

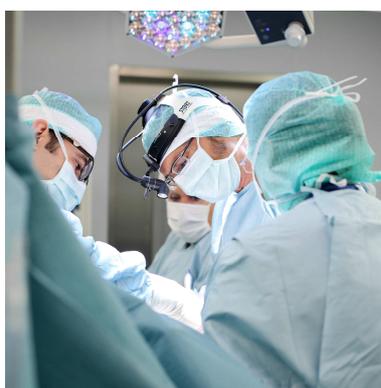
Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+



Akutsomatik

Version 8.0



Spital Schwyz
Waldeggstrasse 10
6430 Schwyz
www.spital-schwyz.ch

Freigabe am: 19. Mai 2015
durch: Kerstin Moeller, Direktorin & Qualitätsverantwortliche

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2014.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

IHRE ANSPRECHPERSON

Qualitätsmanagement

Andrea Bürgi

Hygiene- und Qualitätsbeauftragte

T 041 818 40 35

andrea.buergi@spital-schwyz.ch

Vorwort von H+ die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und gewissen kantonalen Messungen teil.

Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) werden Qualitätsmessungen in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2014 das zweite nationale Pilotprogramm „progress! Sichere Medikation an Schnittstellen“. Ziel ist es die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie an Behandlungsschnittstellen zu verbessern. 2013 startete die Stiftung bereits ein Programm, das auf die Sicherheit in der Chirurgie fokussiert ist. Die beiden Programme sind Bestandteile der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in diesem Bericht publizierten Resultate der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messresultate zwischen den Betrieben sind gewisse Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum einen sollte das Leistungsangebot (vgl. C2) ähnlich sein. Ein Regionalspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messresultate unterschiedlich zu werten sind. Zum anderen die Spitäler und Kliniken verschiedene Messinstrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebungsmethodik und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
C1	Kennzahlen 2014	4
C2	Angebotsübersicht	4
D	Zufriedenheitsmessungen	7
D1	Patientenzufriedenheit	7
D2	Angehörigenzufriedenheit	9
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	10
D4	Zuweiserzufriedenheit	12
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	13
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	13
E1-1	Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	14
E1-2	Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	15
E1-3	Messung der Wundinfektionen nach Operationen	16
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus	18
E1-7	SIRIS Implantatregister	22
F1	Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)	23
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	24
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	26
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	27
F5	Dauerkatheter	28
F6	Weiteres Messthema	29
G	Registerübersicht	30
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	31
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	32
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	33
I	Schlusswort und Ausblick	35

Das Spital Schwyz ist im Besitz einer privaten Trägerschaft, der Krankenhausgesellschaft Schwyz. Das Spital Schwyz stellt, gemäss Vereinbarung mit dem Kanton Schwyz, die spitalmedizinische Grundversorgung der Menschen in der Region sicher. Es gewährleistet die fachliche Behandlung und Betreuung nach neuesten Standards in den Bereichen:

- **Innere Medizin**
Infektiologie, Kardiologie, Nephrologie, Onkologie, Pulmologie, Reisemedizin, Diabeteszentrum, Netzwerk Brustzentrum, Spezialisierte Palliative Care, Interdisziplinäres Tumorboard
Konsiliararztssystem in Dermatologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Rheumatologie
- **Chirurgie**
Allgemeine Chirurgie bei Erwachsenen und Kindern, Angiologie, Gefässchirurgie, Traumatologie, Viszeralchirurgie, Netzwerk Brustzentrum, Interdisziplinäres Tumorboard
- **Gynäkologie Geburtshilfe**
Allgemeine Gynäkologie und Wochenbett, Hebammen- und Stillberatung inkl. Akupunktur / Moxa
- **Anästhesie**
Intensivmedizin, allgemein- und Regionalanästhesien, Anästhesie-Sprechstunden, Schmerztherapie, Akupunktur und medizinische Hypnose
- **Diverse Fachgebiete im Belegarztsystem**
HNO (Hals, Nase, Ohren), Ophthalmologie, Orthopädie, Plastische Chirurgie, Urologie
- **Radiologie** inkl. MRI und CT (Röntgeninstitut Schwyz)
- **Beratung / Therapie**
Diabetesberatung, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Krebsberatung, Liaisonpsychiatrie, Logopädie, Physiotherapie, Seelsorge, Sozialdienst

Als Akutspital – in 80% der medizinischen Fälle und gegen 50% der chirurgischen Fälle werden Patienten notfallmässig aufgenommen – verfügt das Spital Schwyz über eine rund um die Uhr geöffnete, modern konzipierte und ausgerüstete Notfallstation mit einem jederzeit einsatzbereiten Ärzte- und Pflegefachteam.

Die moderne Intensivbehandlungsstation erfüllt sämtliche Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin und ist von dieser offiziell anerkannt. Ein weiterer Garant für grösstmögliche Sicherheit im Spital Schwyz.

In der Palliative Care Station stehen speziell ausgebildete Mitarbeitende den schwerkranken Patienten und ihren Angehörigen zur Seite.

In der Akut- und Übergangspflege werden die Patienten darauf vorbereitet, dass sie bei der Rückkehr nach Hause möglichst selbstständig sind, wenn nötig mit Hilfe durch verschiedene spitalexterne Dienste.

Auf den ausgezeichneten Ruf, welcher der geburtshilfliche Bereich genießt, sind wir besonders stolz. Immer mehr Babys erblicken unter professioneller und einfühlsamer Begleitung das Licht der Welt im Spital Schwyz.

Unser Dialysezentrum bietet auch Plätze für die Feriendialyse an. Gerne heissen wir Gäste willkommen, die für ihren Urlaub eine Destination in der Nähe des Spital Schwyz ausgesucht haben.

Wir versprechen: BEI UNS SIND SIE ALS PATIENTEN IN GUTEN HÄNDEN.

Patienten erleben im Spital Schwyz eine respektvolle Betreuung. Als Mensch mit Körper, Seele und Geist, in seinem sozialen Umfeld und mit eigener Lebensgeschichte hat jede Patientin, jeder Patient individuelle Bedürfnisse. Mit dieser Erkenntnis unterstützen wir unsere Patienten feinfühlig bei ihrer Genesung. Die Ärzte und Pflegefachleute anerkennen und berücksichtigen die persönliche Bedeutung einer Krankheit.

