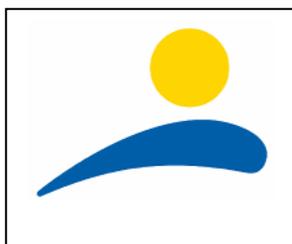


Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2008



**Kreisspital
für das Freiamt Muri AG
Postfach
CH-5630 Muri AG**

Stand: 1.05.2009

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	6
4.1	Versorgungsstufe	6
4.2	Personalressourcen	6
4.3	Fallzahlen	6
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	7
4.5	Top Ten-Diagnose stationär	7
4.6	Top Ten- Eingriffe	8
4.7	Altersstatistik	9
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	10
4.9	Mortalitätszahlen	10
4.9.1	<i>Spitaleigene Mortalitätserhebung</i>	10
4.9.2	<i>Mortalitätszahlen BAG / Helios</i>	10
4.9.3	<i>Umgang mit Todesfällen im Spital</i>	10
5	Zufriedenheitsmessungen	11
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen	11
5.1.1	<i>Gesamtzufriedenheitsmessung</i>	11
5.1.2	<i>Detaillierter Ausweis</i>	11
5.2	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	11
5.3	Mitarbeiterzufriedenheit	14
5.4	Zuweiserzufriedenheit	15
6	Qualitätsindikatoren	16
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	16
6.1.1	<i>Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape</i>	16
6.1.2	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation</i>	16
6.2	Infektionen	16
6.2.1	<i>Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ</i>	16
6.2.2	<i>Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen</i>	16
6.2.3	<i>Präventionsmassnahmen</i>	16
6.3	Komplikationen	17
6.3.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	17
6.3.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	17
6.4	Pflegeindikator „Stürze“	18
6.4.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	18
6.4.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	18
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	19
6.5.1	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen</i>	19
6.5.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	20
6.6	Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren	21
7	Qualitätsaktivitäten	23
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	23
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	23
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	25
8	Schlusswort und Ausblick	26
9	Ausgewählte Qualitätsprojekte	27
10	Individuelle Anhänge	31
11	Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge	31
11.1	Qualitätsmanagementstrategie	31
11.2	Q-Schwerpunkte 2009	31
11.3	Erreichte Q-Ziele 2008	31

2 Einleitung

KREISSPITAL FÜR DAS FREIAMT MURI

Ihr Gesundheitszentrum im Freiamt. Hier fühlen Sie sich wohl, weil Ihre Gesundheit im Zentrum steht.

Mehr als 23.000 Patientinnen und Patienten werden in unserem Spital jährlich behandelt und gepflegt. Damit Sie sich bei uns gut aufgehoben fühlen, engagieren sich 450 Mitarbeitende rund um de Uhr. Das Kreisspital für das Freiamt sichert als Akutspital die umfassende medizinische Grundversorgung von akut erkrankten und verunfallten Patienten. Für alle Abteilungen steht Tag und Nacht ein Notfalldienst zur Verfügung. Erfahrene Ärzte, hochwertige Pflegedienstleistungen sowie eine grosse Palette an Gesundheitsdienstleistungen sorgen dafür, dass Sie sich bei uns gut aufgehoben fühlen.

Unsere Medizinische Abteilung

- Facharzt-Sprechstunden
- Medizinische Grundversorgung und Allgemeine Innere Medizin
- Kreislauferkrankungen und Lungenkrankheiten
- Magen-Darm-Krankheiten (Gastroenterologie)
- Tumorleiden mit Onkologiezentrum (Behandlung tumorbedingter Krankheiten)
- Infektionskrankheiten
- Medizinische Diagnostik
- Labormedizin und Blutspendezentrum
- Diabetes- Wund- und Ernährungsberatung
- Dialysezentrum

Unsere chirurgische Abteilung

- Facharzt-Sprechstunden
- Chirurgische Grundversorgung und Allgemeine Chirurgie
- Orthopädie (Prothetik)
- Unfallchirurgie
- Visceralchirurgie (Abklärung und Therapie von Erkrankungen, Krebsleiden und Verletzungen der Gallenwege und des Magen-Darm-Traktes)
- Phlebologie (Venenleiden)
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (ORL)
- Augenheilkunde
- Physiotherapie

Unsere Gynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung

- Facharzt-Sprechstunden
- Gesundheitsvorsorge für die Frau
- Abklärung, konservative und operative Behandlung von Frauenkrankheiten wie Blutungsstörungen, Blasenschwäche, Senkungsleiden, gut- und bösartiger Erkrankungen des Unterleibes und der Brust mitsamt onkologischer Nachbehandlung
- Individuell abgestimmte ambulante und stationäre Geburtshilfe in wohnlicher Atmosphäre
- Familienplanung, Schwangerschaftsverhütung, Sterilitätsabklärung und Behandlung
- Schwangerschaftsbetreuung mit Ultraschallsprechstunde, Stillberatung
- Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse, ambulante Akupunktur zur Geburtsvorbereitung

Wir verfügen über 130 Betten in 3-, 2- und 1-Bettzimmern mit Dusche, WC, Telefon, TV, Radio, Internet sowie Privatbetten (P1/P2), Tagesklinik, Intensivpflegestation, Physiotherapie und Sozialdienst. Ihre optimale Behandlung ist stets unser oberstes Ziel.

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Marco Beng Dr. med. G. Daum	056 675 1177 056 675 11 76	marco.beng@spital-muri.ch gerhard.daum@spital-muri.ch	Spitaldirektor (CEO) Medizincontroller, Qualitätskoordinator

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Titel, Vorname, NAME	Telefonnummer (Zentrale)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet	Tätigkeits-% für Q-Bereich
Dr. med. H.-P. Soliva	056 675 11 11		Leitender Arzt Anästhesie • CIRS • Sicherheitskonzept Katastrophenschutz	10
Dr. med. F. Kocher	056 675 11 11		Chefarzt Innere Medizin • Transfusionsbeauftragter	10
Dr. med. A. Spillmann	056 675 11 11		Leitender Arzt Innere Medizin • Hygienekommission • Betriebsarzt • Sicherheitskonzept Pandemie	20
Team Ärzte und Pflege	056 675 11 11		Leitung Ärzte und Pflege • Notfallaufnahme	10
Dr. med. G. Daum	056 675 11 11		Leitung Qualitätsbeauftragter • Qualitätsmessungen	30
M. Nietlisbach	056 675 11 11		Leitung Technik • Sicherheitsbeauftragter • Sicherheit Medizinprodukte • Abfallbeauftragter	15
Dr. med. D. Pisteljic	056 675 11 11		Chefarzt Radiologie • Strahlenschutzbeauftragter	5
R. Grolimund	056 675 11 11		Leitung Informationssysteme • Datenschutzbeauftragter	10

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Zur Sicherstellung einer hochwertigen Qualität müssen Risiken und Fehler verhindert bzw. frühzeitig erkannt, analysiert und zielgerichtete Massnahmen ergriffen werden. Zur Sicherstellung dieser Aufgaben haben wir unterschiedliche Steuerungsgruppen eingerichtet.

CIRS Leitung: Leitender Arzt Anästhesie

Dieses System dient zur Erfassung von Beinahefehlern (Informationssystem zur Erfassung kritischer Ereignisse). Die Meldungen erfolgen spitalweit und anonym. Alle Meldungen werden von einem Gremium bestehend aus unseren Chefärzten, Pflegedienstleitung, Apotheke, Medizincontroller und CEO bearbeitet.

