



Spital Einsiedeln
Spitalstrasse 28
Postfach 462
8840 Einsiedeln

			
Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Langzeitpflege

Qualitätsbericht 2009

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern und Basel-Stadt

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	6
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	8
C1	Kennzahlen Akutsomatik	8
C2	Kennzahlen Psychiatrie	8
C3	Kennzahlen Rehabilitation	8
C4	Kennzahlen Langzeitpflege	8
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	9
D1	Zufriedenheitsmessungen	9
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	9
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	10
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	11
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	13
D2	ANQ-Indikatoren	14
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	14
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	14
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	15
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	15
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	16
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	17
D5	KIQ-Pilotprojekte	18
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	18
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	18
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	19
E1	Pflegeindikatoren	19
E1-1	Stürze	19
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	19
E2	Weitere Qualitätsindikatoren	20
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	20
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	20
F	Verbesserungsaktivitäten	21
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	21
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	21
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	26
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	27
G	Schlusswort und Ausblick	28
H	Impressum	29

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ermächtigt in Art. 58 den Bund festzulegen, mit welchen Massnahmen u. a. Spitäler die Qualität ihrer erbrachten Leistungen zu sichern oder gegebenenfalls wiederherzustellen haben. Er ist auch berechtigt, diese Massnahmen mit systematischen wissenschaftlichen Kontrollen zu überprüfen. Die Spitäler sind gemäss Art. 77 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zur Erarbeitung von Konzepten und Programmen zur Qualitätssicherung wie -förderung, zur Erhebung sowie zur Herausgabe entsprechender Daten verpflichtet.

Der Druck auf die Spitäler zur Erhebung und Veröffentlichung von Qualitätsdaten steigt kontinuierlich. Das Sichtbarmachen von Qualität wird somit für die Spitäler zu einem wichtigen Wettbewerbsfaktor.

Qualität am Spital Einsiedeln bedeutet für uns, wirksam, effizient, sicher und wirtschaftlich sinnvoll zu arbeiten. Die medizinischen Behandlungsergebnisse und die Patientenzufriedenheit stehen bei uns im Zentrum. Unser Qualitätsmanagement soll weit über das Mindestmass hinausgehen, welches uns vom kantonalen Amt für Gesundheit und Soziales in den jährlichen Leistungsaufträgen vorgeschrieben wird. Wir streben in der Qualitätssicherung einen ganzheitlichen, systematischen Ansatz für alle Bereiche des Spitalbetriebs und der Spitalführung an.

Nachfolgend sei unsere 2009 von der Geschäftsleitung verabschiedete Qualitätsbotschaft wiedergegeben:

Qualitätsbotschaft

Im Mittelpunkt all unserer Aktivitäten stehen die Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen sowie unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wir als Beschäftigte im Spital haben uns alle zum Ziel gesetzt, unsere Dienstleistungen und medizinischen Behandlungsergebnisse laufend zu überprüfen und unter Berücksichtigung unserer Ressourcen kontinuierlich zu verbessern. Die Grundlagen dazu bilden Professionalität, Engagement sowie eine leistungs-, prozess- und ergebnisorientierte Arbeitsweise.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele**Qualitätsleitsätze****Führung**

Zur optimalen Patientenversorgung pflegen wir in unserer prozessorientierten Organisationsstruktur einen kooperativen Führungsstil mit klarer Zuteilung von Verantwortlichkeiten und Kompetenzen.

Besonderen Wert legen wir auf einen adressaten- und zeitgerechten Informationsfluss sowie auf eine gut entwickelte Fehlerkultur.

Unsere leistungsorientierte Führung richtet sich in operativen wie in finanziellen Belangen auf allen Ebenen an internen und externen Betriebsvergleichen aus. Die Vergleiche, insbesondere der erfassten Finanzkennzahlen, dienen dazu, unsere Organisation ständig weiter zu optimieren.

Wir legen Wert auf eine gerechte Verteilung der Arbeitslast im Haus und schaffen dazu die notwendigen Voraussetzungen.

Politik und Strategie

Unsere Unternehmens- und Qualitätsziele orientieren sich an unserer mit der Spitalfinanzierung kompatiblen Unternehmensstrategie.

Wir sind uns unserer unternehmerischen Risiken bewusst und richten unsere Strategie danach aus.

Zur Öffentlichkeit halten wir einen engen Kontakt, indem wir sie laufend über unsere Aktivitäten sowie über die erreichten Ziele orientieren.

