



Spital Lachen AG
Oberdorfstrasse 41
8853 Lachen

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+



Akutsomatik

Freigabe am: 20. Juni 2014
durch: Patrick Eiholzer, CEO

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	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
C1	Angebotsübersicht	4
C2	Kennzahlen 2013	6
D	Zufriedenheitsmessungen	7
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
D2	Angehörigenzufriedenheit	9
D3	Mitarbeiterzufriedenheit	9
D4	Zuweiserzufriedenheit	10
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	11
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	11
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	12
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	13
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit Swisnoso.....	14
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	16
	Die Angaben im Weiteren (Sturz und Dekubitus) beziehen sich auf die Erhebung November 2013 deren Ergebnisse seitens ANQ noch nicht mitgeteilt wurden, die uns aber aus der Erhebung bekannt sind. 16	
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik	19
E1-7	SIRIS Implantatregister	19
G	Registerübersicht	21
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	22
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	22
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	22
I	Schlusswort und Ausblick	24

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 Gesundheitswesen 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 Spital Lachen AG wertvolle Informationen liefern zu können.

Das Spital Lachen ist eine Aktiengesellschaft der Bezirke March und Höfe und erfüllt einen öffentlichen Auftrag des Kantons Schwyz.

Als Akutspital wird die Versorgung der Region in den Hauptbereichen Medizin inklusive Gastroenterologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie, Onkologie, Endokrinologie sowie Diabetologie, Chirurgie inklusive Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesiologie und Radiologie gewährleistet.

Wir pflegen eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten der Region und versuchen Doppelspurigkeiten in der Diagnostik und Therapie zu vermeiden.

Wir sind stets bemüht unsere Leistungen zu verbessern, indem wir die Qualität ständig überprüfen. Die modernste Infrastruktur, die ständige Weiter- und Fortbildung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Teilnahme an verschiedensten Qualitätsprojekten sichern die Qualität unserer Leistungen.

Durch ein breites Leistungsangebot im Grundversorgungsbereich, in der Diagnostik und Therapie erbringen wir einen wesentlichen Beitrag zur akutsomatischen Behandlung unserer Patientinnen und Patienten. Die enge Zusammenarbeit mit den Spitalzentren in Zürich erweitert unser Leistungsspektrum. Daraus ergibt sich der Vorteil, dass unsere Patienten die Region nicht für einen längeren Zeitraum verlassen müssen. Kommt es trotz aller Anstrengungen zu einer ausserkantonalen Hospitalisation, setzen wir uns für einen reibungslosen Ablauf ein.

Unser professioneller Rettungsdienst und die rund um die Uhr besetzte Notfallstation leisten einen wesentlichen Beitrag zur Sicherheit der Bevölkerung in der Region.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Mit unserem Motto: „Ihr Gesundheitszentrum am See“, möchten wir unser Verständnis für eine moderne Gesundheitsversorgung unterstreichen.

„Wir wollen ein qualitativ hochstehendes, patientenorientiertes Spital sein, das eine integrierte Gesundheitsversorgung in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den übrigen im Gesundheitswesen tätigen Institutionen in der Region anstrebt.“

Wir richten unsere Qualitätsstrategie auf unser Umfeld und deren Nutzen aus und fühlen uns gegenüber unseren Patienten verpflichtet. Dies beinhaltet attraktive und bedarfsgerechte Angebote an die Bevölkerung, Zufriedenheit unserer Patienten und Zuweiser sowie die Qualität unserer klinischen Ergebnisse. Wir sind bestrebt, die dazu notwendigen Strukturen zu unterhalten und geeignete Prozesse zu gestalten und im Alltag umzusetzen. Dies bedeutet stetiges Beobachten, Hinterfragen und Weiterentwickeln im Sinn der kontinuierlichen Verbesserung basierend auf dem PDCA Zyklus (Plan-Do-Check-Act).

Im klinischen Bereich finden die Ergebnismessungen aus dem nationalen Programm des ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken), wie in allen Spitälern der Schweiz, statt. Die Ergebnisse werden zum Teil in unserem Qualitätsbericht H+ (Link Q-Berichte) und seitens des ANQ veröffentlicht.

Wir richten den Schwerpunkt unserer Aktivitäten auf ein systematisches Prozessmanagement mit integriertem Risikomanagement und Kennzahlensystematik aus. Wir bieten damit einerseits unseren Patienten sehr viel Sicherheit und andererseits stellen wir auch insgesamt eine gute Performance in der ambulanten und stationären Patientenversorgung sicher. Hohe Aufmerksamkeit widmen wir insbesondere dem Aspekt der Patientensicherheit. Diese Arbeiten wurden vor einigen Jahren bereits mit Einstieg in die Systematik EFQM begonnen. Wir legen nun den Blick noch konsequenter auf die systematische Optimierung unserer Prozesse. Die Steigerung des Qualitätsbewusstseins kommt unseren Patienten, der Bevölkerung und auch uns selbst zugute. Wir sind uns bewusst, dass wir in einem politisch gewollten Wettbewerb stehen, den wir gerne als Herausforderung annehmen.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

- Reorganisation Qualitätsmanagement mit Neuanstellung Leiter Qualitätsmanagement, einer Qualitätsmanagerin und Integration der Fachexpertin für Infektionsprävention als Stabstelle des CEO
- Projekt „sichere Chirurgie“ – Einführung OP-Checkliste
- Projekt „Ein-/Austrittsmanagement“, inkl. Anmeldezeitenverkürzung REHA
- Reorganisation Belegungskonzept hin zu monodisziplinärer Belegung der peripheren Bettenstationen

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

Die oben aufgeführten Projekte konnten weitgehend erfolgreich abgeschlossen werden. Die Neuanstellung des Leiters Qualitätsmanagement erfolgte im Juli 2013. Eine Mitarbeiterin begann im Juni 2013 eine Weiterbildung SAQ. Die Funktion Infektionsprävention wurde im Rahmen eines Stellenwechsels im Team Qualitätsmanagement angesiedelt.

Das Projekt sichere Chirurgie startete erfolgreich, zunächst unter Einbezug der Patienten der internen Ärzte. Die Ausweitung auf die Patienten der Belegärzte ist für 2014 vorgesehen.

Das Projekt Ein- und Austrittsmanagement bewirkte verkürzte Anmelde- und Wartezeiten zur Rehabilitation und insgesamt angemessene Aufenthaltszeiten.

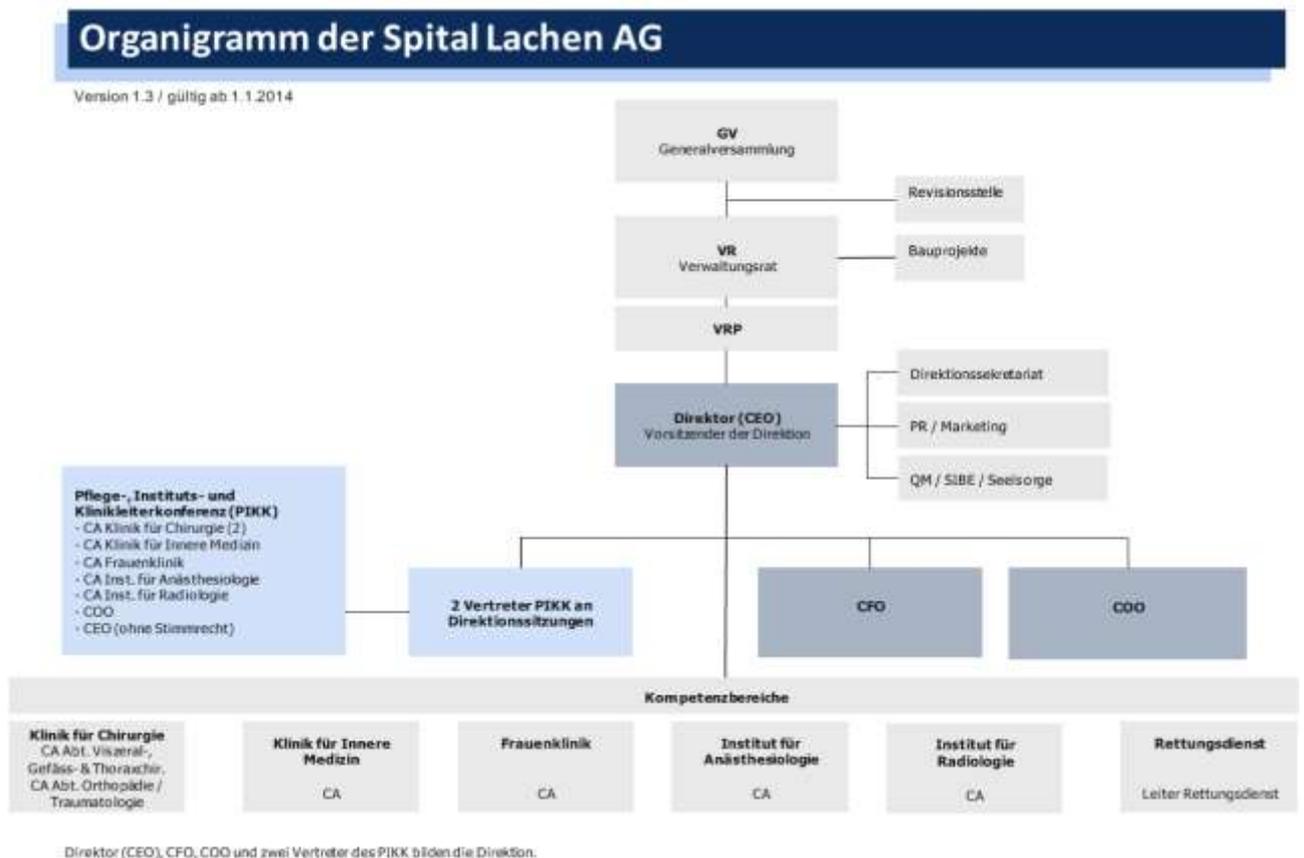
Das Projekt Reorganisation Belegung konnte noch nicht abschliessend evaluiert werden, es zieht sich ins 2014. Absehbar ist aber, dass es wie beabsichtigt, zu einer fachkompetenteren Betreuung führen wird.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Es ist beabsichtigt, mittelfristig ein systematisches Prozessmanagement nach einem zertifizierbaren Modell aufzubauen. Danach soll der bereits eingeschlagene Weg EFQM wieder aufgegriffen werden. Zudem entsteht ein in sich schlüssiges Feedback-Konzept. In dem wird sowohl Patienten, wie auch Mitarbeitern Rechnung getragen. Auf der Patientenseite wird ein systematisches Feedbackmanagement aufgebaut und zweimal im Jahr erfolgt für 3 Monate eine Patientenzufriedenheitsumfrage im stationären Bereich.

Auf Seite der Mitarbeiter erfolgt eine Neupositionierung des vorhandenen CIRS (Critical Incident Reporting System) und des Managements von ernsthaften Behandlungsfehlern und eine systematischer Erfassung von Mitarbeiterfeedbacks..

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	120% Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Adolf STEINBACH	+41 55 451 30 84	adolf.steinbach@spital-lachen.ch	Leitung Qualitätsmanagement
Claudia LANGE	+41 55 451 30 85	claudia.lange@spital-lachen.ch	Qualitätsmanagerin

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:

<http://www.spital-lachen.ch/ueber-uns/geschaeftsbericht.html>

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

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	Konsiliararzt mit Praxis in der Nähe des Spitals
Allgemeine Chirurgie	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	Konsiliararzt mit Praxis in der Nähe des Spitals
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Belegärzte
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	Universitätsspital Zürich
Handchirurgie	Belegärzte
Herzgefässchirurgie	Universitätsspital Zürich
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	
<input type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Konsiliararzt
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	Universitätsspital Zürich
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	

<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	Universitätsspital Zürich
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	Konsiliararzt
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe)</i>	Konsiliararzt
Intensivmedizin	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Belegarzt mit Praxis im Haus
Kinderchirurgie	Kinderspital Zürich
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)</i>	
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	Belegarzt
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	Belegarzt
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	Konsiliarärzte
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Belegarzt
Radiologie <i>(Röntgen und andere bildgebende Verfahren)</i>	
Thoraxchirurgie <i>(Operationen an der Lunge, im Brustkorb und- raum)</i>	
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	Belegärzte

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	

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

<http://www.spital-lachen.ch/ueber-uns/geschaeftsbericht.html>

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- 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?				
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.				
<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.				
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?				
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:		
Messergebnisse der letzten Befragung				
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Gesamter Betrieb				
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Ärztliche Versorgung	5.4	Beurteilt wird auf einer Skala 1 (schlecht) - 6 (ausgezeichnet) Bei allen Werten liegt der Durchschnittswert aller Spitäler im Vertrauensintervall der Ergebnisse vom Spital Lachen.		
Pflegerische Betreuung	5.4			
Management, Organisation	5.3			
Weiterempfehlung	5.4			
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).				
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/> Mecon <input type="checkbox"/> Picker <input checked="" type="checkbox"/> PEQ <input type="checkbox"/> MüPF(-27) <input type="checkbox"/> POC(-18) <input type="checkbox"/> PZ Benchmark		<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument Name des Instruments: _____ Name des Messinstituts: _____		
<input checked="" type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument		Zusätzlich bis einschliesslich 2013		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten >18 Jahre mind. 48 Stunden hospitalisiert September 2013 bis einschliesslich November 2013		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		301		
Rücklauf in Prozent		36,2%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Sekretariat Direktion
Name der Ansprechperson	
Funktion	
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	
Bemerkungen	Für 2014 wurde Neuorganisation geplant

D2 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 Angehörigen-zufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .
Begründung	Die Spital Lachen AG ist ein Spital der Akutsomatik. Eine Angehörigenbefragung erscheint nicht angebracht und wäre in der Akutsomatik unüblich.

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?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2006	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2015

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	Messung liegt zu weit zurück	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Einführung neues Besoldungssystem ist erfolgt		Ganzer Betrieb	abgeschlossen
Einführung neues Ferienreglement ist erfolgt		Ganzer Betrieb	abgeschlossen
Projekt Fachabteilung bezogene Belegung	Bessere, fachkompetentere Versorgung	Alle Kliniken	2013/2014

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?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?				
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung				
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Gesamter Betrieb	gut			
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der detaillierten Ergebnisse.			
Begründung	Die Messung liegt zu weit zurück			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
Name des Instruments	Einzelexploration	Name des Messinstituts	Qualitest AG	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	16 Hausärzte der Region		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		s.o.		
Rücklauf in Prozent		s.o.	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

E

Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des 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®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swisnoso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale Elternbefragung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

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?	
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ² A, B oder C
Intern	Extern			
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen .				
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung		Die Messung wird noch als fehlerhaft und ungenau eingeschätzt, auch der ANQ verzichtet bislang auf die Publikation mit Nennung der Spitäler (bislang nur pseudonymisierte Darstellung)		

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ³

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.
Anzahl auswertbare Austritte		
Bemerkung		

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

² A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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.

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?			
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ⁴ A, B oder C
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen .			
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Die Messung ist noch zu wenig ausgereift und nicht ausreichend validiert. Auch der ANQ verzichtet auf jegliche Publikation.		
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ⁵		
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.).	
Anzahl auswertbare Operationen			
Bemerkung			

⁴ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

⁵ 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.

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.

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 Spitäler 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?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Chirurgie, Orthopädie-Traumatologie

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%) siehe unter Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen			%		% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Hernienoperationen	128	0	0%	0 - 2.8	2.9 % ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	26	6	23.1 %	9 - 43	16.1 % ()
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)	182	1	0.5 %	0 - 3	0.8 % ()
<input checked="" type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)	23	1	4.3 %	0.1 – 21.9	Nicht erhoben
<input checked="" type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)	23	3	13 %	2.8 – 33.6	33 %* ()

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Bei allen erfassten Operationen liegen kleine Fallzahlen und darin sehr kleine Ereigniszahlen vor. Bei allen Operationsarten wird der Durchschnittswert aller Spitäler vom Vertrauensintervall unserer Ergebnisse überschritten. Es ergeben sich zum Durchschnitt keine signifikanten Unterschiede. Dennoch sind wir froh, diese Werte zu erhalten, bietet es uns doch die Möglichkeit, den einzelnen Fällen unter Einbezug der Spitalhygiene und der Operateure kritisch nachzugehen und unsere Behandlungsergebnisse weiter zu optimieren. Die Vertrauensintervalle des Vorjahres liegen uns nicht vor und können von uns nicht angegeben werden. *Es wurden wegen eines späten Einstiegs in die laufende Erhebung nur 3 Patienten erfasst. Es kam zu einem Infekt. Das Vertrauensintervall lässt sich aus den Grafiken schätzen und beträgt ca. 0.9 bis 92, was keine statistische Aussage erlaubt.

⁶ 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.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen 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 Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁷ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	19	2	10.5%	1.3 - 33	Nicht gemessen
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	14	0	0 %	0 - 23	Nicht gemessen

Wertung der Ergebnisse

Wir haben im 2011 entschieden, uns zusätzlich an der Erhebung zu diesen Operationen zu beteiligen, um auch im Bereich der Orthopädie/Traumatologie die Operationen zu monitorisieren. Auch bei diesen Operationen liegen naturgemäss kleine Fall- und Ereigniszahlen vor. Somit haben sie eine geringe statistische Aussagekraft. Wir nutzen sie aber, um ebenfalls interdisziplinär die Einzelfälle zu betrachten und unsere Ergebnisse noch weiter zu verbessern, bzw. das sehr gute Ergebnis bei den Knieprothesen zu halten.

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 Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

⁷ 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.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Angaben im Weiteren (Sturz und Dekubitus) beziehen sich auf die Erhebung November **2013** deren Ergebnisse seitens ANQ noch nicht mitgeteilt wurden, die uns aber aus der Erhebung bekannt sind.

Die nationale Prävalenzmessung⁸ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung 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

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?			
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Deskriptive Messergebnisse 2013			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁹	
0	In Prozent	0%	Die Ergebnisse sind wegen der geringen Kollektivgrösse von 67 Patienten (siehe unten) an dem Stichtag kaum repräsentativ bzw. sie haben kaum prognostische Aussagekraft. Wir freuen uns aber trotzdem über dieses Ergebnis von keinem Sturz im Spital.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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		67	Anteil in Prozent (Antwortrate) 70%
Bemerkung			

⁸ 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.

⁹ 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?			
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen /Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen /Abteilungen:
Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus- prävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	4	6%
	ohne Kategorie 1	2	%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	4	6%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	2	3%

In Bezug auf die Spitalqualität sind ausschliesslich die im Spital entstandenen Dekubitus relevant. Das Spital hat auf die ausserhalb entstandenen Dekubitus keinen Einfluss. Die Ergebnisse sind wegen der geringen Kollektivgrösse von 67 Patienten (siehe unten) an dem Stichtag kaum repräsentativ bzw. sie haben kaum prognostische Aussagekraft. Wir freuen uns aber trotzdem über dieses Ergebnis von keinem im Spital entstandenen Dekubitus.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene	67	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	70%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche	0	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten)	0%

	Patienten)
Bemerkung	Am Stichtag waren keine Kinder/Jugendliche hospitalisiert

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?			
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ¹⁰ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.94	8.63 – 9.24	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.79	8.53 – 9.04	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.99	8.63 – 9.34	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.09	8.8 – 9.38	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.57	9.42 – 9.73	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen			
Wir freuen uns über die gute Beurteilung durch unsere Patienten, speziell über das sehr gute Ergebnis der letzten beiden Fragen.			

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	<ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Patienten		192	
Anzahl eingetreffener Fragenbogen		109	Rücklauf in Prozent 52 %
Bemerkung			

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.

¹⁰ 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.

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

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 gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: 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)



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?				
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.				
Registerübersicht ¹¹				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation	2002	
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz-Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2002	
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	Okt 2001	
Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch	2011	
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008	
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	2008	
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2005	
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2008	
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	2005	
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2009	
Krebsregister	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	
NICER - Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung www.nicer.org	Mind. 2004	

¹¹ Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/service/forum_medizinische_register.cfm
Qualitätsbericht 2013
Spital Lachen AG

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Interverband Rettungswesen IVR	Rettungsdienst	2007	2012	
SAKR Swiss Association of vascular Prevention and Rehabilitation	Ambulante Cardio-Rehabilitation	2012		

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)
Elektronische Medikamentenversorgung	Prozessoptimierung Höhere Patientensicherheit	Ganzes Spital	2012 - 2014
Elektronischer Pflegeprozess	Ablösung des papiergestützten Systems, Verbesserung der Patientensicherheit, Prozessoptimierung	Ganzes Spital	Fortlaufend ab 2012
Logistik/ Leistungserfassung	Prozessoptimierung Bestellungen, Beschaffung und Leistungserfassung	Ganzes Spital	2012 - 2014
Evaluation Skill- und Grade-mix	Evaluation der Pflegequalität unter sinnvollem Einsatz von Personalressourcen	Ganzes Spital	2012 – 2013
Sturzprävention	Erfassen von gefährdeten Patienten und reduzieren von Stürzen und daraus resultierenden Verletzungen	Ganzes Spital	Seit 2003 fortlaufend
Dekubitusprävention	Erfassen von gefährdeten Patienten und verhindern von Druckulcera	Ganzes Spital	Seit 2004 fortlaufend
CIRS (anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse)	Aus Fehlern lernen: Gefahren frühzeitig erkennen und schnell reagieren.	Ganzes Spital	Kontinuierliche Erfassung und Auswertung
Hygienekommission, Arbeitsgruppe Hygiene u. Prävention Hygienekonzept Entsorgungskonzept	Fördert die Qualitätsentwicklung, Infekte werden vermindert.	Ganzes Spital	Fortlaufende Überarbeitung

KATA-Konzept (Katastrophenkonzept)	Regelmässige Schulungen wie auch Übungen zum Verhalten in Katastrophensituationen. Konzept wird kontinuierlich auf Umsetzung und Aktualität überprüft.	Ganzes Spital	Permanent
Lob- und Beschwerdemanagement	Patient und/oder Angehörige haben die Möglichkeit ihre Erfahrungen anzubringen. Erstellt auf Wunsch persönlichen Kontakt zwischen Verursacher und Betroffenen her.	Ganzes Spital	Fortlaufend, Aktualisierung des Konzepts 2012
Gerätewartung	Wartung entspricht den gesetzlichen Richtlinien (Meph und Hygiene), Funktionalität wird regelmässig überprüft.	Ganzes Spital	Permanent
Qualitätsmanagement	SIRIS mit elektronischer Leistungserfassung verknüpfen	Bereich Orthopädie	2012 - 2013
Austrittsmanagement	Prozessoptimierung des Ein- / Austrittsmanagement	Ganzes Spital	2012 - 2013
Evaluation betriebliche Berufsausbildung	Kontinuierliche Verbesserung der Ausbildungsqualität im Betrieb	Bildung Beratung Entwicklung/Bildungsmanagement	2-jährlich Aktuell: 2. Semester 2013
Reorganisation Belegungskonzept auf den Pflegestationen	Optimierung der Patientenbetreuung durch weniger breites Spektrum der Patienten (Stationen mit Schwerpunktbildung)	Ganzes Spital	2013 - 2014
Sichere Chirurgie	Einführung OP-Checkliste	Ale an Operationen beteiligten Kliniken und Belegärzte	2013-2014
Neues Angebot Kardioangiografie	Durchführung Kardioangiografie in Kooperation mit dem USZ	Kardiologie	2013-2014
Reorganisation Notfallabteilung	Optimale Betreuung in der Notfallabteilung	Notfallabteilung	2013-2014
Prozessmanagement	Beginn Aufbau systematisches Prozessmanagement aller Prozesse mit anschließender Zertifizierung des gesamten Spitals	Ganzes Spital	2013-2018

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.
Bemerkung	

I Schlusswort und Ausblick

Die Spitäler werden einem zunehmenden Wettbewerb ausgesetzt, den wir als Herausforderung annehmen. Es entstehen neue Konkurrenzsituationen. Der Wettbewerb beschränkt sich nicht auf Preise bzw. Tarife, sondern die Qualität ist ein zunehmend bedeutender Bestandteil. Es gilt also die Wettbewerbsfähigkeit sowohl finanziell wie auch qualitativ weiter zu führen, um als erfolgreiches Spital auch weiterhin bestehen zu können.

Dies erfordert ein klares Prozessmanagement in dem die Prozesse, die benötigten Strukturen, die Ergebnisse stetig hinterfragt werden. Zudem müssen Risiken erkannt und beherrschbar sein.

„Wir wollen ein qualitativ hochstehendes, patientenorientiertes Spital sein, das eine integrierte Gesundheitsversorgung in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den übrigen im Gesundheitswesen tätigen Institutionen in der Region anstrebt.“

Diesem Leitsatz fühlen wir uns verpflichtet, eine Verpflichtung, der wir gern nachkommen.

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/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 Spitalern 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 Spitalern 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 Qualitätsberichte und befürwortet die einheitliche Verwendung der strukturierten H+ Vorlage.