SPITAL LINTH

Spital Linth Uznach
Gasterstrasse 25
8730 Uznach

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern und Basel-Stadt

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

Inhaltsverzeichnis

A Einleitung ... 3
B Qualitätsstrategie ... 4
B1 Qualitätsstrategie und -ziele ... 4
B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010 ... 4
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010 ... 4
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren ... 5
B5 Organisation des Qualitätsmanagements ... 5
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement ... 5
C Betriebliche Kennzahlen und Angebot ... 6
C1 Angebotsübersicht ... 6
C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010 ... 8
D1 Zufriedenheitsmessungen ... 9
D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit ... 9
D1-2 Angehörigenzufriedenheit ... 10
D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit ... 10
D1-4 Zuweiserzufriedenheit ... 11
D2 ANQ-Indikatoren ... 12
D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape ... 12
D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape ... 13
D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO ... 14
D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ) ... 15
D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010 ... 16
D3-2 Stürze ... 16
D3-3 Dekubitus (Wundliegen) ... 16
D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung ... 17
E Verbesserungsaktivitäten und -projekte ... 18
E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards ... 18
E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte ... 18
F Schlusswort und Ausblick ... 20
G Impressum ... 21

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

A Einleitung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser

Im Jahr 2007 hat das Spital Linth den ersten Qualitätsbericht verfasst und veröffentlicht. Es ist uns ein Anliegen, die Angaben zu unserer Qualität transparent und damit so weit möglich vergleichbar zu machen. Mit diesem Qualitätsbericht für das Jahr 2010 erlangen Sie einen umfassenden Einblick in die Leistungsfähigkeit des Spital Linth.

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

Im Spital Linth ist das Qualitätsmanagement seit 2003 etabliert. Als erstes Spital der Schweiz haben wir unser Qualitätsmanagementsystem 2003 durch die Stiftung sanaCERT Suisse zertifizieren lassen und erhielten eine ausgezeichnete Gesamtbeurteilung. 2006 stellten wir uns wieder als erstes Spital der Schweiz der Re-Zertifizierung. 2009 erreichten wir bei der 2. Re-Zertifizierung bei allen Standards die Maximalnote. Auf diese Leistung darf das Spital Linth zu Recht Stolz sein. Somit hat das Spital Linth in der Schweiz bezüglich Qualitätsförderung und Qualitätssicherung eine Pionierrolle.
Unser Qualitätsmanagement verbindet in zunehmendem Mass die gesetzlichen Anforderungen mit einer verstärkten Kultur der Sicherheit in den Behandlungs- und des Arbeitsprozessen. Qualitätsarbeit bedeutet für uns einen fortlaufenden Prozess zu befolgen.

Uznach, im Mai 2011

Spital Linth Uznach

Geschäftsleitung

Dr. med. Urs Graf Spitaldirektor	Stephan Bärlocher Verwaltungsleiter	Dr. med. Johannes Keel Ärztlicher Leiter
Hans Jürgen Franzke Pflegedienstleiter	Jeanette Mathis Leitung MT Bereiche	

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

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

Mit dem Qualitätsmanagement werden vor allem die zwei folgenden Ziele verfolgt:

- Verbesserung der Patientenversorgung
- Effiziente und effektive Leistungserbringung

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

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

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

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

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

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

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

Umsetzung Prozessmanagement
Einführung Risikomanagement

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

- Die Grundstrukturen für das Prozessmanagement sind definiert.
- Im Risikomanagement-Prozess wurden die Risiken identifiziert, analysiert und bewertet.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

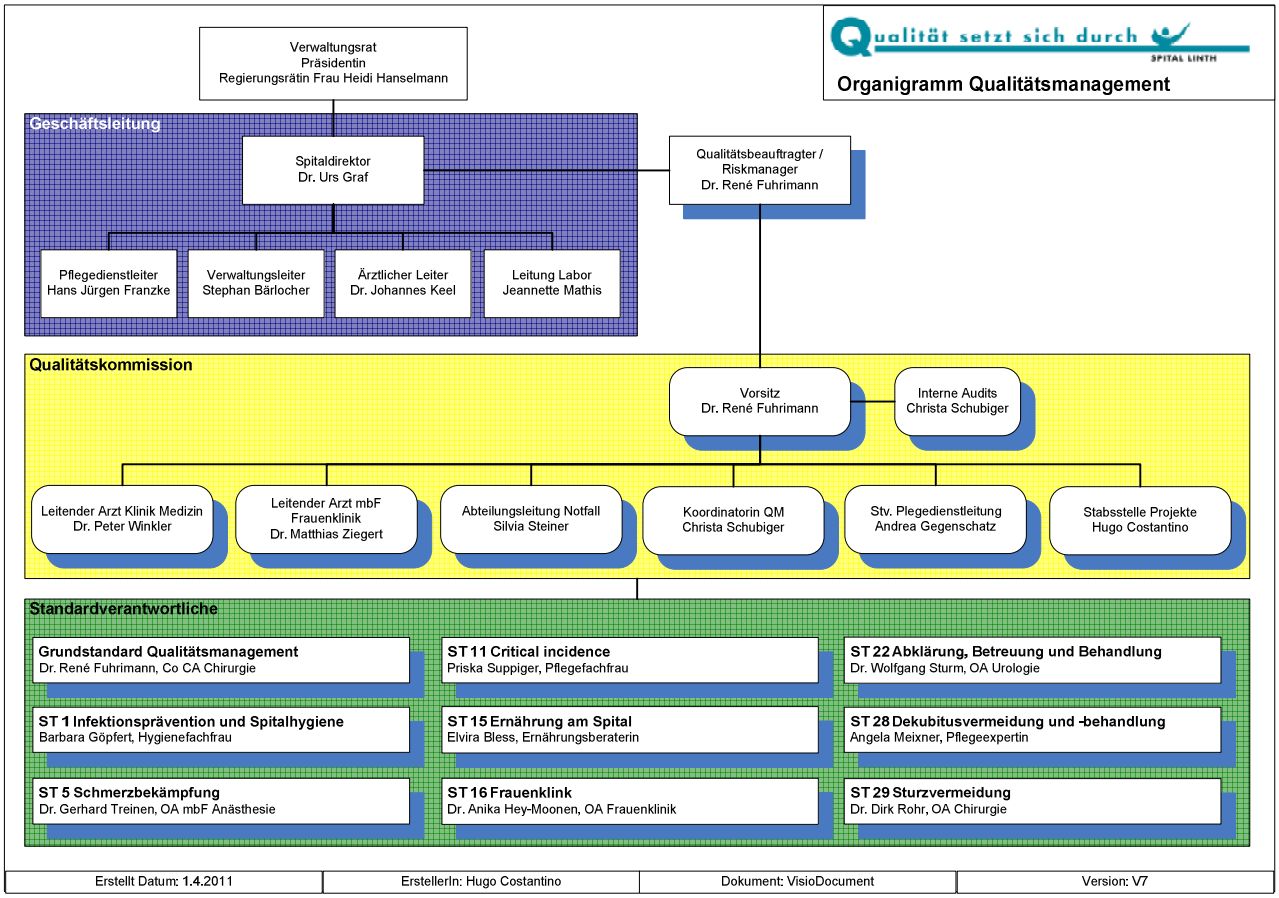
- Kernprozesse werden definiert, strukturiert bearbeitet und beschreiben.
- Risikomanagement –Prozess ist die Massnahmenerarbeitung –planung und – umsetzung für 2011 / 2012 vorgesehen.
- Einführung und Umsetzung der DRG`s

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, nämlich:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. René Fuhrimann(*)	055 285 51 06	rené.fuhrimann@spital-linth.ch	Qualitätsbeauftragter
Hugo Costantino	055 285 45 17	hugo.costantino@spital-linth.ch	Qualitätskommission
Andrea Gegenschatz	055 285 51 81	andrea.gegenschatz@spital-linth.ch	Qualitätskommission
Christa Schubiger	055 285 51 73	christa.schubiger@spital-linth.ch	Koordinatorin Qualitätsmanagement
Silvia Steiner	055 285 52 06	silvia.steiner@spital-linth.ch	Qualitätskommission
Dr. med. Peter Winkler	055 285 53 77	peter.winkler@spital-linth.ch	Qualitätskommission
Dr. med. Mathias Ziegert	055 285 49 43	mathias.ziegert@spital-linth.ch	Qualitätskommission



C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

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

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	**Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)**
Allgemeine Chirurgie	
Anästhesiologie und Reanimation *(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)*	
Gynäkologie und Geburtshilfe *(Frauenheilkunde)*	
Plastische und Handchirurgie	Dr. med. Stefan Weindel
Herz- und thorakale Gefässchirurgie *(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)*	
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden **Spezialisierungen** (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	
☒ Endokrinologie und Diabetologie *(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)*	
☒ Gastroenterologie (*Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)*	Dr. med. Beat Küchler, Konsiliararzt
☒ Geriatrie *(Altersheilkunde)*	Dr. Stavros Kosmidis

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	**Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)**
☒ Kardiologie *(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)*	Dr. med. Angelo Carone
☒ Medizinische Onkologie *(Behandlung von Krebserkrankungen)*	Dr. med. Felicitas Hitz, Kantonsspital St. Gallen Dr. med. Roman Inauen, Kantonsspital St. Gallen Dr. med. Rudolf Morant, Zentrum für Tumorprävention
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation *(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)*	
☒ Pneumologie *(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)*	Dr. med. Christoph Leser, Konsiliararzt
Intensivmedizin	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	
Kinderchirurgie	
Langzeitpflege	
Neurochirurgie	
Neurologie *(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)*	Dr. Renato Meier
Ophthalmologie *(Augenheilkunde)*	
Orthopädie und Traumatologie *(Knochen- und Unfallchirurgie)*	Dr. Johannes Keel
Oto-Rhino-Laryngologie ORL *(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)*	Dr. med. Sebastian Turnherr, Konsiliararzt
Pädiatrie *(Kinderheilkunde)*	Dr. med. Laurent Duttweiler, Konsiliararzt Dr. med. Moreno Malosti, Konsiliararzt Dr. med. Andrea Hohl-Seiler, Konsiliararzt
Palliativmedizin *(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)*	
Psychiatrie und Psychotherapie	Dr. med. Horst Sraub, Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet
Radiologie *(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)*	Kantonsspital St. Gallen
Urologie *(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)*	Prof. Dr. Dirk Wilbert

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

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

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	**Werte 2010**	**Werte 2009** (zum Vergleich)	**Bemerkungen**
Anzahl **ambulante** behandelter Patienten,	13'283	19'226	Ab Juli 2010 wurde das Fallhandling geändert, dadurch sind diese tiefer. Pro Diagnose gibt es nur noch 1 Fall. Vorher für jede abteilungsspezifische Untersuchung (z.B. Labor, Röntgen, Anästhesie etc.) ein einzelner Fall eröffnet, was heute nicht mehr der Fall ist.
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	5	3	
Anzahl **stationär** behandelter Patienten,	5'819	5'720	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	508	487	
Geleistete Pflegetage	38'008	35'500	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	105	101	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.5	6.2	
Durchschnittliche Bettenbelegung	99.05%	96.5%	

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für 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. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Patientenzufriedenheit.				
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit.				
	☒	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:** 2009	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:** 2012	
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** 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:

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
☐ Mecon ☐ Picker ☒ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☐ Anderes externes Messinstrument				
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes		
☐ eigenes, internes Instrument					
Beschreibung des Instrumentes	Kurzfragebogen mit 15 Fragen zu den zentralen Bereichen eines Spitalaufenthaltes, ärztliche und pflegerische Versorgung und Betreuung; Organisation; Service und Gesamteindruck.				
Einschlusskriterien	Alle Patienten über 18 Jahre mit min. 2 Tage Spitalaufenthalt auf den Abteilungen Chirurgie und Medizin.				
Ausschlusskriterien	Siehe oben.				
Rücklauf in Prozenten		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**. Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:	
	Bezeichnung der Stelle	Arbeitsgruppe Kundenzufriedenheit
	Name der Ansprechperson	Frau B. Steffens
	Funktion	Leitung AG Kundenzufriedenheit
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Telefon: 055 285 40 66 während den Bürozeiten Mail: ag-kundenzufriedenheit@spital-linth.ch

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.

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.				
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit.				
	☒ **Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**	2008	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**	2012
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2010** 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:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	**59.6 Punkte**	
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
nur Ärzte	60.0 Punkte	
nur Pflegepersonal	59.4 Punkte	
nur Hauswirtschaft	63.2 Punkte	
nur Verwaltung	59.8 Punkte	
☐	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 Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
☒	Externes Messinstrument				
	Name des Instrumentes	MECON	Name des Messinstitutes	MECON	
☐	eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Vollerhebung mit standardisiertem Fragebogen. Aus den Antworten wird ein Index errechnet, der von **0 Punkten** (alle Mitarbeitenden geben die **schlechteste Antwort**) bis **100 Punkten** (alle Mitarbeitenden geben **die beste Antwort**) reicht.				
Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden				
Ausschlusskriterien					
Rücklauf in Prozenten	63%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☒ Ja	

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Zuweiserzufriedenheit.			
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit.			
	☐ **Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☒ Ja. Im **Berichtsjahr 2010** 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:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	**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 Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☒	eigenes, internes Instrument		

D2 ANQ-Indikatoren

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 ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.
Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:
Für das Jahr 2010 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

Psychiatrie und Rehabilitation:
Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger", der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. 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 wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.
Weiterführende Informationen für 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.				
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☒	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse			
Anzahl Austritte im Jahr 2010	**Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010**	**Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]**	**Auswertungsinstanz**
5'819			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	**Präventionsmassnahmen** zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

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. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: 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.			
	☐	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 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse			
Anzahl Operationen im Jahr 2010	**Anzahl Reoperationen im Jahr 2010**	**Reoperationsrate: Ergebnis [%]**	**Auswertungsinstanz**
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			

☒	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	**Präventionsmassnahmen** zur Vermeidung von ungewollten Reoperationen sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.
Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.
SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?					
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.				
	☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2010** (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings **keine Messungen** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☒	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** (Juni 2009-Juni 2010) 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:

Messergebnisse						
	Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	**Anzahl beurteilte Operationen**	**Anzahl festange-stellter Infektionen nach diesen Operationen**	**Infektions-rate Spital / Klinik**	**Durchschnitt teilnehmende Spitäler[1]**	**Bemerkungen**
☐	Gallenblase-Entfernung				3.9%	
☐	Blinddarm-Entfernung				4.5%	
☐	Hernieoperation				1.1%	
☒	Dickdarm (Colon)				12.7%	Vorgeschriebene Eingriffszahl nicht erreicht.
☒	Kaiserschnitt (Sectio)			0.8%	1.9%	
☐	Herzchirurgie	*Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.*				
☒	Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
☐	Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					

☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	**Präventionsmassnahmen** zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

[1] Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.
Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
☐	**Nein**, unser Betrieb **mass nicht** die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
☒	**Ja,** unser Betrieb **mass** die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

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

Messergebnisse Medizinische Abteilungen	**Wert**	**Durchschnitt teilnehmende Spitäler**[2]	**Kommentar**
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	**5.2**	**5.3**	
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	**5.5**	**5.3**	
Beurteilung der Organisation	**5.3**	**5.2**	
☐	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

Messergebnisse Chirurgische Abteilungen	**Wert**	**Schweizer Durchschnitt** [2]	**Kommentar**
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	**5.5**	**5.4**	
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	**5.4**	**5.4**	
Beurteilung der Organisation	**5.3**	**5.2**	
☐	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

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

[2] Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Spitäler, die sich 2009 an der PEQ-Messung des ANQs beteiligt haben. Die Werte wurden im März 2011 durch den ANQ veröffentlicht.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze
Was wird gemessen?	Sturzrate (Stürze /1000 Pflegetage)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
126 Stürze / 38008 Pflegetage (3.32 %)	46	80	

☐	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).
☐	**Präventionsmassnahmen** sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Erhebung der Sturzrate
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	Alle Akutabteilungen, Akutgeriatrie

Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	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).
☒	**Präventionsmassnahmen** sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Dekubitusmessung
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich [1]	Erfassungsgrundlage [2]	Status [3]
ASF (Arbeitsgemeinschaft schweizerischer Frauenklinik)	B Frauenklinik	A Flächendeckende Datenerfassung zu Diagnosen, Behandlungsarten und Outcome (Behandlungsresultaten)	A Datenerfassung. Zu jeder ambulanten und hospitalisierten Patientin im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe wird ein ausführlicher Fragebogen erfasst und ausgewertet.
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	B Chirurgie	A Flächendeckende Datenerfassung zu Diagnosen, Behandlungsarten und Outcome (Behandlungsresultaten)	A
SALTC	B	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Laparo- und Thorakoskopische Chirurgie	A
Vigilance	A	A Materio-, Hämo-, Pharmako-	A
Bemerkungen			

Legende:

[1] **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung

[2] **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System

[3] **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
C=Einführung im Berichtsjahr 2010

E Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
sanaCERT Suisse Grundstandard Qualitätsmanagement	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 1, Infektionsprä-vention und Spitalhygiene	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 5 Schmerzbehandlung	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 6, Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 8, Gynäkologie	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 11, Umgang mit kritischen Zwischenfällen	Gesamtes Spital	2006	2009	
sanaCERT Suisse Standard 15, Ernährung	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 29, Sturzvermeidung	Gesamtes Spital	2006	2009	
ISO/IEC17025	Labor und Blutspendedienst SRK	2005 Akkreditierung	2010 Re-Akkreditie-rung mit zusätzlich neuer Norm 15189	
EN ISO 14644/1	Operationssaal		2008	

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Aktivität oder Projekt (Titel)	**Ziel**	**Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft**	**Projekte: Laufzeit** (von … bis)
Einführung des sanaCERT Standards 22, Abklärung, Behandlung und Betreuung	Umsetzung Prozessmanagement	Gesamtes Spital	Start Mai 2010, laufend
Risikomanagement	Risiken erkennen und lenken	Gesamtes Spital	Start Feb. 2010, laufend
Händehygienekampagne	Verbesserung der Umse-tzung der Händehygiene	Gesamtes Spital	laufend
Dekubitusprophylaxe	Vermeidung von Dekubitus	Medizin, Chirurgie,	Juli 2009 - 2012

Dekubitusbehandlung	Adäquate Wundversorgung	Akutgeriatrie	
Implementieren Pflegediagnostik	Pflegediagnosen bezogene Pflege	Gesamtes Spital	Start Oktober 2010, laufend
Wundmanagement	Umfassende, standardisierte Wundbehandlung	Gesamtes Spital	Umsetzung Konzept, Juni 2011
Sturzvermeidung	Sturzvermeidung – erfassung und -prävention	Gesamtes Spital	laufend

F Schlusswort und Ausblick

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

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

Es ist uns ein grosses Anliegen, dass alle Mitarbeitenden in der kontinuierlichen Verbesserung beteiligt sind und Mitverantwortung tragen für das Erreichen der gesetzten Ziele.

G Impressum

Herausgeber / Lesehilfe

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern
© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch

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.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

➔ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

➔ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien

Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **Be**rn) erarbeitet. Im Handbuch H+qualité® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.
Siehe auch
http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html
voir également
http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html

Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Qu**alitätsmonitoring **Ba**sel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualité® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.
Siehe auch http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html

Partner

Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **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 http://www.anq.ch