Hygienekommission Leitung: Leitender Arzt der Inneren Medizin

Er ist Vorsitzender der Hygienekommission, deren Mitglieder Ärzte und Pflegepersonen der verschiedenen Fachabteilungen sind. Unter Berücksichtigung seines fachspezifischen Wissens und der klinischen Erfahrung befasst er sich mit im Spital erworbenen Infektionen (sog. nosokomiale Infektionen). Zu seinen wesentlichen Aufgaben gehören die Vorbeugung (Prävention) und Überwachung. Den

Ursachen der im Spital erworbenen Infektionen geht er nach und leitet zeitnah praktikable Gegenmassnahmen ein. Er arbeitet mit Ärzten und Pflegepersonal eng zusammen, erstellt den Hygieneplan (Richtlinien) und führt Fortbildungen durch.

Transfusionsbeauftragte: Chefarzt Innere Medizin

Bluttransfusionen müssen sehr genau dokumentiert und überwacht werden. Er hat die Aufgabe, konforme Abläufe im Transfusionswesen zu gewährleisten und unerwünschte Transfusionsreaktionen zu sammeln und an die Hämovigilanz Schweiz (ein von der Europäischen Union eingeführtes Überwachungssystem, das die gesamte Bluttransfusionskette überwacht) weiterzuleiten sowie entsprechende Abklärungen intern zu treffen.

Betriebsarzt: Leitender Arzt Innere Medizin

Zu seinen Aufgaben gehört die Förderung und Erhaltung der Gesundheit am Arbeitsplatz. Er führt die arbeitsmedizinischen Eintrittsuntersuchungen durch.

Notfallaufnahme Leitung: Pflegeleitung und Leitende ÄrztInnen

Die Sicherstellung der Arbeitsabläufe in unserer Notfallaufnahme wird gemeinsam von den leitenden Ärzten, der Leitung Notfall-Pflege und dem Rettungsdienst wahrgenommen.

Sicherheitskonzept Pandemie Leitung: Leitender Arzt Innere Medizin

Unter Pandemie versteht man eine länderübergreifene Ausbreitung einer Krankheit, meistens Infektionskrankheit. Im Gegensatz zur Epidemie ist eine Pandemie örtlich nicht begrenzt. Eine Pandemie stellt somit eine ausserordentliche Lage dar, für die wir entsprechende Krisenpläne haben.

Sicherheitskonzept Katastrophenschutz Leitung: Anästhesie

Für ausserordentliche Lagen wie z.B. grössere Schadensereignisse mit vielen Verletzten haben wir einen Einsatzplan. Dieser enthält Richtlinien und Checklisten, für das richtige Verhalten. Im Ereignisfall wird das Spital durch einen Führungsstab geführt. Dieser stellt einen zweckmässigen Einsatz der Mittel unter den gegebenen Umständen sicher.

Strahlenschutzbeauftragte Leitung: Chefarzt Radiologie

Er leitet und beaufsichtigt die Tätigkeiten beim Umgang mit ionisierender Strahlung und radioaktiven Stoffen. Er legt die Massnahmen zur Sicherstellung des Strahlenschutzes fest. Hierzu gehören die Funktionskontrolle von Geräten und Einrichtungen.

Qualitätsmessungen Leitung: Qualitätsbeauftragter

Zur Sicherstellung und stetigen Verbesserung unserer klinischen Leistungen führen wir Messungen zu verschiedenen Themenbereichen durch. Hierzu zählen u.a.: Austrittsmanagement, Dekubitus (Liegegeschwür), Sturzgefährdung, akuter Herzinfarkt (ACS), Patienten- und Zuweiserzufriedenheit.

Sicherheitsbeauftragte (SIBE) Leitung: Bereich Technik und Sicherheit

Er ist für die Sicherheit des gesamten Spitals verantwortlich. Dazu gehören u.a. Arbeitsschutz, das Erkennen von Gefahren und Schulung der Mitarbeitenden im Bereich Sicherheit. Er arbeitet Linien unabhängig und ist der Spitalleitung direkt unterstellt.

Sicherheit der Medizinprodukte und Medizingeräte Leitung: Bereich Technik und Sicherheit

Medizinprodukte sind Instrumente, Apparate und Vorrichtungen, die am Patienten eingesetzt werden. Diese technischen Geräte müssen laufend auf ihre korrekte Funktionstüchtigkeit überprüft werden. Anhand von Check- und Kontrolllisten wird jedes Gerät turnusgemäss überprüft und gewartet.

Abfallbeauftragte Leitung: Bereich Technik und Sicherheit

Er ist Berater in Angelegenheiten der Abfallvermeidung, -verwertung sowie der Abfallbeseitigung.

Datenschutzbeauftragte Leitung: Leiter der Informationstechnik

Er wirkt auf die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen hin. Zu seinen Aufgaben gehört die Überwachung der ordnungsgemässen Anwendung der Computer und Computerprogramme. Er regelt die Zugriffsberechtigungen der Mitarbeitenden zu bestimmten Programmen und Daten.

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
x	Versorgungsniveau 3 (K121): Grundversorgung	Betriebe mit 6000 - 9000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 4 (K122): Grundversorgung	Betriebe mit 3000 - 60000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	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	41	
Pflege	115	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	84	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie (nicht medizinisch)	61	
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	44	
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	0-17	18-65	66 -	0-17	18-65	
Medizin		37	819	995	295	2884	817
Chirurgie		253	1914	873	1333	4450	891
Gynäkologie u. Geburtshilfe		535	853	36	239	1647	99
Augenheilkunde		0	0	3	0	21	212
Hals-Nasen-Ohren (HNO)		34	56	4	29	14	12
Physikalische Medizin, Rehabilitation		0	0	0	12	311	110
Radiologie (Röntgen)		0	0	0	126	2635	837
Gesamt		859	3642	1911	2034	11962	2978
Kommentar zu den Fallzahlen							

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	x	Eigene Erhebung
Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen	
Pflegetage	37741		
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	5.88		
Geburten (stationär und ambulant)	537		
Operationen stationär	2809		
Operationen ambulant und teilstationär	733		
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	530	8.0	Z38	Neugeborenes
2	215	3.4	M23	Meniskusschäden
3	176	2.7	S06	Gehirnerschütterung
4	162	2.5	K40	Leistenbruch
5	160	2.5	M16	Arthrose des Hüftgelenks
6	159	2.5	K80	Gallenblasenentzündung
7	133	2.1	M17	Arthrose des Kniegelenks
8	120	1.9	K35	Blinddarmentzündung
9	118	1.8	S82	Knochbruch des Unterschenkels
10	111	1.7	M75	Schulterverletzungen
Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär				
Es wurden die Hautbehandlungsdiagnosen gewählt und übersetzt				

4.6 Top Ten- Eingriffe

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik		x	Eigene Erhebung
Rang	Anzahl Eingriffe	Anteil an stationären Fällen [%]	CHOP Codes	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1	267	4.2	80.26	Arthroskopie des Knies
2	240	3.7	79.3*	Operative Versorgung eines Knochenbruchs
3	182	2.8	80.6	Meniskusoperationen am Knie
4	177	2.8	54.21	Bauchspiegelung (Laparoskopie)
5	171	2.7	81.51	Gelenkersatz untere Extremität (Totalendoprothese des Hüftgelenks)
6	120	1.9	47.*	Blinddarmentfernung durch Bauchspiegelung (laparoskopisch)
7	113	1.8	51.23	Gallenblasenentfernung durch Bauchspiegelung (laparoskopisch)
8	103	1.6	78.6*	Entfernung von Implantatmaterial (nach Knochenbruch)
9	94	1.5	74.1	Kaiserschnitt (Geburt durch Schnittentbindung)
10	91	1.4	38.5	Operative Entfernung von Krampfadern
Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen				
Es wurden die Eingriffe bei stationären Patienten aufgeführt				

4.7 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	287	264
2	2 bis 4	8	7
3	5 bis 9	47	26
4	10 bis 14	56	40
5	15 bis 19	125	100
6	20 bis 24	114	165
7	25 bis 29	121	262
8	30 bis 34	103	278
9	35 bis 39	131	273
10	40 bis 44	162	199
11	45 bis 49	200	203
12	50 bis 54	239	203
13	55 bis 59	222	184
14	60 bis 64	213	181
15	65 bis 69	188	194
16	70 bis 74	177	220
17	75 bis 79	171	238
18	80 bis 84	156	238
19	85 bis 89	125	186
20	90 bis 94	24	54
21	95 und älter	7	21
Gesamt		2876	3536