Das Unternehmen Spital Schwyz wird nach wirtschaftlichen Aspekten ziel- und zukunftsorientiert geführt. Dazu gehören ein professionelles Qualitätsmanagement, ständige Weiterbildung, eine moderne Ausrüstung und zeitgerechte Arbeitsbedingungen sowie eine breite Palette von Ausbildungsplätzen.

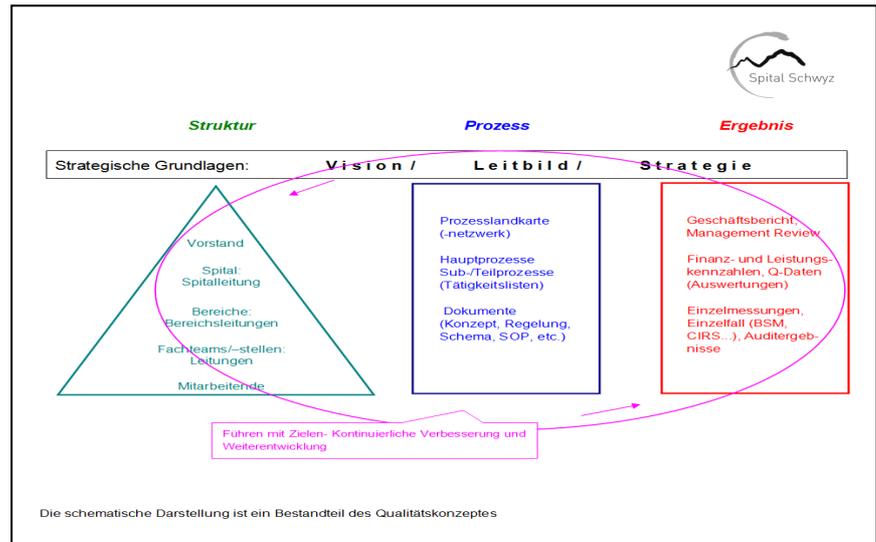
www.spital-schwyz.ch

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die strategischen Grundlagen des Spital Schwyz sind auf der Grafik ersichtlich. Unser Qualitätsmanagement verstehen und leben wir als (Qualitäts-) Managementsystem. Eine ganzheitliche Ausrichtung ist uns wichtig, unsere Grundausrichtung orientiert sich am EFQM Ansatz.

„Qualität und Sicherheit bilden zusammen die Grundlage für eine von Vertrauen getragene Beziehung zwischen Patient und Spital. Daran orientieren wir uns.“ Zitat: K. Moeller

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



B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014

- Qualitätsverständnis weiterentwickeln, spezifische Verankerung in der Strategie 2020
- Aufbau von fachspezifischen Partnerschaften (Netzwerkpartnerschaft Brustzentrum Luzern)
- Interne Audits weiter ausbauen
- Bezugspersonensystem Etablierung gesamtes Spital
- Medikationsprozessoptimierung

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

- Verabschiedete Strategie 2020 mit klar definierter Qualitätsausrichtung
- Zertifizierung der Netzwerkpartnerschaft Brustzentrum Luzern
- Durchführung eines IKS-Audits, inkl. Mehrjahresplanung mit Schwerpunktsetzung, Risikobeurteilung
- Etablierung des flächendeckenden Bezugspersonensystem ist abgeschlossen, Evaluation mit IzEP¹ findet im Juni 2015 statt
- Richtlinien Medikationsprozess sind optimiert, geschult und umgesetzt. Hohe Bereitschaft der optimalen Zusammenarbeit und Sensibilisierung zur Thematik Medikation seitens Pflege und Ärzteschaft

¹ IzEP[®] steht für Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen , weitere Infos: <http://www.izep.info/>

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Struktur- und Prozessqualität:

Ausgerichtet auf die Strategie 2020 streben wir eine kontinuierliche Optimierung unserer Prozesse und Leistungen an.

- Weitere Prozessoptimierungen; z. B. Laborprozess, Medikationsprozess (effektive Prozesse und Ausbau von elektronisch unterstützten Hilfsmitteln) zur kontinuierlichen Verbesserung der Patientensicherheit
- Auf- und Ausbau von Netzwerken (z.B. Brustzentrum Zentralschweiz, Traumata – Netzwerk Zentralschweiz etc.)

Ergebnisqualität:

Wir arbeiten zeitnah und kontinuierlich mit den Qualitätsdaten, lassen dessen Erkenntnisse permanent in die einzelnen Prozesse einfließen und fördern damit den kontinuierlichen Verbesserungsprozess laufend.

- Resultate aus Qualitätsmessungen fließen zeitnah, effizient und effektiv in die Prozesse ein (z.B. Patientenzufriedenheitsmessung, Erkenntnisse aus CIRS – Meldungen, Wundinfektdaten, Händecompliance etc.)
- Gezielte interne und externe Audits zeigen Stärken und Schwächen wie Risiken und Chancen auf. Resultate fließen laufend in die jeweiligen Prozesse ein.

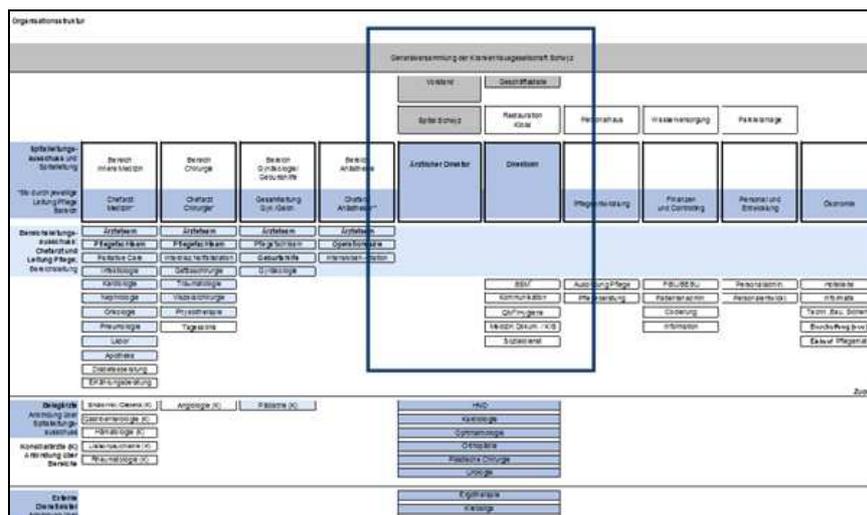
Das Spital Schwyz und dessen (Qualitäts-) Management beruht auf den Grundsätzen des EFQM Modells und lehnt sich an ISO 9001 / 14001 an.

Die Patientenzufriedenheit und -sicherheit stehen im Zentrum der Qualitätsbestrebungen.

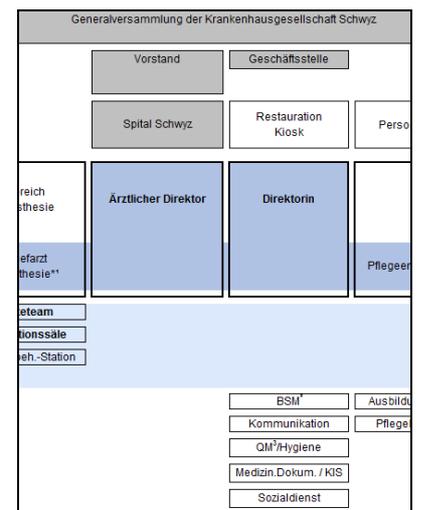
Das Spital Schwyz engagiert sich auf nationaler Ebene für die künftige Qualitätsentwicklung¹.

¹ Fachkommission Qualität H+, Akutsomatik und Qualitätsausschuss ANQ

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



Organigramm



Auszug QM²

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten. (Direktorin ist QV ³)
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. (QB ⁴)
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	
QB ⁴ ; 60%	Stellenprozentage zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name	Telefon direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Kerstin Moeller	041 818 40 28	kerstin.moeller@spital-schwyz.ch	Direktorin & Qualitätsverantwortliche
Andrea Bürgi*	041 818 40 35	andrea.buergi@spital-schwyz.ch	Hygiene- und Qualitätsbeauftragte

² QM = Qualitätsmanagement
³ QV = Qualitätsverantwortliche
⁴ QB = Qualitätsbeauftragte



Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht:

<http://www.spital-schwyz.ch/ueber-uns/spital-schwyz/dokumentationen.html>

C1 Kennzahlen 2014

Die Kennzahlen 2014 finden Sie unter diesem Link und im aktuellen Jahresbericht:

<http://www.spital-schwyz.ch/ueber-uns/spital-schwyz/fakten-und-zahlen.html>

Bemerkungen

Der Jahresbericht 2014 sowie Fakten und Zahlen 2014 werden im Juni durch die Generalversammlung verabschiedet und anschliessend online publiziert

C2 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten, etc.)
Allergologie und Immunologie		Zentrumsspital, USZ
Allgemeine Chirurgie	X	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	X	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	X	sowie Praxis in der Nähe des Spitals
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	X	Belegarztsystem
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		Zentrumsspital, USZ und LUKS
Handchirurgie	X	Facharzt Handchirurgie mit eigener OP-Möglichkeit in eigener Praxis in Spitalnähe
Herzgefässchirurgie		Zentrumsspital, USZ und LUKS

Angebote medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	X	Konsiliararztsystem
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	X	Konsiliararztsystem
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	X	Konsiliararztsystem
<input type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)		
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph-systems)	X	Konsiliararztsystem
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	X	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	X	
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)	X	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	X	
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	X	
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)		Div. ausserkantonale Anbieter
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	X	
Intensivmedizin	X	
Kiefer- und Gesichtschirurgie		Zentrumsspital, LUKS und USZ
Kinderchirurgie		Zentrumsspital LUKS
Langzeitpflege		keine
Neurochirurgie		Zentrumsspital, LUKS und USZ
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)		Facharzt in Spitalnähe (Ab 2015 im Spital Schwyz)
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	X	Belegarztsystem

Angebote medizinische Fachgebiete (3. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	X	Facharzt im Spital und Belegarztsystem
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	X	Belegarztsystem
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	X	Konsiliararztsystem
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)	X	Palliative care Station (Projektauftrag Kanton)
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	X	Belegarztsystem
Psychiatrie und Psychotherapie	X	Konsiliararztsystem
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	X	Radiologie Institut Schwyz AG (RIS)
Thoraxchirurgie (Operationen an der Lunge, im Brustkorb und -raum)		Zentrumsspital LUKS
Tropen- und Reisemedizin	X	NEU seit 2014
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	X	Belegarztsystem

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	X	
Ergotherapie	X	Eigenständiger Anbieter in Haus
Ernährungsberatung	X	
Logopädie	X	Eigenständiger Anbieter in Haus
Physiotherapie	X	
Krebsberatung	X	Eigenständiger Anbieter in Haus



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.



Zufriedenheitsmessungen

D1 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

Für den nationalen Vergleich hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklungen in den Spitälern und Kliniken (ANQ) ein Kurzfragebogen konzipiert, der in der Akutsomatik und Rehabilitation eingesetzt wird. Die Messergebnisse und/oder Verbesserungsaktivitäten sind im Modul E dokumentiert.

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 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011 <small>(Mecon)</small>	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014 / 2015 <small>(qmRiedo)</small>
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:		
<input type="checkbox"/> In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:		
Messergebnisse der letzten Befragung 2014/2015			
	Zufriedenheits-Wert <small>(Mittelwerte 2014/2015)</small>	Vergleich qmRiedo 2014/15 - Mecon 2011	
Instrument	qmRiedo 2014/2015	qmRiedo 2014/2015	Mecon 2011
Wertung	Der Gesamtmittelwert entspricht einer Fünferskalierung (1-5), 5 = maximale Zufriedenheit.	Die Werte sind als Zufriedenheitswerte angegeben (1-100), 100 = maximale Zufriedenheit. In Klammern der Unzufriedenheitsfaktor (UZ) gemäss Mecon Darstellung (0 = maximale Zufriedenheit)	
Gesamter Betrieb	4.63 (Gesamtzufriedenheit im Mittelwert)	90.69 (UZ 9.31)	87.10 (UZ 12.9)
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert <small>(Mittelwerte pro Themenbereich 2014/2015)</small>	qmRiedo 2014/2015	Mecon 2011
Ärzte	4.60 Vertrauensintervall (90%) +/- 0.04 (N 539)	90.1 (UZ 9.9)	87.5 (UZ 12.5)
Pflege	4.73 Vertrauensintervall (90%) +/- 0.04 (N 535)	93.3 (UZ 6.7)	89.4 (UZ 10.6)
Organisation	4.61 Vertrauensintervall (90%) +/- 0.03 (N 545)	90.3 (UZ 9.7)	83.6 (UZ 16.4)
Infrastruktur und Hygiene	4.69 Vertrauensintervall (90%) +/- 0.03 (N 548)	92.3 (UZ 7.7)	86.0 (UZ 14.0)
Gastronomie	4.55 Vertrauensintervall (90%) +/- 0.05 (N 536)	88.8 (UZ 11.2)	85.7 (UZ 14.3)
<input type="checkbox"/> Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:			
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark ⁵).			

⁵ Externer Benchmark erfolgt sobald als möglich, aktuell nicht vorhanden, siehe Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, S.8

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Messergebnisse sind seit Mitte Mai 2015 verfügbar, die internen Benchmarks. Kommunikation und Ableiten von Massnahmen erfolgt ab Juni 2015.

Der Vergleich zur Messung Mecon 2011 zeigt eine Zufriedenheitssteigerung in allen Bereichen auf.

Ein externer Benchmark 2014/2015 von qmRiedo Befragungen ist im Moment nicht verfügbar

Warum Wechsel der Messbeauftragten?

- qmRiedo geht vom Zufriedenheitsfaktor aus.
- Die Fragen sind spezifischer als Mecon. Es sind differenziertere Aussagen mit höherem Mehrwert für die institutionellen Optimierungen vorhanden.

Nachteil: Externer Benchmark von qmRiedo Befragungen zurzeit noch nicht möglich

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/> Mecon 2011	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument 2014/2015			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instruments	qm Riedo Patientenbefragung	Name des Messinstituts	qm Riedo Verena Riedo MSc UZH 8005 Zürich
<input type="checkbox"/> PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark				
<input checked="" type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument	„Ihre Meinung interessiert uns“			
Beschreibung des Instruments		Feedback-Fragebogen (Inzidenzmessung) mit freiwilligen Angabe von Namen und Adresse		

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Mecon (MC) 2011 / qmRiedo (qR) 2014/2015: Alle ausgetretenen stat. Patienten in der Messperiode „Ihre Meinung interessiert uns“ (IMI): Alle Patienten (stat. und amb.) und dessen Angehörige		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	MC 2011: 628	versus	qR 2014/2015: 559	
	IMI 2013: 1028	versus	IMI 2014: 1026	
Rücklauf in Prozent	MC: 2011: 39.7%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
	qR: 2014/2015: 36.3%			
	IMI 2013: 13%			
	IMI 2014: 13%			

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patientenbefragungen – 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	Beschwerden und Schadensmanagement (BSM)
	Name der Ansprechperson	Frau Ursula Trautmann
	Funktion	Direktionsassistentin
	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	041 818 41 27, ursula.trautmann@spital-schwyz.ch , Montag-Donnerstag ganzer Tag

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		Es findet keine explizite Messung statt. Der Fragebogen „Ihre Meinung interessiert uns“ kann auch von Angehörigen genutzt werden.	
<input type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:			Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

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		Feedback-Fragebogen (Inzidenzmessung) mit freiwilligen Angabe von Namen und Adresse	

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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 type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		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:
<input type="checkbox"/>	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse	
Gesamter Betrieb	75.2%	CH-BM¹: 68.4%	Differenz Schwyz/BM: 6.8%
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse	
Ärzte	78.0%	CH-BM ¹ : 69.8%	Differenz Schwyz/BM ¹ : 8.2%
Pflegepersonal	78.1%	CH-BM ¹ : 67.5%	Differenz Schwyz/BM ¹ : 10.6%
Medizinisch-technisches Personal	76.5%	CH-BM ¹ : 68.4%	Differenz Schwyz/BM ¹ : 8.1%
Med.-therapeut u beratendes Personal	60.8%	CH-BM ¹ : 71.7%	Differenz Schwyz/BM ¹ : -10.9%
Administration / Verwaltung	77.5%	CH-BM ¹ : 72.6%	Differenz Schwyz/BM ¹ : 4.9%
Betrieb / Hotellerie	67.7%	CH-BM ¹ : 67.9%	Differenz Schwyz/BM ¹ : -0.2%
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:		
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
<p>Erstmalige Messung mit qm Riedo, bis anhin Mecon. Benchmark zu früheren Daten nur bedingt möglich. Grund für Wechsel des Messinstrumentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riedo geht vom Zufriedenheitsfaktor aus, elektronische Befragung möglich • Zusätzlich Bemerkungsfelder zu Handlungsbedarf. • Differenziertere Aussagen mit höherem Mehrwert für die institutionalen Optimierungen. <p>Optimierungen innerhalb Bereichen sind initialisiert und Bestandteile der Jahresziele 2015</p>

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/> Externes Messinstrument (Neu Riedo, vormals Mecon)			
Name des Instruments	qm Riedo Mitarbeiterbefragung im Spital	Name des Messinstituts	qm Riedo Verena Riedo MSc UZH 8005 Zürich
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments	<p>Standardisiertes Instrument, umfasst 80 Fragen, diese können den 13 Dimensionen und 5 Themenbereichen zugeordnet werden. Weiter wird der Handlungsbedarf aus Sicht der Mitarbeitenden und die allgemeine Zufriedenheit / Attraktivität des Arbeitsgebers ausgewertet.</p> <p>Die Gliederung wird für alle Auswertungseinheiten angewendet:</p> <p>a) Spitaltotal b) Berufs-/Funktionsgruppen, Kader- und Basispersonal c) Spitalindividuelle Stationen/Bereiche</p>		

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitende (In Voll- und Teilzeitanstellung)	
	Ausschlusskriterien	Beleg- und Konsiliarärzte	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		313	
Rücklauf in Prozent		60.0 %	Erinnerungsschreiben? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

¹ Im Benchmarking eingeschlossene Spitäler:

Inselspital Bern
 Schweizerisches Epilepsie-Zentrum
 Spital Männedorf
 Spital Uster
 St. Claraspital AG
 Regionalspital Surselva
 Zuger Kantonsspital
 Lukas Klinik Arlesheim
 Spital Bülach
 REHAB Basel
 Schulthess Klinik
 Seespital Horgen Zürich
 Spital Affoltern
 Asana Spital Leuggern
 Asana Spital Menziken
 Spitäler Schaffhausen Total
 Spital Schwyz
 Kreisspital Muri

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
Begründung	Anwendung anderer Methoden: Hausarzt- (HA) Besuche, Fachfortbildungen im Spital mit HA, interne HA-Gruppe etc. Für 2015 ist eine externe Zuweiserzufriedenheitsmessung geplant		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	geplant
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse	
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits im folgenden Qualitätsbericht publiziert.		
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung			
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Im Kontext der Strategie 2020 wird im 2015 erstmals eine externe Zuweiserzufriedenheitsmessung durchgeführt.			



Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfektionen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale Patientenbefragung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantatregister	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der Wundinfektionen nach Blinddarm-Entfernungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen			
Die kinderspezifischen Messung „Blindarm-Entfernung“ bezieht sich ausschliesslich auf die Pflichtmessung ANQ-Postoperative Wundinfektionen bei Kindern <16 Jahren.			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQ: www.anq.ch

E1-1 Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ⁶ A, B oder C
Intern	Extern			
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .				
<input checked="" type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung		Aufwand-Nutzenverhältnis? Verifizierung der Daten SQLape nicht möglich.		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die Bestrebungen von ANQ zur Optimierung der Datenqualität und künftig möglicher Plausibilitätskontrolle begrüssen wir als Spital.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl auswertbare Austritte		
Bemerkung		

⁶ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

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

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

E1-2 Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei werden Routedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Unaufällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ⁷ A, B oder C
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .			
<input checked="" type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Aufwand-Nutzenverhältnis? Verifizierung der Daten SQLape nicht möglich.		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Bestrebungen von ANQ zur Optimierung der Datenqualität und künftig möglicher Plausibilitätskontrolle begrüßen wir als Spital.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechenden Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Anzahl auswertbare Operationen		
Bemerkungen		

⁷ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

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

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

E1-3 Messung der Wundinfektionen nach Operationen

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere des Patienten unterbrochen. Kommen dabei Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken 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. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blindarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Eingriffe mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herz-chirurgischen Eingriffen) erfolgen zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2013 – 30. September 2014					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁸ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen bei Kinder und Jugendlichen	15				
<input checked="" type="checkbox"/> Hernienoperationen	147				
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarmoperationen (Colon)	67				
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)	97				
<input checked="" type="checkbox"/> Rektumoperationen	3				
<input checked="" type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung	Reine Jahreszahlen verzerren das effektive Bild infolge Fallzahlen. Wir erachten kumulierte Daten & Prozessoptimierungen als effektiver mit höherer Aussagekraft.				

⁸ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da bei den Hüftprothesen ein zweites Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2014 (1. Oktober 2013 – 31. September 2014) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall⁹ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	64				
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung	Reine Jahreszahlen verzerren das effektive Bild infolge Fallzahlen. Wir erachten die kumulierte Daten & Prozessoptimierungen als effektiver und aussagekräftiger.				

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten					
Die kumulierten beobachteten Daten liegen meist unterhalb der zu erwartenden Werte. Das Vertrauensintervall aller Messungen weist eine breite Streuung ohne Signifikanzen auf.					
Eingriffsart	Beobachtete Infektrate		Zu erwartende Infektrate		Messperiode (gem. Tabelle 3.1.3, Jahresbericht März 2015)
Hernienoperationen	1.1	(0.44-2.22)	1.3	(1.1-1.5)	Kumulierte Daten zwischen 3.06. 2009-30.09.2014
Kaiserschnitt	1.5	(0.64-2.9)	1.6	(1.5-1.7)	Kumulierte Daten zwischen 3.06. 2009-30.09.2014
Kolonchirurgie	12.3	(8.76-16.6)	13.9	(13.5-14.3)	Kumulierte Daten zwischen 3.06. 2009-30.09.2014
Rektum Chirurgie	11.8	(3.3-27.5)	11.1	(9.6-12.6)	Kumulierte Daten zwischen 3.06. 2009-30.09.2014
Hüftgelenkprothese	1.1	(0.31-2.87)	1.6	(1.5-1.7)	Kumulierte Daten zwischen 3.06. 2009-30.09.2014
Seit 2009 wurden laufend Verbesserungsmassnahmen getroffen. Diese umfassen insbesondere die Prozessabläufe, beispielsweise die Antibiotikaverabreichung im optimalen Zeitfenster vor dem Eingriff. Aktuell wird die Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnitt neu postoperativ verabreicht, analog best Practice Beispielen. Die Veröffentlichung ermöglicht es neu den Spitälern, die Prozessabläufe zusätzlich zur kontinuierlichen Überprüfung mit Best Practice Beispielen zu Vergleichen, daraus können gezielte, punktuelle Prozessanpassungen stattfinden.					

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blindarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkungen	Das Spital Schwyz führt die Messungen laufend, seit 2009 in unveränderter Form und Eingriffsarten durch.	

⁹ 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

Die nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode/ Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Stürze

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten im Spital vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Deskriptive Messergebnisse 2014			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.¹⁰	1	In Prozent	1.8%
<input checked="" type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Diese Zahlen haben zu wenig Aussagekraft im Gegensatz zu den intern erhobenen Daten. Im Spital Schwyz werden über das gesamte Jahr Patienten erfasst, welche gestürzt sind (Inzidenzmessung). Anhand dieser Zahlen findet eine Auswertung und entsprechende Massnahmen-Planung statt.		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Jede Station verfügt über eine delegierte fachverantwortliche Person zur Thematik und Konzeptumsetzung. Mittels Inzidenz-Messung und Prozessbegleitung werden aktuelle Fälle laufend analysiert und Korrekturmassnahmen eingeleitet, siehe F 2.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: [ANQ-Messergebnisse](#)

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten	55	Anteil in Prozent (Antwortrate)	67.9%

¹⁰ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

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.

Ein Wundliegen (sog. 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 Schwerkraften.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	1	1.8%
	ohne Kategorie 1	1	1.8%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	1	1.8%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	1	1.8%

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Jede Station verfügt über eine delegierte fachverantwortliche Person zur Thematik und Konzeptumsetzung. Prozessabläufe werden kontinuierlich überprüft und bei Bedarf Korrekturmassnahmen eingeleitet.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [ANQ-Messergebnisse](#)

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationären Patienten \geq 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, inter-mediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene	55	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	67.9%

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus fünf Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall¹¹ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.30	9.09-9.52	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.20	9.01-9.38	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.31	9.12-9.50	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.40	9.24-9.56	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.66	9.41-9.44	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
<p>Die Prävalenzmessung nationale Patientenbefragung 2014 (PAZ 2014) wurde parallel mit der Patientenbefragung qm Riedo weiter geführt.</p> <p>Die Resultate der beiden Messungen werden verglichen. Ziel Aussagekraft der PAZ überprüfen um künftigen Mehrwert aus PAZ zu gewinnen.</p>

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [ANQ-Messergebnisse](#)

¹¹ 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.

Angaben zur Messung					
Auswertungsinstitut		hcri AG und MECON measure & consult GmbH			
Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2014 das Spital verlassen haben.			
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 			
Anzahl angeschriebene Patienten		393			
Anzahl eingetroffener Fragebogen		156	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>Rücklauf in Prozent</td> <td>39.7%</td> </tr> </table>	Rücklauf in Prozent	39.7%
Rücklauf in Prozent	39.7%				
Bemerkungen					

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

Messergebnisse		
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch		
Bemerkungen		
Die SIRIS – Registrierung wird direkt durch die Belegärzte der Orthopädie geführt.		
Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFM)	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantaten
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben



Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014

F1 Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)

Messthema	Infektionen (andere als mit Swissnoso)
Was wird gemessen?	Händecompliance (Indirekter Faktor zur Prävention von nosokomialen Infektionen)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Prävalenzmessung ganzes Haus, Raster gemäss Vorjahre (internes BM)
<input type="checkbox"/>	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Infektionen	
Händecompliance 2012, interner BM mit Vorjahren, aktuell keine Messungen, siehe Kommentar Entwicklung Messergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	Instrument zur internen kont. Verbesserung der Händecompliance, kein BM
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die Spitalhygiene, Spital Schwyz ist Initiant für die nationale Institutionalisierung des Händecompliance Tools St. Gallen. Ein entsprechender Antrag wurde im Jahr 2013 via Regionalgruppe Zentralschweiz zu DIBIS ¹² und SGSH ¹³ eingereicht. Im Herbst 2014 wird das Tool St. Gallen offiziell durch Swissnoso CleanHands als nationales Messinstrument eingeführt. Das Spital Schwyz hat den Vertrag mit Swissnoso CleanHands unterzeichnet und kann ab 2015 das Tool nutzen, künftige Benchmark sind damit möglich.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014			
<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 Auswertungsinstitut:	Swissnoso CleanHands

¹² DIBIS: Deutschsprachige Interessensgruppe der Hygienefachberaterinnen

¹³ SGSH: Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)
Was wird gemessen?	Die Stürze welche im Spital stattfinden werden anhand von Sturzprotokollen über das gesamte Jahr erfasst (Inzidenzmessung). Anhand dieser Zahlen findet eine Auswertung und Massnahmenplanung statt.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Bettenstationen, Notfall, Intensivbehandlungsstation
<input type="checkbox"/>	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse		
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge
115	0	115
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	Benchmark mit anderen Häusern problematisch (fragliche Vergleichbarkeit)	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
<p>Professionelles Sturzmanagement, permanente Prozessoptimierung und Sensibilisierung zum Thema. Beispielsweise vermehrte Anschaffung von Klingelmatten, da diese vielseitig, effektiv angewandt werden mit optimalen Resultaten.</p> <p>Es sind keine Stürze mit Behandlungsfolgen zu verzeichnen. Die Sturzrate (inkl. Mehrfachstürze einzelner kognitiv eingeschränkter Patienten) beträgt 2.8 / 1000 Patiententage* (VJ: 3.5/1000 Pflergetage).</p> <p>* Der Benchmark liegt zwischen 2.3 und 9 Stürzen auf 1'000 Pflergetage (Enloe et al., 2005).</p>

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Nach Methodik: Morse Fall Scale
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - alle Patienten über 60 Jahren - treten ein oder mehrere der folgenden Kriterien auf, müssen auch Patienten unter 60 Jahren eingeschätzt werden: <ul style="list-style-type: none"> - Der Patient ist in den letzten 3 Monaten (vor dem stationären Eintritt) ohne äussere Gewalteinwirkung gestürzt - Der Patient hat Funktionseinbussen und Funktionsbeeinträchtigungen - Der Patient ist in seiner Kognition und/oder Stimmung beeinträchtigt - Der Patient hat eine Erkrankung die zu kurzzeitiger Ohnmacht führt
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - bei Patienten zur Kurzhospitalisation (2-3 Tage) - bei Kurzeingriffen - Wochenbett und Schwangere
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		115
Bemerkungen		Die Resultate wurden in den verschiedenen Teams kommuniziert und die Massnahmen geplant.

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)
Was wird gemessen?	Anzahl Dekubitus während des Spitalaufenthaltes Anzahl Dekubitus bei Eintritt Dekubitus nach Entstehungsort und Kategorie 1-4 (EPUAP)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Alle Bettenstationen
<input type="checkbox"/>	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung: z. Zeit sind die Daten nicht verlässlich verfügbar
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Optimierung des KIS System (valide Daten) ressourcenbedingt ausstehend.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Nach Methodik: Braden Skala
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten über 60 Jahren - treten ein oder mehrere der folgenden Kriterien auf, müssen auch Patienten unter 60 Jahren eingeschätzt werden: - Ernährung: ernährt sich der Patient nur mässig (siehe Braden Skala unter mässige Ernährung) - Mobilität: ist der Patient in der Mobilität stark eingeschränkt (siehe Braden Skala unter Mobilität stark eingeschränkt) - Aktivität: ist der Patient nur mässig aktiv (siehe Braden Skala unter Aktivität „sitzt auf“)
	Ausschlusskriterien	bei Patienten zur Kurzhospitalisation (2-3 Tage) - bei Kurzeingriffen - Wochenbett und Schwangere

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Intensität von Isolation und Fixierung (Intensität = Häufigkeit * Dauer pro Fall) sowie Dokumentation der Häufigkeit von Zwangsmedikation oral, Zwangsmedikation Injektion, Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und Sicherheitsmassnahmen im Bett.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?				
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/>	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
	Begründung
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Aktuell finden keine Messungen statt. Messungen sind vorgesehen, sobald mittels KIS valide Daten verfügbar sind.
Freiheitsbeschränkende Massnahmen (ausgenommen Klingelmatte und dergleichen) werden nur sehr selten eingesetzt und beschränken sich auf Situationen in welchen eine Selbstgefährdung des Patienten vorliegt. Der Einsatz solcher Massnahmen erfolgt auf Arztverordnung und wird in der Patientenakte inkl. Begründung festgehalten.

F5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Dauerkatheter

- Die Messung 2014 ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Unser **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
Begründung
- Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Effektive Messungen der Dauerkatheter finden nicht statt, sind geplant sobald valide Daten aus KIS verfügbar sind.
Sensibilisierung zur Thematik Katheterinfekt erfolgt regelmässig durch die Spitalhygiene / Arbeitsgruppe Hygiene.
Tägliche Indikationsprüfung ist ein etablierter Standard
Katheterpflege und Handling erfolgt nach hausinternen Richtlinien (basierend auf Pflegestandards und CDC¹⁴ Guideline¹)
Pflegermanagement mit Inkontinenzmaterialien ist ein weiterer wichtiger Aspekt um die Katheterrate tief zu halten

¹ Guideline for Prevention of Catheter associated Urinary Tract Infections

¹⁴ CDC steht für Centers for Disease Control and Prevention, weitere Infos: <http://www.cdc.gov/>

F6 Weiteres Messthema

Messthema	Statistik der Interdisziplinäre Notfallstation (INS)
Was wird gemessen?	Patientenfallzahl inkl. Zuordnung Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten auf der INS Verfügbarkeit der Assistenz- und Kaderärzte (Wartezeiten)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Notfallstation
<input type="checkbox"/>	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse		
Messthema		
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	Die Daten dienen der kontinuierlichen Prozessoptimierung innerhalb des Spital Schwyz.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten		
<p>Mit Hilfe der verfügbaren Daten wurde in den letzten Jahren der Eintritts- und Behandlungsprozess der interdisziplinären Notfallstation kontinuierlich verbessert mit dem Hauptfokus einer optimalen, patientenbezogenen Betreuung mit möglichst kurzer Aufenthaltsdauer und rascher Verfügbarkeit der Ärzte.</p> <p>Prozessanpassungen, Richtlinien, Teamevents etc. sind das Resultat gut funktionierender Prozessen.</p> <p>Die Verfügbarkeit der Ärzte liegt beispielsweise in >80% bei weniger als fünfzehn Minuten. Die Hausärzte-Notfallpraxis ist eine weitere Optimierung der Aufenthaltsdauer von Patienten in der Notfallstation. Mittels dieser neuen Triage können einfache Versorgungen durch die Hausärzte erfolgen und benötigen somit nicht die aufwändige Spitalinfrastruktur. Was sich positiv für den Patienten und die Gesundheitskosten auswirkt.</p>		



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 unser 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.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet:

www.fmh.ch/saqm/service/forum_medizinische_register.cfm

Registerübersicht			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	Seit 2011 (SGAR)
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	JA
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	JA
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	Seit 2003
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	JA
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	JA
Bemerkung			
Kein Vollständigkeitsanspruch			



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
Zertifizierungsanforderungen für Brustzentren der Schweizer Gesellschaft für Senologie und der Krebsliga Schweiz	Ganzes Spital	2014		Spital Schwyz ist ein Netzwerkpartner im Brustzentrum Luzern
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz EKAS, H+ Branchenlösung	Ganzes Spital		2014	
SGI/KAI Anerkennung Intensivstation	Intensivstation	2009	2013	Ausbildungsstätte für Pflegefachleute und für Ärzte, Rezertifizierung 2015
Unicef, Stillfreundliche Klinik	Geburtshilfe	2001	2006	Laufende Weiterführung ohne weitere Zertifizierung

Ausblick 2015

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Traumatologie-Netzwerk	Ganzes Spital			geplant
FMH-Ausbildungsstätte Kat. A	Innere Medizin			geplant 2015
FMH-Ausbildungsstätte Kat. B	Gynäkologie/Geburtshilfe			geplant 2015

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
CIRS	Kont. Verbesserungsprozess (KVP)	Ganzes Spital	Laufend seit 2005
Beschwerde- und Schadensmanagement	Systematische Abwicklung und KVP	Ganzes Spital	Laufend seit 2006
Interne Audits	KVP	Spezifisch, ganzes Spital	Laufend seit 2011
Einführung Bezugspersonenpflege (BZP)	Patientenzufriedenheit durch klar definierte Zuständigkeiten der BZP fördern, Optimierung des Patientenprozess	Alle Pflegestationen	2008-2015
IMS – Integriertes Managementsystem	Einführung einer Software zum Management von Prozessen, Vorgabedokumenten und KVP	Ganzes Spital	2009-2015
KIS- Optimierung und Konsolidierung (Mehrschichtiges Projekte, inkl. Software Release)	Vereinfachungen; verbesserter Bedienungskomfort; höhere Anwenderkompetenz	Ganzes Spital	2009-2015
Facility Management (FM)	Bestehenden Unterstützungsprozesse in professionalisiertes und wettbewerbsfähiges FM weiterentwickeln	Ganzes Spital	2013-2015
Medikationsprozess - Optimierung	Prozessoptimierung und Erhöhung der Patientensicherheit im klassischen Medikationsprozess. Integration von unterstützender Softwarelösung (geplant 2014, z.Z. pendent) Ab 2015 Abgleich des optimierten Prozesses mit Pilotprojekt „Sichere Medikation“ der Stiftung für Patientensicherheit	Ganzes Spital	2010-2018
Um- und Ausbautätigkeiten zur Weiterentwicklung Infrastruktur Anpassung an aktuelle Bedürfnisse der Patienten und Mitarbeitenden			
RIS Neubau	Prozessoptimierung in der Radiologie Optimierung des Patientenprozesses (Notfalleintritt) und ambulante Sprechstunden Chirurgie	Radiologie, Chirurgie, Notfall Hausärzte	2014-2016
Hausärztliche Notfallpraxis	Patientenzufriedenheit und Prozessoptimierung	Notfall, Hausärzte	2014 - 2015
Kinderarztpraxis	Räumlichkeiten zur Verfügung stellen	Kinderarztpraxis	2014 - 2015

