SPITALREGION
RHEINTAL
WERDENBERG
SARGANSERLAND

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Version 7.0

Akutsomatik

Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland
Spitäler Altstätten, Grabs, Walenstadt
Alte Landstrasse 106
9445 Rebstein
www.SR RWS.ch

Freigabe am: **30. Mai 2014**
durch: **Lichtensteiger Stefan, CEO und Qualitätsbeauftragter**
Hutter Goar, Leiter Qualitäts- und Prozess-Management

© H+ Die Spitäler der Schweiz I Les Hôpitaux de Suisse I Gli ospedali Svizzeri

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Bezeichnungen

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

Inhaltsverzeichnis

A Einleitung 1
B Qualitätsstrategie 2
B1 Qualitäts-Strategie und -Ziele 2
B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013 2
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013 3
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 3
B5 Organisation des Qualitätsmanagements 4
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 5
C Betriebliche Kennzahlen und Angebot 6
C1 Angebotsübersicht 6
C2 Kennzahlen 2013 10
D Zufriedenheitsmessungen 11
D1 Patienten-Zufriedenheit 11
D3 Mitarbeiterzufriedenheit 12
D4 Zuweiserzufriedenheit 12
E Nationale Qualitätsmessungen ANQ 13
E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik 13
E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® 13
E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® 14
E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso 14
E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ 16
E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik 19
E1-7 SIRIS Implantatregister 20
F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013 21
F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) 21
F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ) 21
F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen 22
G Registerübersicht 23
H Verbesserungsaktivitäten und -projekte 25
H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards 25
H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte 26
I Schlusswort und Ausblick 27

A Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheits-wesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland wertvolle Informationen liefern zu können.

Die drei Spitäler Altstätten, Grabs und Walenstadt wurden im Jahr 2003 zur Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland (SR RWS) zusammengeschlossen. Seither wurde im Interesse der Patienten, dessen Angehörige und der Mitarbeiter ein Qualitätsmanagement-System aufgebaut und fortlaufend weiterentwickelt. In der Zwischenzeit ist es in der SR RWS etabliert und hilft, den Leistungsauftrag in der geforderten Qualität umzusetzen und weiter zu entwickeln.

Der gegenwärtige Schwerpunkt liegt auf der stetigen Optimierung und Anpassung des Qualitäts- und Prozess-Managements und der Integration und Umsetzung der externen Anforderungen.

Unsere Bereitschaft zur transparenten Offenlegung unserer Leistungs- und Angebots-Daten äussert sich in der Publikation dieses Qualitätsberichtes.

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitäts-Strategie und -Ziele

Das Qualitätsmanagement nimmt eine zentrale Stellung in der Führungs- und Organisationsstruktur (FOS) der SR RWS ein. Der Leiter Qualitäts- und Prozess-Management (QPM) ist als Stabseinheit direkt dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung/ CEO unterstellt.

Sämtliche wichtigen Aspekte des Qualitätsmanagements werden vom QPM mit den Mitgliedern der Geschäftsleitung (GL) behandelt und verabschiedet. Damit ist eine Verankerung des Qualitätsmanagements auf oberster Führungsebene der Spitalregion sichergestellt.

Nach Vorgaben des Verwaltungsrates der Spitalverbunde (VR) richten sich alle öffentlichen Akutspitäler des Kantons einheitlich nach den Qualitätsstandards der sanaCERT Suisse aus. Dazu sind durch Beschluss des Verwaltungsrates vier Pflichtstandards vorgegeben (Grundstandard Qualitätsmanagement, Standard Infektions-Prävention und Spitalhygiene, Standard Schmerz-Behandlung und Standard Beinahe Zwischenfälle/ CIRS). Ab 2014 und mit einer Übergangsfrist von 2 Jahren wird laut VR-Beschluss der Pflichtstandard Schmerz-Behandlung durch den Standard Sichere Medikation ausgetauscht. Da wir den Standard Sichere Medikation bereits eingeführt haben, hat dieser Entscheid keinen direkten Einfluss.

Die Spitalregion RWS definiert die weiteren vier für eine Zertifizierung notwendigen Standards einheitlich für alle drei Spitalstandorte (Standard Beschwerde-Management, Standard Notfall-Stationen, Standard Sichere Medikation, Standard Palliative Betreuung).

Auf Ebene der Spitalregion werden die einzelnen Standards jeweils durch Standardverantwortliche geleitet, der fachlich übergreifende Kompetenz in dem Themengebiet ausweist. Auf Spitalebene sind teilweise Qualitätszirkel eingesetzt, die unter der Leitung der Standardverantwortlichen ihrerseits die organisatorischen und dem Leistungsauftrag entsprechenden Spitalstrukturen abbilden und in ihrem Spital für die Umsetzung verantwortlich sind. Wo nützlich und sinnvoll übernehmen aktuell vermehrt auch effiziente Steuerungsgruppen die spitalregionsübergreifenden Aufgaben.

Mit dieser Organisationsform des Qualitätsmanagements ist eine kontinuierliche und sich immer weiter spezialisierende Durchdringung des Qualitätsgedankens bis auf die Ebene der direkten und indirekten Patientenbetreuung umgesetzt. Es ist ein Anliegen der Verantwortlichen für das Qualitätsmanagement, auch die Rückspiegelung aus Patientensicht (Standard Umgang mit Beschwerden und Wünschen) zu beachten und in die Qualitätsarbeit einfliessen zu lassen.

Es besteht ein Organigramm für die externe Kommunikation und eine interne detaillierte Darstellung der Organisationseinheiten der SR RWS. Diese interne Darstellung beruht auf einer klar festgelegten Syntax zur Aufbauorganisation.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

Erweiterung der prozessorientierten Qualitätsmanagement-Systematik hinsichtlich der neuen FOS-Strategie ab 2014:

1. Grundstrukturen der Führungs- und Strategiepapiere der 3 ärztlichen Ressorts erstellen.
2. Überprüfung und Ausbau des qualitätsorientierten Prozessmanagements mit dessen Prozesslandkarte. Prozess-Definitionen und/ oder –Optimierungen:
   - in verschiedenen Klinikbereichen/ Spezialangeboten: Stroke, spezialisierte Viszeral-Chirurgie, Geriatrie, Gefässmedizin
   - in ausgewählten Kernprozessen: Chirurgie, Medizin, Wochenbett, ambulante Betreuung
3. Rezertifizierung der Spitalregion nach den Vorgaben von sanaCERT und Umsetzung der nationalen Forderungen von ANQ zu Messungen der Patientenzufriedenheit, von Swissnoso, Dekubitus und Sturz, vermeidbare Reoperationen und Rehospitalisationen)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

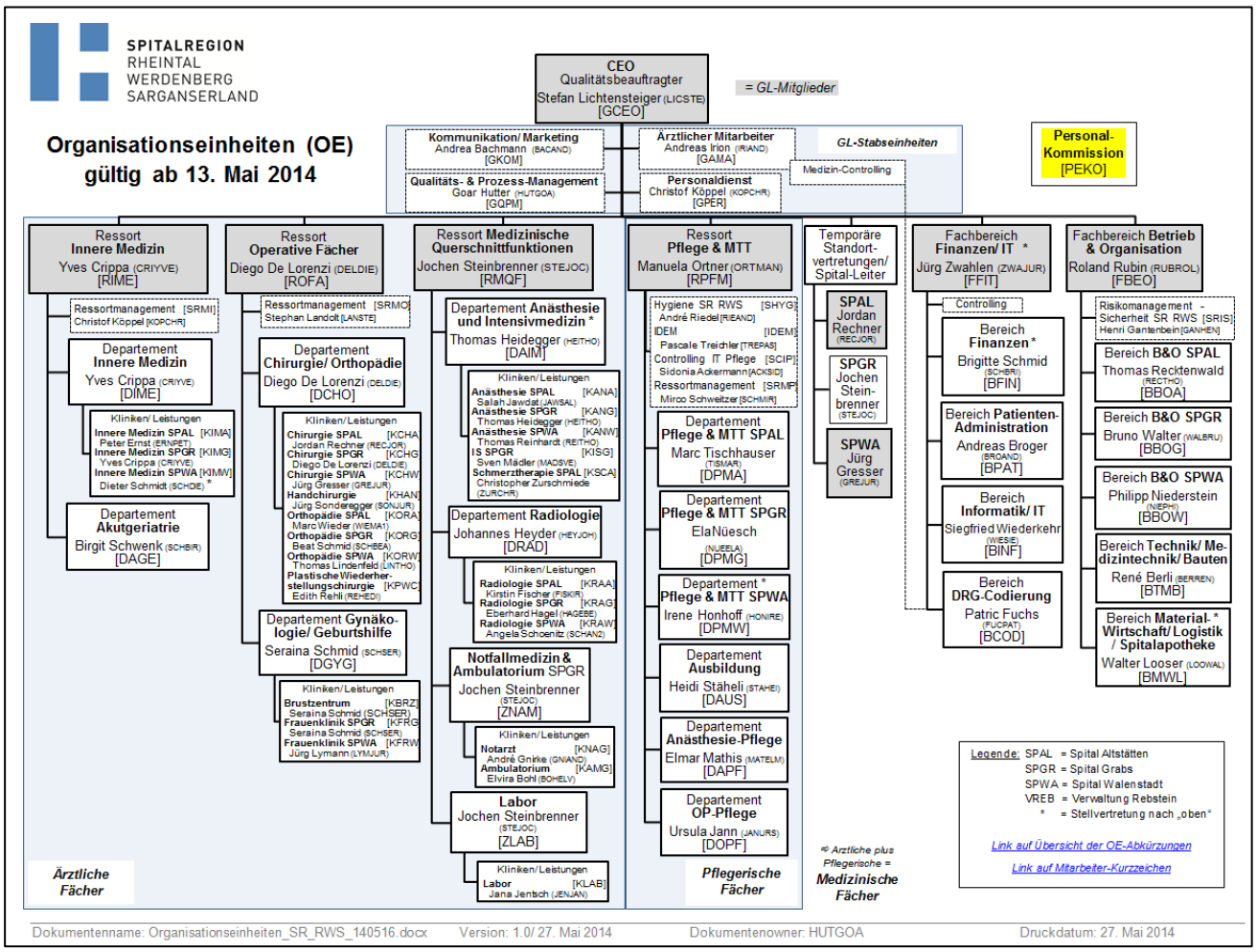
1. Grundstrukturen der Führungs- und Strategiepapiere der 3 ärztlichen Ressorts in intensiven Meetings erstellt ⇨ Definitive Freigabe im Mai 2014

   Einführung einheitlicher Strukturen für die Mitarbeiterkurzzeichen und Vorbereitung einer spitalübergreifenden Aufbauorganisation.
2. Anforderungsspezifischer Ausbau des qualitätsorientierten Prozessmanagement-Systems und dessen Prozesslandkarte.
3. Erfolgreiches erste Rezertifizierungsaudit nach sanaCERT für die ganze Spitalregion RWS am 26. und 27. Juni 2013 und positive Messresultate aller von ANQ geforderten Messungen.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

4. Freigabe der spitalübergreifenden Aufbauorganisation mit dessen Organisations-Einheiten und sinnvolle Verknüpfung mit den spezifischen Fachbereichs- bzw. Ressort-Organigrammen.
5. Vertiefte Umsetzung der Strategie und des Leitbildes.
6. Weiterentwicklung und Überprüfung des prozessorientierten Qualitätsmanagement-Systems.
7. Aufbau und Umsetzung eines Dokumentenmanagement-Systems.
8. Definition und Optimierung weiterer Prozesse im Sinne des KVP (Kontinuierlicher Verbesserungs-Prozess).
9. Durchführung der von ANQ geforderten Messungen.
10. Erfolgreiche Audite durch sanaCERT, Wechsel von einzelnen Standards nach den Vorgaben.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



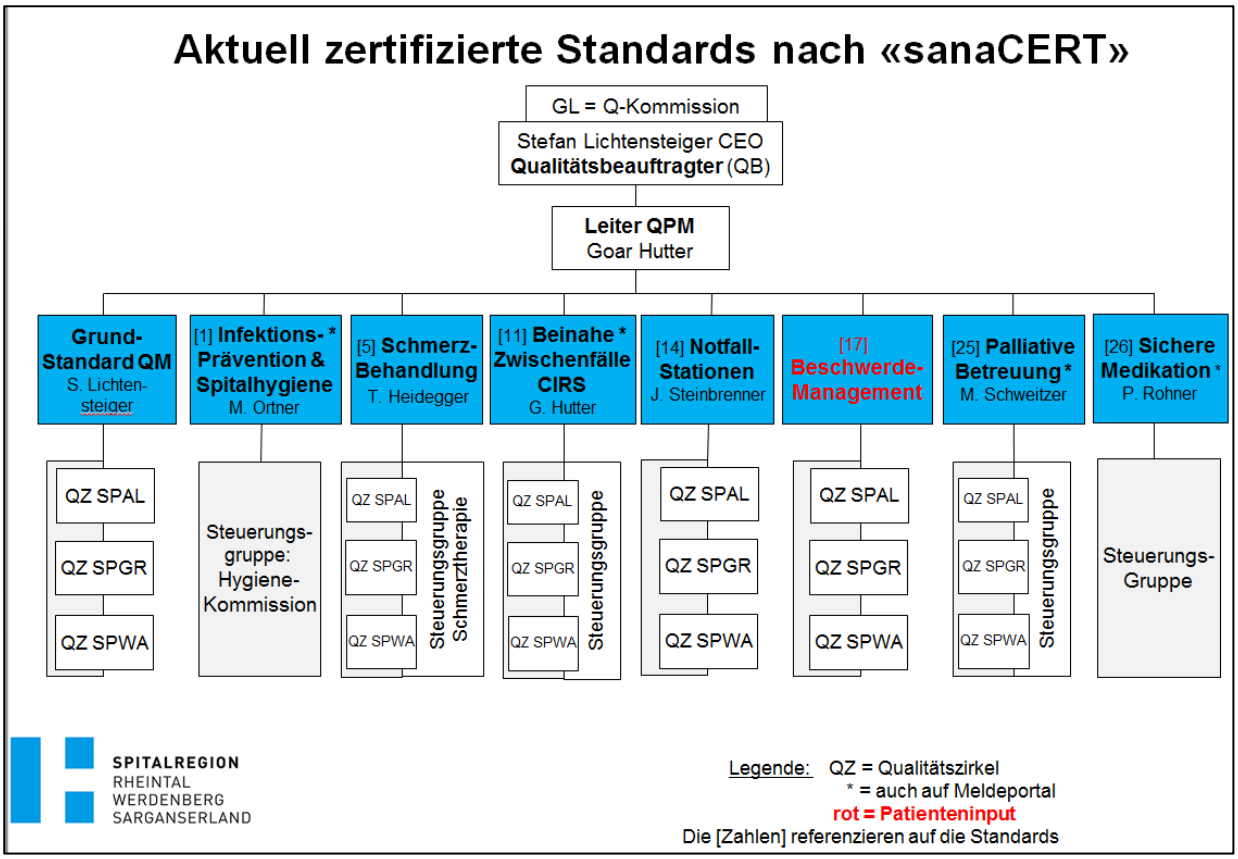
Die Aufgaben des **Qualitätsvertrages mit der ANQ** werden von folgenden Personen wahrgenommen:

SPITALREGION RHEINTAL WERDENBERG SARGANSERLAND **Interne Zuständigkeiten zu ANQ**	**Thema/ Leistung**	**Verantwortung**	**Informations-pflicht und Mitarbeit**
Infektionsmessungen nach Swissnoso	Postoperative Wundinfekt-ionen (Erfassung 1.10 - 30.9)	M. Schlegel KSSG mit **André Riedel**	Andreas Irion/ Goar Hutter
SQLape Rating für ...	- Rehospitalisation - Reoperation	**Andreas Irion**	Goar Hutter
SIRIS	Implantatregister	**Andreas Irion**	Goar Hutter
Sturz und **Dekubitus** / freiwillig: Freiheitsbeschränkende Massnahmen	... inklusive Prävalenz-messung im November	**Mirco Schweitzer**	Goar Hutter
Patientenzufriedenheits-Analyse	ANQ im September	**Goar Hutter**	Andreas Irion
Berichterstellung H+	bis 31. Mai	**Goar Hutter**	Andreas Irion/ Mirco Schweitzer

☑ Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung durch den Qualitätsbeauftragten und CEO vertreten.		
☑ Das Qualitätsmanagement ist als Stabseinheit in der Funktion des Qualitäts- und Prozess-Managers direkt der Geschäftsleitung unterstellt.		
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	100 %	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung/ Tätigkeitsgebiet
Stefan LICHTENSTEIGER, EMBA HSG	+41 71 775 81 01	stefan.lichtensteiger@SR RWS.ch	CEO und Qualitätsbeauftragter der SR RWS
Goar HUTTER, Dipl. Ing. FH NDS	+41 71 775 82 98	goar.hutter@SR RWS.ch	Leiter Qualitäts- und Prozess-Management der SR RWS
Andreas IRION, Dr.med.	+41 71 775 82 98	andreas.irion@SR RWS.ch	Ärztlicher Mitarbeiter der GL
André RIEDEL	+41 81 736 10 45	andre.riedel@SR RWS.ch	Fachexperte für Infektionsprävention und Spitalhygiene der SR RWS
Mirco SCHWEITZER, MSc.	+41 71 775 82 98	mirco.schweitzer@SR RWS.ch	Ressortmanager Pflege & MTT



C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

Geschäftsbericht SR RWS 2013

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Spitalregion RWS → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe					
☑	Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	und folgendem Angebot:			
		Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Langzeitpflege
	Spital Altstätten	☑	☐	☐	☐
	Spital Grabs	☑	☐	☐	☐
	Spital Walenstadt	☑	☐	☐	☐

