

Qualitätsbericht 2009

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2009



Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland
Spitäler Altstätten, Grabs, Walenstadt
Alte Landstr. 106
9445 Rebstein

In Anlehnung an die Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Einleitung	4
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick	5
3.1	Kontaktangaben.....	5
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	5
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital	6
4	Kennzahlen	8
4.1	Versorgungsstufe	8
4.2	Personalressourcen.....	8
4.3	Fallzahlen	8
4.4	Weitere Leistungskennzahlen.....	9
4.5	Top Ten-Diagnosen stationär	9
4.6	Top Ten- Eingriffe	10
4.7	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	10
4.8	Mortalitätszahlen	11
4.8.1	<i>Mortalitätszahlen</i>	<i>11</i>
4.8.2	<i>Mortalitätszahlen BAG / Helios</i>	<i>11</i>
4.8.3	<i>Umgang mit Todesfällen im Spital.....</i>	<i>11</i>
5	Zufriedenheitsmessungen	12
5.1	Patientenzufriedenheit Spital Altstätten (PEQ Kurzfragebogen).....	12
5.1.1	<i>Gesamtzufriedenheitsmessung</i>	<i>12</i>
5.1.2	<i>Detaillierter Ausweis</i>	<i>12</i>
5.2	Patientenzufriedenheit Spital Grabs (PEQ Kurzfragebogen)	12
5.2.1	<i>Gesamtzufriedenheitsmessung</i>	<i>12</i>
5.2.2	<i>Detaillierter Ausweis</i>	<i>13</i>
5.3	Patientenzufriedenheit Walenstadt (PEQ Kurzfragebogen).....	13
5.3.1	<i>Gesamtzufriedenheitsmessung</i>	<i>13</i>
5.3.2	<i>Detaillierter Ausweis</i>	<i>13</i>
5.4	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	14
5.5	Mitarbeiterzufriedenheit	16
6	Qualitätsindikatoren	18
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	18
6.1.1	<i>Rehospitalisationsrate innert 10 Tagen.....</i>	<i>18</i>
6.1.2	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen</i>	<i>18</i>
6.2	Infektionen.....	18
6.2.1	<i>Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ</i>	<i>18</i>
6.2.2	<i>Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen</i>	<i>18</i>
6.2.3	<i>Präventionsmassnahmen</i>	<i>19</i>
6.3	Komplikationen.....	19
6.3.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	<i>19</i>
6.4	Pflegeindikator „Stürze“	20
6.4.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	<i>20</i>
6.4.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	<i>20</i>
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen).....	21
6.5.1	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen</i>	<i>21</i>
6.5.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	<i>21</i>
7	Qualitätsaktivitäten.....	22
7.1	Zertifizierungen	22
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	23
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	24

8	Schlusswort und Ausblick.....	25
9	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	26
10	Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge.....	28
10.1	Qualitätsmanagementstrategie.....	28
10.2	Q-Schwerpunkte 2009/2010.....	30

2 Einleitung

Dieses Kapitel steht dem Spital für individuelle Bemerkungen zur Verfügung (bspw. Angaben zur Grösse, Leistungsumfang, Organisation etc.). Bitte maximal diese Seite verwenden.

Die drei Spitäler Altstätten, Grabs und Walenstadt wurden im Jahr 2003 zur Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland (SR RWS) zusammengeschlossen. Seither wurde im Interesse der Patienten¹ und der Mitarbeiter ein umfassendes Qualitätsmanagement aufgebaut und fortlaufend weiter entwickelt. In der Zwischenzeit ist das Qualitätsmanagement in der SR RWS etabliert und hilft, den Leistungsauftrag in der geforderten Qualität umzusetzen und weiter zu entwickeln. Der gegenwärtige Schwerpunkt liegt auf der Koordination, der Zusammenführung und der Weiterentwicklung der spitalbezogenen intensiven Anstrengungen im Qualitätsmanagement. Unsere Bereitschaft zur transparenten Offenlegung unserer Leistungs- und Angebotsdaten äussert sich in der Publikation dieses Qualitätsberichtes.

¹ Zur besseren Lesbarkeit dieses Berichtes wird auf die Bezeichnung beider Geschlechtsformen verzichtet. Mehrheitlich wird die männliche Form verwendet, wobei sämtliche Angaben auch für das weibliche Geschlecht gelten.

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Verantwortliche für Q-Bericht

Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Zuständigkeit
Thomas Riegger Stv. CEO ad interim	071 775 81 08	thomas.riegger@srrws.ch	Qualitätsverantwortlicher der Geschäftsleitung
Mirco SCHWEITZER, MSc Leiter QM SR RWS	071 775 81 55	mirco.schweitzer@srrws.ch	Leiter Qualitätsmanagement
Dr. med. Andreas IRION Ärztl. Mitarbeiter der Geschäftsleitung SR RWS	071 775 81 56	andreas.irion@srrws.ch	Datenverantwortlicher

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Zuständigkeit	Anstellungs-% für Q-Bereich
Mirco SCHWEITZER, MSc Leiter QM SR RWS	071 - 775 81 55	mirco.schweitzer@srrws.ch	Leiter Qualitätsmanagement SR RWS Leiter der Qualitätskommission und Projektleiter Zertifizierung sanaCERT	80%
Thomas Riegger Leiter Pflege & MTT Stv. CEO ad interim	071 - 775 81 08	thomas.riegger@srrws.ch	Qualitätsverantwortlicher der Geschäftsleitung	
Barbara FROMMELT (Leiterin MTT)	071 - 775 81 52	barbara.frommelt@srrws.ch	Qualitätskommission beratendes Organ (5 Mitglieder)	
Dr. Herwig HEINZL (freier Mitarbeiter QK)		herwig.heinzl@srrws.ch		
Dr. Andreas IRION (ärztl. Mitarbeiter GL)	071 - 775 81 56	andreas.irion@srrws.ch		
Roland Rubin (Leiter B & O)	071 - 775 81 04	roland.rubin@srrws.ch		
Fachbezogene Spezialisten, z.B. Leiter Departement Anästhesie für sanaCERT Standard Nr. 5: Schmerzbehandlung			sanaCERT Standard-Verantwortliche Projektleitungen im Zertifizierungsverfahren sanaCERT auf Ebene Region	
Repräsentative Vertretung von Berufsgruppen / Funktionen pro Thema			Qualitätszirkel Arbeitsgruppen der einzelnen Spitäler, bezogen auf Zertifizierungsverfahren sanaCERT	

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Datenquelle: z. Bsp. Jahresbericht. Angaben zu Organisation, Abläufen, Hinweis auf Steuerungsgruppen, Q-Zirkel, Q-Kommissionen etc.

Das Qualitätsmanagement nimmt eine herausragende Stellung in der Führungs- und Organisationsstruktur der SR RWS ein. Der Leiter Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle direkt dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung unterstellt. Die beratende Qualitätskommission besteht aus Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern der Geschäftsleitung. Damit ist eine Verankerung des Qualitätsmanagements auf oberster Führungsebene der Spitalregion sichergestellt.

