



SPITAL LINTH

Spital Linth
Gasterstrasse 25
8730 Uznach



Akutsomatik



Psychiatrie



Rehabilitation



Langzeitpflege

Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

Impressum

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/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 Kantone / Gremien



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



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

Siehe auch: www.anq.ch

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an **Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen** (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der 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	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	6
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	6
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	7
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	8
C1	Angebotsübersicht	8
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	10
D	Zufriedenheitsmessungen	11
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	11
D2	Angehörigenzufriedenheit	13
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	13
D4	Zuweiserzufriedenheit	14
E	ANQ-Indikatoren	15
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik.....	15
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	16
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	17
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	18
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	19
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ	22
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012	23
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	23
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	24
G	Registerübersicht	25
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	27
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	27
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	28
I	Schlusswort und Ausblick	29

A

Einleitung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser

Im Jahr 2007 hat das Spital Linth den ersten Qualitätsbericht verfasst und veröffentlicht. Es ist uns ein Anliegen, die Angaben zu unserer Qualität transparent und damit so weit möglich vergleichbar zu machen. Mit diesem Qualitätsbericht für das Jahr 2012 erlangen Sie einen umfassenden Einblick in die Leistungsfähigkeit des Spital Linth.

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

Im Spital Linth ist das Qualitätsmanagement seit 2003 etabliert. Als erstes Spital der Schweiz haben wir unser Qualitätsmanagementsystem 2003 durch die Stiftung sanaCERT Suisse zertifizieren lassen und erhielten eine ausgezeichnete Gesamtbeurteilung.

Unser Qualitätsmanagement verbindet in zunehmendem Mass die gesetzlichen Anforderungen mit einer verstärkten Kultur der Sicherheit in den Behandlungs- und des Arbeitsprozessen. Qualitätsarbeit bedeutet für uns einen fortlaufenden Prozess zu befolgen. Qualität ist umfassend und gelingt nur, wenn wir gemeinsam daran arbeiten.

Uznach, im Juni 2013

Spital Linth Uznach
Geschäftsleitung

Dr. med. Urs Graf
Spitaldirektor

Stephan Bärlocher
Verwaltungsleiter

Dr. med. Angelo Carone
Ärztlicher Leiter

Hans Jürgen Franzke
Pflegedienstleiter

Jeanette Mathis
Leitung MT Bereiche

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

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

Mit dem Qualitätsmanagement werden vor allem zwei Ziele verfolgt:

- o Verbesserung der Patientenversorgung
- o Effiziente und effektive Leistungserbringung

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

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

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

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

Vorgehensweise

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

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

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

- Systematische und kontinuierliche Einführung von neuen Mitarbeitern ins Qualitätsmanagement
- Umsetzung Risikomanagement
- Steigerung der Patientenzufriedenheit

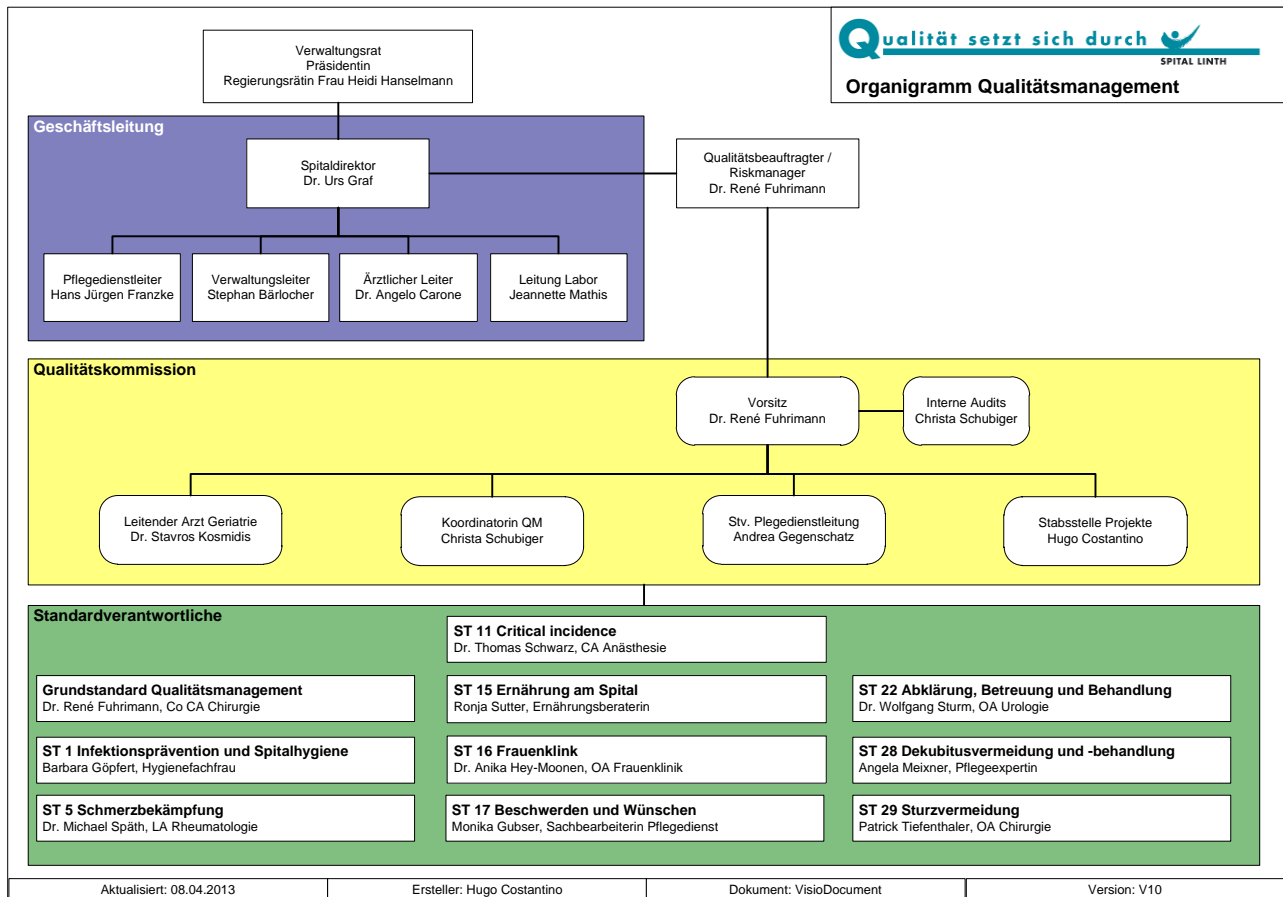
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

- Überführung der Arbeitsgruppe Beschwerdemanagement in den sanaCERT-Standard 17 „Beschwerden und Wünsche von Patienten und Patientinnen“
- Das Thema Dekubitus gemäss den Anforderungen des sanaCERT-Standard 28 bearbeitet
Verbesserung der Ergebnisse der Zufriedenheitsmessung 2012
- Prozess „Notfallaufnahme eines chirurgischen Patienten“ ist definiert

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Ausweitung des Team-Time-Out, zur Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen, auf alle Klinken
- Systematische und kontinuierliche Einführung von neuen Mitarbeitern ins Qualitätsmanagement
- Erfolgreiche Re-Zertifizierung 2013
- Weitere Kernprozesse werden definiert, strukturiert bearbeitet und beschrieben

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	Stellenprozentage zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. René Fuhrmann	055 285 51 06	rene.fuhrmann@spital-linth.ch	Qualitätsbeauftragter, Co-Chefarzt Chirurgie
Hugo Costantino	055 285 45 17	hugo.costantino@spital-linth.ch	Qualitätskommission, Stabsstelle Projekte
Andrea Gegenschatz	055 285 51 81	andrea.gegenschatz@spital-linth.ch	Qualitätskommission, Stellvertretende Leitung Pflegedienst
Dr. med. Stavros Kosmidis	055 285 49 00	stavros.kosmidis@spital-linth.ch	Leitender Arzt Geriatrie
Christa Schubiger	055 285 51 73	christa.schubiger@spital-linth.ch	Koordinatorin Qualitätsmanagement

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Spital Linth, Uznach → Kapitel „Leistungen“.

