Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	30.05.2023	Version
Durch:	Daniel Schibler, Vorsitz Geschäftsleitung Asana Gruppe AG	

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 2022.

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 2022

Ramon Soler
Qualitätsverantwortlicher
Asana Gruppe AG
0562694101
ramon.soler@spitalleuggern.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, 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. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen **3**

1 Einleitung **6**

2 Organisation des Qualitätsmanagements **7**
2.1 Organigramm 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 7

3 Qualitätsstrategie **8**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022 8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 8

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **9**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen 9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen 9
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte 11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 12
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren 13
4.5 Registerübersicht 14
4.6 Zertifizierungsübersicht 15

QUALITÄTSMESSUNGEN **16**

Zufriedenheitsbefragungen **17**

5 Patientenzufriedenheit **17**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik 17
5.2 Eigene Befragung 19
5.2.1 Rollierende Befragung der allgemeinen Patientenzufriedenheit 19
5.2.2 Befragung Rettungsdienst 20
5.2.3 Patientenzufriedenheit in der Physiotherapie 22
5.2.4 Befragung in der Notfallabteilung ASM 24
5.3 Beschwerdemanagement 25

6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

7 Mitarbeiterzufriedenheit **26**
7.1 Eigene Befragung 26
7.1.1 icommit Mitarbeiterzufriedenheit 26

8 Zuweiserzufriedenheit **27**
8.1 Eigene Befragung 27
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit Spital Menziken 27

Behandlungsqualität **28**

9 Wiedereintritte **28**
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen 28

10 Operationen **29**
10.1 Hüft- und Knieprothetik 29
10.2 Eigene Messung 30
10.2.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen 30

11 Infektionen **31**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte 31
11.2 Eigene Messung 33
11.2.1 Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP) 33

12 Stürze **34**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz 34

13 Dekubitus **36**

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus 36
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
15 Psychische Symptombelastung
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
17 Weitere Qualitätsmessung 38
17.1 Weitere eigene Messung 38
17.1.1 Medikationsfehler 38
18 Projekte im Detail 39
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 39
18.1.1 Prozessmanagement 39
18.1.2 Sichere Medikation 40
18.1.3 Händehygiene Compliance HHC 40
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022 41
18.2.1 SanaCERT Überwachungsaudit 41
18.2.2 Praxisentwicklung in der Pflege 42
18.2.3 Neue digitale Patientenkommunikation 0
18.2.4 Skill & Grade Mix 43
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 44
18.3.1 sanaCERT suisse Zertifizierung 44
19 Schlusswort und Ausblick 45
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 46
Akutsomatik 46
Herausgeber 47

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 Gesundheitsweisen. 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.

