



KANTONSSPITAL **URI**



Kantonsspital Uri
Spitalstrasse 1
6460 Altdorf



Akutsomatik



Langzeitpflege

Qualitätsbericht 2009

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



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	7
C1	Kennzahlen Akutsomatik	7
C2	Kennzahlen Psychiatrie	7
C3	Kennzahlen Rehabilitation	7
C4	Kennzahlen Langzeitpflege	7
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	8
D1	Zufriedenheitsmessungen	8
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	9
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	10
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	11
D2	ANQ-Indikatoren	12
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	12
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	12
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	13
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	13
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	14
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	15
D5	KIQ-Pilotprojekte	16
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	16
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	16
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	17
E1	Pflegeindikatoren	17
E1-1	Stürze	17
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	17
E2	Weitere Qualitätsindikatoren	18
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	18
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	18
F	Verbesserungsaktivitäten	19
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	19
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	20
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	21
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	22
G	Schlusswort und Ausblick	22
H	Impressum	23
I	Anhänge	24

A

Einleitung

Das Kantonsspital Uri * ist ein Akutspital mit einer zusätzlichen Abteilung für Langzeitpatienten und bieten für rund 35'000 Einwohner des Kantons Uri eine erweiterte medizinische Grundversorgung an. Das KSU verfügt über 80 Betten in der Akutsomatik, 40 Plätze im Langzeitpflegebereich zu denen 12 weitere Plätze 2009 in der Akutsomatik betrieben wurden.

Als Akutspital der erweiterten Grundversorgung hat das KSU für die Urner Bevölkerung die stationäre erweiterte medizinische Grundversorgung sicherzustellen, ambulante und teilstationäre Patientinnen und Patienten zu betreuen, eine ständige Notfallversorgung sicherzustellen, im Bedarfsfall eine geschützte Operationsstelle zu betreiben.

Nach Artikel 16 des Gesetzes über das Kantonsspital (KSG; RB 20.3221) vereinbart der Regierungsrat mit dem Kantonsspital einen Grobleistungsauftrag. Dieser umfasst und verdeutlicht die gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die das Kantonsspital nach Artikel 3 KSG zu erbringen hat.

Die medizinischen Abklärungen und Behandlungen in den Hauptfachbereichen Innere Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe/Gynäkologie erfolgen nach modernen Erkenntnissen der Medizin. Wir sind in der Lage, ein breites Spektrum von medizinischen und pflegerischen Leistungen auf hohem fachlichem und qualitativem Niveau zu erbringen. Den Rahmen bildet unser Auftrag, die erweiterte Spitalgrundversorgung im Kanton sicherzustellen. Wir nehmen dabei auf die Individualität sowie die menschlichen und sozialen Bedürfnisse unserer Patienten Rücksicht.

Die Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung des Kantons (Ärzte, Spitex, Pflegeheime) hat für uns einen hohen Stellenwert.

Weiter arbeitet das KSU in engen Kooperationen mit Partnerspitälern.

www.ksuri.ch

* - In den folgenden Texten als KSU bezeichnet

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die Aspekte der Qualitätssicherung, -Förderung und Berichterstattung sind in der Leistungsvereinbarung Kanton explizit festgehalten und als Auftrag deklariert.

Die Spitalstrategie sowie die darin formulierten Leitsätze, in denen konkret auch der Aspekt Qualität aufgeführt ist, spiegeln die funktionsübergreifenden Bereiche und das Verständnis der Qualitätsstrategie.

Im Qualitätskonzept des KSU ist die betriebliche Orientierung am EFQM Modell transparent formuliert.

Führungsleitsätze :

Patienten und Prozesse

Wir verbessern Diagnostik und Patientenbehandlung laufend. Wir bleiben offen für Veränderungen.

Datenbereitstellung und Informationsmanagement

Unser Informationsmanagement macht uns effizienter, flexibler und reaktionsschneller.

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

Wir fordern und fördern Leistungsbereitschaft, Qualitätsbewusstsein und Mitarbeiterzufriedenheit.