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	**An den Standorten** ⇨ ohne speziellen Nennung gilt immer: an allen Standorten	**Zusammenarbeit im Versorgungsnetz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	Im Rahmen der Inneren Medizin	
Allgemeine Chirurgie	An allen Standorten; Spezialangebot Viszeralchirurgie in Grabs	Kooperation „spezialisierte Viszeralchirurgie“ mit KSSG und Spital Wattwil
Anästhesiologie und Reanimation *(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)*	Alle Narkoseverfahren, IMC (Intensivmedizinische Behandlungsstation = Intermediate Care), Notfallmedizin und Schmerztherapie durch ausgebildete Schmerztherapeuten	-
Dermatologie und Venerologie *(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)*	-	Über Konsiliarärzte
Gynäkologie und Geburtshilfe *(Frauenheilkunde)*	In Grabs und Walenstadt; Das Brustzentrum wird interdisziplinär am Spital Grabs geführt	Kooperation mit Brustzentrum KSSG
Handchirurgie	Spezialarzt für Handchirurgie in Altstätten und Grabs	Belegarzt für Handchirurgie in Walenstadt
Herzgefässchirurgie	-	Herz- und thorakale Gefässchirurgie erfolgt in Zusammenarbeit mit den Zentrumsspitälern (KSSG/ Universitätsspital Zürich)

Angebotene medizinische Fachgebiete		An den Standorten ⇨ ohne speziellen Nennung gilt immer: an allen Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Innere Medizin (Allgemeine) , mit folgenden **Spezialisierungen** (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):			
☑	Angiologie *(Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)*	Walenstadt: Spezialarzt Angiologie für Spezialangebot Gefässmedizin	In der Gefässmedizin vertragliche Kooperation mit der Gefässchirurgie USZ
☑	Endokrinologie und Diabetologie *(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)*	Im Rahmen der allgemeinen Inneren Medizin mit Fachberatungen Diabetes/ Ernährung	Walenstadt: Ärztin mit Fachausweis Diabetologie; Regelmässige Sprechstunde durch die Endokrinologie KSSG
☑	Gastroenterologie (*Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)*	Altstätten: Spezialarzt Gastroenterologie, der auch die anderen Standorte mitbetreut; Walenstadt: Spezialarzt Gastroenterologie	-
☑	Geriatrie *(Altersheilkunde)*	In Altstätten und Walenstadt: Departement Akutgeriatrie und Frührehabilitation	
☑	Hämatologie *(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph-systems)*	Im Rahmen der Inneren Medizin	
☑	Hepatologie *(Behandlung von Erkrankungen der Leber)*	Im Rahmen der Inneren Medizin und Gastroenterologie	
☑	Infektiologie *(Behandlung von Infektionskrankheiten)*	Im Rahmen der Inneren Medizin. Beschäftigung eines Infektiologen in Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital	Regelmässige Visiten durch Infektiologie KSSG
☑	Kardiologie *(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)*	Altstätten: Spezialangebot Kardiologie, der Kardiologe betreut auch die anderen Spitäler	

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten ⇨ ohne speziellen Nennung gilt immer: an allen Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☑ Medizinische Onkologie *(Behandlung von Krebserkrankungen)*	Altstätten: Leitender Arzt Onkologie	Grabs: Onkologisches Ambulatorium, Brustzentrum, Vertragliche Zusammenarbeit mit der Onkologie Zentrumsspital (Kantonsspital St. Gallen); Walenstadt: Leitender Arzt Onkologie, Zusammenarbeit mit Onkologie KSSG
☑ Nephrologie *(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)*	-	Altstätten: Kooperation mit Dialysepraxis in Altstätten Walenstadt: Dialysestation und Spezialärztin Nephrologie, Dienst für die gesamte Spitalregion. Enge Kooperation mit Nephrologie KSSG
☑ Physikalische Medizin und Rehabilitation *(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)*	An allen Standorten; In Altstätten und Walenstadt auch Ergotherapie und Logopädie	Altstätten: Kooperation in ambulanter geriatrischer Frührehabilitation mit Klinik Valens (Nebenstelle)
☑ Pneumologie *(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)*	Walenstadt: Schlaflabor mit Betreuung durch Spezialarzt Pneumologie (Belegarzt)	-
Intensivmedizin	An allen Standorten hat es eine IMC, eine ICU wird am Spital Grabs neu gebaut	-
Kiefer- und Gesichtschirurgie	-	Belegärzte an allen Standorten
Kinderchirurgie	Im Rahmen der allgemeinen Chirurgie an allen Standorten gemäss kantonalem Leistungsauftrag	-
Langzeitpflege	-	Kooperationen mit Pflegeheimen und SPITEX-Diensten
Medizinische Genetik *(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)*	-	Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital (KSSG)
Neurochirurgie	-	Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital KSSG

Angebotene medizinische Fachgebiete	**An den Standorten** ⇨ ohne speziellen Nennung gilt immer: an allen Standorten	**Zusammenarbeit im Versorgungsnetz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Neurologie *(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)*	Grabs: Spezialarzt Neurologie	Grabs: Zertifizierte Stroke Unit (Schlaganfallstation) in Zusammenarbeit mit zertifiziertem Stroke Center am Zentrumsspital KSSG.
Ophthalmologie *(Augenheilkunde)*	-	Operierende Belegärzte an allen Spitälern
Orthopädie und Traumatologie *(Knochen- und Unfallchirurgie)*	An allen Standorten	-
Oto-Rhino-Laryngologie ORL *(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)*	-	Operierende Belegärzte an allen Standorten
Pädiatrie *(Kinderheilkunde)*	Konsiliarärzte an allen Standorten	Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital (Ostschweizer Kinderspital St. Gallen)
Palliativmedizin *(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)*	Walenstadt: Spezialisierte Palliativstation; Altstätten und Grabs: In Palliativmedizin ausgebildetes ärztliches und pflegerisches Personal, spezielle Palliativzimmer	-
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Ab 5/2014 Leitende Ärztin für plastisch-rekonstruktive Chirurgie am Spital Grabs	Operierende Belegärzte an allen Standorten
Psychiatrie und Psychotherapie	-	Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischem Dienst des Kantons St. Gallen und den Psychiatrischen Kliniken des Kantons St. Gallen
Radiologie *(Röntgen und andere bildgebende Verfahren)*	An allen Standorten	-
Thoraxchirurgie *(Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum)*	Im Rahmen des Grundangebotes Chirurgie	-
Tropen- und Reisemedizin	-	Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital KSSG
Urologie *(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)*	-	Operierende Belegärzte an allen Standorten

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	An allen Standorten	-
Ergotherapie	An allen Standorten	-
Ernährungsberatung	An allen Standorten	-
Logopädie	An allen Standorten	-
Physiotherapie	An allen Standorten	-
Psychologie	Altstätten und Walenstadt (im Rahmen der Akutgeriatrie)	-
Psychotherapie	-	In Zusammenarbeit mit dem Sozial-Psychiatrischen Dienst und den Psychiatrischen Kliniken des Kantons St. Gallen

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden sie unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

Geschäftsbericht SR RWS 2013

D 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 Patienten-Zufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
☑	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit.
	☑ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt.

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

Siehe Ergebnisse unter E1-5. – Zufriedenheitsmessung ANQ

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?		
☑	**Ja,** unser Betrieb hat **ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle**.	
	Bezeichnung der Stelle	**Beschwerdemanagement Spital Altstätten**
	Name der Ansprechperson	Dr. Salah Jawdat und sein Team
	Funktion	CA Stv. Anästhesie, Mitglied der Spitalleitung
	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Zentrale: +41 71 757 44 11
☑	**Ja,** unser Betrieb hat **ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle**.	
	Bezeichnung der Stelle	**Beschwerdemanagement Spital Grabs**
	Name der Ansprechperson	Elvira Bohl und ihr Team
	Funktion	Leitung Sekretariat Ambulatorium/Notfall Administration Spitalleitung
	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Zentrale: +41 81 772 51 11
☑	**Ja,** unser Betrieb hat **ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle**.	
	Bezeichnung der Stelle	**Beschwerdemanagement Spital Walenstadt**
	Name der Ansprechperson	Dr. Dieter Schmidt und sein Team
	Funktion	CA Medizin, Mitglied der Spitalleitung
	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Zentrale: +41 81 736 11 11

D3 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?			
☑	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	☑ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?
☑ An allen Standorten Wir verzichten aber auf eine Publikation der Ergebnisse

D4 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?	
☑	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit.
	☑ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung in Form einer Masterarbeit durchgeführt. Daraus folgt eine Massnahmenplanung von GKOM im 2014.
☑	An allen Standorten finden laufend Gespräche zwischen den Mitgliedern der einzelnen Spitalleitungen und den Zuweisern statt. Dies um die Zufriedenheit und Verbesserungswünsche in Erfahrung zu bringen.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?
☑ An allen Standorten Wir verzichten aber auf eine Publikation der Ergebnisse

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	65%: Trifft zu 33%: Trifft eher zu 2%: Trifft eher nicht zu	⇨ Gesamthaft bin ich mit der Zusammenarbeit mit der SR RWS zufrieden

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung
☑ Eigenes, internes Instrument

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Im Wissen, dass es neben den niedergelassenen Ärzten weitere Personen und Instanzen gibt, welche einem Spital Patienten zuweisen, konzentriert sich diese Arbeit auf das Zuweisermarketing für die niedergelassenen Ärzte. Niedergelassenen Ärzte sind Ärzte, welche ihre Praxis im Einzugsgebiet der SR RWS haben. Die in Ärztenetzwerken, Gesundheitszentren und Gruppenpraxen tätigen Ärzte wurden ebenfalls befragt und die Resultate sind auch in die Auswertung eingeflossen.			
	Ausschlusskriterien	Explizit nicht befragt sind andere Spitäler, sozialmedizinische Institutionen, Justizvollzugsanstalten, Sozialdienste sowie Alters- und Pflegeheime.			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		111 von 313 versendbaren Fragebogen			
Rücklauf in Prozent		35.46%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☑ Ja

E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	☑	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	☑	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swissnoso	☑	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	☑	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☑	☐	☐
Patientenzufriedenheit	☑	☐	☐
SIRIS Implantat-Register	☑	☐	☐
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien	☐	☑	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☐	☑	☐
Nationale Elternbefragung	☐	☑	☐

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®[1] 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: www.anq.ch und www.sqlape.com

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?	
☑ Im ganzen Betrieb/ an allen Standorten - Kliniken	

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☑ Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist **nicht abgeschlossen**.

[1] SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS[2]

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein 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. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?	
☑ Im ganzen Betrieb/ an allen Standorten - Kliniken	

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☑ Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist **nicht abgeschlossen**.

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS[3]

Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthalts.
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 ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende 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. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

[2] Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

[3] Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

Ab dem 1. Oktober 2013 erfassen alle Spitäler, die Appendektomien durchführen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, auch postoperative Wundinfektionen. Die Ergebnisse erhalten die Spitälern und Kliniken im März 2015.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Swissnoso

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?	
☑ Im ganzen Betrieb/ an allen Standorten	
☑ In allen Kliniken →	Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					**Vorjahreswerte**
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions-messungen nach folgenden Operationen:	**Anzahl beurteilte Operationen** (Total)	**Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen** (N)	**Infektionsrate %**	**Vertrauens-intervall [4] CI = 95%**	**Infektionsrate %** (Vertrauens-intervall CI = 95%)
☑ Dickdarm (Colon) - Altstätten - Grabs - Walenstadt	 3 42 7	 0 2 0	 0% 4.8% 0%	0.1-10.2	0% ( )
☑ Kaiserschnitt (Sectio) - Grabs - Walenstadt	 95 55	 1 0	 1.1% 0%	0-4.0	0% ( ) 0% ( )
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
Es können keine Angaben zu den Vorjahreswerten im Bereich der Colonchirurgie gemacht werden, da in der vorgängigen Erfassungsperiode die Daten der Spitäler Grabs und Altstätten gemeinsam ausgewertet wurden. Ab der aktuellen Messperiode erfolgt die Auswertung standortspezifisch. Die Resultate der Erfassung mit Vorschlägen zum weiteren Vorgehen wurden den involvierten Bereichen zugestellt. Die Massnahmen/Verbesserungsaktivitäten konnten noch nicht festgelegt werden, bzw. sind nicht erforderlich. Die Aussagekraft der ANQ-Messung bleibt begrenzt (Fallzahlen).					

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2013 (1. Oktober 2012 – 31. September 2013) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012					**Vorjahreswerte**
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions-messungen nach folgenden Operationen:	**Anzahl beurteil-te Operationen** (Total)	**Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen** (N)	**Infektionsrate %**	**Vertrauens-intervall[5] CI = 95%**	**Infektionsrate %** (Vertrauens-intervall CI = 95%)
☑ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen - Altstätten - Grabs - Walenstadt	 32 78 63	 0 0 0	 0% 0% 0%		 0% ( ) 0% ( ) 0% ( )

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

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

Wertung der Ergebnisse
Es können keine Angaben zu den Vorjahreswerten gemacht werden, da in der vorgängigen Erfassungsperiode die Daten der Spitäler Grabs und Altstätten gemeinsam ausgewertet wurden. Ab der aktuellen Messperiode erfolgt die Auswertung standortspezifisch. Die Resultate der Erfassung mit Vorschlägen zum weiteren Vorgehen wurden den involvierten Bereichen zugestellt. Die Massnahmen/Verbesserungsaktivitäten konnten noch nicht festgelegt werden, bzw. sind nicht erforderlich. Die Aussagekraft der ANQ-Messung bleibt begrenzt (Fallzahlen).

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Mess-ergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Mess-ergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkung	Aufgrund der Ergebnisse wird ab Oktober 2013 auf eine Erfassung der Kaiserschnitte verzichtet. Dafür werden gemäss Vorgaben ANQ alle Patienten in den Standorten Grabs und Walenstadt mit Appendektomie eingeschlossen.	

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Eingeschlossene Operationen	Es werden alle eingeschlossenen Operationen erfasst	Qualität	Ab 01.05.2014

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung[6] Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

[6] Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?	
☑ Im ganzen Betrieb/ an allen Standorten - Kliniken	

Deskriptive Messergebnisse 2013			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.			**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**[7]
3 Patienten	In Prozent	3.4%	Die Werte liegen unter den nationalen Vergleichswerten. Aufgrund der Stichtagerhebung sind die Werte mit Vorsicht zu interpretieren.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.		
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		109	Anteil in Prozent (Antwortrate)	64.88%
Bemerkung		Obwohl eine fundierte Aufklärung der Patienten erfolgt ist, lehnten mehrere Patienten eine Teilnahme an der Befragung ab.		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Sturztag SR RWS	Weiter-Qualifizierung des Fachpersonals	Pflege & MTT	1x jährlich
Meldeportal Sturz	Laufende Erfassung der Stürze in der SR RWS	Sämtliche Pflegestationen SR RWS	Laufend
Coaching der Abteilungen durch die Mitarbeiterinnen der Pflegeentwicklung	Optimierung ausgewählter komplexer Patientensituationen	Sämtliche Pflegestationen SR RWS: Wenn eine Meldung Sturz eingeht, erfolgt automatisch eine Integration der Pflegeentwicklung in die Pflegesituation	Laufend
Schulung des Personals	Weiterqualifizierung des Fachpersonals	Sämtliche Pflegestationen & Mitarbeiterinnen der Pflegeentwicklung	1x jährlich Teilnahme an ausgewählter Fortbildung
Konzept Bewegung/ Kinästhetik	Einheitlicher fachkompetenter Umgang z.B. mit Lagerung, Mobilisation	Pflege & MTT	3 Schulungen pro Standort, Projekt Kinästhetik auf Pilotabteilung in Umsetzung.

[7] Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.
Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch. Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Dekubitus bei Kindern stehen in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?	
☑ Im ganzen Betrieb/ an allen Standorten - Kliniken	

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	9	7.83%
	ohne Kategorie 1	5	4.60%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	4	2.56%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	1	0.63%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	5	5.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	4	3.96%

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Nach wie vor bleibt die Aussagekraft der ANQ-Messung begrenzt. In der Spitalregion erfolgt aus diesem Grund eine Vollerhebung der Dekubiti und Stürze über ein eigens dafür entwickeltes Meldeportal.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.		
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	- Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung		
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		109	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	64.99%

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Dekubitustag SR RWS	Weiter-Qualifizierung des Fachpersonals	Pflege & MTT	1x jährlich
Vollerhebung via PMS/Wunddokumentation	Laufende Erfassung der Dekubiti in der SR RWS	Sämtliche Pflegestationen der SR RWS	Laufend
Coaching der Pflegestationen durch die Mitarbeiterinnen der Pflegeentwicklung	Optimierung ausgewählter komplexer Patientensituationen	Sämtliche Pflegestationen SR RWS. Die Mitarbeiterinnen der Pflegeentwicklung prüfen die eingegangenen Meldungen wöchentlich. Bei Bedarf erfolgt eine Fallanalyse auf der entsprechenden Abteilung	Laufend
Schulung der Pflegenden und der Mitarbeiter der Pflegeentwicklung	Weiter-Qualifizierung des Fachpersonals	Pflegeentwicklung	1x jährlich Teilnahme an ausgewählter Fortbildung
Verwendung der Patienten-informations-broschüre SR RWS	Optimierte Information der Patienten und deren Angehörigen	SR RWS	Laufend in ausgewählten Patientensituationen

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik

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.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
☑ Im ganzen Betrieb/ an allen Standorten - Kliniken	

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	**Zufriedenheits-Wert** (Mittelwert)	**Vertrauens-intervall**[8] CI=90%	**Wertung der Ergebnisse**
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.03	0.18	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.95	0.15	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.01	0.17	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.12	0.13	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.45	0.12	0 = nie 10 = immer

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben.		
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.		
Anzahl angeschriebene Patienten		878		
Anzahl eingetroffener Fragenbogen		375 (+ 4 ungültige)	Rücklauf in Prozent	43.20 %

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
☑ Im ganzen Betrieb/ an allen Standorten - Kliniken	

Messergebnisse
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlich: www.anq.ch

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantate
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO)

[8] Das 90%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10% 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 10% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	**Vollerhebung der gestürzten Patienten mittels Meldeportal inklusive Daten bezüglich:** -Risikofaktoren -Sturzzeit, Ort, Vorgehen -Präventive Massnahmen geplant und umgesetzt etc.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
☑ Im ganzen Betrieb/ an allen Standorten - Kliniken	

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	**Anzahl mit Behandlungs-folgen**	**Anzahl ohne Behand-lungsfolge**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
317	82	235	-

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
☑ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Meldeportal, gemeinsam entwickelt mit Firma netrange St. Gallen

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu unter-suchenden Patienten	Einschlusskriterien	Sämtliche in der Spitalregion gestürzten Patienten. Mehrfach-stürze werden ebenfalls erfasst.
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		315 Stürze während 89'974 Pflegetagen, bzw. 15'659 Austritten
Bemerkung		Sehr gute Werte, tiefer als nationale Referenzwerte.

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	**Vollerhebung: Anzahl Dekubiti mittels PMS/ Wunddokumentation (Im Spital entstandene, bereits bei Eintritt vorhandene)** -Grad, Ort, Entstehung innerhalb/ausserhalb Institution

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
☑ Im ganzen Betrieb/ an allen Standorten - Kliniken	

Messergebnisse		
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	**Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt**	**Wertung der Ergebnisse / Bemer-kungen**
113	84	-
☑ Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Sämtliche in der Spitalregion vorkommenden Dekubiti (z.B. auch bei Eintritt vorhandene) werden erfasst.
	Ausschlusskriterien	-
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		84 Dekubiti während 89'974 Pflegetagen, bzw. 15'659 Austritten
Bemerkung		Sehr gute Werte, tiefer als nationale Referenzwerte.

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Intensität von Isolation und Fixierung (Intensität = Häufigkeit * Dauer pro Fall) sowie Dokumentation der Häufigkeit von Zwangsmedikation oral, Zwangsmedikation Injektion, Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und Sicherheitsmassnahmen im Bett.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
☑ Im ganzen Betrieb/ an allen Standorten - Kliniken	

Messergebnisse	
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Bei 9.80% der Patienten innerhalb der SR RWS wurden am Stichtag FBM eingesetzt.	Diese Messung erfolgte auf freiwilliger Ebene. Dieser Messwert liegt leicht unter dem nationalen Benchmark.

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	LPZ

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Siehe Kriterien der ANQ-Messung
	Ausschlusskriterien	-

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Überarbeitung des bestehenden Konzeptes „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“	Einheitliche Regelung im Umgang mit Freiheitsbeschränkenden Massnahmen, analog dem neuen Erwachsenenschutzgesetzes	Gültig in der gesamten SR RWS	dauernd

G Registerübersicht

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.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?
☒ **Ja,** unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

Registerübersicht[9]				
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**	**An den Standorten**
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2006	Alle
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2003	Alle
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1984	Alle
CHPACE – WEB	Kardiologie, Schrittmacherdatenbank	Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie	2012	Alle
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2006	Walenstadt
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Seit eh	Alle
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	2012	Alle
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch	2012	Alle
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2004	Walenstadt

[9] Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012	Alle
Verein **Komplikationenliste**	Innere Medizin	Verein zur Verhinderung von Komplikationen medizinischer Eingriffe www.komplikationenliste.ch	1998	Alle
Krebsregister	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**	**An den Standorten**
Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA	Alle	krebsliga-sg.ch/de/index.cfm	1980	Alle

H Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Bezeichnung (alphabetisch)	Art	Verantwortung	Zusammenarbeit mit	Normative Grundlagen (inklusive Hyperlink)	Gültig für
Arbeitssicherheit	Anerkennung	GANHEN	H+	Branchenlösung H+	SR RWS
Betriebs- und Prüf-Mittel (Geräte)	Kalibrierung/ Qualifizierung	BERREN mit lokalen Technik-Leiter	Messtechnik-Firmen	Diverse Richtlinien und Normen laut vFM	SR RWS
Brustzentrum	Zertifizierung	WRUDAN/ SCHSER	KSSG	Ja - siehe Zertifikat	SPGR
Codierung	Revision	FUCPAT/ ZWAJUR	BAG/ BfS	Gesetz	SR RWS
Datenschutz	Gesetz	IRIAND/ WIESIE	DuD Datenschutzgruppe SG	Kantonales Datenschutzgesetz	SR RWS
Gefäss-Zentrum	Akkreditierung in Abklärung	SCHDIR mit HEYJOH/ GREJUR	USGG (Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten)	Angiologie, Gefässchirurgie, Radiologie, Mikrozirkulation und Phlebologie aber ohne DRG-Wirkung	SR RWS
IS (Intensiv Station)	im Aufbau	MADSVE/ HEITHO	ggf. KSSG	Ja - SGI	SPGR
Labor	laut Vorgaben	STEJOC/ JENJAN	www.qualab.ch KBMAL	⇦	SR RWS
Operation Qualification OQ	Qualifizierung/ Überprüfung	BERREN mit lokalen Technik-Leiter	Technical-Quality-Management gmbH ...	... OP - Zone 1 - 4 VDI 2083 / 3 EN ISO 14644/1-3 ...	SPAL/ SPGR/ SPWA
Palliative Care	Zertifizierung in Abklärung	SCHBIR/ GOOIGN/ SCHMIR	www.palliative.ch unter Qualität	Ja	SR RWS
QM Qualitäts-Management	Zertifizierung im Aufbau	HUTGOA	... offen ...	ISO 9001:2008/ 15224:2013	SR RWS
REKOLE Revision der Kosten- und Leistungsrechnung	Zertifizierung	AMMMAR/ ZWAJUR/ SCHBIR	Beratungsfirma KPMG	Definierte Kriterien H+	SR RWS
sanaCERT	Zertifizierung	HUTGOA	sanaCERT	Laut Standards auf www.sanaCERT.ch	SR RWS
Stroke Unit	Zertifizierung	BERCHR/ ROHPHI	Kantonsspital St.Gallen	Ja - Vorgaben Fachgesellschaft	SPGR
Unicef - Stillfreundliches Spital	in Abklärung	SCHSER	Unicef	Ja	Wochenbett SPWA
	Zertifizierung	LYMJUR	Unicef	Ja	Wochenbett SPWA

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Meldeportal für "Beinahe Zwischenfälle" (CIRS – Critical Incident Reporting System)	Erfassung von anonymen Meldungen zur kontinuierlichen Verbesserung in der Spitalregion	SR RWS	laufend
Patientenrückmeldungen (Feedbackkonzept)	Erhebung von Wünschen und Kritiken der Patienten, Angehörigen und Besucher	SR RWS	laufend
Sturzmeldungen	Vermeidung von Stürzen und von Sturzfolgen unserer Patienten	SR RWS	laufend
Dekubituskonzept -> Nationale Anforderung (Wundliegen)	Vermeidung von Wundliegen bei unseren Patienten	SR RWS	laufend
Schmerzbehandlung	Einheitliche und wirksame Schmerzbehandlung von Eintritt bis Austritt	SR RWS	laufend
Patientenzufriedenheit Anonymisierte Befragung von Patienten mittels Fragebogenaktion	Einleiten von Verbesserungen aufgrund von Patientenbewertungen -> Nationale Anforderung	SR RWS	jährlich
Erfassung von Infektionen nach Operationen -> Nationale Anforderung	Regelmässige Überwachung von Infektionen nach Operationen und Ableitung von Verbesserungsmassnahmen	SR RWS	Ab 2011
Ethikberatung	Unterstützung von Patienten, Angehörigen, Ärzten und Pflegenden in ethischen Fragen / Entscheidungen	SR RWS	laufend

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
☑ **Ja,** unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.	
☑	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

I Schlusswort und Ausblick

Im Kalenderjahr 2013 stand die Erfüllung der Vorgaben unserer Gesundheitsdepartemente, von sanaCERT suisse und ANQ sowie von anderen wichtigen Fachgremien und die Übergabe der Gesamtverantwortung des Qualitätsmanagements (QM) von Mirco Schweitzer an Goar Hutter im Vordergrund. Die aktive Mitarbeit bei der Neuausrichtung unserer Spitalregion im Strategie- und Führungs-Prozess und der daraus neu strukturierten Aufbauorganisation war sehr nützlich und wird unser QM-System auch bezüglich der Prozessarchitektur und -ausgestaltung prägen.

Mit der Systemüberprüfung durch die sanaCERT sollte die erste gemeinsame Rezertifizierung der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland angestrebt werden. So war das erste Halbjahr, neben den von ANQ vorgegebenen Arbeiten, durch die Vorbereitungen für diese herausfordernde Zielsetzung geprägt. Das externe Rezertifizierungsaudit fand am 25. und 26. Juni 2013 an allen drei Spitälern statt. Während des Audits wurden Mitglieder der acht Qualitätszirkel und der Geschäftsleitung befragt und deren Erfahrungen überprüft. Zudem fanden in der Praxis Begehungen statt, um die Umsetzung und die Qualität vor Ort überprüfen zu können. So wurden Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und Mitarbeitende aus dem Bereich Betrieb & Organisation befragt und verschiedene Dokumente von den Auditoren studiert und bei Bedarf nützliche Verbesserungspotenziale für die Zukunft aufgezeigt. Am 26. Juni 2013 wurden die Resultate von den Verantwortlichen der Stiftung sanaCERT mitgeteilt und dabei die Umsetzung des Gelernten ins

Zentrum gesetzt. Sieben Standards wurden mit der Höchstnote bewertet. Der in der Spitalregion neu bearbeitete Standard «Sichere Medikation» mit der zweitbesten Note. Dieses sehr gute Resultat zeigt auf, dass sich die QM-Bestrebungen der letzten Jahre gelohnt haben. Diese werden in naher Zukunft unter dem Gesichtspunkt einer kontinuierlichen Verbesserung (dem PDCA-Zyklus) weiterentwickelt und dessen positiven Einflüsse werden sicht- und merkbar werden.

Im Dezember konnten wir unter der Projektleitung von Prof. Dr. Christian Berger und Mirco Schweitzer mit sanaCERT die «Stroke Unit» in Grabs anhand der Qualitätsvorgaben der schweizerischen Hirnschlagkommission SFCN erfolgreich zertifizieren. Dies war durch eine sehr aktive und langjährige Zusammenarbeit mit dem «Stroke Zentrum» des Kantonsspitals St. Gallen möglich. Ebenfalls erfüllten wir im November vollumfänglich die Anforderungen von UNICEF als «Stillfreundliches Spital» am Standort Walenstadt.

Das Feedback aus der ANQ-Patientenzufriedenheitsbefragung war positiv. Auch die zum dritten Mal durchgeführte nationale Messung der Sturz- und Dekubitusraten zeigt uns, dass die Qualitätssystematik zielführend ist.

Externe Überprüfungen, beispielsweise durch die sanaCERT, fordern uns zur kontinuierlichen Überprüfung unserer QM-Systemvorgaben auf. Dabei wurden diverse Vorgaben und deren Nachweisführung überprüft und Prozesse wurden optimiert.

Wir werden unser QM-System und dessen Prozessmanagement kontinuierlich im Fokus der ISO 9001, beziehungsweise 15224, überprüfen, optimieren und ausbauen. Eindeutige und einheitliche Vorgaben hinsichtlich des Dokumenten- und Datenmanagements werden unsere Arbeiten wesentlich prägen. Die Vision eines integrierten Managementsytems der Spitalregion mit Arbeitssicherheit/ Gesundheitsschutz sowie Risiko- und Umweltmanagement und weiteren Disziplinen/Trends werden dabei ebenfalls berücksichtigt.

Es ist uns ein grosses Anliegen, unsere QM-Bestrebungen in einem breiten und konstruktiven Fachnetzwerk gemeinsam mit anderen Regionen und Spitälern zu den besten Leistungen in der Behandlung und Betreuung unserer Patienten und Patientinnen auszubauen.

… aus dem Geschäftsbericht SR RWS 2013 Seite 39

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage www.srrws.ch

Herausgeber

Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht

Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner

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/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.

Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW). Die Begleitkommission Qualitätsempfehlung der SAMW prüft publizierte Qualitäts-berichte und befürwortet die einheitliche Verwendung der strukturierten H+ Vorlage.