



Spital Lachen AG
Oberdorfstrasse 41
8853 Lachen



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 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	2-16
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2-3
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011/Klinikbezogene Berichterstattung	4-15
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	15-16
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	16
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	16
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	17-19
C1	Angebotsübersicht	17-19
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2011	19
D	Qualitätsmessungen	20-35
D1	Zufriedenheitsmessungen	20-24
D1-1	Patientenzufriedenheit	20-21
D1-2	Angehörigenzufriedenheit	22
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	23
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	24
D2	ANQ-Indikatoren	25-33
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisation) mit SQLape®	25
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	26
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	27-28
D2-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	29-31
D2-5	Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	32-33
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	34
D3-2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	34
D4	Register/Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	35
E	Verbesserungsaktivitäten und –projekte	36-37
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen/Standards	36
E2	Übersicht überlaufende Aktivitäten und Projekte	36-37
F	Schlusswort und Ausblick	38
G	Anhänge	39-43
	• Attest H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit	40
	• EFQM-Zertifikat	41
	• SAFW-Zertifikat	42
	• SRC-Zertifikat/SGAM/SGIM-Zertifikat	43

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen, wird in diesem Bericht nur die männliche Form benutzt (z.B. Patient, Arzt, Spezialist etc.), die aber sowohl die männliche als auch die weibliche Person beinhaltet.



Einleitung

Für die Spital Lachen AG war das Jahr 2011 in strategischer Hinsicht prägend und zukunftsbestimmend.

Nebst der Umsetzung einer neuen Führungsorganisation, der Spitalplanung 2020, einem grossen Engagement im Bereich Aus-, Weiter- und Fortbildung, war die Sicherstellung und Weiterverfolgung der verschiedenen Aktivitäten und Themen im Rahmen des Qualitätsmanagements ein wesentliches Thema:

Der Entscheid des Verwaltungsrates aus dem Jahr 2010, die operative Führungsorganisation den immer anspruchsvoller, aufwendiger und komplexer werdenden Herausforderungen eines Unternehmens Spital anzupassen, wurde per 01. Juli 2011 umgesetzt. Die Geschäftsleitung setzt sich neu aus vier Mitgliedern zusammen – CEO, CFO, COO und dem ärztlichen Vorsitz der PIKK. Die Pflege-, Instituts- und Klinikdirektorenkonferenz (PIKK) ist als neu geschaffenes Gremium zeitgleich eingesetzt worden. Die wesentlichen Aufgaben des PIKK sind unter anderem, sich mit aktuellen medizinischen und pflegerischen Fragestellungen auseinanderzusetzen und bei der Entwicklung des Leistungsangebotes massgeblich mitzuwirken.

Im Rahmen der Spitalplanung 2020 hat der Kantonsrat sich für eine 3-Spitalstrategie entschieden. Die kontinuierliche Herausforderung – sei es in medizinischer, wirtschaftlicher oder politischer Hinsicht, sieht das Spital Lachen in einer steten Weiterentwicklung im Sinne einer lernenden Organisation.

Der Qualitätsbericht ist ein wichtiger Beitrag zur Schaffung von mehr Transparenz in der Leistungserbringung im Spital Lachen. Die Messergebnisse, Interpretationen und Projektbeschreibungen sowie die Möglichkeit zum Benchmarking mit anderen Spitälern, können als Entscheidungshilfe für Patienten und Angehörigen dienen.

Wir freuen uns, Ihnen über unsere Qualitätsresultate und -projekte zu berichten und danken Ihnen für Ihr Interesse.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Das Spital Lachen ist ein regional verankertes Gesundheitsunternehmen in der Region Ausserschwyz, das eine patientennahe Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in hoher Qualität sicherstellt.

Die Qualitätsentwicklung im Spital Lachen ist auf allen Ebenen des Spitals verankert und spiegelt sich im Leitbild wider. Wir wollen die Führungskräfte und Mitarbeitenden stetig fördern und qualifizieren. Oberstes Gremium ist die Spitalleitung. Diese erarbeitet die entsprechenden Strategien, setzt mittel- und langfristige Ziele, beschliesst in der Folge die wichtigsten Massnahmen im Bereich Qualitätsmanagement und koordiniert die operative Umsetzung. Die Qualität zu steigern ist ein wichtiges Ziel der gesamten Spitalstrategie.

Das Spital Lachen orientiert sich seit 2005 am EFQM-Modell für Excellence (EFQM: European Foundation for Quality Management) mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung. Diese werden unter Anwendung des PDCA-Zyklus – PLAN, DO, CHECK, ACT – realisiert.

Die Kliniken, Institute und Fachbereiche definieren kontinuierlich fachbezogene Qualitätsprojekte und Zertifizierungen, die sie mit internen und/oder externen Experten kontinuierlich und erfolgreich umsetzen. Das Ziel ist es, sich nach den Erfordernissen der Patienten, Zuweiser, Fachöffentlichkeit, Mitarbeitenden Berufsfachgruppen, Kooperationspartner, Versicherer als Finanzierer und der Gesundheitsbehörden als rahmenstiftende Regulierer auszurichten.

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

B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement

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

Alle Vorgaben des nationalen Qualitätsvertrags gemäss ANQ setzen wir um.

Im Weiteren beteiligt sich das Spital Lachen an verschiedenen Qualitätsnetzwerken (AQC, Swissvasc, SIRIS etc). Im kantonalen Qualitätsausschuss beteiligen wir uns aktiv und im kantonalen Benchmark diskutieren wir die erreichten Qualitätsergebnisse und –massnahmen.

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

Patientenorientierung – Qualität als Teil des Leistungserbringungsprozesses

Die Patientenorientierung ist im Spital Lachen Garant für eine optimale Patientenbetreuung. Die Händedesinfektion ist Beispiel für eine Massnahme die sicherstellt, dass der Hygiene im klinischen Alltag, zur Vermeidung von Spitalinfektionen, eine sehr grosse Bedeutung beigemessen wird.

Im Zusammenhang mit den saisonalen Grippe wird allen Mitarbeitenden die Grippeimpfung empfohlen und kostenlos verabreicht.

Tägliche Röntgen- und Klinikrapporte sowie fachärztliche Visiten stellen die Grundlage der Qualitätskontrolle dar. Die kontinuierliche Fortbildung der Fachärzte wird durch Fachgesellschaften konzeptuell festgelegt und auch regelmässig überwacht. In regelmässigen interprofessionellen Rapporten wird sichergestellt, dass eine optimale Patientenbetreuung inkl. Medikationssicherheit praktiziert wird.

Die Kultur der Fehlererkennung und –benennung wird gelebt. Es finden regelmässige Meetings zur Evaluation von CIRS [Critical Incident Reporting System]-Meldungen statt. Ziel ist es, von kritischen Zwischenfällen zu lernen und zu prüfen, mit welchen Massnahmen inskünftig entsprechende Zwischenfälle vermieden werden können. Dieses System wurde ursprünglich für die Flugindustrie entwickelt und soll als Lernsystem verstanden werden.

Der Ernährung wird während des Spitalaufenthalts spezielle Beachtung geschenkt. Alle Patienten werden bei Ernährungsproblemen individuell beraten und erhalten eine entsprechende Spezialkost. Durch den Sozialdienst wird die zeitgerechte Planung für die spitalexterne Nachbetreuung der Patienten sichergestellt. Die Betreuung der Patienten ist damit kontinuierlich über den Austritt hinaus geplant und gewährleistet.

Alle Patienten werden zu ihrem Spitalaufenthalt befragt. Die eingehenden Feedbacks werden interdisziplinär ausgewertet. Alle nicht anonym eingehenden Rückmeldungen von Patienten werden persönlich beantwortet. Kritische Rückmeldungen werden mit einem individuellen Schreiben beantwortet. Dabei wird auf den Wert von Kritik für die kontinuierliche Verbesserung der Patientenbetreuung speziell hingewiesen. Patienten sollen durch diese Massnahme eine Stärkung ihrer Rolle erfahren. Erfreulich in diesem Zusammenhang ist, dass Patienten auf Basis von individuellen Rückmeldungen oder auf Basis von systematischen Patientenumfragen immer wieder berichten, dass sie von den Leistungen der Spital Lachen AG stark beeindruckt sind.

H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit

Im Dezember 2011 wurde das Spital Lachen zum Thema Arbeitssicherheit unter der Leitung von H+ auditiert. Diesem Audit ging eine mehrmonatige Konzepterstellung durch eine interne Arbeitsgruppe voraus, in welcher die notwendigen Grundlagen zur Arbeitssicherheit zusammengestellt und für die verschiedenen Berufsfachgruppen aufbereitet wurden.

Die Hauptthemen waren: Strahlenschutz, Gefahrgut, Personalärztlicher Dienst, Mutterschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung, Ergonomie und Schulungen.