Mitarbeitende

Gut ausgebildete und engagierte Mitarbeitende sind uns wichtig. Wir fördern sie mit gezielten Fort- und Weiterbildungen zur Optimierung der medizinischen Behandlungsqualität.

Daneben positionieren wir uns auch als fortschrittlicher Ausbildungsbetrieb. Unsere Lernenden bilden wir so aus, dass sie sich auf dem Arbeitsmarkt bewähren.

Zur Förderung eines guten Betriebsklimas und attraktiver Arbeitsbedingungen schaffen wir die nötigen Rahmenbedingungen.

Partnerschaften / Ressourcen

Mit unseren zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, unseren Partnerspitälern sowie den vor- und nachgelagerten Institutionen suchen wir aktiv und gezielt die Zusammenarbeit.

Unsere Infrastruktur, besonders in den Bereichen Gebäude, IT und Kommunikation, sowie unser Dokumentenmanagement unterstützen unsere Ablaufprozesse optimal.

Prozesse

Unsere Abläufe sind auf die Bedürfnisse unserer Patienten ausgerichtet. Unsere Prozesslandschaft ist so gestaltet, dass alle Abläufe vernünftig im Aufwand, wirksam und sicher sind.

Klinische Behandlungspfade und standardisierte Behandlungsschemen vereinfachen unsere Arbeit und erhöhen die Patientensicherheit.

Unsere Patientinnen und Patienten werden von uns zu jeder Zeit rechtzeitig, korrekt und verständlich informiert. Anderweitig zur Verfügung gestellte Informationen sind strukturiert und werden laufend aktualisiert.

Medizinische Behandlungsergebnisse

Medizinische Behandlungsergebnisse sind unsere wichtigsten Schlüsselergebnisse. Sie werden regelmässig gemessen und dienen dazu, unsere Behandlungsqualität durch interne wie externe Vergleiche gezielt und kontinuierlich zu verbessern.

Kundenbezogene Ergebnisse

Unsere Patienten und Zuweiser werden mittels strukturierter Erhebungen periodisch über ihre Zufriedenheit mit unseren Dienstleistungen befragt.

Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

Die Zufriedenheit unserer Mitarbeitenden erheben wir im Rahmen der regelmässig stattfindenden Mitarbeitendengespräche sowie zusätzlich periodisch in Mitarbeitendenbefragungen.

Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

Wir erfassen die Wirkung unserer Öffentlichkeitsarbeit und passen diese laufend den Bedürfnissen an.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Qualitätsschwerpunkt 2009: Aufbau und organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Das Qualitätsmanagement im Spital Einsiedeln wurde 2009 komplett neu konzipiert. Dazu haben wir uns an einem umfassenden Qualitätsmanagement nach den Dimensionen von EFQM orientiert. Ziel in dieser Phase ist ausdrücklich nicht ein EFQM-Label oder ein offizielles Commitment to Excellence, sondern die Adressierung aller relevanten Q-Dimensionen in unserem Unternehmen. Das EFQM-Modell bietet hierzu einen umfassenden methodischen Ansatz.

Mit dem personellen Wechsel des Qualitätsbeauftragten im Frühjahr 2009 wurde eine neue Person mit dieser Aufgabe betraut. Diese kommt aus der Pflegeorganisation und befindet sich aktuell in einem Nachdiplomstudium in Qualitäts- und Prozessmanagement. Die Beauftragte Qualität ist nicht mehr wie bis anhin in einer Stabsfunktion tätig, sondern reguläres Mitglied der Spital-Geschäftsleitung. Damit ist das Thema Qualität bewusst auf die Ebene Unternehmensleitung gehoben worden, was den Stellenwert dieser Funktion unterstreicht.

Die gesamte zweite Jahreshälfte 2009 wurde dazu genutzt, in einem eigenen Projekt unter externem fachlichem Support sämtliche qualitätsrelevanten Dimensionen zu erfassen und zu beschreiben. Mögliche Projekte und Umsetzungsmassnahmen für jede EFQM-Dimension wurden evaluiert, bewertet und für die Realisierung auf eine Zeitschiene gelegt. Entstanden ist eine Mehrjahresplanung (über drei Jahre) für qualitätssichernde bzw. -fördernde Massnahmen, welche im Sinne einer rollenden Planung jährlich reevaluiert wird. Die Qualitätsmassnahmen des Folgejahres fliessen in die Jahreszielsetzung nach Balanced Scorecard ein und sind mit einem Messsystem versehen.

Für die Qualität am Spital ist neu die gesamte Geschäftsleitung zuständig. Sämtliche Mitglieder der Geschäftsleitung bilden den Lenkungsausschuss Qualität (LAQ). Dazu wurde ein eigenes Reglement erstellt. Durch diese Organisation ist eine breite Abstützung des Themas Qualität im ganzen Spital gegeben. Der LAQ definiert und steuert alle qualitätsrelevanten Themen im Spital, aktualisiert periodisch Leitbild und Strategie, bestimmt die jeweiligen Jahresziele und sorgt für deren Erreichung. Der LAQ ist zudem verantwortlich für eine adäquate Kommunikation an Kader und Basis, aber auch nach aussen.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

- Gestaltung eines neuen Spitalorganigramms, welches prozessorientiert aufgebaut ist. Die Bereichsleiter sind neu nicht mehr ausschliesslich Führungspersonen, sondern auch Prozess-eigner. Damit soll die traditionelle berufsgruppenorientierte Aufbauorganisation (Ärzte – Pflege – Verwaltung) im Laufe der nächsten Jahre zugunsten einer Prozessorientierung überwunden werden. Das Organigramm wurde per 1.1.2010 in Kraft gesetzt.
- Geschäfts-Jahreszielsetzungen nach dem Ansatz der Balanced Scorecard. Die zu erreichenden Jahresziele wurden einer Finanz-, Prozess-, Entwicklungs- und Kundenperspektive zugeordnet und mit einem qualitativen und quantitativen Messsystem versehen.
- Weiter im Bereich Führung wurden die meisten Organisationsreglemente vollständig überarbeitet und z.T. neu erstellt (u.a. das Personalreglement samt allen Anhängen infolge neuer Bestimmungen des ArG; sämtliche Klinikarzt-, Konsiliararzt- und Belegarztverträge, welche neu als integrierenden Bestandteil ein Qualitätsreglement enthalten; das Organisationsreglement)
- Die Umsetzung der Medizinalprodukteverantwortung (MepV) wurde neu geregelt und vollständig an einen externen Anbieter übertragen. Der dazu gehörige interne Prozess sowie die Verantwortlichkeiten wurden definiert und geschult.
- Bezüglich Ergebnisqualität haben wir uns an SwissNOSO und IVQ-PEQ beteiligt. Diverse andere Messungen (z.Bsp. Komplikationenliste, Sturzkonzept etc.) sind in diesem Bericht aufgeführt (siehe unten).
- Die Nachbehandlungsschemen in der Orthopädie wurden überarbeitet und weiter standardisiert.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Qualitätsentwicklung der Jahre 2011ff am Spital Einsiedeln wird im LAQ festgelegt und richtet sich nach den Dimensionen von EFQM. Es wird gezielt darauf geachtet, dass alle für das Spital relevanten Qualitäts-Dimensionen adressiert werden. Die zeitliche und inhaltliche Umsetzungsplanung berücksichtigt die zur Verfügung stehenden personellen und finanziellen Ressourcen. Die Aufnahme von qualitätssichernden und –fördernden Massnahmen auf die Jahreszielsetzungen schafft Verbindlichkeit und die Zielerreichung wird vom strategischen Gremium überprüft.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Andere Organisationsform, nämlich:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	30	Stellenprozente zur Verfügung.
Anmerkung: Formal verfügt das Qualitätsmanagement am Spital lediglich über eine 30%-Stelle. Tatsache ist, dass für unseren umfassenden Ansatz von Qualitätsmanagement de facto wesentlich mehr Stellenprozente zur Verfügung stehen, auch wenn diese nicht explizit ausgewiesen sind. Direktor, Chefärzte, diverse Stabsstellen, Bereichsleitungen usw. leisten ihren Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätssicherung, sei dies im Rahmen von Q-Projekten, der Beteiligung an Messungen, der Teilnahme im LAQ usw.		

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Petra Reusser	055 418 55 51	Petra.reusser@spital-einsiedeln.ch	Beauftragte Qualitätsmanagement
Dr. med. Meinrad Lienert	055 418 58 60	Meinrad.lienert@spital-einsiedeln.ch	Direktor
Dr. med. Simon Stäuble	055 418 58 39	Simon.staeuble@spital-einsiedeln.ch	Chefarzt Innere Medizin
Barbara Trütsch	055 418 53 50	Barbara.truetsch@spital-einsiedeln.ch	Hygieneverantwortliche
Claudia Schiegg	055 418 53 50	Claudia.schiegg@spital-einsiedeln.ch	Verantwortliche SwissNOSO
Niklaus Zehnder	055 418 51 41	td@spital-einsiedeln.ch	Verantwortlicher MepV (Technischer Dienst)
Hans Lang	055 418 52 12	Hans.lang@spital-einsiedeln.ch	Verantwortlicher MepV und Materiovigilance (Operationsbetrieb)
Irma Barmettler	055 418 53 52	Irma.barmettler@spital-einsiedeln.ch	Verantwortliche MepV (Pflegedienst)
Dr. med. Mario Picozzi	055 418 52 30	Mario.picozzi@spital-einsiedeln.ch	Verantwortlicher Arzt Hämovigilance
Sabina Kampmann	055 418 52 20	Sabina.kampmann@spital-einsiedeln.ch	Verantwortliche Materiovigilance



Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	8'792	Ohne Praxisfälle
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	4	
Anzahl stationäre Patienten	3'327	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	230	
Anzahl Pflegetage gesamt	17'599	Bezogen auf Austritte 2009
Bettenanzahl per 31.12.2009	49	Ohne Säuglingsbetten von 10
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	5.3	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	91 %	
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte		

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflegetage
stationär				
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht		☐ ja	☐ nein	☐ teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten		
Anzahl Pflegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte		

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.		
Anzahl Pflegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung		
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte		

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☒	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2009
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
☐	Nächste Messung:		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	5.6	Auf einer Notenskala von 1-6
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärztliche Versorgung (Mittelwert der Fragen 1-4)	5.6	Der erreichte Wert kann im Vergleich zu den ausgewerteten 23 Kliniken als überdurchschnittlich bezeichnet werden (Mittelwert: 5.4)
Pflegerische Versorgung (Mittelwert der Fragen 5-8)	5.6	Der erreichte Wert kann im Vergleich zu den ausgewerteten 23 Kliniken als überdurchschnittlich bezeichnet werden (Mittelwert: 5.4)
Organisation, Management und Service während des Spitalaufenthalts (Mittelwert der Fragen 9-13)	5.5	Der erreichte Wert kann im Vergleich zu den ausgewerteten 23 Kliniken als überdurchschnittlich bezeichnet werden (Mittelwert: 5.3)
☐		Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☒		Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument		
☐ Picker	Name des Instrumentes	IVQ-PEQ	Name des Messinstitutes
☒ VO: PEQ			
☐ MüPF(-27)			
☐ POC(-18)			
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Patients' Experience Questionnaire. Messperiode 03/2009 bis 06/2009	
Einschlusskriterien		Gemäss Kriterienkatalog	
Ausschlusskriterien		Gemäss Kriterienkatalog	
Rücklauf in Prozenten		44% (650 versandte Datensätze, 285 Rückläufe)	
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☒ Ja, Einsatz wie folgt: Erinnerungsversand durch Outcome

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
☐	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
☒	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☒	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2009 Nächste Messung: 2010
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen: Klinik für Innere Medizin

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Innere Medizin	82%	Gesamtzufriedenheitsgrad der Mitarbeiter in der Klinik für Innere Medizin.
Innere Medizin „Qualitätsbewusstes Arbeiten“	100%	Die Mitarbeiter der Inneren Medizin wissen aus ihren Stellenbeschreibungen, was von ihnen erwartet wird. Sie sind sich ihrer Verantwortungen den Patienten, aber auch ihrem Team gegenüber sehr bewusst.
Innere Medizin „Zufriedenheit mit der Infrastruktur“	85%	85% der Befragten finden, dass die Arbeitshilfsmittel fortlaufend angepasst werden. Die internen Fortbildungen helfen ihnen dabei, die Materialien gezielt einzusetzen. Infrastrukturelle Verbesserungsmaßnahmen werden laufend evaluiert und umgesetzt.
Innere Medizin „Ressourcenförderung von Mitarbeiter“	70%	70% der Befragten sind der Ansicht, dass sie täglich die Gelegenheit dazu haben, ressourcenorientiert zu arbeiten. Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der Mitarbeitenden sind in den Stellenbeschreibungen festgehalten. Durch gezielte Fördermassnahmen wurden mehrere Mitarbeitende mit zusätzlichen Kompetenzen ausgestattet. Know-how wird gezielt geschult und im Betrieb eingesetzt.
Innere Medizin „Anerkennung von Leistungen“	70%	70% der Befragten bestätigen, dass sie für ihre gute Arbeit und Leistung täglich geschätzt und gelobt werden. Einige Mitarbeiter antworteten, dass die Feedbackregeln gegenseitig nicht immer eingehalten werden. Dieses Thema wurde nochmals breit diskutiert und optisch visualisiert. Neu verpflichten wir uns gegenseitig auf die Einhaltung der Feedbackregeln.
Innere Medizin „Sozialkompetenz der Stationsleitung“	93%	93% der Mitarbeitenden haben geantwortet, dass sie von der Stationsleitung auch in menschlicher Hinsicht geschätzt werden.
Innere Medizin „Entwicklungsförderung“	78%	78% der Befragten sind der Ansicht, dass sie von ihrer direkten Vorgesetzten aktiv gefördert werden, beispielweise durch die Möglichkeit zur Teilnahme an Weiter- und Fortbildungen. Ein besonderer Schwerpunkt wurde bei der Berufsgruppe der Pflegehilfen gesetzt: Die z.T. sehr lange angestellten Personen werden gezielt für Fördermassnahmen motiviert. Ein neues, grosszügiges Fortbildungsreglement unterstützt diese Entwicklung.
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☒	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Angelehnt an die Gallup-Studie Die Gallup-Studie ist die weltweit grösste Langzeitstudie für erfolgreiche Führung, Halten und Fördern von wertvollen Mitarbeitern. Wir haben uns entschieden, die ersten sechs Kernfragen für unsere Mitarbeiterbefragung zu verwenden.		
Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden der Klinik für Innere Medizin		
Ausschlusskriterien	Keine		
Rücklauf in Prozenten	81.8%		
Erinnerungsschreiben?	☒ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:	

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☐	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐ Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

☒ Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	2009 fand keine standardisierte Zuweiserzufriedenheitsbefragung statt. Es wurden lediglich qualitative Einzelinterviews mit ortsansässigen Hausärzten durchgeführt.		
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?	☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:	

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☐	Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.		
☒	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Die Rehospitalisationen nach SQLape (ANQ-Programm) werden voraussichtlich erstmals im Jahr 2010 erhoben (Bestandteil der jährlichen Leistungsvereinbarung mit dem Kanton Schwyz).				
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☐	Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.		
☒	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die potentiell vermeidbaren, ungeplanten Reoperationen nach SQLape (ANQ-Programm) werden voraussichtlich erstmals im Jahr 2010 erhoben (Bestandteil der jährlichen Leistungsvereinbarung mit dem Kanton Schwyz).			
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
☐	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☒	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2009 Nächste Messung: 2010
☒	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
☐ Gallenblase		
☐ Blinddarmentfernung		
☒ Hernieoperation	Siehe unten	Seit Juni 2009
☒ Operation am Dickdarm	Siehe unten	Seit Juni 2009
☒ Kaiserschnitt	Siehe unten	Seit Juni 2009
☐ Herzchirurgie		
☐ Hüftgelenksprothesen		
☒ Kniegelenksprothesen	Siehe unten	Seit Juni 2009
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben (siehe Kap. F2)		

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?			
☒	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.		
☐	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Infektions-Messthema

Messung im Berichtsjahr 2009	
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis:
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009	
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

D3 Weitere Qualitätsindikatoren

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Verein Komplikationenliste SGIM	B	B	A
IVR-Anerkennung	B	B	A
Bemerkungen			
Die Massnahmen zur Vermeidung von Komplikationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Legende:

- ¹ A=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung
- ² A=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System
- ³ A=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009
C=Einführung im Berichtsjahr 2009

D5 KIQ-Pilotprojekte



Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifizierte für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmassnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☐ ja	Gewählte Messvariante: ☐ Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen ☐ Symptombelastung, Lebensqualität ☐ Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
☐ nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☐ ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: ☐ Lendenwirbelsäule (LWS) ☐ Halswirbelsäule (HWS) ☐ Untere Extremitäten (UEX) ☐ Obere Extremitäten (OEX) ☐ ganzer Körper (SYS)
☐ ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
☐ nein	

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“		Jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt.			
Messung im Berichtsjahr 2009					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?					
Gemessene Abteilungen:		Pflegeabteilungen Gesamtspital			
Ergebnis gesamt: 2008	16 Stürze	Anteil mit Behandlungsfolgen:	18.75%	Anteil ohne Behandlungsfolgen:	81.25%
2009	19 Stürze	Anteil mit Behandlungsfolgen	31.58%	Anteil ohne Behandlungsfolgen	68.42%
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben (siehe Kap. F2)					
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009					
☒ internes Instrument		Name des Instrumentes: Sturzkonzert - Statistik			
☐ externes Instrument		Name Anbieter / Auswertungsinstanz:			

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009						
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Es gibt keine standardisierte Auswertung. Nach unserer subjektiven Einschätzung treten Dekubiti sehr selten auf.				
Gemessene Abteilungen:				Ergebnis gesamt:		
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.						
Entstehungsort der Dekubiti		Werte (quantitativ)				
		gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung						
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.						
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen						
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009						
☐ internes Instrument		Name des Instrumentes:				
☐ externes Instrument		Name Anbieter / Auswertungsinstanz:				

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	☐ Richtlinien bestehen.	☒ Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings



Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		



Verbesserungsaktivitäten

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Rettungsdienst	IVR-Anerkennung	2008	2008	Rezertifizierung 2013

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Gesamtspital	Präventionsmassnahmen Infektionen	Im Spital besteht eine etablierte Hygienekommission unter der Leitung des Chefarztes der Klinik für Innere Medizin. Diese Kommission verfügt über ein Reglement und erstellt Jahreszielsetzungen, welche von der Geschäftsleitung verabschiedet werden. Im Bereich Infektionsprävention werden einmal pro Jahr ein Hygieneworkshop sowie regelmässige Schulungen (Händehygiene, Umgang mit Desinfektionsmitteln, Körperhygiene, Arbeitsbekleidung etc.) für das Personal durchgeführt. Weiter ist eine ausgebildete Wundmanagerin vorhanden, welche nach einem etablierten Wundkonzept arbeitet. Einmal jährlich wird unangemeldet durch einen externen Mikrobiologen das ganze Spital einem ausführlichen mikrobiologischen Audit unterzogen; die Resultate 2009 bescheinigten in allen Bereiche hervorragende Resultate. Punktuell wurden hygienisch-mikrobiologische Unter-	permanent

		suchungen durchgeführt von Umgebung, Einrichtung, Lösung / Microfasertücher, Tee, Wasser, Lebensmittel und Luft OP. Es konnten keine Auffälligkeiten festgestellt werden. Der Hygiene-Standard am Spital ist gemäss Bericht des Hygiene-Mikrobiologielabor generell sehr hoch zu bezeichnen.	
Pflege	Sturzpräventionen	Stürze im Spital stellen ein Patientensicherheitsrisiko dar und sind durch multifaktorielle Interventions-Massnahmen in vielen Fällen vermeidbar. Das Problembewusstsein der Fachpersonen hinsichtlich des Sturzrisikos von Patienten wird gezielt geschult. Der Umgang mit der permanenten Sturzgefahr und die Prävention von Stürzen gehören zur täglichen Arbeit. Das Ziel unseres Konzeptes besteht primär darin, Patienten mit Risikofaktoren für Stürze frühzeitig zu erkennen. Mit gezielten Interventionen werden Stürze vermieden resp. vermindert. Jeder Sturz wird systematisch auf einer Sturzdokumentation erfasst und statistisch ausgewertet. Es wird nach Ursachen gesucht. Verbesserungsmassnahmen werden laufend eingeleitet. Präventionsmassnahmen: <u>Sturzrisikoerkennung</u> Findet durch eine standardisierte Pflegeanamnese statt. <u>Sturzrisikoabklärung:</u> Durch die Pflege an Hand der Morse-Skala und mittels weiteren Abklärungen durch den zuständigen Arzt <u>Präventionen:</u> Information und Beratung des Patienten und seiner Angehörigen bzgl. Sturzgefährdung. Überprüfung u. Modifikation der Medikation. Unterstützende Gehhilfen. Niedrig gestellte Betten (ggf. Bodenlagerung).	Messperiode: jährlich

		Erreichbare Bettklingel. Unterstützung bei verändertem Bewusstseinszustand. Gezieltes Ansprechen des Sturzrisikos an der Visite. Verwendung von Klingelmatte/Bettbalken Verwendung von Antirutschsocken/Sturzhelm/Sturzhosen. <u>Evaluation:</u> Bei der Evaluation überprüfen wir die Wirksamkeit des präventiven und therapeutischen Massnahmenplans. Je nach Resultat werden die Interventionen angepasst oder geändert. <u>Statistische Erhebung der Sturzdaten:</u> Sturzereignisse X 1000 Patientenpflegetage	
Pflege	Dekubitusprophylaxen	Zielsetzung des Pflegestandards „Dekubitusprophylaxe“ ist, den Patienten über die Massnahmen der Dekubitusprophylaxe aufzuklären und in die Präventionsmassnahmen einzubeziehen. <u>Mögliche Interventionen:</u> Tägl. Hautbeobachtung; Einsetzen von Wechseldruckmatratzen oder Auflagenmatratzen; Anwenden von Mikrolagerungen; Aktive Mobilisation; Gezielte Hautpflege; Ausgewogene Ernährung; Unser Pflegepersonal wird in permanenten Fort- und Weiterbildungen zu diesem Thema geschult.	permanent
Pflege	Neues Ausbildungskonzept	Jede Ausbildungsstation verfügt über 3 Berufsbildnerinnen, die jeweils alternierend die FaGe-Lernenden in allen 3 Lehrjahren und die Studierenden der Ausbildung zur Pflegefachfrau HF (in verkürzter Ausbildungsdauer) betreuen. Die zuständige Berufsbildnerin übernimmt mit den anwesenden Lernenden/Studierenden eine definierte Anzahl Patienten und betreut diese unter Berücksichtigung der Rahmenlehrpläne und des jeweiligen Ausbildungsstandes.	Projekt-Abschluss 2009, laufende Optimierung

Klinik für Innere Medizin	Prävention von Behandlungs-Komplikationen	Die vorgeschlagenen Empfehlungen des Verein Komplikationenliste SGIM (VKL) werden durch Fachpersonen geprüft und laufend in unseren Prozessen, Richtlinien oder Standards adaptiert. Zudem werden die periodische Berichte des VKL auf den Abteilungen aufgelegt und in den Fallbesprechungen miteinbezogen.	permanent
Pflege	Begleitangebot Umgang mit Todesfällen im Spital	Das Spital Einsiedeln verfügt über einen Pflegestandard zum Thema „Pflege des sterbenden Patienten“ und über ein Seelsorgekonzept. Die Sterbenden werden von einem Team, welches aus Arzt, Pflegenden und Seelsorger besteht, professionell betreut. Zudem arbeitet das Spital Einsiedeln intensiv mit der Krebsliga, der Spitex oder der Pro Senectute zusammen, die auf Wunsch des Patienten und deren Angehörigen miteinbezogen werden. Wir definieren unsere Pflegeaktivität wie folgt: Begleitung und Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen im Sterbeprozess, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse in den psychisch/physischen, sozialen und spirituellen Bereichen. <u>Unsere Zielsetzungen:</u> Der Patient ist in seinen Bedürfnissen ernst genommen. Angehörige sind unterstützt in der Begleitung des sterbenden Patienten. Körperliche Beschwerden sind gelindert und/oder vermieden. Jede Pflegeperson hat die Möglichkeit, diese Situation in angemessener Art und Weise zu bewältigen. Für die Angehörigen besteht zudem auf Wunsch des Patienten die Möglichkeit, im gleichen Zimmer zu übernachten. Für Sterbende kann eine Sitznachtwahe angeboten werden. Die Mitarbeitenden besuchen regelmässig Sterbe- bzw. Palliativ-Care- Seminare und geben ihr neu erworbenes Wissen in ihren Teams weiter. Für die Verabschiedung	permanent

		steht den Angehörigen des Verstorbenen ein Aufbahrungsraum zur Verfügung.	
Klinik für Innere Medizin	Zwischenfallmeldungen	Zwischenfälle werden auf einem standardisierten Meldeformular festgehalten. Die Zwischenfallmeldungen werden laufend durch den Chefarzt Innere Medizin und die Stationsleitung gemeinsam evaluiert. Es wird bei Bedarf ein Massnahmenplan erstellt, in den Abteilungen vorgestellt und umgesetzt. Eventl. werden bestehende Richtlinien angepasst. Die Umsetzung der Massnahmen auf Station wird überprüft. Das mittelfristige Ziel besteht in der Einführung eines CIRS.	permanent
Pflege	Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen	Zentrale Bedeutung hat für uns die Patientensicherheit. Für den Umgang mit deliranten und dementen Patienten bestehen standardisierte Richtlinien. Freiheitseinschränkende Massnahmen werden mit Patienten, dessen Angehörigen, Arzt und Pflege besprochen und schriftlich festgehalten. Die tägliche Evaluation verhindert eine unnötige Verlängerung getroffener Massnahmen. Bei Bedarf arbeitet das Spital Einsiedeln mit freiwilligen Sitzwachen des Vereins „WABE“ zusammen, damit auf freiheitseinschränkende Massnahmen möglichst verzichtet werden kann.	permanent
Gesamtspital	Patientenfeedback	Auf jeder Station ist ein eigen konzipiertes Patienten-Feedbackformular erhältlich. Dieses kann vom Patienten ausgefüllt und anonym in einem dafür eingerichteten Briefkasten abgegeben werden. Feedbacks werden analysiert und bearbeitet. Bei Angabe des Namens erhält der Patient eine Rückmeldung.	permanent

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Führung	Gremien und Organisationsreglemente	Strukturierte Unternehmensführung mit klaren Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten	Bis Ende 2010
Führung	Neues Spitalorganigramm 2010	Umsetzung der prozessorientierten Aufbauorganisation	Bis Ende 2010
Führung	Informationspolitik Spital	Gefässe und Abläufe von Unternehmensinformationen (Intranet, Anschlagbretter etc.)	Bis Ende 2010
Politik	Unternehmensstrategie	Vision und Strategie zur kantonalen Spitalplanung 2017	2011
Mitarbeitende	Leistungsorientierung Pflege (LoP)	Optimaler Ressourceneinsatz in der DRG-Leistungsfinanzierung	Bis Ende 2010, Umsetzung ab 2011
Partnerschaften und Ressourcen	Materialeinkaufsstrategie	Optimierter Materialeinkauf (organisatorisch und finanziell)	Bis Mitte 2010
Prozesse	Nachbehandlungsschemen	Standardisierung der Schemen, Behandlungspfade für häufige Eingriffe	Bis Ende 2010
Prozesse	Optimierungsprozesse	Optimierung von mehreren wesentlichen, bereichsübergreifenden Geschäftsprozessen	Bis Ende 2010
Prozesse	Patienten- Informationsmaterialien	Neuerstellung von Patienten- Informationsbroschüren zum Spitaleintritt, Patientenwegleitung und Geburten am Spital	Bis Mitte 2010
Medizinische Behandlungsergebnisse	SwissNOSO	Weiterführung von Swiss NOSO (2. Jahr)	Ab Juli 2010
Medizinische Behandlungsergebnisse	Messung von Rehospitalisationen und Reoperationen nach ANQ	SQLape	Ab 2010
Kundenergebnisse	Patientenfeedback	Konzept für standardisierte Patientenrückmeldungen	Bis Ende 2010
Kommentare			
Die beschriebenen Qualitätsprojekte sind auf der Jahreszielsetzung 2010 nach einem Balanced Scorecard-Ansatz festgehalten und mit Messwerten versehen. Qualitätsprojekte verfügen über einen Projektauftrag sowie einen definierten Anfang/Ende. Umsetzung und Betrieb werden unter den laufenden Aktivitäten aufgeführt.			

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitel	Qualitätssicherung Routinelabor und Blutspende	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Einführung eines Qualitätssicherungssystems im Spitallabor für die Bereiche Routinelabor und Blutspende	
Beschreibung	Einführung eines Qualitätssicherungssystems für das Routinelabor und die Blutspende. Aufbau und Umsetzung von Qualitätsrichtlinien (QRL) und Arbeitsanweisungen. Erstellen von SOP's (Standard Operating Procedures).	
Projektablauf / Methodik	Von der Direktion verabschiedeter Projektauftrag. Externe fachliche Unterstützung im Mandat (ehemaliges GL-Mitglied von Viollier). Projektphasenplan mit Meilensteinen und regelmässigen Status-Workshops.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Spitallabor	
Involvierte Berufsgruppen	Biomedizinische Analytikerinnen	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Optimierung der Blutspende wurde 2009 abgeschlossen (die BAG-Bewilligung ist gültig bis 14. 04.2013). Ebenfalls 2009 abgeschlossen wurde der Aufbau eines Qualitätssicherungssystems inkl. aller SOP's für das Routinelabor. Vorlagen für den Arbeitsbereich Immunhämatologie sind erstellt. Alle internen und externen Qualitätskontrollen wurden durchgeführt und mit guten Resultaten bestanden.	
Weiterführende Unterlagen	Einsicht auf Anfrage möglich.	

Der 2009 begonnene Weg des systematischen Aufbaus eines Qualitätsmanagements wird weitergeführt. Der ganzheitliche Ansatz nach den Dimensionen von EFQM scheint uns hierzu richtig; eine reine Beschränkung auf die Messung von Ergebnisqualitätsindikatoren ist aus unserer Sicht zu einseitig. Wir müssen dabei den Focus auf einige wenige, aussagekräftige Qualitätsmassnahmen legen, da wir als kleines Spital nicht in der Lage sind, unbegrenzt Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Die durch die Geschäftsleitung auf der Jahreszielsetzung definierten Massnahmen jedoch setzen wir konsequent um und messen deren Wirkung.

Im Bereich der Ergebnisqualitätsmessungen haben wir uns neben unseren eigenen Messungen auch an die Vorgaben des Kantons Schwyz zu halten. Dieser schreibt in den jährlich neu auszuhandelnden Leistungsaufträgen vor, welche Qualitätsmessungen zwingend durchgeführt werden müssen.



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch