



Spital Lachen
Oberdorfstrasse 41
CH-8853 Lachen



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

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

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|----|
| A | Einleitung..... | 3 |
| B | Qualitätsstrategie | 5 |
| | B1 Qualitätsstrategie und -ziele | 5 |
| | B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010 | 5 |
| | B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010..... | 7 |
| | B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren | 19 |
| | B5 Organisation des Qualitätsmanagements..... | 19 |
| | B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement | 19 |
| C | Betriebliche Kennzahlen und Angebot..... | 19 |
| | C1 Angebotsübersicht..... | 20 |
| | C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010 | 22 |
| D | Qualitätsmessungen | 23 |
| | D1 Zufriedenheitsmessungen | 23 |
| | D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit | 23 |
| | D1-2 Angehörigenzufriedenheit | 25 |
| | D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit | 26 |
| | D1-4 Zuweiserzufriedenheit..... | 27 |
| | D2 ANQ-Indikatoren | 28 |
| | D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape..... | 28 |
| | D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape | 29 |
| | D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO | 30 |
| | D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ) | 32 |
| | D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010 | 33 |
| | D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO) | 33 |
| | D3-2 Stürze..... | 33 |
| | D3-3 Dekubitus (Wundliegen)..... | 34 |
| | D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen | 35 |
| | D3-5 Dauerkatheter | 35 |
| | D3-6 Weiteres Messthema | 36 |
| | D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung..... | 37 |
| E | Verbesserungsaktivitäten und -projekte..... | 38 |
| | E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards | 38 |
| | E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte..... | 39 |
| | E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte | 40 |
| F | Schlusswort und Ausblick..... | 41 |
| G | Impressum | 42 |
| H | Anhänge..... | 43 |

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.



Einleitung

Die Veröffentlichung der eigenen und der externen Qualitätsbewertung durch diesen Qualitätsbericht ist ein wichtiger Beitrag zur Schaffung von mehr Transparenz zur Qualität in der Pflege und der ärztlichen Behandlung im Spital Lachen. Die Qualitätsdarlegung durch das Spital kann als Entscheidungshilfe für Patienten und Angehörige dienen. Alle Massnahmen zur Schaffung der Transparenz dienen zur Förderung des Qualitätswettbewerbs und damit zur Verbesserung der Spitalbehandlungsqualität.

Die Spital Lachen AG versucht sich immer wieder selber „von aussen“ mit den Augen der Anspruchsgruppen zu beurteilen und ihre Handlungsoptionen auf die Erfordernisse der Patienten, Zuweiser, der Fachöffentlichkeit, der mitarbeitenden Berufsgruppen, der Kooperationspartner allgemein, der Versicherer als Finanzierer und der Gesundheitsbehörden als rahmenstiftende Regulierer auszurichten.

Was versteht die Spital Lachen AG unter Professionalität seiner ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden?

Das Personal trägt die ungeteilte Verantwortung für sein Tun, da der Chefarzt als Handelnder in keine medizinische Weisungsbefolgungspflicht eingebunden ist, da er nur für die in seiner Profession verbindlichen Kunstregeln und für die sittlichen Normen verpflichtet ist. Für ihn stellt die Beziehung zwischen Arzt und Patient eine Dyade (Zweiergruppe) dar, deren Raum von keiner der Verpflichtungen erreicht wird, unter denen jeder der beiden Partner sonst noch stehen mag.

Die Spital Lachen AG ist eine Expertenorganisation

Die Experten:

- zeichnen sich durch eine hohe Qualifikation aus und sind ihrer Profession hinsichtlich der fachlichen und ethischen Standards verpflichtet.
- orientieren sich stark an der fachlichen Weiterentwicklung.
- sind sehr gut ausgebildet und haben viel Zeit und Geld in den Aufbau ihrer Expertise investiert, die einen hohen Spezialisierungsgrad erreicht.

Da sich das Wissen als wichtigstes Produktionsmittel in der Hand der Experten befindet, schafft die Spital Lachen AG daher auch die Arbeitsbedingungen, die den Mitarbeitenden die Entwicklung ihrer Professionalität ermöglichen und ihre Leistungsbereitschaft sicherstellen.

Was will das Spital Lachen leisten?

Genauigkeit, Verlässlichkeit, Zielsicherheit, Schutz und Beruhigung.

Es geht nicht darum, eine Renaissance der Medizin ohne Technik einfordern zu wollen. Nicht Technik anstelle von, sondern Technik plus zwischenmenschliche Kommunikation bedeutet eine Orientierung der Medizin im Spital Lachen, um den Gesundheitsbedarf im Zeitalter chronischer Krankheiten, unter begrenzten Ressourcen decken zu können.

Für die Arbeit im Spital Lachen charakteristisch ist die Notwendigkeit der Arbeit am und mit dem Menschen und die therapeutische Notwendigkeit einer ausdrücklichen Berücksichtigung, nicht nur der körperlichen, sondern auch der seelischen und sozialen Problemstellungen und Bedürfnisse der Patienten. Technikintensive Leistungen werden oft nur möglich und sind oft nur dann von dauerhaftem Erfolg, wenn sie durch zwischenmenschliche Leistungen vorbereitet, begleitet und nachbereitet werden.

Unter interaktionsintensiven Leistungen verstehen wir, was in der sozialepidemiologischen Literatur als "soziale Unterstützung" bezeichnet wird. Im Falle einer chronischen Erkrankung beinhaltet soziale Unterstützung Informationen und Deutungshilfen für den Patienten zur Aufklärung über seinen körperlichen Zustand, über Sinn und Zweck bestimmter Prozeduren und über das zukünftige Leben in Familie, Arbeitswelt und Freizeit.

Sie beinhaltet zum Zweiten Zuwendung und Verständnis zur Bewältigung negativer Gefühle, wie Angst oder Depressivität.

Sie beinhaltet zum Dritten sinnstiftende Signale und Signale sozialer Anerkennung zur Wiedergewinnung eines positiven Selbstbildes. Sie beinhaltet schliesslich Gesundheitsberatung, lebenspraktische Hilfestellungen und weitere, der Förderung von Gesundheitspotentialen dienende Massnahmen, z.B.

Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen der Patienten und Mobilisierung sonstiger sozialer Ressourcen. Dem Grundsatz nach geht es im Spital Lachen um die Identifizierung und anschließende Optimierung der für das Leistungsgeschehen zentralen Arbeitsprozesse. Für die Krankenhausbehandlung setzt sich der übergeordnete universelle Geschäftsprozess aus den Komponenten Aufnahme, Anamnese, Diagnostik,

Therapie und Entlassung zusammen, der dann fallbezogen mit allen Einzelleistungen analysiert wird. Die genaue Rekonstruktion erlaubt die Identifizierung ineffizienter Abläufe und bildet die Grundlage für Ablaufoptimierungen. Ergebnisse werden "Soll-Arbeitsabläufe" sein, die in das Spitalinformationssystem eingespeist werden (geplante Behandlungsabläufe). Auf dieser Grundlage können durch vernetzte EDV-Systeme die Kommunikationen innerhalb der einzelnen Leistungsabteilungen optimiert (Workflow-Management) und fallbezogene Prozesskostenrechnungen erstellt werden.

Typische Ansatzpunkte für Optimierungen bieten sich im Krankenhaus z.B. durch: Wartezeiten des Patienten, Leerlaufzeiten des Personals aufgrund von Abhängigkeiten einzelner Leistungsbereiche, Wegezeiten des Patienten oder der Angehörigen.

Die Spital Lachen AG ist gewillt, auch in Zukunft überzeugende Patienten-, Zuweiser- und Mitarbeiterzufriedenheitswerte sicherzustellen.

Wie beeinflusst die neue Spitalfinanzierung die Qualität der Patientenversorgung im Spital Lachen?

Die Spital Lachen AG hat seit dem 01.01.2004 eine voll umfängliche fallpauschalierte Finanzierung. Diese Finanzierung ist leistungsorientiert. Leistungsorientiert heisst nicht leistungsgerecht. Leistungsgerecht wäre eine Finanzierung, mit der jede einzelne Leistung, nach Massgabe der zu ihrer Erbringung entstehenden Kosten abgegolten würde. In dem Sinne gilt das Prinzip, dass die Einnahmen für Patienten im Spital Lachen nicht immer die entstehenden Kosten decken, jedoch manchmal auch auf mehr Einnahmen für bestimmte Patienten verzichtet werden, als dies auf den ersten Blick sachgerecht wäre.

Im Hinblick auf die KVG-Revision 2012 hat sich die Spital Lachen AG zum Ziel gesetzt, kostendeckend zu arbeiten und einen jährlichen Überschuss zu erarbeiten, der in Investitionen für die künftige Versorgung fliesst.

Ab 2012, so sieht es das vom jetzigen Parlament verabschiedete reformierte Gesetzeswerk vor, sollen alle Spitalleistungen im stationären Bereich über diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs) vergütet werden. Da die Umstellung des Finanzierungssystems kostenneutral zu erfolgen hat, würden sich zumindest in den Häusern mit hoher Kostenstruktur erhebliche Probleme ergeben. Damit würden sich in der Folge auch die Risiken für eine einzelfallbezogene bedarfsgerechte Versorgung erhöhen. Fallpauschalen setzen starke Anreize, insbesondere zur Reduzierung der Leistungsqualität und zu einer Patientenselektion unter Kosten-Einnahmen-Gesichtspunkte. Ziel: Im Spital Lachen wird das aber nicht geschehen, da sich das Spital Lachen dem Patienten verpflichtet fühlt.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und –ziele

Das Gesundheitsunternehmen mit Magnetwirkung, das eine patientennahe Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in hoher Qualität sicherstellt.

Strategieorientiert

Führungskräfte und Mitarbeitende entwickeln und qualifizieren.

Nachfragebasiert

- Personalentwicklung aufstellen und die Aktualität von Wissen im Spital Lachen erkennen.
- Personal entwickeln in enger Verzahnung zu Prozessen.
- Anforderungen an teamorientiertes Arbeiten bezüglich Zusammenarbeit und sozialer Kompetenzen basierend auf Kommunikations- und Moderationsfähigkeiten formulieren und ihre Erfüllung durch massgeschneiderte Angebote unterstützen.
- Schaffen von Rahmenbedingungen für ein lernendes Spital, die Raum geben, kreativ Wissen zu erweitern und Lernfähigkeit sowie individuelles Lernen fördern.
- Gestaltung der Mitarbeiterbefragung und des Führungskräfte-Feedbacks zur Messung der Kultur- und Leitbilddurchdringung und zur Unterstützung von Führungskräften und Mitarbeitenden in Zusammenarbeits- und Führungsthemen.
- Vermittlung von Kompetenzen zur Führung über Ziele und deren Messung über Kennzahlen bis hin zur Anwendung der Balanced Scorecard (BSC) nach Kaplan/Norton.
- Methoden- und Anwendungstraining in den Feldern Prozess- und Projektmanagement, Strategieentwicklung und BSC, in partizipativer Organisationsentwicklung und den Grundzügen des Qualitätsmanagements mit einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (unter Berücksichtigung strikter Ausrichtung auf die Besonderheiten im eigenen Spital).

Konzeption neuer Formen der Karriereentwicklung, abgestellt auf das Spital Lachen als Prozessunternehmen.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement

Die Spital Lachen AG beteiligt sich seit dem Jahr 2009 an den ANQ-Messthemen. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) ist aus dem Zusammenschluss der nationalen Gesellschaft für Qualitätssicherung KIQ und dem Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung IVQ entstanden.

Im Weiteren beteiligt sich die Spital Lachen AG an verschiedenen Qualitätsnetzwerken (AQC, Swissvasc, SIRIS etc). Im Januar 2010 wurde der Verein „Brustknotenpunkt“ mit Sitz in Zürich gegründet. Unter der Initiative von Dr. D. Burger, Chefarzt Frauenklinik, haben sich vor zwei Jahren die Kliniken Stadtspital Triemli Zürich, Limmattalspital sowie die Spitäler von Affoltern, Horgen und Lachen vereint mit dem Ziel, eine optimale Betreuung von Frauen mit Brustkrebs in der Region „linkes Zürichseeufer und Limmattal“ zu gewährleisten. Auch die Zusammenarbeit mit den Zuweisern vor Ort, bei den präoperativen Abklärungen und bei der Nachsorge, ist ein Bestandteil dieses Netzwerkes.

Projekt EFQM

Seit 2005 orientiert sich das Spital Lachen am EFQM-Modell für Excellence (EFQM: European Foundation for Quality Management) und hat sich entsprechend dieser Systematik selbst bewertet. 2004/2005 setzten sich die Führungskräfte unseres Spitals mit dem EFQM-Modell auseinander und es wurde von der

Geschäftsleitung im Konsens mit den Abteilungsleitungen beschlossen, dass sich das Spital Lachen an diesem Excellence-Modell orientiert, da es besonders geeignet erschien, einen Rahmen für die Qualitätsaktivitäten zu schaffen.

Die weitere Entwicklung des Spitals wurde auch von den Ergebnissen dieser umfassenden Selbstbewertung nach EFQM abgeleitet. Wesentliche Konsequenzen waren die Weiterqualifizierung der Führungskräfte (15 Tage Schulung im Rahmen von themenzentrierten Kaderausbildungsanlässen an der Universität St. Gallen) und die strategische Ausrichtung des Spitals auf die Anforderungen der Zukunft — insbesondere die Vorbereitung auf die schweizweite Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups, landläufig: diagnosebasierte Fallpauschalen), die systematische Entwicklung und Überprüfung der Schlüsselprozesse im Spital mit dem Programm „Change Lachen“ sowie die intensive Entwicklung von Indikatoren zur Überprüfung der Ergebnisqualität.

Wir sind überzeugt, dass sich das EFQM-Modell sehr gut dazu eignet, die Entwicklung der Spital Lachen AG umfassend zu bewerten und die erforderlichen Aktivitäten daraus abzuleiten.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Kernstück des EFQM-Modells ist die kontinuierliche Verbesserung. Die Verbesserungen sollen unter Anwendung des PDCA-Zyklus – PLAN, DO, CHECK, ACT - realisiert werden.

In einem stetig sich wiederholenden Prozess ist die Spital Lachen AG bestrebt, sukzessive an Excellence zu gewinnen und damit die Mitarbeiter-, Patienten- und Zuweiserzufriedenheit, optimal zu ermöglichen. In einem ersten Schritt wird daher jeweils definiert, welche Ergebnisse bzw. Ziele erreicht werden sollen. Anschliessend wird überprüft, mit welchem methodischen Vorgehen die Umsetzung sichergestellt werden soll. Ist die Umsetzung vollzogen, wird das Vorgehen und die Umsetzung des Vorgehens bewertet und überprüft. Die daraus gewonnen Erkenntnisse werden dazu verwendet, weitere Verbesserungen zu identifizieren, zu priorisieren, zu planen und einzuführen. Der Prozess beginnt danach wieder von vorne. Durch dieses Vorgehen kann die Spital Lachen AG sukzessive an Excellence gewinnen und die Wettbewerbsfähigkeit nachhaltig stärken.

Warum braucht die Spital Lachen AG heute und in Zukunft ein Qualitätsmanagement (QM)?

Die Akteure im Spital Lachen setzten sich intensiv mit den kritischen Anforderungen ihrer verschiedenen Anspruchsgruppen auseinander. Die wichtigsten Kunden — Patienten, niedergelassene Ärzteschaft — hinterfragen Leistungen und Ergebnisse häufiger und intensiver und fordern Transparenz der Prozesse und Ergebnisse.

Im Rahmen unseres Leitbildes orientieren wir uns an den Leitsätzen:

- Motivierte Mitarbeitende
- Effektive Prozesse
- Begeisterte Kunden
- Ausgeglichene Finanzen

In den letzten Jahren konnten sich sowohl das Kaderpersonal als auch die Mitarbeitenden der Spital Lachen AG mit dem EFQM-Modell und dem dazugehörigen Bewertungssystematik und dem EFQM-Fachjargon vertraut machen.

Wir sind bestrebt, auf dieser Basis im Rahmen von kontinuierlichen Verbesserungsprozessen weiter an Excellence zu gewinnen. Durch regelmäßige weitere Selbstbewertungen kann unternehmensweit nachvollzogen werden, welche Verbesserungsprozesse wirkungsvoll waren. Das EFQM-Modell eignet sich hervorragend als Gesamtkonzept zur Weiterentwicklung des Unternehmens (u.a. auch die „Unternehmenskultur“). Damit ist das Spital Lachen ein aufstrebender „Gesundheitsverbesserungsbetrieb“ in der Ausserschwyz, der sich bei Vergleichen an den Besten der Branche zu orientieren gedenkt.

Ziel ist es, mit dem Initiieren von kontinuierlichen Verbesserungsprozessen den Anforderungen der verschiedenen Anspruchsgruppen gerecht zu werden und die Wettbewerbsfähigkeit nachhaltig zu stärken. Dazu haben wir uns verpflichtet!

B 3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010, Klinikbezogene Berichterstattung

Klinik für Innere Medizin

Leitung der Klinik: 2010 interimistisch Dr. Chr. Steffen, Dr. D. Aerne, Dr. M. Schelling

Personelle Verantwortlichkeiten:

Interimistisch wurde die Klinik für Innere Medizin von den drei Leitenden Ärzten gemeinsam geleitet. Durch eine klar geregelte Aufgaben- und Funktionsverteilung wurde der reibungslose Betrieb gewährleistet. Regelmässige Kaderrapporte sicherten transparente, kurze Kommunikationswege und bereiteten die Neuverteilung der Aufgaben nach der Interimsphase vor.

Klinik-, Instituts- und Bereichskonzept

Die verschiedenen Abteilungen arbeiten nach etablierten Konzepten bzw. haben diese im Verlauf des Jahres weiterentwickelt und für die Implementierung vorbereitet: Auf der Dialyse sind die Prozesse geklärt. Sie haben sich im 2010 bewährt. Details wurden angepasst. Im Hinblick auf den Ausbau der Dialyse bestehen damit optimale Voraussetzungen. Mit der Schaffung einer zusätzlichen Leitenden Stelle konnte die Kardiologie die Kapazitäten erweitern. Damit sind Grundlagen für die Weiterentwicklung des Abteilungskonzepts geschaffen. Die Gastroenterologie hat die Konzepte erfolgreich umgesetzt und konnte die Patientenzahlen nochmals steigern. Zusätzlich wurde ab August die Onkologie durch die Schaffung einer Leitenden Stelle strukturell neu gestaltet. Das Leistungsangebot kann daher für viele, in der Umgebung wohnenden Patienten deutlich verbessert werden. Ein Konsiliardienst für Endokrinologie wurde in Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Zürich geregelt und eingeführt.

Die Neuorganisation des interdisziplinären Notfalls wurde zusammen mit einer externen Beratungsgruppe geplant. Die Umsetzung, mit dem Ziel, die Patientenbetreuung zu verbessern, wird 2011 erfolgen.

Patiententherapiepläne

Die Prozesse für notfallmässige Eintritte und elektive Patientenaufnahmen sind standardisiert. Die Abklärungsalgorithmen sind für viele Eintrittsdiagnosen definiert (untere Atemwegsinfektionen, thromboembolische Ereignisse, akutes koronares Syndrom, Herzinsuffizienz, zerebrovaskuläres Ereignis, gastrointestinale Blutung, Haut- und Weichteilinfektionen, Harnwegsinfektionen, Status febrilis). Laboruntersuchungen werden gemäss der Laborweisung durchgeführt. Abklärungs- und Therapiealgorithmus für Peritonitis bei CAPD-Patienten sind definiert und das Hämodialyseverfahren folgt einem schriftlich vorgegebenen Standard. Antibiotische Therapien werden gemäss einer intern erarbeiteten Therapierichtlinie durchgeführt. Für Ernährungsfragen gibt es ein Manual, das als Leitfaden implementiert ist. Die Überarbeitung weiterer Abklärungs- und Therapieprozesse wird die weitere Standardisierung künftig absichern. Der Austrittsprozess und die Kommunikationsregeln mit den Hausärzten sind als Schnittstellen schriftlich definiert und geregelt.

Qualitäts-Screening

Tägliche Röntgen- und Klinikrapporte sowie die täglichen Visiten durch Kaderärzte stellen die Grundlage der Qualitätskontrolle dar. Regelmässige interprofessionelle Rapporte stehen für die Besprechung klinischer Fragen mit Pflegefachpersonen zur Verfügung.

Patientenbefragung

Alle Patienten werden zu ihrem Spitalaufenthalt befragt. Die eingehenden Stellungnahmen werden gemeinsam mit der Pflegedienstleitung ausgewertet. Alle nicht anonym eingehenden Rückmeldungen von Patienten werden persönlich beantwortet. Kritische Rückmeldungen werden mit einem individuellen Schreiben beantwortet. Dabei wird auf den Wert von Kritik für die kontinuierliche Verbesserung der Patientenbetreuung speziell hingewiesen. Patienten sollen durch diese Massnahme eine Stärkung ihrer Rolle erfahren. Die Rückmeldungen sind überwiegend positiv.