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Chirurgie	Dr. med. Thorsten Carstensen, Belegarzt Dr. med. Christian Helbling, Belegarzt
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Dr. med. Pierre-Yves Eschmann, Belegarzt
Handchirurgie	Dr. med. Stefan Weindel, Konsiliararzt
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Dr. med. Ina Krull, Kantonsspital St. Gallen Dr. med. Lisa Sze, Kantonsspital St. Gallen
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Dr. med. Beat Küchler, Konsiliararzt
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	In Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St. Gallen
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Dr. med. Raphael Rafeiner, Konsiliararzt Dr. med. Matthias Schlegel, Konsiliararzt
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)	Dr. med. René Maire, Konsiliararzt
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Dr. med. Cornelia Brüssow, Kantonsspital St. Gallen Dr. med. Felicitas Hitz, Kantonsspital St. Gallen Dr. med. Daniel Horber, Kantonsspital St. Gallen Dr. med. Rudolf Morant, Zentrum für Tumorprävention Dr. med. Iris Müller-Käser, Kantonsspital St. Gallen
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Dr. med. Christoph Leser, Konsiliararzt
Kiefer- und Gesichtschirurgie	
Langzeitpflege	Regionale Pflegezentren Regionale Spitex
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Dr. med. Claus Coester, Konsiliararzt
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Dr. med. Sebastian Turnherr, Konsiliararzt
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Dr. med. Laurent Duttweiler, Konsiliararzt Dr. med. Andrea Hohl, Konsiliarärztin Dr. med. Moreno Malosti, Konsiliararzt
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Dr. med. Stefan Weindel, Konsiliararzt
Psychiatrie und Psychotherapie	Dr. med. Horst Straub, Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Prof. Dr. med. Simon Wildermuth, Chefarzt Kantonsspital St. Gallen
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	

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

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

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelte Patienten,	13'171	12'839	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	0	
Anzahl stationär behandelte Patienten,	5'725	5'946	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	440	517	
Geleistete Pfl egetage	35'081	39'722	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	105	114	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.19	6.7	
Durchschnittliche Bettenbelegung	92.5%	95.1%	

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 type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
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			
Siehe Kapitel E „ANQ-Indikatoren“.			
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

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	Beschwerdemanagement
Name der Ansprechperson	Frau Monika Gubser
Funktion	Leitung Standard Beschwerdemanagement
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Telefon. 055 285 40 66, während den Bürozeiten E-Mail: beschwerdemanagement@spital-linth.ch
Bemerkungen	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Überarbeitung Konzept	Aktualisierung	Beschwerdemanagement	Okt. –Dez. 2012
Erweiterung der Standardgruppe	Interdisziplinäre Zusammensetzung	Beschwerdemanagement	Okt. – Dez. 2012

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 Angehörigenzufriedenheit 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		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

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"/>	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
-------------------------------------	---	--------------------------	---------------------------------	--

Messergebnisse der letzten Befragung

	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	59.6 Punkte	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
nur Ärzte	60.0 Punkte	
nur Pflegepersonal	59.4 Punkte	
nur Hauswirtschaft	63.2 Punkte	
nur Verwaltung	59.8 Punkte	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<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 checked="" type="checkbox"/> Externes Messinstrument			
Name des Instruments	MECON	Name des Messinstituts	MECON
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments	Vollerhebung mit standardisiertem Fragebogen. Aus den Antworten wird ein Index errechnet, der von 0 Punkten (alle Mitarbeiter geben die schlechteste Antwort) bis 100 Punkten (alle Mitarbeiter geben die beste Antwort) reicht.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitende	
	Ausschlusskriterien	keine	
Rücklauf in Prozent	63%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

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 type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .			
Begründung			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.			
<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014

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		Insgesamt gut bis sehr gut
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<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		
<input 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"/> Externes Messinstrument			
Name des Instruments		Name des Messinstituts	
<input checked="" type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments			



ANQ-Indikatoren

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 und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

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

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 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 SwissNOSO	<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 mit dem Kurzfragebogen ANQ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input checked="" 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: Messung 2012 2011					
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
Intern	Extern				
3.58%	0.92%	4.41%		B	A = gut B = normal C = muss analysiert werden

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinanz	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 einbezogene Fälle (Risikopopulation)		4`713
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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.

