

Qualitätsbericht 2009

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2009



SPITAL LINTH

Spital Linth
Gasterstrasse 25
8730 Uznach

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Einleitung.....	3
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick.....	4
3.1	Kontaktangaben.....	4
3.2	Qualitätskommission / Q-Team	4
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital.....	5
4	Kennzahlen	6
4.1	Versorgungsstufe.....	6
4.2	Personalressourcen	6
4.3	Fallzahlen	6
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	7
4.5	Top Ten-Diagnose stationär.....	7
4.6	Top Ten- Eingriffe	8
4.7	Altersstatistik.....	8
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	9
4.9	Mortalitätszahlen.....	9
4.9.1	Spitaleigene Mortalitätserhebung	9
4.9.2	Umgang mit Todesfällen im Spital	9
5	Zufriedenheitsmessungen.....	10
5.1	Patientenzufriedenheit Interner Kurzfragebogen	10
5.1.1	Detaillierter Ausweis	10
5.2	Mitarbeiterzufriedenheit.....	11
5.2.1	Gesamtzufriedenheit	11
5.2.2	Detaillierter Ausweis	11
6	Qualitätsindikatoren	12
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	12
6.1.1	Rehospitalisationsrate innert 10 Tagen	12
6.1.2	Beteiligung an anderen Messprogrammen	12
6.2	Infektionen	12
6.2.1	Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ.....	12
6.2.2	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen.....	12
6.2.3	Präventionsmassnahmen	12
6.3	Komplikationen	13
6.3.1	Beteiligung an Messprogrammen	13
6.3.2	Präventionsmassnahmen	13
6.4	Pflegeindikator „Stürze“.....	14
6.4.1	Beteiligung an Messprogrammen	14
6.4.2	Präventionsmassnahmen	14
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	15
6.5.1	Beteiligung an anderen Messprogrammen	15
6.5.2	Präventionsmassnahmen	15
7	Qualitätsaktivitäten	16
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	16
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	16
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	17
8	Schlusswort und Ausblick	18
8.1	Vorgehensweise	18
9	Ausgewählte Qualitätsprojekte	19
10	Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge	20
10.1	Qualitätsmanagementstrategie	20
10.2	Q-Schwerpunkte 2009	20
10.3	Erreichte Q-Ziele 2008.....	20

2 Einleitung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser

Im Jahr 2007 hat das Spital Linth den ersten Qualitätsbericht verfasst und veröffentlicht. Es ist uns ein Anliegen, die Angaben zu unserer Qualität transparent und damit so weit wie möglich vergleichbar zu machen. Mit diesem Qualitätsbericht für das Jahr 2009 erlangen Sie einen umfassenden Einblick in die Leistungsfähigkeit des Spital Linth.

Die dargelegten Kenn- und Leistungszahlen informieren Sie über unsere medizinische Kompetenz und Versorgungsschwerpunkte. Das Spital Linth ist mit jährlich über 20'000 Patienten das Fundament der Gesundheitsversorgung im Linthgebiet.

Im Spital Linth ist das Qualitätsmanagement seit langem etabliert. Als erstes Spital der Schweiz haben wir unser Qualitätsmanagementsystem 2003 durch die Stiftung sanaCERT Suisse zertifizieren lassen und erhielten eine ausgezeichnete Gesamtbeurteilung. 2006 stellten wir uns wieder als erstes Spital der Schweiz der Re-Zertifizierung. 2009 erreichten wir bei der 2. Re-Zertifizierung bei allen Standards die Bestnoten. Auf diese Leistung darf das Spital Linth zu Recht Stolz sein. Damit übernimmt das Spital Linth in Qualitätsförderung und Qualitätssicherung eine Vorreiterrolle.

Unser Qualitätsmanagement verbindet in zunehmendem Mass die gesetzlichen Forderungen mit einer verstärkten Kultur der Sicherheit in den Behandlungs- und des Arbeitsprozessen. Qualitätsarbeit bedeutet für uns einen fortlaufenden Prozess zu befolgen.

Uznach, im März 2009

Spital Linth Uznach

Geschäftsleitung

Dr. med. Urs Graf
Spitaldirektor

Stephan Bärlocher
Verwaltungsleiter

Dr. med. Johannes Keel
Ärztlicher Leiter

Hans Jürgen Franzke
Pflegedienstleiter

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

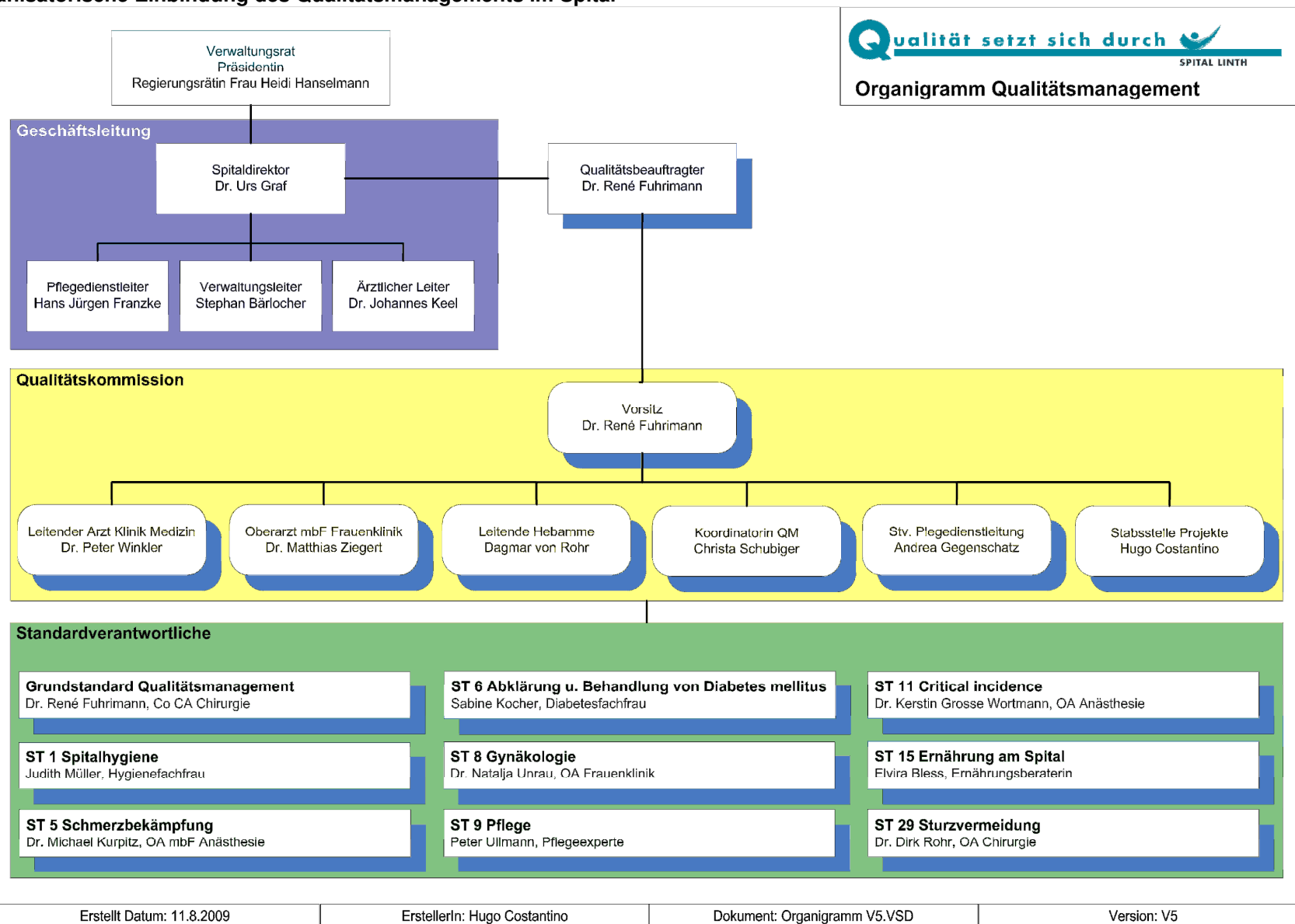
3.1 Kontaktangaben

Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Zuständigkeit
Dr. med. René Fuhrmann	055 285 51 06	rené.fuhrmann@spital-linth.ch	Qualitäts-Beauftragter
Christa Schubiger	055 285 51 73	christa.schubiger@spital-linth.ch	Koordinatorin QM

3.2 Qualitätskommission / Q-Team

Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Zuständigkeit	Anstellungs-% für Q-Bereich
Dr. med. René Fuhrmann	055 285 51 06	rené.fuhrmann@spital-linth.ch	Qualitäts-beauftragter	
Hugo Costantino	055 285 45 17	hugo.costantino@spital-linth.ch	Mitglied Qualitäts-kommission	
Andrea Gegenschatz	055 285 51 81	andrea.gegenschatz@spital-linth.ch	Mitglied Qualitäts-kommission	
Christa Schubiger	055 285 51 73	christa.schubiger@spital-linth.ch	Koordinatorin QM	50 %
Dagmar von Rohr	055 285 52 05	dagmar.vonrohr@spital-linth.ch	Mitglied Qualitäts-kommission	
Dr. med. Peter Winkler	055 285 53 77	peter.winkler@spital-linth.ch	Mitglied Qualitäts-kommission	
Dr. med. Mathias Ziegert	055 285 49 43	mathias.ziegert@spital-linth.ch	Mitglied Qualitäts-kommission	

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital



4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BfS		
☐	Versorgungsniveau 1 (K111): Zentrumsversorgung	5 Unispitäler
☐	Versorgungsniveau 2 (K112): Zentrumsversorgung	Betriebe mit 9000 - 30000 stationären Fällen
☐	Versorgungsniveau 3 (K121): Grundversorgung	Betriebe mit 6000 - 9000 stationären Fällen
☒	Versorgungsniveau 4 (K122): Grundversorgung	Betriebe mit 3000 - 6000 stationären Fällen
☐	Versorgungsniveau 5 (K123): Grundversorgung	Betriebe mit 0 - 3000 stationären Fällen
☐	Spezialklinik: Chirurgie (K231)	
☐	Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie (K232)	
☐	Spezialklinik: Pädiatrie (K233)	
☐	Spezialklinik: Geriatrie (K234)	
☐	Spezialklinik: Diverse Spezialkliniken (K235)	

4.2 Personalressourcen

Datenquelle			
☐	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☒	Eigene Erhebung

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen
Ärzte	47	
Pflege	101	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	74	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	66	
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	37	
Kommentar zu den Personalressourcen		
Kein Kommentar		

4.3 Fallzahlen

Datenquelle			
☐	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☒	Eigene Erhebung

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle	Anzahl ambulante Fälle	Bemerkungen
Medizin	2'160	6'109	
Chirurgie/Orthopädie	1'835	5'540	
Urologie	218	1'585	
ORL	261	143	
Gynäkologie	517	1'419	
Geburtshilfe	586	691	Ohne Säuglinge
Geriatrie	143	0	
		3'739	Sonstige ambulante Fälle: Radiologie, Anästhesie, paramedizinische Abteilung
Gesamt	5'720	19'226	
Kommentar zu den Fallzahlen			
Kein Kommentar			

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle		
☐	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☒ Eigene Erhebung

Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen
Pflegetage	38'373	inkl. Säuglinge
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.2	
Geburten (stationär und ambulant)	487	
Operationen (stationär und ambulant)		

Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen
Kein Kommentar

4.5 Top Ten-Diagnose stationär

Datenquelle				
☐	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☒	Eigene Erhebung	

Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen (%)	ICD-Code	ICD ausgeschrieben
1	500	8.1 %	I 10.90	Essentielle Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
2	478	7.7 %	Z 38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus
3	372	6.0 %	E 11.90	Blutzuckererkrankung
4	197	3.2 %	J 18.8	Pneumonien
5	149	2.4 %	I 48.10	Herzrhythmusstörungen
6	148	2.4 %	S 06.0	Gehirnerschütterung zur Überwachung
7	140	2.3 %	D 64.8	Sonstige näher bezeichnete Anämien (Blutarmut)
8	114	1.8 %	K 52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis (Magenschleimhautentzündung) und Kolitis (Darmentzündung)
9	113	1.8 %	K 40.90	Leistenhernien (operativ versorgt)
10	82	1.3	K 56.4	Sonstige Obturation des Darmes

Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär	
Anzahl	Diagnostische Massnahmen
417	Computertomographie Schädel
304	Magenspiegelungen
226	Computertomographie Abdomen (Bauch)
221	Computertomographie Thorax
213	Ultraschall Abdomen (Bauch)

4.6 Top Ten- Eingriffe

Datenquelle				
☐	Zahlen des Bundesamtes für Statistik		☒	Eigene Erhebung

Rang	Anzahl Eingriffe	Anteil an stationären Fällen (%)	CHOP-Code	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1	191	3.1	80.26	Arthroskopie Knie (Kniegelenkspiegelung)
2	140	2.3	74.1	Tiefe zervikale Sectio caesarea (Kaiserschnittentbindung)
3	119	1.9	21.88	Nasenseptumplastik (Nasenkorrektur)
4	93	1.5	28.3	Tonsillektomie mit Adenotomie (Mandelentfernung)
5	81	1.3	81.51	Totalendoprothese Hüftgelenk
6	61	1.0	81.54	Totalendoprothese Kniegelenk
7	60	1.0	79.36	Offene Reposition Fraktur Tibia u. Fibula mit innerer Knochenfixation
8	59	1.0	51.23	Laproskopische Cholezystektomie
9	54	0.9	79.32	Offene Reposition Fraktur Radius und Ulna mit innerer Knochenfixation
10	50	0.8	57.49	Sonstige transurethrale Exzision oder Destruktion Läsion oder Gewebe Harnblase

Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen	
Kein Kommentar	

4.7 Altersstatistik

Datenquelle			
☐	Zahlen des Bundesamtes für Statistik		☒ Eigene Erhebung

Kategorie	Alter	Anzahl	Bemerkungen
1	0 bis 9	161	
2	10 bis 19	342	
3	20 bis 29	763	
4	30 bis 39	731	
5	40 bis 49	676	
6	50 bis 59	697	
7	60 bis 69	671	
8	70 bis 79	858	
9	80 bis 89	710	
10	90 bis 99	104	
11	100 bis 109	7	
Gesamt		5'720	

4.8 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Datenquelle			
☐	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☒	Eigene Erhebung

Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	0.7017
Notfallstation	☒ mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste ☐ ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	3019	
Notfälle ambulant	3019	
Verlegungen in ein anderes Spital	288	
Austritte nach Hause	5246	mit Säugling
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	596	

4.9 Mortalitätszahlen

4.9.1 Spitaleigene Mortalitätserhebung

Datenquelle			
☐	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☒	Eigene Erhebung

Resultate
76
Kommentar
Die Mortalität liegt für ein Spital der Grundversorgung im Rahmen, da die Leistungsspezialitäten Geriatrie und Onkologie eine höhere Mortalitätsrate implizieren.

4.9.2 Umgang mit Todesfällen im Spital

☐	Nein, das Spital besitzt keine Todesfallmanagement
☒	Ja, das Spital besitzt ein Todesfallmanagement:
	Beschreibung der Todesfallmanagements / Umgang mit Todesfällen im Spital
	- Handlungsanweisung Umgang bei Todesfall - Handlungsanweisung Umgang bei Todesfall im Operationssaal - Reanimations-Konzept - Umgang mit psychologisch schwierigen Situationen

5 Zufriedenheitsmessungen

5.1 Patientenzufriedenheit Interner Kurzfragebogen

Name des Anbieters	Entwicklung	Name Messinstrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
Spital Linth	☒ intern ☐ validiert	Kurzfragebogen	schriftliche, anonyme Befragung	ab 2006	laufend	

5.1.1 Detaillierter Ausweis

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Aufnahme	96.3	Zufriedenheitsindex
Organisation	92.7	Zufriedenheitsindex
Hotellerie / Verpflegung	90.1	Zufriedenheitsindex
Hotellerie / Sauberkeit	91.5	Zufriedenheitsindex
Betreuung durch die Pflege	97.4	Zufriedenheitsindex
Betreuung durch die Ärzte	95.4	Zufriedenheitsindex
Betreuung durch die Physiotherapie	88.9	Zufriedenheitsindex
Betreuung beim Röntgen	96.5	Zufriedenheitsindex
Betreuung durch die Hebammen	99.4	Zufriedenheitsindex

5.2 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON	☐ intern ☒ validiert	schriftliche Mitarbeiterbefragung	Vollerhebung mit standardisiertem Fragebogen	Juni 2008	alle 2-4 Jahre	Rücklaufquote: 63%

5.2.1 Gesamtzufriedenheit

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit Ihrer derzeitiger Arbeitssituation?	eher bis sehr zufrieden	55%
	mittlere Zufriedenheit	26%
	eher bis sehr unzufrieden	19%

5.2.2 Detaillierter Ausweis

Resultate		
Berufsgruppen	Wert [Index]	Bemerkungen
Gesamtinstitution	59.6 Punkte	
nur Ärzte	60.0 Punkte	
nur Pflegepersonal	59.4 Punkte	
nur Hauswirtschaftspersonal	63.2 Punkte	
nur Verwaltung	59.8 Punkte	
Kommentar		
Der Fragebogen enthält Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Bereichen. Aus den Antworten wird ein Index berechnet, der von 0 Punkte (alle Mitarbeitenden geben die schlechteste Antwort) bis 100 Punkte (alle Mitarbeitenden geben die beste Antwort) reicht. Qualifizierte und motivierte Mitarbeitende sind der Schlüssel für eine gute Betreuung der Patientinnen und Patienten. Es ist deshalb entscheidend, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu kennen. Die Resultate der Mitarbeiterbefragung sind wichtige Kennzahlen für das Qualitätsmanagement und bilden eine Grundlage zur stetigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Mitarbeitenden.		

6 Qualitätsindikatoren

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte Innert 30 Tagen	Rehospitalisations- rate: Werte [%]	Bemerkungen
5'720	156	2.7%	Wiedereintritte mit der gleichen Diagnose

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen

☒	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
☐	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso

☐	Nein, das Spital beteiligt sich nicht am Messprogramm von SwissNOSO
☒	Ja, das Spital beteiligt sich am Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen (3 aus 8)

	Messthemen	Messwerte	Bemerkungen
☐	Gallenblase		
☐	Blinddarmentfernung		
☐	Hernieoperation		
☒	Operation am Dickdarm		
☒	Kaiserschnitt		
☐	Herzchirurgie		
☒	Hüftgelenksprothesen		
☐	Kniegelenksprothesen		

Kommentar

Start der Erhebung Juni 2009

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

☒	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Infektionen
☐	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Infektionen:

6.2.3 Präventionsmassnahmen

☐	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
☒	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen:
	Gemeinsames Händehygieneprojekt in allen Spitälern im Kanton St. Gallen
Kommentar	

6.3 Komplikationen

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

☐	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen	
☒	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen	
	Begriffsdefinition „Komplikation“	Eine unerwünschte Folge einer Krankheit, eines Unfalls, eines Eingriffs oder eines Medikaments, die nicht im engeren Sinn zum Krankheitsbild gehört.

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
ASF	☐ intern ☒ validiert	Datenerfassung	Statistik und Komplikationserfassung	2009	laufend	
AQC	☐ intern ☒ validiert	Datenerfassung	Statistik und Komplikationserfassung	2009	laufend	
SALTC	☐ intern ☒ validiert	Datenerfassung	Statistik und Komplikationserfassung	2009	laufend	

Resultate

Jährliche Auswertung mit Minimierung der Komplikationsrate trotz Zunahme der Behandlungsfälle.

Kommentar

Kein Kommentar

6.3.2 Präventionsmassnahmen

☐	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
☒	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Im Rahmen unseres Qualitätsmanagementsystem.

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

☐	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze
☒	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze
Begriffsdefinition „Sturz“:	Ein Sturz ist jedes plötzliche unbeabsichtigte und unkontrollierte Herunterfallen/(-) gleiten des Körpers aus dem Liegen, Sitzen oder Stehen auf eine tiefere Ebene.

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Spital Linth	☒ intern ☐ validiert	Sturzvermeidung	Erhebung	2009	laufend	

Resultate

Indikator	Referenzwert	Soll-Wert	Ist-Wert 2009
Sturz- Häufigkeit (auf 1000 Pflgetage)	6.9	5	2.6
Verletzungsrate	1.7	1.5	0.76
Verletzungsindex	20.3%	10%	29.3%
Frakturindex	3.3%	0%	4.3%
Rücklaufquote Sturzrisiko-Bögen			77.5%

6.4.2 Präventionsmassnahmen

☐	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
☒	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:
Beschreibung der Präventionsmassnahmen	
- Erstellen eines Sturzrisikoprotokoll bei allen Patienten > 70 Jahren - Sturzprotokoll erfassen und auswerten - Sicherheits- und Präventionsmassnahmen individuell planen und umsetzen	

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

☒	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
☐	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Dekubitus:

Kommentar

Medizinische Perspektive: Dekubitalgeschwür (ICDC L89)

Pflegerische Perspektive: Gefahr einer Hautschädigung (NANDA 00046 / 1975; R 1998)

6.5.2 Präventionsmassnahmen

☐	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
☒	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Lagerung, Mobilisation (Kinästhetik) und Hautpflege mit Wirksamkeitsüberprüfung

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Re-Zertifizierung	Bemerkungen
Gesamtes Spital	sanaCERT	2003	2009	Re-Zertifizierung mit Punktemaximum in allen überprüften Standards erreicht
Labor +BSD SRK	ISO/IEC 17025 Akkreditierung (SAS)	2005 Akkreditierung	2008 3. ÜBERWACHUNG	Re- Akkreditierung 2010, mit zusätzlicher neuer Norm 15189
Operationssaal	EN ISO 14644/1		2008	Validierung

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Gesamtes Spital	Qualitätsmanagement	Kontinuierliche Qualitätsverbesserung	laufend
Gesamtes Spital	Interne Audits	Wirksamkeitsüberprüfung und Grundlage für mögliche Verbesserungen	laufend
Gesamtes Spital	Beschwerdemanagement	Kundenzufriedenheit wieder herstellen und erhöhen	Ausgeweitet auf Personal
Gesamtes Spital	CIRS	Aus Fehlern lernen- Grundlage für Verbesserungen von Arbeitsabläufen und Sicherheit Analyse des Meldeverhalten der Mitarbeiter	Laufend Durchgeführt und ausgewertet
Gesamtes Spital	Infektionsprävention und Spitalhygiene	Durchdringung des Konzepts	Hygienebegehungen wurden planmäßig ausgeführt
Gesamtes Spital	Schmerzbekämpfung	Qualitätsverbesserung in der Schmerztherapie durch einheitliche Evaluation, Dokumentation und Therapieoptionen	laufend
Gesamtes Spital	Ernährung	Einführung und Umsetzung der Erfassung des Ernährungszustandes bei allen Patienten	umgesetzt
Chirurgie	Diabetes mellitus	Screening und Behandlung nach OP	umgesetzt
Frauenklinik	Einführung und Umsetzung Fallbesprechung	Verbesserung des Management bei der Geburt	umgesetzt
Labor +BSD SRK	Revisionen von AA's ,Richtlinien und QM- Handbuch	Laufende Überwachung des QMS	Alles auf neustem Stand
Labor	Vernetzung der Blutzuckergeräte	Alle Stationen werden mit einbezogen , Schulung	Labor BZ- Gerät ist vernetzt.
Labor	Einführung Labor CIRS	Laborspezifische Fehler werden aufgenommen + " ausgewertet	Labor nimmt Fehlermeldungen auf. Auswertung QM- Review.
Labor	Kennzahlen Turn around Zeiten bei Notfällen + Routine im Labor	Verbesserung der Effizienz	Auswertung beendet

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Gesamtes Spital	Umsetzung kantonales Konzept Risikomanagement	Risiken identifizieren, analysieren, bewerten und bewältigen	März - Dezember 2010
Gesamtes Spital	Zuweiserzufriedenheits- messung	Stärken und Verbesserungs- potentiale zu identifizieren	Mai – September 2010
Gesamtes Spital	Gesundes Personal	Bewusstsein für Gesundheit, Bewegung und Prävention wird gefördert	Mai – Dezember 2009
Gesamtes Spital	Wund- und diabetischer Fussprechstunde	Einführung einer interdisziplinären Wund- und diabetischer Fussprechstunde	September 09 –März 2010
Kommentare			
Kein Kommentar			

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

8 Schlusswort und Ausblick

Das Qualitätsmanagement des Spital Linth basiert auf dem Leitbild des Spital Linth in dem der Patient im Mittelpunkt steht. Wir sind bestrebt unsere Prozesse immer wieder zu überprüfen und zu verbessern, so dass eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung im ganzen Spital stattfinden kann.

Mit dem Qualitätsmanagement werden vor allem die zwei folgenden Ziele verfolgt:

- Verbesserung der Patientenversorgung
- Effiziente und effektive Leistungserbringung

Alle Mitarbeiter sind an der kontinuierlichen Verbesserung beteiligt und tragen Mitverantwortung für das Erreichen der gesetzten Ziele.

Strukturqualität: Gut qualifiziertes, erfahrenes und zufriedenes Personal, saubere und ansprechende Gebäude und Einrichtungen.

Prozessqualität: Höfliche und freundliche Behandlung durch das Personal, die richtige Menge an Information zu jedem Behandlungszeitpunkt, keine unnötigen Schmerzen, im Bedarfsfall schneller Service, korrekte Diagnose, vorschriftsmässige Durchführung der Verfahren, rasche unterstützende Dienstleistungen, gute Kommunikation, Transparenz und Zusammenarbeit über die Grenzen des eigenen Fachgebietes hinaus.

Ergebnisqualität: Verminderung oder Vermeidung von Schmerzen, schnelle Rückkehr in den Alltag, niedrigste Kosten pro Patient, Steigerung der Wirtschaftlichkeit.

8.1 Vorgehensweise

Im Rahmen der Stiftung sanaCERT Suisse werden 8 Standards definiert und bearbeitet. Die Geschäftsleitung wählt periodisch bestimmte Schwerpunkte zur Bearbeitung aus. Mit Hilfe der sanaCERT-Standards erfolgt die Beurteilung der Qualität (Soll-/Ist-Vergleich). Die ausgewählten Standards werden in interdisziplinären, hierarchieübergreifenden Standardgruppen nach der Methode des Projektmanagement bearbeitet.

Die Re-Zertifizierung des Qualitätsmanagement durch die Stiftung sanaCERT Suisse erfolgte am 23./24. November 2009. Dabei konnte in allen 8 überprüften Standards das Punktemaximum erreicht werden.

9 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Projekttitel	Einführung Risikomanagement-System	
Bereich	☒ internes Projekt	☒ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Mit der Einführung eines Risikomanagements wird die frühzeitige Erkennung potentieller Risiken angestrebt und gleichzeitig ein Steuermittel für die Führung der Organisation im Hinblick auf Risiken zur Verfügung gestellt.	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Die Risiken frühzeitig erkennen und Massnahmen einzuleiten, um die Risiken zu vermeiden oder zu minimieren. Eine kontinuierliche Überwachung und Analyse der Risiken und der darauf abgestützten Massnahmen ist die Grundlage um die Patientensicherheit und den geschäftlichen Erfolg forlaufend zu verbessern.	
Projektablauf / Methodik	Umsetzung Konzept Risikomanagement der Spitalverbunde 1-4 des Kanton St.Gallen	
Projektergebnisse		
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtes Spital	
Projektevaluation / Konsequenzen	Risikomanagement-Prozess ist im Spital Linth umgesetzt. Ein Reporting zum Risikomanagement-System und der Risikobeurteilung findet jährlich statt.	

Projekttitel	Präventionsprojekt Gesundes Personal	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Das Bewusstsein für die eigene Gesundheit, die Bewegung und die Prävention wird beim gesamten Spitalpersonal gefördert. Der Stressabbau durch Bewegung, Kontakte, work life balance, positive Einflüsse auf die Verhinderung möglicher Krankheiten	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Durch die verschiedenen Anlässe wird das Bewusstsein für die eigene Gesundheit und Krankheitsprävention sowie die Solidarität und der Teamgeist gefördert. Das Personal ist informierter, ausgeglichener, belastbarer und dadurch weniger krank.	
Projektablauf / Methodik	Informationsflyer wird in regelmässigen Abständen an das gesamte Personal abgeben Regelmässig finden verschiedene Aktivitäten zum Thema Ernährung, Bewegung und Prävention statt.	
Projektergebnisse		
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtes Personal	
Projektevaluation / Konsequenzen	Teilnehmerzahl an den verschiedenen Anlässen Befragung der Teilnehmer	
Weiterführende Unterlagen		

10 Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge

10.1 Qualitätsmanagementstrategie

Das Spital Linth strebt ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis an. Die qualitätsfördernden Massnahmen sollen rasch zu sichtbaren Verbesserungen und Erleichterungen führen, um dadurch die Motivation für weitere Schritte und Massnahmen zu fördern.

Wir sind bestrebt weiterhin Defizite in der Qualität erkennbar zu machen und einen Veränderungsprozess bei den Führungskräften und sowie bei allen Mitarbeitern auszulösen.

Kontinuierliche Qualitätsverbesserung

Das Spital ist bestrebt das erreichte hohe Niveau der Qualitätsförderung zu erhalten und nach Möglichkeit weiter zu verbessern.

Regelmässiges Verbessern und Aufrechterhaltung von standardisierten Arbeitsabläufen in allen Spitalbereichen.

Kontinuierliche Förderung und Verbreitung des Qualitätsgedanken.

10.2 Q-Schwerpunkte 2010

- Umsetzung Risikomanagement
- Einführung neuer Qualitätsstandard „Abklärung, Behandlung und Betreuung“
- Durchführung einer Zuweiserbefragung
- Teilnahme an 2 SQLape-Messung „potentiell vermeidbare Zweitoperationen“ und „potentiell vermeidbare Rehospitalisationen“
- Teilnahme an Überwachung postoperativer Wundinfektion mit SwissNOSO
Erfolgreiche Reakkreditierung des Labors und Blutspendedienst zusätzlich mit der ISO-Norm 15189

10.3 Erreichte Q-Ziele 2009

Mitarbeiterbefragung 2008

Umsetzung der durch die Bereichleitungen erarbeiteten und von der GL genehmigten Verbesserungsmassnahmen

Re-Zertifizierung durch die Stiftung sanaCERT Suisse

Bei allen 8 Standards erzielte das Spital Linth die Beurteilung D, die Höchstnote.