Qualitätszirkel

Es findet ein- bis zweimal jährlich ein Qualitätszirkel mit den Hausärzten statt.

Einmal wöchentlich findet ein Treffen mit allen ärztlichen Mitarbeitenden statt, das niederschwellig die Möglichkeit für Kritik und Anregungen bietet.

Die Nephrologie ist zur Qualitätskontrolle einem multizentrischen, überregionalen Netzwerk angeschlossen.

Anonymisierte Daten werden erfasst und für die Qualitätsentwicklung und Kostenkontrolle verglichen. Die Kardiologie unterhält Beziehungen im Sinne eines Netzwerkes mit den Kardiologen und Kardiochirurgen der Klinik im Park und am Universitätsspital Zürich. Komplexe diagnostische Fragestellungen und therapeutische Konzepte werden fallbezogen gemeinsam besprochen, um die Qualität der Patientenbetreuung zu sichern und dokumentieren.

Analog dazu bestehen Beziehungen zur Gastroenterologie und Hepatologie am Universitätsspital Zürich. Besprechung von Fällen und Planung komplexer Behandlungen optimieren die Betreuungsqualität auch in diesem Fachgebiet.

Für die Betreuung onkologischer Patienten werden regelmässig interne, interdisziplinäre Kolloquien abgehalten. Als weitere Qualitätskontrolle werden alle Autopsieresultate gemeinsam besprochen.

Kundenorientierung (Zuweiser, Staat, Versicherer, kooperierende Spitäler, Einweiser)

Neben den regelmässigen Qualitätszirkelveranstaltungen mit den Hausärzten finden regelmässige Weiterbildungsveranstaltungen statt. Die Kommunikation mit den Hausärzten und anderen Zuweisern ist schriftlich geregelt, wird kommuniziert und im Alltag konsequent umgesetzt. Austrittsberichte werden in vielen Fällen den Patienten am Austrittstag bereits mitgegeben. Die Kontinuität in der Behandlungskette wird damit verbessert. Der Informationsfluss im Netzwerk mit den Zuweisern ist gewährleistet.

Patientenorientierung

Der Einhaltung der Händehygiene wird im klinischen Alltag grosse Bedeutung beigemessen. Allen Mitarbeitenden mit Patientenkontakt stehen Kittelflaschen mit Händedesinfektionsmittel zur Verfügung. Alle Patienten werden zu ihrem Spitalaufenthalt befragt. Die Resultate der Befragung werden zur kontinuierlichen Überprüfung und Verbesserung der Qualität ausgewertet. Der Ernährung wird während der Hospitalisation speziell Beachtung geschenkt. Alle Patienten werden bei Ernährungsproblemen individuell beraten und erhalten eine entsprechende Spezialkost. Durch den Sozialdienst wird die zeitgerechte Planung für die poststationäre Betreuung der Patienten sichergestellt. Die Betreuung der Patienten ist damit kontinuierlich über den Austritt hinaus geplant und gewährleistet. Allen Mitarbeitenden wird die Grippeimpfung empfohlen und kostenlos verabreicht.

Mitarbeiterorientierung

Mitarbeitende haben neben dem regelmässigen internen Weiterbildungsangebot zusätzlich die Möglichkeit, an externen Weiterbildungsveranstaltungen teilzunehmen mit dem Ziel, die Befähigung zur täglichen klinischen Arbeit speziell zu entwickeln. Mitarbeitergespräche für Ärzte in Weiterbildung werden in 3-monatlichen Abständen durchgeführt und dienen als Führungsinstrument zur Optimierung der ärztlichen Weiterbildung. Gezielte praktische Ausbildung findet im Rahmen der Mini-CEX-Programme in Zusammenarbeit mit der Universität Bern statt. Regelmässige FMH-Befragungen der Assistenzärzte orientieren über die Qualität der ärztlichen Ausbildung und stellen die Grundlage für Verbesserungen dar. Jährliche Kommunikationskurse stellen die Qualität in der Kommunikation sowohl gegenüber von Patienten und Angehörigen wie auch innerhalb des Spitals sicher. Einmal monatlich findet eine durch einen externen Experten begleitete Visite zur Ausbildung in Ethikfragen statt.

Die Personalkommission (PEKO) bietet individuelle Beratung, Hilfe und Unterstützung an.

Führungsseminare wurden von allen Führungskräften an der Hochschule St. Gallen besucht. Es wurden moderne, auf Vertrauen und Verbindlichkeit basierende Führungsmethoden vermittelt, welche für die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit implementiert werden.

Prozessoptimierung

Prozessoptimierungen wurden durch Schnittstellenklärung (Austrittsmanagement, Berichtswesen, Visitenpläne) umgesetzt. Eine kontinuierliche Analyse des Bedarfs an weiteren Verbesserungen ist in Gang. Die Planung zur Erarbeitung von organisatorischen und medizinisch/pflegerischen Standards (Weissbuch) ist in Gang gesetzt. Externe Standards können übernommen und implementiert werden (Basler Notfallstandards). Die Einführung des Klinikinformatiksystems wurde 2010 weiter entwickelt und steht kurz vor der flächendeckenden Einführung und Inbetriebnahme.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Die Kultur der Fehlererkennung und -benennung wird gelebt. Ein CIRS ist implementiert. Es finden regelmässige Meetings zur Evaluation von CIRS-Meldungen und Besprechung von Korrekturmassnahmen statt.

Klinik für Chirurgie

Leitung der Klinik: Dr. med. Jürg Knaus, Chefarzt Chirurgie

Personelle Verantwortlichkeiten

Die administrative Klinikführung obliegt dem Chefarzt. Im Bereich Orthopädie liegt die fachliche Verantwortlichkeit bei den Leitenden Fachärzten. Der Spezialbereich Bariatrische Chirurgie/Adipositaschirurgie wird vom Leitenden Arzt Dr. Peter Nussbaumer betreut.

Klinikkonzept

In der Klinik für Chirurgie werden alle Patienten mit chirurgischen Erkrankungen ambulant oder stationär behandelt. Die fachliche Kompetenz in den Bereichen Allgemein-Viszeral-Gefäss-Thoraxchirurgie sowie Orthopädie-Unfallchirurgie werden von spitaleigenen Fachärzten mit einem Team von drei Oberärzten und neun Assistenten *rund um die Uhr* sicher gestellt. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit Belegärzten im Bereich Urologie, Ohren-Nasen-Hals, Gesichts-Kieferchirurgie sowie Augenkrankheiten, welche konsiliarisch beigezogen werden bzw. sie übernehmen bei Bedarf die fachliche Betreuung von Patienten. Daneben werden von genannten Belegärzten Patienten zugewiesen und stationär betreut. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Zürcher Zentrumsspitalern (Balgrist, Universitätsspital, Triemli) sowie Schulthess-Klinik bei Notwendigkeit der Verlegung zur weiteren fachlichen Betreuung. Parallel zu dieser Kette werden Patienten selbständig durch weitere externe Belegärzte (etzelclinic, Pfäffikon), mit Unterstützung der Klinikstruktur, behandelt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Hause ist garantiert.

Zu den bestehenden Kompetenzen (<http://www.spital-lachen.ch/Leistungsangebot.470.0.html>) wurden 2010 folgende Leistungen zusätzlich ausgebaut bzw. konsolidiert:

- Bariatrische Chirurgie (Ziel: Kompetenzzentrum)
- Endovaskuläre Gefässchirurgie insbesondere der Aorta
- Hüftarthroskopie

Patiententherapiepläne

Patiententherapiepläne sind in den Klinikrichtlinien und Pflegeschemen dokumentiert und werden periodisch überarbeitet. Dies gilt für alle Fachbereiche, gleichsam ob spitalintern oder –extern (Belegärzte).

Qualitäts-Screening

Die Klinik ist der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC) und der Gefässdatenbank SWISS-Vasc angeschlossen. Hierbei erfolgt auch ein Benchmarking innerhalb der genannten Qualitätstools mit angeschlossenen Kliniken und wird in jährlichen Auswertungen zur Verfügung gestellt. Die Überwachung der Infektionsstatistik einiger Tracerdiagnosen (Leistenbrüche, Dickdarmoperationen) erfolgt durch die SWISS-Noso.

Tägliche Röntgen- und Klinikrapporte sowie fachärztliche Visiten stellen die Grundlage der Qualitätskontrolle dar. Die kontinuierliche Fortbildung der Fachärzte wird durch die Fachgesellschaften konzeptual festgelegt und auch regelmässig überwacht.

In regelmässigen interprofessionellen Rapporten mit den Pflegenden werden Probleme angesprochen und Verbesserungsmassnahmen schriftlich dokumentiert sowie eingeleitet und deren Umsetzung auch überwacht.

Patienten mit einer implantierten Gelenksprothese werden nach 2 und 12 Monaten klinisch und radiologisch fachärztlich nachkontrolliert. Danach werden weitere Kontrollen nach 5 und 10 Jahren postoperativ vorgemerkt und die Patienten aufgeboten. Diese systematischen Nachkontrollen werden seit 2002 durchgeführt.

Patientenbefragung

Alle Patienten werden zu ihrem Spitalaufenthalt befragt. Die eingehenden Stellungnahmen werden gemeinsam mit der Pflegedienstleitung ausgewertet. Alle nicht anonym eingehenden Rückmeldungen von Patienten werden persönlich beantwortet. Kritische Rückmeldungen werden mit einem individuellen Schreiben beantwortet. Dabei wird auf den Wert von Kritik für die kontinuierliche Verbesserung der Patientenbetreuung speziell hingewiesen. Patienten sollen durch diese Massnahme eine Stärkung ihrer Rolle erfahren. Bei einer Rücklaufquote um 25% waren über 95% sehr zufrieden.

Qualitätszirkel

Zweimal jährlich findet ein Qualitätszirkel mit den zuweisenden Grundversorgern statt. Dabei werden fachliche und organisatorische Fragen angesprochen und umgesetzt. Aus diesen Treffen wurde eine schriftliche Vereinbarung zur Kommunikation und Zusammenarbeit erarbeitet. Es wurden gemeinsame Standards in der präoperativen Abklärung festgelegt, damit Doppelspurig-weiten und Mehrkosten verhindert werden können.

Mehrmals jährlich finden überregionale Veranstaltungen zu Fallvorstellungen im Bereich der Traumatologie statt, welche von den Fachärzten besucht werden (Innerschweizer Traumazirkel).

Kundenorientierung

Neben den Qualitätszirkeln erfolgen regelmässige Fortbildungsveranstaltungen mit den angeschlossenen Grundversorgern und Spezialisten, wo ein intensiver, fachlicher aber auch informeller Austausch stattfindet.

Patientenorientierung

Mit der personellen Verstärkung des Fachbereichs Orthopädie (Dr. Rüdiger Weihe) konnten die Kompetenzen sowohl gefestigt als auch ausgebaut und Wartezeiten verkürzt werden. Stärkung der Kompetenzen auf dem Bereich Onkologie durch wöchentliche interdisziplinäre Besprechungen mit Onkologen, Radiologen und Klinikern aller Fachrichtungen im Hause.

Mitarbeiterorientierung

Die Weiterbildung der Assistenten und Oberärzte wird in einem Weiterbildungskonzept schriftlich geregelt. Regelmässige Überprüfung des Weiterbildungsstandes erfolgt durch Qualifikationsgespräche und strukturierte Evaluation (CEX-DOPS). Hierbei werden die fachlichen Kompetenzen durch regelmässige formelle Beurteilung *im klinischen Alltag* überprüft. Die Sammlung dieser Beurteilungen führt zu einer Auswertung des Instituts für Ausbildungsforschung in Bern, welche die individuelle Entwicklung in den fachlichen Dimensionen dokumentiert. Jährlich wiederholend wird auch die Qualität der Weiterbildungsstätte durch die Mitarbeitenden, anhand einer anonymisierten Umfrage der Schweizer Ärztesgesellschaft, beurteilt.

Alle Fachkader der Klinik haben die spitaleigene Führungsweiterbildung der Universität St. Gallen besucht und im Jahre 2010 mit einem Diplom abgeschlossen.

Frauenklinik

Leitung der Klinik: Dr. med. D. Burger, Chefarzt

Klinik-, Institutions- und Bereichskonzept

Im Wesentlichen deckt die Frauenklinik die zwei Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe ab. Alle Kaderärzte, das heisst Chefarzt, Leitender Arzt und 3 Oberärztinnen, z. T. im Teilzeitpensum, decken beide Bereiche ab. Schwerpunktmässig wird der Bereich Pränataldiagnostik von Dr. Rittmann, Leitender Arzt, betreut. In der Onkologie bzw. Senologie obliegt die Betreuung der Patientinnen vor allem Frau Dr. Beck und Dr. Burger. Die Urogynäkologie wird schwerpunktmässig von Frau Dr. Amstad betreut und die Sterilität bzw. Endokrinologie wird durch Dr. Amstad und Dr. Duran abgedeckt. In allen Bereichen gibt es klare Richtlinien, die in einem Handbuch bzw. auf dem Intranet abgelegt sind. Zudem besuchen die Schwerpunktverantwortlichen regelmässig Fortbildungen zu den Themen. Durch die neue Organisation des interdisziplinären Notfalles wird der gynäkologische Notfall dort ebenfalls integriert.

Patiententherapiepläne

Die Prozesse sind weitgehend im Handbuch bzw. auf dem Intranet standardisiert. Antibiotische Therapien werden gemäss einer intern erarbeitenden Therapierichtlinie durchgeführt. Der Austrittsprozess und die Kommunikationsregeln mit den Hausärzten sind schriftlich definiert und geregelt.

Qualitätsscreening

An den Klinikrapporten, welche zweimal täglich durchgeführt werden, werden sämtliche Patientinnen im Team besprochen, dies stellt die Grundlage der Qualitätskontrolle dar. Bezüglich Bildgebung findet wöchentlich ein Röntgenrapport statt. Dort werden unter anderem sämtliche Bildgebungen der Brust (Mammographie, Sonographie und MR) interdisziplinär besprochen. Sämtliche stationären Patientinnen werden in der ASF Statistik erfasst. Diese erlaubt einen umfassenden Überblick über diverse Qualitätsparameter, im Benchmark-Vergleich mit anderen Kliniken.

Pränataldiagnostik

Zwei Kaderärzte sind zertifiziert für die Durchführung von Ersttrimestertests. Die Qualitätssicherung erfolgt über die FMF Deutschland.

Senologie

Das Spital Lachen partizipiert an der eidgenössischen MIBB Datenbank. Hier werden sämtliche ultraschallgesteuerten Vakuumbiopsien der Brust erfasst. Alle Brustkrebspatientinnen werden am interdisziplinären Tumorboard des BKPs (Brustknotenpunkt) im Stadtspital Triemli Zürich besprochen. Die Daten werden in einer Datenbank gepoolt.

Nosokomiale Infekte

Das Spital Lachen partizipiert mit dem Tracer Sectio an der Swiss Noso Studie.

Geburtshilfe

Das Spital Lachen ist seit einigen Jahren als stillfreundliche Klinik Unicef zertifiziert. Hier erfolgen in regelmässigen Abständen Reevaluationen.

Patientenbefragung

Alle Patientinnen werden zu ihrem Spitalaufenthalt befragt. Die eingehenden Stellungnahmen werden gemeinsam mit der Pflegedienstleitung ausgewertet. Alle nicht anonym eingehenden Rückmeldungen werden persönlich beantwortet. Die Rückmeldungen sind überwiegend positiv. Im Jahr 2010 haben 97% der Patientinnen bezüglich Zufriedenheit mit sehr gut und/oder gut geantwortet.

Qualitätszirkel

Es findet ein- bis zweimal jährlich ein Qualitätszirkel mit den Hausärzten statt.

Der Leiter der Frauenklinik hat vor 5 Jahren einen überregionalen Qualitätszirkel für Fachärzte gegründet (Gyni-Club Oberer Zürichsee). Hier treffen sich Fachärzte zweimal pro Jahr zu einem Fachreferat mit Referenten aus dem In- und Ausland, mit der Möglichkeit von anschliessenden Fallbesprechungen.

Es finden auch regelmässige Treffen mit den Belegärzten statt, zur Optimierung von Schnittstellen und für Problembesprechungen.

Kundenorientierung

Weiterbildungsveranstaltungen für Hausärzte und Zuweiser werden spitalintern organisiert und durchgeführt. Es finden auch regelmässig Gespräche mit den Fachspezialisten der umliegenden Spitäler statt, zur Evaluation von allfälligen Kooperationsmöglichkeiten.

Patientenorientierung

Spitalinterne Befragung der Patientinnen bei Austritt (siehe oben).

Anlässlich der Informationsabende für werdende Eltern wird ein Feedback Formular verteilt. Anhand dieser Rückmeldungen wird der Prozess „Infoabend“ laufend optimiert.

In der Geburtshilfe wird grosser Wert auf eine individualisierte Geburtshilfe gelegt. Die Gebärenden und ihre Partner werden ermutigt, ihre Bedürfnisse im Vorfeld zu verbalisieren, damit auf Wünsche eingegangen werden kann.

Mitarbeiterorientierung

Die Assistenz- und Oberärzte erfahren eine gezielte Förderung bezüglich Weiterbildung, indem sie Kurse und Kongresse besuchen können, die auch finanziert werden. Wöchentlich gibt es eine klinikinterne Fortbildung.

Mitarbeitergespräche für Ärzte in Weiterbildung werden in 6-monatlichen Abständen durchgeführt und dienen als Führungsinstrument zur Optimierung der ärztlichen Weiterbildung. Einmal pro Jahr werden die FMH-Formulare ausgefüllt und mit den Ärzten in Weiterbildung besprochen.

Regelmässige FMH-Befragungen der Assistenzärzte orientieren über die Qualität der ärztlichen Ausbildung und stellen die Grundlage für Verbesserungen dar.

Prozessoptimierung

Als Grundlage der Prozesse dient das Handbuch Richtlinien und Weisungen der Frauenklinik. Hier werden Anpassungen kontinuierlich vorgenommen.

Die Einführung des Klinikinformationssystems wurde 2010 weiterentwickelt und steht kurz vor der flächendeckenden Einführung und in Betriebnahme (KIS).

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Die Kultur- und Fehlererkennung und Benennung wird gelebt. Ein CIRS ist spitalweit implementiert. Es finden regelmässige Sitzungen zur Evaluation von Meldungen und Besprechungen von Korrekturmassnahmen durch das Review-Team statt.

Institut für Radiologie

Leitung des Instituts: Prof. Dr. med. Johann Link, Chefarzt

Die personelle Gesamtverantwortung obliegt dem Leiter des Instituts für Radiologie. Ihm unterstellt sind zwei leitende Ärztinnen und eine Assistenzärztin in Ausbildung zur Fachärztin Radiologie. Die Leitende Ärztin, Frau Dr. med. B. Andresen, war im Jahre 2010 verantwortlich für die Durchführung des Qualitätszirkels im Institut.

Des Weiteren sind der leitende MTRA und dessen Stv. für alle Mitarbeitenden des nichtärztlichen Personals (MTRA / Sekretariat / Disposition) verantwortlich.

Zwei MTRAS sind in spezieller Funktion verantwortlich für die Standardisierung der Untersuchungsprotokolle, des Workflows und der Qualitätssicherung an den Schnittbildgeräten (CT und MRI).

Institutskonzept

Dokumentation, Strukturmerkmale, Konzepte

Das Institut für Radiologie ist so strukturiert, dass grundsätzlich nach dem „4-Augen-Prinzip“ gearbeitet wird. So werden sämtliche Rapporte für die Kliniker immer im Plenum der Radiologen vorbereitet und vorgesprochen. Speziell bei der Mammographie wurde im RIS (Radiologie-Informationssystem) das „double-reading“ hinterlegt, sodass der definitive Befund nur dann als validiert gilt, wenn zwei Radiologen ihn bestätigt haben. Des Weiteren wird dafür gesorgt, dass der Wissensstand und die Fertigkeiten sowohl der Ärzte als auch der Fachleute für med. Radiologie (MTRA) durch kontinuierliche Fachfortbildungen gewährleistet werden.

Patiententherapiepläne

Dokumentation, Patientent Untersuchungspläne, Radiologische Leistungen

Für alle im Institut für Radiologie durchgeführten Untersuchungen gibt es standardisierte Untersuchungsabläufe, welche entweder in schriftlicher Form (Ordner) vorliegen oder als Untersuchungsprotokolle auf den einzelnen Modalitäten (CT / MRI) neu überarbeitet und elektronisch hinterlegt wurden. Der Hygieneordner liegt elektronisch im Info-Ordner des Spitals vor. Die radiologischen Leistungen werden konsequent im RIS erfasst und dokumentiert. Dies beinhaltet auch die Strahlendosis bei dosisintensivem Röntgen, bei Durchleuchtungsuntersuchungen und beim CT.

Qualitäts-Screening

Peer Review-Verfahren, Indikationsspezifischer Untersuchungskatalog

Im Dezember 2010 wurde ein AUDIT mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zum Thema „Strahlenschutz / Dosisreferenzwerte am CT“ durchgeführt. Dabei wurde festgestellt, dass wir am Institut für Radiologie grösstenteils deutlich unterhalb der diagnostischen Referenzwerte für CT-Untersuchungen liegen. Ebenso wurde bescheinigt, dass das Bewusstsein im Umgang mit dem Strahlenschutz sehr ausgeprägt sei. Der ausführliche AUDIT-BERICHT kann mitgeschickt werden.

Patientenbefragung

Patientenfragebogen, Zufriedenheit, Ergebnisse

Es besteht ein enger Kontakt mit den Zuweisern auf persönlicher Ebene in Form von persönlichen Treffen mit Einzelgesprächen und auch bei Hausarztfortbildungsveranstaltungen.

Qualitätszirkel

Klinikintern, klinikübergreifend

Im Jahre 2010 wurde jeweils am Freitagmorgen zwischen 7.30 h und 8.00 h der Qualitätszirkel, unter der Leitung von Fr. Dr. B. Andresen, durchgeführt. Daraus entstanden die überarbeiteten Ordner der Untersuchungsabläufe oder deren Untersuchungsprotokolle.

Der Protokollordner für die Computertomografie wurde in Verantwortung von MTRA A. Liebing im Jahre 2010 auf das neue CT-Gerät angepasst und umgesetzt.

Der Protokollordner für MRI-Untersuchungen wurde im Jahre 2010 von MTRA C. Kunnathettu verfeinert und den Bedürfnissen entsprechend aktualisiert.

Kundenorientierung (Zuweiser, Versicherer, kooperierende Spitäler, Behörden)

Welche(r) Grundpfeiler für die Qualitätssteuerung wurde(n) im Institut während des Jahres 2010 schwerpunktmässig wie verbessert?

Es wurde eine teleradiologische Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Luzern ins Leben gerufen. Hierbei wurde genau festgelegt, wie der Arbeitsprozess abzulaufen hat und welches Ausfallkonzept besteht, wenn die teleradiologische Verbindung einmal aus technischer Sicht nicht funktionieren sollte. Diese Zusammenarbeit hat sich als sehr hilfreich und auf gutem Qualitätsniveau etabliert.

Des Weiteren wurde der Ablauf bei der Verteilung der Bilddaten mittels Patienten-CD an die externen Zuweiser und Kunden verfeinert und angepasst. Auch wurden neu im Jahr 2010, auf Wunsch einzelner Zuweiser, Spezialbilder auf Hochglanzpapier mit den pathologischen Veränderungen ausgedruckt und dem Befund beigelegt.

Patientenorientierung

Ärztliche Befunderhebung

Patientenbezogene Assessmentinstrumente

Klinische Parameter, Risikofaktoren, wesentliche Outcome-Parameter.

Im Jahre 2010 wurden alle in der Radiologie stattgefundenen Interventionen am Gefässsystem im BQS-System erfasst. Hierbei handelt es sich um ein Instrument der Erfolgsmessung und des Benchmarking mit anderen Spitälern oder Instituten, die ebenfalls an der Erfassung teilnehmen.

Mitarbeiterorientierung

Die Mitarbeiterorientierung wird insbesondere durch folgende Punkte geprägt:

- Zielgerichtetes Führungsverhalten
- Kenntnisse moderner Personalführung
- Förderung von Verbesserungsprozessen im Sinne des PDCA
- Anerkennung der Anstrengungen und Erfolge der Mitarbeitenden
- Förderung der Kompetenzen
- vertrauensvolle Kommunikation

Im Jahre 2010 wurden monatlich Teamsitzungen durchgeführt. Verantwortlich hierfür ist der Leitende MTRA, der das ganze Personal des Instituts für Radiologie über alle relevanten Neuerungen innerhalb der Abteilung orientiert. Ebenso berichtet er über die strategischen Entscheide der Geschäftsführung und orientiert seine Mitarbeitenden über Fuhrungsrichtlinien und Prozessoptimierungen. Dabei wird jeweils ein Protokoll erstellt, welches im Teamordner aufbewahrt wird und somit auch den nicht Anwesenden zu Verfügung steht.

Im Jahre 2010 wurde ein neues Instrument zur Mitarbeiterbeurteilung eingeführt. Alle MTRA-Mitarbeitenden wurden vom Leiter des Instituts (Prof. Dr. med. J. Link) und/oder dem Leitenden MTRA (Herr Michael Mantik) zum Beurteilungsgesprach eingeladen. Dabei wurde auch das Vorgesetzten-Feedback-Formular von allen Mitarbeitenden entgegengenommen und besprochen (bottom up Feedback).

Prozessoptimierung:

Durchführung interner Kooperationen, Qualitätsmanagement

Am Institut für Radiologie werden alle erbrachten ärztlichen und technischen Leistungen systemisch im RIS erfasst. Die Administration und Kontrolle desselben obliegt dem Leitenden MTRA und dessen Stv.

Hierbei werden Kooperationen mit der Buchhaltung (Leistungsmeldungen/ Patientenadministration) und dem Berichtswesen (Befundübermittlung) koordiniert.

Des Weiteren wurden im Jahr 2010 Aufklarungsformulare und Nachbehandlungsschematas neu überarbeitet oder entworfen, um eine bessere Aufklärung der Patienten und Nachbehandlung zu erzielen.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:

Fehler erkennen, Massnahmen zur Fehlerbeseitigung definieren, betriebliche Prozesse ständig verbessern. Durchführen von Teamsitzungen für interne Angelegenheiten.

Teilnahme des Leitenden MTRA an Stationsleitersitzungen, um betriebliche Prozesse gemeinsam zu erfassen und anzupassen (1 x monatlich).

Institut für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin

Leitung des Instituts: Dr. med. Andreas Hirlinger, Chefarzt

Personelle Verantwortlichkeiten

Das Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin wird durch den Chefarzt, Dr. med. A. Hirlinger, geleitet.

Zusammen mit der Leitenden Ärztin, Frau Dr. med. A. Stauffacher, werden am Spital Lachen eine Intensivstation, die Anästhesie sowie die notärztliche Betreuung des Rettungsdienstes für die Bezirke March und Höfe organisiert. Dr. Th. Wolf ist primär verantwortlich für die am Spital Lachen ambulant, auf Zuweisung der Hausärzte, durchgeführte Schmerztherapie. Die am Institut für Anästhesiologie arbeitenden Ärzte sind alles Fachärzte. Im Rahmen von regelmässig stattfindenden Arzt-Rapporten und den beim kleinen Team bestehenden kurzen Kommunikationswegen, sind lösungsorientiertes Angehen von sowohl organisatorischen wie auch medizinischen Problemen ohne Schwierigkeiten formell wie auch informell möglich.

Klinik-, Instituts- und Bereichskonzept

Das Organisationskonzept des Instituts für Anästhesiologie und Intensivmedizin richtet sich an der täglich notwendigen perioperativen medizinischen Betreuung, der am Spital Lachen operierten Patienten.

Ausserdem wird die intensivmedizinische Betreuung von schwer erkrankten Patienten durch die Intensivmediziner des Instituts während 24h das ganze Jahr über sichergestellt. Die ärztliche Betreuung der Patienten auf der Intensivstation ist entsprechend den Vorgaben der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin umgesetzt. Die Ärzte des Instituts stehen ausserdem für die präklinische Versorgung von akut- und lebensbedrohlich erkrankten Patienten, in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst und der Notfallorganisation 144, jederzeit zur Verfügung. Dies wird täglich durch einen 24h-Notarzteinsatzdienst (innerhalb von 5 Minuten einsatzbereit), gewährleistet.

Ausserdem wird mit unserem Dienst und dem umgesetzten Picket-System im Kerngeschäft Anästhesie die Betreuung und Behandlung abgedeckt bei: Notfalloperationen, Patienten mit schwerwiegenden Problemen und lebensbedrohlichen Erkrankungen, Notfällen auf der Notfallstation, Patienten, welche lebenserhaltende Massnahmen, akute Schmerztherapie, Sedation oder sonstigen anästhesiologischen Support benötigen.

Qualitäts-Screening

Die täglich zweimal auf der Abteilung durchgeführten Schmerzvisiten stellen die Grundlage einer guten perioperativen Schmerztherapie bei stationär operierten Patienten dar. Alle stationären Patienten werden am ersten postoperativen Tag durch die Anästhesisten visitiert und etwaige Probleme beim Patienten oder falls notwendig, in den regelmässig durchgeführten Team- Konferenzen besprochen. Patienten auf der Intensivstation werden jeweils vor der grossen Morgenvisite zusammen mit den Operateuren diskutiert und die entsprechend notwendigen Therapieanpassungen vorgenommen. Die von der FMH verlangten Fort- und Weiterbildungen werden besucht und regelmässig evaluiert. Anlässlich der Patientenvisiten werden pflegerische Probleme direkt mit den beteiligten Pflegepersonen diskutiert und entsprechende Schlussfolgerungen umgesetzt.

Patientenbefragung

Die Patienten werden unmittelbar nach einer durchgeführten Operation oder Intervention im Aufwachraum konsultiert. Am ersten postoperativen Tag werden die Patienten besucht und nach ihrem Befinden und dem anästhesierelevanten Krankheitsverlauf befragt. Patienten, welche vom Schmerzteam betreut werden, werden täglich zweimal visitiert und die gewonnenen Erkenntnisse über Befinden und Verlauf sowie die notwendigen Therapieanpassungen werden notiert und am gemeinsamen Institutsrapport besprochen. Die Rückmeldungen der Patienten sind überwiegend positiv und bestärken uns, den direkten Patientenkontakt weiterhin zu pflegen. Die von den Kliniken durchgeführten Patientenbefragungen werden bei anästhesierelevanten Äusserungen gemeldet und als Folge davon wird der direkte Patienten-Kontakt gesucht. Anästhesiekritische Äusserungen im Patienten Fragebogen sind sehr selten.

Prozessoptimierung

Prozessoptimierungen werden laufend im Sinne einer RADAR- Kontrolle angepasst. Eine kontinuierliche Prozessanalyse wird mit den Verantwortlichen besprochen und definierte Anpassungen sind im Gang. Zu den für unser Institut wichtigsten Prozessen gehören die präoperative Patientenabklärung, der Schlüsselprozess OP wie auch die Visiten und Therapien und Verordnungen auf der Intensivstation. Der ambulante Schmerzdienst wird durch eine intensive Zusammenarbeit mit der Tagesklinik und der Aufwachraumstation als Prozess wahrgenommen und gelebt.

Berichterstattung der Pflege über die Qualität im Jahre 2010: Pflegedienst inkl. Paramedizin

Leitung: Hildegard Boj, Leitung Pflegedienst

Klinik-, Instituts- und Bereichskonzept

Die Arbeitsgruppe Pflegeentwicklung verfolgte 2010 folgende Inhalte:

- Förderung der Handlungskompetenz im Bereich Dokumentation und Pflegediagnostik
- Schulung und Beratung bei der Umsetzung des Qualitätsstandards Pflegevisite
- Entwicklung der Praxis durch die Erstellung gewisser Pflegerichtlinien (z.B. Pflege von Patienten mit Hemiplegie)
- Integration und Anwendung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis (z.B. Schluck-Screening)
- Beratung und Schulung von dipl. Pflegefachpersonen in der Praxis
- Durchführung interner Fortbildungen und Fallbesprechungen (Dekubitus, Sturz)

Auch im Jahr 2010 wurden die Handlungsanweisungen im Bereich der Pflegestandards weiter aktualisiert und präzisiert. Auf den Bettenstationen basierten die angebotenen Pflegeinterventionen auf der Erhebung und Evaluation des Pflegebedarfes anhand des pflegediagnostischen Prozesses.

In der Tagesklinik wurden Konzepte im Bereich der Struktur- und Prozessqualität entwickelt. Neben der Überarbeitung vom Wundkonzept wurde auch die Wunddokumentation in die Pflegeanamnese integriert. Zudem sichern Überwachungsblätter (Endoskopie und Katarakt-OP) und das Dokument „Überweisungsrapport“ die Prozessqualität.

Im Bereich der Paramedizin wurden die Zuständigkeiten neu definiert. Das Angebot für Patienten mit Diabetes ist durch das Programm „Diafit“ (Bewegungsgruppe) erweitert worden. Die abteilungsübergreifende Implementierung eines elektronischen Menüwahlsystems konnte bewerkstelligt werden.

Patiententherapiepläne

Pflegeinterventionen genier(t)en sich sowohl aus (ärztlich verordneten) Therapieplänen als auch aus den Pflegeklassifikationssystemen NANDA, NOC und NIC.

In den Bettenstationen können Patienten ihre Meinung zum Spitalaufenthalt auf Patientenumfragebögen dokumentieren. Die Ursache von Patientenunzufriedenheit sind oft Schnittstellenprobleme wie z.B. fehlende oder ungenügende Kommunikation von ärztlicher und therapeutischer Seite.

Durch die Definition von Betreuungs- und Ablaufschemata konnten die Behandlungsinhalte und –wege für Patienten der Onkologie verbessert werden.

Ebenso wurden die Patiententherapiepläne des paramedizinischen Bereiches (u.a. Ernährungstherapieformular) aktualisiert.

Qualitäts-Screening

Mitarbeitende der Arbeitsgruppe Pflegeentwicklung führen sporadisch in ihren Abteilungen Qualitäts-Screenings (z.B. im Bereich Pflegediagnostik, Dokumentation, Schmerzerfassung, Einhaltung vom Qualitätsstandard Pflegevisite) durch. Die Resultate werden kommuniziert und Massnahmen werden bestimmt. Mitarbeitende erhalten zielorientierte Praxisberatungseinheiten durch die Arbeitsgruppen-Verantwortlichen.

Bereichs- und professionsübergreifende Arbeitsgruppen fördern die Qualitätsentwicklung in spezifischen Foren; z.B. Arbeitsgruppe „Geräte-, Hygieneverantwortliche“ und „Hygienekommission“, „Wundmanagement“, Ernährungsgruppe etc.

Im Bereich der Tagesklinik wurde die Patientenzufriedenheit gemessen. Bei negativen Rückmeldungen wird gezielt mit den betroffenen Patienten nach Lösungen gesucht.

Der paramedizinische Bereich Diabetesberatung führte Fallbesprechungen mit Prof. Lehmann (Endokrinologe) vom USZ durch.

Qualitätszirkel

Das CIRS-Review-Team trifft sich monatlich, um kritische Ereignisse zu kommentieren und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Eine sog. Bobath-Gruppe hat eine Richtlinie zur Pflege von Patienten mit Hemiplegie erstellt. Im Rahmen des Benchmarking werden die Infektionsraten (SwissNoso) erfasst und kommuniziert. Seitens der Tagesklinik besteht eine Arbeitsgruppe Ultraschall für zuweisende Ärzte.

Kundenorientierung (Zuweiser, Staat, Versicherer, kooperierende Spitäler, Einweiser)

Seit 2010 erhält der Hausarzt jeweils eine Kopie der Physiotherapieberichte.
Das Therapieangebot konnte durch logopädische Interventionen erweitert werden.

Patientenorientierung

Hier ist u.a. (siehe oben) die Erfassung und Prävention der Sturz- und Dekubitus-Inzidenz zu nennen. Die überarbeiteten Einverständniserklärungen für den endoskopischen Bereich versprechen mehr Patientenorientierung.

Mitarbeiterorientierung

War von Seiten der Führung Bettenstation schon immer vorhanden, hatte jedoch einen anderen Stellenwert: Erst durch Einführung des neuen Mitarbeiter-Beurteilungs-Formulars soll die Mitarbeiterorientierung einen höheren Stellenwert bekommen.
Die Kaderworkshops der Universität St. Gallen, im Bereich Management, erhöhen die individuelle Qualifikation der Mitarbeitenden und die persönliche Handlungskompetenz.
Die Arbeitsgruppe Pflegeentwicklung hat ein neues Leitbild für die Pflege erstellt, welches auf der Homepage einsehbar ist und 2011 implementiert werden soll.

Prozessoptimierung

Homepage: Anpassungen verschiedener Anmeldeformulare für die Tagesklinik. Die Planung in den Bereichen Angiologie, Endoskopie, Kardiologie und Chirurgie der Tagesklinik wird jetzt elektronisch vorgenommen. Durch die Einführung sog. „gelber Meldezettel“ im Notfall wird der Informationsaustausch zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Bereich verbessert.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Die Fehler- und Lernkultur sollte verbessert werden; hier sind offene Kommunikation, Sanktionsfreiheit und Ehrlichkeit zu fördern.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Patientenorientierung durch Patientenbefragung als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung
- Erfassung von Erwartungen und Zufriedenheit der Patienten während des stationären Spitalaufenthalts
- Perspektiven der Sicherung und Entwicklung der Qualität unter Einbezug der Patientensicht

Klärung folgender Fragen:

- Qualitätssteuerung statt Preiswettbewerb.
- Balanceakt zwischen Komplexität und Verständlichkeit.
Können wir Qualität messen? und wie gut sind wir?
Welche Informationen sind für welche Zielgruppen interessant?
Was eignet sich für die Veröffentlichung, was nicht?
Wie sollte die Aufbereitung der Daten erfolgen, damit diese für den Leser gut verständlich sind?
Welche Chancen gibt es, wo bestehen Risiken?

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten. |
| <input type="checkbox"/> | Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. |
| <input type="checkbox"/> | Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. |
| <input type="checkbox"/> | Andere Organisationsform, nämlich: |

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

| Titel, Vorname, NAME | Telefon (direkt) | E-Mail | Stellung / Tätigkeitsgebiet |
|----------------------|------------------|--|-----------------------------|
| Patrick Eiholzer | 055 / 451 30 00 | patrick.eiholzer@spital-lachen.ch | CEO |

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen Überblick über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter www.spital-lachen.ch

C 1 Angebotsübersicht

| Angebotene medizinische Fachgebiete | An den Standorten | Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitalern / Institutionen, Belegärzten etc.) |
|--|-------------------|--|
| Allergologie und Immunologie | x | Konsiliararzt mit Praxis in der Nähe des Spitals |
| Allgemeine Chirurgie | x | |
| Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie) | x | |
| Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten) | x | Konsiliararzt mit Praxis in der Nähe des Spitals |
| Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde) | x | |
| Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten) | | Zusammenarbeit USZ |
| Handchirurgie | x | Belegarzt mit Praxis in der Nähe des Spitals |
| Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum) | | Klinik im Park, ZH USZ |
| Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal): | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen) | x | Konsiliararzt |
| <input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion) | x | Konsiliararzt |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane) | x | |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems) | x | Zusammenarbeit mit dem USZ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber) | x | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten) | x | |
| | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen) | x | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen) | x | Zusammenarbeit mit dem USZ |

| Angebotene medizinische Fachgebiete | An den Standorten | Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.) | |
|-------------------------------------|--|---|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i> | x | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i> | x | Konsiliararzt |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i> | x | Konsiliararzt |
| | Intensivmedizin | x | |
| | Kinderchirurgie | | Zusammenarbeit mit dem KISPI |
| | Langzeitpflege | | |
| | Neurochirurgie | | |
| | Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i> | | |
| | Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i> | x | Belegarzt mit Praxis in der Nähe |
| | Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i> | x | |
| | Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i> | x | Belegarzt mit Praxis in der Nähe |
| | Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i> | x | Konsiliarärzte |
| | Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i> | | |
| | Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie | x | Belegarzt mit Praxis in der Nähe |
| | Psychiatrie und Psychotherapie | | Konsiliararzt |
| | Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i> | x | |
| | Tropen- und Reisemedizin | | Tropeninstitut |
| | Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i> | x | Belegärzte |

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

| Angebotene therapeutische Spezialisierungen | An den Standorten | Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.) |
|---|-------------------|--|
| Diabetesberatung | x | USZ |
| Ergotherapie | x | |
| Ernährungsberatung | x | |
| Logopädie | x | Konsiliarisch |
| Neuropsychologie | | |
| Physiotherapie | x | |
| Psychologie | x | Konsiliararzt |
| Psychotherapie | | Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton SZ |

C2 Kennzahlen Akutsomatik

| Kennzahlen | Werte 2010 | Werte 2009 (zum Vergleich) | Bemerkungen |
|---|------------|----------------------------|---------------------------|
| Anzahl ambulante behandelte Patienten, | 16'727 | 16'199 | s. Geschäftsbericht |
| davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene | 2 | 1 | |
| Anzahl stationär behandelte Patienten, | 5'771 | 5854 | Austritte |
| davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene | 407 | 388 | Austritte |
| Geleistete Pflage tage | 36'153 | 36729 | Austritte |
| Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010 | 119 | 119 | Inkl. Spezialbetten (IPS) |
| Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen | 6.3 | 6.3 | |
| Durchschnittliche Bettenbelegung | 92.5% | 89.5 % | |

D QUALITÄTSMESSUNGEN

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen und über vergleichbare Angebotsstrukturen verfügen.

D1 – 1 Patientenzufriedenheit

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben.

| Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | | |
|--|--|--------------------------------------|------|---|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2009 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: |
| <input type="checkbox"/> | Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt. | | | |

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

| Messergebnisse der letzten Befragung | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Gesamter Betrieb | 5.3 (in einer Skala von 1-6) | s. D2-4, vom Qualitätsbericht |
| Resultate pro Bereich | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark). | |

| Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | | |
|---|--|-----------------------|-------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mecon | <input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument | | | |
| <input type="checkbox"/> Picker | Name des Instrumentes | | Name des Messinstitutes | |
| <input checked="" type="checkbox"/> VO: PEQ | | | | |
| <input type="checkbox"/> MüPF(-27) | | | | |
| <input type="checkbox"/> POC(-18) | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument (zusätzlich zur Befragung mit PEQ) | | | | |
| Beschreibung des Instrumentes | Feedback-Fragebogen mit freiwilligen Angaben von Namen und Adresse | | | |
| Einschlusskriterien | Alle stat. und teilstat. Patienten und deren Angehörige | | | |
| Ausschlusskriterien | | | | |
| Rücklauf in Prozenten | 25% | Erinnerungsschreiben? | | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

| Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle? | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen: Ist z.Z. dezentral organisiert, in Abklärung betr. zukünftiger Zentralisierung |
| | Bezeichnung der Stelle |
| | Name der Ansprechperson |
| | Funktion |
| | Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten) |
| | Bemerkungen |

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

| Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit. | | | |
| <input type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit. | | | |
| <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: |
| <input type="checkbox"/> | Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt. | | | |
| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: | |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | |
| Messergebnisse der letzten Befragung | | | | |
| | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | |
| Gesamter Betrieb | | | | |
| Resultate pro Bereich | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark). | | | |
| Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Externes Messinstrument | | | |
| | Name des Instrumentes | | Name des Messinstitutes | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | eigenes, internes Instrument | | | |
| Beschreibung des Instrumentes | Feedback-Fragebogen mit freiwilligen Angaben von Namen und Adresse | | | |
| Einschlusskriterien | Alle stat. und teilstat. Patienten und deren Angehörige | | | |
| Ausschlusskriterien | keine | | | |
| Rücklauf in Prozenten | Rund 25% | Erinnerungsschreiben? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

| Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2006 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: |
| <input type="checkbox"/> | Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt. | | | |
| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: | |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | |
| Messergebnisse der letzten Befragung | | | | |
| | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | |
| Gesamter Betrieb | Mittelfeld | Details s. Qualitätsbericht 2009 | | |
| Resultate pro Bereich | Ergebnisse | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark). | | | |
| Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Externes Messinstrument | | | |
| | Name des Instrumentes | Mecon Mitarbeiter-Fragebogen | Name des Messinstitutes | Mecon measure & consult GmbH |
| <input type="checkbox"/> | eigenes, internes Instrument | | | |
| Beschreibung des Instrumentes | Standardisierte, schriftliche Mitarbeiterbefragung | | | |
| Einschlusskriterien | | | | |
| Ausschlusskriterien | | | | |
| Rücklauf in Prozenten | | Erinnerungsschreiben? | <input type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

| Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit. | | |
| <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt. | | |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input checked="" type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: Haus-, Beleg- und Konsiliarärzte anhand eines standardisierten Gesprächsleitfadens durch extern |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse | Zufriedenheits- Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Gesamter Betrieb | | |
| Resultate pro Bereich | Ergebnisse | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| | | |
| | | |
| | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark). | |

Messergebnisse der letzten Befragung Die Auswertung liegt z.Z. beim VR

| Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | |
|---|------------------------------|-------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Externes Messinstrument | | |
| | Name des Instrumentes | Name des Messinstitutes | |
| <input type="checkbox"/> | eigenes, internes Instrument | | |
| Beschreibung des Instrumentes | | | |
| Einschlusskriterien | | | |
| Ausschlusskriterien | | | |
| Rücklauf in Prozenten | | Erinnerungsschreiben? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

Ein Indikator ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. Mit der Methode SQLape wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

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

| Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen? | | | |
|--|--|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: | 2011 |
| <input type="checkbox"/> Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt. | | | |
| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt? | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: | | |
| <input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | | |
| Messergebnisse: Messungen konnten nicht durchgeführt werden, da die notwendige Basis fehlt (ANQ). | | | |
| Anzahl Austritte im Jahr 2010 | Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010 | Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%] | Auswertungsinstanz |
| | | | Bundesamt für Statistik BfS |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben . | | | |

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

Mit der Methode SQLape wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

| Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen? | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape. | | |
| <input type="checkbox"/> | In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape. | | |
| <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2011 |
| <input type="checkbox"/> | Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt. | | |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt? | | | |
|---|--|--------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse Messungen konnten nicht durchgeführt werden, da die notwendige Basis fehlt (ANQ). | | | |
|--|---|---------------------------------------|-----------------------------|
| Anzahl Operationen im Jahr 2010 | Anzahl Reoperationen im Jahr 2010 | Reoperationsrate: Ergebnis [%] | Auswertungsinstanz |
| | | | Bundesamt für Statistik BfS |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | |
| <input type="checkbox"/> | Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Reoperationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben . | | |

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthalts.

Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektionen, die innert 30 Tagen nach Operation auftreten.

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

| Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen? | | | | |
|---|---|---|------|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO. | | | |
| <input type="checkbox"/> | In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“) | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO. | | | |
| <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt. | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2010 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: |
| <input type="checkbox"/> | Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt. | | | |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse | | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|---|--|
| Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen: | Anzahl beurteilte Operationen | Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen | Infektions-rate Spital / Klinik | Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹ | Bemerkungen |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung | | | | 3.9% | |
| <input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung | | | | 4.5% | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hernieoperation | 88 | 1 | 1.1% | 1.1% | s. unten |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon) | | | | 12.7% | Pendent: Berichterstellung erfolgt ab 30 gemeldeten Fällen s. unten |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio) | 112 | 3 | 2.7% | 1.9% | Vgl. überdurchschnittliche Rate an Follow-up-Gesprächen; zwei von den drei Infektionen wurden anlässlich des Follow-up-Gesprächs erfasst. S. unten |
| <input type="checkbox"/> Herzchirurgie | <i>Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.</i> | | | | |
| <input type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen | | | | | |

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. |
| <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben . |

Die Spital Lachen AG hat gemäss obgenannter Tabelle plausible Infektionsraten vuzuweisen. Da jedoch die Erfassung der postoperativen Wundinfektionen in der Schweiz noch im Anfangsstadium ist, lassen sich spitalbezogene Schlussfolgerungen (noch) nicht ziehen.

Eingriffe mit Rektumbeteiligung (Mastdarm) wurden in der ersten Berichtsperiode unnötigerweise ausgeschlossen. Ab dem Jahr 2011 ist es möglich, Rektum-Operationen einzuschliessen.

Die Jahresergebnisse im ersten Erfassungsjahr der Spital Lachen AG, im Lichte der nationalen Informationsveranstaltung vom 4.11.2010 am Inselspital Bern und aufgrund des von Swiss-Noso herausgegebenen spitalindividuellen Jahresberichtes, ergeben folgenden Feststellungen:

- Hernienoperationen: Die Follow-up-Rate ist mit 86 % vergleichbar mit dem Schweizerischen Kollektiv (84 %). Am Spital Lachen kam eine Infektion auf 88 Leistenhernieneingriffe vor. Dies entspricht einer Infektionsrate von 1.1 %, was dem Durchschnittswert der anderen Spitäler entspricht. Die einzelnen Spitäler wiesen Werte von 0 % bis 5.56 % auf. An der chirurgischen Klinik der Spital Lachen AG wurden 64.8 % der Patienten minimal-invasiv operiert (laparoskopisch), während dies bei den anderen Spitälern lediglich in 33.4 % der Fall war. Die Durchführung der Leistenbruchoperation über einen minimal-invasiven Zugang minimierte das Infektionsrisiko und wurde an der Spital Lachen AG, wann immer möglich, durchgeführt.

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

- Dickdarmoperationen: Die Koloneingriffe wurden von SwissNoso nicht ausgewertet, weil die Spital Lachen AG im Zeitraum vom 1.6.2009 – 31.5.2010 keine dreissig Fälle erfasst hatte. Werden weniger als 30 Fälle einer Eingriffskategorie in die Swiss-Noso-Erhebung einbezogen, so erfolgt keine statistische Auswertung.
- Kaiserschnitte: Die Spital lachen AG hat eine über 90 %ige Rate an Follow-up-Gesprächen nach 30 Tagen seit Entlassung der Patientinnen vorzuweisen, während der Durchschnittswert der anderen Spitäler bei ca. 73 % liegt.

Die zeitgerechte Antibiotikaprofylaxe wurde am Spital Lachen in 89.8 % durchgeführt, während dies bei den anderen Spitalern in 79.6 % der Fall war.

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANO)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitalern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?

Nein, unser Betrieb **mass nicht** die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANO).

Ja, unser Betrieb **mass** die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANO).

Die Patienten sind mit den Leistungen von Akutspitalern gemäss Medienmitteilung vom 05. Mai 2011 sehr zufrieden. Das zeigt eine Befragung, die 2009 erstmals schweizweit durchgeführt wurde. Auf einer Skala von 1 bis 6 beträgt die Zufriedenheit im Schnitt 5,3. An der ersten nationalen Qualitätsmessung beteiligten sich 70 Schweizer Akutspitäler. Der Kurzfragebogen beinhaltete 15 Fragen. Über 73'000 Patienten erhielten ihn, rund 38'000 antworteten. Beurteilt wurden die ärztliche Versorgung, die pflegerische Leistung und die Organisation in den Medizinischen und Chirurgischen Abteilungen. Die Chirurgen erhalten mit einem durchschnittlichen Wert von 5,43 die besten Noten. Allerdings stehen ihnen die Mediziner, das Pflegepersonal und die Organisation in fast nichts nach. Deren Durchschnittswerte bewegen sich zwischen 5,25 und 5,40 auf einer Skala von 1 bis 6.

Die Patientenzufriedenheit soll regelmässig überprüft werden. Eine nächste Qualitätsmessung wird Ende 2011 starten.

Medizinische Abteilung:

- Beurteilung der ärztlichen Versorgung: Der Wert des Spitals liegt bei 5.20 bei 134 Patienten
- Beurteilung der pflegerischen Versorgung: Der Wert des Spitals liegt bei 5.26 bei 134 Patienten
- Beurteilung der Organisation: Der Wert des Spitals liegt bei 5.24 bei 136 Patienten

Chirurgische Abteilung:

- Beurteilung der ärztlichen Versorgung: Der Wert des Spitals liegt bei 5.39 bei 271 Patienten
- Beurteilung der pflegerischen Versorgung: Die Wert des Spitals liegt bei 5.34 bei 165 Patienten
- Beurteilung der Organisation: Der Wert des Spitals liegt bei 5.22 bei 271 Patienten

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

| | |
|--------------------|--|
| Messthema | Infektionen (andere als mit SwissNOSO) |
| Was wird gemessen? | Keine |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
|----------------|--------------------------------------|
| | |

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). |
| <input type="checkbox"/> | Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben . |

| Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010 | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt | Name des Instrumentes: |
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: |

D3-2 Stürze

| Messthema | Stürze | | |
|---|---|------------------------------|---|
| Was wird gemessen? | Risikoeinschätzungen, Massnahmen zur Verhinderung sowie effektive Stürze inkl. Folgen, Art, Ort, etc. | | |
| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt? | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| Anzahl Stürze total | Anzahl mit Behandlungsfolgen | Anzahl ohne Behandlungsfolge | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| 91 | | | 91 Stürze bei 5771 stat. Patienten |

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). |
| <input type="checkbox"/> | Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben . |

| Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010 | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt | Name des Instrumentes: | Internes Bewertungsinstrument |
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: | |

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

| | |
|---------------------------|-------------------------------|
| Messthema | Dekubitus (Wundliegen) |
| Was wird gemessen? | |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung | Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
|---|---|--------------------------------------|
| | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | |
| <input type="checkbox"/> | Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben . | |

| Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010 | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt | Name des Instrumentes: | Internes Dekubituskonzept (Gradeinteilung basierung auf EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory Panel): Risikoeinschätzung mittels Braden-Skala |
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: | |

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

| | |
|---------------------------|---|
| Messthema | Freiheitseinschränkende Massnahmen |
| Was wird gemessen? | Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall |

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: | |
| <input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | |

| Messergebnisse | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
|----------------|--------------------------------------|
| | |

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). |
| <input type="checkbox"/> | Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben . |

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt | Name des Instrumentes: | |
| <input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: | |

D3-5 Dauerkatheter

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| Messthema | Dauerkatheter |
| Was wird gemessen? | Anzahl Fälle mit Dauerkatheter |

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: | |
| <input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | |

| Messergebnisse | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
|----------------|--------------------------------------|
| | |

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). |
| <input type="checkbox"/> | Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben . |

| Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010 | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt | Name des Instrumentes: | |
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: | |

D3-6 Weiteres Messthema

| Messthema | | | |
|--|---|---|---|
| Was wird gemessen? | | | |
| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt? | | | |
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| Messergebnisse | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | | |
| <input type="checkbox"/> | Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben . | | |
| Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010 | | | |
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt | Name des Instrumentes: | |
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: | |

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

| Bezeichnung | Bereich ¹ | Erfassungsgrundlage ² | Status ³ |
|--|----------------------|----------------------------------|---------------------|
| AQC, Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in Chirurgie | B | A | A |
| SWISS-Vasc, Schw. Gesellschaft für Gefäßchirurgie | B | A | A |
| ASF, Arbeitsgemeinschaft Frauenkliniken | B | A | A |
| ADS, Schw. Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation | A | B | C |
| | | | |
| Bemerkungen | | | |
| | | | |

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 2010
C=Einführung im Berichtsjahr 2010

E

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

| Angewendete Norm | Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet | Jahr der ersten Zertifizierung | Jahr der letzten Rezertifizierung | Bemerkungen |
|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| UNICEF „Stillfreundliche Klinik“ | Geburtshilfe | 2006 | | Voraussichtlich Rezertifizierung 2012 |
| RL Der SGI: Schw. Gesellschaft für Intensivmedizin | Intensivpflegestation | 2007 | | |
| EFQM | Ganzer Betrieb | | | Zertifizierung 2011 |
| SAFW Schw. Gesellschaft für Wundbehandlung | Ganzer Betrieb | | | Zertifizierung 2011 |
| Rettungsdienst | IVR-Anerkennung | 2007 | | Voraussichtliche Rezertifizierung 2012 |

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

| Aktivität oder Projekt (Titel) | Ziel | Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Projekte: Laufzeit (von ... bis) |
|--|--|---|---|
| IMS – Integriertes Managementsystem | Einführung einer Software zum Management von Prozessen, Vorgabedokumenten und KVP | Ganzes Spital | 2009-2012 |
| Medikationsprozessoptimierung | Prozessoptimierung u. Erhöhung der Patientensicherheit | Ganzes Spital | 2011-2012 |
| Logistik | Prozessoptimierung | Ganzes Spital | Kontinuierlich |
| Projekt Skill- und Grademix_Implementierung | Die neue Pflegeorganisation ist definiert und bildet den Rahmen für die Umsetzung einer angemessenen Pflegequalität unter sinnvollem Einsatz von Personalressourcen | Ganzes Spital | 2009-2011 |
| Sturzprävention | Erfassen von gefährdeten Patienten und reduzieren von Stürzen und daraus resultierenden Verletzungen | Ganzes Spital | Seit 2003 |
| Dekubitusprävention | Erfassen von gefährdeten Patienten und verhindern von Druckulcera | Ganzes Spital | Seit 2004 |
| CIRS | Aus Fehlern lernen: Systematische Bearbeitung von CIRS-Meldungen | Ganzes Spital | |
| Hygienekommission, Arbeitsgruppe Hygiene u. Prävention | Fördert die Qualitätsentwicklung, koordiniert und überwacht die eingeführten spezifischen Qualitätssicherungssysteme und ist verantwortlich für sämtliche Fragestellungen in Bezug auf Spitalhygiene, (Infektions)-, Prävention, Epidemiologie sowie Arbeitssicherheit. | Ganzes Spital | |
| Ernährungs- und Diabetesberatung | Fördert die Qualitätsentwicklung, koordiniert und überwacht die eingeführten spezifischen Qualitätssicherungssysteme und ist verantwortlich für sämtliche interdisziplinäre Fragestellungen in Bezug auf die Ernährungssituation der Patienten im Akutspital und Diagnose und Behandlung des Diabetes mellitus | Ganzes Spital | Seit mehreren Jahren |
| Wundgruppe | Fördert die Qualitätsentwicklung, koordiniert und überwacht die eingeführten spezifischen Qualitätssicherungssysteme und ist verantwortlich für sämtliche Fragestellungen in Bezug auf Wunden. | Ganzes Spital | Seit mehreren Jahren in Betrieb |
| Spitalplanung 2020 | Vgl. kantonales Projekt (www.sz.ch) | Ganzer Kanton | Vgl. Kantonsratsentscheid wird am 14.9.2011 erwartet. |
| Katakzept | Aktualisierung des KATA-Konzeptes in Abstimmung mit den kantonalen Vorgaben in Zusammenarbeit mit den Spitälern Einsiedeln und Schwyz. | Ganzes Spital in Abstimmung mit den Spitälern Einsiedeln und Schwyz | 2009 – 2011 |

| | | | |
|---|---|---------------|------------------------------|
| KIS (Klinikinformationssystem) | Ablösung der papiergestützten Krankengeschichte durch ein elektronisch geführtes Dossier. | Ganzes Spital | Implementierung: 2010 – 2012 |
| EFQM | Kontinuierliche Verbesserung im Bereich des Qualitätsmanagements unter Anwendung des PDCA-Zyklus (PLAN-DO-CHECK-ACT). Die erste EFQM-Zertifizierungsstufe soll im Jahr 2011 erreicht werden. PDCA-Zyklus (PLAN-DO-CHECK-ACT). Die erste EFQM-Zertifizierungsstufe soll im Jahr 2011 erreicht werden | Ganzes Spital | Permanent |
| Projekt der Klinik für Innere Medizin im Zusammenhang mit Rauchen | Erfassung von Rauchern/Erstgespräch und auf Wunsch (wenn nicht HA) Begleitung bei der Entwöhnung | Ganzes Spital | 2010 |
| Projekte im Zusammenhang mit der baulichen Infrastruktur | Bauliche Infrastruktur und Zimmerkomfort bis zum Bezug eines Spitalneubaus in adäquater Form unterhalten und im nötigen Umfang in Abstimmung mit der Strategie „Lachen 2015“ erweitern bzw. erneuern. | Ganzes Spital | Permanent |

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

| | | |
|------------------------------------|---|--|
| Projekttitel | | |
| Bereich | <input type="checkbox"/> internes Projekt | <input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton) |
| Projektziel | | |
| Beschreibung | | |
| Projekttablauf / Methodik | | |
| Einsatzgebiet | <input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? | |
| | <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb | |
| | <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? | |
| | <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? | |
| Involvierte Berufsgruppen | | |
| Projektelevaluation / Konsequenzen | | |
| Weiterführende Unterlagen | | |

F

Schlusswort und Ausblick

Kernstück des EFQM-Modells ist die kontinuierliche Verbesserung. Die Verbesserungen sollen unter Anwendung des PDCA-Zyklus – PLAN, DO, CHECK, ACT - realisiert werden.

In einem stetig sich wiederholenden Prozess ist die Spital Lachen AG bestrebt, den bereits hohen Level zu halten, stets weiter nach Excellence zu streben und damit die Mitarbeiter-, Patienten- und Zuweiserzufriedenheit optimal zu ermöglichen.

Im ersten Semester 2011 konnte der Spital Lachen AG die Urkunde der ersten Zertifizierungsstufe „Committed to Excellence“ überreicht werden. Dies motiviert die Mitarbeitenden am Spital Lachen, neue Elemente des QM zu implementieren und dies mit dem Blick einer ausgeprägten Patientenorientierung.

Im Weiteren konnte die Spital Lachen AG im ersten Semester 2011 den Zertifizierungsprozess des Wundbehandlungszentrums in der Tagesklinik zu einem gelungenen Abschluss bringen. Die Spital Lachen ist nun auf der Homepage des SAFW (Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung; www.safw.ch) unter der Rubrik der BAG zertifizierten Zentren aufgeführt.

Diese beiden obgenannten Beispiele zeigen eindrücklich, dass die Spital Lachen AG den PDCA-Zyklus auch wirklich lebt.

Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



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 Spitätern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Handbuch H+qualité® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>

voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualitätsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualité® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen.

Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>



Anhänge

Beilagen:

- EFQM-Urkunde
- Zertifikat Wundbehandlungszentrum



Committed to Excellence

is awarded to

Spital Lachen AG

April 2011

issued by



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pierre Cachet', is written over a large, light-colored oval shape.

Pierre Cachet, CEO

URKUNDE

als SAfW anerkanntes Wundbehandlungszentrum

Hiermit bestätigen wir, dass das

Wundbehandlungszentrum des Spitals Lachen

alle Anforderungen und Richtlinien erfüllt, um von der Swiss Association for Wound Care anerkannt zu werden.

Die Urkunde ist registriert unter der Nummer WZ-10-1004.

Zürich, den 28. April 2011

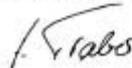
Swiss Association for Wound Care SAfW

Der Präsident



Dr. med. Severin Lächli

Der Vize-Präsident



Dr. med. Jürg Traber