Nur stationäre Patienten

4.8 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

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

Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	
Definition des Case-Mix-Index	Mittlere Fallschwere des Spital
Notfallstation	<input checked="" type="checkbox"/> mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste <input type="checkbox"/> ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

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

4.9 Mortalitätszahlen

4.9.1 Spitaleigene Mortalitätserhebung

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

Resultate
Im Kalenderjahr 2008 hatten wir 91 Sterbefälle
Kommentar

4.9.2 Mortalitätszahlen BAG / Helios

Kommentar zu den Mortalitätszahlen BAG / Helios

4.9.3 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.) Eine würdige Betreuung und Begleitung von sterbenden Patienten und deren Angehörigen ist uns sehr wichtig. Ebenfalls legen wir grossen Wert auf eine würdige Verabschiedung der Verstorbenen durch ihre Angehörigen. Dazu haben wir die Schritte, welche bei Sterbenden oder im Todesfall berücksichtigt werden müssen in schriftlicher Form (Infoblatt und Checklisten) geregelt und im internen Intranet hinterlegt.

5 Zufriedenheitsmessungen

5.1 Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen

Name des Anbieters	Entwicklung	Name Messinstrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Verein Outcome	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	PEQ Kurzfragebogen		2009		Neues Messinstrument

5.1.1 Gesamtzufriedenheitsmessung

Entfällt, da Messung erst in 2009

5.1.2 Detaillierter Ausweis

Entfällt, da Messung erst in 2009

5.2 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Picker	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Fragebogen		Sommer 2007	Alle zwei Jahre	Sehr hohe Patientenzufriedenheit

Resultate

Bereich	Wert [%]	Bemerkungen und Detaillierung (nach Kliniken / Abteilungen)
Ärzte		Im Vergleich zu den Messreihen der Jahre 2004 und 2005 konnte die Zufriedenheit unserer Patienten in einem hohen Masse gesteigert werden.
Pflege		Bei vielen Fragen haben wir deutlich besser abgeschnitten als in den Jahren zuvor.
Organisation		Mit den in 2007 begonnenen Prozessoptimierungen in den Bereichen OP, Notfallaufnahme, Erstellung stationärer Patientenpfade (Knie- und Hüftprothesen) sowie der Verbesserung der Abläufe bei der Patientenaufnahme, konnte auch die Organisation deutlich gesteigert werden.
Hotellerie		Unsere Hotellerie wird von den meisten Patienten und Patientinnen als sehr gut beschrieben.
Öffentliche Infrastruktur		Die hochmoderne Infrastruktur unseres Spitals wird von allen Patienten und Patientinnen positiv hervorgehoben.

Kommentar

Dieser sehr ausführliche Fragebogen wird ab 2009 durch den Kurzfragebogen „PEQ“ ersetzt.

Auswertung der Patienten-Zufriedenheits-Messung*			
Fragenkomplex Kreisspital Muri	besser als Mittelwert	Mittelwert	schlechter als Mittelwert
Emotionals Unterstützung u. Minderung von Angst			
Respektierung der individuellen Bedürfnisse			
Information und Aufklärung			
Behandlungsspezifische Informationen			
Einbezug von Angehörigen und Freunden			
Physisches Wohlbefinden			
Kontinuität und Entlassung			
Koordination der Betreuung			
Gesamteindruck			
Ihr Zimmer			
Ihr Essen			
Cafeteria			
Sanitäre Installationen			
Infrastruktur allgemein			

* Externe Messung: Picker Pool mit etwa 50 Spitälern

Auswertung der Patienten-Zufriedenheits-Messung*			
Fragenkomplex G e b u r t s h i l f e Kreisspital Muri	bestes Spital	besser als Mittelwert	schlechter als Mittelwert
Emotionals Unterstützung u. Minderung von Angst			
Respektierung der individuellen Bedürfnisse			
Information und Aufklärung			
Geburtsspezifische Informationen			
Familie und Freunde			
Physisches Wohlbefinden			
Kontinuität und Entlassung			
Koordination der Betreuung			
Gesamteindruck			
Ihr Zimmer			
Ihr Essen			
Cafeteria			
Sanitäre Installationen			
Infrastruktur allgemein			

* Externe Messung: Picker Pool mit etwa 50 Spitälern

5.3 Mitarbeiterzufriedenheit

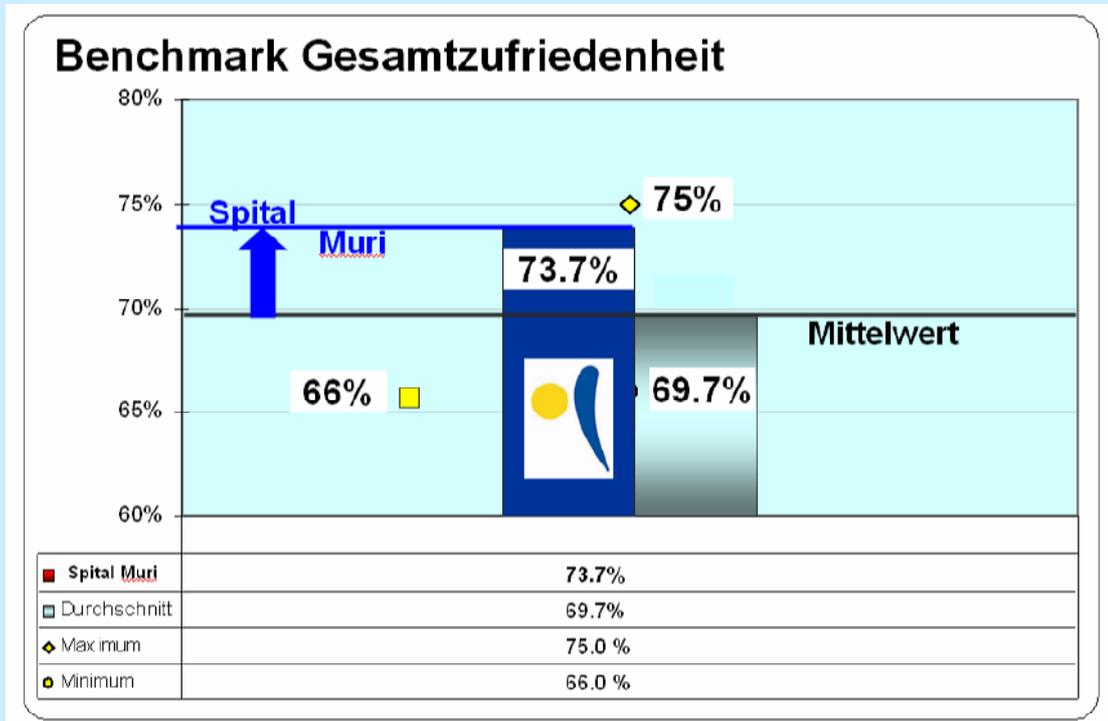
Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
NPO plus	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert			2007	Alle drei Jahre	

Resultate

Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte		
Pflege		
Andere medizinische oder therapeutische Berufe		
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie		
Gesamtinstitution	73.7 %	Gegenüber der Befragung aus dem Jahr 2005 konnten wir uns nochmals ein wenig verbessern (73.0 %). Der Mittelwert über alle Spitäler liegt bei 69.7 %. Wir heben uns hiervon stark positiv ab.

Kommentar

Die Auswertung erfolgte nicht nach Berufsgruppen. Insgesamt kommen über 80% unserer Mitarbeiter jeden Tag motiviert zur Arbeit. 80% unserer Mitarbeiter würden auch bei einem Notfall zu uns in das Spital Muri in die Notfallaufnahme kommen. Die sehr hohe Mitarbeiterzufriedenheit spiegelt sich auch in der sehr guten Zusammenarbeit mit Patienten und Patientinnen wieder.

