



**Spital Einsiedeln
Spitalstrasse 28
8840 Einsiedeln**

AKUTSOMATIK

Nach den Vorgaben von H+ qualité®

Inhaltsverzeichnis

A	EINLEITUNG.....	3
B	QUALITÄTSSTRATEGIE	4
B1	QUALITÄTSSTRATEGIE UND -ZIELE	4
B2	QUALITÄTSSCHWERPUNKTE IM BERICHTSJAHR 2012.....	5
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	8
C	BETRIEBLICHE KENNZAHLEN UND ANGEBOT	10
C1	ANGEBOTSÜBERSICHT	10
C2	KENNZAHLEN AKUTSOMATIK 2012	13
C3	KENNZAHLEN REHABILITATION 2012.....	13
C3-1	LEISTUNGSANGEBOT UND KENNZAHLEN DER STATIONÄREN REHABILITATION	13
C3-2	LEISTUNGSANGEBOT UND KENNZAHLEN DER TAGESKLINIKEN (AMBULANTE REHABILITATION).....	14
C3-3	PERSONELLE RESSOURCEN.....	14
D	ZUFRIEDENHEITSMESSUNGEN	15
D1	PATIENTEN- ODER BEWOHNERZUFRIEDENHEIT	15
D2	MITARBEITERZUFRIEDENHEIT	18
D3	ZUWEISERZUFRIEDENHEIT	20
E	ANQ-INDIKATOREN.....	22
E1	ANQ-INDIKATOREN AKUTSOMATIK.....	22
E1-1	POTENTIELL VERMEIDBARE WIEDEREINTRITTE (REHOSPITALISATIONEN) MIT SQLAPE®.....	22
E1-2	POTENTIELL VERMEIDBARE REOPERATIONEN MIT SQLAPE®	24
E1-3	POSTOPERATIVE WUNDINFEKTE MIT SWISSNOSO	25
E1-4	PRÄVALENZMESSUNG STURZ UND DEKUBITUS MIT DER METHODE LPZ.....	26
E1-5	NATIONALE PATIENTENBEFRAGUNG 2012 MIT DEM KURZFRAGEBOGEN ANQ	29
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012	30
F1	STÜRZE (ANDERE ALS MIT DER METHODE LPZ)	30
F2	DEKUBITUS (ANDERE ALS MIT DER METHODE LPZ)	31
G	REGISTERÜBERSICHT	33
H	VERBESSERUNGSAKTIVITÄTEN UND - PROJEKTE.....	34
H1	ZERTIFIZIERUNGEN UND ANGEWENDETE NORMEN / STANDARDS	34
H2	ÜBERSICHT ÜBER LAUFENDE AKTIVITÄTEN UND PROJEKTE.....	35
H3	AUSGEWÄHLTE QUALITÄTSPROJEKTE.....	37
I	SCHLUSSWORT UND AUSBLICK	38

A EINLEITUNG

Das **Spital Einsiedeln** ist ein Akutspital mit einer Notfallstation / Ambulatorium und 65 Betten. Es liegt wunderschön eingebettet in intakter Natur. Die optimale Höhenlage ermöglicht sowohl Akutpatienten als auch Patienten mit chronischen Erkrankungen eine gute Voraussetzung für Genesung.

Der Auftrag des Spitals Einsiedeln ist die Notfall- und Grundversorgung der umliegenden Bevölkerung. Zusätzlich haben sich unsere Ärzte in Spezialdisziplinen eine hohe Kompetenz erarbeitet. Verschiedene ambulante Behandlungen (Praxen, Tagesklinik) werden am Spital und dem benachbarten Gesundheitszentrum angeboten.

Am Spital Einsiedeln arbeiten Ärzteteams (Kliniken) und Belegärzte in enger, interdisziplinärer Zusammenarbeit. Das gemeinsame Ziel ist eine moderne, kompetente und schnelle Diagnostik sowie eine dem Patienten angepasste optimale Behandlung der Krankheiten und Verletzungen. Der Patient wird von Beginn an in jeden Entscheidungsschritt involviert. Wir legen grossen Wert auf die Zusammenarbeit mit vor- und nachbehandelnden Ärzten und Pflegestellen.

Eine motivierte und hochprofessionelle Pflegebehandlung ermöglicht den Patientinnen und Patienten eine rasche und anhaltende Genesung in der Akutphase. Schon in der Eintrittsplanung werden organisatorische Massnahmen für die nachstationäre Phase (stationäre oder ambulante Rehabilitation) getroffen.

Wir freuen uns, den **Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2012** vorlegen zu können. Das Jahr 2012 stand für unser Spital erneut unter dem Stern der Weiterentwicklung und Veränderungen. Wir informieren Sie auch in diesem Bericht über das gesetzlich geforderte Mindestmass hinaus und veröffentlichen die Leistungen unserer medizinischen Fachabteilungen. Sie finden in unserem Qualitätsbericht 2012 neben den medizinischen Leistungsdaten Informationen zur Ergebnisqualität, zu medizinisch-pflegerischen Leistungen, zu speziellen Serviceangeboten und zur Entwicklung des Qualitätsmanagements.

Besuchen Sie uns auf unserer Homepage:

www.spital-einsiedeln.ch

B QUALITÄTSSTRATEGIE

B1 QUALITÄTSSTRATEGIE UND -ZIELE

Im Mittelpunkt all unserer Aktivitäten stehen unsere Patientinnen und Patienten. Wir nehmen uns umfassend den krankheits- oder unfallbedingten Gesundheitsproblemen unserer Patienten an, unter Berücksichtigung ihres sozialen Umfeldes sowie ihrer ethischen und religiösen Einstellung.

Wir achten die Eigenständigkeit unserer Patienten. Sofern möglich, sind sie vollumfänglich über ihre Gesundheitsprobleme informiert und beteiligen sich aktiv an den Entscheidungen über medizinische Abklärungen und Behandlungen.

Wir als Beschäftigte im Spital haben uns alle zum Ziel gesetzt, unsere Dienstleistungen und medizinischen Behandlungsergebnisse laufend zu überprüfen und unter Berücksichtigung unserer Ressourcen kontinuierlich zu verbessern. Die Grundlagen dazu bilden Professionalität, Engagement sowie eine leistungs-, prozess- und ergebnisorientierte Arbeitsweise.