Wirtschaftlichkeit

Wir wollen, dass die Leistungskosten des KSU besser sind als der Durchschnitt von Vergleichsspitälern.

Qualität

Wir verbessern unsere Qualität laufend und streben eine hohe Patientensicherheit an.

Kooperationen und Märkte

Wir nutzen Marktchancen und Kooperationen konsequent auch über die Kantonsgrenzen hinaus.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

U. A:

- Strategischen Zielsetzungen durch Spitalrat und Spitalleitung platziert und kommuniziert
- Zielvereinbarungsprozess in allen Bereichen eingeführt, umgesetzt, überprüft
- Inhalte/Messungen des Qualitätskonzepts, -Plans sind umgesetzt
- Abklärungen zu weiteren Akkreditierungsprozessen sind bestimmt und vereinbart
- Diverse Messungen und qualitätssichernde Massnahmen sind fertiggestellt und implementiert
- Umsetzung und Ausweitung KIS (EPA....)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

U A:

- Im Zielvereinbarungsprozess wurden die beschriebenen Ziele erreicht.
- „TimeOut“ in der Chirurgie eingeführt
- Messungen nach Qualitätssicherungsplan erfolgreich abgeschlossen
- SwissNOSO Messung (Infektrate) lanciert.
- Swissmedic Vigilance Konzept eingeführt und umgesetzt
- Einführung, Erweiterungen und Anpassungen KIS sowie EPA

.....

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

U.A:

- Strategische Zielsetzung behält seinen Platz
- Optimierung der interdisziplinären Prozesse und Schnittstellen
- Durchführung einer Standortbestimmungen zum Qualitätsmanagementsystem EFQM
- Implementierung der vorgesehenen nationalen Messungen und Vorgaben
- Optimierung des Nutzens der Q-Messungen und Implementierung in bestehende Prozesse

.....

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, nämlich:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	ca.40% Stellenprozent	zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Martin Patzen	041 875 51 27	martin.patzen@ksuri.ch	Spitaldirektor
Fr. Diana Brand	041 874 51 28	diana.brand@ksuri.ch	Pflegedienstleiterin / Spitalleitungsmitglied
Prof. Dr. Urs Marbet	041 875 51 25	urs.marbet@ksuri.ch	Chefarzt Innere Medizin / Spitalleitungsmitglied
Dr. Gallus Burri	041 875 51 26	gallus.burr@ksuri.ch	Chefarzt Chirurgie / Spitalleitungsmitglied
PD. Dr. Helge Binder	041 875 51 11	Helge.binder@ksuri.ch	Chefarzt Geburtshilfe/Gynäkologie / Spitalleitungsmitglied
Hr. Walter Bär	041 875 51 03	walter.baer@ksuri.ch	Personalchef / Stv. Direktor / Spitalleitungsmitglied
Hr. Elmar Reinhardt	041 875 52 95	elmar.reinhardt@ksuri.ch	Beauftragter Qualität / Hygiene

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	17550	
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	11	
Anzahl stationäre Patienten	3913	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	302	
Anzahl Pflgegetage gesamt	28023	
Bettenanzahl per 31.12. 2009	92	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.2	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	96 %	
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte	1	

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflgegetage
stationär				
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten		
Anzahl Pflgegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte		

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12. 2009	52	
Anzahl Pflgegetage gesamt	19766	
Bettenanzahl per 31.12. 2009	40	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	130	
Durchschnittliche Auslastung	100	
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte	1	

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein, die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.
X	Ja. Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
X	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?	
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: <input type="text"/>
X	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen: <input type="text"/>
X	In allen Stationen / Abteilungen, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen: <input type="text"/>