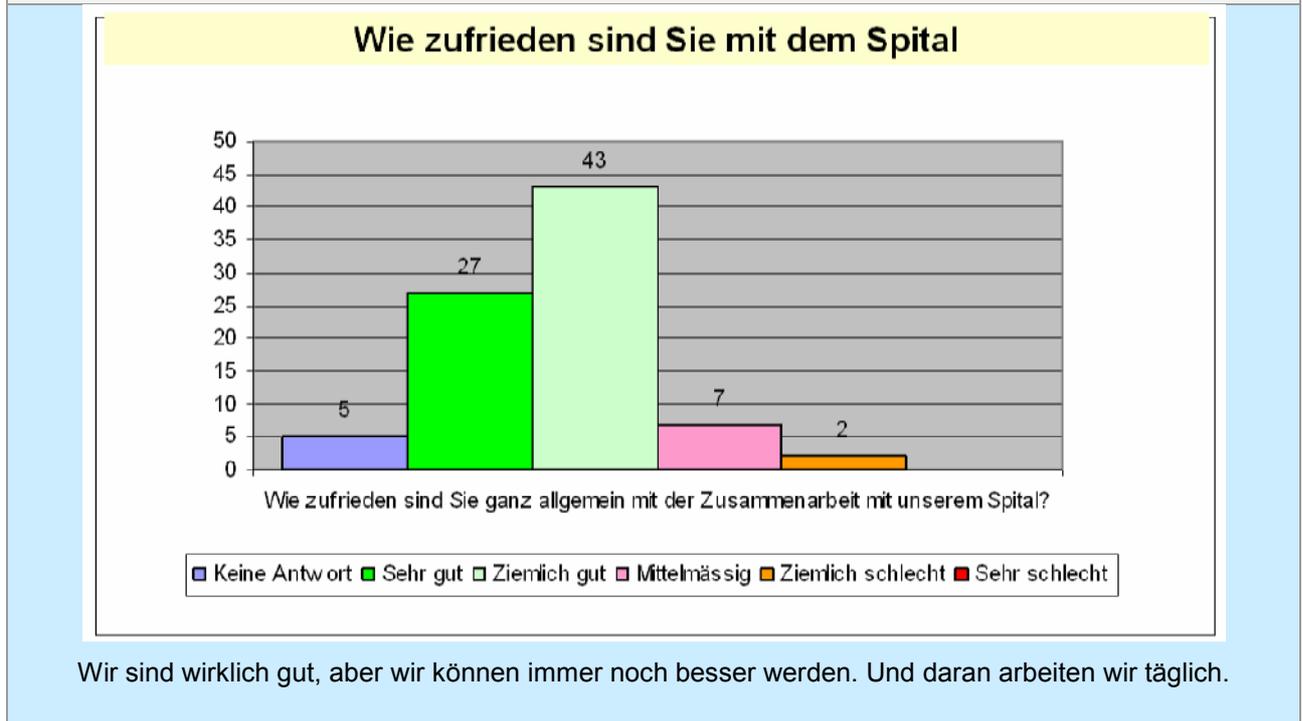


5.4 Zuweiserzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
NPO plus	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert			2007	Alle zwei Jahre	

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte		Die Zufriedenheit der Zuweiser konnten wir in Bezug zu unseren Ärzten deutlich erhöhen.
Pflege		Die Pflege geniesst nach wie vor eine hohe Akzeptanz bei unseren Zuweisern.
Andere medizinische oder therapeutische Berufe		Diagnostik, Radiologie und unsere Physiotherapie werden von unseren Zuweisern sehr geschätzt. Insbesondere wird die vorbildliche Zusammenarbeit unserer Radiologie mit den Zuweisern positiv hervorgehoben.
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie		Man arbeitet sehr gerne mit uns zusammen. Insbesondere erwähnen die Zuweiser die harmonische Zusammenarbeit mit unseren Sekretariaten der Chirurgie, Gynäkologie und Medizin.
Gesamtinstitution		Insgesamt sind die Zuweiser mit unserem Spital sehr zufrieden. Besonders heben viele Zuweiser die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ärzten, der Pflege und den Sekretariaten hervor.

Kommentar



6 Qualitätsindikatoren

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen (Eigene Daten)

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte innert 30 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Bemerkungen
6412 Inklusive Säuglinge	405	6.3 %	Wiedereintritte innert 30 Tagen können viele Ursachen haben. z.B.: erneuter Unfall, andere Erkrankung oder erneute gleiche Erkrankung ohne, dass ein Zusammenhang mit dem ersten Aufenthalt besteht. Nur in seltenen Fällen erfolgt eine Wiederaufnahme, die im Zusammenhang mit der ersten Behandlung steht.

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation

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

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
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich am Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen (3 aus 8)

	Messthemen	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Gallenblase		
<input checked="" type="checkbox"/>	Blinddarmentfernung		Die Messungen erfolgen erstmalig in 2009
<input type="checkbox"/>	Hernieoperation		
<input checked="" type="checkbox"/>	Operation am Dickdarm		Die Messungen erfolgen erstmalig in 2009
<input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/>	Herzchirurgie		
<input checked="" type="checkbox"/>	Hüftgelenksprothesen		Die Messungen erfolgen erstmalig in 2009
<input checked="" type="checkbox"/>	Kniegelenksprothesen		Die Messungen erfolgen erstmalig in 2009

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

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

6.2.3 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:
	<ul style="list-style-type: none"> Hygienerichtlinien zu nosokomialen Infektionen (Spital-Hygiene-Vorschriften siehe Pkt. 3.3) Beispiele: Isolation bei übertragbaren Erkrankungen, personalärztliche Massnahmen, Sterilität von OP-Sälen und OP-Instrumenten, Flächendesinfektion, Händedesinfektion u.a.m. Jährliche Gripeschutz Impfungen

6.3 **Komplikationen**

6.3.1 **Beteiligung an Messprogrammen**

x	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen
	Begriffsdefinition „Komplikation“

6.3.2 **Präventionsmassnahmen**

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
x	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und –instrumente:
	Siehe die unter den Punkten 3.3, 6.2.3, 6.4 und 6.5 dargestellten Massnahmen wie: <ul style="list-style-type: none">• CIRS• Prävention Infektionen• Prävention Sturzprophylaxe• Prävention Dekubitus (Liegegeschwür)• Prävention Mangelernährung / Ernährungsberatung• Arbeitsanweisungen zur Arbeitssicherheit• Qualitäts-Management-System (QMS)• Vorträge zur Weiterbildung der Hausärzte• Vorträge für Patienten mit Themen zur Vorsorge und Schulung

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

x	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze
	Begriffsdefinition „Sturz“

Resultate

Kommentar

Intern beschäftigen wir uns intensiv mit dem Thema der Sturzgefährdung von Patienten. Mit Hilfe eines Einschätzungsbogens (Assessment) werden von unserer Pflege sturzgefährdete Patienten ermittelt. Bei einer Sturzgefährdung werden gezielte Vorsichtsmassnahmen eingeleitet. Kommt es dennoch zu einem Sturz, ermitteln wir die genauen Ursachen um weitere Verbesserungsmassnahmen zu ergreifen.

Zusätzlich werden jährlich alle Daten und Informationen zur Sturzproblematik von uns gesammelt und ausgewertet.

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
	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung aller sturzgefährdeter Patienten (Assessment) • Sturzgefährdete Patienten werden speziell in der Krankenakte dokumentiert • Diese Patienten erhalten individuell angepasst u.a. Rutschsocken, Sicherheitshosen mit Hüftpolster (Protektoren), Alarmtrittmatten (steht verwirrter Patient alleine auf, wird Pflegeperson automatisch alarmiert). • Pflegepersonen sind speziell für diese Massnahmen geschult.