EFQM-Zertifikat

Seit 2005 orientiert sich das Spital Lachen am EFQM-Modell für Excellence (EFQM: European Foundation for Quality Management). Das Kaderpersonal setzte sich im Jahr 2010/2011 intensiv mit den Bedürfnissen der verschiedenen Anspruchsgruppen auseinander. Die Mitarbeitenden konnten sich mit dem EFQM-Modell und der dazugehörigen Bewertungssystematik sowie dem EFQM-Fachjargon vertraut machen.

Am 21. März 2011 konnte die erste EFQM-Zertifizierungsstufe „Committed to Excellence“ erlangt werden. Dies dank dem unermüdlichen und engagierten Einsatz der Mitarbeitenden.

SAfW-Zertifikat

Am 28. April 2011 erteilte die Swiss Association for Wound Care dem Wundbehandlungszentrum des Spitals Lachen das SAfW-Zertifikat als anerkanntes SAfW Wundbehandlungszentrum.

SRC-Zertifikat / SGAM/SGIM-Zertifikat

Am 01. Juli 2011 erteilte der Swiss Resuscitation Council dem Rettungsdienst Lachen als einer der ersten in der Schweiz das SRC-Zertifikat. Das Zertifikat berechtigt sie die Kurse BLS-Kompakt (Basis Provider) und BLS-AED-Komplett (Generic Provider) durchzuführen.

Im September 2011 durfte der Rettungsdienst Lachen das SGAM/SGIM-Zertifikat (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin/Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin) entgegennehmen, dies berechtigt sie, den Kurs „Notfallmanagement in der Arztpraxis“ anzubieten.

Klinikbezogene Berichterstattung über Qualität im Jahre 2011:

Klinik für Innere Medizin

Leitung der Klinik: Dr. med. Thomas Bregenzer; Chefarzt Innere Medizin

Personelle Verantwortlichkeit

Nach der Interimsphase im 2010 wird seit 1. Januar 2011 die Klinik für Innere Medizin vom neuen Chefarzt geleitet. Im Rahmen regelmässiger Kadersitzungen wurden die Funktionen und Kompetenzen geregelt und die Aufgaben neu verteilt. Kurze Kommunikationswege und klare Regelung der Zuständigkeiten sichern Transparenz und Flexibilität der Abteilungen (Tagesklinik, Kardiologie, Onkologie, Gastroenterologie, Nephrologie).

Klinik- und Bereichskonzept

Die Führungsstruktur ist definiert. Die verschiedenen Abteilungen arbeiten nach etablierten Konzepten und entwickeln diese kontinuierlich weiter. Die Nachfrageentwicklung wird bei der Angebotsentwicklung berücksichtigt. Personelle Veränderungen werden für strukturelle Anpassungen optimiert (Personalarztendienst/Tagesklinik). Auf der Nephrologie zeigte sich eine Zunahme der Dialysepatienten, die infrastrukturelle Anpassungen nötig machte. Der Wechsel der ärztlichen Leitung wurde gut vorbereitet und kommuniziert, was die Kontinuität der Patientenbetreuung sichert. Anpassungen des Angebotes und die Schaffung der zusätzlichen Kaderstelle sichern die künftige Entwicklung. Für die wachsenden Patienten- und Leistungszahlen der Kardiologie wurden durch die zusätzliche Kaderstelle aufgefangen und für das weitere Wachstum sind Massnahmen vorbereitet, die im Zusammenhang mit dem Ausbau der Tagesklinik zum Tragen kommen werden. Prozesse konnten durch die Anschaffung eines zusätzlichen Echokardiographiegerätes optimiert werden.

Die rheumatologische Sprechstunde mit einem Konsiliararzt wurde vorbereitet und kann 2012 starten. Die allgemein internistische und infektiologische Sprechstunde mit HIV- und HCV-Patienten entwickelt sich kontinuierlich. Das onkologische Ambulatorium konnte durch die Zusammenarbeit mit dem USZ neu strukturiert werden. Synergien werden genutzt und damit sichergestellt, dass auch zunehmende Patientenzahlen betreut werden können. Die nötigen personellen Anpassungen werden vorbereitet. Die Prozesse der Gastroenterologie sind geklärt, wurden umgesetzt und stellen sicher, dass auch bei steigenden Leistungs- und Patientenzahlen kurze Wartezeiten bestehen. Der Konsiliardienst für Endokrinologie ist etabliert und hat sich im 2011 bewährt. Die Neuorganisation des interdisziplinären Notfalls ist umgesetzt. Anpassungen im Konzept erfolgen kontinuierlich, um die neuen Strukturen zu optimieren.

Patiententherapiepläne

Die Prozesse für notfallmässige Eintritte und elektive Patientenaufnahmen wurden weiter standardisiert. Die Abklärungsalgorithmen sind für viele Eintrittsdiagnosen definiert (untere Atemwegsinfektionen, thromboembolische Ereignisse, akutes koronares Syndrom, Herzinsuffizienz, zerebrovaskuläres Ereignis, gastrointestinale Blutung, Haut- und Weichteilinfektionen, Harnwegsinfektionen, Status febrilis). Notfallstandards sind eingeführt. Laboruntersuchungen werden gemäss der Laborweisung durchgeführt. Abklärungs- und Therapiealgorithmen für akute koronare Herzkrankheit wurden weiter optimiert und aktualisiert. Abklärungs- und Therapiealgorithmus für Peritonitis bei CAPD-Patienten sind definiert und das Hämodialyseverfahren folgt einem schriftlich vorgegebenen Standard. Die Richtlinie für antibiotische Therapien wurde überarbeitet und neu implementiert. Die Ernährungsberatung stellt mittels Leitfaden und regelmässigen Rapporten mit der Klinikleitung sicher, dass neue Erkenntnisse für die Ernährung hospitalisierter Patienten angewendet werden. Die Überarbeitung der Abklärungs- und Therapieprozesse für die ganze Klinik wird als kontinuierlicher Prozess weiter geführt. Es ist geplant, die aktualisierten Richtlinien und Empfehlungen im Intranet in einer neuen Struktur aufzuschalten und kontinuierlich zu aktualisieren. Patientenwege vom Eintritt bis zum Austritt mit den entsprechenden Prozessen werden erneut im Rahmen eines Projektes überarbeitet und die Schnittstellen wieder aktualisiert.

Qualitäts-Screening

Tägliche Röntgen- und Klinikrapporte sowie die täglichen Visiten durch Kaderärzte stellen die Grundlage der Qualitätskontrolle dar. Regelmässige interprofessionelle Rapporte stehen für die Besprechung klinischer Fragen mit Pflegefachpersonen zur Verfügung. Ebenso tragen wöchentliche Ernährungsrapport und gemeinsame klinische Visiten im Sinne von „teaching rounds“ zur Qualitätssicherung bei.

Patientenbefragung

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

Qualitätszirkel

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

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

Die Nephrologie ist zur Qualitätskontrolle einem multizentrischen, überregionalen Netzwerk angeschlossen. Anonymisierte Daten werden erfasst und für die Qualitätsentwicklung und Kostenkontrolle verglichen.

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

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

Für die Betreuung onkologischer Patienten werden wöchentlich interne Tumorboards abgehalten. Die hohe Frequenz des Tumorboards und die interdisziplinäre Beteiligung von Onkologie, Innerer Medizin, Chirurgie und Radiologie stellt sicher, dass onkologische Patienten kaum Wartezeiten für ihre Therapie haben. Als weitere Qualitätskontrolle werden alle Autopsieresultate gemeinsam besprochen und die einzelnen Fälle von Assistenten vorgestellt und im Plenum diskutiert.

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

Neben den regelmässigen Qualitätszirkelveranstaltungen mit den Hausärzten finden monatlich Weiterbildungsveranstaltungen statt. Die Kommunikation mit den Hausärzten und anderen Zuweisern ist schriftlich geregelt und wird im Alltag konsequent umgesetzt. Austrittsberichte werden in vielen Fällen den Patienten am Austrittstag bereits mitgegeben oder an den Hausarzt bzw. nachbetreuenden Arzt gefaxt. Die Kontinuität in der Behandlungskette wird damit gewährleistet. Zunehmend werden auch E-mail-Konsilien im Rahmen der internistischen und infektiologischen Sprechstunde geleistet. Der Informationsfluss im Netzwerk mit den Zuweisern ist sichergestellt.

Patientenorientierung

Der Einhaltung der Händehygiene wird im klinischen Alltag grosse Bedeutung beigemessen. Um diese noch zu verbessern ist geplant, die Verfügbarkeit von Händedesinfektspendern zusätzlich zu den Kitteltaschenflaschen zu optimieren. Alle Patienten werden zu ihrem Spitalaufenthalt befragt. Die Resultate der Befragung werden zur kontinuierlichen Überprüfung und Verbesserung der Qualität ausgewertet. Der Ernährung wird während der Hospitalisation speziell Beachtung geschenkt. Alle Patienten werden bei Ernährungsproblemen individuell beraten und erhalten eine entsprechende Spezialkost. Durch den Sozialdienst wird die zeitgerechte Planung für die poststationäre Betreuung der Patienten sichergestellt. Die Betreuung der Patienten ist damit kontinuierlich über den Austritt hinaus geplant und gewährleistet.