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	96.30%	100% Gesamtmaximum: Werte entsprechen (addiert) den ersten beiden Beurteilungskriterien (sehr Gut und Gut)
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Spitaleintritt / Aufnahme	99.90%	Die hier dargestellten Ergebnisse stellen einen Gesamtwert aller involvierten Bereiche dar.
Aufenthalt /Betreuung/Pflege, Behandlung durch	100.00%	Pflegedienst, Physio, Röntgen, Labor, Hebammen
Besuchszeiten	97.00%	Angemessenheit
Ärztliche Betreuung	99.20%	Betreuung, Aufklärung, Privatsphäre
Schmerztherapie	96.80%	Aufklärung, Angemessenheit der Medikamentengabe, Zufriedenheit
Verpflegung	95.30%	Geschmack, Auswahl, Vielfältigkeit, Portionengrösse, -Assistentinnen
Sauberkeit	99.20%	Räume und Einrichtungen
Personal	99.20%	Freundlichkeit
Servicequalität	81.00%	Zimmer, Menüwahl, Zeitungen-Kiosk
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	<input type="text"/>	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
X eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Eigener Fragebogen in Anlehnung an validierte Formen		
Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten		
Ausschlusskriterien	Ambulante Patienten		
Rücklauf in Prozenten	25.3%		
Erinnerungsschreiben?	X Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	<input type="text"/>

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
X	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2009	Nächste Messung: 2011
X	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung 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, oder... →	X	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen: Geriatrie/Langzeitpflegeabteilung
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		Ergebnisse vorhanden <i>Ergebnisse können auf Rückfrage hin bezogen werden</i>
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
X	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mecon-Fragebogen	Name des Messinstitutes Mecon measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	Mecon-Fragebogen	
	Einschlusskriterien	Alle direkten Angehörigen von Bewohnerinnen und Bewohner der Langzeitpflegeabteilung Abteilung	
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten	72.50 %	
	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein.	X Einsatz wie folgt: Reminder n. 3 Wochen



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
X	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	X Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2008	Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung 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, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
X	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	Fragebogen / welcher im festgelegten Wechselrhythmus (Jahr und Fachbereich) eingesetzt wird	
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten		
	Erinnerungsschreiben?	X Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D1-4 Zuweiserzufriedenheit



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
X	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	<input type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung: 2011
X	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	X	nur an folgenden Standorten: Hausärzte des Kanton Uri
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		Ergebnisse vorhanden <i>Ergebnisse können auf Rückfrage hin bezogen werden</i>
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
X	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Befragung zur Einweiserzufriedenheit	Name des Messinstitutes Mecon measure&consult GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	Fragebogen	
	Einschlusskriterien	Grundversorger/Spezialisten/Sozialdienststellen	
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten	62.2%	
	Erinnerungsschreiben?	X Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.			
X	Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.			
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.		Letzte Messung:	Nächste Messung: 2011
X	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Akutsomatik: Medizin, Chirurgie, Gyn./Geb.		
Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
2313	201	8,7%	30	Outcome
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
X	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
X	Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.		
X	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.		Nächste Messung: 2011
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase		
<input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/> Hernienoperation		
<input type="checkbox"/> Operation am Dickdarm		
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie		
<input type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen		
<input type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen		
<input type="checkbox"/>		Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
<input type="checkbox"/>		Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>		Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

Infektions-Messthema	
-----------------------------	--

Messung im Berichtsjahr 2009	
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis:
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009	
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



Messthema	ASF Jahresstatistik und Morbiditätsanalyse der Arbeitsgemeinschaft schweizerischer Frauenkliniken
------------------	--

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?	
--	--

Gemessene Abteilungen:	Gynäkologie & Geburtshilfe	Ergebnis:	Vorhanden und Benchmark innerhalb der quazentral-Spitälern <i>Ergebnisse können auf Rückfrage hin bezogen werden</i>
-------------------------------	---------------------------------------	------------------	--

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	SEVISA

Messthema	Komplikationenliste Innere Medizin (Verhinderung von Komplikationen medizinischer Eingriffe)
------------------	---

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?	
--	--

Gemessene Abteilungen:	Innere Medizin	Ergebnis:	Vorhanden <i>Ergebnisse können auf Rückfrage hin bezogen werden</i>
-------------------------------	-----------------------	------------------	---

