

Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2008



SPITAL LINTH

Spital Linth
Gasterstrasse 25
8730 Uznach

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Einleitung.....	3
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick.....	4
3.1	Kontaktangaben.....	4
3.2	Qualitätskommission / Q-Team	4
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital.....	5
4	Kennzahlen	6
4.1	Versorgungsstufe.....	6
4.2	Personalressourcen	6
4.3	Fallzahlen	6
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	7
4.5	Top Ten-Diagnose stationär.....	7
4.6	Top Ten- Eingriffe	8
4.7	Altersstatistik.....	8
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	9
4.9	Mortalitätszahlen.....	9
4.9.1	Spitaleigene Mortalitätserhebung	9
4.9.2	Umgang mit Todesfällen im Spital	9
5	Zufriedenheitsmessungen.....	10
5.1	Patientenzufriedenheit Interner Kurzfragebogen	10
5.1.1	Detaillierter Ausweis	10
5.2	Mitarbeiterzufriedenheit.....	11
5.2.1	Gesamtzufriedenheit	11
5.2.2	Detaillierter Ausweis	11
6	Qualitätsindikatoren	12
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	12
6.1.1	Rehospitalisationsrate innert 10 Tagen	12
6.1.2	Beteiligung an anderen Messprogrammen	12
6.2	Infektionen	12
6.2.1	Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ.....	12
6.2.2	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen.....	12
6.2.3	Präventionsmassnahmen	12
6.3	Komplikationen	13
6.3.1	Beteiligung an Messprogrammen	13
6.3.2	Präventionsmassnahmen	13
6.4	Pflegeindikator „Stürze“.....	14
6.4.1	Beteiligung an Messprogrammen	14
6.4.2	Präventionsmassnahmen	14
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	15
6.5.1	Beteiligung an anderen Messprogrammen	15
6.5.2	Präventionsmassnahmen	15
7	Qualitätsaktivitäten	16
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	16
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	16
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	17
8	Schlusswort und Ausblick	18
8.1	Vorgehensweise	18
9	Ausgewählte Qualitätsprojekte	19
10	Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge	20
10.1	Qualitätsmanagementstrategie	20
10.2	Q-Schwerpunkte 2009	20
10.3	Erreichte Q-Ziele 2008	20

2 Einleitung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser

Mit diesem Qualitätsbericht für das Jahr 2008 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 mit jährlich über 20'000 Patienten das Fundament der Gesundheitsversorgung im Linthgebiet.

Im Spital Linth ist das Qualitätsmanagement seit langem etabliert. Als erstes Spital der Schweiz haben wir unser Qualitätsmanagement 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. Damit übernimmt das Spital Linth in Qualitätsförderung und Qualitätssicherung eine Vorreiterrolle.

Unser Qualitätsmanagement verbindet in zunehmendem Mass die gesetzlichen Forderungen mit einer verstärkten Kultur der Sicherheit in den Behandlungs- und des Arbeitsprozessen. Qualitätsarbeit bedeutet für uns einen fortlaufenden Prozess zu befolgen.

Uznach, im März 2009

Spital Linth Uznach

Geschäftsleitung

Dr. med. Urs Graf

Spitaldirektor

Stephan Bärlocher

Verwaltungsleiter

Hans Jürgen Franzke

Pflegedienstleiter

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

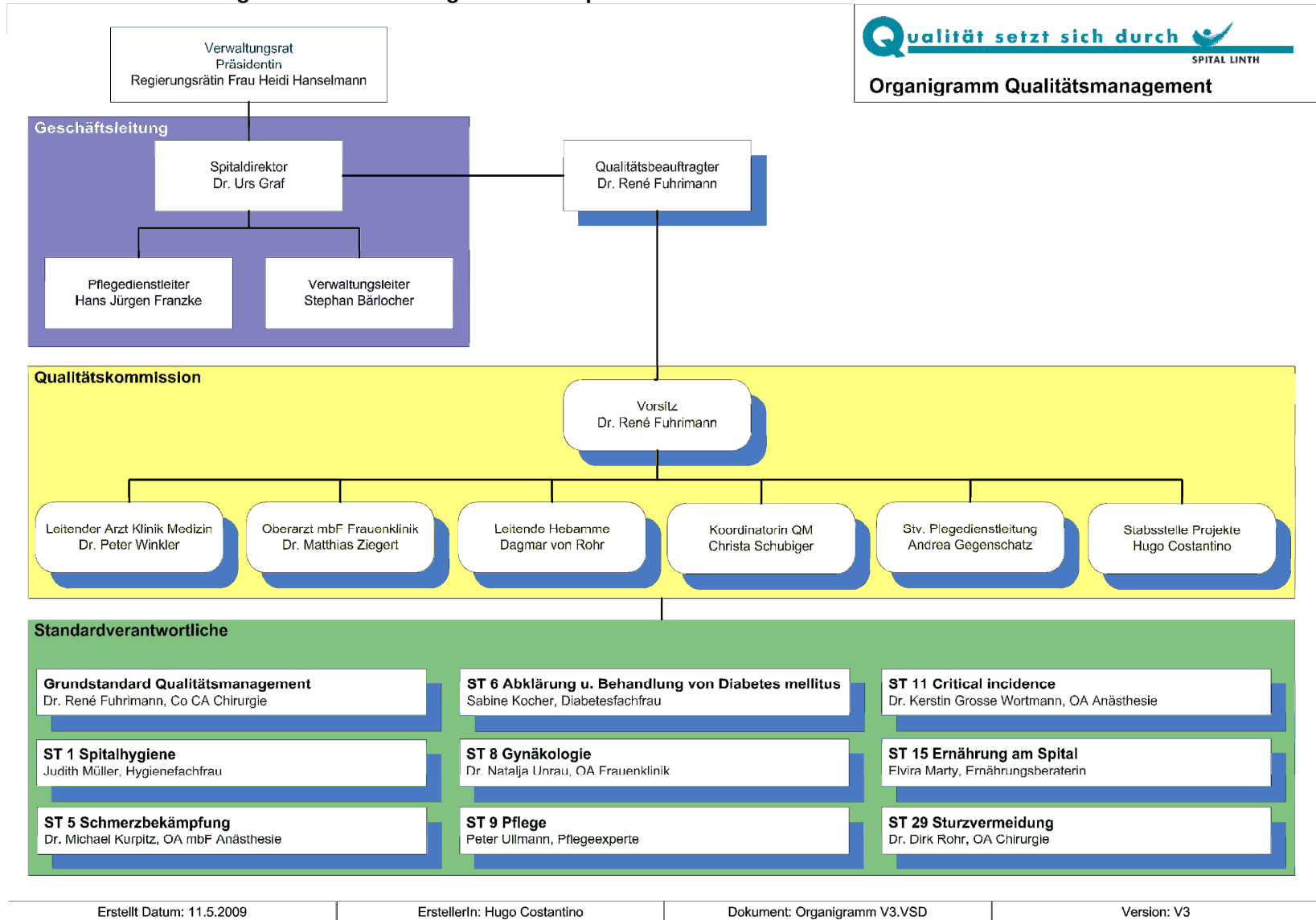
3.1 Kontaktangaben

Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Zuständigkeit
Dr. med. René Fuhrmann	055 285 51 06	rene.fuhrmann@spital-linth.ch	Qualitäts-Beauftragter
Christa Schubiger	055 285 51 73	christa.schubiger@spital-linth.ch	Koordinatorin QM

3.2 Qualitätskommission / Q-Team

Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Zuständigkeit	Anstellungs-% für Q-Bereich
Dr. med. René Fuhrmann	055 285 51 06	rene.fuhrmann@spital-linth.ch	Qualitäts-beauftragter	
Hugo Costantino	055 285 45 17	hugo.costantino@spital-linth.ch	Mitglied Qualitäts-kommission	
Andrea Gegenschatz	055 285 51 81	andrea.gegenschatz@spital-linth.ch	Mitglied Qualitäts-kommission	
Christa Schubiger	055 285 51 73	christa.schubiger@spital-linth.ch	Koordinatorin QM	50 %
Dagmar von Rohr	055 285 52 05	dagmar.vonrohr@spital-linth.ch	Mitglied Qualitäts-kommission	
Dr. med. Peter Winkler	055 285 53 77	peter.winkler@spital-linth.ch	Mitglied Qualitäts-kommission	
Dr. med. Mathias Ziegert	055 285 49 43	mathias.ziegert@spital-linth.ch	Mitglied Qualitäts-kommission	