Allen Mitarbeitenden wird die Grippeimpfung empfohlen und kostenlos verabreicht.

Mitarbeiterorientierung

Mitarbeitende haben neben dem regelmässigen internen Weiterbildungsangebot zusätzlich die Möglichkeit, an externen Weiterbildungsveranstaltungen teilzunehmen mit dem Ziel, die Befähigung zur täglichen klinischen Arbeit speziell zu entwickeln. Mitarbeitergespräche für Ärzte in Weiterbildung werden in 3-monatlichen Abständen durchgeführt und dienen als Führungsinstrument zur Optimierung der ärztlichen Weiterbildung. Gezielte praktische Ausbildung findet im Rahmen der Mini-CEX-Programme in Zusammenarbeit mit der Universität Bern statt. Regelmässige FMH-Befragungen der Assistenzärzte orientieren über die Qualität der ärztlichen Ausbildung und stellen die Grundlage für Verbesserungen dar.

Durch die Schaffung einer zusätzlichen Assistentenstelle wurde den zunehmenden Aufgaben Rechnung getragen und die Einhaltung der vertraglichen Arbeitsbedingungen sichergestellt.

Einmal monatlich findet eine durch einen externen Experten begleitete Visite zur Ausbildung in Ethikfragen statt.

Der Personalarztdienst steht für gesundheitliche/medizinische Fragen allen Mitarbeitern zur Verfügung und bietet kostenlose Raucher-Entwöhnungsberatungen und ein Raucher-Entwöhnungsprogramm an.

Prozessoptimierung

Prozesse wurden gemäss veränderten Bedürfnissen weiter optimiert und Schnittstellen geklärt. Sprechstundenpläne, Visitenorganisation und Supervision der Assistenzärzte auf der Station wurden angepasst umgesetzt. Eine kontinuierliche Analyse des Bedarfs ist auch im Hinblick auf die längerfristigen Anforderungen sowohl an die Klinik wie auch ans Spital im Ganzen ist in Gang. Die Planung zur Erarbeitung von organisatorischen und medizinisch/pflegerischen Standards (Weissbuch) wurde in grossen Teilen bereits umgesetzt. Externe Standards wurden übernommen und implementiert (Basler Notfallstandards). Die Einführung des Klinikinformatiksystems wurde initiiert. Das System wird kontinuierlich weiter entwickelt den Bedürfnissen der Anwender angepasst.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Die Kultur der Fehlererkennung und -benennung wird gelebt. Fallvorstellungen dienen der Entwicklung eines Fehlerverständnisses und von Strategien zur Fehlervermeidung. Ein CIRS ist implementiert. Regelmässige Meetings zur Evaluation von CIRS-Meldungen und Besprechung von Korrekturmassnahmen sind etabliert.

Klinik für Chirurgie

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

Personelle Verantwortlichkeiten

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

Klinikkonzept

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

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

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

Patiententherapiepläne

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

Qualitäts-Screening

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

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

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

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

Patientenbefragung

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

Qualitätszirkel

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

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

Kundenorientierung

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

Patientenorientierung

Mit der personellen Verstärkung des Fachbereichs Orthopädie (Dr. Rüdiger Weihe) im Jahr 2010 konnten die Kompetenzen sowohl gefestigt als auch ausgebaut und Wartezeiten verkürzt werden.

Stärkung der Kompetenzen auf dem Bereich Onkologie durch wöchentliche interdisziplinäre Besprechungen mit Onkologen, Radiologen und Klinikern aller Fachrichtungen im Hause.

Mitarbeiterorientierung

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

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

Frauenklinik

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

Klinik-, Institutions- und Bereichskonzept

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

Patiententherapiepläne

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

Qualitätsscreening

An den Klinikrapporten, welche zweimal täglich durchgeführt werden, werden sämtliche Patientinnen im Team besprochen, dies stellt die Grundlage der Qualitätskontrolle dar. Bezüglich Bildgebung findet wöchentlich ein Röntgenrapport statt. Dort werden unter anderem sämtliche Bildgebungen der Brust (Mammographie, Sonographie und MR) interdisziplinär besprochen.

Sämtliche stationären Patientinnen werden in der ASF Statistik erfasst. Diese erlaubt einen umfassenden Überblick über diverse Qualitätsparameter, im Benchmark-Vergleich mit anderen Kliniken.

Pränataldiagnostik

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

Senologie

Das Spital Lachen partizipiert an der eidgenössischen MIBB Datenbank. Hier werden sämtliche ultraschallgesteuerten Vakuumbiopsien der Brust erfasst.

Alle Brustkrebspatientinnen werden am interdisziplinären Tumorboard des BKP (Brustknotenpunkt) im Stadtspital Triemli Zürich besprochen. Die Daten werden in einer Datenbank gepoolt.

Nosokomiale Infekte

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

Geburtshilfe

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

Patientenbefragung

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

Qualitätszirkel

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

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

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

Kundenorientierung

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

Patientenorientierung

Spitalinterne Befragung der Patientinnen bei Austritt (siehe oben).

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

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

Mitarbeiterorientierung

Die Assistenz- und Oberärzte erfahren eine gezielte Förderung bezüglich Weiterbildung, indem sie Kurse und Kongresse besuchen können, die auch finanziert werden. Neu wurde EGONE, eine webbasierende Weiter- und Fortbildungsplattform für Assistenzärzte, implementiert. Zudem bieten wir die, von der FMH empfohlenen und von der Uni Bern entwickelten, Arbeitsplatz-basierten Assessments MINI CEX und DOPS an. Wöchentlich gibt es eine klinikinterne Fortbildung.

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

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

Prozessoptimierung

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

Mit der Einführung des Klinikinformationssystems wurde 2010 gestartet. Auf Basis der phasenbezogenen Einführung ergeben sich laufend Prozessoptimierungen.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

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

Institut für Radiologie

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

Dem Institutsleiter ist eine leitende Ärztin mit einem 60%-Pensum unterstellt. Die übrigen Stellen waren partiell durch Vertreter besetzt, soweit am Markt verfügbar. Unter spezieller fachlicher Obhut sind die CT-Diagnostik und die MRI-Diagnostik. Die Protokollerstellung nach Absprache und die Protokollpflege der Computertomographie obliegt Herrn André Liebing, der MRI-Untersuchungen Herrn Chrisjo Kunnathettu.

Institutskonzept

Grundsätzlich wird das 4-Augenprinzip angewandt. Für die Befunddokumentation steht ein Radiologie-informations-System zur Verfügung. Die fachliche Weiterbildung wird sowohl im MTRA-Bereich als auch im ärztlichen Bereich kontinuierlich durchgeführt.

Patiententherapiepläne

Die Durchführung der radiologischen Untersuchungen im CT und MRI ist nach standardisierten Protokollen gewährleistet, wobei eine fortlaufende Aktualisierung erfolgt. Die verabreichte Strahlendosis wird kontinuierlich erfasst und im Radiologieinformations-System dokumentiert.

Qualitäts-Screening

Es wird ein fortlaufendes Screening der Dosisparameter im CT durch die Institutsleitung durchgeführt.

Patientenbefragung

Mit den Hausärzten der March besteht ein Qualitätszirkel, der 1x jährlich erfolgt. Mit den übrigen Zuweisern erfolgen persönliche Treffen, wobei über die Qualitätsanforderungen diskutiert wird.

Qualitätszirkel

Monatlich erfolgen Sitzungen mit allen Institutsangehörigen, wobei entsprechende Untersuchungsabläufe, Protokolle und qualitative Massnahmen besprochen werden.

Kundenorientierung (Zuweiser, Versicherer, kooperierende Spitäler, Behörden)

Die teleradiologische Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Luzern wurde vertieft. Es fand eine Zusammenkunft mit dem Leiter des Institutes für Radiologie des Kantonsspitals Luzern statt, wobei der Arbeitsablauf der Zusammenarbeit überprüft wurde. Es wurden Adaptionen vorgenommen.

Patientenorientierung

Auch im Jahre 2011 wurden die im Institut für Radiologie durchgeführten Gefässinterventionen im BQS-Register der DEGIR dokumentiert und registriert. Neu wurden auch die Schmerztherapien, die lokal unter CT-Kontrolle durchgeführt wurden, im BQS-Register registriert und dokumentiert.

Mitarbeiterorientierung

Wesentliche Punkte der Mitarbeiterorientierung sind die Personalführung mit Förderung der einzelnen Mitarbeitenden sowie Anerkennung deren Leistung. Die Mitarbeiterführung ist geprägt durch Delegation von Kompetenz und einer vertrauensvollen Kommunikation.

Die Basis hierfür bieten monatliche Teamsitzungen sowie Einzelgespräche mit den Mitarbeitenden.

