



SPITAL LINTH

Spital Linth
Gasterstrasse 25
8730 Uznach



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

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 Spitalern 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	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	2
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	3
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
	C1 Angebotsübersicht.....	4
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	6
D	Qualitätsmessungen	7
	D1 Zufriedenheitsmessungen	7
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	8
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	8
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	9
	D2 ANQ-Indikatoren.....	10
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	11
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	12
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	13
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	14
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	16
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	18
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	19
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	19
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	20
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	21
F	Schlusswort und Ausblick	22
G	Anhänge.....	23

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

Sehr geehrte Leserinnen und Leser

Im Jahr 2007 hat das Spital Linth den ersten Qualitätsbericht verfasst und veröffentlicht. Es ist uns ein Anliegen, die Angaben zu unserer Qualität transparent und damit so weit möglich vergleichbar zu machen. Mit diesem Qualitätsbericht für das Jahr 2011 erlangen Sie einen umfassenden Einblick in die Leistungsfähigkeit des Spital Linth.

Die dargelegten Kenn- und Leistungszahlen informieren Sie über unsere medizinische Kompetenz und Versorgungsschwerpunkte. Das Spital Linth ist das Fundament der Gesundheitsversorgung im Linthgebiet.

Im Spital Linth ist das Qualitätsmanagement seit 2003 etabliert. Als erstes Spital der Schweiz haben wir unser Qualitätsmanagementsystem 2003 durch die Stiftung sanaCERT Suisse zertifizieren lassen und erhielten eine ausgezeichnete Gesamtbeurteilung.

Unser Qualitätsmanagement verbindet in zunehmendem Mass die gesetzlichen Anforderungen mit einer verstärkten Kultur der Sicherheit in den Behandlungs- und des Arbeitsprozessen. Qualitätsarbeit bedeutet für uns einen fortlaufenden Prozess zu befolgen. Qualität ist umfassend und gelingt nur, wenn wir gemeinsam daran arbeiten.

Uznach, im Mai 2012

Spital Linth Uznach

Geschäftsleitung

Dr. med. Urs Graf
Spitaldirektor

Stephan Bärlocher
Verwaltungsleiter

Dr. med. Johannes Keel
Ärztlicher Leiter

Hans Jürgen Franzke
Pflegedienstleiter

Jeanette Mathis
Leitung MT Bereiche

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Das Qualitätsmanagement des Spital Linth basiert auf dem Leitbild des Spital Linth in dem der Patient im Mittelpunkt steht. Wir sind bestrebt unsere Prozesse immer wieder zu überprüfen und zu verbessern, so dass eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung im ganzen Spital stattfinden kann.

Mit dem Qualitätsmanagement werden vor allem zwei Ziele verfolgt:

- Verbesserung der Patientenversorgung
- Effiziente und effektive Leistungserbringung

Alle Mitarbeiter sind an der kontinuierlichen Verbesserung beteiligt und tragen Mitverantwortung für das Erreichen der gesetzten Ziele.

Strukturqualität: Gut qualifiziertes, erfahrenes und zufriedenes Personal, saubere und ansprechende Gebäude und Einrichtungen.

Prozessqualität: Höfliche und freundliche Behandlung durch das Personal, die richtige Menge an Information zu jedem Behandlungszeitpunkt, keine unnötigen Schmerzen, im Bedarfsfall schneller Service, korrekte Diagnose, vorschriftsmässige Durchführung der Verfahren, rasche unterstützende Dienstleistungen, gute Kommunikation, Transparenz und Zusammenarbeit über die Grenzen des eigenen Fachgebietes hinaus.

Ergebnisqualität: Verminderung oder Vermeidung von Schmerzen, schnelle Rückkehr in den Alltag, niedrigste Kosten pro Patient, Patientenzufriedenheit, Steigerung der Wirtschaftlichkeit.

Vorgehensweise

Im Rahmen der Stiftung sanaCERT Suisse werden 8 Standards definiert und bearbeitet. Die Geschäftsleitung wählt periodisch bestimmte Schwerpunkte zur Bearbeitung aus. Mit Hilfe der sanaCERT-Standards erfolgt die Beurteilung der Qualität (Soll-/Ist-Vergleich). Die ausgewählten Standards werden in interdisziplinären, hierarchieübergreifenden Standardgruppen nach der Methode des Projektmanagement bearbeitet.