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	SGMI

Messthema	AMIS Plus
------------------	------------------

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?	
--	--

Gemessene Abteilungen:	Medizin / alle messrelevanten koronaren Ereignisse	Ergebnis:	Vorhanden <i>Ergebnisse können auf Rückfrage hin bezogen werden</i>
-------------------------------	---	------------------	---

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	
X externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	AMIS Plus

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
quazentral	A / B	C ASF / AMIS / BfS-Daten	A
Swissmedic Materio-, Hämo- , Pharmako- Vigilancen	A	C	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 2009
 C=Einführung im Berichtsjahr 2009

D5 KIQ-Pilotprojekte



Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifizierte für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmaßnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja	Gewählte Messvariante: <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
<input type="checkbox"/> nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule (LWS) <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule (HWS) <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten (UEX) <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten (OEX) <input type="checkbox"/> ganzer Körper (SYS)
<input type="checkbox"/> ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
<input type="checkbox"/> nein	

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“					
Messung im Berichtsjahr 2009					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Gesamtspital			
Gemessene Abteilungen:		Akutsomatik und Geriatrie			
Ergebnis gesamt:	vorhanden <i>Ergebnisse können auf Rückfrage hin bezogen werden</i>	Anteil mit Behandlungsfolgen:		Anteil ohne Behandlungsfolgen:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Auswertung elekt. Pflegedok.
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009	
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	
Gemessene Abteilungen:	Akutsomatik und Geriatrie
Ergebnis gesamt:	Vorhanden <i>Ergebnisse können auf Rückfrage hin bezogen werden</i>
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

Entstehungsort der Dekubiti	Werte (quantitativ)				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung					
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.					
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Auswertung elekt. Pflegedok
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall	-	
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter	-	
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	X Richtlinien bestehen.	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema	Zielvereinbarungsprozess		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Alle Bereiche	Ergebnis:	Erfüllungsgrade berechnet und vorhanden
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Zählung und Darstellung der Zielerreichung (numerischem Erfüllungsgrad)	
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema	BSC Balanced Scorecards		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten? Gesamtspital			
Gemessene Abteilungen:	Bereiche: - Finanzielle Ergebnisse - Stakeholder - Prozesse - Innovationen / Entwicklung	Ergebnis:	Vorhanden : Erfüllungsgrade der internen strategischen Vorgaben
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema	Risikomanagement/Risikomatrixerfassung -Evaluation
-----------	--

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Gesamtspital
---------------------------------------	--------------

Gemessene Abteilungen:	Gesamtspital	Ergebnis:	Vorhanden inkl. Risikoadjustierung
------------------------	--------------	-----------	------------------------------------

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Validiertes Instrument
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

F Verbesserungsaktivitäten



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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs-jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
KSU	VQG	2002	-	Aufhebung des Vereins und Gründung der Stiftung SanaCERT
KSU	EFQM	2006	-	Erstes Akkreditierungsgespräch Verpflichtung zur Excellence
Geburtshilfe	Stillfreundliche Klinik UNICEF		-	
Labor	QUALAB	2009	fortlaufend	
KSU	Arbeitssicherheit	EKAS Fachstelle H+ 2003	H+:2009 KIGA: Juli 2009	KIGA: Kantonale Behörde
KSU / Technischer Dienst	GGBV Gefahrgutbeauftragten Verordnung			
.....				