Prozessoptimierung

Alle ärztlichen und technischen Leistungen werden systematisch im Radiologieinformations-System erfasst. Eine vollständige Leistungsdokumentation ist so gewährleistet. Zwischen den Ärzten und dem Sekretariat besteht eine enge Kommunikation mit Richtlinien, die das Ziel haben, eine schnellstmögliche Befundverfügbarkeit zu gewährleisten.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Probleme, Fehler, neue Untersuchungsprotokolle sowie notwendige Massnahmen werden in monatlichen Teamsitzungen diskutiert. Auf dieser Basis werden die notwendigen Änderungen herbeigeführt.

Interdisziplinäre Angelegenheiten werden mit den entsprechenden Fachpartnern besprochen und nach gemeinsamer Vernehmlassung kommuniziert.

Institut für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin

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

Allgemeines

Das Institut für Anästhesiologie, Intensiv- und Rettungsmedizin setzt sich seit Jahren für eine dauernde Weiterentwicklung der Betreuungsstandards, der internen (im Rahmen des Spitalaufenthaltes), wie auch der externen Patientensicherheit (präklinisch durch den Rettungsdienst und das Notarztsystem). Als Grundlage dazu dient eine fundierte und nachhaltig auf hohem Ausbildungsstand stehende Anästhesie in technischen wie auch medizinisch pflegerischer und ärztlicher Leistung. Die von jedem ärztlichen Mitarbeiter verlangten Weiterbildungen werden sowohl in Anästhesie, Intensivmedizin als auch in der Rettungsmedizin absolviert und durch die entsprechenden Fachgesellschaften regelmässig kontrolliert und validiert.

Personelle Verantwortlichkeiten

Dr. med. A. Hirlinger leitet das Institut für Anästhesiologie. Zusammen mit der Leitenden Ärztin Frau Dr. med. A. Stauffacher werden am Spital Lachen eine Intensivstation die Anästhesie sowie die notärztliche Betreuung des Rettungsdienstes für die Bezirke March und Höfe organisiert. Dr. Thomas Wolf ist primär verantwortlich für die am Spital Lachen ambulant auf Zuweisung der Hausärzte durchgeführten Schmerztherapien.

Die am Institut für Anästhesiologie arbeitenden Ärzte sind alles Fachärzte. Im Rahmen von regelmässig stattfindenden Arzt-Rapporten und den beim kleinen Team bestehenden kurzen Kommunikationswegen ist lösungsorientiertes Angehen von sowohl organisatorischen wie auch medizinischen Problemen ohne Schwierigkeiten möglich.

Klinik-, Instituts- und Bereichskonzept

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

Ausserdem wird die intensivmedizinische Betreuung von schwer erkrankten Patienten durch die Intensivmediziner des Institutes während 24h das ganze Jahr über sichergestellt. Die ärztliche Betreuung der Patienten auf der Intensivstation ist entsprechend den Vorgaben der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin umgesetzt.

Die Ärzte des Institutes stehen ausserdem für die präklinische Versorgung von akut und lebensbedrohlich erkrankten Patienten in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst und der Notfallorganisation 144 jederzeit abrufbereit zur Verfügung. Dies wird täglich durch einen 24h Notarztdienst mit 5 Min. Einsatzzeit gewährleistet.

Durch unseren Dienst und das umgesetzte Picket System ist jederzeit Betreuung und Behandlung von Patienten bei Notfalloperationen, schwer- und lebensbedrohlich erkrankten Patienten im Spital, Notfälle auf der Notfallstation wie auch ein Reanimationsdienst täglich über 24h am Spital Lachen sichergestellt.

Für die verschiedenen Kliniken am Spital Lachen steht die Anästhesie jederzeit, und dies über 365 Tage im Jahr, bei schwerwiegenden Problemen von Patienten, welche lebenserhaltende Massnahmen, akute Schmerztherapie, Sedation, oder sonstigen anästhesiologischen Support benötigen, zur Verfügung.

Qualitäts-Screening

Die täglich auf der Abteilung zweimal durchgeführte Schmerzvisite stellt die Grundlage einer guten perioperativen Schmerztherapie bei stationär operierten Patienten dar. Täglich werden die stationären Patienten am ersten postoperativen Tag durch die Anästhesie visitiert und etwaige Probleme beim Patienten oder wenn notwendig in den regelmässig durchgeführten Team Konferenzen besprochen.

Patienten auf der Intensivstation werden jeweils vor der grossen Morgenvisite mit den Operateuren zusammen diskutiert und entsprechend notwendige Therapieanpassungen vorgenommen.

Die von der FMH verlangten Fort- und Weiterbildungen werden besucht und regelmässig evaluiert. Anlässlich der Patienten Visiten werden pflegerische Probleme direkt mit den beteiligten Pflegepersonen diskutiert und entsprechende Schlussfolgerungen umgesetzt.

Patientenbefragung

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

Prozessoptimierung

Prozessoptimierungen werden laufen den notwendigen Änderungen im Sinne einer RADAR Kontrolle angepasst. Eine kontinuierliche Prozess Analyse und mit den an den Prozessen Beteiligten abgesprochene Prozessanpassung ist im Gang. Zu den für unser Institut wichtigsten Prozessen gehören die präoperative Patientenabklärung, der Schlüsselprozess OP wie auch die Visiten und Therapie Verordnungen auf der Intensivstation. Der Ambulante Schmerzdienst wird durch eine intensive Zusammenarbeit mit der Tagesklinik und der Aufwachraumstation als Prozess wahrgenommen und gelebt und entsprechend den Patientenbedürfnissen angepasst.

Interdisziplinäre Notfallstation

Leitung des Institutes: (seit 01. Mai 2011): Dr. med. Stephan Steuer

Personelle Verantwortlichkeiten:

Die administrative Führung der Interdisziplinären Notfallstation liegt neu beim Leitenden Arzt Dr. Stephan Steuer. Die fachliche Betreuung obliegt ihm in kontinuierlicher Rücksprache mit den Kliniken. Seine Stellvertretung wird durch Kaderärzte der Klinik für Innere Medizin und der Klinik für Chirurgie sichergestellt. Die Anstellung einer stellvertretenden Leitenden Ärztin für die Notfallstation ist 2012 geplant. Durch die Teilnahme an täglichen Rapporten werden transparente und kurze Kommunikationswege sichergestellt.

Klinikkonzept:

Die Interdisziplinäre Notfallstation betreut alle Notfallpatienten, ausser gynäkologische Patientinnen, welche direkt von der Klinik für Gynäkologie übernommen werden. Patienten, welche eine Schockraumversorgung benötigen, werden alle auf der Notfallstation betreut.

Die Notfallstation ist 24h in Betrieb, durch die enge Zusammenarbeit mit der Medizinischen und Chirurgischen Klinik steht tagsüber eine kontinuierliche kaderärztliche Betreuung zur Verfügung, Nachts ist immer ein Kaderarzt erreichbar und kann innert Kürze das Spital erreichen. Es ist ein evaluiertes und sicheres Triage-System eingeführt und etabliert worden. Ebenso ist im ersten Jahr ein Schockraumkonzept erarbeitet und erfolgreich implementiert worden. Regelmässige Übungen sind vorgesehen. Im Weiteren wird die Notfallstation in bereits bestehende Konzepte, wie z.B. das Katastrophenkonzept des Kantons Schwyz, eingebunden und weitere Konzepte werden entwickelt.

Patiententherapiepläne:

Vorbestehende Therapiepläne werden übernommen, zum Teil überarbeitet und an die neue Struktur der Notfallstation angepasst. Im Weiteren wurden elektronisch basierte Patientenleitpfade (Notfallstandards USB) eingeführt.

Qualitäts-Screening:

Regelmässige interprofessionelle Rapporte des Notfallteams sowie tägliche Röntgen- und Klinikrapporte stellen eine erste wichtige Qualitätskontrolle dar. Die Teilnahme an etablierten Outcome Messungen und Patientenbefragungen sind geplant.

Qualitätszirkel:

Der Leiter der Notfallstation nimmt an den ein- bis zweimal jährlich stattfindenden Qualitätszirkeln mit den Hausärzten teil. Der regelmässige Austausch mit anderen Leitern von Interdisziplinären Notfallstationen findet im Rahmen der sogenannten Forum-Treffen und Veranstaltungen der Dachgesellschaft SGNOR statt. Das Spital Lachen ist bereits gut mit den umgebenden Zentren und Universitäten vernetzt, davon profitiert die Interdisziplinäre Notfallstation.

Kundenorientierung:

Es finden regelmässige Rücksprachen mit den Hausärzten statt, sowie die bereits erwähnten Qualitätszirkel-Veranstaltungen. Einmal im Monat wird eine Hausärzterfortbildung durchgeführt und einmal im Jahr das Lachner Symposium, an welchem der Leiter der Notfallstation auch aktiv teilnimmt. Ein niederschwelliger Austausch mit den Zuweisern ist gewährleistet.

Patientenorientierung:

Es ist uns wichtig, dass auf der Interdisziplinären Notfallstation alle Patienten über ihre Untersuchungen und Befunde informiert und über ihr Krankheitsbild aufgeklärt werden. Mit der Teilnahme der entsprechenden Patientenbefragungen sollte die Rückmeldung sichergestellt werden. Patientenpfade sollen für das ganze Spital Lachen erarbeitet werden.