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
Verein Outcome	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Fragebogen	2006	Alle 2-3 Jahre	Nächste Messung erfolgt 2009

Resultate

Wir haben in den Jahren 2004 und 2006 an Dekubitus Messungen teilgenommen. In 2004 mussten wir erfahren, dass wir im Vergleich zu anderen Spitälern erhebliches Verbesserungspotential haben. Wir haben deshalb Pflege Arbeitsgruppen gebildet mit dem Ziel Präventionsmassnahmen einzuführen.

Kommentar

Die Vergleiche von 2006 zu 2004 zeigen, dass die Verbesserungsmassnahmen erfolgreich greifen. Bei beiden Prüfungen haben jeweils mehr als 10 Spitäler teilgenommen.

Auswertung Qualitätsmessung Dekubitus (Liegegeschwüre) 2004

Fragenkomplex Dekubitus (D.) Kreisspital Muri	besser als Mittelwert	Mittelwert	schlechter als Mittelwert
Anteil Patienten mit neu entstandenen D. ab Stad. 1			
Anteil Patienten mit neu entstandenen D. ab Stad. 2			
Anteil Patienten mit neu entstandenen D. ab Stad. 3			
Pat. deren vorbestehender D. sich verschlechterte			
Pat. mit abgeheilten Dekubitus bei Entlassung			

Auswertung Qualitätsmessung Dekubitus (Liegegeschwüre) 2006

Fragenkomplex Dekubitus (D.) Kreisspital Muri	besser als Mittelwert	Mittelwert	schlechter als Mittelwert
Anteil Patienten mit neu entstandenen D. ab Stad. 1			
Anteil Patienten mit neu entstandenen D. ab Stad. 2			
Anteil Patienten mit neu entstandenen D. ab Stad. 3			
Pat. deren vorbestehender D. sich verschlechterte			
Pat. mit abgeheilten Dekubitus bei Entlassung			

Dekubitus soll vermieden bzw. frühest möglich entdeckt und gezielt zu behandelt werden.



Erfolgsfaktoren der Verbesserung

- Messung als **Chance** sehen
- Transparenz unter den Regionalspitälern → **voneinander lernen**
- Flache Hierarchien ergeben eine zielgerichtete, **schnelle und pragmatische Umsetzung**
- Nicht „Fingerpointing“, sondern **konstruktiver Dialog** mit und unter den Mitarbeitern setzt Energie und Engagement frei
- Veränderung nur **mit den Mitarbeitern** gemeinsam möglich

6.5.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus Stürze durch:
	<p>Beschreibung der Präventionsmassnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfassung von Dekubitus gefährdeten Patienten (Norton-Skala) • Diese Patienten erhalten individuell angepasst u.a. Anti-Dekubitusmatratze, spezielle Lagerungen, • Intensive Hautüberwachung und Pflege • Prophylaxe nach speziellem Lagerungs- und Mobilisationsplan • Anpassung des Ernährungsplans <div style="background-color: #d0e0f0; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <h4 style="margin: 0;">Wichtig zu wissen</h4> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dekubitus hat viel mit der Pflegequalität zu tun ▪ Dekubitus ist nicht in jedem Fall vermeidbar, da sein Auftreten stark abhängig ist von der Patientensituation, der Erkrankung des Patienten und der Komplexität ▪ Vergleichszahlen von verschiedenen Jahren (resp. verschiedener Spitäler) ist nur bei gleichem Patientengut möglich. </div>

6.6 Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
Verein Outcome	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Qualitätsmessung Fragebogen „Austrittsmanagement“	2008		Wir sind auf einem guten Weg

Resultate

Es haben 14 Spitäler, davon 4 Regionalspitäler aus dem Kanton Aargau teilgenommen.

Von insgesamt 37 Fragen haben wir wie folgt abgeschnitten.

- Bei 8 Antworten bestes Spital
- Bei 18 Antworten besser als der Mittelwert
- Bei 11 Antworten nahe dem Mittelwert

Kommentar

Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis im Detail. Je kleiner der Prozentwert (%), desto besser ist das Spital. Die gelben Felder zeigen unser Spital.

Frage	Bestes Spital		besser als Mittelwert		Maximum
	Minimum		Mittelwert		
Antworten –Patientenfragebogen					
Vor meinem Austritt ist vom Spital mit mir gemeinsam überlegt worden, wie meine Nachbetreuung erfolgen soll.	20.0%	30.4%	32.0%		37.4%
Ich konnte ausreichend mitbestimmen, wohin ich nach dem Austritt gehen sollte.	7.1%	10.2%	11.3%		16.2%
Meine Angehörigen waren optimal in die Vorbereitung meines Austritts einbezogen worden.	22.7%		37.7%	38.2%	44.4%
Meine Angehörigen wussten genau Bescheid, wann und wohin ich entlassen werden sollte.	13.6%		19.7%	23.6%	26.8%
Vor meinem Austritt hatte ich das Gefühl, dass mich das Spital eigentlich los werden wollte.	3.7%	10.4%	13.8%		16.5%
Ich hatte im Spital jemanden, der sich bzgl. Austritt und Nachbetreuung besonders um mich kümmerte.	31.8%		42.4%	45.0%	56.5%
Am Tag des Austritts wurde ich zu lange sitzen gelassen und musste warten.	3.1%		9.6%	10.6%	13.6%
Der Transport vom Spital nach Hause (bzw. in die nachbetreuende Institution) war im Vorfeld gut organisiert worden.	12.1%	18.0%	24.0%		31.3%
Ich habe allen notwendigen Medikamente für die erste Zeit nach dem Akutspital mitbekommen.	8.5%		28.3%	32.2%	36.5%
Bei meinem Austritt erhielt ich ein Rezept für alle Medikamente, die ich nicht hatte.	9.0%		16.5%		52.6%
Bei meinem Austritt habe ich alle notwendigen Unterlagen für die weitere Nachbetreuung mitbekommen.	13.3%	15.2%	18.3%		26.1%
Ich wusste beim Austritt bei allen Medikamenten über ihren Zweck Bescheid.	13.7%	21.6%	21.8%		26.0%
Ich wusste beim Austritt darüber Bescheid, wann ich wieviel von welchem Medikament einnehmen muss.	8.6%	12.1%	12.5%		15.7%
Ich wusste beim Austritt über mögliche Nebenwirkungen meiner Medikamente Bescheid und wie ich ggf. darauf reagieren soll.	40.5%	50.8%	54.1%		62.7%
Beim Austritt wusste ich genau, was danach auf mich zukommen würde.	25.4%	35.8%	36.6%		41.7%
Beim Austritt wusste ich genau, was ich für meine weitere Genesung tun müsste, bzw. was ich vermeiden sollte.	19.6%		28.7%	29.9%	32.9%
Beim Austritt wusste ich über den erwartbaren Verlauf meiner Krankheit bzw. Genesung Bescheid, und auf was ich ggf. zu achten hatte.	25.6%		35.6%	35.9%	52.6%
Beim Austritt wusste ich, wen ich aus dem Spital anrufen könnte, wenn Fragen oder Probleme auftreten sollten.	10.3%	11.4%	16.1%		27.8%
Für das Leben zuhause bzw. für die weitere Nachbetreuung war vom Spital her alles gut vorbereitet worden. (zB. Hilfsmittel)	18.9%	24.0%	28.6%		35.8%
Nach meinem Austritt wusste ich erst mal gar nicht, wie alles weitergeht.	19.6%		25.1%	25.1%	31.8%
Mir kam es so vor. Als ob sich das Spital mit meinen(r) nachbetreuenden Personen/Stelle nicht genügend abgesprochen hätte.	21.8%	34.3%	34.3%		43.3%