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
KSU	CIRS	Meldeplattform für kritische Zwischenfälle in allen Bereichen des Spitals	Interdisziplinär eingeführt
KSU	KIS/INES	Optimierung und Konsolidierung und weitere Integration .	-
KSU	div. Bauprojekte	Anpassungen zur Qualitätssteigerung im - Patientenbereich - Versorgungs-, Behandlungsbereich - Mitarbeiterbereich	-
KSU	Materiovigilance / Swiss Medic	Aufbau eines den Anforderungen SwissMedic entsprechenden Informations-, Kontroll und Meldesystem und entsprechender Dokumentationen	Anpassungen vorgenommen
KSU	Materialkommission Prozesse evaluieren	Evaluation der Beschaffungsprozesse	
KSU	Materialkommission	Optimierung der Versorgung und des Einkaufs via GEBLOG	
Geriatric	SanaCERT	Abklärung und Planung der Zertifizierung im Langzeitpflegebereich nach SanaCERT	Erstaudit Dez. 2010
KSU	Umsetzung der Bereichszielvereinbarung	Div. Massnahmen zur Steigerung unterschiedlichster Qualitätsaspekte	fortlaufend
Öffentlichkeitsarbeit	Öffentliche Bildungsveranstaltung	Chirurgie Medizin Gynäkologie	fortlaufend
Technischer Dienst	Sicherheitsdatenblätter Sachgerecht erarbeiten	Sicherheitsdatenblätter Sind zugänglich gemacht	weitere fortlaufende Bearbeitung
Med. Therapie	Perioperatives Antibiotikakonzept	Kontrolle und Einsatzoptimierung der perioperativen Antibiotikagabe	Wurde erarbeitet und eingeführt
KSU	Einführung neuer MA	Programm zu kontinuierliches einheitliche Einführung neuer MA	fortlaufend
Hygiene	Händedesinfektion	Messung und Kontrolle der Anwendung der Händedesinfektionen und des Händedesinfektionsmittelverbrauchs	2010
Med. Therapie	Antibiotikaverbrauch	Kontrolle des Gesamtverbrauchs an Antibiotika	fortlaufend

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Sicherheit	Technischer Dienst Brandschutz	Externes Audit 2009	n. 2011
KSU / Technischer Dienst	GGBV Gefahrgutbeauftragten Verordnung	Einführung und Schulungen	abgeschlossen
Definierte Bereiche	Mikrobiologisches Qualitätssicherungskonzept nach den Empfehlungen des Robert- Koch-Instituts: Wasserversorgung Sterilisationsprozesse Spez. Reinigungs- /Desinfektionsprozesse: Endoskopie/Gastroskopie	Externe Beurteilung durch zertifizierte Labore. Einhaltung und Gewährleistung von optimalen Ergebnisqualitäten der Aufbereitung.	fortlaufend
KSU	Beschwerdemanagement	Systematische Abwicklung und kontinuierliche Verbesserung	fortlaufend

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Operative Bereiche	Einführung des Konzepts zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen der Schweizerischen Stiftung für Patientensicherheit	Vermeidung von Eingriffsverwechslungen	Umgesetzt: Dez. 2009 bis Juni 2010

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 abgeschlossenen Qualitätsprojekten

Projekttitlel		
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Umsetzung der Auditergebnisse	
Beschreibung		
Projekttablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	X einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	MA des technischen Dienstes	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Bearbeitung von Verbesserungspotenzialen	
Weiterführende Unterlagen	Prozessplanung hinterlegt. EKAS Branchenlösung	

G

Schlusswort und Ausblick



Mit dem Qualitätsbericht 2009 publiziert das Kantonsspital Uri nach 2007 den dritten Qualitätsbericht nach den neuen Vorgaben von H+. Auch in diesem Jahr gibt uns der Qualitätsbericht die Möglichkeit, in strukturierter Form die vielfältigen Qualitätsmassnahmen des Spitals einem grösseren Publikum transparent darzulegen. Das Qualitätsmanagement im Kantonsspital Uri dient der Verbesserung aller organisierten Massnahmen, die zur Optimierung der Qualität unserer täglichen Routine, Abläufe (Prozesse) und Leistungen dienen. Sämtliche erbrachten Qualitätsmassnahmen sollen die Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit unterstützen und verbessern. Die laufenden Patientenbefragungen helfen uns dabei als Anreiz zur ständigen Optimierung unserer Qualität.

Gerne stehen Ihnen bei Fragen, die verantwortlichen Personen (Angaben im Bericht ersichtlich) für weiterführende Auskünfte zur Verfügung. Auch können die Daten und Ergebnisse auf Rückfrage hin bezogen werden: - Dr. Martin Patzen, Spitaldirektor

Kantonsspital Uri



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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 (**Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern**) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques**) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch



Anhänge