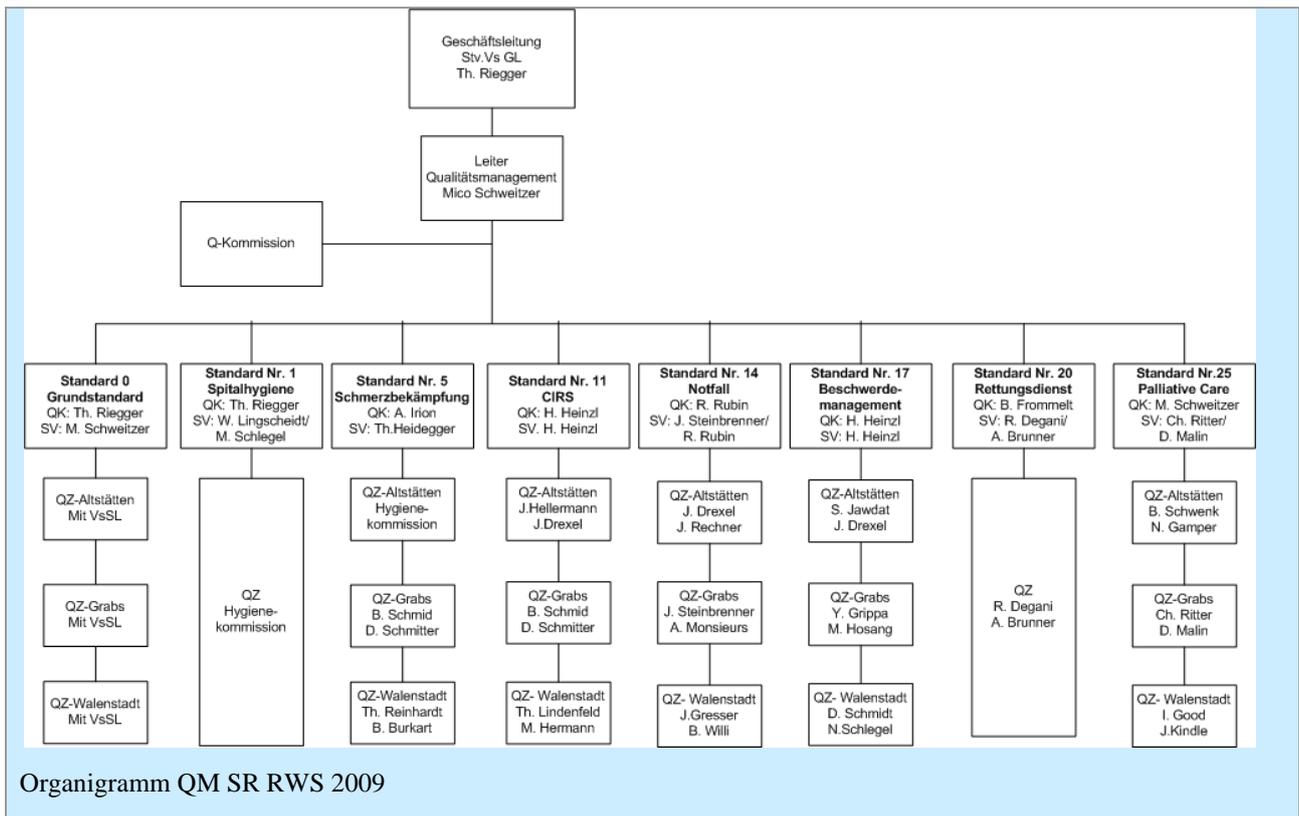
Nach Vorgaben des Gesundheitsdepartements des Kantons St. Gallen sollen sich alle Akutspitäler des Kantons einheitlich nach den Qualitätsstandards der sanaCERT Suisse ausrichten. Dazu sind durch Beschluss des Verwaltungsrates vier Pflichtstandards vorgegeben (Grundstandard *Qualitätsmanagement*, Standard *Hygiene*, Standard *Schmerzbehandlung* und Standard *Umgang mit kritischen Zwischenfällen*).

Die Spitalregion RWS definiert die weiteren vier für eine Zertifizierung notwendigen Standards einheitlich für alle Spitäler (Standard *Beschwerdemanagement*, Standard *Nofall*, Standard *Rettungsdienst*, Standard *Palliativbetreuung*).

Auf Ebene der Spitalregion werden die einzelnen Standards jeweils durch einen Standardverantwortlichen geleitet (unterstützt durch ein Mitglied der Qualitätskommission), der fachlich übergreifende Kompetenz in dem Themengebiet ausweist. Auf Spitalebene sind Qualitätszirkel eingesetzt, die unter der Leitung der Standardverantwortlichen ihrerseits die organisatorischen und dem Leistungsauftrag entsprechenden Spitalstrukturen abbilden und in ihrem Spital für die Umsetzung verantwortlich sind.

Mit dieser Organisationsform des Qualitätsmanagements ist eine kontinuierliche und sich immer weiter spezialisierende Durchdringung des Qualitätsgedankens bis auf die Ebene der direkten und indirekten Patientenbetreuung umgesetzt. Es ist ein Anliegen der Verantwortlichen für das Qualitätsmanagement, auch die Rückspiegelung des Qualitätsmanagements aus Patientensicht (Standard *Umgang mit Beschwerden und Wünschen*) zu beachten und in die Qualitätsarbeit einfließen zu lassen.

Es besteht ein Organigramm der Q-Organisationsstruktur sowie ein „Projektauftrag Qualitätsmanagement“ seitens der Geschäftsleitung.



4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BFS	Grundversorgung
---	-----------------

4.2 Personalressourcen

Datenquelle	
<input type="checkbox"/> Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/> Eigene Erhebung

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen
Ärzte	139.6	Anteil Gesamtpersonal: 14.7
Pflege	389.1	Anteil Gesamtpersonal: 40.9
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	204.8	Anteil Gesamtpersonal: 21.6
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie, zentrale Dienste	199	Anteil Gesamtpersonal: 20.9
Personal technische Dienste	17.8	Anteil Gesamtpersonal: 1.9
Kommentar zu den Personalressourcen		
Insgesamt sind 950 Personen (inkl. Auszubildende) mit Vollzeitäquivalenten in der SR RWS beschäftigt.		

4.3 Fallzahlen

Datenquelle	
<input type="checkbox"/> Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/> Eigene Erhebung

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle	Anzahl ambulante Fälle	Bemerkungen
SR RWS	14 489		Die stationären Fallzahlen verstehen sich exklusive Säuglinge und IPS-Patienten
Spital Altstätten			
Innere Medizin	1116		
Geriatrie	238		
Chirurgie/Orthopädie	1420		
Spital Grabs			
Innere Medizin	2300		
Chirurgie/Orthopädie	3300		
Gynäkologie/Geburtshilfe	1244		
Spital Walenstadt			
Innere Medizin	1889		
Chirurgie/Orthopädie	2423		
Gynäkologie/Geburtshilfe	484		
	75		Intensivpflegestation – 1'208 Pflgetage

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen
Pflegetage	96178	Total ohne Säuglinge
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.6 (inkl. IPS und Säuglinge)	Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer gegenüber 2006 um 0.5 Tage
Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen		
Es lässt sich weiterhin ein Rückgang der Aufenthaltsdauern in allen Fachbereichen verzeichnen.		

4.5 Top Ten-Diagnosen stationär

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Anzahl Diagnosen nach ICD. (4 Stellen, X00.0)

Rang	Werte	Beschreibung: ICD ausgeschrieben
1	2'791	I 10.0/9 Essentielle Hypertonie
2	1'035	E 11.9 Diabetes Mellitus Typ II
3	910	Z 38.0 Geburt (eines Einlings)
4	878	N 18/19 Niereninsuffizienz
5	766	I 25.1 Atherosklerotische Herzerkrankung
6	687	D 64.8/9 Anämie
7	573	N 39.0 Harnwegsinfektion
8	442	I 48.19 Herzrhythmusstörung (Vorhofflimmern)
9	435	I 11.9 Hypertensive Herzkrankheit ohne Herzinsuffizienz
10	336	E 78.5 Hyperlipidämie
Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär		
Die aufgeführten Diagnosen umfassen sowohl Hauptdiagnosen, die zur eigentlichen Behandlung geführt haben, als auch wichtige Nebendiagnosen, die neben anderen behandlungsbedürftigen Krankheiten bestanden haben.		

4.6 Top Ten- Eingriffe

Datenquelle		
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/> Eigene Erhebung

Anzahl Eingriffe nach CHOP, (4 Stellen, 00.00)

Rang	Werte	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1	631	80.26 Arthroskopie des Kniegelenkes
2	582	81.51/00.74 Hüftgelenksprothesen
3	575	80.6 Meniskusentfernung am Kniegelenk
4	229	54.21 Laparaskopie (auch in Kombination mit anderen Eingriffen)
5	224	39.50 Angioplastie/Atherektomie m. Ballondilatation
6	217	38.59 Varizenoperation
7	216	74.1 Kaiserschnitt
8	215	80.86 Eingriff am Kniegelenk
9	214	21.88 Nasenseptumplastik
10	205	44.13 Magenspiegelung

Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen

Neben den operativen Eingriffen (ohne natürliche Geburten) sind auch Endoskopien (Magenspiegelungen) und interventionelle angiologische Eingriffe (Ballondilatationen bei Blutgefässverengungen) angegeben.

4.7 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Datenquelle		
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/> Eigene Erhebung

Case-Mix-Index der Region und der Spitäler	SR RWS: 0.764 Spital Altstätten: 0.785 Spital Grabs: 0.741 Spital Walenstadt: 0.786
Notfallstation	<input checked="" type="checkbox"/> mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste <input type="checkbox"/> ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	7'947	
Notfälle ambulant	11'432	
Fälle Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	75	Nur Entlassungen von der Intensivstation, keine vorübergehende Aufenthalte auf der Intensivstation.
Verlegungen in ein anderes Spital	696	
Austritte nach Hause	12'723	
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	995	

Kommentar zu den Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Die Kennzahlen entsprechen dem schweizerischen Durchschnitt (vergleichbar grosse Spitäler mit vergleichbaren Leistungsaufträgen).

4.8 Mortalitätszahlen

Die Publikation der Mortalitätszahlen BAG / Helios wird durch das Bundesamt für Gesundheit vorgenommen. Datenquelle ist die medizinische Statistik vom Bundesamt für Statistik (BfS). Ausgewertet wird nach der für die Schweizer Verhältnisse angepasste Helios-Methode (deutsch, private Klinikgruppe).

4.8.1 Mortalitätszahlen

Datenquelle	
<input checked="" type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

4.8.2 Mortalitätszahlen BAG / Helios

Kommentar zu den Mortalitätszahlen BAG / Helios
Die Mortalitätszahlen der SR RWS liegen im schweizerischen Durchschnitt. Sie sind aber zum Teil durch die niedrigen Fallzahlen verfälscht und nicht aussagekräftig. Daher wird auf eine detaillierte Publikation in diesem Zusammenhang verzichtet.

4.8.3 Umgang mit Todesfällen im Spital

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital besitzt kein Todesfallmanagement
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital besitzt ein Todesfallmanagement:
	Beschreibung der Todesfallmanagements / Umgang mit Todesfällen im Spital
	Todesfälle werden in den klinischen Fachbereichen interdisziplinär besprochen. Im Qualitätsstandard „Palliative Care“ ist das Todesfallmanagement ausführlich beschrieben.

5 Zufriedenheitsmessungen

In den folgenden Kapiteln und Unterkapiteln werden zwei Begriffe verwendet:

- „intern“ bedeutet, dass ein Messinstrument **betriebsintern aufgebaut und eingesetzt** wurde
- „validiert“ bedeutet, dass eine **betriebsübergreifende Fachinstanz** ein Messinstrument entwickelt und wissenschaftlich validiert und getestet hat.

5.1 Patientenzufriedenheit Spital Altstätten (PEQ Kurzfragebogen)

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	PEQ Kurzfragebogen	Schriftliche Befragung mit standardisiertem Fragebogen	Juli - Okt. 2009	-	673 Fragebogen versandt

5.1.1 Gesamtzufriedenheitsmessung

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Würden Sie dieses Spital Ihrem besten Freund, Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?	6 = voll und ganz	70.6%
	5	18.0%
<i>Antwortmöglichkeiten von 1 (= überhaupt nicht) bis 6 (= voll und ganz)</i>	4	4.1%
	3	4.1%
	2	1.5%
	1 = überhaupt nicht	1.5%

5.1.2 Detaillierter Ausweis

Resultate				
Bereiche	Ganzes Spital [Mittelwert]	Fachbereiche Medizin [Mittelwert]	Fachbereiche Chirurgie [Mittelwert]	Bemerkungen
Bereich Ärzte	5.50 Punkte	5.39 Punkte	5.55 Punkte	
Bereich Pflege	5.40 Punkte	5.29 Punkte	5.44 Punkte	
Bereich Organisation & System	5.41 Punkte	5.41 Punkte	5.41 Punkte	

5.2 Patientenzufriedenheit Spital Grabs (PEQ Kurzfragebogen)

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	PEQ Kurzfragebogen	Schriftliche Befragung mit standardisiertem Fragebogen	Juli - Okt. 2009	-	800 Fragebogen versandt

5.2.1 Gesamtzufriedenheitsmessung

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Würden Sie dieses Spital Ihrem besten Freund, Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?	6 = voll und ganz	73.1%
	5	18.9%
<i>Antwortmöglichkeiten von 1 (= überhaupt nicht) bis 6 (= voll und ganz)</i>	4	4.9%
	3	2.0%
	2	0.6%
	1 = überhaupt nicht	0.6%

5.2.2 Detaillierter Ausweis

Resultate				
Bereiche	Ganzes Spital [Mittelwert]	Fachbereiche Medizin [Mittelwert]	Fachbereiche Chirurgie [Mittelwert]	Bemerkungen
Bereich Ärzte	5.46 Punkte	5.42 Punkte	5.49 Punkte	
Bereich Pflege	5.48 Punkte	5.45 Punkte	5.50 Punkte	
Bereich Organisation & System	5.35 Punkte	5.37 Punkte	5.34 Punkte	

5.3 Patientenzufriedenheit Walenstadt (PEQ Kurzfragebogen)

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	PEQ Kurzfragebogen	Schriftliche Befragung mit standardisiertem Fragebogen	Juli - Okt. 2009	-	760 Fragebogen versandt

5.3.1 Gesamtzufriedenheitsmessung

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Würden Sie dieses Spital Ihrem besten Freund, Ihrer besten Freundin weiterempfehlen? <i>Antwortmöglichkeiten von 1 (= überhaupt nicht) bis 6 (= voll und ganz)</i>	6 = voll und ganz	68.0%
	5	25.6%
	4	4.4%
	3	1.3%
	2	0.7%
	1 = überhaupt nicht	0.0%

5.3.2 Detaillierter Ausweis

Resultate				
Bereiche	Ganzes Spital [Mittelwert]	Fachbereiche Medizin [Mittelwert]	Fachbereiche Chirurgie [Mittelwert]	Bemerkungen
Bereich Ärzte	5.50 Punkte	5.41 Punkte	5.56 Punkte	
Bereich Pflege	5.41 Punkte	5.31 Punkte	5.49 Punkte	
Bereich Organisation & System	5.42 Punkte	5.36 Punkte	5.46 Punkte	

Kommentar

Der Fragebogen enthält 13 Fragen zu den 3 Bereichen „Ärztliche Versorgung“, „Pflegerische Versorgung und Betreuung“ und „Organisation, Management und Service“. Die Patientinnen und Patienten bewerteten die Fragen auf einer Skala von 1 (= **sehr schlecht**) bis 6 (= **sehr gut**).

Gesamthaft wird den drei Spitälern Altstätten, Grabs und Walenstadt eine sehr hohe Patientenzufriedenheit ausgewiesen.

Die Daten werden in einer Geschäftsleitungssitzung und zusätzlich in je einer Spitalleitungssitzung kritisch analysiert, um weiteres Optimierungspotential eruieren zu können. An diesem wird gezielt mittels ausgewählten Massnahmen im 2010 gearbeitet.

5.4 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Interne Programme

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Abschlussmessung im Zusammenhang mit Projekt Pflege + (Prozessoptimierung). Befragung von Patienten, Pflegende und Ärzte.	Unzufriedenheits-index	2009, auf drei Pilot-abteilungen	Jeweils nach Abschluss der Einführung auf der entsprechenden Abteilung	Interne Fragebogenerhebung durch Projektleiter Betriebskonzept Pflege +

Kommentar

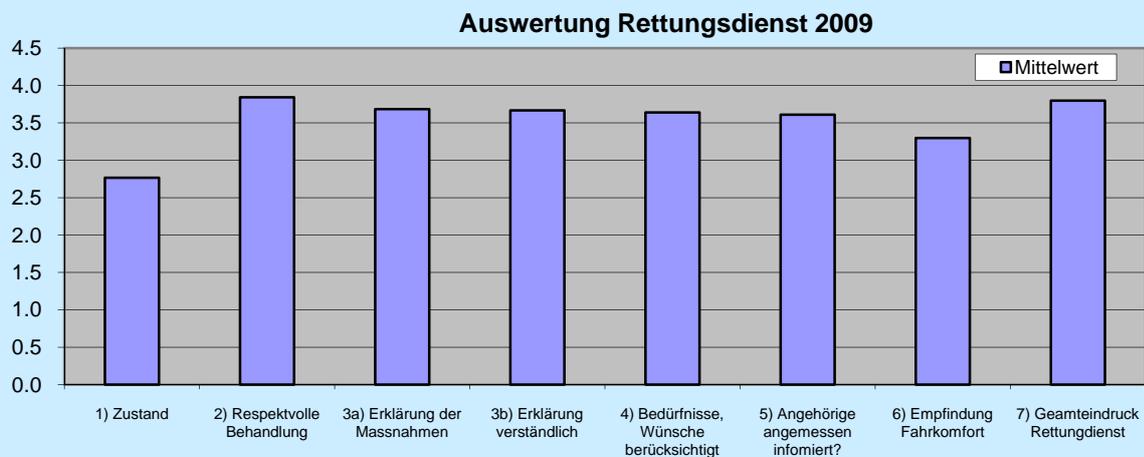
Die Prozesserhebung im Zusammenhang mit dem Projekt Pflege + erfolgte auf einem sehr differenzierten und spezifischem Niveau (z.B. Art und Weise der Dokumentation, Bekanntheit der Visitenzeiten etc.). Etliche Prozessverbesserungsmassnahmen konnten abschliessend im Jahr 2009 überprüft und ausgewiesen werden. Die Überprüfung hat zum Entschluss geführt, das wegweisende Konzept Pflege + in der gesamten SR RWS umzusetzen.

In erster Linie können die Patienten von einer erhöhten Betreuungskontinuität profitieren. Das heisst, dass die Zuständigkeiten besser ausgewiesen werden und das betreuende Personal für einen längeren Zeitraum den einzelnen Patienten zugewiesen wird.

Zufriedenheit im Rettungsdienst SR RWS (2009)

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit im Rettungsdienst	Prozentuale Zufriedenheit bzw. Antwort in Kategorien	Oktober 2009	Wiederholung im 2010 geplant	Fragebogen entstand in Anlehnung an validiertes Instrument

Resultate Rettungsdienst SR RWS



1) Zustand des Patienten beim Eintreffen des Rettungsdienstes

Interpretation der Werte:

4: sehr gut

3: gut

2: mässig

1: schlecht

Kommentar

Alle Resultate weisen einen Durchschnittswert von 3.5 auf. Sämtliche durch den Rettungsdienst zu beeinflussende Resultate (Mittelwerte) liegen zwischen den Bereichen „Sehr gut“ und „gut“. Dies ist ein sehr gutes Resultat und zeigt vorerst keine eindeutigen Verbesserungspotentiale innerhalb des Rettungsdienstes auf.

Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung SPGR/SPWA (2009) (Altstätten erfolgte die Messung im 2008)

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit mit der Schmerzbehandlung	Prozentuale Zufriedenheit	Oktober 2009	Wiederholung im 2010 geplant	Fragebogen entstand in Anlehnung an validiertes Instrument

Resultate Schmerzbehandlung Spital Grabs (SPGR) und Walenstadt (SPWA) (Zusammenfassung)

SPGR

- Hohe bis sehr hohe Patientenzufriedenheit (100%) mit der Schmerzbehandlung im Spital Grabs in allen Bereichen: Zeitpunkt, Information, Verständlichkeit, Behandlung ohne Verzögerung, erfolgreiche Schmerz-Behandlung.
- Schmerzen wurden in 98% der Fälle erfolgreich behandelt, lediglich in 2% der Fälle waren die Patienten mit der Schmerz-Behandlung nur mässig zufrieden.
- 33% der Patienten hatten postoperativ höhere Schmerzen als Score 3.
- 15% hatten bei Austritt höhere Schmerzen als Score 3.

SPWA

- Hohe bis sehr hohe Patientenzufriedenheit (100%) mit der Schmerzbehandlung im Spital Walenstadt in allen Bereichen: Zeitpunkt, Information, Verständlichkeit, Behandlung ohne Verzögerung, erfolgreiche Schmerz-Behandlung.
- Schmerzen wurden in 95% der Fälle erfolgreich behandelt, lediglich in 5% der Fälle waren die Patienten mit der Schmerz-Behandlung nur mässig zufrieden.
- 46% der Patienten hatten postoperativ höhere Schmerzen als Score 3
10% hatten bei Austritt höhere Schmerzen als Score 3

Kommentar

Dies ist ein sehr gutes Resultat, welches unsere Vorgehensweisen bestätigt.

Die Geschäftsleitung hat trotzdem einer interprofessionellen Arbeitsgruppe den Auftrag erteilt, die Schmerzbehandlung in der SR RWS zu vereinheitlichen und zu systematisieren. Dabei kann auf die sehr guten Erfahrungen und Umsetzungen in allen drei Häusern zurück gegriffen werden.

Die Werte im postoperativen Bereich und die Schmerzsituation bei Austritt werden in diesem Zusammenhang im 2010 genauer analysiert, interpretiert und weiter optimiert.

5.5 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON Measure & Consult GmbH	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Mecon-Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit	Unzufriedenheitsindex, (zur besseren Verständlichkeit auf Zufriedenheitsindex umgerechnet)	2008	Nächste Messung auf 2011 geplant, kantonale	Die Mitarbeiterzufriedenheit wird im Rahmen einer kantonalen Umfrage erhoben.

Resultate SR RWS		
Arbeitsbedingungen alle Berufsgruppen	Wert [%]	Bemerkungen (0-100%; wobei 100% = max. Zufriedenheit)
Arbeitsinhalt	67.9	Vergleichsspitaler (CH-weit): 70.9% Zufriedenheit
Lohn	50.2	Vergleichsspitaler (CH-weit): 52.1 % Zufriedenheit
Weitere Leistungen	57.5	Vergleichsspitaler (CH-weit): 63.3 % Zufriedenheit
Arbeitszeit	55.7	Vergleichsspitaler (CH-weit): 60.1% Zufriedenheit
Aus-Fort-Weiterbildung	62.8	Vergleichsspitaler (CH-weit): 60.3 % Zufriedenheit
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	59.9	Vergleichsspitaler (CH-weit): 57.8 % Zufriedenheit
Team	64.6	Vergleichsspitaler (CH-weit): 67.8 % Zufriedenheit
Führung	69.1	Vergleichsspitaler (CH-weit): 68.8 % Zufriedenheit
Arbeitsplatz	59.6	Vergleichsspitaler (CH-weit): 64.5% Zufriedenheit

Kommentar
<p>Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden der Spitäler Altstätten, Grabs und Walenstadt pendelt um die schweizweiten Vergleichszahlen. Sehr zufrieden sind die Mitarbeiter in den Bereichen der Bildung und der interdisziplinären Zusammenarbeit. Die übrigen Kategorien liegen bis auf die Beurteilung der Führung (+ 0.3 %) unterhalb der Schweizer Vergleichszahlen. Besonders die Arbeitsplatzsituation im Spital wird von Ärzten und Pflegenden schlecht beurteilt, dies liegt an den fehlenden Investitionen in die Infrastruktur (Baumatorium des Kantons) und wird in den nächsten Jahren durch die Gesamterneuerung der Spitäler sicher verbessert werden können.</p> <p>Im Jahr 2009 wurden in allen Spitälern in interprofessionellen Arbeitsgruppen konkrete Massnahmen zur Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit durchgeführt. So konnten v.a. im Bereich der Pflege, in ausgewählten Bereichen mehr Stellen geschaffen, Öffnungszeiten in der Cafeteria, das Verpflegungsangebot erweitert, die interprofessionelle Zusammenarbeit analysiert und Weiterbildungen gemeinsam durchgeführt werden.</p>

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Fragebogen zur Zufriedenheit im Arbeitsjahr 2009, Fachbereich Pflege&MTT	Unzufriedenheitsindex, (zur besseren Verständlichkeit umgerechnet in Zufriedenheitsindex).	2009	Jährlich	

Auswertung Feedbackformular Mitarbeiterumfrage 2009 Fachbereich Pflege & MTT

Im Rahmen der jährlichen Mitarbeiter-Jahresgespräche besteht die Möglichkeit, durch die Mitarbeitenden ein Feedbackformular (anonymisiert) einzureichen. Die Auswertung erfolgt über das Sekretariat Pflege. Von dieser Möglichkeit wird unterschiedlich Gebrauch gemacht, so dass eine repräsentative Aussage nicht immer abgeleitet werden kann. Die Ergebnisse auf Ebene SR RWS zeigen sich wie folgt:

ZI (Zufriedenheitsindex: 0-100%; wobei 100 % = maximale Zufriedenheit)	Total SR RWS	in %
Finden Sie die Arbeit interessant?		88.9
Erlaubt Ihr Arbeitsumfeld dem Patienten eine gute Qualität zu erbringen?		72.9
Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege auf Ihrer Abteilung?		80.2
Haben Sie genügend Zeit für Ihre Patienten?		64.6
Sind Sie mit der Arbeitszeit und Dienstplanung zufrieden?		71.9
Fühlen Sie sich bei der Arbeit überlastet?		82.8
Sind Sie mit den Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zufrieden?		75.4
Nutzen Sie die Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung?		72.3
Wie beurteilen Sie das Arbeitsklima in Ihrem Team?		81.5
Wie beurteilen Sie die Kommunikation in Ihrem Team?		74.6
Meine direkte Vorgesetzte ist eine Vertrauensperson für mich!		82.1
Werden Sie von Ihren Vorgesetzten genügend unterstützt?		84.8
Sind Ihre Fachkenntnisse zur Erfüllung des Leistungsauftrages ausreichen?		82.4
Sind in Ihrem Team die Aufgaben, Kompetenzen und Zuständigkeiten klar?		81.4
Werden Sie genügend informiert?		76.8

Die Rücklaufquote beträgt auf Ebene SR RWS 38% (152 eingesandte Fragebogen). Bei den rückgemeldeten Feedbackbögen kann grundsätzlich eine erfreuliche Entwicklung festgestellt werden. Von 15 abgefragten Themenbereichen befinden sich 9 im Beurteilungsbereich zwischen sehr gut und gut; 5 zwischen gut und zufriedenstellend. Lediglich die Fragestellung „Haben Sie genügend Zeit für Ihre Patienten“ wurde ungenügend bewertet. Gegenüber den Ergebnissen der kantonalen Mitarbeiterbefragung 2008 konnten in jenen Bereichen, welche vergleichbar sind, deutlich bessere Ergebnisse erzielt werden.

6 Qualitätsindikatoren

In den folgenden Kapiteln und Unterkapiteln werden zwei Begriffe verwendet:

„**intern**“ bedeutet, dass ein Messinstrument **betriebsintern aufgebaut und eingesetzt** wurde

„**validiert**“ bedeutet, dass eine **betriebsübergreifende Fachinstanz** ein Messinstrument entwickelt und wissenschaftlich validiert und getestet hat.

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Rehospitalisationsrate innert 10 Tagen

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte Innert 10 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Bemerkungen
14 489	343	2.36 %	

Kommentar

Die Rehospitalisationsrate innert 10 Tagen beruht auf der Definition der Rehospitalisation im Rechnungswesen. Sie wird in Zukunft an die SwissDRG-konforme Definition von 18 Tagen angeglichen.

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht am Messprogramm von SwissNOSO
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich am Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen

Kommentar

Die postoperativen Wundinfekte nach SwissNOSO werden im Jahr 2009 kantonsweit nach den Vorgaben ANQ (Interkantonaler Verein Qualitätssicherung und –förderung in den Spitälern) gemessen werden. Definierte Messkriterien und Messprozesse sind bei der SwissNOSO derzeit noch in Entwicklung. Der Kanton St. Gallen hat einen Beauftragten für die kantonsweiten Messungen bestimmt (Spitalhygieniker).

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Infektionen
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Infektionen:

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
NRZ – Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	OP-KISS	Überwachung postoperativer nosokomialer Infektionen bei Implantation von Endoprothesen in der Orthopädie	Kontinuierlich seit 07/2008	Kontinuierlich	Wird durch SwissNOSO abgelöst (7/2009)

Resultate
Die validierten Resultate stehen Ende 2010 zur Verfügung.
Kommentar
Die bis zum Jahr 2008 durchgeführten Erhebungen zur generellen nosokomialen Infektionsrate im Departement Chirurgie hatten zu keinem auffälligen Ergebnis geführt. Daher haben wir diese grobe Überwachungsmethode verlassen und eine neue Form der Infektionsüberwachung im hochsensiblen Feld der Implantation von Gelenksprothesen mit einem international eingesetzten und validierten Werkzeug eingeführt. Diese Infektionsüberwachung ist vom Dokumentationsaufwand her sehr zeitintensiv. Sie wird ab 2009 von der ähnlich aufwändig konzipierten SwissNOSO Studie abgelöst werden.

6.2.3 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen:
	Im Jahr 2009 sind drei Schwerpunkte gesetzt worden: 1. Händehygiene (Compliance und Verbrauch) 2. Durchführung von Fortbildungen im Bereich der Ärzte und Pflegenden 3. Überarbeitung und Anpassung von Richtlinien, insbesondere -Standardmassnahmen -Durchfallerkrankungen -Hämodialyse

6.3 Komplikationen

H+ verzichtet in diesem Jahr auf eine Vorgabe zur Messung und Publikation von Komplikationsdaten.

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen		
	<table border="1"> <tr> <td>Begriffsdefinition „Komplikation“</td> <td> Alle Kliniken für Innere Medizin beteiligen sich an der Komplikationserfassung der SGIM (Sträubli-Studie). Die chirurgischen Kliniken/ Departemente sind alle Mitglieder der AQC (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie). Die Frauenkliniken sind alle Mitglieder der AFS (Arbeitsgemeinschaft der Frauenkliniken der Schweiz). Es werden routinemässig alle Komplikationen erfasst und jährlich ausgewertet und mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen. </td> </tr> </table>	Begriffsdefinition „Komplikation“	Alle Kliniken für Innere Medizin beteiligen sich an der Komplikationserfassung der SGIM (Sträubli-Studie). Die chirurgischen Kliniken/ Departemente sind alle Mitglieder der AQC (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie). Die Frauenkliniken sind alle Mitglieder der AFS (Arbeitsgemeinschaft der Frauenkliniken der Schweiz). Es werden routinemässig alle Komplikationen erfasst und jährlich ausgewertet und mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen.
Begriffsdefinition „Komplikation“	Alle Kliniken für Innere Medizin beteiligen sich an der Komplikationserfassung der SGIM (Sträubli-Studie). Die chirurgischen Kliniken/ Departemente sind alle Mitglieder der AQC (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie). Die Frauenkliniken sind alle Mitglieder der AFS (Arbeitsgemeinschaft der Frauenkliniken der Schweiz). Es werden routinemässig alle Komplikationen erfasst und jährlich ausgewertet und mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen.		

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

H+ verzichtet in diesem Jahr auf eine Vorgabe zur Messung und Publikation von Sturzdaten.

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze
	Elektronische Sturzerfassung erfolgt in allen drei Spitälern über ein Meldeportal.

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Sturzprotokoll SR RWS	Sturzerfassung mit standardisiertem Erfassungsprotokoll im Intranet-Portal	Kontinuierliche Erfassung seit 2006 im Spital Walenstadt, seit Dezember 2009 SR RWS	Kontinuierliche Erfassung	

Resultate

Anzahl Stürze Total Spital Walenstadt 81
Anzahl Stürze pro 1000 Pflgetag (SPWA): 2.57

Angaben in der Fachliteratur zu Sturzsätzen im Akutspital variieren sehr stark und bewegen sich zwischen 0.3-19 Stürzen pro 1000 Pflgetage (Müller 2006, zit. in Sturzbericht srft).

Kommentar

Die Interpretation der Daten besagt, dass verhältnismässig wenig Patienten im Spital Walenstadt gestürzt sind. Bis anhin erfolgte die Sturzerfassung papiergestützt. Eine Arbeitsgruppe hat 2009 die bisherige Sturzerfassung auf der Grundlage des am Standort Walenstadt erarbeiteten Standards systematisiert. Neu erfolgt nun die Sturzerfassung in allen drei Spitälern über ein Meldeportal im Intranet. Ab 2010 stehen somit qualitativ hoch stehende und vergleichbare Daten über die gesamte Spitalregion zur Verfügung.

6.4.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	- Risikoerkennung (Pflegeanamnese) nach oben genanntem Standard - Individuelle Pflegeplanung bei vorhandenem Sturzrisiko
	Nach der Protokollierung und dem Vergleich mit vorliegenden Durchschnittswerten aus der Schweiz werden bei Bedarf weitere geeignete Präventionsmassnahmen abgeleitet.

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

H+ verzichtet in diesem Jahr auf eine Vorgabe zur Messung und Publikation von Daten zu Dekubiti.

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Dekubitus:

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Standard „Dekubitusvermeidung und Dekubitusbehandlung“ Erfassung über Intranet-Meldeportal	Risikoerkennung nach Braden Skala Stadieneinteilung 1–4 Differenzierung nach: Dekubitus bei Eintritt, im Spital erworben und bei Austritt.	In der SR RWS im Aufbau 2009	Kontinuierliche Erfassung in der SR RWS ab 2010	

Kommentar

Der Standard „Dekubitusvermeidung und Dekubitusbehandlung“ befindet sich in der gesamten Spitalregion im Bereich der Pflege und MTT in Umsetzung. Der erarbeitete Standard wurde durch die Fachhochschule St. Gallen überprüft und für sehr gut befunden. Für die Unterstützung und Kontrolle der Umsetzung ist die Abteilung der Pflegeentwicklung SR RWS zuständig.

6.5.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	<ul style="list-style-type: none"> - Risikoeinschätzung nach Braden Skala - Individuelle Pflegeplanung bei Dekubitusrisiko - Präventionsmassnahmen sind im Standard „Dekubitusvermeidung“ aufgeführt

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Zertifizierungen

Datenquelle: Spitalinformationen

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungsjahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
SR RWS				
Rettungsdienst	IVR	2008	Der regionale Rettungsdienst mit den Standorten Altstätten, Grabs und Walenstadt ist 2008 von dem IVR anerkannt worden.	Die standortbezogenen Rettungsdienste (in Altstätten und Walenstadt IVR Anerkennung) sind ab 2006 zum regionsweiten Rettungsdienst zusammengeführt worden.
Labordienst	QUALAB	Jährlich	Jährlich	
Spital Altstätten				
Qualitätsmanagement	sanaCERT	2009	Überwachungsaudit 2010	Sehr erfolgreich mit 31 von möglichen 32 Punkten
Blutspendedienst	SwissMedic Kantonales Blutspendezentrum	2009	Betriebsbewilligung erteilt bis Ende 2012	
Spital Grabs				
Qualitätsmanagement	sanaCERT	2010	-	Zertifizierung sanaCERT April 2010.
Geburtsklinik	UNICEF Stillfreundliche Geburtsklinik	1997	2009	
Spital Walenstadt				
Qualitätsmanagement	sanaCERT	2010		Zertifizierung sanaCERT April 2010.
Geburtsklinik	UNICEF Stillfreundliche Geburtsklinik	2008		

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten (z. Bsp. CIRS, Vorschlagswesen, Register etc.)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
SR RWS			
	Risiko-Management	<p>CIRS: Vermeidung von Fast-Komplikationen im Spitalbereich</p> <p>Risk-Management: Risk-Management im klinischen Bereich (Zwischenfälle mit Blutprodukten, Medikamenten und Materialien)</p> <p>Risk-Management allgemein (Arbeitssicherheit, Umwelt, spezifische Aspekte im klinischen Bereich, Katastrophenmanagement usw.)</p>	<p>In der gesamten Spitalregion eingeführt und aktiv.</p> <p>Allfällig auftretende Schwierigkeiten werden über ein Intranetportal erfasst und intern bearbeitet. Wichtige Verbesserungsmassnahmen zum Schutze der Patienten können unmittelbar umgesetzt werden. Die Zwischenfälle werden an eine nationale Meldestelle weitergeleitet.</p> <p>Das Risk-Management ist durch einen regionsweit verantwortlichen Risk-Manager vertreten</p>
	Beschwerdemanagement	Beachtung und Umsetzung von Wünschen und Beschwerden von Patienten	In der gesamten Spitalregion eingeführt und aktiv
	Hygiene	Präventionsmassnahmen und Überwachung im Bereich Spitalhygiene	Interprofessionelle Hygienekommission, Ärztl. Spitalhygieniker (30%), Hygienfachperson (100%)
	Wundmanagement	Einheitliche und wissenschaftlich abgesicherte Prinzipien der Wundbehandlung	Es besteht ein einheitliches Wundbehandlungskonzept, an den einzelnen Standorten werden Wundsprechstunden durchgeführt, an allen Standorten gibt es im Bereich Wundmanagement aus- und weitergebildetes ärztliches und pflegerisches Fachpersonal
	Vorschlagswesen	Mitarbeiter bringen Vorschläge zur Verbesserung in eine Ideenbörse ein.	Die Ideen werden von einer interprofessionellen AG beurteilt und in Zusammenarbeit mit der GL für die Umsetzung frei gegeben.

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
SR RWS	„Fit for DRG“	Das Projekt ‚SR RWS – Fit for DRG‘ schafft die strukturellen, betrieblichen und organisatorischen Voraussetzungen, die notwendig sind, um <ul style="list-style-type: none"> ▪ den Leistungsauftrag der SR RWS auch nach der Einführung von DRG qualitativ und quantitativ umsetzen zu können ▪ die Chancen, die durch die Einführung von DRG entstehen werden, zu nutzen ▪ die Risiken, die durch die Einführung von DRG auftreten können, zu erkennen und durch geeignete Massnahmen zu eliminieren ▪ die Entwicklung der SR RWS unter den Rahmenbedingungen DRG zu fördern 	2009 - 2010
SR RWS	„Pflege +“	Optimierung der Zusammenarbeit Ärzte und Pflegenden, Einführung der Bezugspflege, Einführung von Servicezeiten für die Pflegenden und die Ärzteschaft	2008-2011
SR RWS	Pflegeprozess	Einheitliche Pflegedokumentation Umsetzung individuelle Pflegeplanung auf allen Abteilungen. Einführung Pflegevisite zur optimierten Übergabe zwischen Früh- und Spätdienst auf ausgewählten Abteilungen.	2006-2010
SR RWS	Ethikkonsil	Einführung des Ethikkonsil in der gesamten SR RWS. Dies erfolgt nach einem erfolgreichen Pilotprojekt im Spital Walenstadt. Aufbau und Schulung eines Moderatorenteams.	2009-2011
SR RWS	Schmerzkonzept SR RWS	Aufbau eines einheitlichen und systematischen Schmerzkonzepts mit Gültigkeit für die gesamte Spitalregion.	2009-2011
Kommentare			
Die angeführten wichtigsten Beispiele zeigen, dass die Spitalregion RWS bestrebt ist, moderne und vorausschauende, den Erwartungen der Bevölkerung und der Mitarbeitenden sowie den kommenden gesetzlichen Vorgaben entsprechende Verbesserungsprojekte umzusetzen.			

→ Eine Auswahl von zwei vollständig dokumentierten Qualitätsprojekten ist im Anhang beschrieben.

8 Schlusswort und Ausblick

Dieses Kapitel steht dem Spital für individuelle Bemerkungen zur Verfügung. Bitte maximal diese Seite verwenden.

Die Qualitätsarbeiten im Jahr 2009 können unter dem Aspekt der „erfolgreichen Umsetzung“ betrachtet werden. Das Spital Altstätten konnte die angestrebte Rezertifizierung erreichen. Nach einem äusserst erfolgreichen externen Audit im April 2009, konnte im Oktober das Zertifikat der Stiftung sanaCERT im Rahmen einer Feier entgegen genommen werden. Insgesamt wurden von möglichen 32 Punkten 31 erreicht.

In den Spitälern Grabs und Walenstadt wurde ebenfalls erfolgreich gearbeitet. So liefen im 2009 die Vorbereitungsarbeiten für eine Erstzertifizierung (April 2010) nach sanaCERT auf Hochtouren. Analog dem Vorgehen im Spital Altstätten, wurde die Einführung und Verankerung des Qualitätsmanagementsystems weiter vorangetrieben und zusätzlich differenziert.

Ab Januar 2009 wurden in der gesamten Spitalregion neben dem Grundstandard Qualitätsmanagement sieben weitere Themenbereiche (Standards sanaCERT) bearbeitet: Spitalhygiene, Schmerz, Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS), Betreuung im Notfall, Beschwerdemanagement, Rettungsdienst und Palliative Care. In jedem Bereich konnten erneut spür- und erkennbare Verbesserungen erreicht werden. So erfolgte z.B. nach einer Patienten- und Mitarbeiterumfrage zum Thema Schmerz eine Optimierung der Patienteninformation und der Schmerzdokumentation. In den Notfallstationen z.B. wurden die Abläufe systematisiert und in einem Konzept zusammengefasst.

Insgesamt wurde in der Qualitätsarbeit die Mitarbeit in nationalen Projekten verfolgt. So nahm die SR RWS an einer Patientenzufriedenheitsbefragung (PEQ) teil. Über die nationale Forderung hinaus, jeweils 400 medizinische und chirurgische Patienten pro Spital zu befragen, wurde die Zufriedenheit auf allen Abteilungen der SR RWS erhoben. Die Resultate der Befragung werden im 2010 erwartet. Diese werden wertvolle Hinweise zur Optimierung liefern.

Auch nahm die SR RWS am Projekt von H+, der Erstellung eines neuen Patienteninformationsportal (www.spitalinformation.ch) teil. Dabei wurde der Internetauftritt der SR RWS auf der Homepage von H+ deutlich optimiert.

Wertvolle Vorbereitungsarbeiten für den Ausweis von aussagekräftigen Ergebniskriterien wurden umgesetzt. Meldeportale für Sturz, Dekubitus und Palliative Care wurden mit einer externen Firma entworfen und eingeführt. Zusätzlich wurden die Bedingungen geschaffen, dass Vigilancen (Zwischenfälle mit Materialien, Medikamenten und bei Bluttransfusionen,) neu über ein Meldeportal eingegeben werden können.

9 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der zwei wichtigsten, abgeschlossenen Qualitätsprojekte

Projekttitel	Projekt Betriebskonzept Pflege +	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	
Projektziel	Optimierung der innerbetrieblichen Abläufe Klare Zuständigkeiten für Patienten, Pflegende, Ärzte Optimierung Personaleinsatzplanung Definition Grade- und Skillmix	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Durch Veränderung der Abläufe und der Zuständigkeiten und der Dienstplanung konnte eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Pflegenden gewährleistet werden. Durch die Einführung der sogenannten Bezugspflege bestehen nun fix bestimmte Ansprechpersonen für die Angehörigen und deren Patienten. Eine veränderte Dienstplanung bringt einen Einsatz des Personals bei Notwendigkeiten.	
Projektablauf / Methodik	Projektmanagementansatz	
Projektergebnisse	Siehe oben.	
Einsatzgebiet	Ab 2010 auf allen stationären Abteilungen der SR RWS. Betrifft vor allem die Berufsgruppen der Ärzte und der Pflegefachpersonen.	
Involvierte Berufsgruppen	In erster Linie Ärzte und Pflegefachpersonen	
Projektevaluation / Konsequenzen	Eine umfassende Zwischenevaluation hat ergeben, dass die gewünschten Ziele sehr gut erreicht werden konnten. Deshalb wird ab 2010 - 2011 das Projekt Pflege + auf allen Abteilungen nach und nach eingeführt und umgesetzt.	
Weiterführende Unterlagen	Kontakt: thomas.riegger@srrws.ch	

Projekttitel	Projekt Kanban	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	Bereich
Projektziel	Optimierung der Materialversorgung aller verbrauchenden Stationen und Abteilungen mittels KANBAN	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	<p>Durch die Einführung von KANBAN konnten diverse Prozessverbesserungen generiert werden. Hervorzuheben sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitersparnis Pflege ca. 4h/ Woche / Station ▪ Lagerplatzreduktion von 30% ▪ Verfügbarkeit von 100% ▪ Tägliche Belieferung nach effektivem Verbrauch ▪ Steigerung des Kostenbewusstseins ▪ Verbesserung der Ordnung und Übersichtlichkeit 	
Projektablauf / Methodik	Projektmanagementansatz	
Projektergebnisse	Siehe Beschreibung	
Einsatzgebiet	Alle materialverbrauchenden Abteilungen und Stationen	
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Ärzte, Logistik, Einkauf, MTT	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Eine umfassende Zwischenevaluation hat ergeben, dass die gewünschten Ziele sehr gut erreicht werden konnten. Deshalb wird im 2010 das Projekt KANBAN auf allen Abteilungen eingeführt und umgesetzt.	
Weiterführende Unterlagen	Zu beziehen bei Roland Rubin: roland.rubin@srrws.ch	

10 Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge

10.1 Qualitätsmanagementstrategie

Qualitätsarbeit SR RWS

Alle Arbeiten und Anstrengungen im Bereich der Qualität sind auf die Patienten, Angehörigen, Besucher aber auch auf die Mitarbeiter und unsere Partner (zuweisende Ärzte, Leistungsauftraggeber und Versicherer) ausgerichtet.

Wir streben in allen Bereichen eine kontinuierliche Verbesserung an, welche zum Ziel hat, den Patientinnen und Patienten die Voraussetzungen für eine lückenlose und optimale Behandlung und Betreuung gewährleisten zu können.

Unser Weg zur stetig besseren Qualität: im Zentrum steht der Patient



- **Personalentwicklung und Förderung**
 - regelmässig durchgeführte interne Fortbildungen
 - Ausbildungsstelle für diverse Berufe (Grundausbildung und weiterführende Ausbildungen)
 - gezielte Mitarbeiterförderung: Jahresgespräche, gezielte Schulungen, Berücksichtigung bei der Neubesetzung von internen (Kader-)Stellen
 - Möglichkeit zum Besuch externer Aus-, Fort- und Weiterbildungen
 - Durchführung von Mitarbeiterbefragungen
- **Kooperation mit Partnern**
 - mit Ärztenetzwerken und einzelnen Hausärzten (Schulungen, Überprüfung Zusammenarbeit)
 - mit Zentrumsspital (Kantonsspital St.Gallen) in diversen Bereichen (Onkologie, Palliative Care..)
 - Einsitz und Übernahme von Tätigkeiten in diversen Netzwerken (Palliative Care, etc.)
 - Integration von Freiwilligendiensten (IDEM, Hospizdienst)
 - Zusammenarbeit im Bereich der Schulungen (z.B. Spital Vaduz)

- **Wirtschaftlichkeit**
Wir wissen, dass die Qualität unserer Leistungen und der unternehmerische Erfolg in der Gegenwart die Entwicklung unserer Spitalregion in der Zukunft bestimmt. Deshalb fördern wir das unternehmerische Denken und Handeln, streben eine hohe Kostentransparenz an und führen unsere Spitalregion aufgrund aussagekräftiger Kennzahlen.

- **Lernen von den Besten (Benchmarking)**
Durch die Zusammenarbeit und den Vergleich mit „den Besten“ (z.B. Spezialisten, ausgewiesene Institutionen mit anerkanntem Ruf) können wir profitieren und lernen. Im gegenseitigen Austausch profitieren beide Partner voneinander. Neuentwicklungen und Verbesserungen können dadurch auf einem viel höheren Niveau gestartet werden. Diese Massnahme ist in vieler Hinsicht wertvoll: Einerseits spart sie Zeit und Kosten und andererseits kann

- **Wirksame Betreuung**
Die vorgenommenen Untersuchungs- und Betreuungsmethoden sind aufgrund des aktuellen medizinischen und pflegerischen Wissens notwendig und gerechtfertigt. Sie sind zweckmässiger als andere Mittel und führen mit angemessenem Risiko zum gewünschten Erfolg.

- **Interdisziplinarität**
Die ausgewählten Standards und Projekte werden in interdisziplinären, hierarchieübergreifenden Qualitätszirkel nach der Methode des Projektmanagements bearbeitet. Wir sind der Überzeugung, dass alle Berufsgruppen und Partner zur optimalen Betreuung der Patienten benötigt werden. Die Interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleistet den angestrebten Erfolg.

- **Messungen - Transparenz – Externe Überprüfung**
Wir arbeiten mit sanaCERT zusammen. sanaCERT ist eine Institution, welche Zertifizierungen im Gesundheitswesen durchführt. Zertifizierte Institutionen erhalten den Nachweis, dass sie über ein gut funktionierendes Qualitätswesen verfügen und wirksame Verbesserungen in den Spitalalltag integriert haben.
Ebenso orientieren wir uns an den kantonalen und nationalen Vorgaben und arbeiten mit wichtigen Gremien zusammen. So sind zum Beispiel unsere Qualitätsberichte nach den Vorgaben von H+ (Die Spitäler der Schweiz) entstanden. In diesem legen wir transparent unsere Leistungen dar. Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, aber auch interne Messungen geben uns wichtige Hinweise über den Stand unserer Arbeit.

- **Kommunikation**
Wir verstehen die Spitalregion als lernende Organisation. Es ist unser Ziel, Erfahrungen, Ergebnisse und Lehren offen in- und extern zu kommunizieren und notwendige Anpassungen zeitgerecht zu treffen.

Gründe für die Qualitätsarbeit:

- Weil wir unseren Patienten eine noch bessere Betreuung bieten wollen!
- Weil wir nach den neuesten Erkenntnissen behandeln und pflegen wollen!
- Weil die Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter und unsere Partner noch besser werden sollen!
- Weil wir unsere Leistungen gegen aussen transparent darstellen möchten!
- Damit unsere Spitäler für die Zukunft gerüstet sind...

10.2 Q-Schwerpunkte 2009/2010

Q-Schwerpunkte 2009/2010 in der SR RWS

- Erfolgreiche Rezertifizierung SPAL
- Erfolgreiche Vorbereitungen zur Zertifizierungen April 2010 SPGR / SPWA
- Organisatorische und strukturelle Vorbereitungen auf das neue Finanzierungssystem DRG
- Projekt Pflege + : Abschluss Pilot in allen Spitälern
- Logistikprojekt Kanban : Abschluss Pilot in allen Spitälern
- Implementierung Projekt Ethikkonsil in allen Spitälern
- Implementierung Projekt Dekubitus in allen Spitälern
- Vorbereitungen Sturzerfassung und Prävention
- Durchführung der Patientenbefragungen PEQ
- Umsetzung der aus der Mitarbeiterbefragung resultierenden Optimierungsmassnahmen

Erstellt: Juli 2010	Freigabe: 16.08.2010	durch: Geschäftsleitung
durch Schweitzer Mirco, MSc, Leiter QM Dr. Irion Andreas, ärztlicher Mitarbeiter GL		
Version: 1.0	Revidiert:	Gültig bis: 12/2010