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



CIRS (Critical Incident Reporting System)

Im Mai wurde nach gründlicher Vorbereitung und der Schulung sämtlicher Mitarbeitenden das CIRS in Betrieb genommen. Das Ziel von CIRS ist, unsere **Dienstleistungsqualität stetig zu steigern** und, wo Handlungsbedarf besteht, entsprechende Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Dazu wird im Intranet ein Meldesystem zur Verfügung gestellt, in dem die Mitarbeitenden anonym Feststellungen zu Fehlerquellen, Beinahefehlern oder vorgekommenen Fehlern hinterlegen können. Diese werden von speziell bezeichneten Fachmitarbeitenden überprüft, welche Empfehlungen abgeben bzw. Anpassungen von Abläufen und Handlungsweisen veranlassen, um gleichartige Ereignisse in Zukunft zu vermeiden. Seit der Einführung von CIRS im Mai bis Ende 2012 sind bereits diverse CIRS-Meldungen eingegangen, und entsprechende Verbesserungsmassnahmen zugunsten der Patientensicherheit konnten umgesetzt werden.

Room Service

Durch die Loslösung vom Pflegedienst und die Überführung in einen eigenständigen Dienstleistungs- und Verantwortungsbereich wurde die Hotellerie neu positioniert. Eigens für diese Aufgaben eingestelltes und geschultes Personal kümmert sich zukünftig um die **hotelleriebezogenen Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten**. Das kulinarische und das weitere Angebot wird laufend erweitert, um den Spitalaufenthalt trotz Krankheit oder Unfall so angenehm wie möglich zu gestalten. Zusatzversicherte Patientinnen und Patienten kommen in den Genuss von besonderen Zusatzleistungen sowie unentgeltlichen Extras.

Einführung eines Feedbackmanagement Tools

Das Feedbackmanagement (FBM) des Spital Einsiedelns bietet den Patienten und deren Angehörigen die Möglichkeit, ihre Anliegen an eine zentrale Stelle mitzuteilen. Alle Anliegen, seien es Anregungen, Beschwerden, Fragen oder auch Lob werden sorgfältig geprüft und individuell in Zusammenarbeit mit den zuständigen Bereichen bearbeitet.

Vorrangiges Ziel ist es, die Zufriedenheit von Patienten und deren Angehörigen weiter zu erhöhen. Wir wollen möglichst viele Rückmeldungen von Patienten und deren Angehörigen erhalten. Die daraus gewonnen Erkenntnisse setzen wir zur dauerhaften Verbesserungen unserer Behandlungsleistungen und Prozesse ein.

Ziele:

- **Ursache von Unzufriedenheit ergründen und systematisch bearbeiten**
- **Verbessern der Patientenzufriedenheit**
- **Imagepflege durch Offenheit gegenüber einer Beschwerde**
- **Schwachstellen und Risiken der Organisation erkennen**
- **Erfassen von Patientenbedürfnissen**

B3 ERREICHTE QUALITÄTSZIELE IM BERICHTSJAHR 2012

- Eine Vereinheitlichung der Gestaltungselemente auf den Pflegeabteilungen sowie Optimierung der Patientenlenkung wurden erfolgreich umgesetzt
- Die Einführung des Room Service auf den Pflegeabteilungen ist gelungen
- Aufbau und Einführung des CIRS (Critical Incident Reporting System) inkl. Schulung aller Mitarbeitenden
- Erfolgreiche Optimierungen der klinischen Behandlungspfade Ein- und Austrittsprozess, Palliative Care Medizin
- Das Wundkonzept wurde neu konzipiert und in Zusammenarbeit mit der regionalen Spitex vereinheitlicht. Eine peri- und posthospitalisierte patientengerechte Wundversorgung ist gewährleistet
- Konzeptentwicklung der Biosicherheit inklusive Schulung des Personals
- Konzeptentwicklung und Aufbau der KATA Organisation am Spital Einsiedeln
- Entwicklung des Finanz- und Controlling Prozess inkl. Schulung des Personals
- Aufbau und Einführung des Feedbackmanagement
- Erfolgreiche Umsetzung des Hygieneprozess inkl. Schulung aller Mitarbeitenden
- Erfolgreiche Durchführung des internen Audits der Vigilanz Meldesysteme (Heilmittelgesetzes und Medizinprodukteverordnung)

B4 QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DEN KOMMENDEN JAHREN

Angebots- und Leistungsentwicklung

Die im Jahre 2009 in einem sorgfältigen und fundierten Strategieprozess definierte Vision mit den drei Kerngeschäftsfeldern „Akutversorgung für die regionale Bevölkerung, Zentrum für den Bewegungsapparat und Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie mit überregionaler Bedeutung werden für die Weiterentwicklung unserer **Qualitäts- Dienstleistungs-, Behandlungs- und Prozessqualität** in den nächsten Jahren eine zentrale Rolle spielen.

Mitte des Jahres 2012 reichten wir ein aktualisiertes und den Anforderungen gemäss neuer Spitalliste entsprechendes Konzept für ein Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie am Spital Einsiedeln nach. Mit dem entsprechenden Beschluss des Regierungsrates vom 11. Dezember 2012 wurde uns der Leistungsauftrag Akutgeriatrie erteilt, und wir werden das Angebot in den nächsten zwei Jahren schrittweise realisieren.

B5

ORGANISATION DES QUALITÄTSMANAGEMENTS

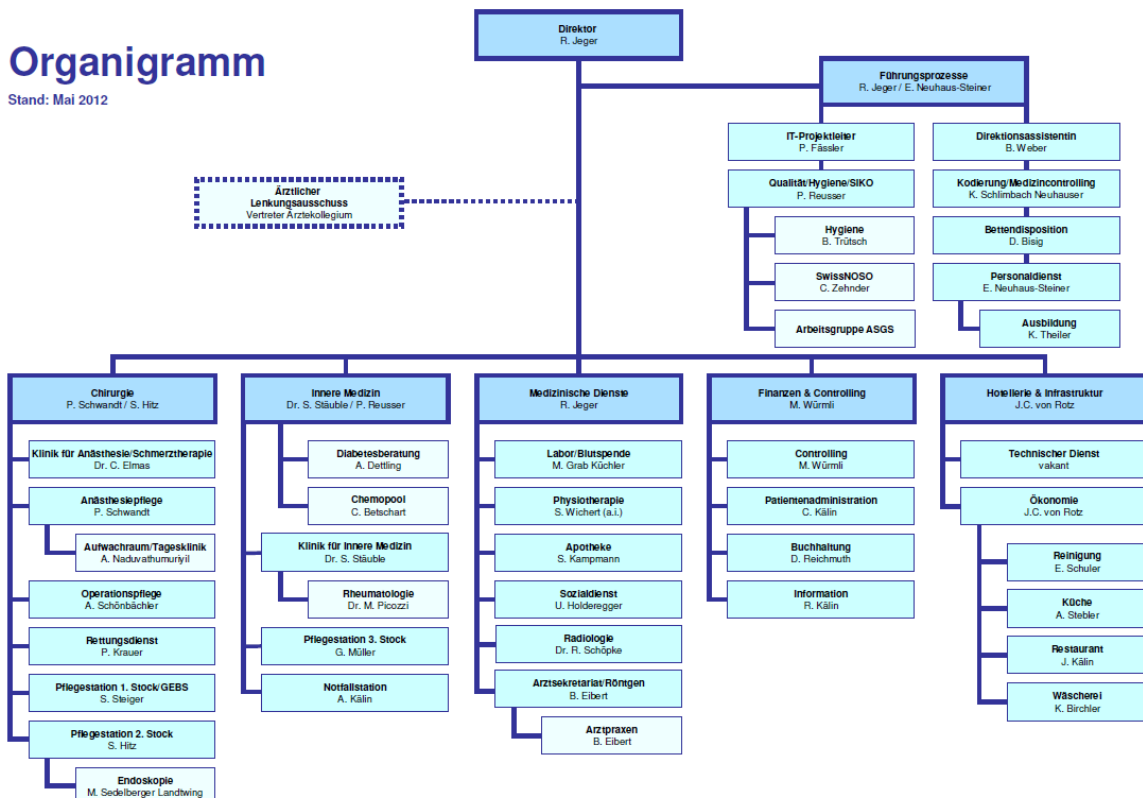
☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Andere Organisationsform:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	70%	Stellenprozente zur Verfügung.

Anmerkung:

Für unser Qualitätsmanagement stehen de facto mehr Stellenprozente zur Verfügung, auch wenn diese nicht explizit ausgewiesen sind. Direktor, Chefärzte, diverse Stabsstellen, Bereichsleitungen usw. leisten ihren Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätssicherung, sei dies im Rahmen von Q-Projekten, der Beteiligung an Messungen, der Teilnahme im Lenkungsausschuss Qualität usw.

Organigramm

Stand: Mai 2012



B6 ANGABE ZU KONTAKTPERSONEN AUS DEM QUALITÄTSMANAGEMENT

LENKUNGSAUSSCHUSS QUALITÄT

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Reto Jeger	055 418 58 60	reto.jeger@spital-einsiedeln.ch	Direktor
Petra Reusser	055 418 56 79	petra.reusser@spital-einsiedeln.ch	Beauftragte Qualitätsmanagement, Sicherheitskoordinatorin, Leiterin Pflege Innere Medizin
Erika Neuhaus-Steiner	055 418 58 40	erika.neuhaus@spital-einsiedeln.ch	Leiterin Personaldienst, Stv. Direktorin
Dr. med. Simon Stäuble	055 418 58 39	simon.staeuble@spital-einsiedeln.ch	Chefarzt Innere Medizin
Dr. med. Renato Sommacal	055 412 22 05	orthopaedie.einsiedeln@bluewin.ch	Vertreter Belegärzteschaft
Patrick Schwandt	055 418 52 13	patrick.schwandt@spital-einsiedeln.ch	Leiter OP Bereich
Stefanie Hitz	055 418 54 51	stefanie.hitz@spital-einsiedeln.ch	Leiterin Pflege Chirurgie
Markus Würmli	055 418 58 50	markus.wuermli@spital-einsiedeln.ch	Leiter Finanzen & Controlling
Jean-Claude von Rotz	055 418 53 55	jc.vonrotz@spital-einsiedeln.ch	Leiter Hotellerie & Infrastruktur

QUALITÄTSMESSUNGEN / QUALITÄTSTRUMENTE

Bereich	Titel, Vorname, Name
Hygiene (Koordinatorin von Audits und Messungen im Bereich Hygiene)	Barbara Trütsch
CIRS- Kommission (Behandeln und evaluieren CIRS Meldungen und leiten entsprechende Massnahmen ein)	Dr. med. Simon Stäuble Petra Reusser Patrick Schwandt Martina Betschart Martha Grab – Küchler Sandra Steiger
SwissNOSO (Verantwortliche für die Erfassungen und Entscheidung der postoperativen Wundinfektionen)	Claudia Zehnder Dr. med. Simon Stäuble (Ärztlicher Supervisor)
Labor & Blutspende (BSD) (Q-Verantwortliche Labor & BSD sowie der Biosicherheit; Messungen und Audits im Bereich Labor & BSD)	Martha Grab – Küchler
Hämovigilance (Verantwortlicher für das Meldesystem -Transfusionszwischenfälle)	Dr. med. Mario Picozzi
Pharmacovigilance (Verantwortlicher für das Meldesystem- Medikamentennebenwirkungen bzw. Zwischenfälle)	Dr. Karl Roos
Materiovigilance (Verantwortlicher für das Meldesystem Vorkommnisse von Medizinalprodukten)	Frank Birchler

Bereich	Titel, Vorname, Name
Materiovigilance im Operationsbetrieb (Verantwortlicher für das Meldesystem Vorkommnisse von Medizinalprodukten)	Hans Lang
Peerkoordination (CO Leitungen für die hausinterne Peerorganisation)	Marianne Sedelberger Karin Weiss
ANQ Messung der Pflegeindikatoren Dekubitus und Sturz nach LPZ	Petra Reusser
Interdisziplinäre Fachkommission der Pflegeindikator Dekubitus (inkl. internes und kontinuierliches Validierungsinstrument)	Dr. med. Simon Stäuble Sibylle Sommer Petra Reusser Abteilungsverantwortliche: Blattmann Corina Luzia Szalai-Stocker Hanselmann Jsabelle
Interdisziplinäre Fachkommission der Pflegeindikator Sturz (inkl. internes und kontinuierliches Validierungsinstrument)	Dr. med. Simon Stäuble Sibylle Sommer Petra Reusser Abteilungsverantwortliche : Blattmann Corina Stegmüller Claudia Schulz Margarethe
SIRIS Implantatregister Hüft- und Knieprothesen	Anita Schönbächler Patrick Schwandt
Feedback- und Beschwerdemanagement	Beatrice Weber Petra Reusser
Mecon Patientenbefragungen	Petra Reusser
Mecon Zuweiserbefragungen	Reto Jeger Dr. med. Simon Stäuble
Mecon Mitarbeiterbefragungen	Erika Neuhaus
Komplikationenliste der SGIM	Dr. med. Simon Stäuble

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 Einsiedeln → Kapitel „Leistungen“.

C1 ANGEBOTSÜBERSICHT

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		UnisversitätsSpital Zürich
Allgemeine Chirurgie	Dr. med. Razavi Dr. med. Gabriel Dr. med. Carstensen Dr. med. Pöschmann	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Dr. med. C. Elmas Dr. med. Y. Elmas	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		Dr. med. Gansser-Kälin
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Dr. med. Flückiger Dr. med. Hengartner	
Handchirurgie	Dr. med. Pfister Dr. med. Sommacal	
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)		UniversitätsSpital Zürich
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)		UniversitätsSpital Zürich
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Dr. med. Küchler	Dr. med. Bründler (Spital Schwyz) Spital Luzern Dr. med. Schelling (Spital Lachen)
☒ Geriatrie (Altersheilkunde)		Stadtspital Waid Zürich Dr. med. Grob
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)		UniversitätsSpital Zürich
☒ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		UniversitätsSpital Zürich
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)		Spital Lachen Dr. med. Bregenzer
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)	Dr. med. Gasser	Stadtspital Triemli

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Dr. med. Schneider	UniversitätsSpital Zürich Stadtspital Triemli
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)		UniversitätsSpital Zürich Kantonsspital Luzern Spital Lachen
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Dr. med. Picozzi Dr. med. Schnyder	
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)		Stadtspital Triemli
Intensivmedizin		Spital Schwyz, Spital Lachen Stadtspital Triemli UniversitätsSpital Zürich
Kiefer- und Gesichtschirurgie		UniversitätsSpital Zürich Spital Lachen
Kinderchirurgie	Dr. med. Razavi Dr. med. Gabriel	Kinderspital Zürich Stadtspital Triemli
Langzeitpflege		alle Alters- und Pflegeheime in der Umgebung
Neurochirurgie		UniversitätsSpital Zürich
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)		Dr. Med. Kliesch (Schwyz) Dr. med. von Mitzlaff (Pfäffikon)
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Dr. med. Frei Dr. med. Schröder Frei	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Dr. med. Pfister Dr. med. Sommacal Dr. med. Komorek Dr. med. Speck	UniversitätsSpital Zürich Balgrist
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Dr. med. Eberle	
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Dr. med. Rupp	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)		Dr. med. Eychmüller Spital Schwyz Kantonsspital St. Gallen
Psychiatrie und Psychotherapie	Dr. med. Schnyder	Klinik Zugersee
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Dr. med. Schöpke	
Tropen- und Reisemedizin		UniversitätsSpital Zürich
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)		Dr. med. Tomamichel Spital Lachen Stadtspital Triemli Kantonsspital Luzern

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Anita Dettling Marlies Schönbächler	Interne Diabetesberaterin Externe Diabetesberaterin
Ergotherapie	Rosmarie Bucher Elisabeth Müller	Externe Ergotherapeutinnen
Ernährungsberatung	Antonia Birchler	Externe Ernährungsberaterin
Logopädie	Gertrud Kälin	Externe Logopädin
Physiotherapie	Spital Einsiedeln	
Psychologie		Sozialpsychiatrischer Dienst Einsiedeln
Psychotherapie	Dr. med. Schnyder	Sozialpsychiatrischer Dienst Einsiedeln



C2 KENNZAHLEN AKUTSOMATIK 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	11'186	10'651	inkl. Arztpraxen
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener	4	2	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	3'175	3'192	
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	269	203	
Geleistete Pflegetage	15'084	14'819	Ohne Säuglinge
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	49	49	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5,2	4,9	
Durchschnittliche Bettenbelegung	84,12%	82,86%	Ohne Säuglinge

C3 KENNZAHLEN REHABILITATION 2012

C3-1 LEISTUNGSANGEBOT UND KENNZAHLEN DER STATIONÄREN REHABILITATION

Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pflegetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflegetage** im Jahr 2012 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflegetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflegetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten
Geriatrische Rehabilitation	Spital Einsiedeln
Internistische Rehabilitation	Spital Einsiedeln
Kardiale Rehabilitation	Spital Horgen/ Spital Lachen
Muskuloskelettale Rehabilitation	Spital Einsiedeln
Psychosomatische Rehabilitation	Spital Einsiedeln

C3-2 LEISTUNGSANGEBOT UND KENNZAHLEN DER TAGESKLINIKEN (AMBULANTE REHABILITATION)

Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten
Geriatrische Rehabilitation	Spital Einsiedeln
Internistische Rehabilitation	Spital Einsiedeln
Kardiovaskuläre Rehabilitation	Seespital Horgen
Muskuloskelettale Rehabilitation	Spital Einsiedeln
Psychosomatische Rehabilitation	Spital Einsiedeln

C3-3 PERSONELLE RESSOURCEN

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	ja	Spital Einsiedeln
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	ja	Spital Einsiedeln
Facharzt Psychiatrie	ja	Spital Einsiedeln

- i** Spezifische Fachärzte sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

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?	
☐	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .
	Begründung
☒	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.
☒	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.
☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.

Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	89.7	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	91.7	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	90.5	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	87.3	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	83.8	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	87.1	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	89.3	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“

Resultate pro Fachbereich													
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen											
Gynäkologie/Geburten	90.0	Gesamtzufriedenheit der Patienten mit dieser Fachdisziplin											
Medizin	88.3	Gesamtzufriedenheit der Patienten mit dieser Fachdisziplin											
Orthopädie/Chirurgie	90.1	Gesamtzufriedenheit der Patienten mit dieser Fachdisziplin											
Kommentar: Die Patientenbefragung erfolgte vom September bis Dezember 2012.													
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).													
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung													
☒ Mecon ☐ Picker ☐ PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18) ☐ PZ Benchmark	☐ Anderes externes Messinstrument <table border="1"> <thead> <tr> <th>Name des Instruments</th> <th></th> <th>Name des Messinstituts</th> <th>Mecon measure & consult GmbH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Name des Instruments		Name des Messinstituts	Mecon measure & consult GmbH				
Name des Instruments		Name des Messinstituts	Mecon measure & consult GmbH										
☐ Eigenes, internes Instrument													
Beschreibung des Instruments		standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument											
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv													
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt											
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt											
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		307 Fragebogen											
Rücklauf in Prozent		41.3 %	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein	☐ Ja								