Mitarbeiterorientierung:

Den Mitarbeitenden werden interne und externe Weiterbildungen angeboten, sie werden ermutigt, an diesen teilzunehmen. Es werden zwei Stellen für den Nachdiplomstudiengang Notfallmedizin der Pflege angeboten. Diese Weiterbildung wird durch eine eigene Berufsbildnerin begleitet. Der Leiter der Notfallstation ist in die Ausbildung eingebunden. Mittelfristig wird eine Anerkennung als Ausbildungsstätte zum Fähigkeitsausweis Klinische Notfallmedizin SGNOR für Ärzte angestrebt. Die Rotationsassistenten/innen der Kliniken können in allen internen Weiterbildungen im Hause teilnehmen, sie werden eng durch den Leiter der NFS und die Kaderärzte der Kliniken betreut. Die Interdisziplinäre Notfallstation ist aktuell in der regelmässigen FMH-Befragungen der Assistenzärzte vertreten. Zukünftig wird im Rahmen der angestrebten FMH Anerkennung Ambulante Allgemeine Innere Medizin Kategorie IV eine eigene FMH-Befragung stattfinden.

Prozessoptimierung:

Durch die enge Vernetzung und die mannigfaltigen Schnittstellen ist die Interdisziplinäre Notfallstation im Fokus von Prozessoptimierungen. Es findet eine kontinuierliche Analyse und Auswertung von Optimierungsbedarf statt, soweit möglich werden Verbesserungen unmittelbar umgesetzt. Die Notfallstandards der Universität Basel sind etabliert.

Pflegedienst inkl. Paramedizin

Leitung: Hildegard Boj, Leitung Pflegedienst

Kontinuierliche Qualitätssicherung

Im Bereich Pflegedienst und Paramedizin werden eine ganze Reihe von Instrumenten eingesetzt, mit denen wir sicherstellen wollen, dass die Qualität unserer Leistungen kontinuierlich beobachtet und hinterfragt wird. Disziplinär, aber meist interdisziplinär werden Massnahmen entwickelt, die zu Verbesserungen führen. Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Pflegeentwicklung führen sporadisch in ihren Abteilungen Qualitäts-Screenings (z.B. im Bereich Pflegediagnostik, Dokumentation, Schmerzerfassung, Einhaltung vom Qualitätsstandard Pflegevisite) durch. Die Resultate werden kommuniziert und Massnahmen werden bestimmt. Mitarbeiter erhalten zielorientierte Praxisberatungseinheiten durch die Arbeitsgruppen-Verantwortlichen. Bereichs- und professionsübergreifende Arbeitsgruppen fördern die Qualitätsentwicklung in spezifischen Foren; z.B. Arbeitsgruppe „Geräte-, Hygieneverantwortliche“ und „Hygienekommission“, „Wundmanagement“, Ernährungsgruppe etc.

Interdisziplinäre Kadersitzung Bettenstationen

Alle zwei Monate nehmen Mitarbeitende aus allen Kliniken und Bereichen an dieser Sitzung teil. Es werden sicherheitsrelevante Ereignisse besprochen und Massnahmen erarbeitet. Die Teilnahme von Klinik- und Bereichsverantwortlichen erlaubt, viele Verbesserungen sofort umzusetzen. Wenn nötig werden Vorschläge an die Spitaldirektion zur Entscheidung weitergeleitet.

Standards

Eine grosse Zahl von Abläufen und Arbeiten im Spital sind vereinheitlicht, um jederzeit und durch alle Mitarbeitenden eine gleichbleibende Qualität der Patientenbetreuung gewährleisten zu können. Die Standards reichen von „A“ wie „Abgabe von Medikamenten“ bis „Z“ wie „Zimmer bereitstellen für Neueintritt“. Sie sind im Intranet des Spitals für alle Mitarbeitenden verfügbar.

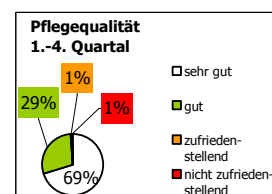
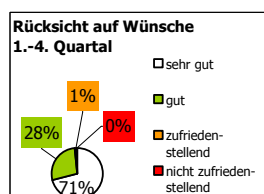
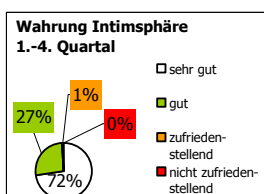
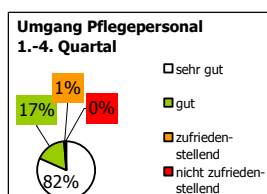
„Ihre Meinung“ Patienten- Fragebogen intern

Alle austretenden Patientinnen und Patienten erhalten ein Formular, auf welchem sie uns einen Kommentar zum Spitalaufenthalt abgeben können. Die schriftlichen Rückmeldungen werden vom Direktionssekretariat entgegengenommen, geprüft und nötigenfalls Massnahmen eingeleitet. Alle Patienten erhalten ein vom Klinikleiter und von der Pflegedirektorin unterschriebenes Antwortschreiben.

Spital Lachen
Leitung Pflegedienst

Patientenumfragebogen 2011
Auswertung Pflege, Punkt 5

Auswertung Punkt 5 Pflege alle Stationen, ohne MuKi		sehr gut	gut	zufrieden- stellend	nicht zufrieden- stellend	
1.- 4.Quartal	Wie beurteilen Sie den Umgang der Pflegepersonen mit Ihnen?	394	84	4	1	Rücklauf 671
1.- 4.Quartal	Wurde Ihre Intimsphäre gewahrt?	346	127	5	0	
1.- 4.Quartal	Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung vom Pflegepersonal berücksichtigt?	339	134	5	1	
1.- 4.Quartal	Wie schätzen Sie die Qualität der pflegerischen Betreuung ein?	340	138	3	3	



In der extern durchgeführten Patientenbefragung 2011 konnte das Spital Lachen in allen Bereichen seinen Standard weitgehend halten, teilweise sogar noch verbessern.

Critical Incident Reporting System

Die CIRS-Verantwortlichen aller Bereiche nehmen an der Patientensicherheitskonferenz teil. So können bereichsübergreifende Probleme diskutiert und gelöst werden. Im Rahmen des Benchmarking werden die Infektionsraten (SwissNoso) erfasst und kommuniziert. Seitens der Tagesklinik besteht eine Arbeitsgruppe Ultraschall für zuweisende Ärzte.

Nachhaltigkeit Projekt Grade-/Skillmix

Vier Mal jährlich wird eine Fortbildung zum Konzept Grade-/Skillmix für neue Mitarbeitende angeboten.

Die neu eintretenden Mitarbeiter werden die ersten 3 Monate durch ein strukturiertes Programm in ihre Aufgaben eingeführt. Im Berichtsjahr wurde das Programm und die Kompetenzregelung überarbeitet.

Verantwortlich für die Umsetzung des Kompetenztrainings „Delegation“ für neue Mitarbeitende ist die Stationsleitung. Alle Mitarbeiter werden im Einführungsgespräch von der Stationsleitung über das Kompetenztraining „Delegation“ informiert. Als Unterlagen erhalten sie den Leitfaden Delegation, die Checkliste Delegation sowie die Funktionendiagramme. Das Training wird im zweiten und dritten Einführungsmonat fix eingeplant und von der Stationsleitung begleitet. Es ist uns ein Anliegen die Mitarbeiter entsprechend ihrer Ausbildung und Ihren Kompetenzen richtig einzusetzen.

Ebenfalls wurde das Farbkonzept für die Übersichtstabelle „Tagesorganisation Pflegegruppen“ vereinheitlicht. Kommunikations- und Organisationsfixpunkte sowie Pausen werden mit je einer Farbe gekennzeichnet.

Bildung

Leitung: Frau Silvia Karrer, Leitung Pflege Bildung

Qualitätsmanagement im Bereich betriebliche Berufsbildung

Im Jahr 2011 wurde ein Qualitätsmanagementkonzept für die betriebliche Berufsbildung im Bereich des Pflegedienstes erarbeitet und eine erste Selbstevaluation durchgeführt.

Das Konzept

Das Qualitätsleitbild als Kernelement definiert auf der Ebene der Rahmenbedingungen, der Ausbildungsprozesse und der Ergebnisse Qualitätsaussagen. Diese sind im Sinne von Qualitätsstandards für die regelmässige Selbstevaluation relevant.

Die Selbstevaluation alle 2 Jahre ermöglicht die Erkennung von Soll-Ist – Diskrepanzen. Dazu stehen Evaluationsinstrumente zur Verfügung, welche auf der Grundlage des Qualitätsleitbildes entwickelt wurden.

Das Individualfeedback dient den für die betriebliche Berufsausbildung verantwortlichen Funktionsträgerinnen als Reflexionshilfe, um ihr persönliches Handeln in verschiedenen Ausbildungssituationen überprüfen und optimieren zu können.

Die Fremdevaluation zu ausgewählten Schwerpunkten soll Impulse durch die Fremdsicht generieren und Betriebsblindheit verhindern.

Selbstevaluation 2011

Im Rahmen der erstmals durchgeführten Selbstevaluation auf der Grundlage des neuen Qualitätsleitbildes wurden **16 Auszubildende** (7 Fachfrauen/-männer Gesundheit, 6 Pflegefachfrauen HF, 2 Technische Operationsfachfrauen HF, 1 Hebamme FH) sowie **17 Funktionsträgerinnen** in der betrieblichen Berufsausbildung (6 Stationsleitungen, 4 Berufsbildnerinnen, 7 Bezugspersonen auf den Pflegestationen) zur betrieblichen Ausbildungsqualität befragt.

Zusammenfassung Ergebnisse Auszubildende

- Generell attestieren die Auszubildenden dem Spital Lachen eine gute bis zufriedenstellende Ausbildungsqualität mit Rahmenbedingungen, welche den Lernprozess unterstützen und die Freude an der Berufsausübung fördern.
- Den Funktionsträgerinnen wird in wichtigen Bereichen Professionalität zugestanden im Sinne einer wertschätzenden, fordernden und fördernden Zusammenarbeit mit den Auszubildenden sowie Engagement und Qualitätsbewusstsein im pflegfachlichen und pädagogischen Bereich.
- Optimierungs- bzw. Klärungsbedarf zeigt sich im Bereich einzelner betriebsinterner Rahmenbedingungen, in der personellen Planung der Einführungszeit, sowie vereinzelt in der Einhaltung von vorgeschriebenen Ausbildungsstrukturen.

Zusammenfassung Ergebnisse Funktionsträgerinnen

- Die Evaluation der betrieblichen Ausbildungsqualität durch die Funktionsträgerinnen zeigt positive Resultate im Sinne von Zufriedenheit mit dem System und einer hohen Motivation, sich in der Berufsausbildung zu engagieren.
- Entwicklungsbedarf besteht hauptsächlich im Informationsmanagement im Bereich der diversen Schnittstellen

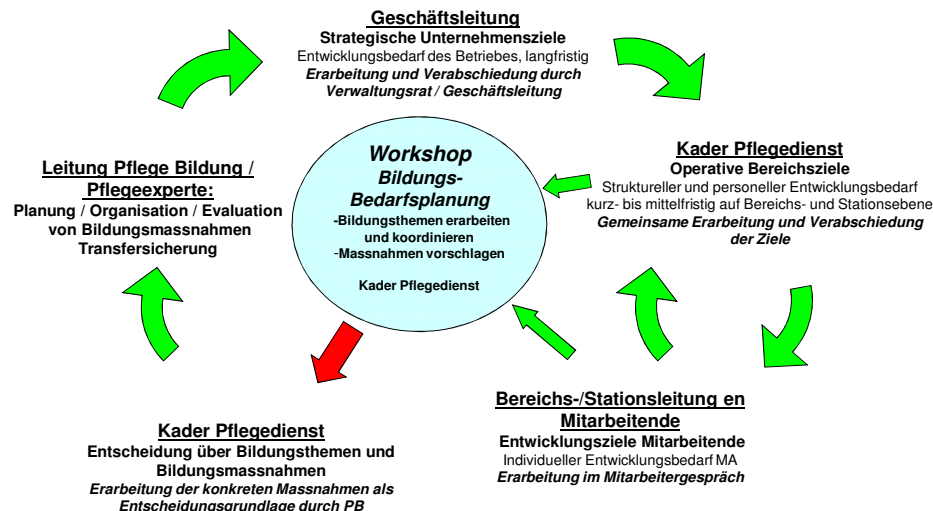
Qualitätsmanagement im Bereich Fort- und Weiterbildung

Entwicklung eines Konzeptes zur bedarfs- und bedürfnisorientierten Bildungsplanung

Der Bildungsbedarf eines Unternehmens setzt sich aus subjektiven wie objektiven Komponenten zusammen. Der subjektive Faktor entspricht dem individuellen Bedürfnis des Mitarbeiters nach persönlicher Entwicklung, Aufstiegschancen, Bewältigung der Arbeitsanforderungen etc., der objektive Faktor dem Bedarf der Institution nach Gewinnsteigerung, Erweiterung des Handlungsspielraumes, Erschliessung neuer Märkte, Mitarbeiterzufriedenheit etc.

Mit der Idee, sowohl die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeitenden wie auch den Bedarf, bzw. die strategischen Ziele des Unternehmens oder einzelner Bereiche des Unternehmens bei der Planung von Fortbildungen berücksichtigen zu können wurde im Bereich des Pflegedienstes ein Konzept für die systematische Bildungsbedarfsplanung erstellt. Das Konzept ist in untenstehendem Modell veranschaulicht.

Konzept Bildungsbedarfsplanung, Pflegedienst Spital Lachen



Erste Schritte in der praktischen Umsetzung des Konzeptes wurden in den Jahren 2010 und 2011 sichergestellt. Das Programm „Innerbetriebliche Fortbildung für das Pflegefachpersonal“ wurde gemäss den Schritten im obenstehenden Regelkreis erarbeitet.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement

Ziel ist es, mit dem Initiieren von kontinuierlichen Verbesserungsprozessen den Anforderungen den verschiedenen Anspruchsgruppen gerecht zu werden und die Wettbewerbsfähigkeit nachhaltig zu stärken. Die Verbesserungen sollen unter Anwendung des PDCA-Zyklus – PLAN, DO, CHECK, ACT sichergestellt werden. In einem stetig sich wiederholenden Prozess ist das Spital Lachen bestrebt, sukzessive an Excellence zu gewinnen und damit Mitarbeiter-, Patienten- und Zuweiserzufriedenheit optimal zu ermöglichen.

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

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	80%	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 *Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement*

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Patrick Eiholzer	055/ 451 30 00	Patrick.eiholzer@spital-lachen.ch	CEO
Imelda Schiltknecht	055/ 451 30 09	Imelda.schiltknecht@spital-lachen.ch	COO



Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

www.spital-lachen.ch

Spitalgruppe	
☐	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten :

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	Lachen	Konsiliararzt mit Praxis in der Nähe des Spitals
Allgemeine Chirurgie	Lachen	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Lachen	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	Lachen	Konsiliararzt mit Praxis in der Nähe des Spitals
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Lachen	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		Universitätsspital Zürich
Handchirurgie	Lachen	Belegarzt mit Praxis in der Nähe des Spitals
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)		Klinik im Park, Zürich Universitätsspital Zürich
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	Lachen	Konsiliararzt
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Lachen	Konsiliararzt
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Lachen	
☐ Geriatrie (Altersheilkunde)		

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	Lachen	Universitätsspital Zürich
☒ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	Lachen	
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Lachen	
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	Lachen	
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Lachen	Universitätsspital Zürich
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Lachen	
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Lachen	Konsiliararzt
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Lachen	Konsiliararzt
Intensivmedizin	Lachen	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Lachen	Belegarzt mit Praxis im Hause
Kinderchirurgie		Kinderspital Zürich
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)		
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Lachen	Belegarzt mit Praxis in der Nähe
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Lachen	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Lachen	Belegarzt mit Praxis in der Nähe
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Lachen	Konsiliarärzte
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Lachen	Belegarzt mit Praxis in der Nähe
Psychiatrie und Psychotherapie		Konsiliararzt
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Lachen	
Tropen- und Reisemedizin		Tropeninstitut
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Lachen	Belegärzte

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

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

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010(zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	16'986	16'727	s. Geschäftsbericht 2011/ Umsatzsteigerung von 8%
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	2	2	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	5'890	5'771	Austritte
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	433	437	Austritte
Geleistete Pflage tage	35'678	36'153	Austritte
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	119	119	Inkl. Spezialbetten (IPS)
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.1	6.3	
Durchschnittliche Bettenbelegung	87.9	92.5%	



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:	2011	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	82.5	Mittelwert Gesamtkollektiv
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ 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	OPF – validierter Patienten-Fragebogen mit Benchmark	Name des Messinstitutes
			hcri AG
☒ eigenes, internes Instrument (zusätzlich zur Befragung über hcri AG)			
Beschreibung des Instrumentes	Validierter Fragebogen mit freiwilliger Angabe von Namen, Vorname und Adresse Einige der 23 Aspekte, die befragt wurden : • Umgang bei Eintritt • Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegenden und Funktionsdiensten • Betreuungsqualität durch die Pflege • Schmerz		

	• Menschliche und Fachliche Kompetenz der Ärzten und Pflegenden • Medizinische Aufklärung (Behandlung und Risiken) • Informationsvermittlung • Informationsumfang für Patient und Angehörige • Diskretion • Subjektiver Behandlungserfolg • Entlassung und weitere Behandlungsschritte
--	--

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten ≥ 18 Jahren Stationärer Spitalaufenthalt von mindestens 24 Stunden Austritt während dem Monat November Akutsomatische Hospitalisation (inkl. Wochenbett) Einmalige Befragung pro Patient Patienten, die in der Schweiz wohnen		
	Ausschlusskriterien	Patienten, die während dem Spitalaufenthalt versterben		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		166		
Rücklauf in Prozenten		61.9%	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	Claudia Pfister
Funktion	Direktionsassistentin
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	055/ 451 30 01
Bemerkungen	Die Patientenzufriedenheit erheben wir laufend durch einen internen Fragebogen. Die Rückmeldungen werden regelmässig ausgewertet, Massnahmen eingeleitet. Die Patienten erhalten ein vom Klinikleiter und der Pflegedirektion unterschriebenes Antwortschreiben.

