



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



Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	1
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	1
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	3
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	4
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	6
	C1 Angebotsübersicht.....	6
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	9
D	Qualitätsmessungen	10
	D1 Zufriedenheitsmessungen.....	10
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	10
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	10
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	11
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	11
	D2 ANQ-Indikatoren.....	12
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	13
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	14
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	15
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	16
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	19
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	21
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	21
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	21
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	22
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	22
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	23
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	24
F	Schlusswort und Ausblick	25

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

A Einleitung

Die drei Spitäler Altstätten, Grabs und Walenstadt wurden im Jahr 2003 zur Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland (SR RWS) zusammengeschlossen. Seither wurde im Interesse der Patienten und der Mitarbeiter ein umfassendes Qualitätsmanagement aufgebaut und fortlaufend weiterentwickelt. 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 stetigen Optimierung und Anpassung des Qualitätsmanagements und der Integration und Umsetzung der externen Anforderungen (ANQ-Messungen, Berichtswesen). Unsere Bereitschaft zur transparenten Offenlegung unserer Leistungs- und Angebotsdaten äussert sich in der Publikation dieses Qualitätsberichtes.

B Qualitätsstrategie

B1 *Qualitätsstrategie und -ziele*

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 drei Spitalstandorte (Standard Beschwerdemanagement, Standard Notfall, Standard Sichere Medikation, 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.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

- Umfassende Überprüfung des gesamten Qualitätsmanagement im Zusammenhang mit dem Leitbild- und Strategieprozess des Gesamtunternehmens
- Beginn Konzeption qualitätsorientiertes Prozessmanagement
- Prozessdefinition und/oder -optimierungen in verschiedenen Klinikbereichen
 - sichere Medikation
 - Personaldienst
- Weitere Anpassung und Optimierung des Qualitätsmanagements
 - differenziertere interne Fachaudits (z.B. Notfall)
 - Einführung weiterer Kennzahlen
 - Anpassung an die nationalen Forderungen (Messungen ANQ)

- Teilnahme und Umsetzung der nationalen Forderungen :
 - Messungen
 - Berichterstattungen

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

- Vorliegende vom Verwaltungsrat verabschiedete Strategie inkl. klarer Umsetzungsplanung.
- Unter Integration von vielen Mitarbeitern aus unterschiedlichen Hierarchiestufen wurde ein neues Leitbild erstellt
- Vorliegende Analyse anhand der international anerkannten Norm ISO 9001:2008 (bzw. ISO 15224) und des Modelles EFQM
- Vorliegende neue Zielsetzungen und Optimierungsvorschläge
- Umgesetzte Vorbereitungsarbeiten zum Projekt „Einführung eines qualitätsorientierten Prozessmanagements“
- Definition der Prozesse
 - Sichere Medikation
 - Personalprozess
 - Prozess Schmerz
- Durchgeführte Audits mit einem externen Auditor in den drei Notfällen der Spitalregion. Vorliegende neue Zielsetzungen und Optimierungsvorschläge. Umgesetzte Verbesserungsmassnahmen (siehe....)
- Vorliegende Messresultate aller von ANQ geforderten Messungen

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Umsetzung der Strategie und des Leitbildes
- Aufbau und Umsetzung eines neuen prozessorientierten Qualitätsmanagements bzw. eines qualitätsorientierten Prozessmanagements“
- Definition und Optimierung weiterer Prozesse aus dem Bereich „Behandlung und Betreuung“
- Durchgeführte Audits mit einem externen Auditor in den drei Notfällen der Spitalregion. Vorliegende neue Zielsetzungen und Optimierungsvorschläge. Umgesetzte Verbesserungsmassnahmen (siehe....)
- Vorliegende Messresultate aller von ANQ geforderten Messungen

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt **90** Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Stefan Lichtensteiger EMBA, CEO	071 - 775 81 01	stefan.lichtensteiger@srrws.ch	Qualitätsverantwortlicher der Geschäftsleitung
Mirco Schweitzer, MSc Leiter QM SR RWS	071 - 775 81 55	mirco.schweitzer@srrws.ch	Leiter Qualitätsmanagement SR RWS Leiter Qualitätskommission
Barbara Frommelt, MAS (Leiterin MTT)	071 - 775 81 52	barbara.frommelt@srrws.ch	Qualitätskommission beratendes Organ (5 Mitglieder)
Manuela Ortner, MSc (Leiterin Pflege & MTT)	071 - 775 81 08	manuela.ortner@srrws.ch	

Dr.med. Andreas Irion (ärztl. Mitarbeiter GL)	071 - 775 81 56	andreas.irion@srrws.ch	
Roland Rubin (Leiter Betrieb und Organisation)	071 - 775 81 04	roland.rubin@srrws.ch	
Fachbezogene Spezialisten, z.B. Leiter Departement Anästhesie für sanaCERT Standard Nr. 5: Schmerzbehandlung			sanaCERT Standard- Verantwortliche
Repräsentative Vertretung von Berufsgruppen/ Funktionen pro Thema			Qualitätszirkel Arbeitsgruppen der einzelnen Spitäler, bezogen auf sanaCERT- Standards

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:
www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten:
	Spital Altstätten - Spital Grabs - Spital Walenstadt

C1 Angebotsübersicht

Angeborene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitalern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	An allen Standorten : im Rahmen der Inneren Medizin	
Allgemeine Chirurgie	An allen Standorten	
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	An allen Standorten : alle Narkoseverfahren, IMC (Intensivmedizinische Behandlungsstation = Intermediate Care), Notfallmedizin und Rettungsdienst, Schmerztherapie durch ausgebildete Schmerztherapeuten	
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>		Über Konsiliarärzte an allen Standorten
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>	Grabs und Walenstadt	
Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i>		Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital (Kantonsspital St.Gallen)
Handchirurgie	An allen Standorten : Spezialarzt für Handchirurgie in Altstätten und Grabs, Belegarzt für Handchirurgie in Walenstadt	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie <i>(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)</i>	In Walenstadt besonderer Schwerpunkt in Zusammenarbeit mit der Angiologie	Eigentliche Herz- und thorakale Gefässchirurgie erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital (Kantonsspital St.Gallen/Universitätsspital Zürich)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	An allen Standorten	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)</i>	Spital Walenstadt: Spezialarzt Angiologie, der auch die anderen Standorte mitbetreut	In der Gefässchirurgie vertragliche Kooperation mit der Gefässchirurgie USZ
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>	Im Rahmen der allgemeinen Inneren Medizin mit Fachberatungen Diabetes/Ernährung an allen Standorten	Regelmässige Sprechstunde durch die Endokrinologie KSSG in Walenstadt.
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>	Spital Altstätten: Spezialarzt Gastroenterologie, der auch die anderen Standorte mitbetreut Spezialarzt Gastroenterologie in Walenstadt	
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatric <i>(Altersheilkunde)</i>	Spital Altstätten: Eigene geriatriche Klinik	
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)</i>	An allen Standorten: im Rahmen der Inneren Medizin	
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>	An allen Standorten: im Rahmen der Inneren Medizin und Gastroenterologie	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>	An allen Standorten: im Rahmen der Inneren Medizin. Beschäftigung eines Infektiologen in Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital	Konsiliarische Beratung durch Infektiologie KSSG
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)</i>	Spital Altstätten: Spezialarzt Kardiologie, der auch die anderen Standorte mitbetreut	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	Spital Altstätten: Leitender Arzt Onkologie Spital Grabs: Onkologisches Ambulatorium, Brustzentrum, Vertragliche Zusammenarbeit mit der Onkologie Zentrumsspital (Kantonsspital St.Gallen) Spital Walenstadt: Leitender Arzt Onkologie, Zusammenarbeit mit Onkologie KSSG	

<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Spital Walenstadt: Dialysestation und Spezialärztin Nephrologie, Dienst für die gesamte Spitalregion. Enge Kooperation mit Nephrologie KSSG	Spital Altstätten: Kooperation mit Dialysepraxis in Altstätten
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	An allen Standorten	Spital Altstätten: Kooperation in geriatrischer Frührehabilitation mit Klinik Valens (Nebenstelle)
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Spital Walenstadt: Schlaflabor mit Betreuung durch Spezialarzt Pneumologie (Belegarzt)	
Intensivmedizin	An allen Standorten Intermediate Care (IMC)	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Belegärzte an allen Standorten	
Kinderchirurgie	Im Rahmen der allgemeinen Chirurgie an allen Standorten	
Langzeitpflege		Kooperationen mit Pflegeheimen und SPITEX-Diensten
Neurochirurgie		Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital (Kantonsspital St.Gallen)
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	Spital Grabs: Primary Stroke Unit in vertraglicher Zusammenarbeit mit Zentrumsspital und Spezialarzt Neurologie	
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Belegärzte an allen Standorten	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	An allen Standorten	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Belegärzte an allen Standorten	
Pädiatrie (Kinderheilkunde)		Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital (Ostschweizer Kinderspital St.Gallen)
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)	Spital Walenstadt: Spezialisierte Palliativstation Spital Altstätten und Grabs: In Palliativmedizin ausgebildetes ärztliches und pflegerisches Personal	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Belegärzte an allen Standorten	

Psychiatrie und Psychotherapie		Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischem Dienst des Kantons St.Gallen und den Psychiatrischen Kliniken des Kantons St.Gallen
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	An allen Standorten	
Tropen- und Reisemedizin		Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital (Kantonsspital St.Gallen)
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Belegärzte an allen Standorten	

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	An allen Standorten	
Ergotherapie	Spital Altstätten	
Ernährungsberatung	An allen Standorten	
Logopädie	Spital Altstätten	
Neuropsychologie		Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Kliniken des Kantons St.Gallen und Neurologie des Zentrumsspitals (Kantonsspital St.Gallen)
Physiotherapie	An allen Standorten	
Psychologie		Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischem Dienst des Kantons St.Gallen und den Psychiatrischen Kliniken des Kantons St.Gallen
Psychotherapie		Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischem Dienst des Kantons St.Gallen und den Psychiatrischen Kliniken des Kantons St.Gallen

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelte Patienten,	32 965	36 677	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	12	60	
Anzahl stationär behandelte Patienten,	15 664	15 494	Inkl. Säuglinge und Geriatrie
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	1 028	1 001	
Geleistete Pflegetage	103 220	102 509	Inkl. Säuglinge, Geriatrie und Intensivstation
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	291	304	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.2	6.6	Inkl. Säuglinge - ohne Geriatrie und Intensivstation
Durchschnittliche Bettenbelegung	87.2%	87.9%	



Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Siehe D2-5 – Zufriedenheitsmessung ANQ

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
X	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
	Bezeichnung der Stelle Beschwerdemanagement Spital Altstätten
	Name der Ansprechperson Dr. Salah Jawdat, CA Stv. Anästhesie, Mitglied Spitalleitung Manuela Ortner MSc, Leitung Pflege, Mitglied SL
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten) Zentrale: 071 757 44 11
X	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
	Bezeichnung der Stelle Beschwerdemanagement Spital Grabs
	Name der Ansprechperson Dr. Yves Crippa, CA Medizin, Mitglied der Spitalleitung Elvira Bohl, Assistentin Vorsitzender Spitalleitung
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten) Zentrale: 081 772 51 11
X	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
	Bezeichnung der Stelle Beschwerdemanagement Spital Walenstadt
	Name der Ansprechperson Dr. Dieter Schmidt, CA Medizin, Mitglied der Spitalleitung Irene Honhoff, Leitung Pflege, Mitglied der Spitalleitung
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten) Zentrale: 081 736 11 11

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
x	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht . Angehörige haben aber die Möglichkeit „Wünsche und Anregungen“ über das Beschwerdemanagement an uns zu richten. Diese Chance wird immer wieder auch von Angehörigen genutzt.

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.				
x	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.				
x	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	nach kantonalen Vorgaben 2013
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.				
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?					
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:		
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:		

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
x	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht systematisch . Laufend finden aber Gespräche zwischen den Mitgliedern der einzelnen Spitalleitungen und den Zuweisern statt. Dies um die Zufriedenheit und Verbesserungswünsche in Erfahrung zu bringen. Im Jahr 2011 sind daraus konkrete Optimierungsprojekte umgesetzt worden.

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für das Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: <input type="text"/> Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.		
Informationen für das Fachpublikum		
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ¹	

¹ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		

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

Messergebnisse

Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.

Informationen für das Fachpublikum

Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²
--------------------	--

² Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Chirurgie/Orthopädie, Gynäkologie

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)		Siehe unten	% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)		Siehe unten	% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen		Siehe unten	% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

³ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Infekterfassung SwissNOSO

Die Erfassung postoperativer Wundinfekte, schweizweit organisiert durch SwissNOSO, wurde 2009 gestartet. Erfasst werden in Altstätten, Walenstadt und Grabs postoperative Wundinfekte nach Hüft-TP und Koloneingriffen, in Grabs und Walenstadt zusätzlich nach Sektio. Im Jahr 2011 wurden von SwissNOSO die Resultate der Hüftprothesenerfassung vom 01.06.09 bis 31.5.10 inklusive Follow up nach einem Jahr (31.05.11) zugestellt. Dabei zeigten sich sehr niedrige Infektraten von 0% (0 Infekte bei 147 Eingriffen) für Altstätten/Grabs und 0% (0 Infekte bei 68 Eingriffen) für Walenstadt. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen im Vergleich zum Total der übrigen CH findet sich bezüglich Infektrate kein signifikanter Unterschied, es kann daher keine Aussage darüber gemacht werden, ob diese wirklich niedriger ist oder ob das Resultat „zufällig“ tief ist. Erfreulicherweise zeigte sich im Vergleich zu den letztjährigen Erfassungen bei der Sektio und der Kolonchirurgie dank den getroffenen Massnahmen und Kontrollen, dass alle Patienten eingeschlossen werden konnten, und auch das von der Spitalhygiene durchgeführte Follow up (Altstätten/Grabs 82%, Grabs 98.5%) hat sich im Vergleich zu den Voruntersuchungen deutlich verbessert. Die Resultate wurden den Chefärzten der involvierten Bereiche zugestellt, eine Fortbildung mit Präsentation ist für die Anästhesie vereinbart. Die Resultate der Erfassungen der Kolonchirurgie und der Sektios der Periode 2010/11 sind noch ausstehend.

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten⁴, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum

Messinstitution

Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?

Ja, unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?

Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → ...nur an folgenden Standorten:

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzenerhebung 2011 ausgeschlossen.

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
43 Patienten, wovon 9 Patienten intern gestürzt sind!	In Prozent:	30.3%	Die Analyse der Werte zeigt auf, dass insbesondere im Spital Altstätten viele Patienten hospitalisiert waren, die zu Hause gestürzt sind. Dies gibt eine Verzerrung der Resultate.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, die sich zum Stichtag im Spital aufgehalten, und der Messungsteilnahme zugestimmt haben.	
	Ausschlusskriterien	Alle ambulanten Patienten, und alle am Stichtag frisch eingetretenen Patienten. Insbesondere der Patienten, welche einer Teilnahme nicht zugestimmt haben.	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		138	Anteil in Prozent 63%
Bemerkung		Bei der Messung handelte es sich um ein Pilotprojekt, an welchem die Vorkommnisse an einem Tag/bzw. rückwirkend auf 30 Tage erhoben wurden. In der SR RWS verfügen wir über eine Vollerfassung der Dekubiti und Stürze. Es wurde vom QM ein Vergleich der Werte gemacht. Es konnte dabei festgestellt werden, dass die Werte der internen Meldeportale viel aussagekräftiger sind und uns vor allem in Bezug zu internen Verbesserungsmethoden besser unterstützen.	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Sturztag SR RWS	Weiter-Qualifizierung des Fachpersonales	Pflegefachpersonal/Physiotherapie	1x jährlich
Meldeportal Sturz	Laufende Erfassung der Stürze in der SR RWS	Sämtliche Pflegestationen SR RWS	Laufend
Coaching Pflegeentwicklung	Optimierung ausgewählter komplexer Patientensituationen	Sämtliche Pflegestationen SR RWS. Wenn eine Meldung Sturz eingeht, erfolgt automatisch eine Integration der Pflegeentwicklung in die Pflegesituation	Laufend
Schulung Pflegeentwicklung	Weiter-Qualifizierung des Fachpersonales	Pflegeentwicklung	1x jährlich Teilnahme an ausgewählter Fortbildung

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liegeposition in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →
<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt / Rückverlegung			Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
7	In Prozent	4.7	4	In Prozent:	2.4	Die Anzahl der im Spital erworbenen Dekubiti ist tiefer als der nationale Referenzwert.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, die sich zum Stichtag im Spital aufgehalten, und der Messungsteilnahme zugestimmt haben.	
	Ausschlusskriterien	Alle ambulanten Patienten, und alle am Stichtag frisch eingetretenen Patienten. Insbesondere der Patienten, welche einer Teilnahme nicht zugestimmt haben.	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		138	Anteil in Prozent 63%
Bemerkung		Bei der Messung handelte es sich um ein Pilotprojekt, an welchem die Vorkommnisse an einem Tag/bzw. rückwirkend auf 30 Tage erhoben wurden. In der SR RWS verfügen wir über eine Vollerfassung der Dekubiti und Stürze. Es wurde vom QM ein Vergleich der Werte gemacht. Es konnte dabei festgestellt werden, dass die Werte der internen Meldeportale viel aussagekräftiger sind und uns vor allem in Bezug zu internen Verbesserungsmethoden besser unterstützen.	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Dekubitusstag SR RWS	Weiter-Qualifizierung des Fachpersonales	Pflegeschicht/Physiotherapie	1x jährlich
Meldeportal Dekubitus	Laufende Erfassung der Stürze in der SR RWS	Sämtliche Pflegestationen SR RWS	Laufend
Coaching Pflegeentwicklung	Optimierung ausgewählter komplexer Patientensituationen	Sämtliche Pflegestationen SR RWS. Wenn eine Meldung Dekubitus eingeht, erfolgt automatisch eine Integration der Pflegeentwicklung in die Pflegesituation	Laufend
Schulung Pflegeentwicklung	Weiter-Qualifizierung des Fachpersonales	Pflegeentwicklung	1x jährlich Teilnahme an ausgewählter Fortbildung
Erstellung Patienteninformationsbroschüre.	Optimierte Information der Patienten und deren Angehörigen	SR RWS	Ab 2012

Auszug aus Bemerkung H+: Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheitssituationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. **Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spitalqualität nutzbar sind.** Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet. Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

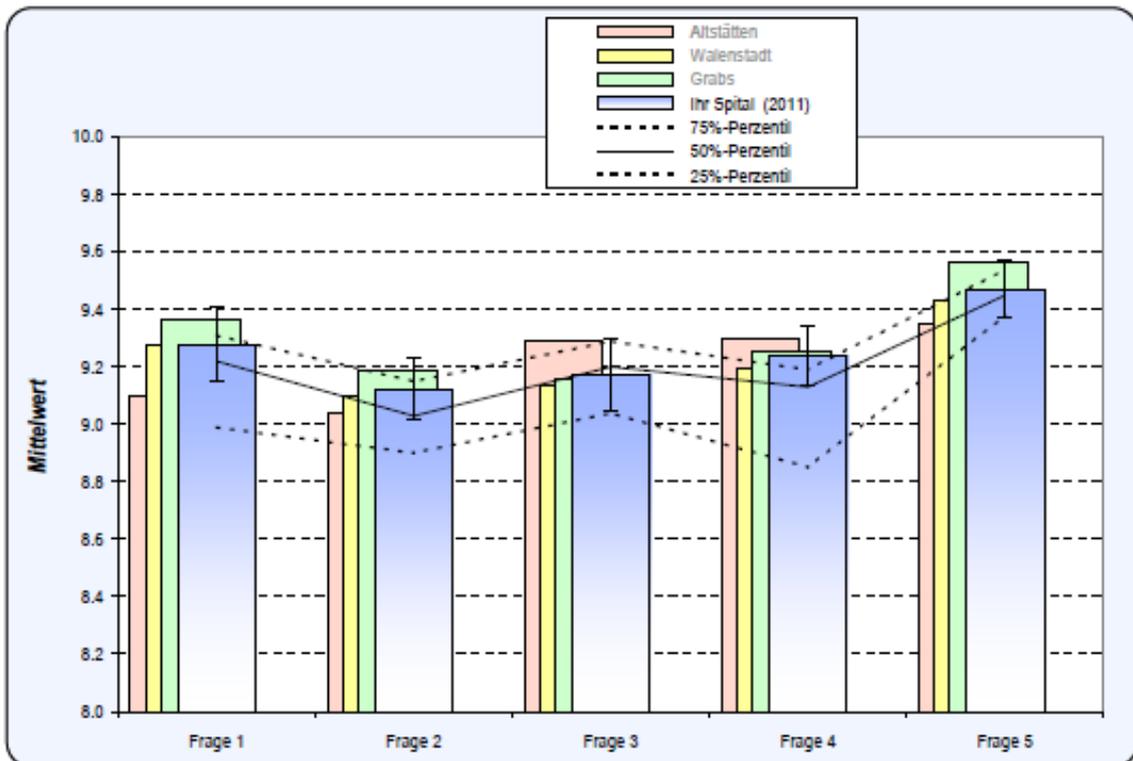
Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
Beschreibung des Instrumentes	Ein vom ANQ entworfener Fragebogen, welcher 5 Fragen umfasst.		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Grundsätzlich wurden alle erwachsenen stationären Patientinnen und Patienten mit Austritt im November 2011 befragt.	
	Ausschlusskriterien	-verstorbene Patienten -Mehrfachhospitalisierte wurden nur 1x befragt -Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		451	
Rücklauf in Prozenten		47%	Erinnerungsschreiben? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.28	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.12	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.17	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.24	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.47	0 = nie 10 = immer

Messergebnisse der letzten Befragung		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Bitte entnehmen sie die Detail-Werte der Befragung der Graphik auf der nächsten Seite. Vielen Dank. Die blaue Säule widerspiegelt das Gesamtergebnis der SR RWS. Die Höchstbewertung in der Umfrage betrug 10 Punkte. Der Durchschnitt in den einzelnen Bereichen beträgt 9.17-9.47. Aus diversen Untersuchungen ist bekannt, dass die Patienten mit der Betreuung in den Schweizer Spitälern insgesamt sehr zufrieden sind. Dies widerspiegelt sich auch in den unten stehenden sehr guten Resultaten für unser Unternehmen. Obwohl nicht alle Werte über dem Durchschnitt sind, gilt es zu bedenken, dass die Unterschiede zwischen den Spitälern sehr gering und statistisch nicht signifikant sind. Dennoch werden die Themen, die nicht dem Durchschnitt entsprechen, intern geprüft. Notwendige Optimierungsmassnahmen wurden bereits, oder werden zukünftig eingeleitet.		

Resultatübersicht



Grafik : Mittelwert aller Antworten je Spital (10 = max. Zufriedenheit; 0 = min. Zufriedenheit; Achtung: Darstellung beginnt bei 8.0)

	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5
Resultat (=Mittelwert) für Ihr Spital	9.28	9.12	9.17	9.24	9.47
75%-Perzentil (=Grenze zum besten Viertel)	9.31	9.15	9.29	9.19	9.54
50%-Perzentil (=Median aller Vergleichsspitäler)	9.22	9.03	9.20	9.13	9.45
25%-Perzentil (=Grenze zum schlechtesten Viertel)	8.99	8.90	9.04	8.85	9.38
Vertrauensintervall (90 %) + / -	0.13	0.11	0.13	0.10	0.10
Standardabweichung	1.67	1.39	1.56	1.30	1.29
Anzahl Angaben (für Ihr Spital)	451	451	401	423	450
Interner Vergleich :					
Grabs	9.36	9.18	9.16	9.26	9.56
Walenstadt	9.28	9.10	9.13	9.19	9.43
Altstätten	9.10	9.04	9.29	9.30	9.35

Resultatübersicht

Die 5 Fragen der nationalen Patientenbefragung 2011

- Frage 1 Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?
- Frage 2 Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?
- Frage 3 Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?
- Frage 4 Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?
- Frage 5 Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	Händehygiene, Adhärenz mit den 5 Gelegenheiten der Händedesinfektion im pflegerischen Alltag und während der Arztvisite

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:

Messergebnisse	-
<p>2011 wurde an allen Standorten der SR RWS die durch den Hygieneverbund Ostschweiz initiierte Händehygienekampagne durchgeführt. Diese beinhaltete Besuche der Abteilungen mit dem Händehygienemobil und der Erfassung der Adhärenz gemäss den WHO-Kriterien „my five moments“ mit direktem Feedback an die beobachteten Personen. Zudem wurde mit Türschildern, wo das Kaderpersonal auf die Wichtigkeit der Händedesinfektion hingewiesen hat, ein besonderes Augenmerk auf die Indikation „vor Patientenkontakt“ gelegt. Erfreulicherweise zeigte sich sowohl im Vergleich zur Vorerfassung und im Vergleich mit allen anderen Spitälern ein sehr gutes Resultat mit einer Adhärenz von über 95%:</p> <p>Erfreulich gute Ahärenz mit der Händedesinfektion an allen drei Standorten</p>	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der konkreten Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Clean Hands (Hygieneverbund Ostschweiz)

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Vollerhebung der gestürzten Patienten mittels Meldeportal inkl. Daten bezgl.: -Risikofaktoren -Sturzzeit, Ort, Vorgehen -Präventive Massnahmen geplant und umgesetzt etc..

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Sturzfolgen (Untersuchung, Behandlung, Verletzung)	Anzahl ohne Sturzfolgen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
340	93	247	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Meldeportal SR RWS

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Sämtliche in der Spitalregion gestürzten Patienten. Mehrfachstürze werden ebenfalls erfasst.		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	14636 Patientenaustritte	Anteil in Prozent	Inzidenz Stürze: 2.32	
Bemerkung	<p>Im Vergleich mit den nationalen Referenzzahlen, tiefe Sturzrate. Das heisst, bei uns stürzen verhältnismässig weniger Patienten als in Vergleichsspitäler.</p> <p>Die Daten sind mit Vorsicht zu geniessen, da wenige Spitäler über eine Vollerhebung der Dekubiti verfügen.</p>			

D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Vollerhebung: Anzahl Dekubiti (Im Spital entstandene, bereits bei Eintritt vorhandene) -Grad -präventive Massnahmen umgesetzt -Zusammenhang Einschätzung Bradenskala und Vorkommnis Dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Meldeportal SR RWS

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Sämtliche in der Spitalregion vorkommenden Dekubiti (z.B. auch bei Eintritt vorhandene) werden im Meldeportal erfasst.	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	14636	Anteil in Prozent	1.67
Bemerkung	<p>Im Vergleich mit den nationalen Referenzzahlen, tiefe Dekubitusrate.</p> <p>Die Daten sind mit Vorsicht zu geniessen, da wenige Spitäler über eine Vollerhebung der Dekubiti verfügen.</p>		

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokardinfarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	A 2006	B
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	A 2003	B
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A 1984	B
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	A 2006	C
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	B	
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	A 2004	C
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	B	
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C 2012	B
SRROAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	B	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	B	
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	B	
Überregionale Krebsregister	B:Krebsregister des Kantons St. Gallen - Appenzell	A 1980	A

E Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
sanaCERT	Gesamtinstitution	SPAL: 2005	2009, Überwachungsaudit: 2012	Gültig bis 2012
		SPGR: 2010	Überwachungsaudit: 2011	Gültig bis 2013
		SPWA: 2010	Überwachungsaudit: 2011	Gültig bis 2013

⁵ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

IVR	Rettungsdienst SR RWS	2008	Anerkennung auf 2013 geplant	
UNICEF Stillfreundliches Geburtsklinik	Geburtsklinik	SPGR	2011	
	Geburtsklinik	SPWA	2011	
QUALAB	Labordienst	Jährlich	2011	
SwissMedic	Blutspendedienst	2009	Betriebsbewilligung bis 2012	
H+	Arbeitssicherheit	2006	2011 in Altstätten	

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Risikomanagement	Vorbereitung auf und Vermeidung von allgemeinen, klinischen und strategischen Risiken (z.B. Katastrophen, Verwechslungen, Personalmangel....)	Gesamtunternehmen unter der Leitung des Risikomanagers. Dies im Auftrag und unter Integration der Geschäftsleitung und des QM.	laufende Tätigkeit
CIRS	Vermeidung von Beinahe-Komplikationen im Spitalbereich. Erhöhung der Patientensicherheit.	Gesamtunternehmen	Laufende Tätigkeit
Beschwerdemanagement	Erfassung von Beschwerden und Anregungen von Patienten und Angehörigen. Daraus abgeleitet, stetige Verbesserung der Dienstleistung.	Gesamtunternehmen	Laufende Tätigkeit
Vorschlagswesen	Mitarbeitervorschläge zur Verbesserung der Abläufe, Dienstleistung	Gesamtunternehmen	Laufende Tätigkeit
Bearbeitung von 8 sanaCERT Standards	Stetige Verbesserung in den Bereichen: -QM -Hygiene -Schmerz -CIRS (siehe oben) -BM (siehe oben) -Notfall -Sichere Medikation -Palliative Care	Entsprechende Bereiche in allen drei Spitälern	Laufende Tätigkeit
Bearbeitung von 8 sanaCERT Standards (Fortsetzung)			
Demenz und Delirmanagement	Schulung der Mitarbeitenden Dadurch Erhöhung der Betreuungsqualität	Spital Altstätten, wegen Schwerpunkt Geriatrie Umsetzung Spital Grabs und Walenstadt im 2011 geplant	Laufende Tätigkeit
Ethikkonsil	Transparente Entscheidungsfindung in herausfordernden Situationen,	Spital Walenstadt, Umsetzung Spital Grabs und Altstätten im 2012 geplant	Laufende Tätigkeit
Palliative Care	Erfassung und	Spital Altstätten, Grabs und	Laufende Tätigkeit

	Verbesserung der Betreuungsqualität	Walenstadt	
Team Time Out	Erhöhung der Patientensicherheit durch Team- Schlussüberprüfung mittels Checkliste (richtiger Patient, richtiger Eingriff, richtiger Ort...).	In allen Operationssälen der Spitäler Altstätten, Grabs und Walenstadt	Laufende Tätigkeit

F

Schlusswort und Ausblick

Die relevantesten Themen im Jahr 2011 waren die Überprüfung des bestehenden Qualitätmanagements (QM) und das Streben nach „Kontinuierlicher Verbesserung“.

Eine erste externe Überprüfung fand am 23.06.2011 in den Spitälern Grabs und Walenstadt statt. Dies in der Form eines Audits durch die Stiftung sanaCERT. Ohne verbindliche Empfehlungen konnte dieses äusserst erfolgreich abgeschlossen werden. Zudem fanden wichtige Gespräche mit dem Geschäftsleiter der Stiftung sanaCERT statt, um die erste gemeinsame Rezertifizierung SR RWS vorzubereiten. Diese findet am 12.06.2012 in der gesamten Spitalregion statt. Die gemeinsame Rezertifizierung ermöglicht eine inhaltliche und organisatorische Vereinheitlichung des QM's und Ressourcenoptimierung.

Im Rahmen des Strategieprozesses wurde die QM-Arbeit im Juni überprüft. Dies anhand zwei international anerkannten Modelle ISO 9001:2008 und EFQM. Stärken und Optimierungspotentiale konnten eruiert und der Geschäftsleitung unterbreitet werden. Als Stärke wurde die Wirksamkeit und Praxisrelevanz des QM's genannt, als wichtigste Verbesserungsmöglichkeit die Notwendigkeit der Einführung eines Prozess- und Dokumentenmanagement-systems. Wichtige Vorbereitungsarbeiten bis hin zur Entscheidungsfindung fanden diesbezüglich statt und erfolgten in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Unternehmensentwicklung der Spitalregion Fürstenland Toggenburg.

Auch dieses Jahr nahm die Umsetzung verschiedener Messungen nach Vorgaben des Vereins für Qualitätsentwicklungen in Spitälern und Kliniken (ANQ) viel Zeit in Anspruch. Erstmals wurde die Sturz- und Dekubitusrate nationalweit gemessen.

In 20 Qualitätszirkel wurden weitere Optimierungsarbeiten geleistet. Besonders erwähnenswerte Umsetzungen waren z.B. die in der gesamten Spitalregion eingeführte, einheitliche Schmerzkarte und Schmerzbehandlung, ein einheitlich umgesetztes Beschwerdemanagement und CIRS-Konzept über die gesamte Spitalregion und die Umsetzung des Pilotprojektes „einheitliches Verordnungsblatt“.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch das Streben nach stetiger Verbesserung zukunfts- und wegweisende Arbeiten geleistet wurden.

Prozesseigner:	Gültigkeitsbereich: QM SR RWS		Version: 1.0
Leiter QM SR RWS	Freigabe ab: 06/2012, GL	Datum: 31.05.2012	Gültig bis: 12/2012