



Spital Einsiedeln

Spitalstrasse 28
8840 Einsiedeln



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

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

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

H+ Die Spitäler der Schweiz

Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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.

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: **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: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	1
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	1
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	3
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	4
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
	C1 Angebotsübersicht.....	5
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	7
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	8
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	8
	C4-4 Personelle Ressourcen.....	8
D	Qualitätsmessungen	9
	D1 Zufriedenheitsmessungen	9
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	9
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	11
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit.....	12
	D2 ANQ-Indikatoren.....	14
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	14
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	15
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	17
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	19
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	20
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	20
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	21
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	22
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	23
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	23
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	23
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	26
F	Schlusswort und Ausblick	27

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.

A

Einleitung

Wir freuen uns, den Qualitätsbericht des Spitals Einsiedeln für das Berichtsjahr 2011 vorlegen zu können. Das Jahr 2011 stand für unser Spital erneut unter dem Stern der Weiterentwicklung und Veränderungen. Wir informieren Sie auch in diesem Bericht über das gesetzlich geforderte Mindestmass hinaus und veröffentlichen die Leistungen unserer medizinischen Fachabteilungen. Sie finden in unserem Qualitätsbericht 2011 neben den medizinischen Leistungsdaten Informationen zur Ergebnisqualität, zu medizinisch-pflegerischen Leistungen, zu speziellen Serviceangeboten und zur Entwicklung des Qualitätsmanagements.

Das Jahr 2011 war für das Spital Einsiedeln ein Jahr der Herausforderungen. Der Vorschlag des Regierungsrats, das Spital von der Spitalliste zu nehmen, löste bei vielen Mitarbeitenden und im regionalen Umfeld des Spitals grosses Unverständnis aus. Dank intensiven Bemühungen des Vereins „Pro Spital Einsiedeln“ und durch die grossartige Unterstützung der Bevölkerung, den Mitarbeitenden des Spitals und den politischen aktiven Gremien, konnten wir das Schlimmste für unsere Region abwenden und die Schliessung des Spitals vorerst verhindern. Zu unserer grossen Erleichterung hat der Kantonsrat den Vorschlag des Regierungsrats zur Schliessung abgelehnt. Für die Unterstützung bedanken wir uns nochmals bei allen Beteiligten. Wir versichern Ihnen, das Spital Einsiedeln ziel- und patientenorientiert in eine erfolgreiche Zukunft zu führen.

Qualitätsbotschaft Spital Einsiedeln

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

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätsleitsätze

Führung

Zur optimalen Patientenversorgung pflegen wir in unserer prozessorientierten Organisationsstruktur einen kooperativen Führungsstil mit klarer Zuteilung von Verantwortlichkeiten und Kompetenzen. Besonderen Wert legen wir auf einen adressaten- und zeitgerechten Informationsfluss sowie auf eine gut entwickelte Fehlerkultur. Unsere leistungsorientierte Führung richtet sich in operativen wie in finanziellen Belangen auf allen Ebenen an internen und externen Betriebsvergleichen aus. Die Vergleiche, insbesondere der erfassten Finanzkennzahlen, dienen dazu, unsere Organisation ständig weiter zu optimieren. Wir legen Wert auf eine gerechte Verteilung der Arbeitslast im Haus und schaffen dazu die notwendigen Voraussetzungen.

Politik und Strategie

Unsere Unternehmens- und Qualitätsziele orientieren sich an unserer mit der Spitalfinanzierung kompatiblen Unternehmensstrategie. Wir sind uns unserer unternehmerischen Risiken bewusst und richten unsere Strategie danach aus. Zur Öffentlichkeit halten wir einen engen Kontakt, indem wir sie laufend über unsere Aktivitäten sowie über die erreichten Ziele orientieren.

Mitarbeitende

Gut ausgebildete und engagierte Mitarbeitende sind uns wichtig. Wir fördern sie mit gezielten Fort- und Weiterbildungen zur Optimierung der medizinischen Behandlungsqualität, sowie Professionalität auf allen Ebenen. Daneben positionieren wir uns auch als fortschrittlicher Ausbildungsbetrieb. Unsere Lernenden bilden wir so aus, dass sie sich auf dem Arbeitsmarkt bewähren. Zur Förderung eines guten Betriebsklimas und attraktiver Arbeitsbedingungen schaffen wir die nötigen Rahmenbedingungen.

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Den Schutz von Leben und Gesundheit der Patienten und den Mitarbeitenden betrachten wir als eine vorrangige und selbstverständliche Pflicht. Wir treffen daher alle Sicherheitsmassnahmen, die nach der Erfahrung notwendig und nach dem Stand der Technik anwendbar und den gegebenen Verhältnissen angepasst sind. Wir fördern die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden am Arbeitsplatz.

Partnerschaften / Ressourcen

Mit unseren zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, unseren Partnerspitälern sowie den vor- und nachgelagerten Institutionen suchen wir aktiv und gezielt nach Möglichkeiten der Zusammenarbeit. Der Umsetzung der relevanten gesetzlichen Vorgaben fühlen wir uns in hohem Masse verpflichtet. Unsere Infrastruktur, besonders in den Bereichen Gebäude, IT und Kommunikation sowie unser Dokumentenmanagement unterstützen unsere Ablaufprozesse optimal.

Prozesse

Unsere Abläufe sind auf die Bedürfnisse unserer Patienten ausgerichtet. Unsere Prozesslandschaft ist so gestaltet, dass alle Abläufe vernünftig im Aufwand, wirksam und sicher sind. Klinische Behandlungspfade und standardisierte Behandlungsschemen vereinfachen unsere Arbeit und erhöhen die Patientensicherheit. Unsere Patientinnen und Patienten werden von uns zu jeder Zeit rechtzeitig, korrekt und verständlich informiert. Anderweitig zur Verfügung gestellte Informationen sind strukturiert und werden laufend aktualisiert.

Medizinische Behandlungsergebnisse

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

Kundenbezogene Ergebnisse

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

Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

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

Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

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

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

Peer Organisationskonzept

Verantwortliche aller Stufen unseres Spitalbetriebes sind sich bewusst, wie wichtig das Beachten psychologischer Aspekte bei belastenden Ereignissen ist. Zu solchen belastenden Ereignissen zählen im Alltag eines Spitalbetriebes schwierige Patientensituationen, das Begleiten von Schwerkranken oder Sterbenden sowie deren Angehörigen. Dazu zählen jedoch auch generelle Fragen um die Sicherheit der Arbeitsplätze, Unfälle, Grossereignisse, Katastrophen und in zunehmendem Mass Gewalteinwirkungen auf betroffene Mitarbeitende. Im Rahmen des Qualitätsmanagement wurde ein Peer-Projekt aufgebaut, das in dieser Ausprägung schweizweit einzigartig ist.

Das Peerorganisationskonzept beinhaltet sowohl Prävention als auch Nachsorge.

Als Nachsorge will es posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) der Mitarbeiter des Spitals nach Alltags- und Grossereignissen erkennen, bearbeiten oder wenn möglich verhindern.

Als Prävention will es die Mitarbeitenden für PTBS oder auslösende Stressfaktoren sensibilisieren und mit gesundheitsfördernden Aktionen gute Voraussetzungen schaffen.

Dank der hohen Anforderungen und Qualität ist Einsiedeln das zweite Spital in der Schweiz, das seit August 2011 ein zertifizierter Anbieter von psychologischer Nothilfe ist. Das Zertifikat wird durch das Nationale Netzwerk Psychologische Nothilfe (www.nnpn.ch) ausgestellt.

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Das Spital Einsiedeln setzt Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (AG+GS) mit Hilfe der H+ Branchenlösung um. AS+GS sind ins Qualitätsmanagement eingebunden, dessen Aufbau anfangs 2011 erfolgreich abgeschlossen werden konnte und seither umgesetzt und gelebt wird.

Am 25. November 2011 führte die Fachstelle der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit ein Audit zum Thema Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz durch. Dieses zeigte eine sehr gute Umsetzung der Branchenlösung.

B3 *Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011*

Dekubituskonzept

Im Rahmen der Qualitätsarbeit wurde für das ganze Spital ein Dekubitusmanagement eingeführt. Dies beinhaltet eine Schulung des Pflegepersonals, eine Optimierung und Anpassung der Hilfsmittel, frühzeitiges Erfassen und Erkennen eines Dekubitus sowie Ressourcenförderung bei den Patientinnen und Patienten.

Kundenfeedbackkonzept

Seit Juni 2011 bietet ein interner Patientenfragebogen des Spital Einsiedelns den Patienten und deren Angehörigen die Möglichkeit, ihre Anliegen an eine zentrale Stelle mitzuteilen. Alle Anliegen, seien es Anregungen, Beschwerden, Fragen oder auch Lob werden sorgfältig geprüft und individuell in Zusammenarbeit mit den zuständigen Bereichen bearbeitet.

Vorrangiges Ziel ist es, die Zufriedenheit von Patienten und deren Angehörigen weiter zu erhöhen. Wir wollen möglichst viele Rückmeldungen von Patienten und deren Angehörigen erhalten. Die daraus gewonnen Erkenntnisse setzen wir zur dauerhaften Verbesserungen unserer Behandlungsleistungen und Prozesse ein.

B4 *Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren*

Weiterentwicklung der Prozesse zum Wohle der Patienten

Die Schwerpunkte unseres QM-Systems liegen im Erkennen der wertschöpfenden, auf den Kundenwunsch ausgerichteten Prozesse, dem Überwachen und Lenken dieser Prozesse mit Hilfe von Kennzahlen und dem ständigen Verbessern von Prozessabläufen.

Die Qualitätsentwicklung der nächsten Jahre am Spital Einsiedeln wird im LAQ (Lenkungsausschuss Qualität) festgelegt. Die zeitliche und inhaltliche Umsetzungsplanung berücksichtigt die zur Verfügung stehenden personellen und finanziellen Ressourcen. Die Aufnahme von qualitätssichernden und -fördernden Massnahmen auf die Jahreszielsetzungen schafft Verbindlichkeit und die Zielerreichung wird vom strategischen Gremium überprüft.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	40 Stellenprozente zur Verfügung.
Anmerkung: Formal verfügt das Qualitätsmanagement am Spital lediglich über eine 40%-Stelle. Tatsache ist, dass für unseren umfassenden Ansatz von Qualitätsmanagement de facto wesentlich mehr Stellenprozente zur Verfügung stehen, auch wenn diese nicht explizit ausgewiesen sind. Direktor, Chefärzte, diverse Stabsstellen, Bereichsleitungen usw. leisten ihren Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätssicherung, sei dies im Rahmen von Q-Projekten, der Beteiligung an Messungen, der Teilnahme im LAQ usw.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Petra Reusser	055 418 56 79	petra.reusser@spital-einsiedeln.ch	Beauftragte Qualitätsmanagement Sicherheitskoordinatorin Leiterin Pflege Innere Medizin
Reto Jeger	055 418 58 60	reto.jeger@spital-einsiedeln.ch	Direktor
Dr. med. Simon Stäuble	055 418 58 39	simon.staeuble@spital-einsiedeln.ch	Chefarzt Innere Medizin
Kerstin Schlimbach Neuhauser	055 418 52 42	kerstin.schlimbach@spital-einsiedeln.ch	Leiterin med. Kodierung
Dr. med. Renato Sommacal	055 412 22 05	orthopaedie.einsiedeln@bluewin.ch	Vertreter Belegärzteschaft
Patrick Schwandt	055 418 52 13	patrick.schwandt@spital-einsiedeln.ch	Leiter OP Bereich
Stefanie Hitz	055 418 54 51	stefanie.hitz@spital-einsiedeln.ch	Leiterin Pflege Chirurgie
Beatrice Müller	055 418 58 50	beatrice.mueller@spital-einsiedeln.ch	Leiterin Finanzen + Controlling
Erika Neuhaus-Steiner	055 418 58 40	erika.neuhaus@spital-einsiedeln.ch	Leiterin Personaldienst, Stv. Direktorin
Barbara Trütsch	055 418 53 50	barbara.truetsch@spital-einsiedeln.ch	Hygienebeauftragte
Claudia Zehnder	055 418 53 50	claudia.zehnder@spital-einsiedeln.ch	Verantwortliche SwissNOSO
Martha Grab – Kuchler	055 418 52 26	martha.grab@spital-einsiedeln.ch	Qualitätsverantwortliche Bereich Labor, Biosicherheitsverantwortliche
Dr. Karl Roos	055 418 81 41	pharmacovigilance@spital-einsiedeln.ch	Kontaktperson Pharmacovigilance Verantwortlicher MepV
Dr. med. Mario Picozzi	055 418 52 30	heamovigilance@spital-einsiedeln.ch	Kontaktperson Hämovigilance Verantwortlicher MepV
Frank Birchler	055 418 51 40	materiovigilance@spital-einsiedeln.ch	Kontaktperson Materiovigilance Verantwortlicher MepV
Marianne Sedelberger	055 418 54 51	peerkoordination@spital-einsiedeln.ch	Peerkoordinatorin
Karin Weiss	055 418 52 00	peerkoordination@spital-einsiedeln.ch	Peerkoordinatorin
Hans Lang	055 418 52 12	hans.lang@spital-einsiedeln.ch	Verantwortlicher MepV und Materiovigilance im Operationsbetrieb



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.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Spital Einsiedeln
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		Dr. med. Gansser-Kälin
Allgemeine Chirurgie	Dr. med. Razavi Dr. med. Gabriel Dr. med. Carstensen Dr. med. Pöschmann	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Dr. med. C. Elmas Dr. med. Y. Elmas	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		Dr. med. Gansser-Kälin Dr. med. Krobisch
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Dr. med. Flückiger Dr. med. Hengartner Dr. med. Förster	
Handchirurgie	Dr. med. Pfister Dr. med. Sommacal	
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	Dr. med. Schöpke	
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)		Unispital Zürich
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Dr. med. Küchler	Dr. med. Bründler (Spital Schwyz) Spital Luzern
☒ Geriatrie (Altersheilkunde)		Stadtspital Waid Zürich Dr. med. Grob
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)	Dr. med. Schneider	Unispital Zürich

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		Uni Spital Zürich
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)		Spital Lachen Dr. med. Bregenzer
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	Dr. med. Gasser	Stadtspital Triemli
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Dr. med. Schneider	Unispital Zürich Stadtspital Triemli
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)		Unispital Zürich Kantonsspital Luzern Spital Lachen
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Dr. med. Picozzi Dr. med. Orler	Spital Schwyz
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)		Stadtspital Triemli
Intensivmedizin		Spital Schwyz Spital Lachen Stadtspital Triemli
Kiefer- und Gesichtschirurgie		Unispital Zürich Spital Lachen
Kinderchirurgie	Dr. med. Razavi Dr. med. Gabriel	Kinderspital Zürich Stadtspital Triemli
Langzeitpflege		alle Alters- und Pflegeheime in der Umgebung
Neurochirurgie		Unispital Zürich
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)		Dr. med. Stillhard Dr. med. Vonmitzlauff
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Dr. med. Frei Dr. med. Schröder Frei	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Dr. med. Pfister Dr. med. Sommacal Dr. med. Komorek Dr. med. Speck	Unispital Zürich Balgrist
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Dr. med. Eberle	
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Dr. med. Rupp	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)		Dr. med. Eychmüller Kantonsspital St. Gallen
Psychiatrie und Psychotherapie	Dr. med. Schnyder	Klinik Zugersee
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Dr. med. Schöpke	
Tropen- und Reisemedizin		Unispital Zürich
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)		Dr. med. Tomamichel

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Anita Dettling Marlies Schönbacher	
Ergotherapie	Rosmarie Bucher Elisabeth Müller	
Ernährungsberatung	Antonia Birchler	
Logopädie	Gertrud Kälin	
Physiotherapie	Spital Einsiedeln	
Psychologie		Sozialpsychiatrischer Dienst Einsiedeln
Psychotherapie	Dr. med. Schnyder	Sozialpsychiatrischer Dienst Einsiedeln

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	9'217	8'720	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	2	4	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	3'192	3'093	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	203	191	
Geleistete Pflgetage	14'819	15'389	Ohne Säuglinge
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	49	49	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5,0	5,3	
Durchschnittliche Bettenbelegung	82,86%	86,04%	Ohne Säuglinge

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pflegetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflegetage** im Jahr 2011 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflegetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflegetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflegetage
Geriatrische Rehabilitation	Spital Einsiedeln			
Internistische Rehabilitation	Spital Einsiedeln			
Kardiale Rehabilitation	Spital Horgen			
Muskuloskelettale Rehabilitation	Spital Einsiedeln			
Psychosomatische Rehabilitation	Spital Einsiedeln			

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- Spezifische Facharzttitle sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pflege in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkräfte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	ja	Spital Einsiedeln
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	ja	Spital Einsiedeln
Facharzt Psychiatrie	ja	Spital Einsiedeln



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 (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:
☒	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	90.2	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	90.5	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	91.4	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	89.1	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	85.9	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	88.9	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	90.5	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“
Kommentar: Die nächste Messung der Patientenzufriedenheit ist im Jahr 2012 vorgesehen.		
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒ Mecon ☐ Picker ☐ PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18) ☐ PZ Benchmark	☐ Anderes externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt	
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		122 Fragebogen	
Rücklauf in Prozenten		55.0%	Erinnerungsschreiben? ☒ Nein ☐ 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?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Beschwerdemanagement
Name der Ansprechperson	Beatrice Weber
Funktion	Direktionsassistentin
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Tel. +41 55 418 58 61, beatrice.weber@spital-einsiedeln.ch (Montag bis Donnerstag zu Bürozeiten)
Bemerkungen	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Kanalisation der Beschwerden	Patientenzufriedenheit	Beschwerdemanagement	Bis Ende 2012
Optimierung des Beschwerdemanagement	Stakeholderzufriedenheit	Beschwerdemanagement	Bis Ende 2012

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?	
☒	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit. Begründung: ist in Planung

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?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.		Begründung:
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Pflege Innere Medizin
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Innere Medizin	98.6%	Gesamtzufriedenheitsgrad der Mitarbeitenden in der Pflege Innere Medizin	
Innere Medizin „Qualitätsbewusstes Arbeiten“	100%	Die Mitarbeitenden der Pflege Innere Medizin wissen aus ihren Stellen-Beschreibungen, was von ihnen erwartet wird. Sie sind sich ihrer Verantwortungen den Patienten, aber auch ihrem Team gegenüber bewusst.	
Innere Medizin „Zufriedenheit mit der Infrastruktur“	100%	Das gute Resultat ist auf den Umstand der baulichen Verbesserungsmassnahmen im 2011 und in die Investitionen der Informatikhilfsmittel zurückzuführen.	
Innere Medizin „Ressourcenförderung von Mitarbeiter“	95.83%	Die Fördermassnahmen ermöglichten Mitarbeitende mit zusätzlichen Kompetenzen auszustatten. Know-how wird gezielt geschult und im Betrieb eingesetzt.	
Innere Medizin „Anerkennung von Leistungen“	100%	100% der Befragten bestätigen, dass sie für ihre gute Arbeit und Leistung geschätzt und gelobt werden. Dies bewerten sie als grossen Motivator ihrer geleisteten Arbeit.	
Innere Medizin „Sozialkompetenz der Stationsleitung“	95.83%	95.83% der Mitarbeitenden haben geantwortet, dass sie von der Bereichs- und Pflegestationsleitung auch in menschlicher Hinsicht geschätzt werden.	
Innere Medizin „Entwicklungsförderung“	100%	100% der Befragten sind der Ansicht, dass sie von ihrer direkten Vorgesetzten aktiv gefördert werden, beispielweise durch die Möglichkeit zur Teilnahme an Weiter- und Fortbildungen. Ein grosszügiges Fortbildungsreglement unterstützt diese Entwicklung.	
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☒	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Angelehnt an die Gallup-Studie Die Gallup-Studie ist die weltweit grösste Langzeitstudie für erfolgreiche Führung, Halten und Fördern von wertvollen Mitarbeitern. Wir haben uns entschieden, die	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden der Pflege für Innere Medizin		
	Ausschlusskriterien	Keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		24		
Rücklauf in Prozenten		83%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ 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?

☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.	Begründung:	
☒	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?

☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung

Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	94.1	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit)
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Bettenkapazität	95.2	3 Fragen zum Messthema „Bettenkapazität“
Qualität und Image	91.9	8 Fragen zum Messthema „Qualität und Image“
Angemessenheit des Austrittszeitpunktes	84.4	9 Fragen zum Messthema „Angemessenheit des Austrittszeitpunktes“
Einbezug durch die Ärzte der Fachabteilung	46.4	7 Fragen zum Messthema „Einbezug durch die Ärzte der Fachabteilung“
Behandlungsberichte	73.9	10 Fragen zum Messthema „Behandlungsberichte“
Auftreten der Ärzte der Fachabteilung	92.5	17 Fragen zum Messthema „Auftreten der Ärzte der Fachabteilung“
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Kompetenz der Ärzte der Fachabteilung	90.1	4 Fragen zum Messthema „Kompetenz der Ärzte der Fachabteilung“
Behandlungsrisiken	93.9	9 Fragen zum Messthema „Behandlungsrisiken“
Pflege- und Hotelleistungen während des Spitalaufenthaltes	93.1	3 Fragen zum Messthema „Pflege- und Hotelleistungen während des Spitalaufenthaltes“
Organisation	96.1	15 Fragen zum Messthema „Organisation“

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

☒ Externes Messinstrument			
Name des Instrumentes	Zuweiserbefragung KEF_CH	Name des Messinstitutes	HCRI
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	alle Zuweiser/ potenzielle Zuweiser, die mindestens 2 Patienten pro Jahr stationär zuweisen		
	Ausschlusskriterien	interne Zuweisungen, beispielweise über Ambulatorien Interne Belegärzte		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		18		
Rücklauf in Prozenten		64.3%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Kontakte und Veranstaltungen mit Zuweiser	Bessere Einbindung der Zuweiser ins Versorgungsnetzwerk	Gesamtspital	permanent

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 Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 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
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

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 Spitalaustritts. 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 er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrage mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrage mit SQLape®.	Begründung:	
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrage mit SQLape®.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Für das Spital Einsiedeln ist das Auswertungsergebnis mit dem Kommentar A = gut ausgefallen. Die Rehospitalisationsrate ist niedriger ausgefallen als erwartet/berechnet.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS		

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.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		Begründung:
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Für das Spital Einsiedeln ist das Auswertungsergebnis mit dem Kommentar A = gut ausgefallen. Die Reoperationsrate ist niedriger ausgefallen als erwartet/berechnet.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS		

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		Begründung:	
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☒	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.			
☐	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ¹ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
☐ Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
☒ Hernieoperation	80	0	0%(0)	2.3% (0.3-17)
☒ Dickdarm (Colon)	5	0	0%(0)	2010 fand keine Auswertung statt, da die Anzahl der Eingriffe zu tief war
☒ Kaiserschnitt (Sectio)	90	1	1.11% (0.1-4.5)	0% (0)
☐ Herzchirurgie			% ()	% ()
☐ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
☒ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen	21	0	0% (0)	2.94% (0.3-5.7)
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Bei der vorgegebenen Frist von Antibiotikumphylaxe kann das Spital Einsiedeln ein sehr gutes Resultat aufweisen.				
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

¹ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten², die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
☐ Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung:
☒ Ja , unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
1	In Prozent:	4.5%	Die Berner Fachhochschule konnte die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen. Die interne Auswertung ist bezgl. Aussagekraft der Behandlungs- und Pflegequalität differenzierter.
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	Ambulante Patienten Ein- bzw. austretende Patienten (Stichtag 08.11.2011) Säuglinge Kinder bis 18 Jahre Notfallstation	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		22	Anteil in Prozent 70.90%

² Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?					
☐ Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.			Begründung:		
☒ Ja , unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.					
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?					
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		☐ ...nur an folgenden Standorten:			
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:			
Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt / Rückverlegung			Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt		
1	In Prozent	4.5%	0	In Prozent:	0
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
Die Berner Fachhochschule konnte die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen. Die interne Auswertung ist bezgl. Aussagekraft der Behandlungs- und Pflegequalität differenzierter.					
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	Ambulante Patienten Ein- bzw. austretende Patienten (Stichtag 08.11.2011) Säuglinge Kinder bis 18 Jahre Notfallstation	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		22	Anteil in Prozent 70.9%

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		Begründung:
☒	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.61	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.47	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.31	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.50	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.77	0 = nie 10 = immer

☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
--------------------------	---

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut ☐ hcri AG ☒ MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut ☐ hcri AG ☐ ESOPÉ ☐ MECON measure & consult GmbH ☐ NPO PLUS ☐ Stevemarco sagl

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versandt, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten		222	
Anzahl der tatsächlich teilgenommenen Patienten		122	Rücklauf in Prozent 55%

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Jedes Ereignis, in dessen Folge ein Patient unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:		
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:		
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
32	12	19	Die 12 Behandlungsfälle betreffen ausschliesslich leichte Verletzungen; schwere Verletzungen konnten durch die konsequente Umsetzung des Sturzmanagement auf null reduziert werden. Der Benchmarking liegt im Durchschnitt zwischen 2.3 und 9 Stürzen auf 1000 Pflegetage (Enloe et al., 2005). Das Spital Einsiedeln zeigt einen Wert von 2.003 auf und liegt damit unter dem Benchmark. Präventionsmassnahmen werden individuell und interdisziplinär besprochen und eingeleitet.
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:		Spitalinternes Sturzkonzzept, angelehnt an das Konzept des Stadtspital Waid und der Stiftung Patientensicherheit
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle stationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	Kinder und Säuglinge selbstständige Patienten unter dem 65 Lebensjahr	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	930	Anteil in Prozent	58.21
Bemerkung	Alle relevanten Qualitätsindikatoren für Sturzereignisse werden eingehalten und umgesetzt. Ein interdisziplinäres Fachgremium wertet jährlich die Sturzereignisse aus und leitet auf evidenzbasierende Massnahmen ein.		

D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Alle Dekubiti, die eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes -in der Regel über knöchernen Vorsprüngen infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften -aufzeigen. Quelle: EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) und NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
6	5	Internationaler Wert: Die Prävalenz von Dekubiti im akutstationären Bereich variiert international von 7.9-20.5% . Spital Einsiedeln: Dekubitusrate während dem Spitalaufenthalt (Vergleich zu 1'000 Pflgetage): 2011: 0.55

☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Internes Dekubituskonzept Quelle: Gerlach et al (2008). Inzidenz und Risikoerfassung von Dekubitus Ergebnisse einer Qualitätsmessung des Verein Outcome in Schweizer Akutspitälern.
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	

		Mobilität: ist der Patient in der Mobilität stark eingeschränkt Aktivität: ist der Patient nur mässig aktiv
	Ausschlusskriterien	Patienten zur Kurzhospitalisation (2-3 Tage), Kurzeingriffe, Wochenbett und Schwangere
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	397	Anteil in Prozent 44.13
Bemerkung	Im Mai 2011 wurde das Dekubituskonzept flächendeckend im Spital Einsiedeln eingeführt. Aus diesem Grund sind von den ersten fünf Monaten keine Zahlen vorhanden	

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokardinfarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	A = seit 2006	B
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	B	
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A = 2007	B
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	B	
Minimal Dataset SGAR	A: Schweizer Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	A = 2000	B
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	B	
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	A = 2006	B
SIRIS (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C = ab 2012	B
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	B	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	B	
SGIM	A: Verein Komplikationenliste SGIM	A = 2006	B
Schweizerische Gesellschaft für invasive Schmerztherapie		A = 2007	B
SGNOR	A: Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin	A = 2007	B



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
IVR – Anerkennung	Rettungsdienst	2008	2008	Rezertifizierung 2013
Zertifikat NNPN („Peer Support“ – Einsatzorganisation in psychologischer Nothilfe)	Peerorganisation	2011	2011	NNPN (Nationales Netzwerk Psychologischer Nothilfe)

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Roomservice	Einführung Roomservice auf den Pflegestationen vom Spital Einsiedeln, abgekoppelt vom Pflegedienst	Hotellerie	Projektstart: April 11 Einführung: Mai 12
Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen Durch einen externen Mikrobiologen wird das ganze Spital einem ausführlichen mikrobiologischen Audit unterzogen.	Das Audit gibt Auskunft über unseren Hygienestandard im gesamten Spital. Anhand dieser Auswertung können gezielte Massnahmen erstellt oder überprüft werden.	Hygiene	Einmal Jährlich
Hygienerichtlinien Schulungen, Informationen	Neue Erkenntnisse werden den MA weitergegeben. Einheitliche Orientierung.	Hygiene	permanent
Prozessablauf Ausbildung	Erstellung des Prozessablauf für die verschiedenen Ausbildungen sowie Umsetzung	Alle Bereiche des Spitals, welche Ausbildung anbieten	Juni 2011 bis Dezember 2012
Einheitlicher Ablauf für Schnupperpraktikum in allen Bereichen	Die Schnupperpraktikums sind standardisiert durch ihren Ablauf und mit Dokumentation hinterlegt	Alle Bereiche des Spitals	Juni 2011 bis Juni 2012
Einheitliche Sprache in der Berufsbildung	Die Berufsbildner aller Berufe sprechen die gleiche Sprache in der Ausbildung der Lernenden. Sie kennen sich und nutzen Ressourcen	Pflege, Ökonomie, Technischer Dienst, Kaufmännischer Bereiche	November 2011 bis Dezember 2016
Konzept zur Qualitätssteigerung der Geburtshilfe	Attraktivität steigern, modernisieren	Wochenbett/GEBS	Februar 2011 bis Ende 2012
Anschaffung eines neuen Analysegerät	Erweiterung Analysenangebot Schilddrüsendiagnostik zusätzlich mit ft3 und ft4. Anämieabklärung	Labor im Fachbereich Immunologie	Ende März 2011

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
	Das neue Gerät ermöglicht einen hohen Probendurchsatz, einen erhöhten Arbeitsablauf mit effizientem Probenmanagement im Labor.		
Praktikumsangebot im Teilgebiete der Mikrobiologie	Die Teilgebiete umfassen folgende Einblicke: Ansatz von Probematerial Kultivierung mit versch. Medien, Identifizierung der Keime sowie Antibiotogramme. Beurteilung vom Befund bis zur Diagnose	Labor	Seit Oktober 2011
Qualitätssicherung	QRL (Qualitätssicherungsrichtlinien vom Labor & BSD über Fehlermeldungen / Abweichungen evaluiert und Verbesserungsmassnahmen werden getroffen	Labor / Blutspendedienst	permanent
Einführung der Mitarbeiterqualifikations- und fördergespräche	Regelmässige Beurteilung der MA	Gesamtspital	Bis 31.12.2012
MA - Absenzenstatistik	Kennzahlen-Vergleich	Gesamtspital	permanent
MA - Fluktuationsstatistik	Kennzahlen-Vergleich	Gesamtspital	permanent
Erstellung der Personalprozesse	Arbeitsoptimierung	Personaldienst Gesamtspital	Abgeschlossen 2011
Prävention von Behandlungskomplikationen	Die vorgeschlagenen Empfehlungen des Verein Komplikationenliste SGIM (VKL) werden durch Fachpersonen geprüft und laufend in unseren Prozessen, Richtlinien oder Standards adaptiert. Zudem werden die periodischen Berichte des VKL auf den Abteilungen aufgelegt und in den Fallbesprechungen miteinbezogen.	Klinik für Innere Medizin	permanent
Erstellung des Prozesses Sicherheit	Der Prozess Sicherheit soll die Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten vor Unfällen, Agenzien und Arbeitsschäden schützen.	Gesamtspital	Projektstart 2010 Projektende 2011
Prozess Zuweisung und Aufnahme	Stationärer oder ambulanter Patient ist aufgenommen. Kur / Rehabilitation /PH für elektiven Eintritt ist organisiert.	Gesamtspital	Start 2010 Ende 2011
Prozess Finanzen und Controlling	Finanzen sind geregelt und Controlling ist sichergestellt	Gesamtspital	Start 2011 Ende Frühjahr 2012

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
CIRS (Critical Incident Reporting System) Meldesystem	Das CIRS hilft eine Sicherheitskultur aufzubauen, in der es selbstverständlich ist, kritische Ereignisse standardisiert zu erfassen und zu analysieren. Die gewonnenen Erkenntnisse helfen die Qualität und Effizienz der Arbeit zu erhöhen.	Gesamtspital	Projektstart 2011 Projektende Frühjahr 2012
Palliative Care Medizin	Palliative Care beinhaltet die palliative Medizin, Pflege und Begleitung. Sie umfasst alle medizinischen Behandlungen, die pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und geistige Unterstützung kranker Menschen, die an einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung leiden. Ihr Ziel besteht darin, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Kranken und seiner Angehörigen zu sichern.	Innere Medizin	Projektstart 2010 Projektende Mitte 2012
Prozess Organisation der poststationären Behandlung und Austritt	Poststationäre Behandlung oder Austritt ist geregelt und Berichtswesen abgeschlossen	Gesamtspital	Projektstart 2011 Projektende Mitte 2012
Biosicherheitverantwortliche/r (BSO)	Die Biosicherheit hält sich an den gesetzlichen Richtlinien der ESV (Einschliessverordnung) und SAMV (Verordnung über den Schutz der Arbeitnehmenden vor Gefährdung durch Mikroorganismen). Diese dienen dazu, die Arbeitnehmenden sowie die Patienten gegen eine Infektion, Allergien oder toxische Wirkungen mit Mikroorganismen, einschliesslich Zellkulturen zu schützen.	Labor	Projektstart Februar 2012 Projektende Frühjahr 2012
Wundmanagement	Das Wundkonzept wird neu konzipiert und in Zusammenarbeit mit der Spitex vereinheitlicht. Ziel ist es eine peri- und posthospitalisierte patientengerechte Wundversorgung gewährleisten zu können.	Gesamtspital Spitex	Projektstart: Frühjahr 2011 Projektende: Ende 2012

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	Peerorganisationskonzept	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Gesunderhaltung der Mitarbeitenden	
Beschreibung	Baut auf den Säulen Prävention und Intervention auf	
Projektablauf / Methodik	Teilprojekt des Qualitätsmanagement	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen	
Projektevaluation / Konsequenzen	Dank der hohen Anforderungen und Qualität ist Einsiedeln das zweite Spital in der Schweiz, das seit August 2011 ein zertifizierter Anbieter von psychologischer Nothilfe ist. Das Zertifikat wird durch das Nationale Netzwerk Psychologische Nothilfe (www.nnpn.ch) ausgestellt. Wir könnten uns vorstellen, die Peer-Organisation auf vor- und nachgelagerte Institutionen im regionalen Umfeld auszuweiten. Wir denken da im Speziellen an den Verein WABE (Wachen und Begleiten von Strebenden, welcher allen Institutionen und betroffenen Personen kostenlos zur Verfügung steht) oder an die regionalen Pflege- und Altersheime sowie an die Spitexorganisationen.	
Weiterführende Unterlagen	www.spital-einsiedeln.ch	

Projekttitel	Umstellung Rechnungslegung auf Swiss GAAP FER	
Bereich	☐ internes Projekt	☒ X externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Einführung Swiss GAAP FER	
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik	Rechnungslegungsverordnung	
Einsatzgebiet	X mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Spital Lachen Spital Schwyz	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Rechnungswesen	
Projektevaluation / Konsequenzen	Rechnungslegung ab 2011 nach Swiss GAAP FER	
Weiterführende Unterlagen		

Das bedarfsgerechte Angebot, die sinnvolle Spezialisierung und die Bildung kooperativer Versorgungsnetze werden die zukünftige medizinische Versorgung der erweiterten Gesundheitsregion Einsiedeln gewährleisten.

Die Weiterentwicklung und Effizienzoptimierung unserer Behandlungsprozesse wird das zentrale Ziel der nächsten Jahre sein. Wir verpflichten uns zu einer patientenfreundlichen Arbeitsweise. Wir sind im regen Kontakt mit den Stakeholders und den Shareholders. Das ist die Grundvoraussetzung, um deren Anliegen und Wünsche kontinuierlich in die Prozessoptimierung einfließen zu lassen. Wir werden uns weiterhin über das Maß der gesetzlichen Qualitätsanforderungen hinaus zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten, unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie unserer Partner aktiv engagieren.