



Spitalregion Fürstenland Toggenburg
Spitäler Wattwil und Wil
Fürstenlandstrasse 32
9500 Wil



Akutsomatik

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	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	6
C1	Kennzahlen Akutsomatik	6
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	7
D1	Zufriedenheitsmessungen	7
D1-1	Patientenzufriedenheit Spital Wattwil	7
D1-1	Patientenzufriedenheit Spital Wil	8
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	9
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	9
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	9
D2	ANQ-Indikatoren	10
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	10
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	10
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	11
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	11
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	12
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	12
E1	Pflegeindikatoren	13
E1-1	Stürze	13
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	14
F	Verbesserungsaktivitäten	15
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	15
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	16
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	17
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	18
G	Schlusswort und Ausblick	20
H	Impressum	21
I	Anhänge	22

A

Einleitung

Die Spitalregion Fürstenland Toggenburg (SRFT) besteht aus den beiden Akutspitälern Wattwil und Wil. Sie stellt die medizinische Grundversorgung mit einem 24-Stunden-Notfalldienst in der Region sicher. In Ergänzung bietet sie, auch über die Region hinaus, spezialisierte medizinische Dienstleistungen an. Die Mitarbeitenden der SRFT behandeln, betreuen und beraten Patientinnen und Patienten kompetent, umfassend und nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Dabei steht der Mensch im Mittelpunkt allen Handelns.

„Wir stellen hohe Ansprüche an die Qualität unserer Arbeit.“ Ein in allen Bereichen fest implementiertes Qualitätsmanagement bekräftigt diese Aussage im Leitbild der SRFT.

Mit unserer Philosophie der „stetigen kleinen Schritte“ gelingt es uns, die Qualität unserer Leistungen nachhaltig zu optimieren und unser wichtigstes Ziel - eine hohe Patientenzufriedenheit – aufrecht zu erhalten und zu steigern.

Bei den regelmässigen Überprüfungen unseres Qualitätsmanagements durch externe Fachpersonen der Stiftung sanaCERT Suisse und weiterer Zertifizierungsinstitutionen können immer sehr gute Resultate erzielt werden. Dies zeigt uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Mit diesem Qualitätsbericht wollen wir der Öffentlichkeit die Möglichkeit bieten, sich über die Qualitätsarbeit der SRFT zu informieren und sie mit anderen Schweizer Spitäler zu vergleichen.

René Fiechter
Vorsitzender der Geschäftsleitung

Judith Weilenmann
Leiterin Qualitätsmanagement

B1 Qualitätsstrategie und -ziele**Leitbild (Auszug)**

Qualität ist einer der drei Pfeiler in unserem Leitbild. Unter dem Titel „**Qualität und Kooperation im Handeln**“ -. steht: „**Wir stellen hohe Ansprüche an die Qualität unserer Arbeit.**“

Leitsätze

Mit dem Qualitätsmanagement wollen wir eine hohe Patientenzufriedenheit, Behandlungs- und Betreuungssicherheit, eine nutzbringende Zufriedenheit aller zuweisenden Ärztinnen und Ärzte sowie eine angemessene Mitarbeiterzufriedenheit erreichen.

- Die Patientenzufriedenheit erfassen und bearbeiten wir mit dem kontinuierlichen Beschwerdemanagement und den Patientenbefragungen, die alle 3 – 4 Jahre durchgeführt werden.
- Eine hohe Behandlungs- und Betreuungssicherheit soll mit verschiedenen Massnahmen der Qualitätsentwicklung erreicht werden: Schmerzbehandlung, Umgang mit kritischen Zwischenfällen und Komplikationen, Infektionsprävention und Hygiene, kontinuierliche Bearbeitung von Prozessen, Aufbau eines zielgerichteten Risikomanagements.
- Die Zufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte erfassen wir über regelmässigen Austausch und zyklische Befragungen.
- Die Mitarbeiterzufriedenheit wird periodisch erfasst (ca. alle 3 Jahre, über das Gesundheitsdepartement). Die Resultate werden in diversen Arbeitsgruppen bearbeitet.



