



Qualitätsbericht 2017

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 2017.

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 der Vorlage 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 2017

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swissnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

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. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und 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. Die Publikationen hierzu 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 2017	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	13
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	14
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	14
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	14
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	15
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	16
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	18
4.5 Registerübersicht	19
4.6 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	21
Befragungen	22
5 Patientenzufriedenheit	22
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	22
5.2 Eigene Befragung	24
5.2.1 Patientenbefragung	24
5.3 Beschwerdemanagement	25
6 Angehörigenzufriedenheit	26
Angehörige können via internen FB ihr Feedback abgeben	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	26
7.1 Eigene Befragung	26
7.1.1 Mitarbeiterbefragung	26
8 Zuweiserzufriedenheit	27
8.1 Eigene Befragung	27
8.1.1 Zuweiserbefragung	27
Behandlungsqualität	28
9 Wiedereintritte	28
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	28
10 Operationen	30
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	30
11 Infektionen	31
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	31
12 Stürze	34
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	34
12.2 Eigene Messung	35
12.2.1 Spitalinternes Sturzkonzzept	35
13 Wundliegen	36
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	36
13.2 Eigene Messungen	37
13.2.1 Internes Dekubitus Konzept	37
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	38
Freiheitsbeschränkende Massnahmen werden am Spital Einsiedeln minimalst eingesetzt	

15	Psychische Symptombelastung	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
17		
	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	Patientenaufnahmeprozess	39
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	40
18.2.1	Dekontaminationskonzept	40
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	40
18.3.1	IMCU Anerkennung	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. Ein weiterer Schwerpunkt bildet die Viszeral- und Gefässmedizin. 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 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](#).

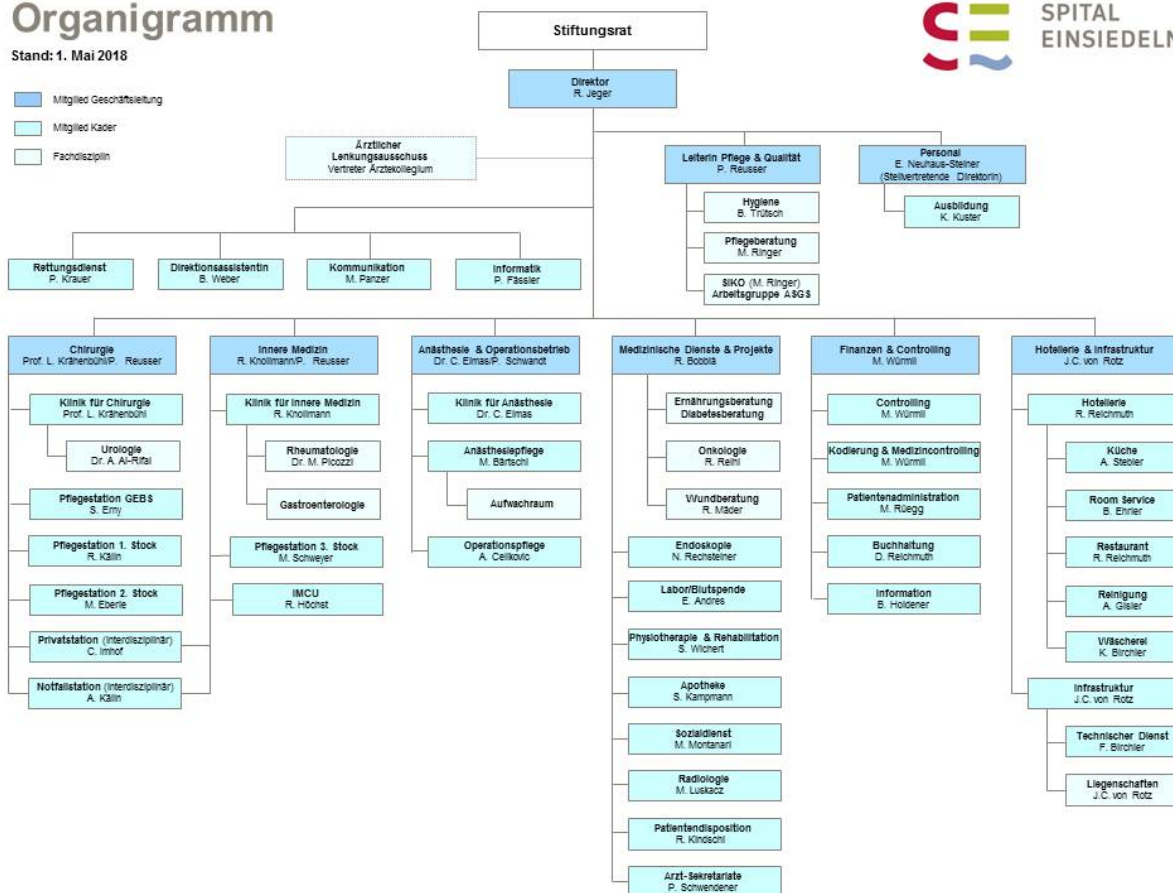
2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm

Stand: 1. Mai 2018

- Mitglied Geschäftsleitung
- Mitglied Kader
- Fachdisziplin



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 Pflege und Qualität
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
Prof. Dr. med. Lukas Krähenbühl	055 418 53 70	lukas.kraehenbuehl@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
Ralph Bobbià	055 418 52 41	ralph.bobbia@spital-einsiedeln.ch	Leiter Med. Dienste und Projekte
Markus Würmli	055 418 58 50	markus.wuermli@spital-einsiedeln.ch	Leiter Finanzen & Controlling

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

Prof. Dr. med. Lukas Krähenbühl

Petra Reusser

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

Martin Ringer

René Knollmann

Monika Bärtschi

Agnes Gisler

Martha Küchler

Petra Reusser

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

Claudia Zehnder

René Knollmann (Ärztlicher Supervisor)

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

Martha Küchler

Elisabeth Dockx

Esther Andres-Schmet

Dr. med. Mario Picozzi

Hämovigilance (Verantwortlicher für das Meldesystem - Transfusionszwischenfälle)

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)

Erika Neuhaus

Martina Kälin

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

Martin Ringer

René Knollmann

Ringer Martin

Petra Reusser

Abteilungsverantwortliche:

Martina Schwyer

Claudia Steegmüller

Eva Christin Wallner

Jasmin Hasler

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

René Knollmann

Martin Ringer

Petra Reusser

Abteilungsverantwortliche:

Stefanie Steiner

Susanna Iten

Luzia Szalai-Stocker

Kristin Gildemeister

SIRIS Implantatregister Hüft- und Knieprothesen

Dr. med. Sommacal

Lihic Nurko

Feedback- und Beschwerdemanagement

Patrick Schwandt

Reto Jeger

Beatrice Weber

Mecon Patientenbefragungen

Petra Reusser

Petra Reusser

Mecon Zuweiserbefragungen

Claudia Zehnder

Reto Jeger

Petra Reusser

Bereich
Mecon Mitarbeiterbefragungen

Komplikationenliste der SGIM

Titel, Vorname, Name
Erika Neuhaus
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 Pflege und Qualität (bis 31.08.2018)
Spital Einsiedeln
055 418 56 79
petra.reusser@spital-einsiedeln.ch

Frau Sandra Frei
Leiterin Qualität (ab 01.09.2018)
Spital Einsiedeln
055 418 56 79
sandra.frei@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 2017

Einführung der EDV-Projekte "Klinikinformationssystem, ERP-System"

Ein erster Teil (Patientenaufnahme, Pflegeprozess, OP-Dokumentation) des medizinischen Klinikinformationssystems konnte per 1. Januar 2018 eingeführt werden. Eine Volleinführung ist uns beim administrative Enterprise-Resource-Planning-Systems (ERP) gelungen. Alle Mitarbeitenden wurden 2017 entsprechend geschult.

Abgeschlossene Bautätigkeiten

Empfangstrakt

Bereits im Mai 2017 konnten wir den neuen, hellen und freundlichen Empfangstrakt in Betrieb nehmen, der das Gesundheitszentrum mit dem Spitalgebäude verbindet.

Neue Operationssäle und Geburtenabteilung

Mit dem neuen Operationstrakt samt Sterilisationsabteilung und diversen Nebenräumen verfügt das Spital Einsiedeln per 1. Mai 2017 nun über drei zusätzliche vollwertige Operationssäle. Einen Monat nach der Inbetriebnahme des Operationstrakts wurden auch die neue Geburtenabteilung und die Frauenstation eröffnet.

Neue Notfallstation

Neue Anfang Dezember 2017 wurde die neue Notfallstation in Betrieb genommen. Sie ist mit fünf Einzelkojen, einem voll ausgestatteten Schockraum sowie einem Gips- und einem Kleingebäude für verschiedenste Notfälle bestens ausgerüstet.

Weitere Neubau- bzw. Umbauabschlüsse 2017

- Erweiterungsbau des Restaurant
- Neubau der Küche
- Neubau der Wäscherei

Die aufwendigen Bauplanungen sowie deren Umsetzungen orientierten sich nach einem optimalen Patientenprozess sowie den geltenden hygienischen Richtlinien und konnte erfolgreich umgesetzt werden.

Labor

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).

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Hotellerie & Infrastruktur:

- Das Parkhausmanagement inkl. eines Signaletikkonzept/Patientenlenkung konnte 2017 für das Gesamtspital erfolgreich umgesetzt werden.
- Laufende Überarbeitung und Aktualisierung von bestehenden und neuen Arbeitsprozessen

Gefahrenstoffkonzept

2017 konnten wir das Projekt für die Gefahrenstofflagerung starten. Das Konzept beinhaltet eine korrekte Lagerung sowie den Umgang mit Gefahrenstoffen. Dafür mussten die notwendigen baulichen, technischen und organisatorischen Massnahmen gemäss dem Stand der Technik getroffen und umgesetzt werden.

Hygiene

- Die Mitarbeitenden vom Spital Einsiedeln kennen die korrekte Händedesinfektion
- Impfkation „Saisonale Grippeimpfung“
- Fertigstellung der Verbesserungsaktivitäten bezüglich externes Audit durch das Mikrobiologie Labor Anderhub
- Schulungen der hygienischen Standardmassnahmen zum Schutz der Patienten sowie des Personals
- Implementierung und Schulung für eine frühzeitige Erfassung von MRSA Patienten

Chirurgie

Die Chirurgie nimmt seit dem 1.7.2017 am AQC Register teil. Die AQC ist ein Zusammenschluss von Chef- und Belegärzten in der Chirurgie mit dem Zweck, gemeinsame Statistiken über Fälle und Eingriffe zu erstellen. Durch die Vergleiche können wir die interne Qualitätssicherung gewährleisten und Verbesserungsaktivitäten bei Bedarf vornehmen.

OP- Bereich

- Personalentwicklung im TOA-Bereich
- Erweiterung der präoperativen Anästhesiesprechstunde
- Evaluierung und Anschaffung von neuem Sterilgutmaterial im Operationsbereich

Pflege

Die Abläufe "Medikamenten richten und verteilen" wurden mit den Stationsleitungen unter Führung der Pflegeleitung evaluiert, überarbeitet und neu organisiert. Die Richtlinien überarbeitet und geschult.

Zudem wurden einige Behandlungsschemen überarbeitete und nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aktualisiert und geschult.

Personal

- Überarbeitung der Personalprozesse

Medizinische Dienste

- Vergrösserung des MVM-Lagers um einen Palettenraum. Dies erhöht die Versorgungssicherheit sowie die Lagerkapazität und die Mitarbeitende können rückschonender arbeiten.

Physiotherapie

- Konzeptionierung und Fertigstellung des neuen Gehgartens im Aussenbereich

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weitere Einführungen der Teilkonzepte des Klinikinformationssystem

2018 werden die weiteren Teilkonzepte der Funktionsarbeitsplätze, wie beispielsweise die der Ernährungsberatung, Physiotherapie usw. sowie die ärztlichen Verordnungen eingeführt. Die Einführung der ärztlichen Patientenakte wird voraussichtlich im Frühjahr 2019 erfolgen.

Erweiterungs- und Umbauprojekt «SPITAL 2020»: Bauarbeiten stehen vor der Endphase

Die kommende, letzte Phase der Gesamterneuerung umfasst die Neugestaltung und Vergrößerung der IMC (Intermediate-Care-Station) sowie die Neugestaltung der Diagnostikabteilung für die Innere Medizin mit dem Kernstück Endoskopie. Diese Arbeiten werden voraussichtlich im Herbst 2018 abgeschlossen sein.

Finanz und Controlling

In den Jahren 2019 ist die Zertifizierung RekoLe geplant.

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 möchten wir in den kommenden Jahren auf den Bettenstationen des Spitals Einsiedeln das Lean Management einführen.

IMC Anerkennung nach der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin

Das eingereichte Dossier wurde durch die Kommission der Anerkennung von IMC Units, im Frühjahr 2018 geprüft und die Aufnahme zum Anerkennungsprozess bestätigt. Die Visitation der Delegation auf unserer IMC sollte im Herbst 2018 erfolgen.

Reorganisation des Patientenaufnahmeprozesses

Ziel ist es, den Aufnahmeprozess der ambulanten sowie stationären Patienten anhand des Leanmanagement einheitlicher sowie effizienter zu steuern. Dabei wird das interne Projektteam durch einen externen Leanmanagement Experten unterstützt. Die erfolgreiche Einführung sollte Mitte 2019 abgeschlossen sein.

Labor

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.

Operationsbetrieb

In Zusammenarbeit mit unserer Ausbildungsverantwortlichen und den Bereichsleiter des OP-Betriebes, wird ab 2019 die Ausbildung zum dipl. Fachfrau/-mann Operationstechnik HF am Spital Einsiedeln angeboten.

Personal

2018 - 2019 werden alle Stellenbeschreibungen überarbeitet und aktualisiert.

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>
▪ 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:
▪ 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 Sturzkonzzept
<i>Wundliegen</i>
▪ Internes Dekubitus Konzept

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Gefahrenstoffkonzept

Ziel	Das Spital verfügt über ein Gefahrenstoffkonzept, indem die Lagerung und der Umgang mit gefährlichen Stoffen beschrieben ist
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Herbst 2016 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Massnahme aus der Gefahrenermittlung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz 2016
Methodik	nach dem Prinzip des PMBOK
Involvierte Berufsgruppen	Technischer Dienst, Labor, OP-Personal, Pflege, Apotheke, Ärzte, Reinigungspersonal,
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt wurde durch einen externen Fachexperten, AEH betreut und evaluiert.
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
Begründung	Prävention von nosokomialen Infektionen
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
Begründung	Hygienekontrolle Gesamtsptial
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

Strahlenschutzkonzept

Ziel	Sicherstellung der Einhaltung der Strahlenschutzvorschriften unter Berücksichtigung der Gesunderhaltung von Patienten und Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie, OP-Betrieb, Notfall, IMC
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	neue Strahlenschutzverordnung, welche 2018 umgesetzt werden musste
Methodik	nach dem Prinzip des PMBOK
Involvierte Berufsgruppen	Personal der Radiologie, des Notfalls, der IMC und des Operationsbetriebs inkl. der Ärzteschaft
Evaluation Aktivität / Projekt	Überprüfung der Dokumente und Abläufe erfolgte durch das Bundesamt für Gesundheit
Weiterführende Unterlagen	Organigramm Strahlenschutz, Konzepte, Richtlinien, Pflichtenhefte sowie Raumpläne

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, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. 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 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 Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	2000
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	2017

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	2017	Checkliste Qualab EpG
Supervisionen	Routinelabor	2003	2017	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	2017	
Audit Kantonschemiker	Labor Mikrobiologie	2011	2012	Das Audit wird durch den Kantonschemiker angemeldet
Lebensmittel-kontrolle	Küche	1987	2016	Amtliche Kontrolle des Laboratorium der Urkantone
Mikrobiologische Untersuchung	Gesamtspital	1980	2017	Findet jährlich unangemeldet statt
Audit Strahlenschutz	Operationsbetrieb	2000	2016	BAG

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 aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Spital Einsiedeln	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.35 (4.22 - 4.48)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.63 (4.50 - 4.77)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.67 (4.54 - 4.79)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.45 (4.28 - 4.61)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.17 (4.01 - 4.33)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	95.20 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung			
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Spital Einsiedeln			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	279		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	125	Rücklauf in Prozent	45 %

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

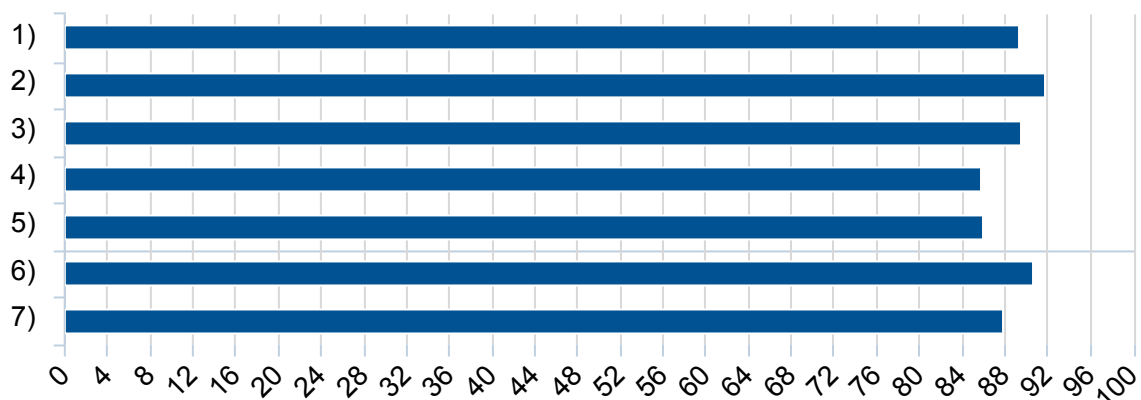
Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserem Spital hatten

(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	89.40	91.80	89.60	85.70	86.00

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Spital Einsiedeln	90.60	87.90	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.

Bei den Bereichen Ärzte, Pflegepersonal, Organisation, Hotellerie und öffentliche Infrastruktur zählt das Spital Einsiedeln zu den Besten der 52 Spitäler im Vergleich.

Angaben zur Messung

Nationales 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	
Nationales 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	
Nationales 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 und 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

Datenanalyse		2016**
Spital Einsiedeln		
Beobachtete Rate	Intern:	2.10%
	Extern:	0.69%
Erwartete Rate		3.03%
Verhältnis der Raten***		0.92

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** 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 potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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 Daten von 2013 bis 2015 sind nicht auswertbar. Die Übermittlungsqualität der Daten zu den Verbindungscodes 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/

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

Angaben zur Messung	
Nationales 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.
Spital Einsiedeln		
Anzahl auswertbare Austritte:	2620	

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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

Der Algorithmus des Erfassungssystems weist Mängel auf, weshalb die Messergebnisse nicht auswertbar und somit nicht publizierbar sind.

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

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

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, Wirbelsäulenchirurgie 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 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Spital Einsiedeln						
Blinddarm-Entfernungen	45	3	8.00%	18.20%	5.30%	5.50% (0.00% - 12.20%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	7	0	0.00%	0.00%	5.40%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Hernienoperationen	137	0	0.00%	1.10%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	17	1	0.00%	19.90%	29.90%	4.50% (0.00% - 14.30%)
Kaiserschnitt (Sectio)	90	0	1.00%	0.00%	0.70%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	117	1	0.00%	0.00%	0.00%	0.80% (0.00% - 2.40%)

* 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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

Durch das Swissnoso-Pilotprojekt Surgical Surveillance Intervention (SSI) Chirurgie konnten wir mit den getroffenen Massnahmen eine Reduktion der postoperativen Wundinfektionen im Bereich der Chirurgie erzielen. Damit wir diese Qualitätsverbesserungen weiter vorantreiben können, wird das Pilotprojekt ab 1. Oktober 2018 als regulärer Standardprozess am Spital Einsiedeln weitergeführt.

Angaben zur Messung

Nationales 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

	2014	2015	2016	2017
Spital Einsiedeln				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	0	2	0
In Prozent	0.00%	0.00%	3.40%	0.00%

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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ 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	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Spital Einsiedeln			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	52	Anteil in Prozent (Antwortrate)	88.10%

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Spitalinternes Sturzkonzept

Die Sturzrisiken sowie die Sturzereignisse werden kontinuierlich erfasst und ausgewertet. Eine Fachkommission leitet aus den Auswertungen entsprechende Massnahmen zur Sturzprävention ab und führt weitere Verbesserungsaktivitäten sowie Schulungen durch.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die Erfassung des Sturzrisikos wird auf allen Pflegestationen durchgeführt.

Alle Patientinnen und Patienten über 65 Jahre werden innerhalb der ersten 12 bis maximal 24 Stunden nach Spitaleintritt mittels Morse Fall Skala auf ein Sturzrisiko abgeklärt. Jüngere Patientinnen und Patienten 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.

2017 stürzten 27 Patienten bzw. Patientinnen im Spital. Das Spital Einsiedeln weist einen Wert von 1.46 (im Vergleich zu 1000 Pflgetagen) oder 0.73% 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.

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	
---	--

Bemerkungen

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. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. 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

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Spital Einsiedeln						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	0	0	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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Spital Einsiedeln			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	52	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	88.10%

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 2017 durchgeführt.

Die Messung des Dekubitusrisikos wird auf allen Pflegestationen durchgeführt.

Alle Patienten, Patientinnen über 65 Jahre die stationär aufgenommen werden, werden innerhalb der ersten 12 bis maximal 24 Stunden nach Spitaleintritt 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.

2017 ist bei 21 Patienten, Patientinnen ein neuer Dekubitus während des Spitalaufenthaltes entstanden. Die Inzidenzrate Dekubitus liegt somit bei 0.57%. Die nationale Prävalenzrate Dekubitus 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 Patientenaufnahmeprozess

Ausgangslage

Die Patientenaufnahme wird aktuell hauptsächlich durch die Patientendisposition in ihren Anwesenheitszeiten Montag bis Freitag 06.30 – 18.00 Uhr abgewickelt. Die Information übernimmt während 18.00 – 20.30 Uhr und Wochenende sowie Feiertage die Patientenaufnahme der Gebärabteilung. Die anderen Zeiten übernimmt das Notfallpersonal teilweise die Eintrittsformalitäten. Ambulante Eintrittsmodalitäten werden durch das Arztsekretariat (Chir. und IME) abgewickelt.

Ziele/Mussziele

- Einheitlich - effizienter Patientenaufnahmeprozess stationärer und ambulanter Patienten

Teilziele:

- Funktionsdiagramme über alle beteiligten Abtl. erstellen
- Prozessdefinition einer effizienten Patientenaufnahme
- Personelle- Raum sowie Infrastruktur -Ressourcenplanung

Projektorganisation

Projektleiter, Bereichsleiter med. Dienste

Informations-, Patientendispositions-, sowie Notfallleitungen

Arztsekretariat

Externe Fachperson - Lean-Manager

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Dekontaminationskonzept

Projektart

Internes Projekt

Projektziel

Ein Dekontaminationskonzept unter Einbezug der regionalen Feuerwehr, der Polizei und dem Bezirksführungsstab liegt vor. Die dazu benötigten Materialien und Versorgungseinrichtungen sind vorhanden und sicher gelagert. Schulungen der betroffenen MA des Spital Einsiedelns und der externen Organisationen ist erfolgt. Ein Audit wurde umgesetzt und die aus dem Audit resultierenden Massnahmen werden umgesetzt.

Projektablauf/Methodik

Projektstukturplan

Intern involvierte Berufsgruppen

Ärzte, Pflege, Rettungsdienst, Technischer Dienst, Reinigung, Qualität

Extern involvierte Berufsgruppen

Feuerwehr, Polizei, Bezirksführungsstab, KSD

Projektelevaluation

Dank der hervorragenden Vorbereitung durch das gesamte Projektteam, konnten wir das Projekt sowie die Schulungen erfolgreich abschliessen. Die Deko- Stelle wurde in die neuerstellte Notfallaufnahme integriert. Das Spital Einsiedeln ist nun für die Aufnahme 1-5 Patienten Akut-Spital sehr gut vorbereitet und durch das KSD (Koordinierter Sanitätsdienst der Schweizer Armee) geschult.

Durch die vorgängige Dokumentensichtung und die darauffolgende Visitation durch den Kantonsarzt, wurde uns eine erfolgreiche Umsetzung des Projektes bestätigt.

Weiterführende Unterlagen

Konzept Dekontamination Spital Einsiedeln

<https://www.vtg.admin.ch/de/organisation/astab/san/ksd/mehr-zum-ksd/ueber-den-ksd.html>

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 IMCU Anerkennung

Das Spital Einsiedeln betreibt seit 2015 erfolgreich eine Intermediate-Care-Unit (IMCU) mit 3 Betten, welche einer interdisziplinären Abteilung angegliedert ist. Die entsprechenden Betriebskonzepte waren von Anfang an auf den Betrieb der vorgesehenen IMCU mit 6 Betten (Neubau) nach den Schweizerischen Richtlinien der SGI ausgerichtet.

Diese neue IMCU befindet sich nun in der Bauabschlussphase.

Der Anerkennungsantrag wurde bereits im Februar 2018 bei der Anerkennungsstelle SGI eingereicht. Das eingereichte Dossier wurde durch die Kommission Anerkennung von IMC, KAIMC-Office geprüft und der Anerkennungsprozess bestätigt. Die Visitation Vorort erfolgt noch im 2018.

<https://www.swiss-imc.ch/de/anerkennung.html>

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 Spitalentwicklung 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

Nach den erfolgreichen Beendigungen der Um- bzw. Neubauten sowie den Einführungen der verschiedenen EDV-Projekte, werden wir vor allem mit der Konsolidierung der internen Abläufe beschäftigt sein. Damit die Behandlungsqualität weiterhin hochstehend bleibt, müssen die entsprechenden internen Prozesse überprüft und bei Bedarf optimiert werden.

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
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. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neonatalogie (ab 32. Woche und $\geq 1250\text{g}$)
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**).