Die Re-Zertifizierung des Qualitätsmanagement durch die Stiftung sanaCERT Suisse erfolgte am 23./24. November 2009. Dabei konnte in allen 8 überprüften Standards das Punktemaximum erreicht werden.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

- Vorbereitung auf die Einführung und Umsetzung der DRG`s
- Systematische und kontinuierliche Einführung von neuen Mitarbeitern ins Qualitätsmanagement
- Umsetzung Risikomanagement
- Einführung des sanaCERT-Standards „Abklärung, Behandlung, Betreuung“ ABB

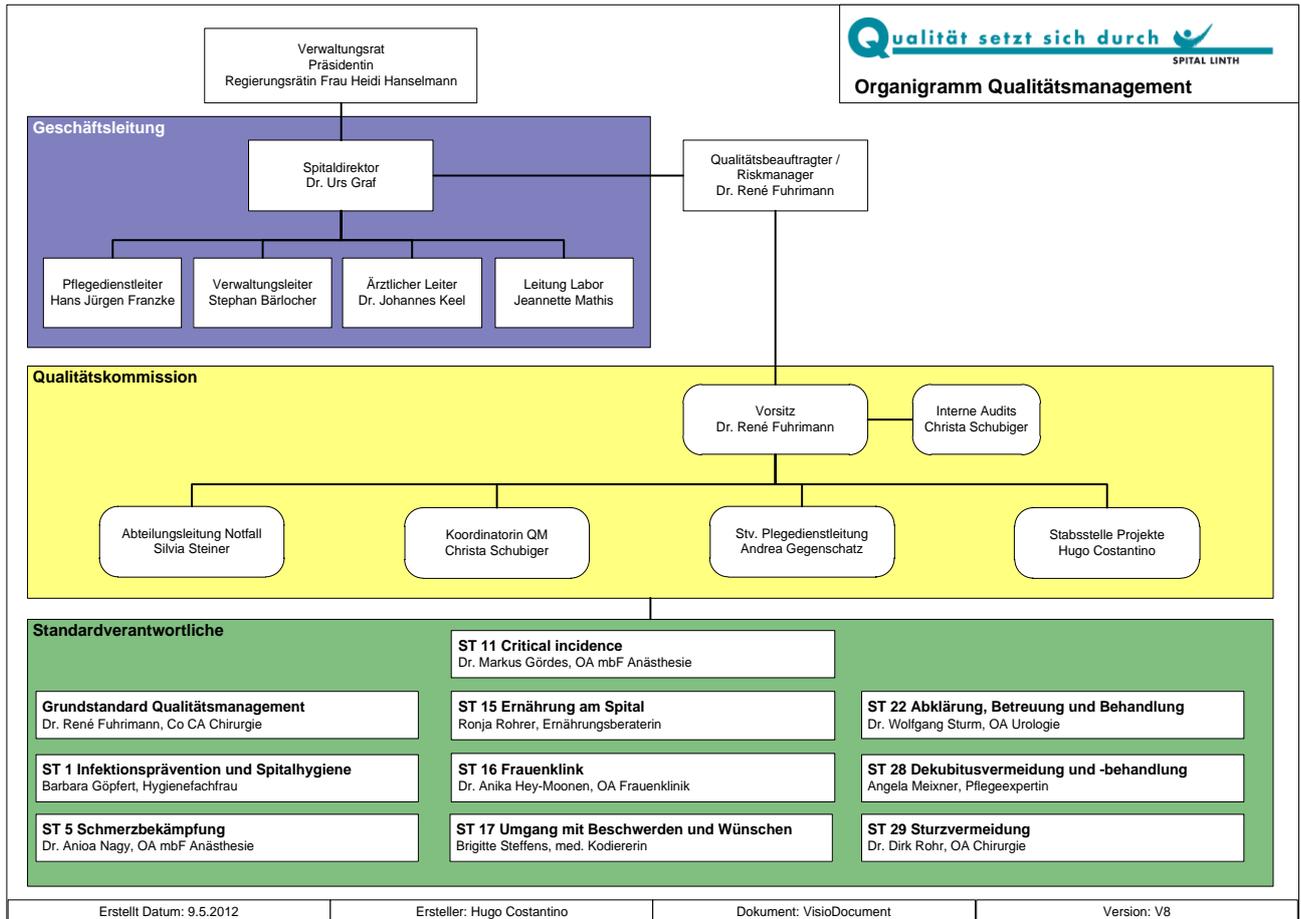
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

- Umsetzung der Empfehlungen aus dem Re-Zertifizierungs-Audit der sanaCERT
- Grundlagen für Prozessmanagement/struktur ist definiert
- Ergebnisse der Zuweiserbefragung 2010 sind analysiert, Massnahmen sind abgeleitet und umgesetzt
- Team-Time-Out zur Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen ist eingeführt

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Weitere Kernprozesse werden definiert, strukturiert bearbeitet und beschrieben
- Teilnahmen an kantonalen Projekten zu Qualitätssicherung
- Abklären der Umsetzung von neuen Projekten die zur internen Qualitätsentwicklung und Verbesserung beitragen, wie die Bearbeitung von neuen Standards der sanaCERT

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 **50%** Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. René Fuhrmann	055 285 51 06	rene.fuhrmann@spital-linth.ch	Qualitätsbeauftragter, Co-Chefarzt Chirurgie
Hugo Costantino	055 285 45 17	hugo.costantino@spital-linth.ch	Qualitätskommission, Stabstelle Projekte
Andrea Gegenschatz	055 285 51 81	andrea.gegenschatz@spital-linth.ch	Qualitätskommission, Stellvertretende Leitung Pflegedienst
Christa Schubiger	055 285 51 73	christa.schubiger@spital-linth.ch	Koordinatorin Qualitätsmanagement
Silvia Steiner	055 285 52 06	silvia.steiner@spital-linth.ch	Qualitätskommission, Abteilungsleitung Ambulatorium

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

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

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Chirurgie	Dr. med. Thorsten Carstensen, Belegarzt Dr. med. Christian Helbling, Belegarzt
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Dr. med. Pierre-Yves Eschmann, Belegarzt
Handchirurgie	Dr. med. Stefan Weindel, Konsiliararzt
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Dr. med. Ina Krull, Kantonsspital St. Gallen Dr. med. Lisa Sze, Kantonsspital St. Gallen
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Dr. med. Beat Küchler, Konsiliararzt
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)</i>	In Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St. Gallen
☒ Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>	Dr. med. Raphael Rafeiner, Konsiliararzt Dr. med. Matthias Schlegel, Konsiliararzt
☒ Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)</i>	Dr. med. René Maire, Konsiliararzt
☒ Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	Dr. med. Cornelia Brüssow, Kantonsspital St. Gallen Dr. med. Felicitas Hitz, Kantonsspital St. Gallen Dr. med. Daniel Horber, Kantonsspital St. Gallen Dr. med. Rudolf Morant, Zentrum für Tumorprävention Dr. med. Iris Müller-Käser, Kantonsspital St. Gallen
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	
☒ Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	Dr. med. Christoph Leser, Konsiliararzt
Kiefer- und Gesichtschirurgie	
Langzeitpflege	Regionale Pflegezentren Regionale Spitex
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>	
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	Dr. med. Claus Coester, Konsiliararzt
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	Dr. med. Sebastian Turnherr, Konsiliararzt
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	Dr. med. Laurent Duttweiler, Konsiliararzt Dr. med. Andrea Hohl, Konsiliarärztin Dr. med. Moreno Malosti, Konsiliararzt
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Dr. med. Stefan Weindel, Konsiliararzt
Psychiatrie und Psychotherapie	Dr. med. Horst Straub, Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet
Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>	Prof. Dr. med. Simon Wildermuth, Chefarzt Kantonsspital St. Gallen
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	
Ergotherapie	
Ernährungsberatung	
Logopädie	
Physiotherapie	
Psychologie	Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet
Psychotherapie	Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelte Patienten,	12'839	13'283	Neue Zählweise, hat geändert von 2010 auf 2011
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	5	
Anzahl stationär behandelte Patienten,	5'946	5'819	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	517	508	
Geleistete Pflage tage	39'722	38'008	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	114	105	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.7	6.5	
Durchschnittliche Bettenbelegung	95.1%	99.05%	

D

Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (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?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.	Begründung:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			2012

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.	
Bezeichnung der Stelle	Arbeitsgruppe Kundenzufriedenheit
Name der Ansprechperson	Herr S. Bärlocher / Herr R. Tobler
Funktion	Leitung AG Kundenzufriedenheit
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Telefon: 055 285 40 66, während den Bürozeiten E-Mail: ag-kundenzufriedenheit@spital-linth.ch
Bemerkungen	

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
-------------------------------------	--	--------------------------	---------------------------------

Messergebnisse der letzten Befragung

	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	59.6 Punkte	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
nur Ärzte	60.0 Punkte	
nur Pflegepersonal	59.4 Punkte	
nur Hauswirtschaft	63.2 Punkte	
nur Verwaltung	59.8 Punkte	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	MECON	Name des Messinstitutes
			MECON
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Vollerhebung mit standardisiertem Fragebogen. Aus den Antworten wird ein Index errechnet, der von 0 Punkten (alle Mitarbeiter geben die schlechteste Antwort) bis 100 Punkten (alle Mitarbeiter geben die beste Antwort) reicht.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitende		
Rücklauf in Prozenten	63%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010
		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input checked="" type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			

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 Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
Messergebnisse			
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ¹		

¹ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

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.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
Messergebnisse			
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²		

² Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

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.ang.ch und www.swissnoso.ch

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	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:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		

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

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

³ 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 Patienten⁴, 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?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	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?	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: IMC, 4.-7. Stock

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
9 Patienten	In Prozent: 23.8%	21.7% vor dem aktuellen Spitaleintritt, 21% nach dem aktuellen Spitaleintritt	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten aus dem Akutbereich	
	Ausschlusskriterien	Patienten unter 18 Jahren Wochenbett	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		46	Anteil in Prozent 52.8 %
Bemerkung		Abschreckung durch Aufwand und schriftliche Einverständniserklärung darunter auch ein hoher Anteil von Risikopatienten war.	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Präventionsmassnahmen	Ausbau des Präventionsmassnahmen-Katalog	Alle ausser Wochenbett	seit Juli 2011

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzenerhebung 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?					
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.				Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	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?					
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: IMC, 4.-7. Stock	
Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
4 Patienten	In Prozent	8.7%	1 Patient	In Prozent:	2.1%
					Im Spital erworbenen Dekubitus Grad 2, Patient war in einem schlechten Allgemeinzustand und hat nur in einem begrenzten Umfang Pflegeleistungen zugelassen.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten aus dem Akutbereich	
	Ausschlusskriterien	Patienten unter 18 Jahren und Wochenbett	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	46	Anteil in Prozent	52.8 %
Bemerkung	Abschreckung durch Aufwand und schriftliche Einverständniserklärung darunter auch ein hoher Anteil von Risikopatienten war.		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Auf jeder Abteilung ein zuständige Pflegefachperson	Dekubitus vermeiden, Ansprechperson bei Fragen	IMC, 4.-7. Stock	seit Juli 2011
Weiterbildungen für Pflegepersonal und Ärzte	Fachwissen auffrischen und vertiefen	IMC, 4.-7. Stock	laufend
Interne Prävalenzmessungen alle 2 Monate	Rückschlüsse für die Praxis gewinnen	IMC, 4.-7. Stock	seit Okt. 2011

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?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.75	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.66	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.76	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.83	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.19	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Bemerkungen		

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut

hcri AG

MECON measure & consult GmbH

Dezentrales Messinstitut

hcri AG

ESOPE

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 versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	409		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	180	Rücklauf in Prozent	44.01
Bemerkung			

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.

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	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-Infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.agc.ch	A: Ja, seit	B
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A: Ja, seit	B
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	B: nein	
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch		
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	B: nein	
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	B: nein	
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C: geplant ab 1.9.2012	B
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	B: nein	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch		
Überregionale Krebsregister	B:Name der Fachgesellschaft	B: nein	
SALTC	B: Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Laparo- und Thorakoskopische Chirurgie	A: Ja, seit	B
Bemerkung			

⁵ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

E

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
sanaCERT Suisse Grundstandard Qualitätsmanagement	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 1, Infektionsprävention und Spitalhygiene	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 5 Schmerzbehandlung	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 6, Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 8, Gynäkologie	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 11, Umgang mit kritischen Zwischenfällen	Gesamtes Spital	2006	2009	
sanaCERT Suisse Standard 15, Ernährung	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 29, Sturzvermeidung	Gesamtes Spital	2006	2009	
ISO/IEC17025	Labor und Blutspendedienst SRK	2005 Akkreditierung	2010 Re-Akkreditierung mit zusätzlich neuer Norm 15189	

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, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Dekubitusprophylaxe Dekubitusbehandlung	Vermeidung von Dekubitus Adäquate Wundversorgung	Medizin, Chirurgie, Akutgeriatrie	Juli 2009 - 2012
Risikomanagement	Risiken erkennen und lenken	Gesamtes Spital	Start Februar 2010, laufend
Einführung des sanaCERT Standards 22, Abklärung, Behandlung und Betreuung	Umsetzung Prozessmanagement	Gesamtes Spital	Start Mai 2010, laufend
Interne Kommunikation	Verbesserung der internen Kommunikation	Gesamtes Spital	Start Mai 2010, laufend
Überführung von sanaCERT- Standards in die Alltagsroutine	Weiterhin kontinuierliche Qualitätsverbesserung / PDCA-Zyklus von sanaCERT-Standards die nicht mehr an der Re- Zertifizierung teilnehmen	Gesamtes Spital	Umsetzung Mai 2010
Umfassende Einführung neuer Mitarbeiter ins Qualitätsmanagement	Förderung von Kompetenz und Arbeitszufriedenheit	Gesamtes Spital	Start Okt. 2010, laufend
Implementieren Pflegediagnostik	Pflegediagnosen bezogene Pflege	Gesamtes Spital	Start Oktober 2010, laufend
CIRS-Fallbesprechungen	Einführung von spitalweiten CIRS-Fallbesprechungen	Gesamtes Spital	Start 2010, laufend
Wundmanagement	Umfassende, standardisierte Wundbehandlung	Gesamtes Spital	Umsetzung Konzept, Juni 2011
Menübestellsystem LogiMen	Vereinfachung und Opti- mierung der Menübestellung	Gesamtes Spital	Start November 2011
Sturzvermeidung	Sturzvermeidung – erfassung und -prävention	Gesamtes Spital	laufend
Händehygienekampagne	Verbesserung der Umse- tzung der Händehygiene	Gesamtes Spital	laufend
Beschwerdemanagement	Wiederherstellung der Kundenzufriedenheit, Nutzung der Beschwerde- informationen als Verbesserungspotentiale	Gesamtes Spital	Laufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Wundmanagement	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Patienten mit chronischen und komplexen Wunden werden einer integrierten Wundbehandlung zugeführt	
Beschreibung	Ein Expertenzirkel ist aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Fachdisziplinen konstituiert, um systematisch die diagnostische Abklärung und therapeutische Behandlung unter einer entsprechenden Dokumentation festzulegen.	
Projekttablauf / Methodik	Erarbeitung Wundkonzept Flussdiagramm Integrative Wundbehandlung Genehmigung durch Geschäftsleitung Einführung und Schulung der Mitarbeitenden	
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	Fachärzte unterschiedlicher Disziplinen (Chirurgie, Gefässchirurgie, Medizin, Angiologie, Diabetologie, Dermatologie, Rheumatologie, u.a.), Krankenpflegedienste (Pflegefachkräfte, Wundexperten, Spitex-Verbände, u.a.), Physiotherapeuten, Diabetes- und Ernährungsberaterin, Sanitätshäuser und weitere Institutionen bei Bedarf.	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Evaluation ist für das Jahr 2013 geplant	
Weiterführende Unterlagen	Siehe das untenstehende Flussdiagramm Integrierte Wundbehandlung	

F

Schlusswort und Ausblick

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dem Qualitätsbericht einen guten Einblick in die Qualitätsarbeit des Spital Linth vermitteln konnten.

Auch in Zukunft wollen wir bekannte Stärken zur Sicherung und Förderung der Qualität weiter verfolgen und untermauern. Schwerpunkt liegt in der Umsetzung und Einführung des Prozessmanagement mit der Bearbeitung des sanaCERT-Qualitätsstandards „Abklärung, Behandlung und Betreuung“. Weiter wird auch das Projekt Umsetzung des Risikomanagements vorangetrieben.

Es ist uns ein grosses Anliegen, dass alle Mitarbeitenden aktiv an der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und an den gesetzten Zielen mitarbeiten.