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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

- Steigerung der Gesamtzufriedenheit bei Patienten
 - 50 % der Massnahmen aus der Patientenbefragung 2008 sind umgesetzt
 - (weitere 50 % (budgetrelevante Massnahmen) werden im Jahr 2010 umgesetzt)
 - Teil-Überprüfung mit PEQ-Umfrage ergibt eine Gesamtzufriedenheit von mind. 87 Punkten (von gesamthaft 100 Punkten)
- Angepasste und verständliche Kommunikation mit Patienten
 - Einsatz von strukturierten Aufklärungsformularen und weiterem Informationsmaterial
 - 75 % der Patienten bestätigen eine gute Verständlichkeit der mündlichen Informationen
- Optimales Schmerzmanagement
 - bei erster Überprüfung im Sommer 2009 (interne Umfrage) = Erreichung einer Gesamtzufriedenheit bei Patienten von 89 % (= Schmerzbehandlung genau richtig)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Die erwähnten Qualitätsziele 2009 konnten erreicht werden (→ siehe B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009):

- Steigerung der Gesamtzufriedenheit bei Patienten
- Angepasste und verständliche Kommunikation mit Patienten
- Optimales Schmerzmanagement
- Re-Zertifizierung erfolgreich durchgeführt

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Wir setzen auf ein erfolgreiches Qualitäts- und Prozessmanagement mit folgenden Schwerpunkten:

- Aufnahme und Bearbeitung des sanaCERT-Standards „Abklärung, Behandlung und Betreuung auf der Notfallstation (Projekt für 2010 – 2012)
- Anschliessend Aufnahme und Bearbeitung des sanaCERT-Standards „Abklärung, Behandlung und Betreuung – in allen Kliniken“ (ab 2013)
- Einführung eines kantonal vernetzten Risikomanagements (ab Sommer 2010)
- Steigerung der Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit mit diversen Projekten (laufend)

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.
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 80 Stellenprozente zur Verfügung.	
Kommentar → Führungsstruktur der SRFT im Anhang	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
René FIECHTER	071 914 61 11 oder	info@srft.ch	Direktor und Vorsitzender der Geschäftsleitung, Qualitätsverantwortlicher
Judith WEILENMANN	071 987 31 11 (gilt für alle aufgelisteten Personen)	(gilt für alle aufgelisteten Personen)	Leiterin Qualitätsmanagement, CIRS-Verantwortliche, Moderatorin QZ Schmerz-behandlung + Patientenurteile
Claudia WUSSOW			Bereichsleiterin OP-/Anäst.-Pflege Stv. Leiterin Qualitätsmanagement, Mitglied der Q-Kommission, Beschwerdemanagement-Verantwortliche
Dr. Christof GEIGERSEDER			Ärztlicher Leiter Notfall, Mitglied der Q-Kommission Moderator QZ „Abklärung, Behandlung, Betreuung in der Notfallstation“ (= ABB Notfall)
Magdalena HILFIKER, MSCN			Leiterin Pflegeentwicklung, Mitglied der Q-Kommission
Dr. Cécile LEIMGRUBER SCHENK			Stv. Ressortleitung Gyn./Geb. Mitglied der Q-Kommission
Petra SCHEIDE			Stv. Ressortleitung Chirurgie, Mitglied der Q-Kommission
Rebecca RÜDLINGER			Dipl. Pflegefachfrau Chirurgie Wil, Beraterin Infektionsprävention und Hygiene
Dr. Matthias SCHLEGEL			Leiter Spitalhygiene KSSG, Mitglied Hygienekommission SRFT
Brigitte WÜST			Pflegeexpertin, Moderatorin QZ Sturzvermeidung
Dr. Andreas WITT			Oberarzt Chirurgie Wil, Moderator QZ Chirurgie

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	26'649	
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	4	
Anzahl stationäre Patienten	8'332	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	688	
Anzahl Pflege tage gesamt	57'979	Inkl. Kurzlieger
Bettenanzahl per 31.12.2009	179	Betriebene Betten
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.48 Tage	Exkl. Geriatrie / Alkoholkurzeittherapie
Durchschnittliche Auslastung der Betten	89 %	
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte	SRFT = Spitäler Wattwil und Wil	

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patientenzufriedenheit Spital Wattwil

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:	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	Mittelwert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	90.0 Punkte	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit wird aus den 3 Messbereichen berechnet.
Resultate pro Messbereich		
Ärzte	91.2 Punkte	4 Fragen zum Messbereich „Ärztliche Versorgung“
Pflege	90.7 Punkte	4 Fragen zum Messbereich „Pflegerische Versorgung und Betreuung“
Organisation	88.2 Punkte	5 Fragen zum Messbereich „Organisation, Management und Service“
Resultate pro Fachbereich		
Medizin	89.4 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
Chirurgie	90.4 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
☐	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		Name des Messinstitutes
☒ VO: PEQ			
☐ MüPF(-27)			
☐ POC(-18)			
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		standardisierter Kurzfragebogen; Durchführung der Befragung durch MECON	
Einschlusskriterien		alle Patienten mit einem stationären Aufenthalt von mindestens 3 Tagen	
Ausschlusskriterien		ohne Kinder (<18 Jahre), Wöchnerinnen, Verlegungen (in anderes Akutspital)	
Rücklauf in Prozenten		43.3%	
Erinnerungsschreiben?		☒ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:

D1-1 Patientenzufriedenheit Spital Wil

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:	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	Mittelwert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	87.8 Punkte	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit wird aus den 3 Messbereichen berechnet.
Resultate pro Messbereich		
Ärzte	89.0 Punkte	4 Fragen zum Messbereich „Ärztliche Versorgung“
Pflege	89.2 Punkte	4 Fragen zum Messbereich „Pflegerische Versorgung und Betreuung“
Organisation	85.4 Punkte	5 Fragen zum Messbereich „Organisation, Management und Service“
Resultate pro Fachbereich		
Medizin	87.1 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
Chirurgie	88.2 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
☐	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		Name des Messinstitutes
☒ VO: PEQ			
☐ MüPF(-27)			
☐ POC(-18)			
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierter Kurzfragebogen; Durchführung der Befragung durch MECON		
Einschlusskriterien	alle Patienten mit einem stationären Aufenthalt von mindestens 3 Tagen		
Ausschlusskriterien	ohne Kinder (<18 Jahre), Wöchnerinnen, Verlegungen (in anderes Akutspital)		
Rücklauf in Prozenten	46.5%		
Erinnerungsschreiben?	☒ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:	

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.		

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:	Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

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.		

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: 2010				
☐ Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.				
Spitalgruppen: an welchen Standorten? Spitäler Wattwil + Wil				

Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐ 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: 2010			
☐ 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 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:	Nächste Messung: 2010
☒	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt. Die Messung läuft noch. Aus dem Berichtsjahr sind noch keine Ergebnisse verfügbar.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Spitäler Wattwil + Wil	

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
☐ Gallenblase		
☐ Blinddarmentfernung		
☐ Hernieoperation		
☒ Operation am Dickdarm		Spitäler Wattwil und Wil
☒ Kaiserschnitt		Spital Wil (Geburtshilfe nur im Spital Wil)
☐ Herzchirurgie		
☒ Hüftgelenksprothesen		Spitäler Wattwil und Wil
☐ Kniegelenksprothesen		
☒	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

D2-4 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?		Spitäler Wattwil und Wil	

Messungen durch die Spitalhygiene des Kantonsspitals St.Gallen

Adhärenz Händedesinfektion

Eine korrekte Durchführung der Händedesinfektion ist eine der anerkanntesten Massnahmen zur Senkung von nosokomialen Infekten. Aus diesem Grund hat die Spitalhygiene an allen Spitälern des Kantons St. Gallen die Adhärenz mit den fünf national und international anerkannten Indikationen der Händedesinfektion auf verschiedensten Stationen bei Personal mit Patientenkontakt erfasst. Die Methode der Messung lehnt sich an die „swisshandhygiene campaign 2005/2006“ an. Die Analyse erfolgt für alle Spitäler im Kanton St. Gallen und erlaubt die Bestimmung der Adhärenzrate pro Indikation und pro Personalgruppe. Weiter wird ein Benchmark der teilnehmenden Spitäler erfolgen.

D3 Weitere Qualitätsindikatoren

Messthema	Klientenzufriedenheit in stationärer Suchttherapie		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Spital Wattwil		
Gemessene Abteilungen:	PSA = Alkoholkurzzeittherapie	Ergebnis:	Weiterempfehlung = 100 %
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☒ Die Ergebnisse sind im Intranet der SRFT unter www.alkoholtherapie.ch oder www.srft.ch – zu finden. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☒ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich, → BAG-Projekt	
Kommentar			
Die Ergebnisse sind im Internet – www.alkoholtherapie.ch oder www.srft.ch – zu finden.			

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
AFS	B = Frauenklinik	A = Arbeitsgemeinschaft der Frauenkliniken der Schweiz	A = Dauererfassung
AQC	B = Chirurgie und Orthopädie	A = Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	A = Dauererfassung
SGIM	C = Medizin Wattwil	B = Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin	A = Dauererfassung
Kommentar Die Resultate werden intern regelmässig ausgewertet und mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen. Wenn nötig werden Massnahmen zur Qualitätssteigerung erarbeitet und umgesetzt.			

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



Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“	Als Sturz gilt „jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf den Boden oder auf eine tiefere Ebene zu liegen kommt“ (Schiemann, 2006).
---	--

Messung im Berichtsjahr 2009					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		SRFT, Spital Wil und Spital Wattwil			
Gemessene Abteilungen:		Alle Stationen ohne PSA			
Ergebnis gesamt:		Sturzrate 5.6	Anteil mit Behandlungsfolgen:	18.2%	Anteil ohne Behandlungsfolgen: 81.8%
☐ 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:	siehe Kommentar
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

Kommentar

In der SRFT werden alle Stürze seit 2004 systematisch mit einem betriebsinternen Messinstrument erfasst und ausgewertet.

Die systematische Risikoeinschätzung erfolgt nach Morse, ebenso die Einteilung in leichte, mittlere und schwere Verletzungen (Morse 1988).

Die Gesamtanalyse der Stürze 2009 sowie die interdisziplinäre Richtlinie Sturz mit den Präventionsmassnahmen können unter www.srft.ch Fachbereich Pflege/Pflegeentwicklung abgerufen werden.

Präventionsmassnahmen

Auszug aus dem Konzept „Sturzprävention“

- Das Sturzpräventionsprogramm umfasst drei strategische Elemente: **Sturzrisikoeinschätzung**, gezielte **Interventionen** und **Sturzerfassung**.
- **Sturzrisikoerfassung und Interventionsprotokoll**
Die Morseskala dient dem Erfassen des Sturzrisikos, daraus können mit Hilfe des Interventionsprotokolls den Risikofaktoren entsprechende Sicherheits- und Präventionsmassnahmen abgeleitet werden.

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		SRFT, Spital Wil und Spital Wattwil	
Gemessene Abteilungen:	Alle Stationen ohne PSA	Ergebnis gesamt:	Prävalenz 2.41%
☐ 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	29	10	10	8	1
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.	37	16	14	6	1
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen	Interventionen nach Konzept, Informationen an nachbehandelnde Institutionen				

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☒ internes Instrument validiert	Name des Instrumentes:	siehe Kommentar
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	
Resultate Untersucht wurde das Vorkommen von Dekubiti bei insgesamt 2035 Patienten. Bei 49 Patienten wurden Dekubiti gemeldet. Dies entspricht einer Dekubitusprävalenz von 2.41%. Kommentar Die SRFT hat ein betriebsinternes Messinstrument zur Erfassung der Dekubitusprävalenz (Häufigkeit der Druckgeschwüre) entwickelt. Gemessen wurde im Rahmen einer Punktprävalenzuntersuchung an 12 über das Jahr verteilten Tagen. Erfasst werden alle Dekubiti Grad 1-4 nach der Einteilung von EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel). Die systematische Risikoerfassung erfolgt mit der Bradenskala. Präventionsmassnahmen Die Gesamtanalyse der Dekubituserfassung sowie das Dekubituskonzept mit den Präventionsmassnahmen können unter www.srft.ch Fachbereich Pflege/Pflegeentwicklung abgerufen werden.		

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
Ganzer Betrieb	sanaCERT Suisse	2003	2009	Überwachungsaudit Januar 2011
Alkoholkurzzeittherapie	QuaTheDA, SQS (BSV-IV 2000)	2001	2008	Überwachungsaudit jährlich im März
Rettungsdienst	IVR-Anerkennung (IVR = Interverband für Rettungswesen)	2001	2009	
Geburtshilfe	UNICEF-Anerkennung „Stillfreundliche Klinik“	2003	2009	
Blutspende	Bewilligungsverordnung AMBV	2005	2009	Jährliche Überprüfung
Labor	QUALAB, KBMAL-Kriterien	2005	2009	Jährliche Überprüfung
Radiologie	Bewilligung durch BAG, Strahlenschutzgesetz	2003	2009	Jährliche Überprüfung
Kommentar In verschiedenen Teilbereichen finden regelmässig amtliche Kontrollen statt. Die Liste der amtlichen Kontrollen kann unter www.srft.ch Qualitätsmanagement abgerufen werden.				

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Gesamte Spitalregion	Qualitätsmanagement, allgemein	• Kontinuierliche Qualitätsverbesserung in allen Bereichen / PDCA-Zyklus	Laufende Bearbeitung
Gesamte Spitalregion	Feedback-, resp. Beschwerdemanagement	• Hohe Patientenzufriedenheit • Ernst nehmen und Bearbeiten von Reklamationen	Laufende Bearbeitung
Gesamte Spitalregion	Erfassen von Patientenurteilen mit MECON und/ oder PEQ- Fragebogen	• Hohe Patientenzufriedenheit • Erfassen der Patientenurteile, Ableiten und Umsetzen von Massnahmen	Umsetzung von Massnahmen aus der MECON-Umfrage 2008
Gesamte Spitalregion	Infektionsprävention und Spitalhygiene	• Vermeiden von nosokomialen Infekten, → diverse Aktivitäten	Laufende Bearbeitung
Gesamte Spitalregion	Meldeportal: CIRS (Critical Incident Reporting System)	• Verbesserungspotenziale ermitteln, durch Melden von kritischen Zwischenfällen • Vermeidung von Schadenfällen	Laufende Bearbeitung, regelmässige Fallbesprechungen und Umsetzung von Massnahmen
Gesamte Spitalregion	Meldeportal: Hämovigilanz	• Unerwünschte Wirkungen vor, während und nach der Verabreichung von Blutprodukten erfassen	Laufende Bearbeitung
Gesamte Spitalregion	Meldeportal: Pharmacovigilanz	• Unerwünschte Arzneimittelwirkungen erfassen	Laufende Bearbeitung
Gesamte Spitalregion	Meldeportal: Materiovigilanz	• Vorkommnisse mit Medizinprodukten (z.B. med. Verbrauchsmaterial) erfassen	Laufende Bearbeitung
Gesamte Spitalregion	Meldeportal: Sturzmeldungen	• Stürze im Spital erfassen • Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten	Laufende Bearbeitung, wissenschaftliche Auswertung
Gesamte Spitalregion	Schmerzbehandlung	• Optimales, kongruentes Schmerzmanagement dank einheitlichem Schmerzkonzept und klaren Handlungsanweisungen	Laufende Bearbeitung, regelmässige Überprüfungen
Gesamte Spitalregion	Care Teams: • Diabetes mellitus • Chronische Wunden • Palliativ Care • Ethisches Konsil	• Kompetente Betreuung dank interprofessionellen Spezialisten-Teams	Laufende Bearbeitung, regelmässige Beratungen

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)
Gesamte Spitalregion	Patienten Management System (PMS)	Einführung eines einheitlichen, integrierten, medizinisch-pflegerischen, elektronischen Patienten Management Systems	2007 bis 2012
Gesamte Spitalregion	Leitbild-Entwicklung	Die SRFT verfügt über ein aktuelles, gelebtes Leitbild.	2008 bis 2010
Gesamte Spitalregion	Dokumenten Management System (DMS)	Alle allgemein gültigen Dokumente (Weisungen, Richtlinien, Konzepte, etc.) sind überarbeitet und im Intranet einfach zu finden	2009 bis 2011
Gesamte Spitalregion	Risikomanagement	Ein Risikomanagement-Konzept für die St.Galler Spitäler ist erarbeitet und umgesetzt.	2009 bis 2011
Gesamte Spitalregion	Neuausrichtung Qualitätsmanagement	Die Ausrichtung der SRFT im Bereich des Qualitätsmanagements ist im überarbeiteten Konzept festgehalten und wird umgesetzt.	2009 bis 2011
Operative Bereiche der SRFT	Team-Time-Out	Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslungen	2009 bis 2010

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Projekttitel	Digitalisierung der Radiologie in der SRFT	
Bereich	☐ internes Projekt	☒ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	• Digitalisierung der Radiologien beider Standorte mit Erneuerung der Skelettröntgenanlagen • Integration ins RIS-PACS des Kantonsspitals St.Gallen (KSSG) • Umbau der Räumlichkeiten Radiologie • Abschluss eines Kooperationsvertrages mit dem Institut für Radiologie, KSSG	
Beschreibung	Die Geschäftsleitung der Spitalregion Fürstenland Toggenburg (SRFT) hat sich entschieden, neue Skelettröntgenanlage für die Spitäler Wattwil und Wil zu beschaffen und damit die Voraussetzungen für den vollständigen Umstieg auf die digitale Bilderzeugung zu schaffen. Zur Realisierung des filmlosen Betriebes in beiden Spitälern wurde zudem die Bereitstellung der digitalen Bildspeicherung und die digitale Bildverteilung notwendig. Der Kanton St.Gallen hat dazu den Betrieb eines zentralen RIS-PACS im KSSG für alle Spitalregionen vorangelernt. Mit der Integration der radiologischen Systeme und Prozesse der SRFT ins zentrale RIS-PACS des KSSG konnte der filmlose Betrieb in der SRFT realisiert werden. Gleichzeitig konnte ein Kooperationsvertrag mit dem Institut für Radiologie des KSSG abgeschlossen werden (Hauptpunkte: Das Institut für Radiologie des KSSG gewährleistet der SRFT teleradiologisch einen 24-Stundensupport, der Leitende Arzt (LA) Radiologie SRFT ist zu 20% im KSSG tätig und in den Dienst integriert, Ersatz des LA Radiologie SRFT vor Ort durch die Radiologie KSSG bei Ferien- und Weiterbildungsabwesenheiten, zusätzlicher Einkauf von ärztlichen radiologischen Leistungen im KSSG). Diese Kooperation trägt wesentlich zur Qualitätssicherung in der Radiologie der SRFT bei.	
Projektablauf / Methodik	• Aufbereitung der Entscheidungsgrundlagen z.H. der Geschäftsleitung • Genehmigung durch die Geschäftsleitung • Erstellung der Projektdetailplanung (beinhaltend: Umbau, Gerätebeschaffung, Integration ins RIS-PACS des KSSG, Schulung der Mitarbeitenden Radiologie und der Kliniker) • Umsetzung aller Massnahmen	
Einsatzgebiet	☒ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Institut für Radiologie, Kantonsspital St.Gallen	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. Im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	• Leiterin Ressort Pflege, Anästhesie und med. Supportbereiche, SRFT (Co-Projektleiterin) • Applikationsmanager, Institut für Radiologie KSSG (Co-Projektleiter) • Mitarbeiterin des Applikationsmanagers, Institut für Radiologie KSSG • Leiter Finanzen SRFT • Leitender Arzt Radiologie SRFT • Leitende MTRA und Stv. der beiden Radiologien • MTRA • Informatik (SSC-IT) • Facility Management • Lieferantenvertreter • CEO SRFT und Chefarzt des Instituts für Radiologie am KSSG insbesondere für den Kooperationsvertrag	
Projektelevaluation / Konsequenzen	In rekordverdächtiger Zeit von 2.5 Monaten ist es – dank sehr engagierter und kompetenter Unterstützung seitens KSSG und sämtlicher am Projekt beteiligten Mitarbeitenden – gelungen, dieses hochkomplexe Grossprojekt an beiden Standorten erfolgreich zu realisieren. Mitte Dezember 2009 hat das digitale Zeitalter in der Radiologie Einzug gehalten. Wie üblich bei solchen Grossprojekten, gab es anfänglich einige Problemstellungen zu lösen, doch insgesamt ist die Umstellung sehr erfolgreich verlaufen.	

Projekttitel	Schmerzbehandlung in der SRFT	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	• Hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Schmerzbehandlung • Einheitliche Schmerzbehandlung in der SRFT, mit einheitlichen Richtlinien • Kontinuität in der Schmerzbehandlung durch korrekte Anwendung der Richtlinien	
Beschreibung	Die Geschäftsleitung hat 2007 dem Antrag zur Aufnahme und Bearbeitung des sanaCERT-Standards Nr. 5 „Schmerzbehandlung“ zugestimmt. Die Q-Kommission hat diesen Antrag aufgrund von verschiedenen Meldungen von Mitarbeitenden an der Basis und nach reiflicher Prüfung gestellt. In der SRFT waren verschiedene Richtlinien zur Schmerzbehandlung vorhanden; diese waren jedoch nicht in einem Gesamtkonzept zusammengefügt und auch nicht für die gesamte SRFT identisch. Die uneingeschränkte Zustimmung aller Chefärzte war für dieses Projekt sehr wichtig. Nach schriftlicher Bestätigung der Mitglieder der Chefärzte-Konferenz stand dem Start nichts mehr im Wege. Die erste Sitzung des Qualitätszirkels erfolgte im Frühjahr 2008. Das Schmerzkonzept der SRFT lag Ende 2008 vor und ging in die Vernehmlassung an die Chefärzte- und Pflegekader-Konferenzen.	
Projektablauf / Methodik	• Erarbeitung eines Schmerzkonzeptes für die SRFT • Genehmigung des Schmerzkonzeptes durch die Chefärzte- und Pflegekader-Konferenzen • Erarbeitung von Handlungsanweisungen für das Pflegepersonal • Schulung aller Ärzte und Pflegeteams • Einführung des Schmerzkonzeptes der SRFT Mitte Mai 2009 • Erarbeitung eines Evaluationsinstrumentes in Zusammenarbeit mit einer Studentin der FHS und erste Überprüfung auf allen Stationen • Erstellung einer Schmerzkarte	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	• alle Ärzte • Pflegepersonal aller Stationen • Physiotherapeutinnen und –therapeuten	
Projektevaluation / Konsequenzen	Nach anfänglichen Startschwierigkeiten konnte das Projekt trotzdem fristgerecht abgeschlossen werden. Mit einer ersten Überprüfung auf allen Stationen wurde der weitere Handlungsbedarf erfasst und zusätzliche Massnahmen konnten umgesetzt werden. Erfreulich war vor allem die hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit der Schmerzbehandlung. Über die Beurteilung der externen Auditoren von sanaCERT beim Re-Zertifizierungs-Audit im November 2009 freute sich das gesamte Projektteam.	
Weiterführende Unterlagen	• Schmerzkonzept für die SRFT mit Schmerzkarte (= interne Unterlagen)	

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2009 einen guten Einblick in die Qualitätsarbeit der SRFT vermitteln konnten. Dahinter stehen Menschen, die sich täglich für eine hohe Patienten- und Kundenzufriedenheit engagieren und ihr Bestes geben.

Qualitätsmanagement bedeutet, sich weiter zu entwickeln. Seit mehr als einem Jahr beschäftigen wir uns intensiv mit der Qualität auf der Notfallstation in Wil. Diesen Anstrengungen wird mit der Bearbeitung des sanaCERT-Standards „Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation“ ein besonderes Gewicht verliehen. Diese Projektgruppe nimmt ihre Arbeit im Juni 2010 auf.

Qualitätsmanagement bedeutet auch, sich internen und externen Überprüfungen zu stellen. Im Januar 2011 findet ein externes Überwachungsaudit mit sanaCERT Suisse statt, gefolgt von einem weiteren Re-Zertifizierungsaudit im Jahr 2012.

Qualitätsentwicklung bedeutet für uns weiter, uns den zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu stellen und gleichzeitig den Anliegen und Bedürfnissen unserer Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Wir sind überzeugt, dass unsere Philosophie der „kleinen Schritte“ diese Entwicklung positiv beeinflusst.



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

Führungsstruktur der SRFT