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 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

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 A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
0.88%	1.76%		A	A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung				
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinanz	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 einbezogene Fälle (Risikopopulation)		2`599		
Bemerkung				
Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten				
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)	

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.

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 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

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.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?				
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Aktuelle Messergebnisse des Jahres:			Vorjahreswerte	
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperationen			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	31	2	6.45 %	14.6 %
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)	142	1	0.7 %	5.17 %
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen		<i>Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.</i>		
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen				
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)			% ()	% ()
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Durchführung einer retrospektiven Erfassung von Risikofaktoren.				
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
	Begründung			
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinanz	SwissNOSO			

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.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		
Bemerkung		

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁷ 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.ang.ch und www.lpz-um.eu

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (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, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		61	Anteil in Prozent (Antwortrate) 75.3%
Bemerkung			

⁷ 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.
 Qualitätsbericht 2012
 Spital Linth, Uznach

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 2012 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Siehe Ausschlusskriterien oben

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁸
1	In Prozent	1.6%
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.
Qualitätsbericht 2012
Spital Linth, Uznach

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.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Siehe Ausschlusskriterien oben
Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4	3	4.9%
	ohne Kategorie 1	2	3.3%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	1	1.6%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	1	1.6%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	2	3.3%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	1	1.6%

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Fortbildung Wundmanagement	Professionelle Wundversorgung	Pflege	Fortlaufend mit unterschiedlichen Themen
Standard Dekubitusvermeidung	Implementierung und Umsetzung der Ziele	Gesamtes Spital, betroffen Berufsgruppen	Fortlaufend

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 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ

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.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

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 des Jahres:			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse	
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.17	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.94	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.92	0 = nie 10 = immer	
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.01	0 = nie 10 = immer	
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.42	0 = nie 10 = immer	
Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung			
Zentrales Messinstitut		Dezentrales Messinstitut	
<input type="checkbox"/>	hcri AG	<input type="checkbox"/>	hcri AG
<input checked="" type="checkbox"/>	MECON measure & consult GmbH	<input type="checkbox"/>	MECON measure & consult GmbH
		<input type="checkbox"/>	ESOPÉ
		<input type="checkbox"/>	NPO PLUS
		<input type="checkbox"/>	Stevemarco sagl
		<input type="checkbox"/>	QM Riedo
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 2012 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Patienten		388	
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten		189	Rücklauf in Prozent 48.71%
Bemerkung			



Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Sturzprävalenz

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Chirurgie, Medizin, Akutgeriatrie

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
93	24 (1xFaktor)	69	1xFaktor
<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.			
Begründung			
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Sturzprotokoll	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten > 70 Jahre Sturzgefährdete Patienten gemäss Pflegediagnose	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	n.b.	Anteil in Prozent	n.b.
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Sturzgefahr	Kontinuierliche Erfassung des Sturzrisiko	Chirurgie, Medizin, Akutgeriatrie	fortlaufend
Sturzprotokoll	Systematische Auswertung der Sturzereignisse	Chirurgie, Medizin, Akutgeriatrie	fortlaufend
Sturzvermeidung	Umsetzung Massnahmen zur Sturzprävention	Chirurgie, Medizin, Akutgeriatrie	fortlaufend

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Siehe Ausschlusskriterien oben E1-4

Messergebnisse	
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
4 Patienten (6.6%)	
<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.	
Begründung	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	ANQ / LPZ

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Siehe oben E1-4	
	Ausschlusskriterien	Siehe oben E1-4	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	61	Anteil in Prozent	75.3%
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Konzept Freiheitseinschränkende Massnahmen	Implementierung	Arzt / Pflege	2013

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 type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.				
Begründung				
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.				
Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/A b	An den Standorten
Absolute Minimal Data Set - AMDS	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS		
Acute Myocardial Infarction in Switzerland - AMIS Plus	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - AQC	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax- Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	Seit Jahren	
Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken - ASF	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	Seit Jahren	
Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch		
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting		
Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien - MIBB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch		
Schweizerische HIV Kohortenstudie - SHCS	Infektiologie	Schweizerische HIV Kohortenstudie www.shcs.ch		
SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch		
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitäts- sicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	Seit 2012	

Swiss Breast Center Database - SBCDB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch		
Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch		
SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch		
TraumaRegister DGU - TR-DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de		
Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung - NICER	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org		
Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA	Alle	krebsliga-sg.ch/de/index.cfm		
SALTC	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Lapro- und Thorakoskopische Chirurgie	www.saltc.ch	Seit Jahren	
Bemerkung				

H

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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
sanaCERT Suisse Grundstandard Qualitätsmanagement	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 1, Infektionsprä-vention und Spitalhygiene	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 5 Schmerzbehandlung	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 6, Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 11, Umgang mit kritischen Zwischenfällen	Gesamtes Spital	2006	2009	
sanaCERT Suisse Standard 15, Ernährung	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 16, Frauenklinik	Gesamtes Spital	2003	2009	
sanaCERT Suisse Standard 29, Sturzvermeidung	Gesamtes Spital	2006	2009	
ISO/IEC17025	Labor und Blutspendedienst SRK	2005 Akkreditierung	2010 Re-Akkre- ditierung mit zusätzlich neuer Norm 15189	

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Dekubitusprophylaxe Dekubitusbehandlung	Vermeidung von Dekubitus Adäquate Wundversorgung	Medizin, Chirurgie, Akutgeriatrie	Juli 2009 - 2012
Risikomanagement	Risiken erkennen und lenken	Gesamtes Spital	Start Februar 2010, laufend
Einführung des sanaCERT Standards 22, Abklärung, Behandlung und Betreuung	Umsetzung Prozessmanagement	Gesamtes Spital	Start Mai 2010, laufend
Interne Kommunikation	Verbesserung der internen Kommunikation	Gesamtes Spital	Start Mai 2010, laufend
Überführung von sanaCERT-Standards in die Alltagsroutine	Weiterhin kontinuierliche Qualitätsverbesserung / PDCA-Zyklus von sanaCERT-Standards die nicht mehr an der Re-Zertifizierung teilnehmen	Gesamtes Spital	Umsetzung Mai 2010, laufend
Umfassende Einführung neuer Mitarbeiter ins Qualitätsmanagement	Förderung von Kompetenz und Arbeitszufriedenheit	Gesamtes Spital	Start Okt. 2010, laufend
Implementieren Pflegediagnostik	Pflegediagnosen bezogene Pflege	Gesamtes Spital	Start Oktober 2010, laufend
CIRS-Fallbesprechungen	Einführung von spitalweiten CIRS-Fallbesprechungen	Gesamtes Spital	Start 2010, laufend
Wundmanagement	Umfassende, standardisierte Wundbehandlung	Gesamtes Spital	Umsetzung Konzept, Juni 2011
Menübestellsystem LogiMen	Vereinfachung und Optimierung der Menübestellung	Gesamtes Spital	Start November 2011
Sturzvermeidung	Sturzvermeidung – erfassung und -prävention	Gesamtes Spital	laufend
Händehygienekampagne	Verbesserung der Umsetzung der Händehygiene	Gesamtes Spital	laufend
Beschwerdemanagement	Wiederherstellung der Kundenzufriedenheit, Nutzung der Beschwerde-informationen als Verbesserungspotentiale	Gesamtes Spital	Laufend

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

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

Im Oktober 2013 findet das 3. Re-Zertifizierungs-Audit durch die sanaCERT suisse statt.

Es ist uns ein grosses Anliegen, dass alle Mitarbeitenden aktiv an der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und an den gesetzten Zielen mitarbeiten.