

Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2008

----- **Spitalregion Fürstenland Toggenburg** -----



Spitalregion Fürstenland Toggenburg
Spitäler Wattwil und Wil
Fürstenlandstrasse 32
9500 [Wil](#)

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Einleitung	3
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick	4
3.1	Kontaktangaben	4
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	4
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital	5
4	Kennzahlen	6
4.1	Versorgungsstufe	6
4.2	Personalressourcen	6
4.3	Fallzahlen	6
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	7
4.5	Top Ten-Diagnosen stationär	7
4.6	Top Ten-Eingriffe	8
4.7	Spezialitäten in der SRFT	8
4.8	Altersstatistik	9
4.9	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	10
4.10	Mortalitätszahlen	10
4.10.1	<i>Spitaleigene Mortalitätserhebung</i>	10
4.10.2	<i>Umgang mit Todesfällen im Spital</i>	10
5	Zufriedenheitsmessungen	11
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen	11
5.2	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	11
5.2.1	Gesamtzufriedenheitsmessung	11
5.2.2	Detaillierter Ausweis	11
5.3	Mitarbeiterzufriedenheit	12
5.3.1	<i>Gesamtzufriedenheit</i>	12
5.3.2	<i>Detaillierter Ausweis</i>	12
5.4	Zuweiserzufriedenheit	13
6	Qualitätsindikatoren	14
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	14
6.1.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation</i>	14
6.2	Infektionen	14
6.2.1	<i>Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ</i>	14
6.2.2	<i>Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen</i>	15
6.2.3	<i>Präventionsmassnahmen</i>	15
6.3	Komplikationen	15
6.3.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	15
6.3.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.
6.4	Pflegeindikator „Stürze“	Fehler! Textmarke nicht definiert.
6.4.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	16
6.4.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	16
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	17
6.5.1	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen</i>	17
6.5.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	17
7	Qualitätsaktivitäten	18
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	18
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	18
CIRS: Bearbeitung kritischer Zwischenfälle		18
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	19
8	Schlusswort und Ausblick	20
9	Ausgewählte Qualitätsprojekte	21
10	Individueller Anhang	22
10.1	Führungsstruktur der SRFT	22
11	Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge	23
11.1	Qualitätsmanagementstrategie	23
11.2	Erreichte Qualitätsziele im 2008	23
11.3	Qualitäts-Schwerpunkte im 2009	23

2 Einleitung

Die Spitalregion Fürstenland Toggenburg (SRFT) im Kanton St. Gallen setzt sich aus den Spitälern Wattwil und Wil zusammen. An beiden Standorten werden gesamthaft im Durchschnitt 179 Betten betrieben.

Die Spitäler gewährleisten die erweiterte Grundversorgung für ein Einzugsgebiet von rund 90'000 Personen.

Das höchste Ziel der SRFT, mit ihren ca. 700 Mitarbeitern¹, ist eine hohe Patientenzufriedenheit durch effiziente, effektive Leistungen zu erreichen. Ein optimales Aufwand-Nutzen-Verhältnis streben wir an, indem wir Qualitätsfördernde Massnahmen einleiten, die rasch zu sichtbaren Verbesserungen und Erleichterungen führen. Dadurch wird die Motivation für weitere Entwicklungsschritte und Massnahmen gefördert.

Dies erreichen wir durch die aktive Mithilfe aller Mitarbeiter in der Spitalregion Fürstenland Toggenburg. Unser Qualitätsmanagement lassen wir regelmässig durch die Stiftung sanaCERT Suisse überprüfen. Den Erfolg unserer stetigen kleinen Schritte sehen wir in den Resultaten bestätigt.

Der Bericht richtet sich hauptsächlich an potenzielle Patienten. Ihnen soll mit Hilfe dieses Berichts die Möglichkeit gegeben werden die Leistungen der SRFT und der ihr angehörender Spitäler besser beurteilen zu können.

Aus diesem Grunde bemühen wir uns soweit wie möglich auf Begriffe in Fachsprache zu verzichten.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine Doppelnennung der Geschlechter verzichtet. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gleichermassen gemeint.

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
René FIECHTER	071 914 61 11	info@srft.ch	Direktor
Judith WEILENMANN*	071 987 31 35	judith.weilenmann@srft.ch	Leiterin Qualitätsmanagement

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Titel, Vorname, NAME	Telefonnummer (Hauptnummer)	E-Mail (zentral)	Stellung / Tätigkeitsgebiet	Tätigkeits-% für Q-Bereich
René FIECHTER	071 914 61 11 oder	info@srft.ch	Direktor (CEO), Qualitätsverantwortlicher	5 %
Judith WEILENMANN	071 987 31 11 (gilt für alle aufgelisteten Personen)	(gilt für alle aufgelisteten Personen)	Leiterin Qualitätsmanagement, CIRS-Verantwortliche, Moderatorin QZ Schmerzbeh.	50 %
Claudia WUSSOW			Bereichsleit. OP-/Anäst.-Pfleger Stv. Leiterin Qualitätsman., Beschwerdeman.-Verantwortl.	30 %
Dr. Christoph GEISSLER			Stv. Ressortleiter OP/ Anästh., Mitglied der Q-Kommission	5 %
Magdalena HILFIKER, MSCN			Leiterin Pflegeentwicklung, Mitglied der Q-Kommission	10 %
Dr. Bernard KISTLER			Oberarzt Medizin Wattwil, Mitglied der Q-Kommission	5 %
Dr. Cécile LEIMGRUBER SCHENK			Stv. Ressortleitung Gyn./Geb. Mitglied der Q-Kommission	5 %
Petra SCHEIDE			Stv. Ressortleitung Chirurgie, Mitglied der Q-Kommission, Mitglied d. Hygienekommission	10 %
Rebecca GRÖLI			Dipl. Pflegefachfrau Chir. Wil, Beraterin Infektionsprävention und Hygiene	70 %
Dr. Hans BACHMANN			Leitender Arzt Geriatrie/PSA, Mitglied d. Hygienekommission	5 %
Dr. Matthias SCHLEGEL			Leiter Spitalhygiene KSSG, Mitglied Hygienekomm. SRFT	10 %
Hedi SCHMID			Dipl. Pflegefachfrau Med. WW, Moderatorin QZ Sturzvermeidung	10 %
Brigitte WÜST			Pflegeexpertin, Co-Moderatorin Sturzvermeidung	10 %
Dr. Andreas WITT			Oberarzt Chirurgie Wil, Moderator QZ Chirurgie	10 %
Doris RATHGEB			Leiterin Ressort Gyn./Geb. Moderatorin QZ Geburtshilfe	10 %

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Eingliederung des Qualitätsmanagements

siehe Führungsstruktur SRFT im Anhang

Qualitätskommission

Die Qualitätskommission tagt acht Mal pro Jahr. Den Vorsitz hat die Leiterin Qualitätsmanagement (QM). Mitglieder sind die stv. Leiterin QM, die Leiterin der Pflegeentwicklung und je ein Vertreter aus den Ressorts Chirurgie, Medizin, Gynäkologie / Geburtshilfe und OP / Anästhesie. Qualitätsthemen werden vorbereitet und Anträge an die Geschäftsleitung gestellt.

Hygienekommission

Die Hygienekommission trifft sich vier Mal jährlich zur Verabschiedung von Weisungen und Richtlinien. Sie legt auch die Jahresziele fest. Den Vorsitz hat die Leiterin des QM. Mitglieder sind die Beraterin für Infektionsprävention und Hygiene, die stv. Leiterin QM sowie je zwei weitere Mitglieder aus dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich. Den fachlichen Support bietet der Leiter der Spitalhygiene vom Kantonsspital St.Gallen.

Die Arbeitsgruppe „Hygiene“ erstellt Richtlinien und Weisungen, führt Schulungen durch und ist verantwortliche für Überprüfungen.

Qualitätszirkel

Zur Bearbeitung verschiedener Qualitätsthemen, resp. sanaCERT-Standards wurden Qualitätszirkel eingesetzt. Die Leitung jedes Qualitätszirkels (QZ) obliegt dem Moderator. Im zur Seite stehen vier bis sechs Personen aus verschiedenen Bereichen. Bei der Zusammensetzung der QZ legen wir grossen Wert darauf, dass Personen aus verschiedenen Berufsgruppen und Kliniken vertreten sind.

4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BfS		
<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 3 (K121): Grundversorgung	Betriebe mit 6000 - 9000 stationären Fällen

4.2 Personalressourcen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen und Details (Kader, Assistenten, Belegsärzte etc.)
Ärzte	58.5 Stellen	
Pflege	160.2 Stellen	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	107.1 Stellen	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie (nicht medizinisch)	93.8 Stellen	
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	108.4 Stellen	
Kommentar zu den Personalressourcen		
Insgesamt sind ca. 700 Personen mit 528.0 Vollzeitäquivalenten in der SRFT beschäftigt.		

4.3 Fallzahlen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Alter	Anzahl stationäre Fälle			Anzahl teilstationäre und ambulante Fälle			Bemerkungen
		0-17	18-65	66 -	0-17	18-65	66 -	
Medizin		45	1250	1427				
Chirurgie		351	1981	1065				
Gynäkologie & Geburtshilfe		721	1009	24				inkl. Säuglinge
Geriatric		---	9	220				
Alkoholkurzzeit-Therapie		---	152	10				
Gesamt		1117	4401	2746				
Kommentar zu den Fallzahlen								
Die Anzahl der teilstationären und ambulanten Fälle kann für das Jahr 2008 noch nicht publiziert werden.								

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen
Pflegetage	62'274 Tage	inkl. Säuglinge
durchschnittliche Aufenthaltsdauer (excl. Geriatrie & Alkoholkurzzeittherapie = PSA)	6,87 Tage	siehe Kommentar
durchschnittliche Aufenthaltsdauer (incl. Geriatrie & Alkoholkurzzeittherapie = PSA)	8,08 Tage	siehe Kommentar
Geburten (stationär und ambulant)	715	nur in Wil
Operationen stationär	3430	Wattwil + Wil zusammen
Operationen ambulant und teilstationär	1832	Wattwil + Wil zusammen

Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im **Aktbereich** (Kliniken Medizin, Chirurgie und Gynäkologie & Geburtshilfe) beträgt **6,87 Tage**. In der Geriatrie liegt sie um einige Tage höher. Die Alkoholkurzzeittherapie ist fix auf 24 Tage festgelegt. Deshalb beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer inkl. Geriatrie & Alkoholkurzzeittherapie 8,08 Tage.

4.5 Top Ten-Diagnosen stationär

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen [%]	Beschreibung: ICD ausgeschrieben

Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär

Die Top Ten-Diagnosen werden nächstens aufgeführt.

4.6 Top Ten-Eingriffe

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Rang	Anzahl Eingriffe	Anteil an stationären Fällen [%]	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen
Die Top Ten-Eingriffe werden nächstens aufgeführt.

4.7 Spezialitäten in der SRFT

Spital	Beschreibung
Wattwil	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrie
Wattwil	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholkurzzeittherapie
Wil + Wattwil	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie der ableitenden Harnwege (Urologie)
Wil	<ul style="list-style-type: none"> • Handchirurgie - meist ambulant
Wil + Wattwil	<ul style="list-style-type: none"> • Ohren-, Nasen-, Hals-Chirurgie (ORL)
Wattwil	<ul style="list-style-type: none"> • Schiel-Operationen (Augen) - häufig ambulant

Kommentar zu den Spezialitäten in der SRFT
<p>Zusätzlich zu den häufigsten Diagnosen und Eingriffen, die in jedem Spital der Grundversorgung in ähnlicher Rangierung zu finden sind, bieten die Spitäler Wattwil und Wil einige Spezialitäten an. Möglicherweise ist gerade dies für potenzielle Patientinnen und Patienten interessant zu wissen. Einige dieser Eingriffe werden vorwiegend ambulant durchgeführt und erscheinen auch deshalb nicht unter den Top TEN. Deshalb ergänzen wir die Liste mit einigen Spezialitäten, die wir besonders pflegen.</p>

4.8 Altersstatistik

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Kategorie	Alter	Anzahl männliche Patienten ♂	Anzahl weibliche Patientinnen ♀
1	0 bis 1	369	360
2	2 bis 4	14	10
3	5 bis 9	42	33
4	10 bis 14	69	58
5	15 bis 19	158	154
6	20 bis 24	144	259
7	25 bis 29	120	417
8	30 bis 34	118	367
9	35 bis 39	144	244
10	40 bis 44	224	208
11	45 bis 49	240	186
12	50 bis 54	269	228
13	55 bis 59	283	218
14	60 bis 64	277	207
15	65 bis 69	288	253
16	70 bis 74	243	274
17	75 bis 79	279	327
18	80 bis 84	241	345
19	85 bis 89	158	250
20	90 bis 94	55	103
21	95 und älter	11	17
Gesamt		3746	4518

4.9 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	0,7767 nach APDRG Version 5.1, (incl Säuglinge, Geriatrie und Alkoholkurzzeittherapie / PSA)
Definition des Case-Mix-Index	Durchschnittlicher Schweregrad
Notfallstation	<input checked="" type="checkbox"/> mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste <input type="checkbox"/> ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	4089	
Notfälle ambulant und teilstationär	6588	
Fälle Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	---	
Fälle Kinder-Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	---	
Austritte nach Hause	6347	
Verlegungen in ein anderes Spital	382	
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	636	
Kommentar zu den Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives		
kein Kommentar		

4.10 Mortalitätszahlen

4.10.1 Spitaleigene Mortalitätserhebung

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Resultate
131 Patienten
Kommentar
kein Kommentar

4.10.2 Umgang mit Todesfällen im Spital

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital besitzt kein Begleitangebot zum Sterbeprozess
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital besitzt ein Begleitangebot zum Sterbeprozess
	Beschreibung des Begleitangebotes
	<ul style="list-style-type: none"> Ein interprofessionelles Team von Spezialisten ist für die palliative Betreuung der Patienten zuständig. Zur individuellen Betreuung der Patienten während ihrem letzten Lebensabschnitt gehören die Begleitung und Betreuung der Angehörigen gleichermassen dazu. Wer dies wünscht, kann rund um die Uhr beim Sterbenden bleiben. Übernachtungsangebote stehen zur Verfügung. Auch Seelsorge durch einen Pfarrer aus der näheren Umgebung ist jederzeit möglich. Patientenverfügungen werden im Rahmen des Möglichen berücksichtigt.

5 Zufriedenheitsmessungen

5.1 Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen

Name des Anbieters	Entwicklung	Name Messinstrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Verein Outcome	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	PEQ Kurzfragebogen			Juli 2009 – Okt. 2009	Erstmals Messung mit PEQ-Kurzfragebogen
Kommentar						
Die Patientenzufriedenheit mit dem PEQ-Kurzfragebogen wird im Jahr 2009 kantonsweit nach den Vorgaben des IVQ (Interkantonaler Verein für Qualitätssicherung und -förderung in den Spitälern) in allen Spitälern gemessen werden. Der Kanton St.Gallen hat einen Beauftragten für die kantonsweiten Messungen bestimmt (Leiter Abteilung Qualitätsmanagement KSSG).						

5.2 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON measure & consult GmbH	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	schriftliche Patientenbefragung	Vollerhebung mit standardisiertem Fragebogen	April 2008 - Aug. 2008	3 – 4 jährlich	Rücklaufquote: 46,5 %
Kommentar						
Die Zufriedenheit der stationären Patienten wird regelmässig durch die externe, unabhängige Firma MECON measure & consult GmbH erhoben. Dazu wird ein standardisierter und anerkannter Fragebogen eingesetzt. Von April bis August 2008 wurden knapp 2'000 Fragebogen an die Patienten abgegeben. Die Befragung zeigt auf, wie die Patienten den Spitalaufenthalt erlebt haben. Die generelle Zufriedenheit der Patienten wird mit der folgenden Frage erhoben:						

5.2.1 Gesamtzufriedenheitsmessung

Gesamtzufriedenheit aufgrund der Frage: Würden Sie Ihren Freunden das Spital empfehlen?	Wert [%]	Bemerkungen
	81,2 %	Ja, auf jeden Fall
	17,4 %	Ja, wahrscheinlich
	1,5 %	Nein, eher nicht

5.2.2 Detaillierter Ausweis

Der Fragebogen enthält **Fragen zu allen wichtigen Bereichen** im Zusammenhang mit dem Spitalaufenthalt der Patienten.

Da die gleiche Befragung unter standardisierten Bedingungen an vielen Schweizer Spitälern durchgeführt wurde, ist ein Vergleich der Resultate mit diesen Spitälern möglich. Die Erhebung liefert somit wertvolle Informationen, wo das Spital **im Vergleich (Benchmark) zu anderen Spitälern** steht.

Für die Auswertung der Befragung wird aus den Antworten der Patienten ein **Index** berechnet der von **0 Punkte** (alle Patienten geben die **schlechteste Antwort**) bis **100 Punkte** (alle Patienten geben die **beste Antwort**) reicht. Es wurden die folgenden Resultate erzielt:

Resultate		
Bereich	Wert [Index]	Vergleich zwischen 61 Akutspitälern
Total über alle 32 Fragen	86.9 Punkte	Mittelwert aller Spitäler: 87.0 Punkte
Bereich Ärzte (7 Fragen)	88.7 Punkte	Mittelwert aller Spitäler: 89.1 Punkte
Bereich Pflege (7Fragen)	89.0 Punkte	Mittelwert aller Spitäler: 87.4 Punkte
Bereich Organisation (7 Fragen)	84.2 Punkte	Mittelwert aller Spitäler: 83.5 Punkte
Bereich Essen (3 Fragen)	82.6 Punkte	Mittelwert aller Spitäler: 84.7 Punkte
Bereich Wohnen (3 Fragen)	81.3 Punkte	Mittelwert aller Spitäler: 85.9 Punkte
Bereich Öffentliche Infrastruktur (5 Fragen)	85.4 Punkte	Mittelwert aller Spitäler: 86.2 Punkte
Kommentar		
Die Resultate der Patientenbefragung sind wichtige Kennzahlen für das Qualitätsmanagement und bilden eine Grundlage zur stetigen Verbesserung der Dienstleistungen des Spitals. Die Wirkung getroffener Massnahmen kann in der nächstfolgenden Patientenbefragung überprüft werden.		

5.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwick- lung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess- Methode	Datum letzte Messung	Mess- periodizität	Bemerkungen
MECON	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	schriftliche Mitarbeiterbefragung	Vollerhebung mit standardisiertem Fragebogen	Juni 2008	---	Rücklaufquote: 66 %

5.3.1 Gesamtzufriedenheit

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit Ihrer derzeitigen Arbeitssituation?	eher bis sehr zufrieden	65%
	mittlere Zufriedenheit	23%
	eher bis sehr unzufrieden	12%

5.3.2 Detaillierter Ausweis

Resultate		
Berufsgruppen	Wert [Index]	Bemerkungen
Gesamtinstitution	61.5 Punkte	---
nur Ärzte	60.3 Punkte	---
nur Pflegepersonal	61.0 Punkte	---
nur Therapeuten	61.3 Punkte	---
nur med.-technisches Personal	58.3 Punkte	---
nur Hauswirtschaftspersonal	58.9 Punkte	---
nur Verwaltung	69.9 Punkte	---
Kommentar		
<p>Der Fragebogen enthält Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Bereichen. Aus den Antworten wird ein Index berechnet, der von 0 Punkte (alle Mitarbeitenden geben die schlechteste Antwort) bis 100 Punkte (alle Mitarbeitenden geben die beste Antwort) reicht.</p> <p>Qualifizierte und motivierte Mitarbeitende sind der Schlüssel für eine gute Betreuung der Patienten. Es ist deshalb entscheidend, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu kennen. Die Resultate der Mitarbeiterbefragung sind wichtige Kennzahlen für das Qualitätsmanagement und bilden eine Grundlage zur stetigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Mitarbeitenden.</p>		

5.4 Zuweiserzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Intern	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	schriftliche Zuweiserbefragung	Vollerhebung mit standardisiertem Fragebogen	Juni 2007	4 - 5 jährlich	Rücklaufquote: 47,35 %
Kommentar						
<p>Im Juni 2007 wurde allen Zuweisern der Spitalregion Fürstenland Toggenburg ein umfangreicher Fragebogen zugestellt. Er enthielt Fragen zur Zufriedenheit ganz allgemein mit den beiden Spitälern Wattwil und Wil. Die Zuweiser konnten auch Rückmeldungen geben zu den einzelnen Kliniken der Spitalregion Fürstenland Toggenburg.</p> <p>Die nachfolgenden Werte zeigen die Zufriedenheit der Zuweiser mit den beiden Spitälern Wattwil und Wil. Die detaillierten Resultate der einzelnen Kliniken können hier nicht abgebildet werden.</p> <p>Zumal es sich um eine interne Befragung handelt, können keine Vergleichswerte anderer Spitäler angegeben werden.</p>						

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Organisation	76.6 %	Fortbildungsangebote, Telefonlisten, Zusammenarbeit
Leistungsspektrum	80.2 %	Fachliches Angebot, Diagnosemöglichkeiten, ambulante Dienste
Patientenbetreuung	74.7 %	Patienten gut aufgeklärt, gut vorbereitet auf Entlassung
Gesamtinstitution	83.0 %	Allgemeine Zufriedenheit mit Wattwil und Wil, Behandlungsangebot in der SRFT
Kommentar		
siehe oben		

6 Qualitätsindikatoren

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Beteiligung an Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert		2008	01.01.2008 - 31.12.2008	Rehospitalisation innert 10 Tagen

Resultate

- Anzahl Austritte = **8264**
- Anzahl Wiedereintritte innert 10 Tagen = **147**
- **Rehospitalisationsrate = 1.8 %**

Kommentar

Die Rehospitalisationsrate bezieht sich in der SRFT auf **die ersten 10 Tage**.

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht am Messprogramm von SwissNOSO
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich am Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen (3 aus 8)

	Messthemen	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Gallenblase		
<input type="checkbox"/>	Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/>	Hernieoperation		
<input checked="" type="checkbox"/>	Operation am Dickdarm		Messungen im Jahr 2009
<input checked="" type="checkbox"/>	Kaiserschnitt		Messungen im Jahr 2009
<input type="checkbox"/>	Herzchirurgie		
<input checked="" type="checkbox"/>	Hüftgelenksprothesen		Messungen im Jahr 2009
<input type="checkbox"/>	Kniegelenksprothesen		

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Infektionen
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Infektionen:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
Swiss Noso	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Prävalenzstudie (siehe Resultate)	2004	---	siehe Kommentar

Resultate

0,0 % / Erfassung an einem von Swiss NOSO definierten Stichtag.

Kommentar

Es liegen keine aktuellen Messwerte vor; die nächste Messung ist für 2009 geplant.

6.2.3 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:	
<ul style="list-style-type: none"> Die wichtigste Massnahme zur Verhütung von nosokomialen Infekten (im Spital erworbene Infekte) ist eine korrekte Händedesinfektion zum richtigen Zeitpunkt. Beteiligung an der Nationalen Händehygienekampagne mit Swiss NOSO, 2005 - 2007: <ul style="list-style-type: none"> Erfassung und Überprüfung der korrekten Händehygiene bei Mitarbeitenden Durchführung von Schulungen bei allen Mitarbeitenden 	

6.3 Komplikationen

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen
Begriffsdefinition „Komplikation“	Jeder ausserordentliche Verlauf wird in der SRFT als Komplikation definiert.

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
s. Kommentar	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	siehe Kommentar	laufend	laufend	

Resultate

Umfassende Resultate sind vorhanden.

Kommentar

Die Klinik für innere Medizin in Wattwil beteiligt sich an der Komplikationserfassung der SGIM (Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin = ehemals Sträubli-Studie).
Die Klinik für Chirurgie und Orthopädie der SRFT ist Mitglied der AQC (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie).
Die Frauenklinik ist Mitglied der AFS (Arbeitsgemeinschaft der Frauenkliniken der Schweiz).
Alle Komplikationen werden routinemässig erfasst, jährlich ausgewertet und mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen.

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze	
	Begriffsdefinition „Sturz“	Als Sturz gilt „jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf den Boden oder auf eine tiefere Ebene zu liegen kommt“ (Schiemann, 2006).

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	siehe Kommentar	2008	01.01.2008 - 31.12.2008	Vollständige Erfassung

Resultate

- **Sturzrate** = Anzahl Stürze pro 100 Pflgetage = **5,5 Stürze / 1000 Pflgetage**
- **Verletzungsindex** = Anzahl mittlere und schwere Verletzungen pro Anzahl Stürze = **18,0 %**
- **Frakturindex** = Anzahl durch Sturz zugezogene Frakturen pro Anzahl Stürze = **0,6 %**

Kommentar

In der SRFT werden alle Stürze seit 2004 systematisch mit einem betriebsinternen Messinstrument erfasst und ausgewertet.
 Die systematische Risikoerfassung erfolgt nach Morse, ebenso die Einteilung in leichte, mittlere und schwere Verletzungen (Morse 1988).
 Die Gesamtanalyse der Stürze 2008 sowie die interdisziplinäre Richtlinie Sturz mit den Präventionsmassnahmen können unter www.srft.ch Fachbereich Pflege/Pflegeentwicklung abgerufen werden.

6.4.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Auszug aus dem Konzept „Sturzprävention“ <ul style="list-style-type: none"> • Das Sturzpräventionsprogramm umfasst drei strategische Elemente: Sturzrisikoeinschätzung, gezielte Interventionen und Sturzerfassung. • Sturzrisikoerfassung und Interventionsprotokoll Die Morseskala dient dem Erfassen des Sturzrisikos, daraus können mit Hilfe des Interventionsprotokolls den Risikofaktoren entsprechende Sicherheits- und Präventionsmassnahmen abgeleitet werden.

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Dekubitus:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Punktprävalenzuntersuchung nach EPUAP, Risikoerfassung mittels Bradenskala (siehe Kommentar)	2008	01.07.2008 - 31.12.2008	

Resultate

Untersucht wurde das Vorkommen von Dekubiti bei insgesamt 1029 Patienten.
 Bei 25 Patienten wurden Dekubiti gemeldet.
 Dies entspricht einer **Dekubitusprävalenz von 2,4 %**

Kommentar

Die SRFT hat ein betriebsinternes Messinstrument zur Erfassung der Dekubitusprävalenz (Häufigkeit der Druckgeschwüre) entwickelt. Gemessen wurde im Rahmen einer Punktprävalenzuntersuchung an sechs über das Jahr verteilten Tagen. Erfasst werden alle Dekubiti Grad 1- 4 nach der Einteilung von EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel).
 Die systematische Risikoerfassung erfolgt mit der Bradenskala.

6.5.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Die Gesamtanalyse der Dekubituserfassung sowie das Dekubituskonzept mit den Präventionsmassnahmen können unter www.srft.ch Fachbereich Pflege/Pflegeentwicklung abgerufen werden.

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Ganzer Betrieb	sanaCERT Suisse	2003	2006	Überwachungsaudit 08
Alkoholkurzzeittherapie	QuaTheDA, SQS	2001	2007	Überwachungsaudit 08
Rettungsdienst	IVQ-Anerkennung	2001	2006	
Geburtshilfe	UNICEF-Anerkennung „Babyfreundliche Klinik“	2003	----	„Re-Anerkennung“ 2009
Blutspende	Bewilligungsverordnung AMBV	2005	2008	Jährliche Überprüfung
Labor	QUALAB, KBMAL-Kriterien	2005	2008	Jährliche Überprüfung
Radiologie	Bewilligung durch BAG, Strahlenschutzgesetz	2003	2008	Jährliche Überprüfung
Kommentare				
In verschiedenen Teilbereichen finden regelmässig amtliche Kontrollen statt. Die Liste der amtlichen Kontrollen kann unter www.srft.ch Qualitätsmanagement abgerufen werden.				

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Ganzer Betrieb	CIRS: Bearbeitung kritischer Zwischenfälle	Fehler vermeiden und Mängel im System erkennen und verbessern	A = vollständiger PDCA-Zyklus*
Ganzer Betrieb	Beschwerdemanagement	Hohe Zufriedenheit der Patienten; Ernst nehmen und Bearbeiten von Reklamationen	A = vollständiger PDCA-Zyklus*
Ganzer Betrieb	Care Team „chronische Wunden“	Patienten mit chronischen Wunden werden von Spezialisten kompetent betreut	A = vollständiger PDCA-Zyklus*
Ganzer Betrieb	Care Team „Diabetes mellitus“ (= „Zuckerkrankheit“)	Patienten mit Diabetes mellitus werden von Spezialisten kompetent betreut	A = vollständiger PDCA-Zyklus*
Kommentare			
*PDCA-Zyklus bedeutet: Plan - Do - Check - Act , was gleichbedeutend ist mit Planen - Umsetzen - Überprüfen - neue Massnahmen planen und umsetzen.			

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Geburtshilfe	Austrittsplanung im Wochenbett	Die Austrittsplanung bei den Wöchnerinnen ist institutionalisiert	2006 bis 2008
Chirurgie	Stationsmanual Chirurgie	Einheitliche Behandlung und Betreuung der chirurgischen Patienten in der SRFT	2007 bis 2008
Ganzer Betrieb	Patienten Management System (PMS)	Einführung eines einheitlichen, integrierten, medizinisch-pflegerischen, elektronischen Patienten Management Systems	2007 bis 2012
Ganzer Betrieb	Schmerzbehandlung	Moderne, rasche, effiziente Schmerzbehandlung für alle Patienten	2007 bis 2009
Medizin, Geriatrie und Chirurgie	Palliative Care Team	Fachkompetente Unterstützung von Pflegenden und Ärzten zu Fragen der Palliativ Care	2008 bis 2010
Ganzer Betrieb	Leitbild-Entwicklung	Die SRFT verfügt über ein aktuelles, gelebtes Leitbild.	2008 bis 2010
Kommentare			
Einige Qualitätsprojekte wurden in den Jahren 2006/07 abgeschlossen. Regelmässige Überprüfungen und allfällige Massnahmen werden systematisch durchgeführt.			

→ Eine Auswahl von zwei vollständig dokumentierten Qualitätsprojekten ist im Anhang beschrieben.

8 Schlusswort und Ausblick

Im Jahre 2008 erarbeitete die Geschäftsleitung der SRFT ein neues Leitbild. Um eine hohe Identifikation mit dem neuen Leitbild erreichen zu können, wurden Mitarbeiter aller Berufsgruppen in den Bearbeitungsprozess miteinbezogen. Das Leitbild wird 2009 eingeführt. Erste Massnahmen werden erarbeitet und umgesetzt.

Die in der Einleitung erwähnte Überprüfung und Zertifizierung durch die Stiftung sanaCERT Suisse wird im Herbst 2009 durch ein Re-Zertifizierungs-Audit erneuert. In diesem Zusammenhang wird in allen Qualitätsprojekten intensiv gearbeitet.

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

9 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der **zwei wichtigsten, abgeschlossenen** Qualitätsprojekte

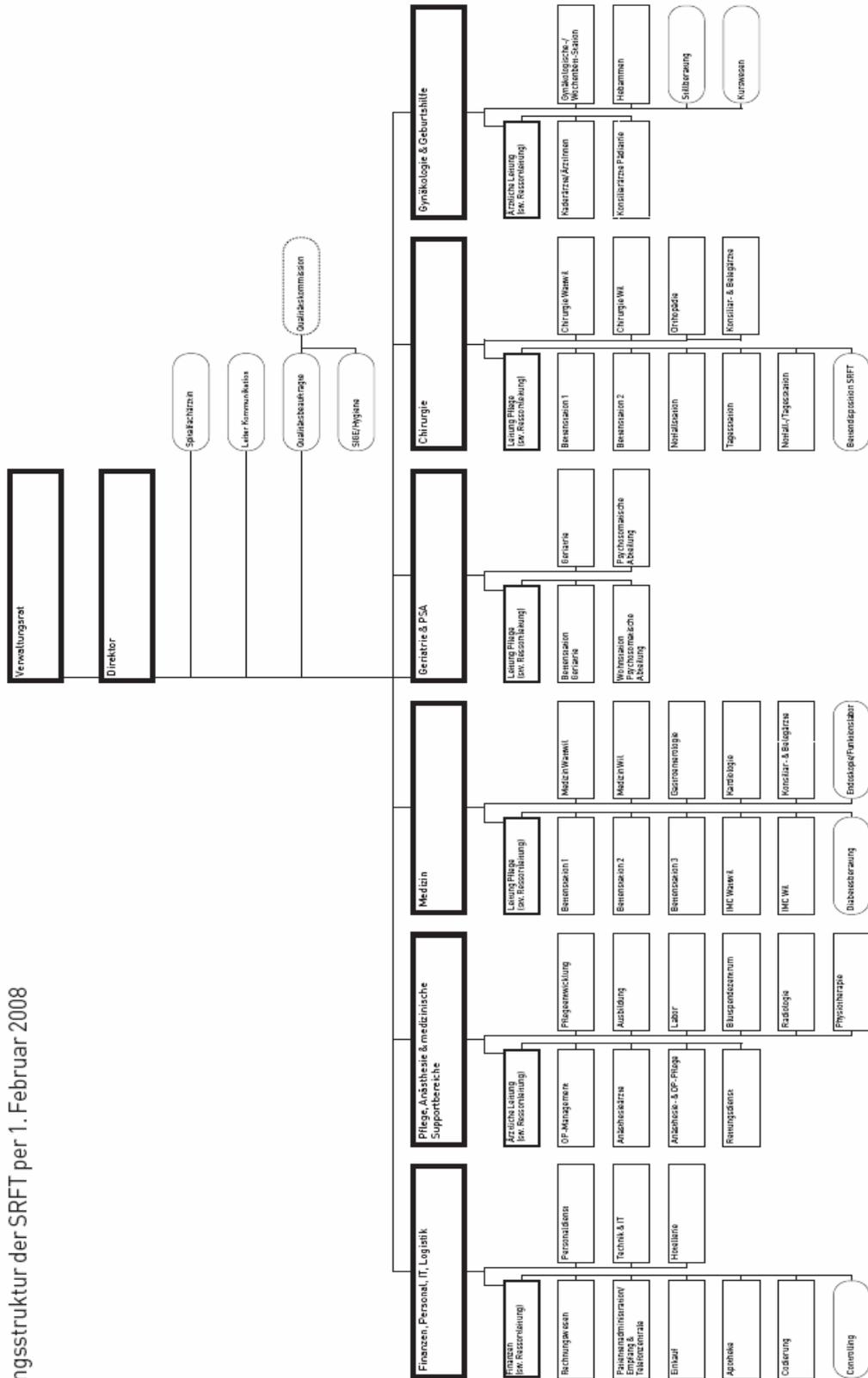
Projekttitlel	Beschwerdemanagement, resp. Feedback-Management	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziele	<ul style="list-style-type: none"> - Geregelter Vorgehensweise im Umgang mit Beschwerden - Aus den Beschwerden resultierende Massnahmen sind überprüft, dokumentiert und Konsequenzen abgeleitet - Patienten und Angehörige sind über die Möglichkeit, Beschwerden anzubringen, informiert 	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	<ul style="list-style-type: none"> - Steigerung der Patientenzufriedenheit - Ruf der SRFT in der Öffentlichkeit wird positiv beeinflusst - Verbesserungspotenziale werden erfasst und umgesetzt 	
Projekttablauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung eines Konzeptes „Beschwerdemanagement“ - Gestaltung und Druck von Beschwerdeformularen - Schulung aller Mitarbeitenden 	
Projektergebnisse	- Umsetzung im Betrieb verlief planmässig und problemlos	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input checked="" 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	Ärzte, Pflegefachpersonen, Personen aus den medizin-therapeutischen und medizin-technischen Bereichen, Sekretariate	
Projektelevaluation / Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> - Bei der ersten Evaluation wurde festgestellt, dass Unklarheiten vorhanden waren betr. Benachrichtigung der Beschwerdeführer innerhalb von 4 Wochen und Zuständigkeiten für Verbesserungsmaßnahmen. - Die Zuständigkeiten wurden klar geregelt und schriftlich festgehalten, was unmittelbar zum Erfolg führte bei der Benachrichtigung der Beschwerdeführer sowie bei der Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen. 	
Weiterführende Unterlagen	Konzept Beschwerdemanagement SRFT	

Projekttitlel	Prozessorientiertes QM - Handbuch für die PSA (Psychosomatische Abteilung)	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Die QM-Dokumentation für die PSA ist prozessorientiert aufgebaut und umgesetzt.	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	<ul style="list-style-type: none"> - Übersichtliche Darstellung aller Prozesse der Psychosomatischen Abteilung, resp. der Alkoholkurzzeittherapie am Spital Wattwil - Neue Mitarbeitende erlangen in kürzester Zeit einen guten Überblick 	
Projekttablauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - Bestehendes, Konzeptorientiertes QM - Handbuch überprüfen und neu gestalten. - Evaluation und Anschaffung einer Software für die QM - Dokumentation 	
Projektergebnisse	- Die neuen Mitarbeiter der PSA fanden sich im neuen QM - Handbuch gut zurecht.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? → Spital Wattwil	
	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? → Psychosomatische Abteilung, Alkoholkurzzeittherapie	
Involvierte Berufsgruppen	Leitung und Therapeuten der PSA, Leitender Arzt der PSA, Leiterin QM	
Projektelevaluation / Konsequenzen	- Mit dem neuen Leiter der PSA und der eingeleiteten Organisationsentwicklung wurden etliche Prozesse verändert. Das QM - Handbuch wird dementsprechend angepasst.	
Weiterführende Unterlagen	QM - Handbuch der PSA	

10 Individueller Anhang

10.1 Führungsstruktur der SRFT

Führungsstruktur der SRFT per 1. Februar 2008



11 Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge

11.1 Qualitätsmanagement der SRFT

Auszug aus dem Internet der SRFT:

Warum benötigen wir ein Qualitätsmanagement?

Qualität ist ein zentrales Anliegen in der Spitalregion Fürstenland Toggenburg. Durch regelmässiges Messen und Vergleichen unserer Resultate mit denen anderer Kliniken erkennen wir unsere Stärken und Verbesserungspotenziale. Daraus resultieren wichtige Neuerungen und Fortschritte in der Behandlung und Betreuung, bei Abläufen und Strukturen.

Was wollen wir damit erreichen?

Unser höchstes Ziel ist es, eine hohe Patientenzufriedenheit durch effiziente, effektive Leistungen zu erreichen. Wir streben ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis an, indem wir Qualitätsfördernde Massnahmen einleiten, die rasch zu sichtbaren Verbesserungen und Erleichterungen führen.

Wie können wir die Qualität verbessern?

Resultate werden auf oberster Ebene besprochen und bewertet, Verbesserungspotenziale erfasst, Massnahmen erarbeitet und umgesetzt. Mit unserer Philosophie der „stetigen kleinen Schritte“ gelingt es uns, die Qualität unserer Leistungen nachhaltig zu optimieren.

Wie wird unser Qualitätsmanagement überprüft?

Unser Qualitätsmanagement lassen wir regelmässig durch interne Auditoren und durch externe Fachpersonen der Stiftung sanaCERT Suisse überprüfen.

Ingesamt ist die Qualität der erbrachten Leistungen im objektiven Vergleich zu andern, ähnlich gelagerten Spitälern sehr gut. Dies freut uns und ist für uns ein Ansporn, den eingeschlagenen Weg weiter zu verfolgen, vorhandene Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen.

11.2 Erreichte Qualitätsziele im 2008

Die für 2008 festgelegten, übergeordneten Ziele konnten erreicht werden.

- Erfolgreiche Re-Zertifizierung der Alkoholkurzzeittherapie (PSA)
- Das 2007 institutionalisierte Konzept Beschwerdemanagement wurde überprüft, Massnahmen abgeleitet und umgesetzt.
- Die Mitarbeiterzufriedenheit wurde mit MECON erhoben und die Resultate analysiert.
- Die Patientenzufriedenheit bei stationären Patienten wurde mit MECON erhoben und die Resultate analysiert.

11.3 Qualitäts-Schwerpunkte im 2009

Die Spitalregion Fürstenland Toggenburg ist bestrebt, das erreichte hohe Niveau zu erhalten und stetig zu verbessern.

Für 2009 setzen wir uns folgende Ziele:

- Einleitung von Massnahmen zur Steigerung der Gesamtzufriedenheit bei Patienten
- Einleitung von Massnahmen zur Steigerung der Gesamtzufriedenheit bei Mitarbeitenden
- Erfassung der nosokomialen Infekte, Resultat gleich oder besser als CH-Durchschnitt
- Beibehaltung der tiefen Verletzungsrate (unter CH-Durchschnitt) bei Stürzen von Patienten
- optimales Schmerzmanagement
- Erfolgreiche Re-Zertifizierung mit sanaCERT Suisse im November 2009