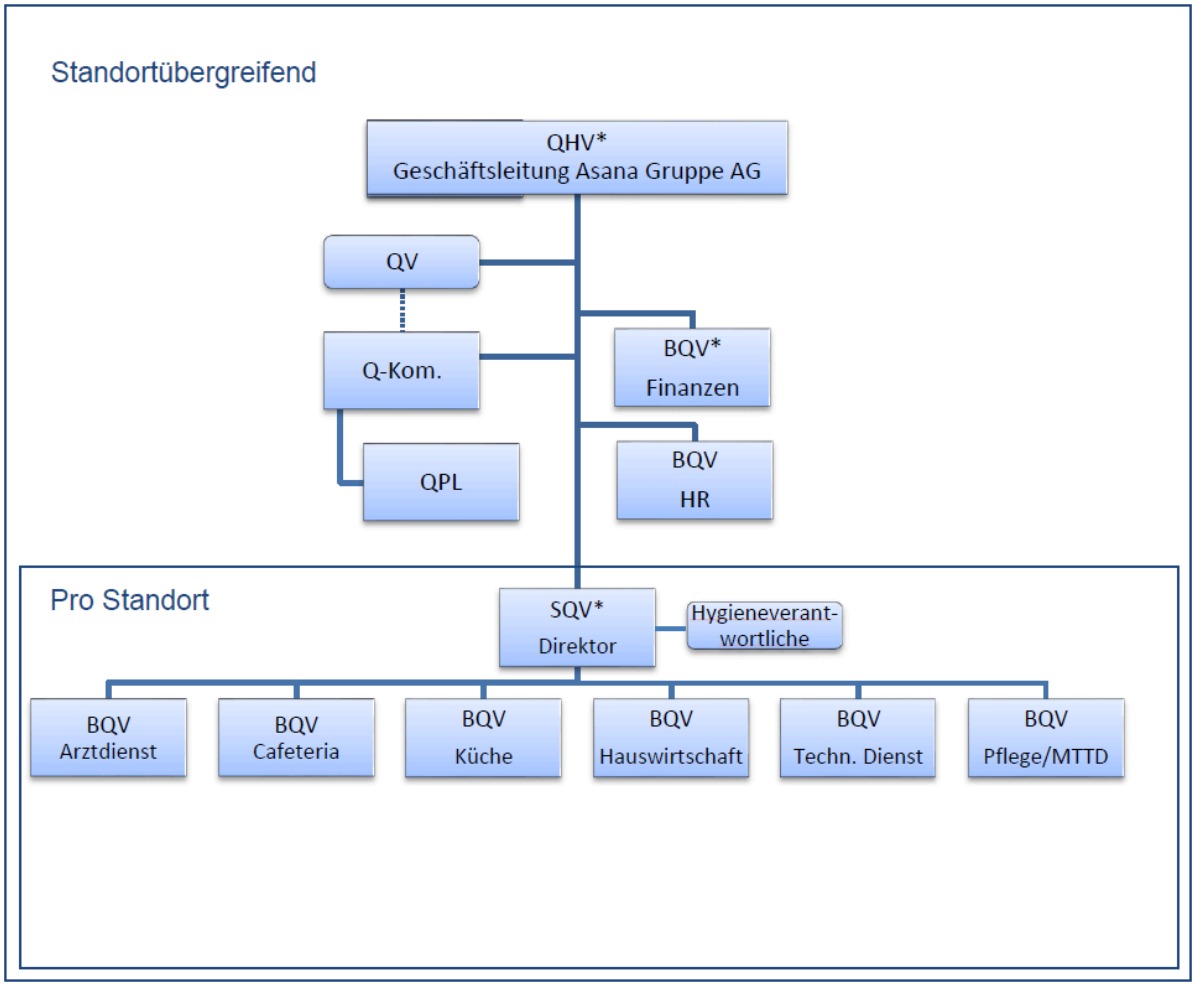
Asana Gruppe AG erhält erneut Bestnoten
Nach dem erfolgreichen Erstaudit im Jahr 2014 und Bestätigung durch die Re-Zertifizierung im Jahr 2017, folgte der Härtetest Mitte September 2020. Die beiden Standorte mussten das sanaCERT Audit nochmals bestehen. Während zwei Tagen sind die Asana Spitäler und 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.

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



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **100** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

3 Qualitätsstrategie

Unsere Qualitätsstrategie

Wir nehmen unsere Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit wahr. Qualität ist dabei Ausdruck unserer Orientierung am Patienten, am Bewohner sowie an weiteren Anspruchsgruppen und direkter Massstab für unsere tägliche Arbeit. Die Qualität muss sichtbar und in einem ständigen Kreislauf verbessert werden.

Unsere Qualitätskultur

- **Qualität geht uns alle an! (Hauptbotschaft)**
- **PatientInnen und Kundinnen stehen im Zentrums unseres Handelns.** Das Erfüllen von Bedürfnissen, die Freude an der eigenen Arbeit und das Einbeziehen der Unternehmenskultur heisst auch: Patientinnen und Kundinnen stehen im Zentrum des Handelns.
- **Wir übernehmen aktiv Verantwortung und verbessern uns stetig.** In Eigenverantwortung zu handeln heisst auch: Wir übernehmen aktiv Verantwortung.
- **Wir leben vor.** Durch das beispielhafte Verhalten der täglichen Arbeit lebe ich vor.
- **Wir handeln unternehmensbezogen.** Eine hohe Fachkompetenz, ein sehr gutes soziales Verhalten und Verantwortung übernehmen heisst auch: Wir handeln unternehmensbezogen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

- Die ANQ Messungen werden gemäss ANQ-Messplan durchgeführt
- Das Überwachungsaudit durch sanaCERT suisse ist erfolgreich
- Umsetzung Prozessmanagement

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

- 4 ANQ Messungen wurden Termingerecht und erfolgreich durchgeführt
  Die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wurde durch ANQ abgesagt
- Das sanaCERT Überwachungsaudit zur Re-Zertifizierung nach der Norm EN ISO/IEC 17021:2011 war erfolgreich.
- Die Umsetzung des Prozessmanagements ist im vollem Gange. Im Jahr 2022 wurden über 50 neue Prozesse formuliert und eingeführt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements Systems mit sanaCERT
Einführung eines neuen Klinikinformationssystems
Mitgliedschaft und Teilnahme an der Initiative Qualitatsmedizin (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 wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung Rehospitalisationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Benchmark Nationale Patientenzufriedenheit
▪ Austausch zu Mortalitätsstatistik BAG

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:
Patientenzufriedenheit
▪ Rollierende Befragung der allgemeinen Patientenzufriedenheit
▪ Befragung Rettungsdienst
▪ Patientenzufriedenheit in der Physiotherapie
▪ Befragung in der Notfallabteilung ASM
Mitarbeiterzufriedenheit
▪ icommit Mitarbeiterzufriedenheit
Zuweiserzufriedenheit
▪ Zuweiserzufriedenheit Spital Menziken

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Operationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
Infektionen
▪ Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP)
Weitere Qualitätsmessung
▪ 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.

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Optimierung Qualitätsmanagement

Ziel	Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Alle Bereiche
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2014 -
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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
Weiterführende Unterlagen	www.sanacert.ch

Befragung der Mitarbeitenden in der Asana Gruppe AG

Ziel	Die Asana Gruppe AG mit den Spitälern Leuggern und Menziken will auch in Zukunft eine attraktive und erfolgreiche Arbeitgeberin sein. Durch die Befragung gewinnt sie wichtige Erkenntnisse.
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Alle Bereiche
Aktivität: Laufzeit (seit…)	Juni 2022 bis Mitte 2023
Begründung	Motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind das wichtigste Gut im Unternehmen
Methodik	Externe Befragung durch icommit, Küsnacht
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Im Rahmen von Kaderworkshops
Weiterführende Unterlagen	www.icommit.ch

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. Im Jahr 2022 wurde das CIRS-Konzept erneut optimiert.
Ausgewählte CIRS-Meldungen werden mittels einer sytematischen Fehleranalyse (London-Protokoll) bearbeitet.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 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 Patientinnen und 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 berechneten und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

2020 und 2021 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

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 Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	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 Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie 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	2021	
Zertifizierung des EPD (TOZ)	Gesamte Asana Gruppe	2021	2021	Durch Stammgemeinschaft eHealth Aargau
SIWF/ISFM FMH	Innere Medizin	2016	2022	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2018	2019	2021	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2022 (CI* = 95%)
Asana Spital Menziken AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.00	3.94	3.96	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.60	4.27	4.48	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.41	4.44	4.54	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.47	4.32	4.25	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.96	3.74	3.69	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	93.20 %	84.40 %	88.00 %	– %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2022				–
Anzahl eingetroffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden.
Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im Juni – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Rollierende Befragung der allgemeinen Patientenzufriedenheit

Die Asana Gruppe AG 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 2022 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 AG 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 des ganzen Aufenthalts im Patientenzimmer auf oder steht auf den Patiententerminals elektronisch zur Verfügung. Beim Austrittsgespräch werden die Patient:innen auf den Fragebogen aufmerksam gemacht.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.2.2 Befragung Rettungsdienst

Nach der Umsetzung verschiedener Massnahmen, welche aus der Analyse von September 2017 hervorgingen, wurden die Patienten von Juli 2019 bis Dezember 2020 und im 2021 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 befragt ausser:

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

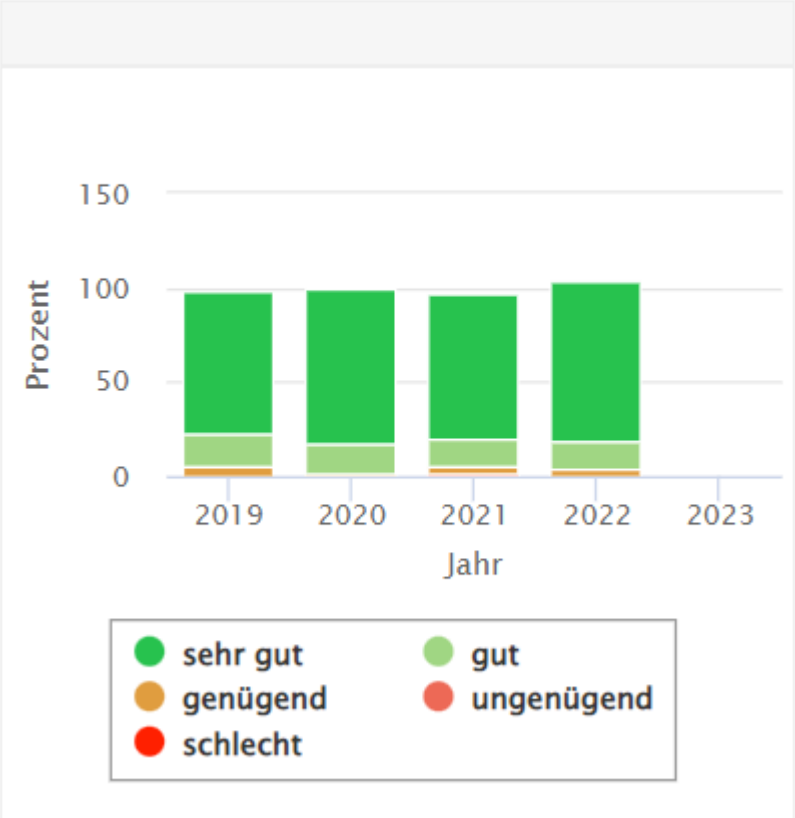
Die Rettungsequipe hat darüber hinaus situativ entschieden, wann eine Karte abgeben werden konnte und wann nicht. Die Befragung der Patienten durfte auf keinen Fall pietätlos wirken. Die Mitarbeiter waren aber dazu angehalten, auch kritischen oder unzufriedenen Patienten einen Flyer abzugeben. Aufgrund 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 (Zuschauer) 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 2022 durchgeführt.
Rettungsdienst Menziken
Es wir das gesamte Patientenkollektiv befragt.
Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

1.1 RD Patientenzufriedenheit



Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

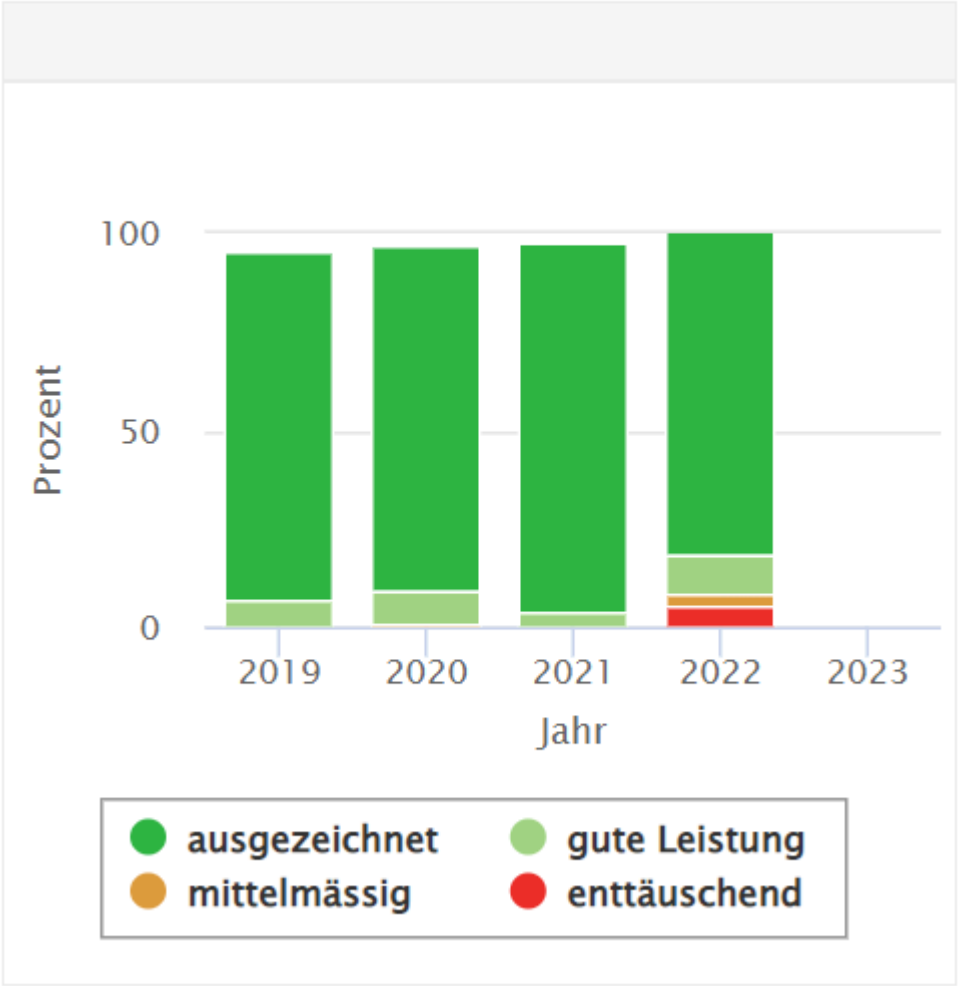
5.2.3 Patientenzufriedenheit in der Physiotherapie

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

1. Ich wurde stets freundlich begrüsst
2. Die Physiotherapie ist gut ausgeschildert
3. Die Termine haben meinen Wünschen entsprochen
4. Ich konnte den Empfang stets gut erreichen
5. Der Therapeut/ die Therapeutin war freundlich und hilfsbereit
6. Ich fühlte mich kompetent betreut
7. Meine persönlichen Therapieziele konnten erreicht werden
8. Die Physiotherapie hat pünktlich begonnen
9. Ich hatte wenig Therapeutenwechsel
10. Die Therapieräume sind hell, freundlich und sauber
11. Der Turnsaal ist praktisch eingerichtet
12. Hatten Sie eine Wassertherapie?
13. Hat die Wassertherapie den Heilungsprozess positiv unterstützt?
14. Ich werde die Physiotherapie im Asana Spital Menziken weiterempfehlen
15. Möchten Sie uns noch etwas sagen?

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.
Stationäre und ambulante Physiotherapiepatientinnen und Physiotherapiepatienten
Es werden alle ambulante und stationäre Patientinnen und Patienten befragt. Die Teilnahme ist freiwillig.

1.3 Physiotherapie Patiente...



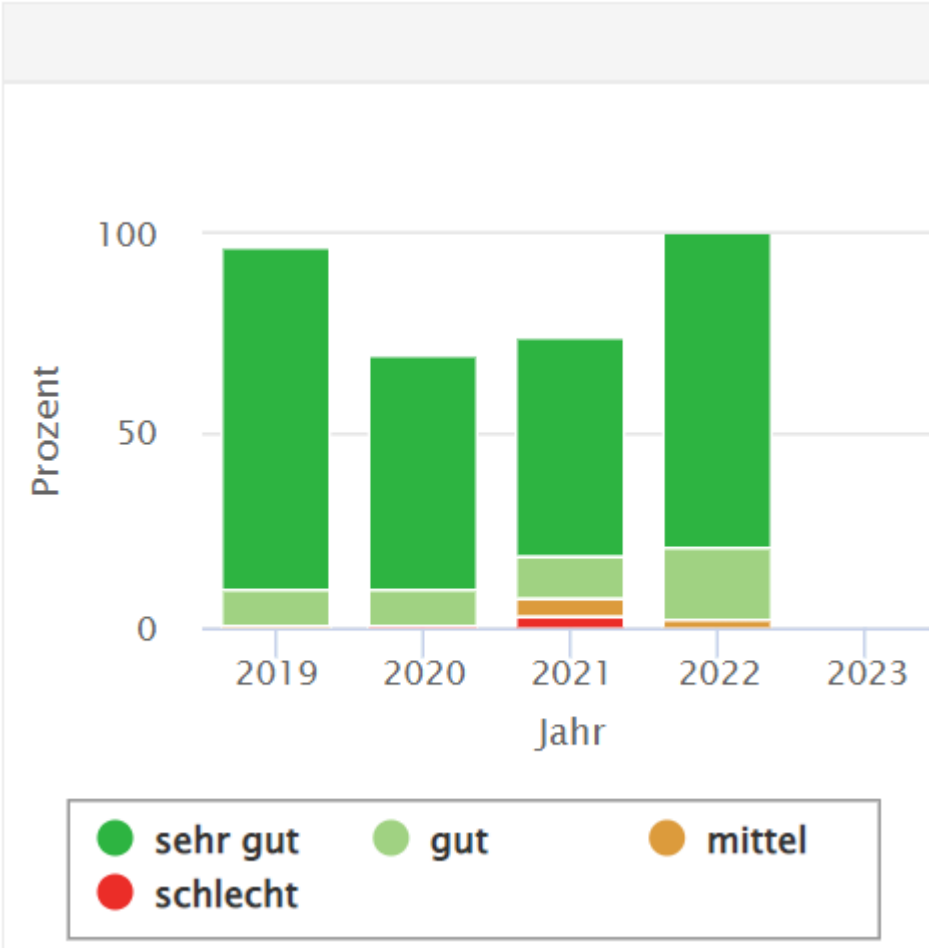
Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.2.4 Befragung in der Notfallabteilung ASM

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.
Notfallabteilung
Es wurden alle Patient:innen eingeschlossen.

Patientenzufriedenheit Notfallstation



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

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 icommit Mitarbeiterzufriedenheit

Committete Mitarbeitende erbringen eine höhere Arbeitsleistung und sind intrinsisch motivierter. Zudem zeigen sie eine höhere Veränderungsbereitschaft und weisen geringere Fluktuationsabsichten/ Absentismus auf. In der heutigen Arbeitswelt sind Unternehmen somit darauf angewiesen, dass Ihre Mitarbeitenden nicht nur zufrieden, sondern auch committet sind.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat Juni durchgeführt.
Alle Abteilungen/Bereiche

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	icommit
Methode / Instrument	Eigenes Instrument entwickelt durch icommit

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärztinnen und -ärzte und niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin 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 Ärzte steht ein elektronischer Fragebogen zur Verfügung.

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

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Anzahl der Rückmeldungen ist für eine Publikation zuwenig repräsentativ.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell 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)	2017	2018	2019	2020
Asana Spital Menziken AG				
Verhältnis der Raten*	1.2	1.11	1.39	–
Anzahl auswertbare Austritte 2020:				–

* 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 potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell 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/.

Ab dem BFS Datenjahr 2020 findet ein Methodenwechsel statt. Gemäss Entscheid ANQ werden die Daten der Einführungsphase nicht transparent publiziert. Dies gilt für den aktuellen Qualitätsbericht 2022 (BFS-Daten 2020). Im Jahr 2023 werden dann für das BFS-Datenjahr 2021 neu die «ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen» transparent ausgewiesen.

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 Patientinnen und 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 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:
▪ Primäre Hüfttotalprothesen
▪ Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2016 bis 31.12.2019

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) **2016 - 2019**	**Rohe 2-Jahres-Revisionsrate %** (n/N) **2016 - 2019**	**Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %** **2014 - 2018**	**Adjustierte Revisionsrate %** **2016 - 2019**
Asana Spital Menziken AG				
Primäre Hüfttotalprothesen	151	0.70%	0.70%	0.60%
Primäre Knieprothesen	199	2.00%	1.30%	2.00%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2022 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2016 bis Dezember 2019. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2021.

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	Swiss RDL, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

10.2 Eigene Messung

10.2.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb internen Messung wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Korperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird fur den Bericht jeweils die vorjahrige 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 wahrend des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffallige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualitat zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitaler und Kliniken notig.

Weiterfuhrende Informationen: www.sqlape.com

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 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 aussagekraftig.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape
Methode / Instrument	SQLape

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und 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 oder einer Rehospitalisation 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 Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.
Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Gallenblasen-Entfernungen
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022
Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. Dezember 2021 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitälern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. März 2022 wieder aufgenommen.

Operationen	**Anzahl beurteilte Operationen** (Total)	**Anzahl festgestellter Wund-infektionen** (N)	**Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %**			**adjustierte Infektionsrate %** (CI*)
	2021/2022	**2021/2022**	2018/ 2019	2019/ 2020	2020/ 2021	**2021/2022**
Asana Spital Menziken AG						
Gallenblasen-Entfernungen	32	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 10.90%)
Blinddarm-Entfernungen	11	9	0.00%	4.40%	25.10%	5.90% (0.20% - 41.30%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	0	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarm-operationen (Colon)	2	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 84.20%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden neu jeweils zeitgleich durchgeführt.
Infolge der Übergangsphase können im Qualitätsbericht 2022 gleich zwei Messperioden (2020/2021 und 2021/2022) bei den Messungen mit Implantaten ergänzt werden. Jedoch wird nur die neuere Messung (2021/2022) ausführlich dargestellt. Die Ergebnisse der Messeperiode mit Implantaten, vom 1. Oktober 2020 – 30. September 2021 (mit Unterbruch infolge Covid-19, 1. November 2020 bis 1. April 2021), werden bereits unter den Vorjahren aufgelistet.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022

Operationen	**Anzahl beurteilte Operationen** (Total)	**Anzahl festgestellter Wund-infektionen** (N)	**Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %**			**adjustierte Infektionsrate %** (CI*)
	2021/2022	**2021/2022**	2018/ 2019	2019/ 2020	2020/ 2021	**2021/2022**
Asana Spital Menziken AG						
Erstimplantation von Hüftgelenks-prothesen	48	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 7.40%)

* 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.
Im Jahr 2022 wurde die Hernienoperationen aus dem Swissnoso Messkathalog entfernt.
Wir messen dafür neu die postoperativen Wundinfektionen nach Operationen der Gallenblase.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und 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 Spitäler der Asana Gruppe werden jährlich diese Messungen auf allen Abteilung durch eine externe Stelle durchgeführt.

Diese Messung haben wir im Monat Juni durchgeführt.
Alle Pflegestationen, Operationsbereich, Notaufnahme, Aufwachraum/Tagesklinik und in Leuggern Geburtshilfe

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.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Infektiologie und Spitalhygiene Kantonsspital Aarau
Methode / Instrument	NIP

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patientinnen und Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:
www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

			2018	2019	2022
Asana Spital Menziken AG					
Anzahl im Spital erfolgte Stürze			0	0	5
In Prozent			0.00%	0.00%	15.20%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	33	Anteil in Prozent (Antwortrate)			94.30%

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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

Sturzereignisse lassen sich trotz Präventionsmassnahmen nicht völlig ausschliessen. Ergebnisse und Massnahmen zur Prävention sowie deren Wirkung werden im Rahmen eines Sturzkonzepts in interprofessionelle Teams der Pflegeabteilung evaluiert, diskutiert und daraus geeignete Massnahmen festgelegt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patientinnen und Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte		2022	In Prozent
		2018	2019		
Asana Spital Menziken AG					
Nosokomiale Dekubitus-prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	-0.1	-0.01		-
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.01 (-0.31 - 0.29)	-0.01 (-0.79 - 0.78)		–

Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	33	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	94.30%

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** 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

Das Wundliegen lässt sich weitgehend durch geeignete Präventionsmassnahmen verhindern. Ergebnisse und Massnahmen zur Prävention sowie deren Wirkung werden im Rahmen eines Dekubituskonzepts in interprofessionelle Teams der Pflegeabteilung evaluiert, diskutiert und daraus geeignete Massnahmen festgelegt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

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 2022 durchgeführt.
Alle Pflegeabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Das Verfahren ist noch nicht standardisiert.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

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 à 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 Ausmerzung von überflüssigen Tätigkeiten, verbesserter Abläufe (Standardisierung) sowie sorgfältigerer Umgang mit Material
  - Schnittstellenmanagement
  - Mehr Sicherheit im Alltag für heutige und zukünftige Mitarbeitende (Qualitätssteigerung)

Projektablauf / 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 abgelaufene Dokumente aktualisiert, formatiert und einem Vernehmlassungsprozess unterstellt werden. Ausserdem wird gelernt wie die Prozesse im Intranet integriert 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 den Einsatz der Tools üben.

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 Wirtscharftlichkeit im Medikamentenmanagement.
Erwerb der sanaCERT Zertifizierung für den Standard Sichere Medikation.

Projektablauf / 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 Händehygiene Compliance HHC

Ziel: Erhöhung der Patientensicherheit

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

18.2.1 SanaCERT Überwachungsaudit

Die Spitäler und Pflegeheime der Asana Gruppe AG sind auf gutem Weg zur Re-Zertifizierung im Jahr 2023. Anlässlich des Überwachungsaudits vom 16. November 2022, hat der Auditor Dr. med. Peter Ueberschlag in seinem Bericht eine positive Einschätzung abgegeben. Er hat uns bestätigt, dass wir die Anforderungen erfüllen. Für die bevorstehende Re-Zertifizierung spricht er weder Auflagen noch Empfehlungen aus. Auf kantonaler Ebene positioniert sich die Asana Gruppe AG 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 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".

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 Pflegende mit einen 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.

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. Im November 2022 wurden 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 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 Wertschöpfungsoptimierung.
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 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 Qualitätssiche-rung 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 Härtetest 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 Pflege-heim) 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 Qualitäts- Managementsystem (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 Qualitätsma-nagements 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 Patientensi-cherheit 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 Patientientinnen 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

Angebotene 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+ herausgegeben:
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.