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?			
☒	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		Begründung: Einzelne Aspekte sind im internen sowie im OPF-Patientenfragebogen, der die Firma hcri AG ausgewertet, enthalten.
☐	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	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			
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	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	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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:	2006	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: Noch offen
☐	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		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	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	Name des Messinstitutes
☐	eigenes, internes Instrument	
Beschreibung des Instrumentes		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten			Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: Noch offen
☐	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 / Fach-bereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	Gut	Einzelexploration auf der Ebene von 16 detaillierten und umfassenden Interviews.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist 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	Einzelexploration	Name des Messinstitutes	Qualitest AG (Dr. A. Lorenz)
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Einstündige, persönliche Tiefenexploration nach telefonischer Vereinbarung		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	16 Hausärzte der Region	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		16 Einzelexplorationen	
Rücklauf in Prozenten		100%	Erinnerungsschreiben? ☒ Nein ☐ Ja

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von 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

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?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		Begründung:	
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.			
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
☐	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				
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			

¹Die 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?				
☐	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:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
☐	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				
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen.				
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²			

²Die 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.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:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
☒	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 ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
☐ Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
☒ Hernienoperation	162	1	0.62% (0.1-3.5)	1.1% (0.1-7.2)
☒ Dickdarm (Colon)	41	6	14.6% (0.5-2.4)	% ()
☒ Kaiserschnitt (Sectio)	141	2	1.42% (0.2-3.2)	2.7% (0.5-4.5)
☐ Herzchirurgie			% ()	% ()
☐ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
☐ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

³Das 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.

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Allgemein:

Das angegebene Vertrauensintervall bezieht sich auf das globale, relative Risiko. Die diesjährige Auswertung umfasst im Gegensatz zur vorjährigen den Zeitraum von 15 Monaten statt 12 Monaten.

Hernienoperationen:

Die Follow-up-Rate ist mit 88.9% nahe dem Schweizer Kollektiv (91.5%). Es wurde lediglich 1 Infektion auf 162 durchgeführte Operationen erfasst. Dies entspricht einer Infektionsrate von 0.62%. Der Durchschnittswert der Schweizer Spitäler liegt bei 1.25, wobei die Infektionsrate in den Schweizer Spitätern zwischen 0 und 100% schwankt. Im Berichtsjahr konnten zum Vorjahr fast doppelt so viele Fälle erfasst werden bei gleicher Infektionsanzahl. Somit konnte die Infektionsrate um gut die Hälfte reduziert werden. Über das Verhältnis laparoskopisch versus offen operierter Hernien kann dieses Jahr keine Aussagen getroffen werden, da dies seitens SwissNOSO nicht ausgewertet wurde. Im Spital Lachen wurde in 96.3% vs. 92.3% aller Fälle das Antibiotika innerhalb 1 Stunde vor Schnitt verabreicht.

Dickdarm (Colon):

Das Spital Lachen weist geringfügig mehr Infektionen als das Durchschnittskollektiv auf (14.6% vs. 12.8%/Durchschnitt), wobei die Spannbreite bei den Schweizer Spitätern zwischen 0 und 48.15% liegt. Die Follow-up-Rate liegt bei 85.4% vs. 89.2% der anderen Spitäler. Es wurden mehr laparoskopische Operationen als im Vergleichskollektiv durchgeführt (19.2% vs. 6.5%). Die Fälle 2010 wurden in der Berichtsversion 2011 berücksichtigt.

Kaiserschnitte:

Im Bereich der Sectio caesare Operationen wurden ca. 30 Operationen mehr als im Vorjahr durchgeführt. Auch hier konnte eine Reduktion der Infektrate um 0.9 Prozent erreicht werden. Ob dies eine Folge der veränderten Antibiotikaapplikation ist, bleibt spekulativ. Diese wurde vom Zeitpunkt der Abnabelung auf einen Zeitpunkt innerhalb 1 Stunde vor Schnitt verlegt. Die Infektrate liegt unter dem Durchschnitt der teilnehmenden Spitäler (1.42% vs. 1.77%). Die Spannbreite reicht von 0 bis 5.17% schweizweit. Dabei wurden im Spital Lachen mehr Patientinnen mit ASA-Score 3 operiert (5.7% vs. 4.7%). Die Follow-up-Rate ist ebenfalls ähnlich des Gesamtkollektivs (87.9% vs. 89.6%).

Ab 01.06.2012 werden neu auch die Erstimplantationen von Hüft- und Kniegelenkprothesen erfasst.

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

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?	
☐ 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: Exklusiv Wöchnerinnen
☐ 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
12	In Prozent: 15%	Davon haben sich 9 Stürze im Alltagsumfeld zugetragen und waren mehrheitlich Grund der Spitaleinweisung.
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Stationäre Patienten über 16 Jahre Patienten mit vorliegender schriftlicher Einverständniserklärung am Erhebungstag	
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen Patienten jünger als 16 Jahre	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		56	Anteil in Prozent 70%
Bemerkung		Es können keine Vergleiche mit dem Vorjahr gezogen werden, da dies die erste Erfassung mit dieser Methode war. Die Spital Lachen AG verfügt im gesamten Betrieb über interdisziplinäre Bettenabteilungen und ist daher gemäss den ANQ-Klassifikationen in der Kategorie „Sonstige“ eingeteilt. Somit ist das Vergleichskollektiv klein. Insgesamt nahmen in dieser Kategorie 146	

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

	von insgesamt 4408 Personen teil, davon <u>56 Personen vom Spital Lachen</u> . Der Grossteil der Teilnehmenden wurde in den Kategorien operativ (2128 Personen) und nichtoperativ (1525 Personen) erfasst.
--	---

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 waagerecht 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.
☒	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: Exklusiv Wöchnerinnen
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt			Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
0	In Prozent	0%	9	In Prozent:	11.25%	Die Angabe bezieht sich auf das Gesamtkollektiv (80 Personen), inkl. der Nichtteilnahmen und Patienten mit Dekubitus Grad 1.
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.						

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Stationäre Patienten über 16 Jahre Patienten mit vorliegender schriftlicher Einverständniserklärung am Erhebungstag	
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen Patienten jünger als 16 Jahre	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		56	Anteil in Prozent: 70%
Bemerkung		Da die Prävalenzmessung „Sturz und Dekubitus“ an einem Stichtag, 08. November 2011 durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Insgesamt nahmen in der Kategorie „Sonstige“ 146 von insgesamt 4408 Personen teil, davon 56 Personen vom Spital Lachen . Der Grossteil der Teilnehmenden wurde in den Kategorien operativ (2128 Personen) und nichtoperativ (1525 Personen) erfasst.	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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?	9.0	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.8	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.1	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.1	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.5	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 versendet, die im November 2011 das Spital nach einem stationären Aufenthalt verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten		286	
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten		124	Rücklauf in Prozent 43.4
Bemerkung		Der ANQ Kurzfragebogen (5 Fragen) wurde zusammen mit dem OPF-Fragebogen (23 Fragen) versendet. Die Rücklaufquote vom OPF lag bei 61.9% (166 Patienten).	

Verbesserungsaktivitäten

Die Auswertung des ANQ-Kurzfragebogens wie auch des OPF-Fragebogens ist erfolgt und die daraus resultierten Verbesserungsaktivitäten sind die verantwortlichen Gremien am Ausarbeiten.

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?	Risikoeinschätzungen, Massnahmen zur Verhinderung sowie effektive Stürze inkl. Folgen, Art, Ort, etc.

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
70	10	60	
☐ 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:	Sturzprotokoll	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	Mutter-Kind Station	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		5030	Anteil in Prozent 85.4%
Bemerkung			

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 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.aqc.ch	A	B
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A	B
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	A	A
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	A	A
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	A	B
SCQM (SwissClinicalQuality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch		
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	A	B
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch		
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	A	B
Überregionale Krebsregister	B:Name der Fachgesellschaft		
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.



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
UNICEF „Stillfreundliches Spital“	Geburtshilfe	2006		Abklärung läuft
Herz-Reha	Kardiologie / Physiotherapie			Voraussichtliche Zertifizierung 2012
Zentrumsspital Bariatrie	Chirurgie			Voraussichtliche Zertifizierung 2012

E2 Übersicht überlaufende 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)
IMS – Integriertes Managementsystem	Einführung einer Software zum Management von Prozessen, Vorgabedokumenten und KVP	Ganzes Spital	2011 – 2013
Elektronische Medikamentenverordnung	Prozessoptimierung u. Erhöhung der Patientensicherheit	Ganzes Spital	2012 – 2013
Elektronischer Pflegeprozess	Prozessoptimierung und Erhöhung der Patientensicherheit wie auch die Ablösung des papiergestützten Pflegeprozesses	Ganzes Spital	2012
Logistik	Zentralisierung Einkauf/Beschaffung sowie Prozessoptimierung der Bestellung und Leitungserfassung	Ganzes Spital	2012 - 2013
Evaluation Skill- und Grade-mix	Evaluation der Pflegequalität unter sinnvollem Einsatz von Personalressourcen	Ganzes Spital	2012 - 2013
Sturzprävention	Erfassen von gefährdeten Patienten und reduzieren von Stürzen und daraus resultierenden Verletzungen	Ganzes Spital	Seit 2003 fortlaufend
Dekubitusprävention	Erfassen von gefährdeten Patienten und verhindern von Druckulcera	Ganzes Spital	Seit 2004 fortlaufend
CIRS (anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse)	Aus Fehlern lernen: Gefahren frühzeitig erkennen und schnell reagieren.	Ganzes Spital	Kontinuierliche Erfassung und Auswertung
Hygienekommission, Arbeitsgruppe Hygiene u. Prävention	Fördert die Qualitätsentwicklung, Infekte werden vermindert.	Ganzes Spital	In Bearbeitung: Hygienekonzept Entsorgungskonzept
KATA-Konzept (Katastrophenkonzept)	Regelmässige Schulungen wie auch Übungen zum Verhalten in Katastrophensituationen. Konzept wird kontinuierlich auf Umsetzung und Aktualität	Ganzes Spital	Permanent

	überprüft.		
EFQM	Kontinuierliche Verbesserung im Bereich des Qualitätsmanagements unter Anwendung des PDCA-Zyklus	Ganzes Spital	Permanent
Lob- und Beschwerdemanagement	Patient und/oder Angehörige haben die Möglichkeit ihre Erfahrungen anzubringen. Erstellt auf Wunsch persönlichen Kontakt zwischen Verursacher und Betroffenen her.	Ganzes Spital	Fortlaufend, Aktualisierung des Konzepts 2012
Gerätewartung	Wartung entspricht den gesetzlichen Richtlinien (Meph und Hygiene), Funktionalität wird regelmässig überprüft.	Ganzes Spital	Permanent
Projekte im Zusammenhang mit der baulichen Infrastruktur	Bauliche Infrastruktur und Zimmerkomfort bis zum Bezug eines Spitalneubaus in adäquater Form unterhalten und im nötigen Umfang in Abstimmung mit der Strategie „Lachen 2015“ erweitern bzw. erneuern.	Ganzes Spital	Permanent
Qualitätsmanagement	SIRIS mit elektronischer Leistungserfassung verknüpfen	Bereich Orthopädie	2012 - 2013
Austrittsmanagement	Prozessoptimierung des Ein- / Austrittsmanagement	Ganzes Spital	2012 - 2013



Schlusswort und Ausblick

Im Jahr 2011 ist es der Spital Lachen AG wiederum gelungen, individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen Patienten einzugehen und einen wichtigen Beitrag in der medizinischen Versorgung in der Ausserschwyz zu leisten. Viele positive Feedbacks bezeugen dies eindrücklich.

Im Berichtsjahr konnten an einer grossen Zahl von anspruchsvollen Projekten erfolgreich gearbeitet werden. So sind in diesem Zusammenhang die Einführung einer elektronischen Krankenakte, die diversen Projekte zur Sicherung von baulichen Massnahmen und die Projekte im Zusammenhang mit Qualitätssicherungsmassnahmen speziell erwähnenswert. Auch das von Seiten des Regierungsrates im Jahr 2009 initiierte Projekt „Spitalplanung 2020“ und die Bewerbung um die „Spitalliste 2012“ forderte seinen Tribut. Der Kantonsrat hat 14. September 2011 im Zusammenhang mit der Vorlage „Spitalplanung 2020“ entschieden, alle drei Schwyzer Spitäler für die medizinische Grundversorgung beizubehalten.

Wenn in kurzer Zeit wichtige Meilensteine erreicht werden konnten, so ist das dem unermüdlichen und engagierten Einsatz von vielen Mitarbeitenden zuzuschreiben, die sich neben dem Tagesgeschäft mit grossem Engagement auch im Rahmen einer grossen Anzahl von anspruchsvollen Projekten eingesetzt haben.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention standen die Kaderärzte der Spital lachen AG wie im vorangehenden Jahr an rund 50 Präventionstagungen als Referenten an Gymnasien, Berufsschulen sowie an Eltern- und Lehrerweiterbildungsveranstaltungen als Referenten zur Verfügung. Für die sehr gute Zusammenarbeit mit der ckt GmbH gebührt Claudia Kälin ein besonderes Dankeschön.

Die neuen Regulatorien im Zusammenhang mit der anstehenden KVG Revision 2012 verlangen von den Spitälern ein hohes Mass an Professionalität, Agilität und Patientenorientierung. Das fordert, motiviert und verlangt zu gestalten. Die Mitarbeitenden der Spital Lachen AG, aus rund 30 Nationen werden sich diesem härter werdenden Wettbewerb mit einer Qualitätsstrategie stellen. Mit dem Einsatz jedes Einzelnen sind wir gewillt, auch in den kommenden Jahren in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit unseren Partnern einen überzeugenden Beitrag in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung zu leisten.



Anhänge

- Attest H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit
- EFQM-Zertifikat
- SAfW-Zertifikat
- SRC-Zertifikat & SGAM/SGIM-Zertifikat

Attest

Am 16. Dezember 2011 wurde von der Fachstelle der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit in Ihrem Betrieb

Spital Lachen, 8853 Lachen

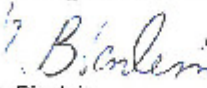
ein Audit durchgeführt. Dieses hat folgende Bewertungskriterien erfüllt.

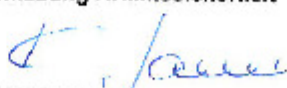
- ☐ Ein betriebliches Arbeitssicherheitskonzept besteht.
- ☐ Ein Sicherheitskoordinator ist bestimmt, die Mitarbeitervertretung gewählt und bekannt gemacht und eine Arbeitsgruppe eingesetzt.
- ☐ Die Gefahrenermittlung ist zu mehr als 80 % durchgeführt und die Massnahmenplanung dokumentiert.
- ☐ Allgemeine Schulungen in Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz für Mitarbeitende finden statt und neu Eintretende werden in die Themen eingeführt.
- ☐ Der Notfall ist für Brand inkl. Evakuation, medizinischen Notfall und Fremdblutkontamination geregelt.

Die Fachstelle der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit hat zusammenfassend festgestellt, dass das Spital Lachen mit den ausgeführten Arbeiten die Anforderungen der Branchenlösung erfüllt.

Wir gratulieren Ihnen und wünschen allen Beteiligten weiterhin viel Erfolg bei der Umsetzung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz im Betrieb.

Für die Trägerschaft der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit


Martin Biehlen
Leiter Geschäftsbereich Politik
Mitglied Geschäftsleitung


Käthi Jaun
Projektleiterin Arbeitssicherheit

Bern, 13. Februar 2012

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



Committed to Excellence

is awarded to

Spital Lachen AG

April 2011

Pierre Cachet, CEO

issued by



URKUNDE

als SAfW anerkanntes Wundbehandlungszentrum

Hiermit bestätigen wir, dass das

Wundbehandlungszentrum des Spitals Lachen

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

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

Zürich, den 28. April 2011

Swiss Association for Wound Care SAfW

Der Präsident



Dr. med. Severin Lächli

Der Vize-Präsident



Dr. med. Jürg Traber



Swiss Resuscitation Council

Der **Swiss Resuscitation Council** erteilt dem
Rettungsdienst Lachen

Wladimir Gervasoni
Oberdorfstrasse 41
8853 Lachen

das **SRC-Gütesiegel**

für folgende Kurse:



BLS-Kompakt (Basic Provider)
BLS-AED-Komplett (Generic Provider)

Die obgenannte Institution erfüllt die Kursanforderungen des SRC. Sie verpflichtet sich, ihre Kurse nach den Richtlinien des SRC durchzuführen. Deshalb ist sie berechtigt, in den Kursausschreibungen und auf den Ausweisen das Gütesiegel:

„SRC-geprüfter Kursinhalt“

für die entsprechenden Kurse zu verwenden.

Die Anerkennung gilt bis 12 Monate nach Erscheinen der neuen Richtlinien, das heisst spätestens bis Ende 2016.

Bern, 1. Juli 2011

Dr. med. Luciano Anselmi
Präsident
Swiss Resuscitation Council

Geschäftsstelle SRC
Gabriela Kaufmann
Wattenwylweg 21
CH – 3006 Bern

Telefon 031 332 41 10
Fax 031 332 41 12
E-Mail info@gkaufmann.ch