**Bestes
Spital** **besser als
Mittelwert**

	Minimum		Mittelwert		Maximum
Antworten Nachsorgefragebogen					
Die für mich/uns notwendigen Informationen über den Patienten sind vom entlassenden Spital rechtzeitig an mich/uns übermittelt worden.	17.4%		31.4%		46.4%
Perspektive Hausarzt: Die für mich/uns notwendigen Informationen über den Patienten sind vom entlassenden Spital rechtzeitig an mich/uns übermittelt worden.	15.4%		30.7%		66.7%
Die für mich/uns notwendigen Informationen über den Patienten sind vom entlassenden Spital vollständig an mich/uns übermittelt worden.	13.7%	17.8%	26.8%		45.9%
Perspektive Hausarzt: Die für mich/uns notwendigen Informationen über den Patienten sind vom entlassenden Spital vollständig an mich/uns übermittelt worden.	0.0%	17.2%	23.8%		50.0%
Die über den Patienten übermittelten Informationen waren korrekt.	11.7%	15.5%	19.0%		33.3%
Perspektive Hausarzt: Die über den Patienten übermittelten Informationen waren korrekt.	7.9%	13.2%	16.4%		50.0%
Die fachlichen Vorschläge des entlassenden Spitals waren plausibel und realistisch	15.9%		25.6%		42.3%
Perspektive Hausarzt: Die fachlichen Vorschläge des entlassenden Spitals waren plausibel und realistisch	12.5%	14.4%	21.7%		60.0%
Hat eine Kontaktaufnahme durch das entlassende Spital stattgefunden?	0.0%		37.2%	38.0%	46.5%
Perspektive Hausarzt: Hat eine Kontaktaufnahme durch das entlassende Spital stattgefunden?	0.0%		46.2%	46.3%	59.2%
Antworten von Patienten und Nachsorger					
Patientenantwort: Die Entscheidung, wohin ich nach dem Austritt gehen sollte, war richtig.	4.5%	6.7%	8.5%		10.9%
Nachsorgerantwort: Die Entscheidung, den Patienten zu mir/uns zu entlassen bzw. zu überweisen hat sich im Nachhinein als genau richtig erwiesen.	9.0%		14.6%		25.0%
Perspektive Hausarzt: Die Entscheidung, den Patienten zu mir/uns zu entlassen bzw. zu überweisen hat sich im Nachhinein als genau richtig erwiesen.	8.0%		13.1%		50.0%
Patientenantwort: Waren Sie mit der Art und Weise, wie Ihr Spitalaufenthalt stattgefunden hat, insgesamt zufrieden?	12.7%		26.3%	26.8%	33.2%
Nachsorgerantwort: Waren Sie mit der Art und Weise, wie der Spitalaustritt bzw. der Übergang zu Ihnen stattgefunden hat, insgesamt zufrieden?	20.8%		37.9%		52.9%
Perspektive Hausarzt: Waren Sie mit der Art und Weise, wie der Spitalaustritt bzw. der Übergang zu Ihnen stattgefunden hat, insgesamt zufrieden?	19.2%		36.0%		83.3%

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizi- erung	Bemerkungen
Rettungsdienst	Richtlinien des IVR Version 2.0 von 2005	2009	Erst- Zertifizier- ung	Im Rettungsdienst setzen wir auf die Nachhaltigkeit unserer Arbeit zum Wohle der Gesundheit der uns anvertrauten Patienten. Um das hohe Mass an Qualität unserer Dienstleistung aufrecht zu erhalten und kontinuierlich zu verbessern, arbeiten wir nach den Leitlinien des Interverbandes für Rettungswesen. Mit diesem Instrument sichern wir die hohe Qualität und passen diese an Neuerungen an.

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Spital	CIRS (anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse)	Gefahren frühzeitig erkennen und schnell reagieren	Fortlaufende Erfassung
Spital	MOVE Spitalinternes Vorschlagswesen für Verbesserungen	Mitarbeitende wissen am besten was in ihren Arbeitsbereichen verbessert werden kann.	Fortlaufend
Spital	Mitarbeitergespräche (jährlich)	Leistungsorientierte Gespräche des Vorgesetzten mit dem Mitarbeiter sollen seine Stärken und Schwächen sowie Entwicklungsziele aufzeigen.	Jährliche Erfassung
Spital	Sturz-Monitoring	Minimierung der Sturzgefährdung (Siehe auch Nr. 6.4)	Fortlaufende Erfassung
Spital	Dekubitus-Monitoring	Minimierung der Entstehung von Liegegeschwüren (Siehe auch Nr. 6.5)	Fortlaufende Erfassung
Spital	Dolmetscherdienst	Minimierung von Sprachproblemen	Fortlaufend
Spital	Ernährungsberatung Mangelernährung	Frühzeitige Erkennung (Kondrup- Score) und Therapie	Fortlaufend

Kommentare

Messungen zur klinischen Qualität im Spital Muri (Verein Outcome und Interkantonaler Verein Qualitätssicherung und -Förderung [IVQ])

Gemeinsam mit anderen Spitälern in der Schweiz beteiligen wir uns an Messungen zur klinischen Qualität. In Form von Benchmark Veranstaltungen können wir unsere Qualität mit den anderen Spitälern vergleichen und gegebenenfalls Verbesserungen einleiten. Die Messungen zur klinischen Qualität unserer Leistungen erfolgen seit dem Jahr 2004. Jedes Jahr widmen wir uns verschiedenen Messthemen. Die Tabelle gibt Ihnen eine Übersicht unserer Unternehmungen während der letzten Jahre.

Messthemen	Jahre 2004-07	Jahr 2008	Jahr 2009
Blinddarmentzündungen (Appendizitis)	X	X	
Oberschenkelbrüche (proximale Femurfrakturen)	X	X	
Herzinfarkt (Akutes Coronar Syndrom [AMIS])	X	X	X
Wiederaufnahme innert 30 Tagen (Rehospitalisationen)	X		
Komplikationen in der Anästhesie (Anästhesiologische Kompl.)	X	X	
Liegegeschwür (Dekubitus)	X		X
Im Spital erworbene Infektionen (Nosokomiale Infektionen)	X		X
Schnelle Hilfe beim Notfall (emerge)	X		
Geburt und Kaiserschnitt (Sectio)	X		
Organisation des Spitalaustritts (Austrittsmanagement)		X	

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)
Notfallaufnahme	Analyse und Optimierung der Abläufe und Wartezeiten,	Verbesserung der Abläufe Verkürzung der Wartezeiten	07.2007 bis 04.2009
Patientenaufnahme	Analyse der Abläufe und Verbesserung der Datenqualität	Abläufe optimieren Datenqualität verbessern	Projekt erfolgreich beendet
Spital	Patientenzufriedenheit Befragung erfolgt noch während des stationären Aufenthaltes. Verbesserungen können zeitnah umgesetzt werden.	Kontinuierliche, Befragung in den Bereichen: Ärzte, Pflege, Hotellerie, Küche und allg. Leistungsangebote. Umsetzungen erfolgen sehr zeitnah	fortlaufend
Spital	Beschwerdemanagement Ombudsstelle (Ansprechpartner für Beschwerdeanliegen)	Unzufriedene Kunden haben die Möglichkeit indirekt oder persönlich ihr Anliegen der Ombudsfrau (Ansprechpartner) vorzutragen. Wenn gewünscht, stellt unsere Ombudsfrau einen persönlichen Kontakt zwischen Kunden und Verursacher her.	Start Januar 2009, fortlaufend
Kommentare			
Wir sind überzeugt, dass die Verbesserung Patienten bezogener Abläufe in einem direkten Zusammenhang mit den Messergebnissen der Patientenzufriedenheit und dem Beschwerdemanagement steht.			

→ Eine Auswahl von vier vollständig dokumentierten Qualitätsprojekten ist im Anhang beschrieben.

