



Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau
Sandra Frei
Leitung Qualität
055 418 56 79
sandra.frei@spital-einsiedeln.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualittsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalittskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitler testeten das Interventionsbndel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnotige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benotigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualittsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) hnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	9
3 Qualitätsstrategie	10
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	13
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	15
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	15
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	15
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	16
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	17
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	18
4.5 Registerübersicht	19
4.6 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	21
Befragungen	22
5 Patientenzufriedenheit	22
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	22
5.2 Eigene Befragung	24
5.2.1 Patientenbefragung	24
5.3 Beschwerdemanagement	25
6 Angehörigenzufriedenheit	
Da wir ein internes Feedbackmanagement betreiben, haben die Angehörigen jederzeit die Möglichkeit ihre Anliegen zu deponieren.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	26
7.1 Eigene Befragung	26
7.1.1 Mitarbeiterbefragung	26
8 Zuweiserzufriedenheit	28
8.1 Eigene Befragung	28
8.1.1 Zuweiserbefragung	28
Behandlungsqualität	30
9 Wiedereintritte	30
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	30
10 Operationen	32
10.1 Eigene Messung	32
10.1.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	32
11 Infektionen	33
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	33
12 Stürze	36
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	36
13 Wundliegen	37
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	37
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	

16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	39
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	39
18.1.1	Patientenaufnahmeprozess	39
18.1.2	Prozess der stationären Leistungsabrechnung	40
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	40
18.2.1	Dekontaminationskonzept	40
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	41
18.3.1	IMCU Anerkennung	41
19	Schlusswort und Ausblick	42
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	43
	Akutsomatik	43
	Herausgeber	45

1 Einleitung

Das moderne Qualitätsspital- für Sie und Ihre Gesundheit

Als modernes Qualitätsspital mit 85 Betten vereint das Spital Einsiedeln das Beste aus zwei Welten. Einerseits stellen wir als nahes und nahbares Regionalspital die stationäre und ambulante Grund- und Notfallversorgung sicher. Andererseits haben wir uns einen Namen gemacht als überregionales Kompetenzzentrum für den Bewegungsapparat. Ein weiterer Schwerpunkt bildet die Viszeral- und Gefässmedizin. Unsere Ärzte haben sich in zahlreichen Spezialdisziplinen eine hohe Kompetenz erarbeitet und wir pflegen eine gute Vernetzung mit renommierten Zentrumsspitalern.

Unsere einzigartige Höhenlage, einfühlsames Pflegefachpersonal und erstklassige Hotellerieleistungen tragen ebenso dazu bei, dass wir im Spital Einsiedeln beste Voraussetzungen für eine rasche Genesung bieten können. Schon in der Eintrittsplanung werden organisatorische Massnahmen für die nachstationäre Phase getroffen.

Vorwort Spital Einsiedeln

Als Patientin oder Patient wollen Sie sich für eine Behandlung im Spital „das richtige“ Spital auswählen. Aber welches ist das richtige Spital für die Behandlung? Bei dieser Entscheidung, steht sicherlich die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung im Vordergrund. In den nachfolgenden Qualitätsbericht können Sie sich über unser umfangreiches medizinisches Leistungsangebot, die Versorgungsqualität sowie die gute Qualifikation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfassend informieren. Soweit messbar werden Angaben zur Ergebnisqualität gemacht. Zudem informieren wir Sie über unsere Qualitätsmessungen, unsere Fortschritte bei der Qualitätsentwicklung sowie die entsprechenden umgesetzten bzw. eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen.

Besuchen Sie uns auf unserer Homepage: www.spital-einsiedeln.ch

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Für unser Qualitätsmanagement stehen de facto mehr Stellenprozente zur Verfügung, 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 Lenkungsausschuss Qualität usw.

Lenkungsausschuss Qualität

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Urs Birchler	055 418 58 60	urs.birchler@spital-einsiedeln.ch	Direktor a.i.
Nicole Schumpf	055 418 56 35	nicole.schumpf@spital-einsiedeln.ch	Leiterin Pflege
René Knollmann	055 418 52 39	rene.knollmann@spital-einsiedeln.ch	Chefarzt Innere Medizin
Prof. Dr. med. Lukas Krähenbühl	055 418 53 70	lukas.kraehenbuehl@spital-einsiedeln.ch	Chefarzt Chirurgie
Dr. med. Cemal Elmas	055 418 53 61	cemal.elmas@spital-einsiedeln.ch	Chefarzt Anästhesie
Dr. med. Renato Sommacal	055 412 22 05	orthopaedie.einsiedeln@bluewin.ch	Vertreter Belegärzteschaft
Patrick Schwandt	055 418 52 13	patrick.schwandt@spital-einsiedeln.ch	Leiter OP Bereich
Ralph Bobbia	055 418 52 41	ralph.bobbia@spital-einsiedeln.ch	Leiter Med. Dienste und Projekte
Ralf Sonderegger	055 418 58 50	ralf.sonderegger@spital-einsiedeln.ch	Leiter Finanzen & Controlling
Jean-Claude von Rotz	055 418 53 55	jc.vonrotz@spital-einsiedeln.ch	Leiter Hotellerie & Infrastruktur