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?
Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat 2005 ein CIRS eingeführt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.
Bemerkungen	Das CIRS erachten wir als wichtiges Qualitätssicherungsinstrument. Relaunch für 2015 geplant.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitle	Kinderarztpraxis	
Projektart	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (mit Pädiaterin)
Projektziel	Miet-Räumlichkeiten für externe Kinderarztpraxis werden durch das Spital Schwyz bereit gestellt. Aktives Entgegenwirken des Pädiatermangels in der Region	
Beschreibung	Mit der Pensionierung eines Pädiaters in Schwyz verstärkt sich der Mangel an Kinderärzten in der Region. Das Spital Schwyz unterstützt den Zuzug einer Pädiaterin und stellt innerhalb weniger Monate die benötigte Fläche in für eine Kinderarztpraxis geeigneten Räumen und Ausbaustandard bereit.	
Projekttablauf / Methodik	In engem Austausch zwischen dem erfahrenen Baukernteam (Spital, Architekturbüro) und der Pädiaterin wurde innerhalb wenigen Monaten die Kinderarztpraxis geplant, die Fläche und Ausbaustandard definiert und umgesetzt. Am 2. Februar 2015 konnte die Kinderarztpraxis erfolgreich eröffnet werden, Frau Dr. med. Ameneh Seidel-Keivan Jah steht als vierte Konsiliarärztin im kinderärztlichen Dienst des Spital Schwyz für Notfälle im Gebärsaal und Wochenbett zur Verfügung. Die umfassende Erstuntersuchung unserer Neugeborenen vor Austritt sowie Beratungen bei Risikoschwangerschaften gehören ebenso ins Portfolio der Pädiatrischen Belegärzte im Spital Schwyz.	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Kinderarztpraxis Dr. med. Ameneh Seidel-Keivan Jah	
	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Geburtshilfe	
Involvierte Berufsgruppen	Gemäss Projekttablauf/Methodik	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Ansiedlung einer Kinderarztpraxis im Spital Schwyz kann als win-win Situation für die Pädiaterin, das Spital Schwyz, die Bevölkerung und die Region betrachtet werden.	

Projekttitlel	Einführung der hausärztlichen Notfallpraxis	
Projektart	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (mit Genossenschaft Notfallpraxis)
Projektziel	Räumlichkeiten für eine hausärztliche Notfallpraxis werden durch das Spital Schwyz bereit gestellt. Neugestaltung der ärztlichen Notfalldienstes zur Optimierung und Dienstentlastung der Hausärzte.	
Beschreibung	Die Hausärzte betreiben am Spital Schwyz eine Notfallpraxis für die ambulanten Notfälle (Erwachsene und Kinder). Die bisherigen Dienstkreise Schwyz (Talkessel mit Gersau/Rothenthurm/Muotathal) und Arth-Goldau (inkl. Steinen/Steinerberg/Lauerz) werden zu diesem Zweck per 1. Juli zusammengelegt. Die Praxis steht den Patienten zwischen 18.00-22.00 Uhr an Wochentagen sowie ganztags an Wochenenden und Feiertagen zur Verfügung. Die räumliche Nähe und der Austausch zwischen den Haus- und Spitalärzten sowie die vorhandene Infrastruktur ermöglichen eine effiziente und rasche Patientenversorgung	
Projekttablauf / Methodik	In engem Austausch zwischen dem erfahrenen Baukernteam (Spital, Architekturbüro) und den Vertretern der „Genossenschaft Notfallpraxis Schwyz“ wurden die Bedürfnisse beider Parteien definiert und umgesetzt.	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Genossenschaft Notfallpraxis Schwyz	
	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Notfallstation	
Involvierte Berufsgruppen	Alle notwendigen Ansprechpartner seitens hausärztlicher Notfallpraxis und Spital Schwyz	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Ansiedlung der hausärztlichen Notfallpraxis im Spital Schwyz kann als win-win Situation für die Patienten, Hausärzte, das Spital Schwyz und die Region betrachtet werden. Eine Evaluation ist vorgesehen.	

Schlusswort und Ausblick

„IN GUTEN HÄNDEN“

Unser Leitgedanke und unser Leitbild verankern unsere Qualitätsgedanken. Patienten, Angehörige, Zuweisende und unsere Mitarbeitenden wollen wir in guten Händen wissen.

Der H+ Qualitätsbericht weist primär Daten zur Ergebnisqualität aus, Struktur- und Prozessqualität sind zwingende Voraussetzungen für eine gute Ergebnisqualität. Wie in den vergangenen Jahren erfolgten im Spital Schwyz im Jahr 2014 weitere Investitionen in die Struktur- und Prozessqualität. Die gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten der hausärztlichen Notfallpraxis ist beispielsweise ein Resultat der Struktur- und Prozessoptimierung für die Hausärzte, die Patienten und das Spital Schwyz.

Die Resultate der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheitsmessungen zeigen Potenziale sowie erfreulich gute Resultate auf. Mit gezielt eingeleiteten Massnahmen werden der kontinuierliche Verbesserungsprozess und somit das Streben nach bestmöglicher Qualität gefördert und weiter entwickelt.

Wir streben laufende Optimierungen an; die gute Qualität des Spital Schwyz soll transparent ausgewiesen werden. Dazu werden „echte medizinische“ Outcome-Daten analysiert. Es ist uns wichtig, die Qualität praxisorientiert, beispielsweise mit internen Audits und möglichen künftigen Peer Reviews, sowie durch Auswertungen der elektronisch verfügbaren Routinedaten nachzuweisen.

Unsere Qualitätsbestrebungen sollen primär der Patientenzufriedenheit und -sicherheit dienen.

Wir wollen Sie und uns ...

„IN GUTEN HÄNDEN“

... wissen.

**Qualität ist niemals Zufall;
sie ist immer das Ergebnis hoher Ziele, aufrichtiger Bemühung,
intelligenter Vorgehensweise und geschickter Ausführung.**

Will A. Foster

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe

auch: www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Fachbereiche betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.



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

Siehe auch: www.anq.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW).