



**Kantonsspital Glarus
Burgstrasse 99
8750 Glarus**

Nach den Vorgaben von H+ qualité®

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	4
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	5
C1	Kennzahlen Akutsomatik	5
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	5
D1	Zufriedenheitsmessungen	5
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	5
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	7
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	7
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	7
D2	ANQ-Indikatoren	7
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	7
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	8
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	8
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	9
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	9
E1	Pflegeindikatoren	9
E1-1	Stürze	9
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	10
F	Verbesserungsaktivitäten	10
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	10
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	11
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	11
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	12
G	Schlusswort und Ausblick	13

A

Einleitung

Qualität hat viele Facetten. Das medizinische Ergebnis ist für die Patientinnen und Patienten das wichtigste, würde man meinen. Doch der Spitalalltag zeigt ein anderes Bild. Rückmeldungen von Patienten zur Freundlichkeit des Personals, zu Wartezeiten oder zur kulinarischen Vielfalt sind häufiger als Feedbacks zum Behandlungserfolg. Offenbar setzen unsere Patienten einfach voraus, dass sich ihr Gesundheitszustand nach dem Spitalaufenthalt verbessert. Andere Qualitätskriterien als die Patienten wenden die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte, Besucher, Versicherungen, Politiker oder Mitarbeitende an. Um allen Anspruchsgruppen gerecht zu werden, reicht es nicht, sich auf die medizinische Ergebnisqualität zu beschränken. Auch die Kommunikation, die Administration, die Mitarbeiterführung und alle anderen Bereiche des Spitals müssen einbezogen werden.

Diese Betrachtungsweise führt zwangsläufig zur Frage nach der Definition von Qualität. Schon so oft wurde versucht, den Begriff einzuengen oder zu kategorisieren. Donabedian, einer der führenden Qualitätsforscher im Gesundheitswesen, arbeitete beispielsweise mit den Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Am Anfang seiner Tätigkeit definierte er Qualität als den "Grad an Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklich geleisteten Versorgung".

ISO (Norm EN ISO 9000:2008) definiert Qualität als den Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt. ISO setzt damit die Erfüllung von Anforderungen an ein Produkt oder eine Dienstleistung ins Zentrum. Inhärent bedeutet 'einer Einheit innewohnend'. Damit sind messbare Merkmale wie Länge, Breite oder Gewicht gemeint. Für uns als Leistungserbringer wirft diese Definition die Frage auf, wie die medizinische Behandlung mit kommunizierbaren und relevanten Merkmalen gemessen werden kann. Immerhin arbeiten wir mit Menschen, mit komplexen Systemen also, bei denen Therapie und Wirkung nicht in jedem Fall nach gleichem und wissenschaftlich gesichertem Muster ablaufen.

In dieser komplexen Ausgangslage versuchen nun unterschiedlichste Player des Gesundheitswesens dem Gesetz horchend die Qualität der Spitäler transparent und vergleichbar zu machen. Dass dabei ganz unterschiedliche Philosophien aufeinander prallen erstaunt nicht.

Ein Qualitätsbericht muss letztlich zum Ziel haben, den Leser über die Qualität (welche Qualität auch immer!) und die Qualitätsanstrengungen zu informieren. Mit dem vorliegenden Q-Bericht, welcher nach den Vorgaben von H+ erstellt wurde, steuern wir einen Mosaikstein zur angestrebten Transparenz und Vergleichbarkeit bei, im Wissen, dass wir damit die Frage nach der Qualität in unserem Spital nicht für alle Anspruchsgruppen in gleichem Masse beantworten können.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Im Leitbild des KSGL steht: Unsere Dienstleistungen sollen einem anerkannten hohen Qualitätsstandard genügen, deshalb führen wir nach dem Prinzip der Eigenverantwortlichkeit und betreiben ein übergeordnetes, umfassendes Qualitätsmanagement.

Mit den strategischen Zielen für die nächsten vier Jahre und den daraus abgeleiteten Jahreszielen werden die unterschiedlichen Qualitätsaspekte mittels Balanced Score Card bearbeitet.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Folgende Prioritäten wurden im Berichtsjahr verfolgt:

- Vorbereitung für das Ueberwachungsaudit sanaCERT
- Patientenzufriedenheitsmessung mit PEQ und Mecon
- H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (ASGS)
- Teilnahme an der Messung postoperativer Wundinfektion mit SwissNOSO
- Entwicklung Prozesshandbuch

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

▪ **Ueberwachungsaudit**

Am 19. Juni führte ein Team der Stiftung sanaCERT ein Ueberwachungs-Audit durch. Das Ergebnis fiel positiv aus, es wurden keine Auflagen gemacht. Das Qualitätsmanagement ist im gesamten Spital weiterhin präsent, der Durchdringungsgrad gleichbleibend hoch.

▪ **Patientenzufriedenheit**

Eine detaillierte und ausführliche, auf alle relevanten Zufriedenheitsaspekte eingehende Messung, führte das KSGL in den Monaten Februar bis Juli durch. Die validierte Umfrage der Firma Mecon wurde schriftlich und anonym durchgeführt. Die Resultate wurden den Mitarbeiter über die jeweiligen Bereichsleiter mündlich kommuniziert. Dabei wurden die Defizite erörtert, priorisiert und ansatzweise andiskutiert.

▪ **H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz**

Die Umsetzung der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (ASGS) ist erfolgt. Das Audit im Dezember haben wir mit Erfolg bestanden.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das KSGL wird sein Qualitätsmanagement weiterhin durch sanaCert überprüfen lassen. Im Sinne der Qualitätsentwicklung hat das KSGL für die nächste Zertifizierung zwei neue Standards ausgewählt. Damit wird es schwerpunktmässig die 'Patienteninformation' (Standard 13) und der interdisziplinäre Prozesses der 'Abklärung, Behandlung und Betreuung' (Standard 22) bearbeiten und verbessern. Im Grundsatz werden die schweizweit empfohlenen Messungen von ANQ durchgeführt.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich: Als Linienfunktion direkt dem Spitaldirektor
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	60 Stellenprozent
	zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Markus Hauser	055/6463100	markus.hauser@ksgl.ch	Direktor
Marianne Karrer	055/64633175	marianne.karrer@ksgl.ch	Leiterin Organisation und Qualität

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik

Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	17147	
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	
Anzahl stationäre Patienten	4856	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	279	
Anzahl Pflgetage gesamt	37286	Verrechnete PT
Bettenanzahl per 31.12.	119	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	8.1	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	85.8	

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: 2009 Nächste Messung: 2012
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Mittelwert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	85.6 Punkte	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messbereiche.
Resultate pro Messbereich		
Ärzte	86.6 Punkte	7 Fragen zum Messbereich „Ärzte“
Pflege	85.1 Punkte	7 Fragen zum Messbereich „Pflege“
Organisation	80.9 Punkte	7 Fragen zum Messbereich „Organisation“
Essen	86.8 Punkte	3 Fragen zum Messbereich „Essen“
Wohnen	88.2 Punkte	3 Fragen zum Messbereich „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	88.4 Punkte	5 Fragen zum Messbereich „Öffentliche Infrastruktur“
Resultate pro Fachbereich		
Medizin	83.9 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
allg. Chirurgie	85.2 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
Orthopädie	89.1 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
Gynäkologie	87.2 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
Geburten	84.8 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input checked="" type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien	Alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten	49.3 %		
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2003 Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2008 Nächste Messung: 2011
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
Spitalgruppen: an welchen Standorten? <input type="text"/>		

Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).				
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/>	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			
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase		
<input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/> Hernieoperation		
<input checked="" type="checkbox"/> Operation am Dickdarm		
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie		
<input type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen		
<input checked="" type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

E Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze

Definition des Messthema „Sturz“	"Als ein Sturz kann jedes Ereignis definiert werden, bei dem ein Mensch versehentlich oder absichtlich zu Boden oder auf eine andere, tiefer gelegene Ebene fällt und liegen bleibt" (Tideiksaar S. 33). Einschränkungen: Ereignisse, welche auf Grund eines Stosses, Verlust des Bewusstseins, plötzlich einsetzender Lähmung oder eines epileptischen Anfalles auftreten, werden nicht als Stürze angesehen. Der Sturz ist dann eine Folge des Verlustes des primären Gesundheitszustandes
---	---

Messung im Berichtsjahr 2009					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?					
Gemessene Abteilungen:					
Ergebnis gesamt:	100 Stürze bei 38'891 Pflgetagen (inklusive Säuglinge).	Anteil mit Behandlungsfolgen:	10% Contusion von Weichteilen und Schmerzen Hände, Rücken, Brustkorb 16% Schürf-ungen / RQW am Extremitäten, Auge 1% Fraktur Femur.	Anteil ohne Behandlungsfolgen:	73% keine Verletzungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).				
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input type="checkbox"/>	internes Instrument	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/>	externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)

Messung im Berichtsjahr 2009	
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis gesamt:
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

F 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
Gesamtes Spital	sanaCERT	2008		Ueberwachungsaudit 2009
Baby-Friendly-Hospital-Initiative (Stillfreundliche Klinik)	UNICEF	2003	2009	
Labor	QUALAP	2008	2007	Jährlich
SanaTrain-Physiotherapie	QualiCERT	2003	2009	Jährlich
Gesamtes Spital	H+ Arbeitssicherheit			Audit 2009

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitäts**projekte** im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Ganzer Betrieb	Qualitätsmanagement	Kontinuierliche Qualitätsverbesserung	Laufend
Ganzer Betrieb	Infektionsprävention und Spitalhygiene	Durchdringung des Konzeptes	Laufend
Ganzer Betrieb	Erhebung von Patientenurteilen	Erhöhung der Patientenzufriedenheit, Aufbau eines Beschwerdemanagements	Laufend
Ganzer Betrieb	Schmerzbekämpfung	Patientenbezogene Schmerztherapie	Laufend
Ganzer Betrieb	Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus	Nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes von Diabetikern	Laufend
Ganzer Betrieb	Pflege	Umfassende patientenbezogene und damit ganzheitliche Pflege auf allen Abteilungen	Laufend
Ganzer Betrieb	Umgang mit kritischen Zwischenfällen	Fehler als Chance für Verbesserungen nützen	Laufend
Ganzer Betrieb	Risikomanagement (Brandschutz,Haustechnik, gefährliche Substanzen)	Kompetenzen erhöhen. Mängel gezielt aufdecken, beheben und vermeiden	Laufend
Spezifische Bereiche			
Küche	Hygiene Kontrolle Küche	Durchdringung der Hygienemassnahmen	jährlich

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitle	24h-Notfall	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Die Abdeckung der Pflege auf der Notfallstation über 24 Stunden. Zentralisierung sämtlicher Notfälle Tag und Nacht auf der Notfallstation.	
Beschreibung	Im Projekt wurde die Pflegesituation analysiert. Der Stellenplan und das Dienstplanmodell wurden auf einen 24 h Notfallbetrieb ausgerichtet. Ein einheitliches ärztliches Notfallkonzept wurde ausgearbeitet. Bedarfsanalyse bezüglich räumlicher Optimierung wurde gemacht.	
Einsatzgebiet	Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
Involvierte Berufsgruppen	Pflege Notfall, Ärzte Chirurgie, Medizin und Gynäkologie	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Pflege Notfall betreut jetzt vollumfänglich den Notfall. Ebenso wurde die ärztlichen Konzepte und die Konzentration der Patienten auf der Notfallstation umgesetzt. Räumliche Optimierungen wurden geplant, die Umsetzung wird baldmöglichst angegangen.	

Projekttitle	Zentralisierung OP-/Bettendisposition	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Die Betten- und OP-Disposition wird zusammengeführt und zentralisiert.	
Beschreibung	Durch die Zentralisierung sollen 2 sich ergänzende Prozesse zusammengeführt werden. Dadurch können unnötige Wege und Friktionen vermieden werden. Ressourcen können optimal aufeinander abgestimmt werden.	
Einsatzgebiet	Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, OP-Personal, Sekretariate, Pflege	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Prozesse der Betten- und OP-Disposition sind definiert, dokumentiert und umgesetzt. Die Bedürfnisse der internen Kunden, der Patienten und der Zuweisenden sind einbezogen.	

„Über wie viele Stellen verfügt Ihr Spital für das Qualitätsmanagement?“ Diese Frage stellt nicht nur der vorliegende Q-Bericht, sondern auch andere Umfragen. Wenn Qualitätsmanagement alle Massnahmen, die der Verbesserung von Produkten, Prozessen oder Leistungen jeglicher Art einschliesst, dann sind es nicht 0.6 Stellen, sondern bis zu 500 Stellen. Alle Mitarbeitenden können in ihrem eigenen Handlungsfeld Massnahmen umsetzen, welche zur Verbesserung der Qualität führen.

„Welche Qualitätsprojekte führt Ihr Spital durch?“, ist eine andere häufig gestellte Frage. Zur Antwort neige ich dazu, jeweils das ganze Projektportfolio des KSGL anzuführen. Wir bearbeiten ja schliesslich keine Projekte, welche nicht letztlich der Verbesserung irgendeiner Qualitätsdimension dienen.

Wenn immer wir über Qualitätstransparenz und -vergleiche sprechen, müssen wir uns künftig noch mehr überlegen, welche Botschaften der Patient braucht und wie diese Botschaft sach- und adressatengerecht transportiert werden kann.