.0 - 10.0)
- Aufklärung (Anästhesie-Risiken)
- Gelegenheit, Fragen zu besprechen
- Gefühl in Vorbereitungsphase
- Angst vor der Anästhesie
- Schmerzen vor der Anästhesie
- Warten vor der Anästhesie
- Insgesamt zufrieden
- Übelkeit nach Operation
- Erbrechen nach Operation
- Halsschmerzen nach Operation
- Heiserkeit nach Operation
- Hustenreiz nach Operation
- Gefroren nach Operation
- Wundschmerzen nach Operation
- Durst nach Operation
- Miktionsprobleme
- Andere Beschwerden

6.3.2 Präventionsmassnahmen

X	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und –instrumente:

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze	
X	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze	
	Begriffsdefinition „Sturz“	Patient wird ungewollt liegend oder sitzend auf dem Boden vorgefunden oder berichtet dies.

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Intern	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Sturzprotokolle nach jedem Sturz (Teil des Phönix – Dokumentationssystem) Dokumentation im Pflegebericht, eventuell im ärztlichen Verlaufsbericht, eventuell Anrufung des CIRS - Gremiums		nach jedem bekanntgewordenen Sturz	

Resultate

Kommentar

Die Sturzprotokolle dienen hauptsächlich der internen Dokumentation, die Abteilungsleitungen sind informiert und ziehen, falls möglich Konsequenzen. Stürze können auch im internen CIRS – Gremium thematisiert werden.

6.4.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
X	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	<p>Die Patienten werden vom Pflegepersonal individuell auf ihr Sturzrisiko hin eingeschätzt und entsprechend behandelt. Folgende Massnahmen werden hierbei getroffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung des Patienten über sein Sturzrisiko - Aufklärung hinsichtlich schwindelerregender oder sedierender Medikation - Patientenglocke stets und überall in Reichweite - Erstmobilisation nach OPs stets mit zwei Pflegekräften - Handläufe in allen Fluren - Hilfsmittel im WC- / Nasszellenbereich (Griffe, Rutschmatten, Einstiegshilfen...) - Freiheitseinschränkende Massnahmen bei verwirrten Patienten (Bettgitter...)

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
X	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Dekubitus:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
OUTCOME	<input type="checkbox"/> intern X validiert	OUTCOME Erhebung		2004 2009	Aktuelle Messung läuft von 04/09 bis 08/09

Resultate

Kommentar

6.5.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
X	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Individuelle Einschätzung jedes Patienten mittels der NORTON-Skala, entsprechende Massnahmen: Dokumentation, Patientenaufklärung, Mobilisation, druckentlastende Lagerung (Schiene, Kissen...) , Anti-Decubitus-Matratzen, tägliche Kontrolle gefährdeter Stellen und Behandlung vorhandener Decubiti

6.6 Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
OUTCOME	<input type="checkbox"/> intern X validiert	Erhebung „Austrittsmanagement“ Erhebungsbogen, vom Patienten auszufüllen mit Freitext - Eingabe	01/08 bis 04/08	2007 2008	

Resultate

Kommentar

Messungen wurden durchgeführt in folgenden Bereichen:

- Einbezug und Einverständnis des Patienten in die Austrittsentscheidung
- Organisation des Übertritts und Information des Patienten
- Information der nachbetreuenden Einrichtung
- Richtigkeit der Entscheidung über den Austrittsort
- Art und Weise des Austritts und Übertritts

6.7 Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
OUTCOME	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Erhebung „Geburt und Sectio“ Erhebungsbogen, vom Patienten auszufüllen mit Freitext - Eingabe	02/08 bis 06/08	2003 2005 2008	

Resultate

Kommentar

Messungen wurden durchgeführt in folgenden Bereichen:

- Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt
- Vorbereitung seitens des Spitals auf das bevorstehende Geburtsgeschehen
- Ausreichendes Vorgespräch
- Betreuung durch die Hebammen
- Betreuung durch die Ärztinnen und Ärzte
- Information über den Geburtsfortschritt während der Geburt
- Beunruhigung über voneinander abweichende Aussagen während der Geburt
- Ausreichende Erklärung für ungeplante Eingriffe
- Glauben an die richtige Entscheidung für das Reißen oder Schneiden des Damms (bei Dammriss oder Schnitt)
- Glauben an die richtige Entscheidung für eine Sectio
- Ausreichende Schmerzlinderung während der Geburt
- Zeit nach der Geburt mit dem Kind
- Zufriedenheit über Einbezug des Partners oder der Begleitperson während der Geburt
- Information über den Ablauf des Wochenbetts im Spital
- Unterstützung bei der Betreuung und Pflege des Kindes nach der Geburt
- Schmerzlinderung im Wochenbett
- Unterstützung beim Stillen oder Abpumpen
- Respektierung der Entscheidung zum Nichtstillen
- Stimmungsschwankungen im Wochenbett
- Unterstützung bei Stimmungsschwankungen
- Betreuungsmöglichkeit für das Kind
- Aufzeigen von Beruhigungsmöglichkeiten für das Kind
- Erreichbarkeit der Betreuungsperson in der Nacht
- Zufriedenheit mit der Ausstattung der Wochenbettabteilung
- Ausreichende Information über die Nachbetreuungsmöglichkeiten nach Austritt
- Information zu Ansprechpersonen bei Fragen und Problemen rund um Pflege und Betreuung des Kindes nach Austritt
- Information zu Ansprechperson nach Austritt bei Problemen rund ums Stillen
- Weiterempfehlung des Spitals

6.8 Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
OUTCOME	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Erhebung „elektiver Eintritt“ Erhebungsbogen	09/08 bis 04/09	2006 2008	

Resultate

Letzte Erhebung wurde gerade abgeschlossen, Ergebnisse und Analyse folgen

Kommentar

Messungen wurden durchgeführt in folgendem Bereich:

- Eindrücke und Erfahrungen im Verlauf eines regulären, geplanten Eintritts-Prozederes in einem Spital
- Zufriedenheit des Patienten mit diesem Prozedere

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Ganzer Betrieb	2Q	1998	2006	Nächste Re-Zertifizierung für Herbst 2009 geplant
Abteilungen	Individueller Pflegeprozess und Pflegeplanung			Teil des Phönix - Dokumentationssystems

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Ganzer Betrieb	CIRS	Aus Fehlern lernen	läuft
Ganzer Betrieb	2Q	Qualität der Arbeit und Qualifizierung der Mitarbeiter pflegen und ausbauen	läuft
Ganzer Betrieb	OUTCOME - Erhebungen	Qualität der Arbeit im Spital messen, auswerten und steigern	läuft
Ganzer Betrieb	MECON - Erhebungen	Zufriedenheit der Patienten, Bewohner und Angehörigen messen, auswerten und steigern	Abgeschlossen, nächste Erhebungen für 2010 geplant

Kommentare

1997 führten wir 2Q als erstes Akutspital der Schweiz ein. 1998 erreichten wir die Zertifizierung nach der Überprüfung durch eine externe, unabhängige Zertifizierungsfirma. Seither wird alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung durchgeführt. Im Oktober 2006 konnte so bereits das 4. Überprüfungsaudit erfolgreich abgeschlossen werden.

Was bedeutet **2Q**?

Qualität

- Sicherung der Qualität der geleisteten Arbeit
- Qualitätsmanagement
- Entwicklung von Qualität
- Beitrag zu Total Quality

Qualifizierung

- Sicherung des beruflichen Könnens
- Selbstführung/Autonomie
- Selbstbeurteilung

Mit der 2Q-Methode wird einerseits das Instrument „Management by Objectives“ (Führen mit Zielen) von jedem Mitarbeitenden in unserem Unternehmen angewendet. Andererseits wird Wert gelegt auf die Umsetzung und das Erreichen der Ziele. Die Erfahrung zeigt, dass es zwar gut ist, wenn ich mir ein Ziel setze – ob ich mein Ziel erreiche ist aber noch nicht sicher. Die Chancen stehen zwischen 20 und 60%, je nach Thema. Setze ich mir zu meinem Ziel aber einen klaren Zeitpunkt, bis wann es erreicht werden muss, so steigt die Chance, dass ich es auch wirklich erreiche auf zwischen 60 bis 100%.

Die Mitarbeitenden setzen sich mittels Q-Plan innerhalb einer Q-Periode (4 Monate) ihr ganz persönliches Q-Ziel. Dieses wählen sie aus quantifizierbaren, aber auch nicht quantifizierbaren Themen wie Fachkompetenz, Kundennutzen, Kunden-Zufriedenheit aber auch Arbeitssicherheit, Innovationskraft usw. Dabei legen die Mitarbeitenden zu Beginn der Q-Periode fest, auf welchem Weg sie ihr Ziel erreichen wollen, wie am Schluss kontrolliert werden kann, ob sie ihr Ziel erreichen, diesem nahe gekommen sind oder ob sie sich zumindest verbessert haben.

2Q dient als einer von mehreren Schlüsseln zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung in unserem Betrieb zu Gunsten der Patienten, Heimbewohner, Angehörige, Mitarbeitende, Besucher und der Öffentlichkeit.

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Ganzer Betrieb	2Q Re-Zertifizierung	Re-Zertifizierung im Herbst 2009 erlangen	permanent
Ganzer Betrieb	CIRS-Gremium	Aus Fehlern lernen	permanent
Ganzer Betrieb	Auswertung der laufenden OUTCOME-Erhebungen	Qualität steigern	permanent
Ganzer Betrieb	Auswertung der abgeschlossenen MECON-Erhebungen	Patienten-, Bewohner- und Angehörigen-Zufriedenheit steigern	2008
Kommentare			

8 Schlusswort und Ausblick

Qualität ist nichts abstraktes. Sie wird systematisch erzeugt und ist messbar.

Wir im Spital Menziken setzen alles daran, Qualität jeden Tag neu zu erzeugen, von Menschen für Menschen.

Jeder Mensch macht Fehler. Im Spitalbereich können Fehler teilweise verheerende Auswirkungen auf die Sicherheit des Patienten und den Behandlungserfolg haben.

Wir legen Wert darauf, unsere Fehler zu erkennen, sie zu dokumentieren und daraus zu lernen, um sie in Zukunft zu vermeiden. Das CIRS-Konzept ist bei uns verwirklicht.

Innerhalb der letzten Jahre konnten wir aufgrund unserer kontinuierlichen Bestrebungen zahlreiche Verbesserungsmassnahmen planen und erfolgreich umsetzen.

Wir setzen alles daran, unsere Leistungen täglich zu sichern und zu fördern.

Dies dient nicht nur der Zufriedenheit und Sicherheit unserer Patienten, sondern gibt uns, den Mitarbeitern des Spitals Menziken, täglich die Gewissheit, unsere Arbeit nach bestem Wissen und Gewissen auszuführen.

Die in diesem Bericht verwendeten männlichen Formen gelten selbstverständlich auch immer für die entsprechenden weiblichen (Patienten / Patientinnen).

Verantwortlich für diesen Bericht:

Christian Sommerfeldt, Koordinator für MECON- und OUTCOME-Erhebungen, Spital Menziken
Menziken, 2009