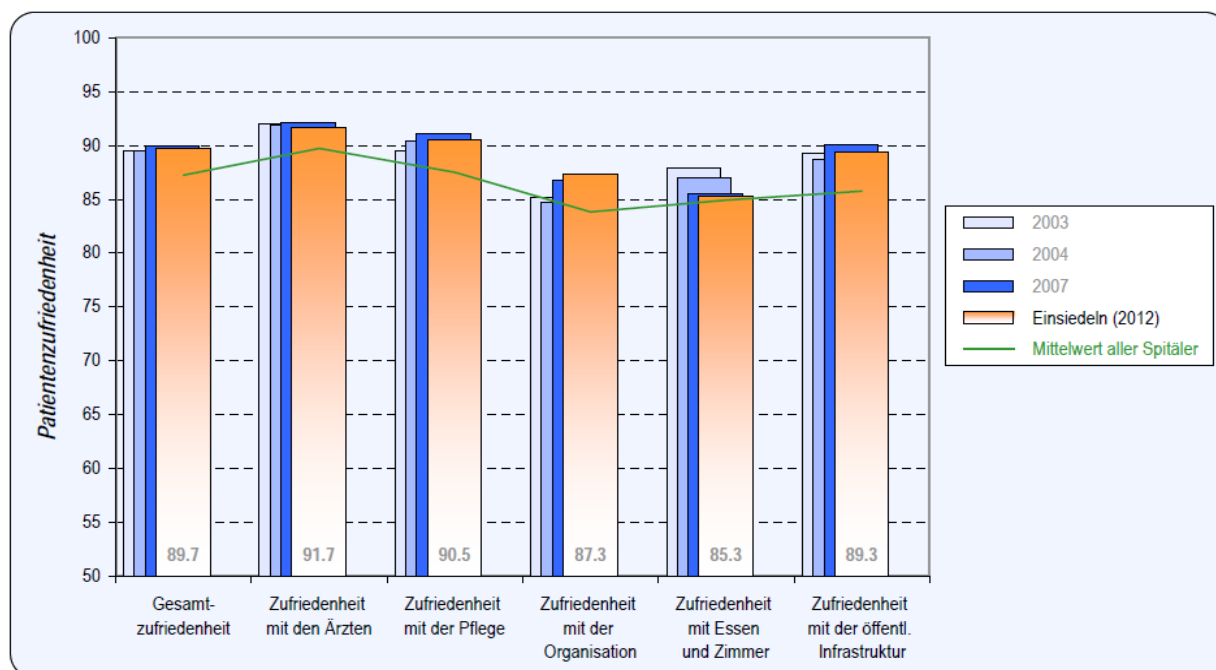
Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben – zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☐	Nein, unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Feedbackmanagement / Beschwerdemanagement
Name der Ansprechperson	Beatrice Weber
Funktion	Direktionsassistentin
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Tel. +41 55 418 58 61 (Montag bis Donnerstag zu Bürozeiten) feedback@spital-einsiedeln.ch

Spital Einsiedeln

Vergleich zwischen 48 Akutspitäler

Resultate der Patientenbefragung 2012



Grafik : Dargestellt ist die Patientenzufriedenheit (100 = maximale Zufriedenheit ; 0 = minimale Zufriedenheit).
Bitte beachten Sie, dass die Grafik erst bei 50 Punkten beginnt.

D2 MITARBEITERZUFRIEDENHEIT

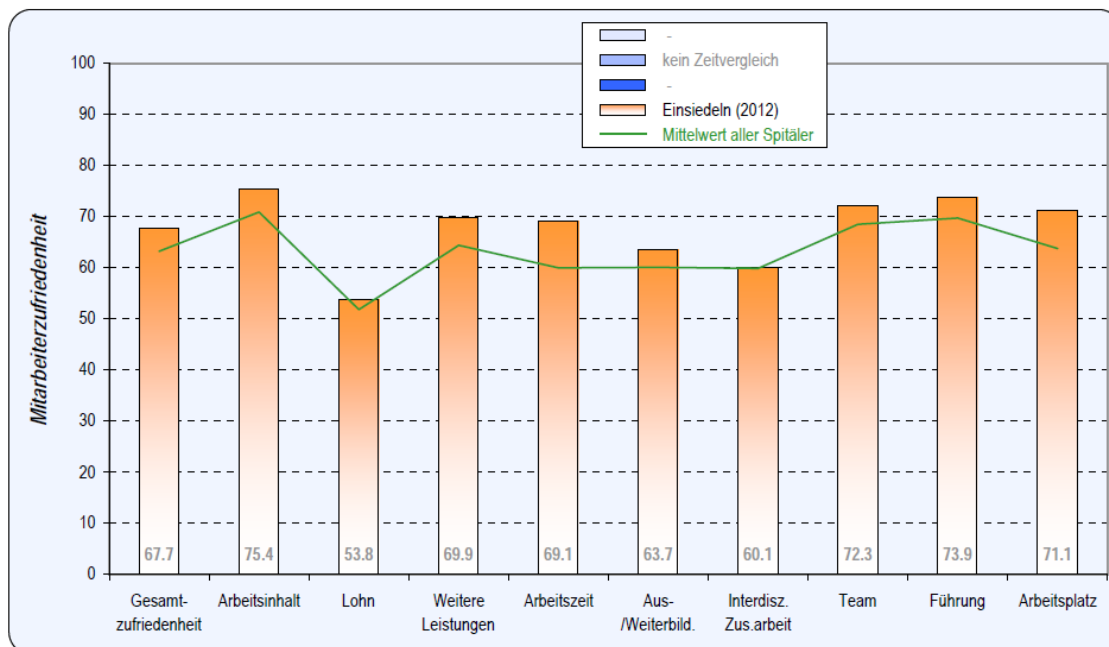
Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
☒	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.		
☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2015
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb	67.7	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Arbeitsinhalt	75.4	5 Fragen zum Messthema „Arbeitsinhalt“	
Lohn	53.8	5 Fragen zum Messthema „Lohn“	
Weitere Leistungen	69.9	7 Fragen zum Messthema „Weitere Leistungen“	
Arbeitszeit	69.1	6 Fragen zum Messthema „Arbeitszeit“	
Aus/Weiterbildungen	63.7	6 Fragen zum Messthema „Aus- und Weiterbildungen“	
Interdisz. Zusammenarbeit	60.1	4 Fragen zum Messthema „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“	
Team	72.3	4 Fragen zum Messthema „Team“	
Führung	73.9	16 Fragen zum Messthema „Führung“	
Arbeitsplatz	71.1	4 Fragen zum Messthema „Arbeitsinhalt“	
Resultate pro Fachbereich			
Pflegepersonal	64.2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe	
Ärzte	69.5	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe	
Hotellerie und Infrastruktur	70.9	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe	
Verwaltung und Dienste	72.8	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe	
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒ Externes Messinstrument				
Name des Instruments		Mecon - Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstituts	
			Mecon measure & consult GmbH	
☐ Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments		standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden wurden befragt		
	Ausschlusskriterien	keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		183 Fragebogen		
Rücklauf in Prozent		72.4%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja
Verbesserungsaktivitäten				
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)	
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Verbesserung	Alle Bereiche	2013/2014	
Informationspolitik	Verbesserung	Alle Bereiche	2013/2014	

Spital Einsiedeln

Resultate der Mitarbeiterbefragung 2012 Vergleich zwischen 49 Akutspitäler



Grafik : Dargestellt ist die Mitarbeiterzufriedenheit mit den einzelnen Themenbereichen (100 = maximale Zufriedenheit; 0 = minimale Zufriedenheit)

D3 ZUWEISERZUFRIEDENHEIT

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐ Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .			
☒ Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
☐ Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.			
☒ Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2016
Messergebnisse der letzten Befragung			
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb	94.1	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit)	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Bettenkapazität	95.2	3 Fragen zum Messthema „Bettenkapazität“	
Qualität und Image	91.9	8 Fragen zum Messthema „Qualität und Image“	
Angemessenheit des Austrittszeitpunktes	84.4	9 Fragen zum Messthema „Angemessenheit des Austrittszeitpunktes“	
Einbezug durch die Ärzte der Fachabteilung	46.4	7 Fragen zum Messthema „Einbezug durch die Ärzte der Fachabteilung“	
Behandlungsberichte	73.9	10 Fragen zum Messthema „Behandlungsberichte“	
Auftreten der Ärzte der Fachabteilung	92.5	17 Fragen zum Messthema „Auftreten der Ärzte der Fachabteilung“	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Kompetenz der Ärzte der Fachabteilung	90.1	4 Fragen zum Messthema „Kompetenz der Ärzte der Fachabteilung“	
Behandlungsrisiken	93.9	9 Fragen zum Messthema „Behandlungsrisiken“	
Pflege- und Hotelleistungen während des Spitalaufenthaltes	93.1	3 Fragen zum Messthema „Pflege- und Hotelleistungen während des Spitalaufenthaltes“	
Organisation	96.1	15 Fragen zum Messthema „Organisation“	
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

☒ Externes Messinstrument			
Name des Instrumentes	Zuweiserbefragung KEF_CH	Name des Messinstitutes	HCRI (health care research institute AG)

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	alle Zuweiser/ potenzielle Zuweiser, die mindestens 2 Patienten pro Jahr stationär zuweisen		
	Ausschlusskriterien	interne Zuweisungen, beispielweise über Ambulatorien Interne Belegärzte		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		18		
Rücklauf in Prozenten		64.3%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja
Verbesserungsaktivitäten				
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)	
Kontakte und Veranstaltungen mit Zuweiser	Bessere Einbindung der Zuweiser ins Versorgungsnetzwerk	Gesamtspital	permanent	



E 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 Ergebnisqualitäts-Messungen 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®	☒	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	☒	☐	☐
SIRIS Implantat-Register	☒	☐	☐

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?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				2011	
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
Intern	Extern				
					A = gut B = normal C = muss analysiert werden

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☒ Die Auswertung 2012 mit den Daten 2011 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ³

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		

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 2011.

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 Miss-lingens 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?				
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				2011
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
				A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				

☒	Die Auswertung 2012 mit den Daten 2011 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Informationen für das Fachpublikum	

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.).
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ⁵	

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 2011.

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?				
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:			
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:		Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie	

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:			01.10.11- 30.09.12	Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest- gestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauens- intervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauens- intervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernungen			% ()	% ()
☐ Blinddarm-Entfernungen			% ()	% ()
☒ Hernieoperationen	53		% 0	% 0
☒ Dickdarm (Colon)	5		% 0	% 0
☒ Kaiserschnitt (Sectio)	83		% 0	% 0
☐ Herzchirurgie			% ()	% ()
☐ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
☒ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	90		% 0	% 0
☐ Magenbypassoperationen (optional)			% ()	% ()
☐ Rektumoperationen (optional)			% ()	% ()

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		Die Zuverlässigkeit der berechneten Werte sind noch nicht im ausreichenden Masse gegeben. Der Indikator der Infektionshäufigkeit ist bei einer tiefen Fallanzahl gering aussagekräftig, da es häufig dem Zufallsvariablen unterliegt und die „wahre“ Häufigkeit über- oder unterschätzt wird. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert (www.anq.ch)

Informationen für das Fachpublikum

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)		
Auswertungsinstanz	SwissNOSO	

¹ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-4 PRÄVALENZMESSUNG STURZ UND DEKUBITUS MIT DER METHODE LPZ

Die 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.anq.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	- 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	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich,

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.

		Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent (Antwortrate)	
Bemerkung			

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?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Messergebnisse des Jahres:	2012	
Anzahl hospitalisierte Patienten , die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen⁸	
☐ Die Auswertung 2012 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung	Die interne Auswertung ist bezgl. ihrer Aussagekraft von Behandlungs- und Pflegequalität differenzierter. Die Erhebungen der Sturzvorfälle, der Sturzgefährdeten Patienten sowie die präventiven Massnahmen werden permanent erhoben.	

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?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		2012	Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4			
	ohne Kategorie 1			
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1			
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1			
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1			
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1			

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
☐	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	Die interne Auswertung ist bezgl. ihrer Aussagekraft von Behandlungs- und Pflegequalität differenzierter. Die Erhebungen der Dekubitusfälle, Dekubitus gefährdeter Patienten sowie die präventiven Massnahmen werden permanent erhoben.	

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?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...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?		9.29	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?		9.06	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		9.21	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		9.13	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?		9.40	0 = nie 10 = immer
Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung			
Zentrales Messinstitut ☐ hcri AG ☒ MECON measure & consult GmbH		Dezentrales Messinstitut ☐ hcri AG ☐ MECON measure & consult GmbH ☐ ESOPÉ ☐ NPO PLUS ☐ Stevemarco sagl ☐ 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	- Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		162	
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten		68	Rücklauf in Prozent 41.98

F WEITERE QUALITÄTSMESSUNGEN IM BERICHTSJAHR 2012

F1 STÜRZE (ANDERE ALS MIT DER METHODE LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Sturzereignisse		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:		
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:		
Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
45	16	29	Die 16 Behandlungsfälle betreffen ausschliesslich leichte Verletzungen; schwere Verletzungen konnten durch die konsequente Umsetzung des Sturzmanagement auf null reduziert werden. Der Benchmark liegt im Durchschnitt zwischen 2.3 und 9 Stürzen auf 1000 Pflage tage (Enloe et al., 2005). Das Spital Einsiedeln zeigt einen Wert von 2.7 auf und liegt damit im untersten Bereich des Benchmarks. Präventionsmassnahmen werden individuell und interdisziplinär besprochen und eingeleitet.
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012

☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Spitalinternes Sturzkonzept, angelehnt an das Konzept des Stadtspital Waid und der Stiftung Patientensicherheit
-------------------------------------	---	-----------------------	---

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle stationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	Kinder und Säuglinge selbstständige Patienten unter dem 65 Lebensjahr und Patienten die eine stationäre Aufenthaltsdauer unter 24 Stunden aufweisen.	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		573	Anteil in Prozent 100%
Bemerkung / Verbesserungsaktivitäten		Alle relevanten Qualitätsindikatoren für Sturzereignisse werden eingehalten und umgesetzt. Ein interdisziplinäres Fachgremium wertet jährlich die Sturzereignisse aus und leitet auf evidenzbasierende Massnahmen ein.	

F2 DEKUBITUS (ANDERE ALS MIT DER METHODE LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Alle Dekubiti, die 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 -aufzeigen. Quelle: EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) und NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?

☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse		
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
24 bei Spitaleintritt vorhandene	12 (gesamthaft im Spital erworbene) 9 (der Kategorie I) 3 (der Kategorie II) 0 (der Kategorie III) 0 (der Kategorie IV)	Internationaler Wert: Die Prävalenz von Dekubiti im akutstationären Bereich variiert international von 7.9-20.5% . Spital Einsiedeln: Dekubitusrate während dem Spitalaufenthalt (Vergleich zu 1'000 Pflage tage): 2012: 0.72

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Internes Dekubitus Konzept Quelle: Gerlach et all (2008). Inzidenz und Risikoerfassung von Dekubitus Ergebnisse einer Qualitätsmessung des Verein Outcome in Schweizer Akutspitalern.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Das Dekubitusrisiko wird bei allen Patienten über 65 Jahren eingeschätzt. Treten ein oder mehrere der folgende Kriterien auf, müssen auch Patienten unter 65 Jahren eingeschätzt werden: Ernährung: ernährt sich der Patient nur mässig Mobilität: ist der Patient in der Mobilität stark eingeschränkt Aktivität: ist der Patient nur mässig aktiv		
	Ausschlusskriterien	Patienten zur Kurzhospitalisation (2-3 Tage), Kurzeingriffe, Wochenbett und Schwangere		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		550	Anteil in Prozent	100%
Bemerkung / Verbesserungsaktivitäten		Alle relevanten Qualitätsindikatoren zur Dekubitusprophylaxe werden eingehalten und umgesetzt. Ein interdisziplinäres Fachgremium wertet jährlich die Dekubitusereignisse aus und leitet auf evidenzbasierende Massnahmen ein.		

G REGISTERÜBERSICHT

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?				
☐ Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.				
Begründung				
☒ Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.				
Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Acute Myocardial Infarction in Switzerland - AMIS Plus	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2006	Fachdisziplin
SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	2006	Fachdisziplin
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitäts-sicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012	Fachdisziplin
Minimal Dataset SGAR	Anästhesie	Schweizer Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	2000	Fachdisziplin
SGIM	Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin, Chefärztevereinigung	Verein Komplikationenliste SGIM www.komplikationenliste.ch	2006	Fachdisziplin
Die Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes ist das nationale Chapter der IASP	Schmerztherapie	Schweizerische Gesellschaft für invasive Schmerztherapie http://www.pain.ch	2007	Fachdisziplin
SGNOR	Notfall- und Rettungsmedizin	Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin http://www.sgnor.ch	2007	Fachdisziplin

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
IVR – Anerkennung	Rettungsdienst	2008		Rezertifizierung 2013
NNPN – Peer Support Einsatzorganisation in psychologischer Nothilfe)	Peerorganisation	2011		NNPN (Nationales Netzwerk Psychologischer Nothilfe)
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit	2007	2011	Externe Audit findet alle 5 Jahre statt
Anerkennung Mikrobiologie	Labor			Anerkennung in Vorbereitung



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)
Kommunikationsoptimierung Schnittstellen Hotellerie & Pflege	Einführung & Schulung verbindlicher Kommunikationsprozesse zur Steigerung der Sicherheit und Qualität bei Erbringung nicht-medizinischer Dienstleistungen.	Room Service & Pflege	06.2012-08.2012
Differenzierungskonzept	Erarbeitung, Terminierung und Einführung eines Konzeptes zur Differenzierung von Hotellerie-Dienstleistungen je nach Versicherungsklasse.	Room Service, Küche & Marketing	06.2012-02.2013
Wahlleistungen	Vereinfachung des Abrechnungsprozesses kostenpflichtiger Zusatzleistungen auf unbarem Weg zur Erhöhung der Transparenz, Servicequalität, des Zahlungskomforts für Patienten und Steigerung der Produktivität.	Room Service, Restaurant, Küche, Patientenadministration, IT & Buchhaltung	06.2012-02.2013
Grade-Skill Mix Projekt	Kernkompetenzen der Pflege sind geklärt, Worst Case-Szenario erstellt	Gesamte Pflege	November 12-Dezember 13
Umstellung auf digitales OP Programm	OP Planung wird optimiert, Prozesse angepasst und Fehlerquellen minimiert. Einheitliches Vorgehen für alle beteiligten Stellen.	Gesamtspital	November 12 – Dezember 13
Weiterentwicklung und Implementierung des Personalentwicklungskonzeptes	Ein elektronisches Tool, in dem die verschiedenen Laufbahnen Führungslaufbahn, Expertenlaufbahn, Bildungslaufbahn, Rotation, interne Fortbildung definiert sind, soll dem Kader helfen, die Laufbahn der einzelnen Mitarbeitenden zu definieren, mögliche Nachfolger für Schlüsselfunktionen heraus zu kristallisieren und die Entwicklung der einzelnen Mitarbeitenden fest zu halten.	Gesamtspital	2013/2014
Hygiene (Audit durch externes Mikrobiologie Labor)	Der Auditbericht wird durch die Hygienekommission bewertet und Verbesserungsmassnahmen werden gezielt eingeleitet.	Gesamtspital	jährlich

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
	Erhaltung der Hygienequalität, verhindern von Nosokomiale Infektionen.		
Hygiene (Schulung Händehygiene)	Verhinderung nosokomiale Infektionen	Gesamtspitalpersonal	permanent
Anästhesiesprechstunde	Aufbau einer präoperativen Anästhesiesprechstunde	Anästhesie- und Operationsbetriebe	Ende 2013
Schmerztherapiesprechstunde und postoperative Pain Nurse	Aufbau der Sprechstunde und Optimierung der postoperativen Betreuung der operierten Patienten	Anästhesie- und Operationsbetriebe	Ende 2013
Aufbau Klinik Akutgeriatrie	Aufbau des neuen Leistungsangebots.	Gesamtspital	2013 - 2014
Patientenmanagement	Verbesserung und Optimierung der Behandlungs- und Dienstleistungsprozesse	Gesamtspital	Bis Mitte 2014
Aggressions- und Deeskalationskonzept	Das Konzept beschreibt die Grundhaltung gegenüber Aggression am Arbeitsplatz und ein professionelles Aggressionsmanagement bzw. deeskalative Massnahmen zur Prävention und Intervention bei Aggressionsereignissen.	Gesamtspitalpersonal	Ende 2013
Hotellerie Prozess	Prozessabläufe, Checklisten, Dokumente sind erarbeitet. Mitarbeitende geschult.	Reinigung, Wäscherei, Küche, Restaurant, Room Service	Ende 2013
Verkehrskonzept	Die Transportfähigkeit aller Patientinnen und Patienten ist bei einem Katastrophen Ereignis sichergestellt	Gesamtspital in Zusammenarbeit mit externe Ämter und Institutionen	Ende 2013
CIRNET (Ankoppelung an die Stiftung Patientensicherheit)	Mit der Ankoppelung der CIRS Datenbank an das „CIRNET“ erschliesst sich für das Spital Einsiedeln ein grosser, breit abgestützter Erfahrungsschatz zum klinischen Risikomanagement. Somit setzen wir uns weiterhin gezielt für die Förderung der Patientensicherheit ein.	Gesamtspital	Frühjahr 2013
Gefahrenermittlung der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes	Alle 3 Jahre wird die Organisation mittels Checklisten umfassend geprüft und Verbesserungsmassnahmen eingeleitet.	Gesamtspital	Herbst 2013
Laborinformationssystem	Elektronische Auftragserfassung sowie Laborbefunde werden vernetzt mit allen Abteilungen sowie den Arztpraxen	Labor	2013 - 2015

H3 AUSGEWÄHLTE QUALITÄTSPROJEKTE

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	Katastrophenorganisation	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt
Projektziel	1. Darstellung der grundsätzlichen Überlegungen, wie die Kapazitäten eines Spitals im Katastrophen Ereignis bestmöglich auszuschöpfen sind 2. Schaffen einer möglichst einheitlichen Organisation bezüglich Infrastruktur und Prozessen 3. Festlegung des Aufbaus einer Führungsorganisation im Katastrophen Ereignis 4. Erstellung einer zweckmässigen Ernstfalldokumentation für das eigene Personal, insbesondere für Funktionsträger 5. Die bestehenden Betriebsabläufe am Spital Einsiedeln sind wenn immer möglich beizubehalten, damit die Mitarbeitenden in ihrem angestammten Umfeld und ihren bekannten Betriebsabläufen arbeiten können	
Beschreibung	Rahmenkonzept Spital Einsiedeln zur Bewältigung von besonderen und ausserordentlichen Lagen	
Projektablauf / Methodik	Das Projekt wurde interdisziplinär über alle Berufsgruppen des Spital Einsiedelns inkl. externer Institutionen und Ämter, wie beispielsweise der Kantonspolizei, der regionalen Feuerwehr, dem Amt für Militär, Feuer- und Zivilschutz und dem Kantonsarzt erarbeitet	
Einsatzgebiet	☒ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Regionale Feuerwehr Bezirksführungsstab Einsiedeln Kantonspolizei Amt für Gesundheit und Soziales (Kantonsarzt)	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtspitalpersonal	
Projektevaluation / Konsequenzen	Das Gesamtpersonal erhält im Frühling und Frühherbst eine vollumfängliche Brandschutzschulung durch die regionale Feuerwehr. Dies ist über alle Berufsgruppen verpflichtend. Der Führungsstab des Spital Einsiedelns erhält bezgl. KATA Organisation im 2012 eine vertiefte Schulung. Zudem sind alle relevanten externe Partnerorganisationen, wie beispielsweise die regionale Feuerwehr, der Bezirksführungsstab Einsiedeln und Vertreter der Kantonspolizei miteinbezogen.	
Weiterführende Unterlagen	KATA – Organisation des Spital Einsiedelns	

I SCHLUSSWORT UND AUSBLICK

Patientenzufriedenheit

Durch eine spezialisierte externe Institution (Mecon) wurde auch im diesem Berichtsjahr die Patientenzufriedenheit gemessen. Das Spital Einsiedeln erhielt bei der Gesamtzufriedenheit und bei fast allen Teilbereichen Bewertungen, welche deutlich besser sind als der Mittelwert aller Spitäler im Vergleich.

Insbesondere bei der Zufriedenheit mit der Pflege, der Organisation und der öffentlichen Infrastruktur zählt das Spital Einsiedeln zu den Besten der 48 Spitäler.

Die Entwicklung über die Zeit zeigt für die Gesamtzufriedenheit konstant gute Resultate seit 2003 und ist das Ergebnis der guten Arbeit aller Mitarbeitenden unseres Spitals.

Mitarbeiterzufriedenheit

Im Oktober wurde ebenfalls durch Mecon eine Befragung der Mitarbeitenden zur Arbeitszufriedenheit durchgeführt. Mittels eines standardisierten Fragebogens konnten die Mitarbeitenden anonym zu verschiedenen Aspekten ihres Arbeitsverhältnisses Stellung nehmen und ihre Meinung äussern.

Das Spital Einsiedeln erhielt bei der Gesamtzufriedenheit und bei allen Teilbereichen Bewertungen, welche besser sind als der Mittelwert aller Spitäler im Vergleich.

Auch bei der Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit dem Arbeitsinhalt, den weiteren Leistungen des Arbeitgebers, der Arbeitszeit, dem Team, der Führung und dem Arbeitsplatz zählt das Spital Einsiedeln zu den Besten der 49 Spitäler.

Peer - Gesundheitstage

Die Zufriedenheit und die Gesundheit unserer Mitarbeitenden liegen uns am Herzen. Als einmaliges Angebot wurden sogenannte **Peer-Gesundheitstage** durchgeführt. Alle Mitarbeitenden des Spitals waren frei, einen Tag im Jahr (als Arbeitszeit angerechnet) ein von freiwilligen Mitarbeitenden zusammengestelltes sportliches oder kulturelles Event-Angebot in Anspruch zu nehmen und so etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Darüber hinaus gaben die Peer-Gesundheitstage auch Gelegenheit, Kolleginnen und Kollegen aus den verschiedensten Bereichen des Spitals ausserhalb der Arbeit kennenzulernen und sich untereinander auszutauschen (weitere Informationen: www.spital-einsiedeln.ch / [Peer Organisation](#))

Unser Qualitätsmanagement strebt einen ganzheitlichen, systematischen Ansatz für alle Bereiche des Spitalbetriebs und der Spitalführung an. Die Weiterentwicklung und Effizienzoptimierung unserer Behandlungsprozesse wird das zentrale Ziel der nächsten Jahre sein. Dazu werden wir uns an den Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen orientieren.