Qualitätsmessungen / Qualitätsinstrumente

Bereich	Titel, Vorname, Name
Hygiene (Kordinatorin von Audits und Messungen im Bereich Hygiene)	Barbara Trütsch Hygienekommission: Barbara Trütsch René Knollmann Jean-Claude von Rotz Prof. Dr. med. Lukas Krähenbühl Sandra Frei
CIRS- Kommission (Behandeln und evaluieren CIRS Meldungen und leiten entsprechende Massnahmen ein)	Martin Ringer René Knollmann Monika Bärtschi Agnes Gisler Ralph Bobbia Sandra Frei
Swissnoso (Verantwortliche für die Erfassungen und Entscheidung der postoperativen Wundinfektionen)	Claudia Zehnder René Knollmann (Ärztlicher Supervisor)
Labor & Blutspende (BSD) (Q-Verantwortliche Labor & BSD sowie der Biosicherheit; Messungen und Audits im Bereich Labor & BSD)	Ralph Bobbia Elisabeth Dockx Esther Andres-Schmet

Bereich	Titel, Vorname, Name
Hämovigilance (Verantwortlicher für das Meldesystem - Transfusionszwischenfälle)	Dr. med. Mario Picozzi
Pharmacovigilance (Verantwortlicher für das Meldesystem-Medikamentennebenwirkungen bzw. Zwischenfälle)	Dr. sc. nat. Karl Roos
Materiovigilance (Verantwortlicher für das Meldesystem Vorkommnisse von Medizinalprodukten)	Frank Birchler
Materiovigilance im Operationsbetrieb (Verantwortlicher für das Meldesystem Vorkommnisse von Medizinalprodukten)	Hans Lang
Peerkoordination (CO Leitungen für die hausinterne Peerorganisation)	Karin Kuster Martina Kälin
ANQ Messung der Pflegeindikatoren Dekubitus und Sturz nach LPZ	Martin Ringer
Interdisziplinäre Fachkommission der Pflegeindikator Dekubitus (inkl. internes und kontinuierliches Validierungsinstrument)	René Knollmann Ringer Martin Sandra Frei Abteilungsverantwortliche: Martina Schwyer Claudia Steegmüller Eva Christin Wallner Jasmin Hasler
Interdisziplinäre Fachkommission der Pflegeindikator Sturz (inkl. internes und kontinuierliches Validierungsinstrument)	René Knollmann Martin Ringer Sandra Frei Abteilungsverantwortliche: Stefanie Steiner Susanna Iten Luzia Szalai-Stocker Kristin Gildemeister
SIRIS Implantatregister Hüft- und Knieprothesen	Dr. med. Sommacal Lihic Nurko Patrick Schwandt
Feedback- und Beschwerdemanagement	Urs Birchler Sandra Frei
Mecon Patientenbefragungen	Sandra Frei Claudia Zehnder
Mecon Zuweiserbefragungen	Urs Birchler Sandra Frei
Mecon Mitarbeiterbefragungen	Karin Kuster Sandra Frei
Komplikationenliste der SGIM	René Knollmann

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist der Pflegedienstleitung unterstellt

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **95** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Sandra Frei

Leiterin Qualität

055 418 56 79

sandra.frei@spital-einsiedeln.ch

3 Qualitätsstrategie

Im Mittelpunkt all unserer Aktivitäten stehen unsere Patientinnen und Patienten. Wir nehmen uns umfassend den krankheits- oder unfallbedingten Gesundheitsproblemen unserer Patienten an, unter Berücksichtigung ihres sozialen Umfeldes sowie ihrer ethischen und religiösen Einstellung. Wir achten die Eigenständigkeit unserer Patienten. Sofern möglich, sind sie vollumfänglich über ihre Gesundheitsprobleme informiert und beteiligen sich aktiv an den Entscheidungen über medizinische Abklärungen und Behandlungen. Wir, als Beschäftigte im Spital, haben uns alle zum Ziel gesetzt, unsere Dienstleistungen und medizinischen Behandlungsergebnisse laufend zu überprüfen und zu verbessern. Die Grundlagen dazu bilden Professionalität, Engagement sowie eine leistungs-, prozess- und ergebnisorientierte Arbeitsweise. www.spital-einsiedeln.ch/ueber-uns/qualitaetsmanagement

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

Einführung der EDV-Projekte "Klinikinformationssystem, ERP"

Seit Sommer 2018 wird der Pflegeprozess vollumfänglich im KIS (KlinikInformationssystem) abgebildet. Die Pflege konnte ihre Fertigkeiten vertiefen und arbeitet mittlerweile routiniert mit dem System. Des Weiteren konnte bereits das Labor ins KIS eingebunden werden, was allen die Arbeit erleichtert.

Derzeit wird mit Hochtouren an der Einführung der Medikations- und Ärztetools gearbeitet und wir sind zuversichtlich, dass wir dies ebenfalls in Kürze implementieren können.

Ebenfalls konnte das neue ERP System per 1.1.2018 in Betrieb genommen werden.