8 Schlusswort und Ausblick

Ein Jahr voller Dynamik zum Wohl aller

Um als Spital an der Spitze mithalten zu können, sind zwei wesentliche Faktoren entscheidend.

1. Das Tagesgeschäft muss zur besten Zufriedenheit aller Anspruchsgruppen wie Patienten, Angehörigen, Zuweisern und Mitarbeitenden erfüllt werden.
2. Es braucht einen unternehmerischen Weitblick, um auch morgen im Spitalgeschäft bestehen zu können.

An beiden Punkten haben wir dieses Jahr sehr intensiv gearbeitet.

Der Qualität messen wir oberste Priorität bei und folglich gehen wir im Kreisspital für das Freiamt genau hier keine Kompromisse ein. Als Direktor dieses Spitals muss ich hinter der Leistung eines jeden Arztes und einer jeden Pflegefachperson stehen können. Aber es sind nicht nur die medizinischen Einheiten, die hier ein Höchstmass an Qualität und Professionalität liefern müssen. Auch die zuliefernden Abteilungen und Teams wie Labor, Administration, Informatik und technischer Dienst sind täglich gefordert, ebenso gut zu arbeiten. Nur ein optimales Zusammenspiel aller Teams ergibt höchste Qualität über den gesamten Spitalbetrieb. Ein exzellentes Arbeitsklima ist denn auch einer der Gründe für die sehr hohe Behandlungsqualität am Patienten. Denn nur motivierte Mitarbeitende fühlen sich wohl und können sich so auf die Patienten konzentrieren.

Unser CIRS-Instrument, mit dem Fast-Zwischenfälle im Spital gemessen werden hat sich sehr bewährt. Ganz besonders freut uns auch das positive Ergebnis der Zufriedenheitsmessung bei den Zuweisern. Sehr zufrieden waren die Hausärzte mit der fachlich und qualitativ hoch stehenden und individuellen Betreuung der Patienten und der familiären Atmosphäre im Spital, der unbürokratischen Zusammenarbeit und der Übernahme des Pikett-Dienstes während der Nacht und an Wochenenden durch das Notfall-Team des Spitals.

Qualität bedeutet aber nicht nur tägliche Höchstleistung am Patienten, sondern es gehört auch dazu, dass man für Ausnahmesituationen gewappnet ist und entsprechend professionell reagieren kann. Gemeinsam wurden verschiedene Sicherheitskonzepte wie das Katastrophen- und Pandemiekonzept erarbeitet.

In der Inneren Medizin konnten wir mit Frau Dr. med. Irene Guldenschuh eine fachlich exzellente Ärztin der Gastroenterologie (Fachärztin für Magen-Darm-Erkrankungen) mit hoher Sozialkompetenz gewinnen. Mit Herrn Dr. med. Gerfried Teufelberger haben wir einen ausgezeichneten Chirurgen mit fundierter Ausbildung und eindrücklichen Leistungsausweis als neuen Chefarzt Chirurgie an unser Spital binden können. Als Nachfolger für den in Pension gegangenen Chefarzt der Anästhesie haben wir mit Herrn Dr. med. Christian Schönholzer einen Nachfolger gefunden, der über ein breites Erfahrungsspektrum der Anästhesie und Schmerztherapie verfügt.

Wir sind auf einem guten Weg. Qualität lebt und muss stetig an die neuen Anforderungen angepasst werden. So sind wir ständig in Bewegung immer das Ziel vor Augen.

Marco Beng (CEO)

9 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der *vieri wichtigsten, abgeschlossenen Qualitätsprojekte*

FIT und TOP in eine SICHERE ZUKUNFT



Projekttitlel	MOVE. Motivation ..., Optimismus ..., Verbesserung ..., Erfolg ...	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	FIT und TOP für eine SICHERE ZUKUNFT	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Wir möchten Ideen unserer MitarbeiterInnen realisieren und das Vorschlagswesen mit ihnen ausbauen. Es soll Freude machen, sich auch abteilungsübergreifend für Verbesserungen jeglicher Art stark zu machen und einzusetzen. Ideen sind gefragt, Optimierungsvorschläge erwünscht.	
Projekttablauf / Methodik	Damit es für die Mitarbeitenden einfach ist, haben wir ein Ideenblatt erstellt. Dieses wird ausgefüllt und in unsere Ideenbox eingeworfen. Gemeinsam suchen wir dann nach Realisierungsmöglichkeiten. Zur Realisierung hatten wir ein Projektteam gebildet. Unsere MOVE-Idee haben wir in zwei Veranstaltungen den Mitarbeitenden erläutert und eine Broschüre erstellt.	
Projektergebnisse	Wir haben viele Vorschläge erhalten. Einige konnten wir bereits umsetzen. <ul style="list-style-type: none"> • Besucher – Wegweiser: Besucher verlaufen sich häufig im Spital. Sie befinden sich im falschen Haus oder auf der falschen Etage. Jetzt geben unsere Damen am Empfang den Besuchern einen „Wegweiser“ an die Hand. Dieser informiert über „Haus“, „Stockwerk“ und „Zimmer“. • Aktivitäten von Mitarbeitende für Mitarbeitende: Wir haben ein Hobby, das wir mit anderen teilen möchten, oder wir möchten eine Aktivität anderen anbieten. Also haben wir auf unserer Homepage im Intranet eine Plattform geschaffen auf der Mitarbeitende private Projekte anbieten können. Diese reichen von Wandern, Joggen und Brettspielen bis hin zu nebenberuflichen Tätigkeiten, die der Entspannung dienen und das Gleichgewicht stärken. • Verbesserung unserer Hinweisschilder zum Notfall und zur Radiologie: Wir haben moderne Schilder und trotzdem waren sie schlecht zu lesen. Folge: Patienten fragten sehr oft nach dem Weg. Wir haben die Schwächen erkannt und die Schilder durch deutlich zu lesende Wegweiser ersetzt. 	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Die Ideen werden in allen Bereichen des Spitals realisiert. Dort wo Mitarbeitenden was auffällt gibt es Chancen der Verbesserung.	
Involvierte Berufsgruppen	Jeder Mitarbeitende, der/die eine Idee hat darf und soll mitmachen. MOVE ist für alle da.	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Wir sitzen alle in einem Boot. Mit der Realisierung unserer Verbesserungsideen spüren wir, dass dies tatsächlich auch so ist.	
Weiterführende Unterlagen	Für unsere Mitarbeitenden haben wir ein Prospekt erstellt und Informationen in unserem Intranet hinterlegt.	

CIRS Meldeformular

■ Anonyme Meldung von kritischen Ereignissen

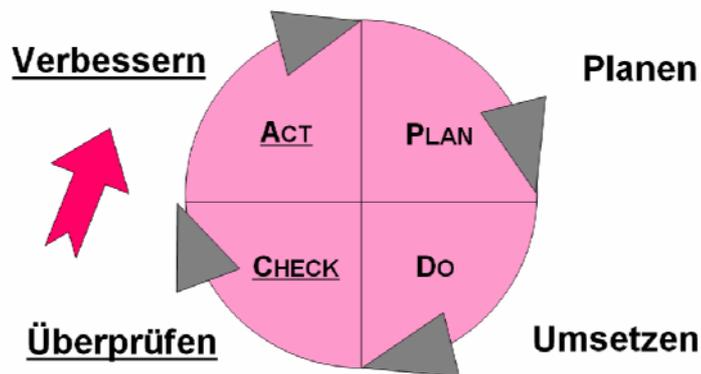
Datum des Ereignisses:..... ausgefüllt am, Datum:.....

