



Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2016.

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 Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot 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 Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Frau
Reusser Petra
Leiterin Pflege und Qualität
055 418 56 79
petra.reusser@spital-einsiedeln.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 teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

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 dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	9
3 Qualitätsstrategie	10
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	13
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	15
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	15
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	15
4.3 Durchführung von zusätzlichen Spital- und klinikeigenen Messungen	16
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	17
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	19
4.5 Registerübersicht	20
4.6 Zertifizierungsübersicht	21
QUALITÄTSMESSUNGEN	23
Befragungen	24
5 Patientenzufriedenheit	24
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	24
5.2 Eigene Befragung	25
5.2.1 Patientenbefragung	25
5.3 Beschwerdemanagement	26
6 Angehörigenzufriedenheit	
Spital Einsiedeln führt keine Angehörigenzufriedenheitsmessungen durch	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	27
7.1 Eigene Befragung	27
7.1.1 Mitarbeiterbefragung	27
8 Zuweiserzufriedenheit	28
8.1 Eigene Befragung	28
8.1.1 Zuweiserbefragung	28
Behandlungsqualität	29
9 Wiedereintritte	29
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	29
10 Operationen	30
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	30
11 Infektionen	32
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	32
12 Stürze	35
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	35
12.2 Eigene Messung	36
12.2.1 Spitalinternes Sturzkonzept	36
13 Wundliegen	37
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	37
13.2 Eigene Messungen	38
13.2.1 Internes Dekubitus Konzept	38
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Spital Einsiedeln führt keine Freiheitsbeschränkende Massnahmenmessung durch	

15	Psychische Symptombelastung	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18	Projekte im Detail	39
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	39
18.1.1	Gefahrenstoffkonzept	39
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	39
18.2.1	Laborinformationssystem	39
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	40
18.3.1	Bewilligung mikrobiologisches Labor	40
19	Schlusswort und Ausblick	41
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		42
Akutsomatik		42
Anhang 2		
Herausgeber		44

1 Einleitung

Das moderne Qualitätsspital- für Sie und Ihre Gesundheit

Als modernes Qualitätsspital mit 85 Betten vereint das Spital Einsiedeln das Beste aus zwei Welten. Einerseits stellen wir als nahes und nahbares Regionalspital die stationäre und ambulante Grund- und Notfallversorgung sicher. Andererseits haben wir uns einen Namen gemacht als überregionales Kompetenzzentrum für den Bewegungsapparat und als Kompetenzzentrum für Altersmedizin und Geriatrie. Unsere Ärzte haben sich in zahlreichen Spezialdisziplinen eine hohe Kompetenz erarbeitet und wir pflegen eine gute Vernetzung mit renommierten Zentrumsspitalern. Unsere einzigartige Höhenlage, einfühlsames Pflegefachpersonal und erstklassige Hotellerieleistungen tragen ebenso dazu bei, dass wir im Spital Einsiedeln beste Voraussetzungen für eine rasche Genesung bieten können. Schon in der Eintrittsplanung werden organisatorische Massnahmen für die nachstationäre Phase (stationäre oder ambulante Rehabilitation) getroffen.

Vorwort Spital Einsiedeln

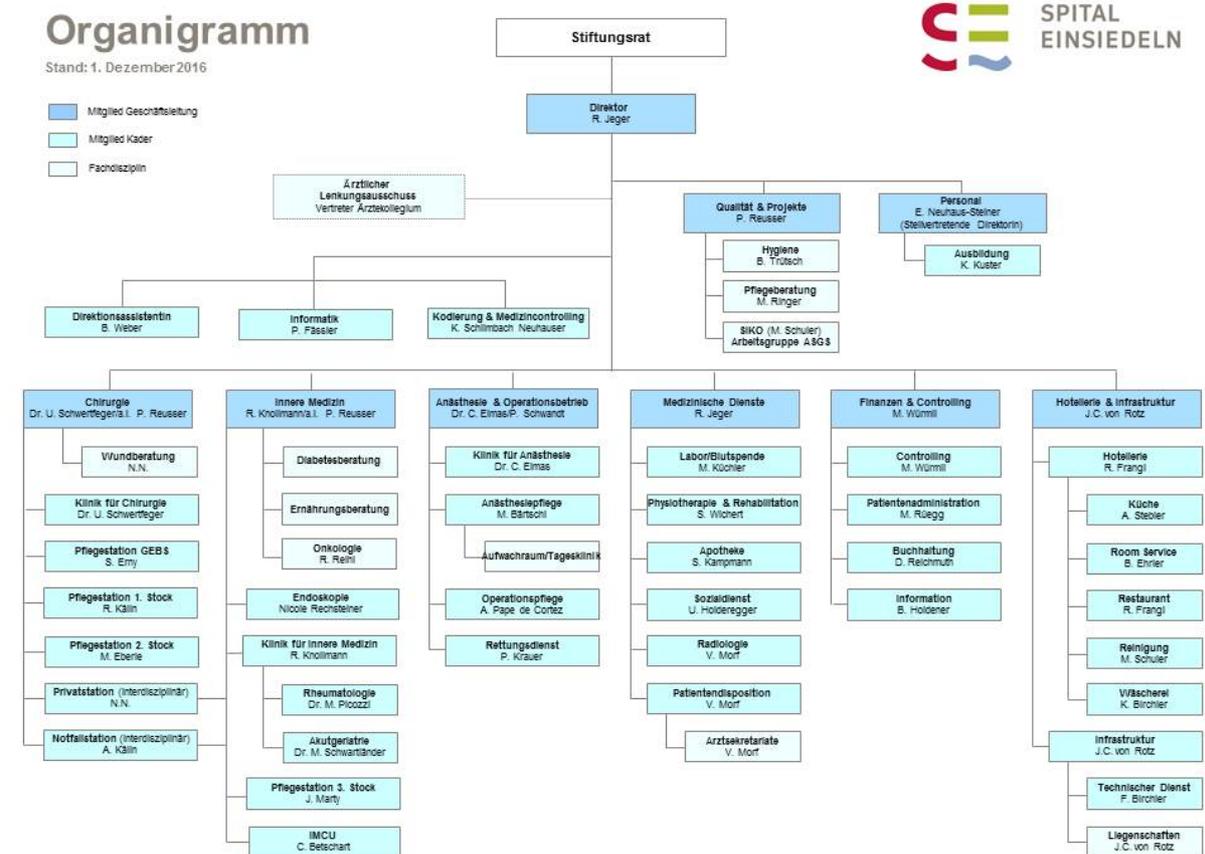
Als Patientin oder Patient wollen Sie sich für eine Behandlung im Spital „das richtige“ Spital auswählen. Aber welches ist das richtige Spital für die Behandlung? Bei dieser Entscheidung, steht sicherlich die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung im Vordergrund. In den nachfolgenden Qualitätsbericht können Sie sich über unser umfangreiches medizinisches Leistungsangebot, die Versorgungsqualität sowie die gute Qualifikation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfassend informieren. Soweit messbar werden Angaben zur Ergebnisqualität gemacht. Zudem informieren wir Sie über unsere Qualitätsmessungen, unsere Fortschritte bei der Qualitätsentwicklung sowie die entsprechenden umgesetzten bzw. eingeleiteten Verbesserungsmassnahmen.

Besuchen Sie uns auf unserer Homepage: www.spital-einsiedeln.ch

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



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.

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	Leiterin Qualität und Projekte, STV Leiterin Pflege
Erika Neuhaus-Steiner	055 418 58 40	erika.neuhaus@spital-einsiedeln.ch	Leiterin Personaldienst, Stv. Direktorin
René Knollmann	055 418 52 39	rene.knollmann@spital-einsiedeln.ch	Chefarzt Innere Medizin
Dr. med. Urs Schwertfeger	055 418 53 70	urs.schwertfeger@spital-einsiedeln.ch	Chefarzt Chirurgie
Dr. med. Cemal Elmas	055 418 53 61	cemal.elmas@spital-einsiedeln.ch	Chefarzt Anästhesie
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
Matthias Pechmann	055 418 53 52	matthias.pechmann@spital-einsiedeln.ch	Leiter Pflege

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
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 / Qualitätsinstrumente

Bereich

Hygiene (Kordinatorin von Audits und Messungen im Bereich Hygiene)

Titel, Vorname, Name

Barbara Trütsch

Hygienekommission:

Barbara Trütsch

René Knollmann

Jean-Claude von Rotz

Alexandra Kälin

Petra Reusser

CIRS- Kommission(Behandeln und evaluieren CIRS Meldungen und leiten entsprechende Massnahmen ein)

René Knollmann

Patrick Schwandt

Melanie Schuler

Martha Küchler

Matthias Pechmann

Petra Reusser

Swissnoso (Verantwortliche für die Erfassungen und Entscheidung der postoperativen Wundinfektionen)

Claudia Zehnder

René Knollmann (Ärztlicher Supervisor)

Martha Küchler

Labor & Blutspende (BSD)(Q-Verantwortliche Labor & BSD sowie der Biosicherheit; Messungen und Audits im Bereich Labor & BSD)

Elisabeth Dockx

Esther Andres-Schmet

Hämovigilance(Verantwortlicher für das Meldesystem - Transfusionszwischenfälle)

Dr. med. Mario Picozzi

Pharmacovigilance(Verantwortlicher für das Meldesystem-Medikamentennebenwirkungen bzw. Zwischenfälle)

Dr. sc. nat. Karl Roos

Materiovigilance(Verantwortlicher für das Meldesystem Vorkommnisse von Medizinalprodukten)

Frank Birchler

Materiovigilance im Operationsbetrieb(Verantwortlicher für das Meldesystem Vorkommnisse von Medizinalprodukten)

Hans Lang

Peerkoordination(CO Leitungen für die hausinterne Peerorganisation)

Franziska Greber

Karin Weiss

ANQ Messung der Pflegeindikatoren Dekubitus und Sturz nach LPZ Interdisziplinäre Fachkommission der Pflegeindikator Dekubitus (inkl. internes und kontinuierliches Validierungsinstrument)

Martin Ringer

Dr. med. Monika Schwartländer

Ringer Martin

Petra Reusser

Abteilungsverantwortliche:

Martina Schweyer

Claudia Steegmüller

Eva Christin Wallner

Jasmin Hasler

Interdisziplinäre Fachkommission der Pflegeindikator Sturz(inkl. internes und kontinuierliches Validierungsinstrument)

Dr. med. Monika Schwartländer

Martin Ringer

Petra Reusser

Abteilungsverantwortliche:

Stefanie Steiner

Susanna Iten

Luzia Szalai-Stocker

Kristin Gildemeister

SIRIS Implantatregister Hüft- und Knieprothesen

Dr. med. Sommacal

Alexandra Kälin

Patrick Schwandt

Feedback- und Beschwerdemanagement

Reto Jeger

Beatrice Weber

Petra Reusser

Mecon Patientenbefragungen

Petra Reusser

Claudia Zehnder

Bereich	Titel, Vorname, Name
Mecon Zuweiserbefragungen	Reto Jeger
Mecon Mitarbeiterbefragungen	Petra Reusser Erika Neuhaus
Komplikationenliste der SGIM	Petra Reusser René Knollmann

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Petra Reusser
Leiterin Qualität und Projekte
Spital Einsiedeln
055 418 56 79
petra.reusser@spital-einsiedeln.ch

3 Qualitätsstrategie

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 zu verbessern. Die Grundlagen dazu bilden Professionalität, Engagement sowie eine leistungs-, prozess- und ergebnisorientierte Arbeitsweise. www.spital-einsiedeln.ch/ueber-uns/qualitaetsmanagement

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

Klinikinformationssysteme

Mit Hochdruck wurden die Feinkonzepte aller Bereiche durch das Projektteam erarbeitet, welches dann in einem, nach Patientenprozess (Zuweisung-Eintritt-Hospitalisierung-Austritt) definierten Gesamtkonzept, zusammengeführt wurde. Das Customizing wurde bereits gestartet. Das Klinikinformationssystem mit integriertem elektronischem Patientendossier ist im Zeitplan und wird vollständig per Mitte 2018 abgeschlossen sein.

Dekontaminationskonzept

Aufgrund der im Jahr 2007 durch die Eidgenössische Kommission für ABC-Schutz erarbeitete Strategie wurde das Spital Einsiedeln vom Amt für Gesundheit und Soziales Kanton Schwyz beauftragt, ein Dekontaminationskonzept zu erarbeiten und für dessen Umsetzung bzw. Nachhaltigkeit zu sorgen. Dies konnte per Ende März 2017 abgeschlossen werden. Die Einsatzbereitschaft ist ab dem ersten Quartal 2018 sichergestellt.

Führungsschlungen

Damit Kadermitarbeitende ihre Führungsaufgaben gut, sicher und einheitlich wahrnehmen können, hat das Spital Einsiedeln einen internen mehrjährigen Führungsschulungszyklus lanciert. Ziel ist ein gemeinsames Personal- und Führungsverständnis am Spital und das Erarbeiten und Vertiefen von verschiedenen Kompetenzen, insbesondere im Bereich Kommunikation und Konfliktmanagement.

Labor

- Umstellung des Laborinformationssystem (LIS) auf Labor.7 von Cobra Software.
- Einholung der Bewilligung für die Durchführung von mikrobiologischen Proben an Patienten gemäß der neuen Laborverordnung ab 2016 (EpG; 818.101 und SR 818.101.32 sowie HGebV; 812.214.5)

Hygiene

- Die korrekte Händehygiene mit Schwerpunkt „5 Indikationen zur Händehygiene“
- Standardmassnahmen einhalten zum Schutz des Personals wie auch gegenüber Patienten (inkl. Massnahmen zum Schutz der saisonalen Grippe)
- Frühzeitiges Erfassen von MRSA Patienten, durch angepasste Indikationen für ein MRSA Screening
- Isolationen auf der IMCU, Umgang mit den verschiedenen Isolationsformen

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Aktionswoche Patientensicherheit

Die Aktionswoche im September 2016 sollte auf das Thema **Medikamentensicherheit** aufmerksam machen.

Hot Spots der Medikationssicherheit sind zum einen die Schnittstellen, also die Übergänge zwischen Behandlungssektoren.

Zum anderen geht es um Verwechslungen von Arzneimitteln. Neben den Medikationsfehlern geht es aber auch um unerwünschte Arzneimittelereignisse.

Um das wichtige Thema einem breiteren Publikum bewusst zu machen, engagierte sich auch das Spital Einsiedeln. Zusammen mit der Stiftung Patientensicherheit führten wir eine Standaktion durch. Zudem wurde ein Publikumsvortrag zum Thema "Medikamentenplan - Wie viele Medikamente sollen es denn sein?" durchgeführt. Die Veranstaltungen stiessen auf reges Interesse seitens Besuchende, Patientinnen und Patienten sowie Spitalmitarbeitenden.

Behandlungsprozesse

Neonatologische Prozesse

Interdisziplinäre Entwicklung der Prozesse „Neonatologische Reanimation“ sowie „Neugeborenes gestresst oder krank“ inkl. Schulungen der beteiligten Personen.

Umgang mit Reanimation und Patientenverfügungen

Auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften wurde eine interdisziplinäre Richtlinie erstellt und geschult.

Medikationsprozess-Audit

2016 wurde ein Medikationsprozessaudit in Zusammenarbeit mit Dr. Karl Roos, Spitalapotheker und Dr. Olga Frank, Stiftung Patientensicherheit durchgeführt. Die daraus resultierende Verbesserungsmassnahmen wurden durch die Geschäftsleitung gut geheissen und die Umsetzung eingeleitet.

Hygiene

- Die Mitarbeitenden vom Spital Einsiedeln kennen die korrekte Händedesinfektion
- Impfkation „Saisonale Grippeimpfung“
- Erstellung einer Checkliste für MRSA-Screening Indikation, mit dem Ziel, neu eintretende Patienten zu erfassen
- Information / Schulung aller am Prozess beteiligten Mitarbeitenden, betreffend MRSA Abstrich-Technik

Hotellerie

Küche

Vertiefung des Arbeitsprozesses Essensbestellung, Sanalogic / Essensausgabe. Gemeinsame Erarbeitung und Vertiefung dieses Prozesses. Die Mitarbeitenden der Küche und des Room Services sind auf dem gleichen Wissens- und Verständnisstandes.

Informatik

Erhöhung der Planungssicherheit bei der Patientenmeldung

Die elektronische Patientenmeldung stellt neu einen Kalender pro Operationssaal bereit. Jede

Patientenanmeldung wird automatisch im richtigen Kalender eingetragen. Alle behandelnden Ärzte können ihre Patientinnen und Patienten bis auf sechs Monate im Voraus definitiv anmelden. Die freien Kapazitäten der Operationssäle sind jederzeit sichtbar zudem ist eine Überbuchung ausgeschlossen.

Labor

- Einführung des Laborinformationssystem im Zeitfenster Mai bis November 2016
- Verfügung/Bewilligung von Swissmedic wurde für das Mikrobiologische Labor erteilt

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Einführung des Klinikinformationssystem und eines neuen Administrativsystem (ERP)

Der Entscheid für ein neues Administrativsystem, das heute als Enterprise-Resource-Planning (ERP) bezeichnet wird, folgte Anfang 2017. Diese beiden zentralen Software-Systeme werden parallel weiterkonzipiert und sorgfältig aufeinander abgestimmt und per 1. Januar 2018 am Spital eingeführt.

Die Mitarbeitenden werden daher in die Entwicklung und die Spezifikationen der beiden Systeme umfassend einbezogen. Damit kann für die Unterstützung der jeweiligen Aufgaben in den einzelnen Bereichen der höchstmögliche Nutzen gezogen werden kann.

ERWEITERUNGS- UND UMBAUPROJEKT «SPITAL 2020»: BAUARBEITEN STEHEN VOR DER ENDPHASE

Die kommende, letzte Phase der Gesamterneuerung umfasst die Neugestaltung und Erweiterung der Notfallstation, die Verlegung und Vergrösserung der IMC (Intermediate-Care-Station), Anpassungen und Ergänzungen in der Radiologie sowie die Neugestaltung der Diagnostikabteilung für die Innere Medizin mit dem Kernstück Endoskopie. Diese Arbeiten werden voraussichtlich Mitte 2018 abgeschlossen sein.

Gefahrenstoffkonzept

Anlässlich des Audits "Arbeitsicherheit und Gesundheitsschutz" durch H+ wurde festgestellt, dass im Spital Einsiedeln die Gefahrenstoffe zwar sicher gelagert und gehandhabt werden, jedoch ein bereichsübergreifendes Gefahrenstoffkonzept fehlt. Das Spital Einsiedeln wird ein entsprechendes Konzept und die damit verbundenen baulichen Massnahmen in Zusammenarbeit mit AEH (Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG) erstellen.

Beteiligung am Pilotprojekt Swissnoso "Modul Intervention zur Prävention von postoperativen Wundinfektionen"

Swissnoso erfasst im Auftrag von ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) kontinuierlich die Raten postoperativer Wundinfektionen. Unabhängig vom ANQ-Auftrag der Wundinfektmessung hat Swissnoso nun ein Interventionsmodul bestehend aus 5 Elementen entwickelt, welche spezifisch, gut messbar, realistisch und evidenz-basiert sind. Das Ziel dieses Interventionsmodules ist es die Rate der postoperativen Wundinfektionen schweizweit zu senken.

Als eines von schweizweit etwa 10 Spitälern nimmt das **Spital Einsiedeln** an der rund zweijährigen Pilotphase teil. Bisher gab es jeweils nur nachträgliche Qualitätskontrollen. Im Rahmen des Pilotprojektes geht man nun auch aktiv vor.

Die 3 Elemente der Intervention beinhalten:

- Optimierung der Haarentfernung im Operationsgebiet
- Adäquate Hautdesinfektion des Operationsgebietes
- Optimierung der perioperativen Antibiotikaprophylaxe bestehend aus 3 Elementen:
 1. Wahl des optimalen Zeitfensters der Antibiotikagabe
 2. Standardisierte gewichtsadaptierte Dosierung
 3. Wiederholung der Prophylaxe bei verlängerter Operationsdauer

Finanz und Controlling

In den Jahren 2018/2019 ist die Zertifizierung RekoLe geplant.

Labor

- Elektronische Auftragserfassung und Integration der Materialwirtschaft im ERP
- Anbindung ANRESIS für die Überwachung der nosokomialen Infektion, indem unibe anresis (organisiert durch das BAG) direkt auf unsere Schnittstelle MBIO zugreifen kann. Dies um Mikroorganismen mit deren Resistenzmustern / Multiresistenzen auszuwerten

Lean Management

Unter Lean Management versteht man das Prinzip der schlanken Unternehmensführung. Das Ziel ist die Steigerung der Leistungseffizienz sowie der Kunden- und Mitarbeiterorientierung. Zur Qualitätssicherung und Optimierung der Arbeitsabläufe wird 2017 auf den Bettenstationen des Spitals Einsiedeln das Lean Management eingeführt.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen ▪ Postoperative Wundinfektions-Messung Swisnoso ▪ Nationale Patientenbefragung ▪ Prävalenzmessung Sturz & Dekubitus ▪ SIRIS Implantatregister

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenbefragung

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Spitalinternes Sturzkonzept
<i>Wundliegen</i>
▪ Internes Dekubitus Konzept

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Erkennen der Patientenbedürfnisse

Ziel	Einheitlich standardisierte Weiterentwicklung und Schulungen der Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Hotellerie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	während des ganzen Jahres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Weiterentwicklung
Methodik	Frontalunterricht
Involvierte Berufsgruppen	Room Service
Weiterführende Unterlagen	Richtlinien und Standards

Schulung der korrekten Händehygiene

Ziel	Prävention von nosokomialen Infektionen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Hygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Schulungen erfolgen während des ganzen Jahres an einer Teamsitzung
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Frontalunterricht
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende welche direkten und indirekten Patientenkontakt haben. Inklusive Wäscherei, Küche und Reinigung
Weiterführende Unterlagen	Hygienerichtlinien

Jährliches Audit durch externes Mikrobiologie-Labor

Ziel	Aktueller Hygienestand erfahren, Vermeidung von nosokomialen Infektionen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Hygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	jährlich unangemeldet
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Audit
Involvierte Berufsgruppen	OP, Steri, Anästhesie, Endoskopie, Notfall, Rettungsdienst, Wäscherei, Reinigung, Küche, Restaurant, Pflegeabteilungen
Evaluation Aktivität / Projekt	Je nach Befund der mikrobiologischen Proben müssen Anpassungen getroffen werden um die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten.
Weiterführende Unterlagen	Auditcheckliste und Auditbericht

Personalentwicklung

Ziel	Pro Funktion steht eine mögliche Führungslaufbahn und/oder Fachlaufbahn zur Verfügung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Personaldienst
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2014 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	einheitliche Personalentwicklung und Förderung
Methodik	Erstellung eines Personalentwicklungstools
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen

Erstellung eines Ausbildungskonzeptes

Ziel	Erstellung und Überarbeitung der Ausbildungskonzepte
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	stetige Optimierung der Ausbildungen am Spital Einsiedeln
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2010 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

Bemerkungen

Die CIRS Kommission wertet die Ergebnisse regelmässig aus. Sie definiert Massnahmen und überwacht deren Umsetzung. Mitarbeitende können sich jederzeit via CIRS Tool über den aktuellen Stand der CIRS Fälle informieren. Zudem werden zweimal jährlich Reporte über den Stand der CIRS Meldungen und deren Verbesserungsaktivitäten erstellt.

4.5 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.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2006
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2015
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	2006
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2006
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	2000

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
IVR	Rettungsdienst	2009	2015	Anerkennung der offizielle Rezertifizierung
Supervisionen	Mikrobiologie	2003	2016	Checkliste Qualab EpG
Supervisionen	Routinelabor	2003	2016	Checkliste Qualab
NNPN-Peer Support Einsatzorganisation in psychologischer Nothilfe	Peerorganisation	2011	2011	NNPN (Nationales Netzwerk Psychologischer Nothilfe)
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamtspital	2007	2016	H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit (Audit findet alle 5 Jahre statt)
Swiss Medic Audit	Labor/Blutspende	2000	2016	Juni 2018
Blutspende Zürich	Blutspende	1985	2014	
CLS Plasma Audit	Blutspende	2010	2015	nächstes Audit 2017
Audit Kantonschemiker	Labor Mikrobiologie	2011	2012	Das Audit wird durch den Kantonschemiker angemeldet
Lebensmittelkontrolle	Küche	1987	2016	Amtliche Kontrolle des Laboratorium der Urkantone
Mikrobiologische Untersuchung	Gesamtspital	1980	2016	Findet jährlich unangemeldet statt
Audit Strahlenschutz	Operationsbetrieb	2000	2016	BAG

Bemerkungen

Audit Strahlenschutz BAG

Anhand des Auditberichtes wurden Verbesserungsaktivitäten eingeleitet. Dies betrifft vorallem die Überarbeitung des Strahlenschutzkonzeptes. Zudem wird

eine neue Strahlenschutzschulung mittels e-Learning und Unterstützung einer Fachexpertin erarbeitet.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

Den Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenbefragung

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Dies ermöglicht es dem Spital, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten.

Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagement.

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat September durchgeführt.

alle stationären Abteilungen

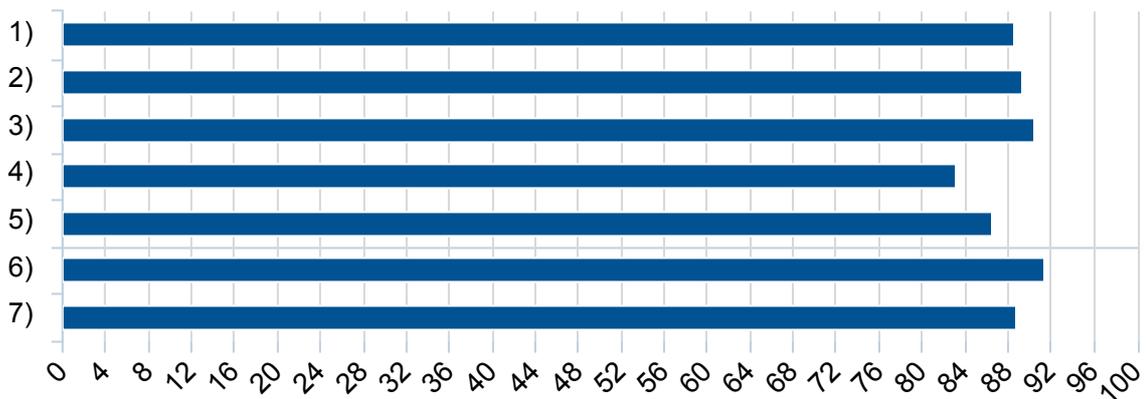
Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserem Spital hatten

(schriftliche Befragung kurz nach dem Austritt). Kinder wurden nicht befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



0 = sehr schlecht / 100 = sehr gut

■ Spital Einsiedeln

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Spital Einsiedeln	88.60	89.30	90.40	83.10	86.50

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Spital Einsiedeln	91.30	88.80	125	45.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das Spital Einsiedeln erhielt bei der Gesamtzufriedenheit eine Bewertung, welche deutlich besser ist als der Mittelwert aller Spitäler im Vergleich. In den Bereichen Pflege, Hotellerie und öffentliche Infrastruktur zählt das Spital Einsiedeln zu den Besten der 46 Spitäler im Vergleich.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Einsiedeln

Feedbackmanagement /
Beschwerdemanagement

Beatrice Weber

Direktionsassistentin

055 418 58 61

feedback@spital-einsiedeln.ch

Montag bis Donnerstag zu Bürozeiten

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 geprüft.

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden ihre Arbeitssituation empfinden. Dies ermöglicht es dem Spital, allfällige Probleme frühzeitig zu erkennen, und wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Mitarbeiterbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements der Spitäler.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Die Befragung wurde in allen Bereichen und Abteilungen durchgeführt.

Für die Erhebung wurden alle Mitarbeitenden schriftlich befragt.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

8 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 Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung

Das Spital Einsiedeln führte 2014 eine Zuweiser- und Belegärztebefragung mit der Firma MECON measure & consult GmbH durch. Dazu wurden Zuweiser und Belegärzte schriftlich zu ihrer Zufriedenheit mit dem Spital befragt. Die Befragung war anonym. Die ausgefüllten Fragebogen wurden direkt an das unabhängige Messinstitut MECON retourniert.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2014 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Die Befragung ging an alle Zuweiser die mindestens 2 Patienten pro Jahr zuweisen.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale 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 wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). 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

Messergebnisse

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.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

2014 und 2015 sind nicht auswertbar. Die Übermittlungsqualität der Daten zu den Verbindungs-codes der BFS-Datensätze waren nicht zuverlässig. Zudem wurden hochkomplexe Untersuchungen, welche nicht am Spital Einsiedeln durchgeführt werden konnten und die Patienten dadurch in ein Zentrumsspital verlegt wurden, als Rehospitalisation gewertet. Dies entspricht nicht den Bestimmungen einer Rehospitalisation.

Weiterführende Informationen erhalten finden Sie unter www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-akutsomatik/

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

In Zusammenarbeit mit einem IT Unternehmen für Datenauswertungen wird eine nachvollziehbare Datenaufbereitung entwickelt.

Angaben zur Messung

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

10 Operationen

10.1 Nationale 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 wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

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. Um auffällige 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

Messergebnisse

Datenanalyse	2012	2013	2014	2015
Spital Einsiedeln				
Beobachtete Rate	0.49%	0.54%	1.65%	0.50%
Erwartete Rate (CI* = 95%)	1.35%	1.19%	2.08%	1.30% (1.13% - 1.46%)
Verhältnis der Raten***				0.38
Ergebnis** (A, B oder C)	A	A	A	A

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

** Wertung der Ergebnisse:

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.

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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.

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 chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Spital Einsiedeln		
Anzahl auswertbare Operationen:	1992	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann 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 Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind 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. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ Hernienoperationen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
Spital Einsiedeln						
Blinddarm-Entfernungen	21	1	-	8.00%	18.20%	5.30% (0.00% - 27.20%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	10	1	-	0.00%	0.00%	5.40% (0.00% - 27.70%)
Hernienoperationen	89	0	1.90%	0.00%	1.10%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	15	5	2.90%	0.00%	19.90%	29.90% (6.80% - 53.10%)
Kaiserschnitt (Sectio)	106	1	0.00%	1.00%	0.00%	0.70% (0.00% - 2.40%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
Spital Einsiedeln						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	109	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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 Qualitätsaktivitäten

Nach interner Analyse und Rücksprache mit dem neuen Chefarzt Chirurgie kommt es zu einem Strategiewechsel im Bereich der Chirurgie. Das Ziel ist es, in den Problemfeldern durch eine enge Zusammenarbeit der Swissnoso- und Hygienebeauftragten mit den Pflegeexperten am Spital Einsiedeln eine deutliche Verbesserung der Messergebnisse zu erreichen.

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 Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
Spital Einsiedeln				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	0	0	0	2
In Prozent	0.00%	0.00%	0.00%	3.40%

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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 Qualitätsaktivitäten

Die Prävalenzrate weist eine geringe Zunahme der Sturzanahl gegenüber den Vorjahren auf. Zur Identifikation sturzgefährdeter Patienten wurde das Sturzkonzzept angepasst. Die interdisziplinäre Fachkommission hat als erste Massnahme eine frühzeitige Durchführung der Sturzanamnese mittels Morse Fall Skala veranlasst.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen 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. 	
Spital Einsiedeln			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	58	Anteil in Prozent (Antwortrate)	93.50%

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Spitalinternes Sturzkonzept

Das Sturzrisiko und die Sturzereignisse werden erfasst, einmal jährlich ausgewertet und entsprechende Massnahmen zur Sturzprävention ergriffen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die Erfassung des Sturzrisikos wird auf allen Pflegestationen durchgeführt.

Alle Patientinnen und Patienten über 65 Jahre welche über 48 Stunden hospitalisiert sind, werden mittels Morse Fall Skala auf ein Sturzrisiko abgeklärt. Jüngere Patientinnen und Patientienten mit einem bekanntem Sturz innerhalb der letzten 3 Monate werden bei Funktionseinbussen oder Funktionseinschränkungen, bei beeinträchtigter Kognition und Erkrankung die zu kurzzeitiger Ohnmacht führt ebenfalls erfasst; ebenso multimorbide Patientinnen und Patienten. Ausgeschlossen werden Schwangere und Patientinnen im Wochenbett.

2016 stürzten 37 Patienten bzw. Patientinnen im Spital. Das Spital Einsiedeln weist einen Wert von 1.99 (im Vergleich zu 1000 Pflgetagen) oder 1.03% auf. Der Benchmark liegt zwischen 2.3-9 Stürzen auf 1000 Pflgetage. Der internationale Vergleich liegt bei 1.5%-3.8%.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das Spital Einsiedeln verfügt über ein Sturzkonzept, das eine Risikoerkennung aufweist, Risikoabklärungen beinhaltet und Massnahmen für Prävention und Intervention aufzeigt. Alle Sturzrisikoeinschätzungen (Morse Braden Skalen) und alle Sturzereignisse werden erfasst und jährlich ausgewertet. Eine Expertengruppe analysiert die Ergebnisse und bewertet die jährlich festgelegten Ziele auf ihre Wirksamkeit. Für 2017 sind geplant: Schulung und Sensibilisierung der Pflegenden und Einführung eines Informationsblattes "Stürze vermeiden".

Verbesserungsaktivitäten

Alle relevanten Qualitätsindikatoren für Sturzereignisse werden eingehalten und umgesetzt. Ein interdisziplinäres Fachgremium wertet jährlich die Sturzereignisse aus und leitet auf evidenzbasierende Erkenntnisse Massnahmen ein.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 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.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Spital Einsiedeln						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	0	1	0	3	5.20%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%

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 Qualitätsaktivitäten

Die Anzahl der nosokomialen Dekubitus liegt seit Jahren unter dem nationalen Ergebnis. Die Präventionsmassnahmen werden jährlich durch die interdisziplinäre Fachkommission evaluiert und aktualisiert.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen 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. 	
Spital Einsiedeln			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	58	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	93.50%

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Internes Dekubitus Konzept

Das Spital Einsiedeln verfügt über ein Dekubituskonzept und eine interdisziplinäre Fachkommission. Die jährliche Auswertung der erfassten Dekubitusrisiken und der neu entstanden Dekubitus werden evaluiert, die festgelegten Ziele analysiert und neue Massnahmen festgelegt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die Messung des Dekubitusrisikos wird auf allen Pflegestationen durchgeführt.

Alle Patienten, Patientinnen über 65 Jahre die stationär aufgenommen werden, werden erfasst.

Jüngere Patientinnen und Patienten werden in die Messung eingeschlossen, wenn diese eine mässige Ernährung, eingeschränkte Mobilität und eine mässig aktive Aktivität aufweisen.

Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten bei Kurzhospitalisation (2-3 Tage), bei Kurzeingriffen, Wochenbett und Schwangerschaft.

2016 ist bei 11 Patienten, Patientinnen ein neuer Dekubitus während des Spitalaufenthaltes entstanden. Die Dekubitusrate liegt somit bei 0.31%. Die nationale Dekubitusrate liegt bei 4.3%. Würde die Dekubituskategorie 1, die am häufigsten Vorkommende nicht berücksichtigt, sinkt die Rate auf 1.8%.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Gefahrenstoffkonzept

Projektart

Bau- und Organisationsentwicklungsprojekt

Projektziel

Ein Gefahrenstoffkonzept ist erarbeitet und umgesetzt. Bauliche Massnahmen sind spezifiziert und umgesetzt.

Projektlauf/Methodik

Kollaboratives Projektmanagement

Involvierte Berufsgruppen

Sicherheitskoordinator

Technischer Dienst

Hotellerie und Infrastruktur

Qualitätsleitung

Externer Fachexperte AEH (Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG)

Projektelevaluation/ Konsequenzen

Das Projekt wird Ende 2017 abgeschlossen sein und im 2018 evaluiert.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Laborinformationssystem

Projektart:

Interes IT Projekt

Projektziel:

Das neue Laborinformationssystem (LIS) löst das vorgängige, auf papiergestütztes Laborprogramm ab. Somit sind die Rückverfolgbarkeit sämtlicher Prozesse vom Auftrag bis zum Befund gewährleistet.

Projektlauf/Methodik:

Projektmethode nach Karl Frey

Involvierte Berufsgruppen:

IT-Mitarbeitende

Ärzte

Externe Softwarefirma

Labor Mitarbeitende

Projektelevaluation/Konsequenzen

Die Projektorganisation verlief für alle Beteiligten zielführend und gewinnbringend. Bei der Evaluation wurde festgestellt, dass der Auftrag nicht über das Klinikinformationssystem sondern direkt über das LIS per Web-Aufruf erfolgen sollte.

Anfragen können direkt an Leiterin Labor, Martha Küchler gestellt werden.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Bewilligung mikrobiologisches Labor

Ausgangslage

Zum Betreiben eines mikrobiologischen Labors benötigt man eine Bewilligung von Swissmedic.

Projektart

Abteilungsinternes Projekt "Labor"

Projektziel

Erhalt der Swissmedic Bewilligung zum Führen eines mikrobiologischen Labors

Involvierte Berufsgruppen

Labor Mitarbeitende

Ärzte

Mikrobiologe FAMH

Projektelevaluation/Konsequenzen

Bewilligung Swissmedic im Dezember 2016, gültig bis Dezember 2021

19 Schlusswort und Ausblick

Wir sind ein modernes Qualitätsspital- dieser Anspruch, dieses Versprechen an unsere Patienten soll sich auch in unserem Qualitätsmanagement widerspiegeln.

Dies bedeutet vor allem, eine intensive Auseinandersetzung mit den verschiedensten Einflussfaktoren. Einer dieser Faktoren ist zum Beispiel die schweizerische Spitaleentwicklung und medizinische Versorgungsqualität. Unser Ziel ist es, uns stets an die Besten der Branche zu messen und nach den neuesten Erkenntnissen zu optimieren.

Weitere Faktoren sind unsere Outcome Ergebnisse und Befragungen. Sie zeigen uns ein gesamtheitliches Bild unserer kontinuierlichen Verbesserungsaktivitäten, welche wir laufend überprüfen und allenfalls anpassen.

Ausblick

In den nächsten Jahren werden wir vorallem mit dem Umbau- bzw. Neubauten beschäftigt sein. Damit die Behandlungsqualität weiterhin hochstehend bleibt, müssen die betroffenen internen Abläufe entsprechend überprüft und auf die neuen Einrichtungen adaptiert werden.

Die Einführungen des Klinikinformationssystem (KIS) sowie das neue Administrativsystem ERP (Enterprise-Resource-Planning) wird uns ebenfalls bis erstes Quartal 2018 beschäftigen.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'

Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
Polysomnographie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Replantationen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/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.

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.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**).