Einführung ePA-AC

Zeitgleich mit der Einführung des Pflegeprozesses, wurde das ePA-AC als dessen Bestandteil im KIS eingeführt. Das ePA-AC ist ein Pflegeassessment, welches den Patienten in seiner Ganzheit erfasst. Durch die tägliche Einschätzung des Gesundheitszustandes werden Risiken früh erkannt und der Patient kann gezielt in seinen Defiziten gefördert werden.

Prozessanpassungen

Durch die Umstellung vom ERP-System und Einführung der vom KIS haben sich Arbeitsabläufe geändert und dies gilt es nun anzupassen. Derzeit wird in vielen Bereichen an der Überprüfung und Optimierung von Prozessen gearbeitet. Die Anpassungen werden für alle sichtbar im Q-Handbuch intern veröffentlicht.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Hotellerie & Infrastruktur:

- Optimierung von Hygienemassnahmen in der Küche, wie z.B. der Anschaffung einer neuen Boden-Reinigungsmaschine oder die Einhaltung von Schmutz- und Sauberzone durch Lieferanten.
- im Bereich Roomservice wurden die Zuständigkeiten für die Wöchnerinnenabteilung wie auch für die IMCU neu definiert
- im Bereich der Reinigung wurden Prozesse an die neuen Räumlichkeiten angepasst.
- Die interne Wäscherei bereitet neu die Wäsche für externe Auftraggeber auf.
- Laufende Überarbeitung und Aktualisierung von bestehenden und neuen Arbeitsprozessen
- im Bereich technischer Dienst / Infrastruktur wurden sämtliche Grundrisspläne nach dem Umbau aufgearbeitet und wo nötig korrigiert.
- Aufarbeitung von technischen Daten der Brandmeldezentrale und Abnahme durch AMFZ Brandschutz. Die Massnahmen wurden überprüft und ergänzt.

Dekontaminations-Konzept

Das Dekontaminations-Konzept wurde bereits im 2017 erarbeitet. Im Verlauf des Frühjahres 2018 konnte nun auch das betroffene Personal, in Zusammenarbeit mit der Direktion für Sicherheit Umwelt und Energie Bern, praktisch geschult werden.

Hygiene

- Die Mitarbeitenden vom Spital Einsiedeln kennen die korrekte Händedesinfektion
- Impfkation „Saisonale Grippeimpfung“
- Überprüfungen / mikrobiologische Abstriche durch das Mikrobiologie Labor Anderhub
- Schulungen der hygienischen Standardmassnahmen zum Schutz der Patienten sowie des Personals
- Implementierung und Schulung für eine frühzeitige Erfassung von MRSA Patienten
- Implementierung und Schulung für die Erfassung von VRE Patienten

SSI-Projekt Swisnoso

Das Pilotprojekt Surgical Surveillance Intervention (SSI) von Swisnoso wurde im Herbst 2018 beendet. Durch die Beobachtungen von chirurgischen Operationen, die Anpassungen von Haarentfernung, Antibiotika und Hautantiseptikum, konnten die postoperativen Wundinfektionen drastisch gesenkt werden. Dank den brillianten Ergebnissen hat sich unser Direktor dazu entschlossen, dass Pilotprojekt per 1. Oktober 2018 als reguläres Projekt weiter zu führen.

OP- Bereich

- Das elektronische Chargendokumentationssystem wurde eingeführt
- die Dienstzeiten wurden dem Betrieb angepasst
- Die Nachdienste der Anästhesiepflege gelten seit Ende 2018 als Arbeitszeit und ist nicht mehr im Piketsystem geregelt

Pflege

- Die IMCU hat ihre neuen Räume bezogen. Das PDMS (PatientenDokumentationsManagementSystem) für die Überwachung und Dokumentation auf der IMCU wurde fertig erstellt. Die Schulung der Mitarbeiter konnten Anfang Januar 2019 stattfinden, so dass das PDMS Ende Januar eingeführt werden konnte.
- Das KIS (KlinikInformationssystem) mit dem Pflegeassessment ePA-AC wurde erfolgreich implementiert
- Pflegestandards werden laufend überprüft, angepasst und wo nötig neu erstellt.

Personal

- Überarbeitung der einzelnen Personalprozesse

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weitere Einführungen der Teilkonzepte des Klinikinformationssystem

- Fortlaufende Erweiterungen im M – KIS, gemäss Stand Projekt M – KIS, werden im Alltag an den betreffenden Stellen implementiert und ausgebaut. (Verordnungen, Meditool, Dashboard Notfall) Die Mitarbeitenden sind dafür geschult, die Umsetzung wird regelmässig überprüft.
- Ebenfalls wird die Pflegeplanung und Leistungserfassung im M – KIS wird überprüft, vereinfacht und angepasst.

Finanz und Controlling

- Für das Jahr 2019 ist die Zertifizierung Rekole geplant.
- Für das Frühjahr 2019 ist die Überarbeitung des Abrechnungsprozesses geplant. Ziel ist es, dass der Ablauf von Patienteneintritt bis Rechnungsstellung an den Leistungsträger, rascher und effizienter von statten geht.

Lean Management

Unter Lean Management versteht man das Prinzip der schlanken Unternehmensführung. Das Ziel ist die Steigerung der Leistungseffizienz sowie der Kunden- und Mitarbeiterorientierung. Zur Qualitätssicherung und Optimierung der Arbeitsabläufe möchten wir in den kommenden Jahren auf den Bettenstationen des Spitals Einsiedeln das Lean Management einführen.

IMC Anerkennung nach der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin

Das eingereichte Dossier wurde durch die Kommission der Anerkennung von IMC Units, im Frühjahr 2018 geprüft und die Aufnahme zum Anerkennungsprozess bestätigt. Die Vistiation der Delegation auf unserer IMC hat im Herbst 2018 stattgefunden und die Anerkennung der IMCU wurde an weitere Bedingungen geknüpft. Das Spital Einsiedeln hat nun bis Ende 2019 Zeit, diese Anforderungen zu erfüllen.

Reorganisation des Patientenaufnahmeprozesses

Aktuell werden die Prozesse der Patientenaufnahme mit einem externen Berater analysiert und optimiert. Die Prozesse dazu müssen neu geschrieben und die betroffenen Mitarbeiter geschult werden.

Ziel ist es, den Prozess so schlank wie möglich zu gestalten und unnötige Doppelspurigkeiten und Rückfragen in Zukunft zu vermeiden.

Labor

Anbindung ANRESIS für die Überwachung der nosokomialen Infektion, indem unibe anresis (organisiert durch das BAG) direkt auf unsere Schnittstelle MBIO zugreifen kann. Dies um Mikroorganismen mit deren Resistenzmustern / Multiresistenzen auszuwerten.

Operationsbetrieb

Oberstes Ziel ist es, dass Ruhe in die Personalsituation einkehrt und weiterhin qualitativ gute Arbeit geleistet werden kann. Dazu soll das Sortiment von med. Verbrauchsmaterial gestrafft werden.

Personal

Alle Stellenbeschreibungen werden überarbeitet und aktualisiert.

Pflege

- Die Reorganisation im Bereich der Bettenstation wird im Projekt Fokus Zukunft umgesetzt. Die Massnahmen orientieren sich dabei am Massnahmenkatalog.
- Sturz und Dekubitusauswertungen können gemacht werden

Qualität

- Der interne Auditprozess wird analysiert und ein neues Auditprogramm erstellt, so dass in Zukunft in regelmässigen Abständen die Prozesse anhand von Audits überprüft werden.
- Überprüfung der vorhandenen Dokumente und diese auf die neuen Prozesse M-KIS und ERP-System anpassen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen
▪ Postoperative Wundinfektions-Messung Swissnoso
▪ Nationale Patientenbefragung
▪ Prävalenzmessung Sturz & Dekubitus
▪ SIRIS Implantatregister

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:	
Patientenzufriedenheit	
▪ Patientenbefragung	
Mitarbeiterzufriedenheit	
▪ Mitarbeiterbefragung	
Zuweiserzufriedenheit	
▪ Zuweiserbefragung	

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:	
Operationen	
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Dekontaminationskonzept

Ziel	Das Spital verfügt über ein Dekontaminationskonzept welches den Umgang mit so genannten ABC Stoffen regelt.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017 bis Sommer 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Alltägliche Unfälle können ebenso wie terroristische Ereignisse zur Freisetzung von chemischen, biologischen oder radioaktiven Stoffen und damit zur Kontamination von Personen führen. Ziel des Konzeptes sind der Schutz des Spitalpersonals und der Patienten.
Methodik	nach dem Prinzip des PMBOK
Involvierte Berufsgruppen	Feuerwehr, Polizei, Bezirksführungsstab, Rettungsdienst, Ärzte, Technischer Dienst, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt / die praktische Schulung wurde durch einen externen Berater des nationalen Dienstes für Zivilschutz Bern begleitet.
Weiterführende Unterlagen	Richtlinien und Standards

Schulung der korrekten Händehygiene

Ziel	Prävention von nosokomialen Infektionen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Hygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Schulungen erfolgen während des ganzen Jahres an einer Teamsitzung
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Prävention von nosokomialen Infektionen
Methodik	Frontalunterricht
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende welche direkten und indirekten Patientenkontakt haben. Inklusive Wäscherei, Küche und Reinigung
Weiterführende Unterlagen	Hygienerichtlinien

Jährliches Audit durch externes Mikrobiologie-Labor

Ziel	Aktueller Hygienestand erfahren, Vermeidung von nosokomialen Infektionen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Hygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	jährlich unangemeldet
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Hygienekontrolle Gesamtspital
Methodik	Audit
Involvierte Berufsgruppen	OP, Steri, Anästhesie, Endoskopie, Notfall, Rettungsdienst, Wäscherei, Reinigung, Küche, Restaurant, Pflegeabteilungen
Evaluation Aktivität / Projekt	Je nach Befund der mikrobiologischen Proben müssen Anpassungen getroffen werden um die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten.
Weiterführende Unterlagen	Auditcheckliste und Auditbericht

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2014 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

Bemerkungen

Die CIRS Kommission wertet die Ergebnisse regelmässig aus. Sie definiert Massnahmen und überwacht deren Umsetzung. Mitarbeitende können sich jederzeit via CIRS Tool über den aktuellen Stand der CIRS Fälle informieren. Zudem werden jährlich Reporte über den Stand der CIRS Meldungen und deren Verbesserungsaktivitäten erstellt.

4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA MONITORING DER ANÄSTHESIEQUALITÄT IN DER SCHWEIZ	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	2006
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2006
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2017
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	2000
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2015
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	2006
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
IVR	Rettungsdienst	2009	2015	Anerkennung der offizielle Rezertifizierung
Supervisionen	Mikrobiologie	2003	2017	Checkliste Qualab EpG
Supervisionen	Routinelabor	2003	2017	Checkliste Qualab
NNPN-Peer Support Einsatzorganisation in psychologischer Nothilfe	Peerorganisation	2011	2011	NNPN (Nationales Netzwerk Psychologischer Nothilfe)
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamtspital	2007	2016	H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit (Audit findet alle 5 Jahre statt)
Swiss Medic Audit	Labor/Blutspende	2000	2018	
Blutspende Zürich	Blutspende	1985	2014	
CLS Plasma Audit	Blutspende	2010	2017	
Audit Kantonschemiker	Labor Mikrobiologie	2011	2012	Das Audit wird durch den Kantonschemiker angemeldet
Lebensmittel-kontrolle	Küche	1987	2018	Amtliche Kontrolle des Laboratorium der Urkantone
Mikrobiologische Untersuchung	Gesamtspital	1980	2018	Findet jährlich unangemeldet statt
Audit Strahlenschutz	Operationsbetrieb	2000	2016	BAG

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
Spital Einsiedeln		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.35	4.31 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.63	4.67 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.67	4.57 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.45	4.64 (0.00 - 0.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.17	4.18 (0.00 - 0.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	95.20	93.97 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		266
Anzahl eingetreffener Fragebogen		Rücklauf in Prozent 0 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenbefragung

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Dies ermöglicht es dem Spital, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten.

Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagement.

Diese Patientenbefragung haben wir vom September bis Dezember durchgeführt.

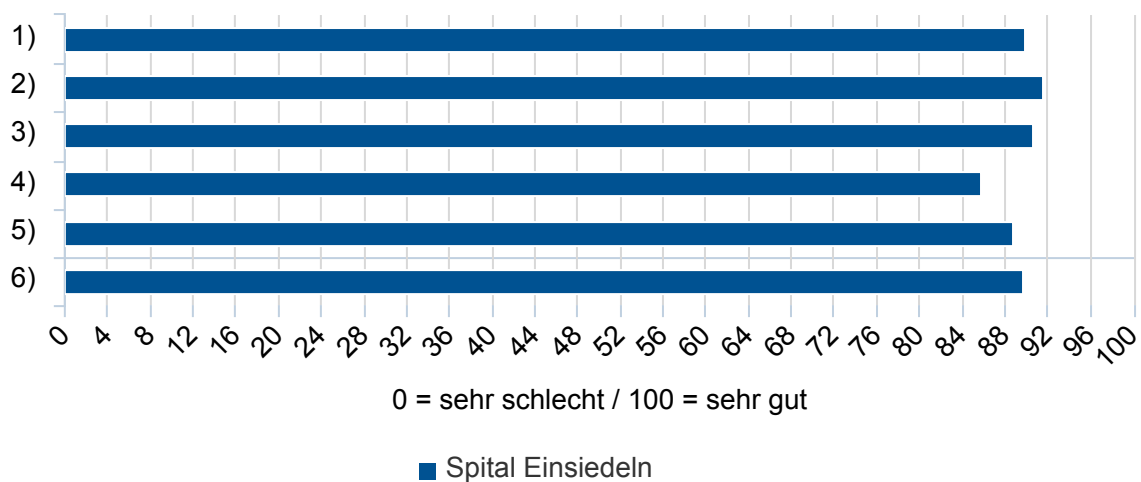
Die Messung wurde bei allen stationären Patienten in allen Fachdisziplinen durchgeführt.

Die Befragung wurde ausschliesslich bei Erwachsenen Patienten durchgeführt, Kinder wurden nicht berücksichtigt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen und Wohnen
- 6) Öffentliche Infrastruktur



Messergebnisse in Zahlen

	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Spital Einsiedeln	89.90	91.60	90.70	85.70	88.80

Messergebnisse in Zahlen

	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Spital Einsiedeln	89.70	440	46.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das Spital Einsiedeln erhielt wiederum in allen Bereichen eine ausgezeichnete Bewertung, welche deutlich besser

ist als der Mittelwert aller Spitäler im Vergleich.

Bei den Bereichen Ärzte, Pflegepersonal, Organisation, Hotellerie und öffentliche Infrastruktur zählt das Spital Einsiedeln zu den Besten der 52 Spitäler im Vergleich.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Einsiedeln

Feedbackmanagement /

Beschwerdemanagement

Sandra Frei

Leitung Qualitätsmanagemnt

055 418 56 79

feedback@spital-einsiedeln.ch

Dienstag und Donnerstag zu Bürozeiten

Das Feedbackmanagement (FBM) des Spital Einsiedelns bietet den Patienten und deren Angehörigen die Möglichkeit, ihre Anliegen an eine zentrale Stelle mitzuteilen. Alle Anliegen, seien es Anregungen, Beschwerden, Fragen oder auch Lob werden geprüft und ggf

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden ihre Arbeitssituation empfinden. Dies ermöglicht es dem Spital, allfällige Probleme frühzeitig zu erkennen, und wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Mitarbeiterbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements der Spitäler.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom November bis Dezember durchgeführt.

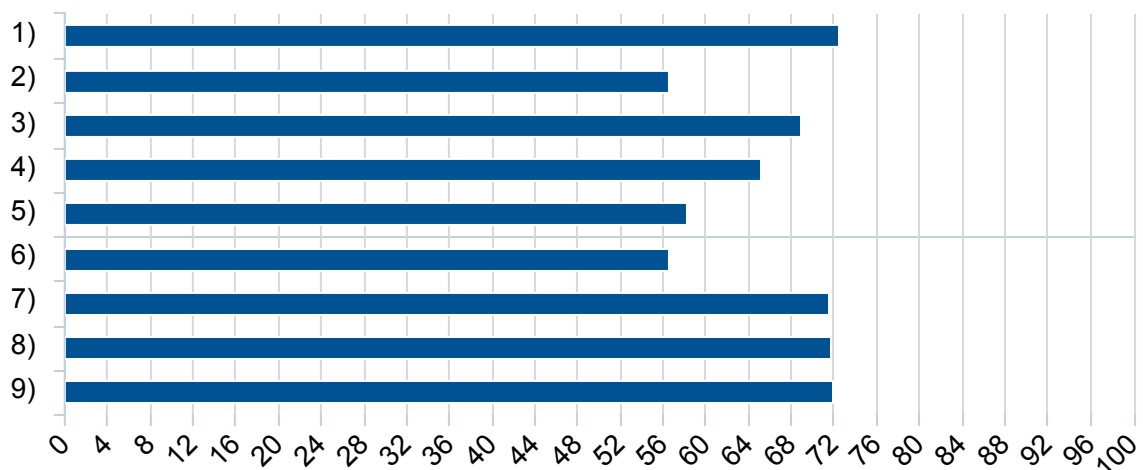
Die Befragung wurde in allen Bereichen und Abteilungen durchgeführt.

Für die Erhebung wurden alle Mitarbeitenden schriftlich befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Arbeitsinhalt
- 2) Lohn
- 3) weitere Leistungen
- 4) Arbeitszeit
- 5) Aus- / Weiterbildung
- 6) Interdisz. Zusammenarbeit
- 7) Team
- 8) Führung
- 9) Arbeitsplatz



0 = sehr schlecht / 100 = sehr gut

■ Spital Einsiedeln

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Spital Einsiedeln	72.50	56.60	68.90	65.20	58.30

Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Messthemen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)	9)		
Spital Einsiedeln	56.50	71.50	71.80	71.90	183	49.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung

Das Spital Einsiedeln führte 2018 eine Zuweiser- und Belegärztebefragung mit der Firma MECON measure & consult GmbH durch. Dazu wurden Zuweiser und Belegärzte schriftlich zu ihrer Zufriedenheit mit dem Spital befragt. Zum üblichen, anonymen Fragebogen, haben wir uns für das sogenannte A-Modell entschieden. Dabei wurden zuvor definierte Zuweiser telefonisch interviewt. Die ausgefüllten Fragebogen wurden direkt an das unabhängige Messinstitut MECON retourniert, wie auch die telefonischen Befragungen wurden durch MECON realisiert. Die Zuweiser durften selbst entscheiden, ob sie anonym bleiben wollen oder nicht.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom September bis Oktober durchgeführt.

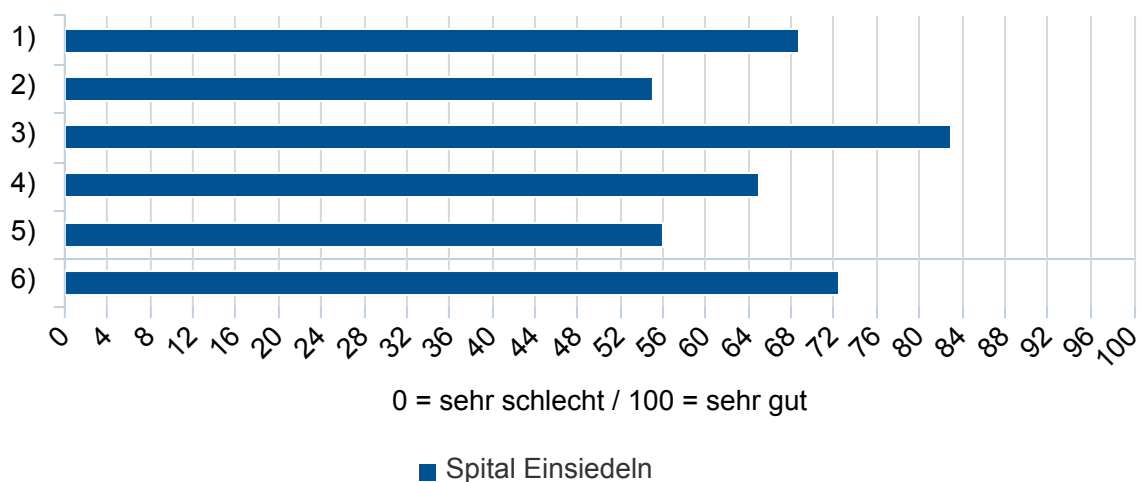
Die Befragung ging an alle Zuweiser die mindestens 2 Patienten pro Jahr zuweisen. Zusätzlich haben der jeweilige Chefarzt der Medizin und Chirurgie jeweils 10 Zuweiser für die telefonische Befragung definiert.

Sämtliche Organisationseinheiten wurden in die Befragung eingeschlossen. Wobei die Beurteilungen über Hotellerie, Infrastruktur und Pflege mehrheitlich über Patientenrückmeldungen an den Arzt erfolgten.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) medizinische Qualität
- 2) Organisation
- 3) Einweisungsprozess
- 4) Zusammenarbeit
- 5) Berichtswesen
- 6) Patienten / Image



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Spital Einsiedeln	68.80	55.00	83.00	65.00	55.90

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Spital Einsiedeln	72.50	14	47.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Leider lieferte die Auswertung der Zuweiserbefragung wenig erfreuliche Resultate. Besonders die Bereiche Organisation und Berichtswesen sorgten für viel Kritik. Die Spitalleitung hat sich diese Kritik zu Herzen genommen und bereits erste Massnahmen umgesetzt um besonders diese Bereiche zu verbessern.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2016	2017
Spital Einsiedeln		
Anteil externer Rehospitalisationen	-	12.87%
Verhältnis der Raten*	0.92	1.1
Anzahl auswertbare Austritte:		2921

* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Daten von 2013 bis 2015 sind nicht auswertbar. Die Übermittlungsqualität der Daten zu den Verbindungscodes der BFS-Datensätze waren nicht zuverlässig. Zudem wurden hochkomplexe Untersuchungen, welche nicht am Spital Einsiedeln durchgeführt werden konnten und die Patienten dadurch in ein Zentrumsspital verlegt wurden, als Rehospitalisation gewertet. Dies entspricht nicht den Bestimmungen einer Rehospitalisation.

Aus diesem Grund verzichten wir auf die Publikation der Werte von 2014 und 2015.

Weiterführende Informationen erhalten finden Sie unter www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-akutsomatik/

In Zusammenarbeit mit einem IT Unternehmen für Datenauswertungen wurde eine nachvollziehbare Datenaufbereitung entwickelt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

10 Operationen

10.1 Eigene Messung

10.1.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist.

Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthaltes vorkommen. Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Der Algorithmus des Erfassungssystems weist Mängel auf, weshalb die Messergebnisse nicht auswertbar und somit nicht publizierbar sind.

Weiterführende Informationen erhalten finden Sie unter

<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/>

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ Hernienoperationen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
Spital Einsiedeln						
Blinddarm-Entfernungen	47	0	18.20%	5.30%	5.50%	0.00% (0.00% - 7.50%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	12	0	0.00%	5.40%	0.00%	0.00% (0.00% - 26.50%)
Hernienoperationen	171	0	1.10%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 2.10%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	26	0	19.90%	29.90%	4.50%	0.00% (0.00% - 13.20%)
Kaiserschnitt (Sectio)	78	1	0.00%	0.70%	0.00%	1.30% (0.00% - 6.90%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Spital Einsiedeln						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	142	1	0.00%	0.00%	0.80%	0.70% (0.00% - 3.90%)

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Durch das Swissnoso-Pilotprojekt Surgical Surveillance Intervention (SSI) Chirurgie konnten wir mit den getroffenen Massnahmen eine Reduktion der postoperativen Wundinfektionen im Bereich der Chirurgie erzielen. Damit wir diese Qualitätsverbesserungen weiter vorantreiben können, wird das Pilotprojekt seit 1. Oktober 2018 als regulärer Standardprozess am Spital Einsiedeln weitergeführt. Die interne Projektgruppe bleibt weiterhin bestehen und trifft sich 2x/Jahr.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
Spital Einsiedeln				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	2	0	1
In Prozent	0.00%	3.40%	0.00%	1.60%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	63	Anteil in Prozent (Antwortrate)		91.30%

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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

13 Wundliegen

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

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
Spital Einsiedeln						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	1	1.60%
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	63	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			91.30%	

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Anzahl der nosokomialen Dekubiti liegt seit Jahren unter dem nationalen Ergebnis, nur im 2018 schneiden wir leider schlechter ab. Die Ergebnisse werden durch die interdisziplinäre Fachkommission evaluiert und gegebenenfalls werden Massnahmen getroffen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Patientenaufnahmeprozess

Ausgangslage

Die Patientenaufnahme wird aktuell hauptsächlich durch die Patientendisposition abgewickelt. Ausserhalb deren Arbeitszeiten übernimmt die Information oder auch der Notfall diese Aufgaben.

Ziele/Mussziele

- Einheitlich - effizienter Patientenaufnahmeprozess stationärer und ambulanter Patienten

Teilziele:

- Funktionsdiagramme über alle beteiligten Abtl. erstellen
- Prozessdefinition einer effizienten Patientenaufnahme
- Personelle- Raum sowie Infrastruktur -Ressourcenplanung

Projektorganisation

Projektleiter, Bereichsleiter med. Dienste

Informations-, Patientendispositions-, sowie Notfallleitungen

Arztsekretariat

Externe Fachperson

18.1.2 Prozess der stationären Leistungsabrechnung

Ausgangslage

Die Zeitspanne von Patienteneintritt bis Rechnungsstellung ist zu gross und innerhalb des Ablaufes müssen immer wieder unnötige Arbeitsschritte erledigt werden. Dies vor allem wegen fehlenden Informationen oder Zuständigkeiten. Diese Problematik verlängert den Prozess der Rechnungsstellung unnötig.

Ziel

Die Zeitspanne von Patientenentritt bis zur Rechnungsstellung wird deutlich reduziert. Das Inkasso ist jeweils nach 58 Tagen abgeschlossen.

Methodik

Aktuell wird in einer Projektgruppe der ganze Prozess der stationären Leistungsabrechnung analysiert, Schwachstellen werden aufgezeigt und es wird nach dem optimalen Prozessablauf gesucht. Dabei werden verschiedene Werkzeuge zur Problemanalyse angewendet. Die Workflows werden neu dargestellt und im Qualitätshandbuch mit den zugehörigen Subprozessen verknüpft (u.a. mit dem Patientenaufnahmeprozess).

involvierte Berufsgruppen

- Leiter med. Dienste
- Patientenaufnahme
- Codierung
- Patientenadministration
- Leitung Qualitätsmanagement
- leitende Ärztin IME
- leitender Arzt CHIR
- Arztsekretariat
- Leiter Finanzen
- externer Berater

Konsequenzen

Durch einen effizienteren Prozess in der Leistungsabrechnung können Doppelspurigkeiten und unnötige Wartezeiten verhindert werden. Das Inkasso-Verfahren findet zeitnah statt und somit auch das Finanzcontrolling.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Dekontaminationskonzept

Das Dekontaminationskonzept wurde bereits im 2017 formell abgeschlossen (Details siehe Bericht 2017).

Im Sommer 2018 konnten am Spital Einsiedeln zwei grosse praktische Übungen dazu realisiert werden. Dabei waren diverse Personen aus dem Spital, wie auch die Feuerwehr, Polizei und der Bezirksführungsstab involviert.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 IMCU Anerkennung

Das Spital Einsiedeln betreibt seit 2015 erfolgreich eine Intermediate-Care-Unit (IMCU) mit 3 Betten, welche einer interdisziplinären Abteilung angegliedert ist. Die entsprechenden Betriebskonzepte waren von Anfang an auf den Betrieb der vorgesehenen IMCU mit 6 Betten (Neubau) nach den Schweizerischen Richtlinien der SGI ausgerichtet.

Die neue IMCU mit 6 Betten in 3 separaten Kojen konnte ende August 2018 bezogen werden.

Der Anerkennungsantrag wurde bereits im Februar 2018 bei der Anerkennungsstelle SGI eingereicht. Das eingereichte Dossier wurde durch die Kommission Anerkennung von IMC, KAIMC-Office geprüft und der Anerkennungsprozess bestätigt. Die Visitation Vorort erfolgte im Herbst 2018. Die Erteilung des Zertifikates wurde an weitere Bedingungen geknüpft, welche bis zum 31.12.19 erfüllt werden müssen.

<https://www.swiss-imc.ch/de/erkennung.html>

19 Schlusswort und Ausblick

Wir sind ein modernes Qualitätsspital- dieser Anspruch, dieses Versprechen an unsere Patienten soll sich auch in unserem Qualitätsmanagement widerspiegeln.

Dies bedeutet vor allem, eine intensive Auseinandersetzung mit den verschiedensten Einflussfaktoren. Einer dieser Faktoren ist zum Beispiel die schweizerische Spitalentwicklung und medizinische Versorgungsqualität. Unser Ziel ist es, uns stets an die Besten der Branche zu messen und nach den neuesten Erkenntnissen zu optimieren.

Weitere Faktoren sind unsere Outcome Ergebnisse und Befragungen. Sie zeigen uns ein gesamtheitliches Bild unserer kontinuierlichen Verbesserungsaktivitäten, welche wir laufend überprüfen und allenfalls anpassen.

Ausblick

Nach den erfolgreichen Beendigungen der Um- bzw. Neubauten sowie den Einführungen der verschiedenen EDV-Projekte, werden wir vor allem mit der Konsolidierung der internen Abläufe beschäftigt sein. Damit die Behandlungsqualität weiterhin hochstehend bleibt, müssen die entsprechenden internen Prozesse überprüft und bei Bedarf optimiert werden.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefäße
Gefäßchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie

Cystische Fibrose
Polysomnographie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Replantationen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neonatalogie (ab 32. Woche und $\geq 1250\text{g}$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinfo.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).