Projekttitlel	CIRS (Critical Incident Reorting System)	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Aufdeckung von Beinahe-Fehlern mit Hilfe eines anonymen Meldesystems.	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	CIRS ist ein Fehlermeldesystem mit dem Ziel, die Patientensicherheit stetig zu erhöhen. Es beruht auf Freiwilligkeit und ist anonym. Schwachstellen in der klinischen Arbeit von Ärzten und Pflege sollen erkannt und Massnahmen zur Beseitigung ergriffen werden. werden.	
Projekttablauf / Methodik	Das Meldesystem wurde 2007 implementiert und den Mitarbeitenden in mehreren Veranstaltungen erläutert. Zur Umsetzung haben wir einen speziellen Meldebogen erstellt. Ein leitender Anästhesist ist unser „CIRS-Beauftragter“. Er sammelt die anonymen Meldungen, wertet sie aus und lädt zu den turnusmässig stattfindenden CIRS-Sitzungen ein. Das Gremium besteht aus Ärzten, Mitarbeitenden der Pflege und der Apotheke sowie der Spitalsleitung. Entscheidungen können getroffen und Umsetzungen beschlossen werden.	
Projektergebnisse	Das CIRS-Meldesystem wird aktiv von unseren Mitarbeitenden angenommen. Wir erhalten viele Informationen zu Beinahe-Fehlern. Die Themen reichen von Unachtsamkeit, Kommunikation, Schulung, Verwechslung und Medikation bis hin zu technischen Problemen.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Schwerpunkte bilden die Arbeitsbereiche von Ärzten und Pflegekräften, der OP-Trakt und die Notfallaufnahme.	
Involvierte Berufsgruppen	Die meisten Meldungen kommen von der Pflege und den Ärzten.	
Projektevaluation / Konsequenzen	Wir sind auf einem guten Weg, „Beinahe-Fehler“ zu entdecken und zu entschärfen. CIRS ist hierfür ein Ziel führendes Instrument.	
Weiterführende Unterlagen	Meldeformular (elektronisch und Papier)	

Weiterentwicklung: Patientenpfad Notfall-Aufnahme



Projekttitel	Notfall-Aufnahme Verbesserung der Zusammenarbeit und der Abläufe	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	In Zusammenarbeit von Ärzten und Pflege sollten die Arbeitsabläufe in den Räumen der Notfall-Aufnahme mit dem Ziel der Optimierung kritisch hinterfragt werden.	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	<p>In einem ersten Schritt wurden die Patienten bezogenen Massnahmen von Ärzten und Pflege in Form eines Patientenpfades schriftlich festgehalten. Der Pfad besteht aus vielen Arbeitsschritten. Jeder Arbeitsschritt beinhaltet Massnahmen, verwendete Dokumente sowie Stärken und Schwächen der Umsetzung.</p> <p>In einem nächsten Schritt wurden die Ergebnisse – das heisst die aufgezeigten Schwächen – in einer Teamrunde vorgetragen und Verbesserungsoptionen erarbeitet.</p> <p>Nach einem ¼ Jahr erfolgte eine Bestandsaufnahme mit den Fragen: Wo stehen wir heute, was können wir weiter verbessern. Im Team wurden u.a. folgende Qualitätsansprüche diskutiert und Lösungsvorschläge erarbeitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wird über alle Disziplinen (Medizin, Chirurgie, Gynäkologie) eine Triage schriftlich festgelegt (Sichtung der Patienten nach klinischen Kriterien). • Zugewiesene Patienten werden von einer Kaderperson (ÄrztIn) persönlich beurteilt. • Austrittsberichte werden von Kaderperson visiert. • Es finden turnusmässige interdisziplinäre Teambesprechungen statt. 	
Projektablauf / Methodik	Befragungen der Mitarbeitenden, schriftliches festhalten der Arbeitsabläufe, Aufzeigen von Schwächen, Besprechungen im Team charakterisierten den Projektablauf.	
Projektergebnisse	Wir haben viele Abläufe auf der Notfallaufnahme untersucht und einiges verbessert. Dazu gehört auch die vertrauensvolle Zusammenarbeit von ÄrztInnen und Pflegepersonal. Die Wartezeiten für Patienten konnten reduziert und die Betreuung intensiviert werden. Viele Kleinigkeiten haben wir geändert, die zusammengefasst mehr als nur die Summe bedeuten.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Schwerpunkte bilden die Arbeitsbereiche von Ärzten und Pflegekräften, in der Notfallaufnahme.	
Involvierte Berufsgruppen	Pflege und Ärzte.	
Projektevaluation / Konsequenzen	Wir sind auf einem guten Weg	
Weiterführende Unterlagen		



Projekttitlel	Patientenaufnahme: Optimierung der Abläufe	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Mit Verbesserung der Abläufe soll die Datenqualität deutlich erhöht werden.	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	<p>Das bisherige Aufgabengebiet der Patientenaufnahme enthielt keine Überprüfung der Datenqualität. Das wichtige Thema der kontinuierlichen Qualitätskontrolle war bisher kein Thema im Arbeitsablauf der Patientenaufnahme.</p> <p>Der Schnittstellenarbeit mit den zuliefernden Einheiten (Sekretariate, Stationen, Bettendisposition, Notfallaufnahme, Operationstrakt) wurde nur eine sehr geringe Aufmerksamkeit geschenkt.</p>	
Projekttablauf / Methodik	<p>Das Projekt beinhaltete zwei Schwerpunkte.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Fehlervermeidung (Prozessoptimierung) anstelle der Fehlerbeseitigung. → Stetige Überprüfung der Datenqualität. 	
Projektergebnisse	<p>Von den Mitarbeitenden der Patientenaufnahme wurden neuen Aufgaben übernommen und vielfältige Massnahmen umgesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Schulungskonzept für die eigenen Mitarbeitenden → Aufbau einer elektronischen „Info-Mappe Patientenaufnahme“ → Informationen für Sprechstunden Patienten (Versicherungswchsel) → Überprüfung der Korrekturlisten erhalten von der Patientenabrechnung → Ablaufänderungen mit Zulieferern (Sekretariate, Bettendisposition u.a.) 	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Gesamtes Spital	
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende der Patientenaufnahme	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Qualitätssicherung wird zu einem wichtigen Teil unserer Arbeit.	
Weiterführende Unterlagen		

10 Individuelle Anhänge

keine

11 Anhang: Qualitäts-Strategie und Erfolge

11.1 Qualitätsmanagementstrategie

Unsere Qualitätspolitik steht im Einklang mit der übergeordneten Ausrichtung unseres Spitals. Wir wollen „FIT und TOP“ sein, um auch den Herausforderungen von Morgen zu bestehen. Das heisst mehr Patienten, höhere Qualität, erweiterte Fachkompetenz, vereinfachte Abläufe und damit eine Verbesserung der Arbeitsqualität unserer Mitarbeitenden und der Versorgungsqualität unserer Patienten. Im Zentrum stehen:

1. Verantwortung und Führung
2. Patientenorientierung
3. Mitarbeiterorientierung und –beteiligung (*MOVE*)
4. Wirtschaftlichkeit durch höhere Effizienz
5. Prozessorientierung Klinik weit
6. Fehlervermeidung und der positive Umgang mit Fehlern
7. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess in Klinik und Administration
8. Information an Patienten, Mitarbeitende, Ärzte und Fachöffentlichkeit

11.2 Q-Schwerpunkte 2009

Wir sind auf einem guten Weg, aber noch lange nicht am Ziel.

1. Weitere Optimierung des elektronischen Berichtswesen
2. Weiterentwicklung unserer elektronischen OP-Planung und Leistungserfassung
3. Weiterer Aufbau des zentralen Einkaufs
4. Colloquien für Patienten und Ärzte
5. Ein Spital für die Region

11.3 Erreichte Q-Ziele 2008

1. Einrichtung eines Spital internen Vorschlag- und Verbesserungswesen.
2. Ausbau unserer IT-Struktur in den Bereichen Operationssäle und Dokumentation.
3. Verkürzung der Patientenwartezeiten auf der Notfallstation
4. Optimierung der Abläufe bei unserer Patientenaufnahme
5. Erfolgreiche Teilnahme an Qualitätsmessungen des Verein Outcome.