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital



4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BfS		
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 1 (K111): Zentrumsversorgung	5 Unispitäler
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 2 (K112): Zentrumsversorgung	Betriebe mit 9000 - 30000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 3 (K121): Grundversorgung	Betriebe mit 6000 - 9000 stationären Fällen
<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 4 (K122): Grundversorgung	Betriebe mit 3000 - 6000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 5 (K123): Grundversorgung	Betriebe mit 0 - 3000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Chirurgie (K231)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie (K232)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Pädiatrie (K233)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Geriatrie (K234)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Diverse Spezialkliniken (K235)	

4.2 Personalressourcen

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

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen
Ärzte	41	
Pflege	90	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	68	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	60	
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	36	

Kommentar zu den Personalressourcen	
Kein Kommentar	

4.3 Fallzahlen

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

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle	Anzahl teilstationäre und ambulante Fälle	Bemerkungen
Medizin	2'097	4'921	
Chirurgie/Orthopädie	1'853	5'118	
Urologie	236	1'452	
ORL	272	29	
Gynäkologie	486	1'345	
Geburtshilfe	608	451	Ohne Säuglinge
		4'264	Sonstige ambulante Fälle: Radiologie, Anästhesie, paramedizinische Abteilung
Gesamt	5'552	17'580	

Kommentar zu den Fallzahlen	
Kein Kommentar	

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle		
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/> Eigene Erhebung
Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen
Pflegetage	34'411	ohne Säuglinge
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.2	
Geburten (stationär und ambulant)	546	
Operationen (stationär und ambulant)	6'499	
Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen		
Kein Kommentar		

4.5 Top Ten-Diagnose stationär

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung	
Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen (%)	ICD-Code	ICD ausgeschrieben
1	502	8.2	Z 38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus
2	236	3.8	I 10	Essentielle Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
3	127	2.0	I 25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit
4	121	1.9	J 34.2	Nasenseptumdeviation (Nasenscheidewandabweichung)
5	110	1.8	K 40.9	Hernia inguinalis einseitig, ohne Einklemmung und ohne Grangrän (Leistenbruch)
6	110	1.8	K 56.4	Sonstige Obturation des Darmes (funktionelle Darmbeschwerden)
7	92	1.5	I 11.0	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
8	87	1.4	K 52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis (Magenschleimhautentzündung) und Kolitis (Darmentzündung)
9	64	1.0	M 16.1	Sonstige primäre Koxarthrose (Hüftgelenksveränderungen)
10	59	1.0	K 80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis (Gallenblasenentzündung)
Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär				
Kein Kommentar				

4.6 Top Ten- Eingriffe

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung	
Rang	Anzahl Eingriffe	Anteil an stationären Fällen (%)	CHOP-Code	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1	251	2.7	75.69	Naht am frisch geburtsbedingtem Riss
2	224	2.4	80.26	Arthroskopie Knie (Kniegelenkspiegelung)
3	177	1.9	74.1	Tiefe zervikale Sectio caesarea (Kaiserschnittentbindung)
4	118	1.3	21.88	Sonstige Nasenseptumplastik (Nasenkorrektur)
5	88	0.9	28.3	Tonsillektomie mit Adenotomie (Mandelentfernung)
6	73	0.8	81.51	Total Endoprothese Hüftgelenk
7	53	0.5	79.36	Offene Reposition Fraktur Tibia u. Fibula mit innerer Knochenfixation
8	52	0.5	51.23	Laproskopische Cholezystektomie
9	46	0.5	57.49	Sonstige transurethrale Exzision oder Destruktion Läsion oder Gewebe Harnblase
10	43	0.4	38.59	Ligatur und Stripping Varizen untere Extremität
Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen				
Kein Kommentar				

4.7 Altersstatistik

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung
Kategorie	Alter	Anzahl	Bemerkungen
1	0 bis 9	179	
2	10 bis 19	369	
3	20 bis 29	771	
4	30 bis 39	772	
5	40 bis 49	658	
6	50 bis 59	599	
7	60 bis 69	700	
8	70 bis 79	749	
9	80 bis 89	646	
10	90 bis 99	106	
11	100 bis 109	3	
Gesamt		5'552	

4.8 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

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

Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	0.6867
Notfallstation	<input checked="" type="checkbox"/> mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste <input type="checkbox"/> ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	2'894	
Notfälle ambulant und teilstationär	8'321	
Verlegungen in ein anderes Spital	297	
Austritte nach Hause	4'906	(mit Säugling 5430)
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	318	

4.9 Mortalitätszahlen

4.9.1 Spitaleigene Mortalitätserhebung

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

Resultate
56
Kommentar
Die Mortalität liegt für ein Spital der Grundversorgung im Rahmen, da die Leistungsspezialitäten Geriatrie und Onkologie eine höhere Mortalitätsrate implizieren.

4.9.2 Umgang mit Todesfällen im Spital

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital besitzt keine Todesfallmanagement
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital besitzt ein Todesfallmanagement:
	Beschreibung der Todesfallmanagements / Umgang mit Todesfällen im Spital
	<ul style="list-style-type: none"> - Handlungsanweisung Umgang bei Todesfall - Handlungsanweisung Umgang bei Todesfall im Operationssaal - Reanimations-Konzept - Umgang mit psychologisch schwierigen Situationen

5 Zufriedenheitsmessungen

5.1 Patientenzufriedenheit Interner Kurzfragebogen

Name des Anbieters	Entwicklung	Name Messinstrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
Spital Linth	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Kurzfragebogen	schriftliche, anonyme Befragung	ab 2006	laufend	

5.1.1 Detaillierter Ausweis

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Aufnahme	94.3	Zufriedenheitsindex
Organisation	93.2	Zufriedenheitsindex
Hotellerie / Verpflegung	87.9	Zufriedenheitsindex
Hotellerie / Sauberkeit	86.0	Zufriedenheitsindex
Betreuung durch die Pflege	95.8	Zufriedenheitsindex
Betreuung durch die Ärzte	96.2	Zufriedenheitsindex
Betreuung durch die Physiotherapie	98	Zufriedenheitsindex
Betreuung beim Röntgen	93.0	Zufriedenheitsindex
Betreuung durch die Hebammen	98.2	Zufriedenheitsindex
Unzumutbare Wartezeiten		
- Patientenaufnahme	3.0	Unzufriedenheitsindex
- Röntgen	1.6	Unzufriedenheitsindex
- Notfall	1.3	Unzufriedenheitsindex
- Pflegepersonal	2.1	Unzufriedenheitsindex
- Arztvisite	1.9	Unzufriedenheitsindex

5.2 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	schriftliche Mitarbeiterbefragung	Vollerhebung mit standardisiertem Fragebogen	Juni 2008	alle 2-4 Jahre	Rücklaufquote: 63%

5.2.1 Gesamtzufriedenheit

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit Ihrer derzeitiger Arbeitssituation?	eher bis sehr zufrieden	55%
	mittlere Zufriedenheit	26%
	eher bis sehr unzufrieden	19%

5.2.2 Detaillierter Ausweis

Resultate		
Berufsgruppen	Wert [Index]	Bemerkungen
Gesamtinstitution	59.6 Punkte	
nur Ärzte	60.0 Punkte	
nur Pflegepersonal	59.4 Punkte	
nur Hauswirtschaftspersonal	63.2 Punkte	
nur Verwaltung	59.8 Punkte	
Kommentar		
<p>Der Fragebogen enthält Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Bereichen. Aus den Antworten wird ein Index berechnet, der von 0 Punkte (alle Mitarbeitenden geben die schlechteste Antwort) bis 100 Punkte (alle Mitarbeitenden geben die beste Antwort) reicht.</p> <p>Qualifizierte und motivierte Mitarbeitende sind der Schlüssel für eine gute Betreuung der Patientinnen und Patienten. Es ist deshalb entscheidend, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu kennen. Die Resultate der Mitarbeiterbefragung sind wichtige Kennzahlen für das Qualitätsmanagement und bilden eine Grundlage zur stetigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Mitarbeitenden.</p>		

6 Qualitätsindikatoren

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte Innert 30 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Bemerkungen
5'552	149	2.7 %	Wiedereintritte mit der gleichen Diagnose

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen

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

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ

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

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

Kommentar

Start der Erhebung Juni 2009

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

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

6.2.3 Präventionsmassnahmen

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen:

Kommentar

Gemeinsames Händehygieneprojekt in allen Spitäler im Kanton St. Gallen startet im 1. Quartal 2009

6.3 Komplikationen

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen	
	Begriffsdefinition „Komplikation“	Eine unerwünschte Folge einer Krankheit, eines Unfalls, eines Eingriffs oder eines Medikaments, die nicht im engeren Sinn zum Krankheitsbild gehört.

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
ASF	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Datenerfassung	Statistik und Komplikationserfassung	2008	laufend	
AQC	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Datenerfassung	Statistik und Komplikationserfassung	2008	laufend	
SALTC	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Datenerfassung	Statistik und Komplikationserfassung	2008	laufend	

Resultate
Jährliche Auswertung mit Minimierung der Komplikationsrate trotz Zunahme der Behandlungsfälle.
Kommentar
Kein Kommentar

6.3.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Im Rahmen unseres Qualitätsmanagementsystem.

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze	
	Begriffsdefinition „Sturz“:	Ein Sturz ist jedes plötzliche unbeabsichtigte und unkontrollierte Herunterfallen/(-) gleiten des Körpers aus dem Liegen, Sitzen oder Stehen auf eine tiefere Ebene.

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Spital Linth	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Sturzvermeidung	Erhebung	2008	laufend	

Resultate			
Indikator	Referenzwert	Soll-Wert	Ist-Wert 2008
Sturz- Häufigkeit (auf 1000 Pflage tage)	6.9	5	2,77
Verletzungsrate	1.7	1.5	0,74
Verletzungsindex	20.3%	10%	26,66%
Frakturindex	3.3%	0%	1,9%
Rücklaufquote Sturzrisiko-Bögen			46% (Jan-Juni:22,4%) (Juli-Dez:71,6%)

6.4.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellen eines Sturzrisikoprotokoll bei allen Patienten > 70 Jahren - Sicherheits- und Präventionsmassnahmen individuell planen und umsetzen - Sturzprotokoll erfassen und auswerten

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

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

Kommentar

Medizinische Perspektive: Dekubitalgeschwür (ICDC L89)

Pflegerische Perspektive: Gefahr einer Hautschädigung (NANDA 00046 / 1975; R 1998)

6.5.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Lagerung, Mobilisation (Kinästhetik) und Hautpflege

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Gesamtes Spital	sanaCERT	2003	2006	Überwachungs-Audit 9. Dez. 2008
Labor +BSD SRK	ISO/IEC 17025 Akkreditierung (SAS)	2005 Akkreditierung	2008 3.ÜBERWACHUNG	Re- Akkreditierung 2010, mit zusätzlicher neuer Norm 15189
Operationssaal	EN ISO 14644/1		2008	Validierung

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Gesamtes Spital	Qualitätsmanagement	Kontinuierliche Qualitätsverbesserung	laufend
Gesamtes Spital	Interne Audits	Aktueller Stand und Verbesser- ungsmöglichkeiten der Qualitäts- arbeit ermitteln	laufend
Gesamtes Spital	Beschwerdemanagement	Kundenzufriedenheit wieder herstellen und erhöhen	Ausgeweitet auf Personal
Gesamtes Spital	CIRS	Aus Fehlern lernen- Grundlage für Verbesserungen von Arbeits- abläufen und Sicherheit Analyse des Meldeverhalten der Mitarbeiter	Laufend Durchgeführt und ausgewertet
Gesamtes Spital	Infekprävention und Spitalhygiene	Durchdringung des Konzepts	Hygienebegehungen wurden planmäßig ausgeführt
Gesamtes Spital	Schmerzbekämpfung	Qualitätsverbesserung in der Schmerztherapie durch einheitliche Evaluation, Dokumentation und Therapieoptionen	laufend
Gesamtes Spital	Ernährung	Einführung und Umsetzung der Erfassung des Ernährungs- zustandes bei allen Patienten	umgesetzt
Chirurgie	Diabetes mellitus	Screening und Behandlung nach OP	umgesetzt
Frauenklinik	Einführung und Umsetzung Fallbesprechung	Verbesserung des Management bei der Geburt	umgesetzt
Labor +BSD SRK	Revisionen von AA's ,Richtlinien und QM- Handbuch	Laufende Überwachung des QMS	Alles auf neuestem Stand
Labor	Vernetzung der Blutzuckergeräte	Alle Stationen werden mit einbezogen , Schulung	Labor BZ- Gerät ist vernetzt.
Labor	Einführung Labor CIRS	Laborspezifische Fehler werden aufgenommen +“ ausgewertet	Labor nimmt Fehlermeldungen auf. Auswertung QM- Review.
Labor	Kennzahlen Turn around Zeiten bei Notfällen + Routine im Labor	Verbesserung der Effizienz	Auswertung beendet

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Gesamtes Spital	Schmerzbekämpfung	Re-Evaluation des Standards	Januar – April 2009
Gesamtes Spital	Einführung Risikomanagement	Risikoregister erstellen, Risiken analysieren und bewerten	März – Juni 2009
Gesamtes Spital	Infektionsprävention und Spitalhygiene	Beteiligung an der nationalen Erfassung von postoperativen Wundinfektionen mit Swiss Noso. Benchmark.	Juni -Dezember 2009
Gesamtes Spital	Pflege	Einführung Standard Dekubitus-vermeidung und -behandlung	März – Dezember 2009
Kommentare			
Kein Kommentar			

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

8 Schlusswort und Ausblick

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.

8.1 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 Überprüfung und Zertifizierung der Stiftung sanaCERT Suisse wird im November 2009 durch ein Re-Zertifizierungs-Audit erneuert. In diesem Zusammenhang wird in allen Qualitätsprojekten intensiv gearbeitet.

9 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Projekttitlel	Erneuerung, Spitalsanierung	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Die baulichen Gegebenheiten entsprechend den Patientenerwartungen. Die baulichen Gegebenheiten unterstützen einen reibungslosen Ablauf in der Betreuung der Patienten und bieten den Mitarbeitenden optimale Arbeitsbedingungen.	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	<ul style="list-style-type: none"> - Erneuerung aller Bettenstationen, jedes Patientenzimmer neu mit Nasszelle - Erneuerung der Notfallstation, bessere Platzverhältnisse, umfassendere Behandlung der Notfallpatienten - Erneuerung der Eingangshalle und der Cafeteria, freundliche Aufenthaltsmöglichkeiten für Patienten, Besucher und Personal 	
Projekttablauf / Methodik	Gesundheitsdepartamentsentschluss	
Projektergebnisse	Abschluss der 1. Bauetappe Juli 2009	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? <ul style="list-style-type: none"> - Bettenstationen - Hotellerie - Notfallstation - Heililandeplatz 	
Involvierte Berufsgruppen	Hochbauamt des Kanton St. Gallen, Gesamtes Spital	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Neues, modernes Spital Umsetzung der 2. Bauetappe	

Projekttitlel	Akut Geriatrie	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Umsetzung Akut-Geriatriekonzept	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Erweiterung des Leistungsangebots. Angemessene, ganzheitliche Betreuung und Therapie von geriatrischen Patienten. Ressourcen so zu fördern, dass Patienten in optimiertem Gesundheitszustand nach Hause oder ins Altersheim entlassen werden können	
Projekttablauf / Methodik	<p>Zur Erfüllung dieser Aufgabe erhielt das Spital Linth den Leistungsauftrag, bis spätestens 2010 eine akutgeriatrische Abteilung mit rund 20 Betten inklusive Übergangspflege aufzubauen sowie bis 2015 eine geriatrische Tagesklinik mit rund 10 Plätzen an die geriatrische Abteilung anzubinden.</p> <p>Der Aufbau einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik mit ca. 5 Plätzen, die mit der geriatrischen Tagesklinik und der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle vernetzt ist, soll bis 2015 realisiert werden.</p>	
Projektergebnisse	Seit dem 5. Januar ist die neue Akut-Geriatrieabteilung mit 20 Betten eröffnet.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Akut-Geriatrieabteilung	
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Ärzte, Physio-, Ergo-, Logotherapie, Gastronomie, Ernährungsberatung	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die akutgeriatrische Abteilung führt eine Statistik und Assessmentformulare. Zu einem späteren Zeitpunkt werden die statistischen Kennzahlen zur Dokumentation der Qualitätsentwicklung auch ins spitalübergreifende Qualitätsmanagement eingebunden.	
Weiterführende Unterlagen	Gemäss Konzept stationäre geriatrische Versorgung des Kantons St. Gallen vom 12. April 2005 erstellt die Geriatrische Klinik St. Gallen fachliche Guidelines, die für den ganzen Kanton verbindlich sind. Die Guidelines sind bereits heute auf der Homepage der Geriatrischen Klinik St. Gallen verfügbar.	

10 Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge

10.1 Qualitätsmanagementstrategie

Das Spital Linth strebt ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis an. Die qualitätsfördernden Massnahmen sollen rasch zu sichtbaren Verbesserungen und Erleichterungen führen, um dadurch die Motivation für weitere Schritte und Massnahmen zu fördern.

Wir sind bestrebt weiterhin Defizite in der Qualität erkennbar zu machen und einen Veränderungsprozess bei den Führungskräften und sowie bei allen Mitarbeitern auszulösen.

Kontinuierliche Qualitätsverbesserung

Das Spital ist bestrebt das erreichte hohe Niveau der Qualitätsförderung zu erhalten und nach Möglichkeit weiter zu verbessern.

Regelmässiges Verbessern und Aufrechterhaltung von standardisierten Arbeitsabläufen in allen Spitalbereichen.

Kontinuierliche Förderung und Verbreitung des Qualitätsgedanken.

10.2 Q-Schwerpunkte 2009

- Einführung Risikomanagement
- Patientenumfrage mit PEQ und MECON
- Teilnahme an Überwachung postoperativer Wundinfektion mit SwissNOSO
- Re-Zertifizierung durch sanaCERT im November 2009

10.3 Erreichte Q-Ziele 2008

- Mitarbeitende aus allen Bereichen sind in der Qualitätsarbeit integriert
- Die Anforderungen des Gesundheitsdepartements des Kanton St. Gallen wurden erfüllt
- Optimale Unterstützung der Projektleiter und Qualitätsstandardgruppen
- Koordination der Qualitätsarbeit mit den anderen Spitalregionen im Kanton St. Gallen

2008 konnte die Stiftung sanaCERT Suisse mittels Überwachungs-Audit folgendes feststellen:

- Das Qualitätsmanagementsystem funktioniert kontinuierlich. Die Vollendung des Qualitätsregelkreises findet auf allen Ebenen des Qualitätsmanagements statt.
- Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben und analysiert. Falls Qualitätsdefizite festgestellt werden, hat dies Konsequenzen. Es werden entsprechende Verbesserungsmassnahmen eingeleitet.
- Es ist ein Reporting-System vorhanden, und zwar sowohl intern von unten (Basis) nach oben (Leitung), wie auch von oben nach unten, sowie eine Informationspolitik gegenüber externen Partnern, Kunden und Lieferanten.