

Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+

Version 8.0



Akutsomatik

Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland
Spitäler Altstätten, Grabs, Walenstadt
Alte Landstrasse 106
9445 Rebstein
www.srrws.ch

Freigabe am:
durch:

18. Mai 2015
Lichtensteiger Stefan, CEO und Qualitätsbeauftragter
Hutter Goar, Leiter Qualitäts- und Prozess-Management

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2014.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Register-teilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

Herr
Goar Hutter Dipl. Ing. FH NDS
Leiter Qualitäts- & Prozess-Management SR RWS

Alte Landstrasse 106 | CH-9445 Rebstein

T +41 71 775 82 98 (direkt)

M +41 76 348 25 35

goar.hutter@srrws.ch

www.srrws.ch

Vorwort von H+ die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und gewissen kantonalen Messungen teil.

Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) werden Qualitätsmessungen in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2014 das zweite nationale Pilotprogramm „progress! Sichere Medikation an Schnittstellen“. Ziel ist es die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie an Behandlungsschnittstellen zu verbessern. 2013 startete die Stiftung bereits ein Programm, das auf die Sicherheit in der Chirurgie fokussiert ist. Die beiden Programme sind Bestandteile der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in diesem Bericht publizierten Resultate der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messresultate zwischen den Betrieben sind gewisse Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum einen sollte das Leistungsangebot (vgl. C2) ähnlich sein. Ein Regionalspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messresultate unterschiedlich zu werten sind. Zum anderen die Spitäler und Kliniken verschiedene Messinstrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebungsmethodik und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	3
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	3
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	4
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C1	Kennzahlen 2014	6
C2	Angebotsübersicht	6
D	Zufriedenheitsmessungen	10
D1	Patientenzufriedenheit	10
D2	Angehörigenzufriedenheit	11
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	11
D4	Zuweiserzufriedenheit.....	11
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	12
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	12
E1-1	Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	12
E1-2	Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	13
E1-3	Messung der Wundinfektionen nach Operationen	14
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus	15
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik	18
E1-7	SIRIS Implantatregister	19
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014	20
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	20
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	21
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	22
G	Registerübersicht	23
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	25
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	25
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	25
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	26
I	Schlusswort und Ausblick	26

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, deren Angehörige und den Mitarbeitenden ein Qualitäts- und Prozessmanagement-System aufgebaut und fortlaufend weiterentwickelt. In der Zwischenzeit ist es in der SR RWS etabliert und hilft mit, den Leistungsauftrag in der geforderten Qualität umzusetzen und weiter zu entwickeln.

Ende 2014 wurde eine komplett überarbeitete neue Homepage www.srrws.ch aufgeschaltet, welche sich konsequent auf die Anspruchsgruppen Patienten, Zuweiser, Bewerber und Besucher fokussiert. Parallel dazu wurde unser Corporate Design Handbuch überarbeitet und ab März 2015 in Kraft gesetzt.

Der gegenwärtige Schwerpunkt liegt auf der stetigen Optimierung und Anpassung des Qualitäts- und Prozessmanagements und der Integration und Umsetzung der externen Anforderungen. Zur Unterstützung dieser Schwerpunkte soll ein erweitertes Dokumenten-Management zur Lenkung und Identifikation der Dokumente und Daten eingeführt werden. Parallel zu diesen Aktivitäten wird das Projekt- und Wissensmanagement überarbeitet und neu aufgesetzt.

Unsere Bereitschaft zur transparenten Offenlegung unserer Leistungs- und Angebots-Daten äussert sich in der Publikation dieses Qualitätsberichtes und in der Publizierung der Ergebnisse auf www.anq.ch. Dieser Bericht ist integraler Bestandteil des Geschäftsberichtes der SR RWS, welcher auch auf unserer Homepage aufgeschaltet ist.

Im Kalenderjahr 2014 konnten wir die Vorgaben unseres Gesundheitsdepartements, von **sanaCERT** suisse (Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen) und **ANQ** (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) sowie von anderen Fachgremien erfolgreich erfüllen. Die aktive Mitarbeit bei der Umsetzung der Führungs- und Organisationsstrukturen (**FOS**) unserer Spitalregion zeigt sich in der detaillierten Aufbauorganisation der Organisationseinheiten. Die FOS wird unser Qualitätsmanagement-System bezüglich der Prozess-Architektur und -Ausgestaltung in der Ablauforganisation prägen. Eine einheitliche Festlegung von Schlüsselbegriffen wird daraus resultieren und dessen eindeutige Nachvollziehbarkeit sicherstellen.

Beim Überwachungsaudit durch sanaCERT im Juni wurden die Standards „Sichere Medikation“, „Umgang mit kritischen Zwischenfällen“ und „Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation“ am Standort Altstätten detailliert und erfolgreich überprüft. Die guten Ergebnisse in Kombination mit dem Grundstandard konnten auch auf der Begehung mit Mitarbeitergesprächen bestätigt werden.

Im November konnten wir beim Rezertifizierungsaudit das UNICEF Qualitätslabel „Baby Freundliches Spital“ am Standort Walenstadt wieder entgegennehmen und im März erhielten wir die Anerkennung „Wundbehandlungszentrum“ am Spital Grabs.

Es ist uns ein grosses Anliegen, unsere Qualitätsmanagementbestrebungen in einem breiten Fachnetzwerk mit anderen Regionen und Spitälern zu den besten Leistungen in der Behandlung und Betreuung unserer Patientinnen und Patienten kontinuierlich auszubauen und zu stabilisieren. Externe Überprüfungen fordern uns zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Systemvorgaben auf.

Eindeutige und einheitliche Vorgaben zur Identifikation und Lenkung von Dokumenten und Daten und deren Systeme werden unsere Arbeiten in naher Zukunft prägen und nochmals verbessern. Mit unserem Meldeportal werden verschiedene Prozessverbesserung, Meldepflichten sowie Reporting-Grundlagen systematisch erfasst und gelenkt.

Auf www.srrws.ch und www.spitalinformation.ch werden unsere Leistungen transparent und aktuell aufgezeigt.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Unser Leitbild ist auf unserer Homepage unter <http://www.srrws.ch/ueber-uns/organisation/leitbild.html> einsehbar. Im Mittelpunkt unseres Handelns stehen die Patientinnen und Patienten. Es ist eine Orientierungshilfe für unsere tägliche Arbeit, wird beim Begrüssungstag durch den **CEO** (Chief Executive Officer) vorgestellt und wurde von Mitarbeitenden und Geschäftsführung der SR RWS in einem Leitbildprozess gemeinsam entwickelt:

- Wir erbringen hochstehende, für alle zugängliche Gesundheitsleistungen, übernehmen Bildungsverantwortung und gehen mit unseren Ressourcen gewissenhaft um.
- Wir stellen uns stets die Frage, was für die PatientInnen das Beste ist - und handeln danach.
- Wir erbringen unsere Leistungen in hoher Qualität und überprüfen unsere Ergebnisse regelmässig.
- Wir haben Freude an unserer Arbeit und identifizieren uns mit unserem Tun.
- Wir hören zu und kümmern uns – aufmerksam, freundlich, partnerschaftlich.
- Wir handeln im Interesse der gesamten Spitalregion RWS und werden als Einheit wahrgenommen.
- Wir entwickeln unsere Kompetenzen in der Zusammenarbeit und Vernetzung stetig weiter.
- Wir pflegen ein Klima des gegenseitigen Respekts und Vertrauens – wir stehen für einander ein.

Das Qualitätsmanagement nimmt eine zentrale Stellung in der Führungs- und Organisationsstruktur (FOS) der SR RWS ein. Der Leiter Qualitäts- und Prozessmanagement ist als Geschäftsleitungs-Stabseinheit direkt dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung/ CEO unterstellt. Sämtliche wichtige Aspekte werden vom ihm mit den Mitgliedern der Geschäftsleitung (**GL**), welche auch die Aufgabe der Q-Kommission wahrnimmt, behandelt und verabschiedet. Damit ist eine Verankerung des Qualitätsmanagements auf oberster Führungsebene der Spitalregion sichergestellt.

Nach Vorgaben des Verwaltungsrates der Spitalverbunde richten sich alle öffentlichen Akutspitäler des Kantons einheitlich nach den Qualitätsstandards der sanaCERT Suisse aus. Dazu sind durch Beschluss des Verwaltungsrates vier Pflichtstandards vorgegeben (Grundstandard Qualitäts-Management, Infektionsprävention und Spitalhygiene, Sichere Medikation und Umgang mit kritischen Zwischenfällen). Die Spitalregion RWS definiert die weiteren vier für eine Zertifizierung notwendigen Standards einheitlich für alle drei Spitalstandorte (Beschwerden und Wünsche von Patientinnen und Patienten, Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation, Schmerzbehandlung und Palliative Betreuung).

Auf Ebene der Spitalregion werden die einzelnen Standards jeweils durch Steuerungsgruppen geleitet, die fachlich übergreifende Kompetenz in ihrem Themengebiet ausweisen. Auf Spitalebene sind Qualitätszirkel eingesetzt, die die organisatorischen und dem Leistungsauftrag entsprechenden Spitalstrukturen abbilden und in ihrem Spital für die Umsetzung verantwortlich sind. Neben der Zertifizierung des Gesamtunternehmens unterstützt die GL die Fachbereiche auch zur Erreichung von spezifischen Zertifikaten, Anerkennungen und Labels.

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 auch die Rückspiegelung aus Patientensicht zu beachten und in die Qualitätsarbeit einfließen zu lassen.

Es besteht ein Organigramm für die externe Kommunikation und eine interne, detaillierte Darstellung der Organisationseinheiten der SR RWS. Diese interne Darstellung beruht auf einer klar festgelegten Syntax zur Aufbauorganisation.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014

Erweiterung der prozessorientierten Qualitätsmanagementsystematik hinsichtlich der FOS-Strategie:

1. Vorgaben von sanaCERT konsequent erfüllen.
2. Umsetzung der nationalen Forderungen von ANQ zu Messungen der Patientenzufriedenheit, von Swissnoso, Dekubitus und Sturz, vermeidbare Reoperationen und Rehospitalisationen sowie der Implantat-Register.
3. Überprüfung und Ausbau des qualitätsorientierten Prozessmanagements mit dessen Prozesslandkarten. Prozess-Definitionen und/ oder –Optimierungen.

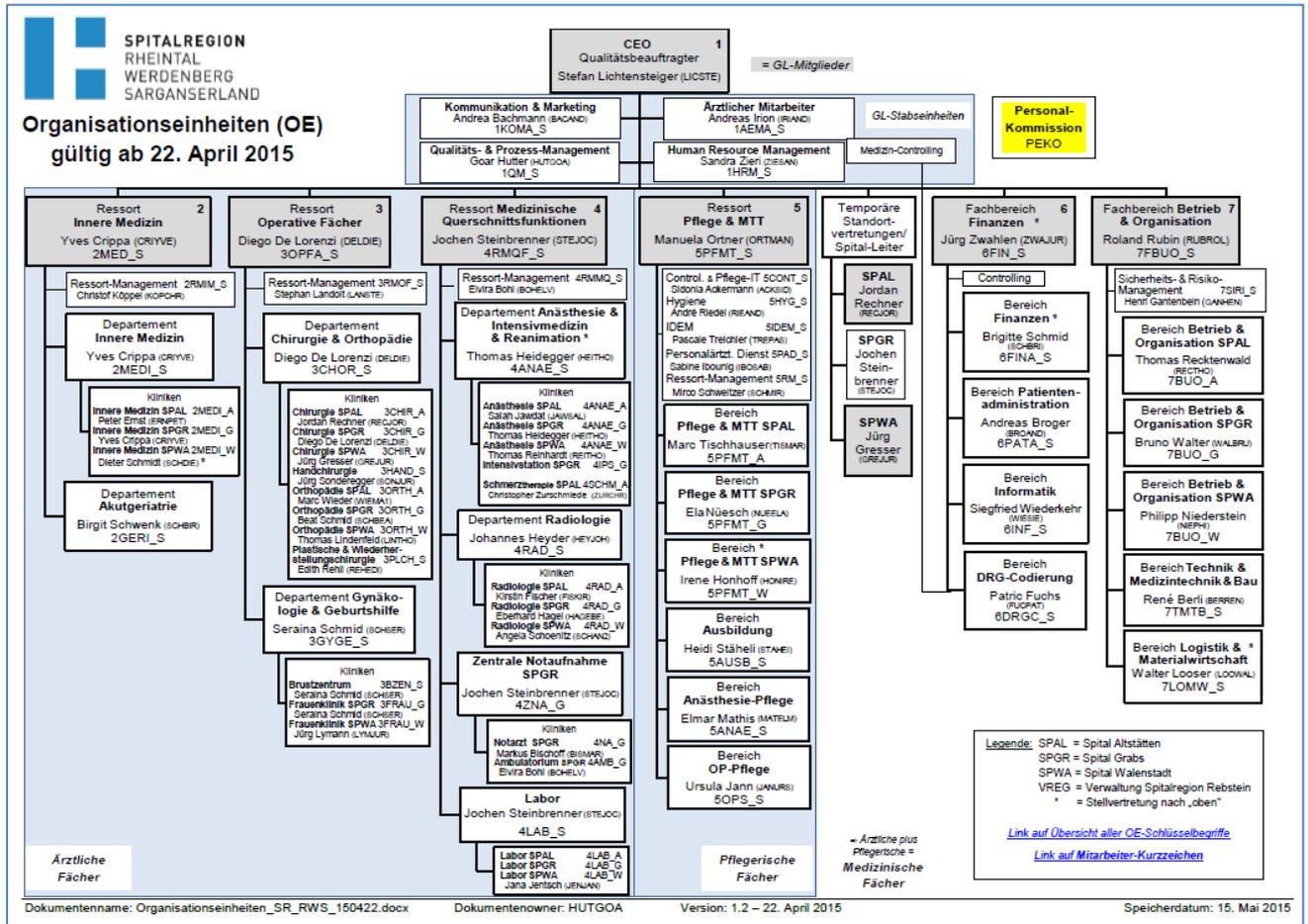
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

1. Erfolgreiches Überwachungsaudit durch sanaCERT am Standort Altstätten am 17. Juni 2014 und positiv aufbauende Messresultate der von ANQ geforderten Messungen.
2. Umsetzung und Überführung der Führungs- und Strategiepapiere der 3 ärztlichen Ressorts in die alltäglichen Prozesse.
3. Freigabe der auf den FOS-Papieren basierenden spitalübergreifenden Aufbauorganisation mit dessen Organisations-Einheiten und sinnvolle Verknüpfung mit den spezifischen Fachbereichs- bzw. Ressort-Organigrammen. Konsequenter Einsatz der eindeutigen Mitarbeiterkurzeichen eingefordert.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

4. Vertiefte Umsetzung der Strategie und des Leitbildes aus Kapitel B1.
5. Die vom Volk im Herbst 2014 freigegebenen Spitalneubauten in Altstätten und Grabs werden unsere Qualitätsentwicklungen massgebend unterstützen.
6. Weiterentwicklung und Überprüfung des prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems. Zusammenführung der Prozesslandkarte in das Qualitätsmanagement zu einem System.
7. Aufbau und Umsetzung eines Dokumentenmanagements und deren Systeme in Kombination mit einem Intranet-Redesign.
8. Definition und Optimierung weiterer Prozesse im Sinne des KVP (Kontinuierlicher Verbesserungs-Prozess).
9. Durchführung der von ANQ geforderten und optimierten Messungen.
10. Erfolgreiche Überwachungs- und Rezertifizierungs-Audite durch sanaCERT sowie Wechsel von einzelnen Standards nach den Vorgaben. Überprüfung der Anforderungen im Fokus auf unser kantonal geregeltes Risikomanagement.
11. Weiterausbau unseres Meldeportals mit Themen wie „Stich- und Schnittverletzungen“ sowie Unterstützung bei den Meldepflichten.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



Die Aufgaben des ANQ-Qualitätsvertrages werden von folgenden Personen wahrgenommen:

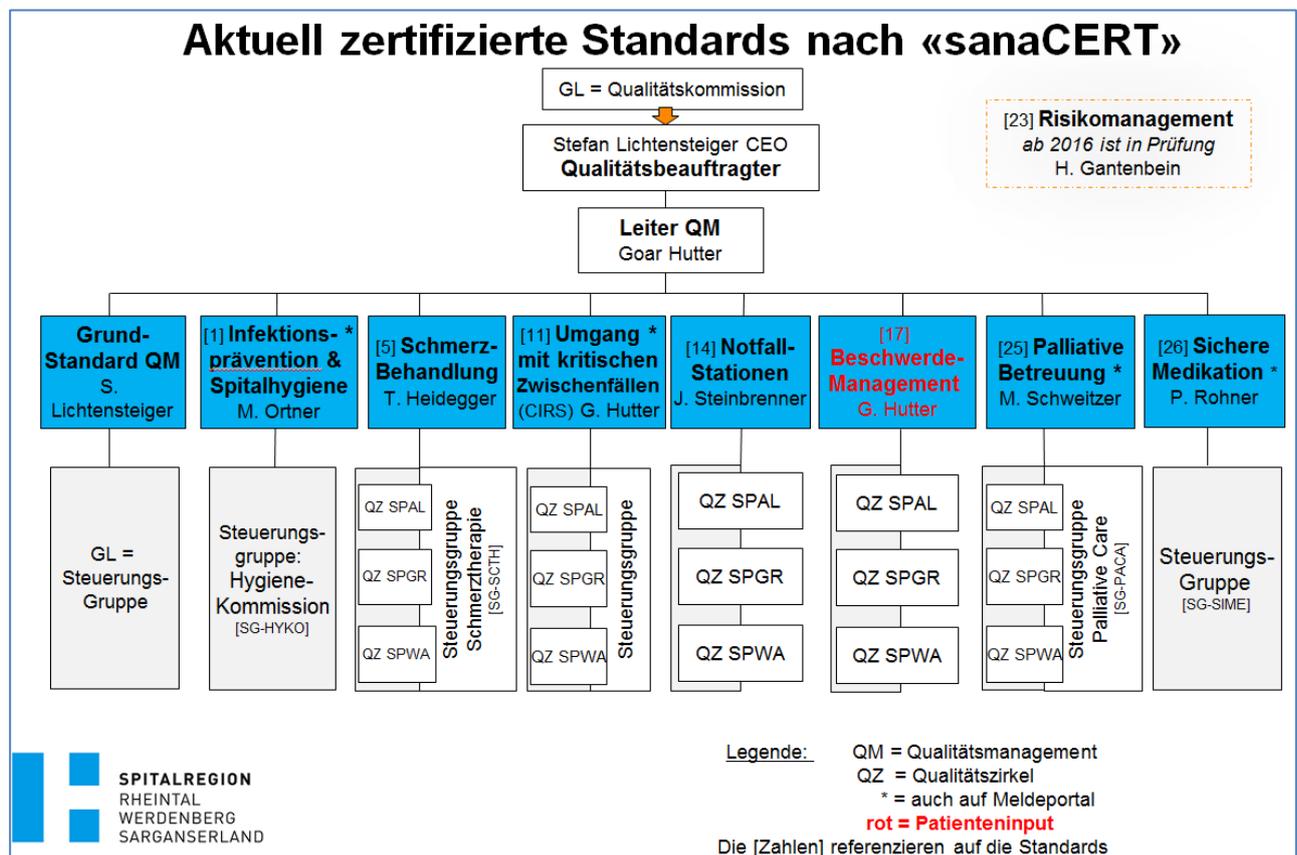
Inteme Zuständigkeiten ANQ/ H+	Thema/ Leistung	Verantwortung	Informationspflicht und Mitarbeit
Qualitätsvertrag ab 1.1.2011	Legt beidseits die Aufgaben und Pflichten fest	Stefan Lichtensteiger [1CEO_S]	GL
Infektionsmessungen nach Swissnoso	Postoperative Wundinfektionen (Erfassung 1.10 - 30.9)	M. Schlegel KSSG mit André Riedel [5HYG_S]	Andreas Irion/ Goar Hutter
SQLape Rating für ...	Rehospitalisation Reoperation	Andreas Irion [1AEMA_S]	Goar Hutter
SIRIS	Implantatregister	Andreas Irion [1AEMA_S]	Goar Hutter
Sturz und Dekubitus / freiwillig: Freihandbeschränkende Massnahmen; inklusive Prävalenzmessung im November	Mirco Schweitzer [5RM_S]	Goar Hutter
Patientenzufriedenheit	Befragung nach ANQ im September	Goar Hutter [1QM_S]	Andreas Irion
Haftpflicht / Haftpflichtversicherung	-	Brigitte Schmid* [6FINA_S]	* Koordination via Goar Hutter
Berichterstellung H+	bis 31. Mai ins Netz stellen	Goar Hutter [1QM_S]	Andreas Irion/ André Riedel/ Mirco Schweitzer
⇒ kein Bestandteil des Qualitätsvertrages mit der ANQ			
Qualitätsindikatoren für Akutspitäler BAG	-	Andreas Irion [1AEMA_S]	-
Mitarbeiterzufriedenheit	Bestandteil HRM ... nächste Befragung geplant auf 2016	Sandra Zieni [1HRM_S]	Stefan Lichtensteiger
Abgehörigenzufriedenheit	Bestandteil im ...	Qualitätszirkel Beschwerde-Management	-
Zuweiserzufriedenheit	Bestandteil Zuweisermanagement ... letzte Befragung 2013	Andrea Bachmann [1KOMA_S]	-

Wichtig: Der CEO ist für die primäre Triage von ANQ-Weiterleitungen an die Kommunikationsverantwortlichen zuständig [150323 LICSTE]

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung durch den Qualitätsbeauftragten in Personalunion mit dem CEO vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabseinheit direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	150 % Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Vorname NAME, Titel	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung/ Tätigkeitsgebiet
Stefan LICHTENSTEIGER, EMBA HSG	+41 71 775 81 01	stefan.lichtensteiger@srrws.ch	CEO und Qualitätsbeauftragter
Goar HUTTER, Dipl. Ing. FH NDS	+41 71 775 82 98	goar.hutter@srrws.ch	Leiter Qualitäts- und Prozessmanagement
Andreas IRION, Dr.med.	+41 71 775 82 98	andreas.irion@srrws.ch	Ärztlicher Mitarbeiter der GL
André RIEDEL	+41 81 736 10 45	andre.riedel@srrws.ch	Fachexperte für Infektionsprävention und Spitalhygiene
Mirco SCHWEITZER, MSc.	+41 71 775 82 98	mirco.schweitzer@srrws.ch	Ressortmanager Pflege & MTT





Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Spitalgruppe			
<input checked="" type="checkbox"/> Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	mit folgenden Fachbereichen:		
	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Spital 9450 Altstätten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spital 9472 Grabs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spital 8880 Walenstadt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht:

[Geschäftsberichte der SR RWS](#)

C1 Kennzahlen 2014

Die Kennzahlen 2014 finden Sie nach dessen Veröffentlichung im aktuellen Jahresbericht auf dem Internet: [Geschäftsberichte der SR RWS](#)

C2 Angebotsübersicht

Angeborene medizinische Fachgebiete	An den Standorten ⇒ ohne speziellen Nennung gilt immer ⇒ an allen Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten, etc.)
Allergologie und Immunologie	Im Rahmen der Inneren Medizin	
Allgemeine Chirurgie	An allen Standorten; Spezialangebot Viszeralchirurgie in Grabs	Kooperation „spezialisierte Viszeralchirurgie“ mit dem Kantonsspital St. Gallen (KSSG) und dem Spital Wattwil
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Alle Narkoseverfahren, IMC (Intensivmedizinische Behandlungsstation = Intermediate Care), Notfallmedizin und Schmerztherapie durch ausgebildete Schmerztherapeuten	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	-	Über Konsiliarärzte
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Grabs & Walenstadt; Das Brustzentrum wird interdisziplinär in Grabs geführt	Kooperation mit dem Brustzentrum vom KSSG
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	-	Zusammenarbeit mit dem Zentrums- spital (KSSG)
Handchirurgie	Spezialarzt für Handchirurgie in Altstätten und Grabs	Belegarzt für Handchirurgie in Walenstadt

Herzgefässchirurgie	-	Herz- und thorakale Gefässchirurgie erfolgt in Zusammenarbeit mit den Zentrumsspitalern (KSSG) und dem Universitätsspital Zürich (USZ)
Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten ⇨ ohne speziellen Nennung gilt immer an allen Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitalern / Institutionen, Belegärzten, etc.)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	Walenstadt: Spezialarzt Angiologie für Spezialangebot Gefässmedizin	In der Gefässmedizin vertragliche Kooperation mit der Gefässchirurgie am USZ
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Im Rahmen der allgemeinen Inneren Medizin mit Fachberatungen Diabetes/ Ernährung	Walenstadt: Ärztin mit Fachausweis Diabetologie; Regelmässige Sprechstunde durch die Endokrinologie KSSG
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Altstätten: Spezialarzt Gastroenterologie, der auch die anderen Standorte mitbetreut; Walenstadt: Spezialarzt Gastroenterologie	-
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)	Altstätten & Walenstadt: Departement Akutgeriatrie und Frührehabilitation	-
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	Im Rahmen der Inneren Medizin	-
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	Im Rahmen der Inneren Medizin und Gastroenterologie	-
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Im Rahmen der Inneren Medizin; Beschäftigung eines Infektiologen in Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital KSSG	Regelmässige Visiten durch die Infektiologie vom KSSG
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)	Altstätten und Grabs: Spezialangebot Kardiologie, die Kardiologen betreuen auch die anderen Spitäler	-
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Altstätten: Leitender Arzt Onkologie Grabs: Onkologisches Ambulatorium, Brustzentrum, Vertragliche Zusammenarbeit mit der Onkologie Zentrumsspital KSSG; Walenstadt: Leitender Arzt Onkologie, Zusammenarbeit mit Onkologie KSSG	-

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten ⇨ ohne speziellen Nennung gilt immer an allen Standorten	Zusammenarbeit im Versor- gungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten, etc.)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisier- tes Pflegepersonal):		
☒ Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>	Walenstadt: Dialysestation und Spezialärztin Nephrolo- gie, Dienst für die gesamte Spitalregion. Enge Kooperation mit der Nephrologie vom KSSG	Altstätten: Kooperation mit Dialysepraxis in Altstätten
☒ Physikalische Medizin und Rehabilita- tion <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	An allen Standorten; In Altstätten und Walen- stadt auch Ergotherapie und Logopädie	Altstätten: Kooperation in ambulanter geriatri- scher Frührehabilitation mit den Kliniken Valens (Nebenstelle)
☒ Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	Walenstadt: Schlaflabor mit Betreu- ung durch Spezialarzt Pneumologie (Belegarzt)	-
Intensivmedizin	Intensivstation in Grabs; IMC in Altstätten und Walenstadt	-
Kiefer- und Gesichtschirurgie	-	Belegärzte an allen Standorten
Kinderchirurgie	Im Rahmen der allge- meinen Chirurgie an allen Standorten gemäss kantonalem Leistungs- auftrag	
Langzeitpflege	-	Kooperationen mit Pflegeheimen und SPITEX -Diensten (Spitalexterne Hilfe und Pflege)
Neurochirurgie	-	Zusammenarbeit mit dem Zentrums- spital KSSG
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>	Grabs: Spezialarzt Neurologie Zertifizierte Stroke Unit (Schlaganfallstation) in Zusammenarbeit mit dem zertifizierten Stroke Center am Zentrums- spital KSSG	
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	-	Operierende Belegärzte an allen Spitälern
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	An allen Standorten	-
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	-	Operierende Belegärzte an allen Standorten
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	Konsiliarärzte an allen Standorten	Zusammenarbeit mit dem Zentrums- spital (Ostschweizer Kinderspital St. Gallen)

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten ⇒ ohne speziellen Nennung gilt immer an allen Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten, etc.)
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)</i>	Walenstadt: Spezialisierte Palliativ- station; Altstätten und Grabs: In Palliativmedizin ausgebildetes ärztliches und pflegerisches Personal, spezielle Palliativzimmer	-
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Grabs: Leitende Ärztin für plastisch-rekonstruktive Chirurgie	Operierende Belegärzte an allen Standorten
Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologin im Departement Akutgeriatrie	Zusammenarbeit mit dem Sozialpsy- chiatrischem Dienst des Kantons St. Gallen und den Psychiatrischen Kliniken des Kantons St. Gallen
Radiologie <i>(Röntgen und andere bildgebende Verfahren)</i>	An allen Standorten	-
Thoraxchirurgie <i>(Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum)</i>	Im Rahmen des Grund- angebotes Chirurgie	-
Tropen- und Reisemedizin	-	Zusammenarbeit mit dem Zentrums- spital KSSG
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	Operierende Belegärzte an allen Standorten -	

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	An allen Standorten	-
Ergotherapie	An allen Standorten	-
Ernährungsberatung	An allen Standorten	-
Logopädie	An allen Standorten	-
Physiotherapie	An allen Standorten	-
Psychologie	Altstätten und Walen- stadt (im Rahmen der Akutgeriatrie)	-
Psychotherapie	-	In Zusammenarbeit mit dem Sozial- Psychiatrischen Dienst und den Psychiatrischen Kliniken des Kantons St. Gallen



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.



Zufriedenheitsmessungen

D1 Patientenzufriedenheit

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

Für den nationalen Vergleich hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklungen in den Spitälern und Kliniken (ANQ) einen Kurzfragebogen konzipiert, der in der Akutsomatik und Rehabilitation eingesetzt wird. Die Messergebnisse und/oder Verbesserungsaktivitäten sind im Modul E dokumentiert.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/>	An allen Standorten

Siehe Ergebnisse unter E1-5. – Zufriedenheitsmessung ANQ

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patientenbefragungen – 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 checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Beschwerdemanagement Spital Altstätten
Name der Ansprechperson	Dr. med. Salah Jawdat und sein Team
Funktion	CA Stv. Anästhesie, Mitglied der Spitalleitung
Erreichbarkeit	Per Brief, E-Mail, Internet, Fax und über unser Feedbackformular
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Beschwerdemanagement Spital Grabs
Name der Ansprechperson	Elvira Bohl und ihr Team
Funktion	Leitung Sekretariat Ambulatorium/ Notaufnahme Administration Spitalleitung
Erreichbarkeit	Per Brief, E-Mail, Internet, Fax und über unser Feedbackformular
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Beschwerdemanagement Spital Walenstadt
Name der Ansprechperson	Dr. med. Dieter Schmidt und sein Team
Funktion	CA Innere Medizin, Mitglied der Spitalleitung
Erreichbarkeit	Per Brief, E-Mail, Internet, Fax und über unser Feedbackformular

D2 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?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .
Begründung	Angehörige haben die Möglichkeit, sich über das Beschwerdemanagement - Feedback-Formular zu melden. Es werden aber natürlich auch alle mündlichen (persönlich/telefonisch) und schriftlichen, nicht formellen Rückmeldungen aufgenommen und bearbeitet. Seit 2015 ist das Feedback-Formular auch auf dem Internet verfügbar: http://www.srrws.ch/patienten/ihr-aufenthalt/patientenrechte/lob-und-kritik.html

D3 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 checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2016
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	An allen Standorten - Wir verzichten auf eine Publikation der Ergebnisse.		

D4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der 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?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
Die letzte Messung erfolgte im Jahr	2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr	-
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Die letzte Befragung erfolgte über alle drei Standorte und die Ergebnisse und weitere Details dazu finden sie in unserem Qualitätsbericht zu 2013. An allen Standorten finden laufend Gespräche zwischen den Mitgliedern der einzelnen Ressort-, Departements- oder Spitalleitungen und den Zuweisern statt. Dies um die Zufriedenheit und Verbesserungswünsche in Erfahrung zu bringen.		

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfektionen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale Patientenbefragung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantatregister	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der Wundinfektionen nach Blinddarm-Entfernungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale Elternbefragung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQ: www.anq.ch

E1-1 Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr 2012:				
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ¹ A, B oder C
Intern	Extern			
4.02%	1.26%	5.22%	-	B - Altstätten
2.91%	0.62%	3.81%	-	B - Grabs
3.33%	0.72%	4.32%	-	B - Walenstadt
<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .				
<input checked="" type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl auswertbare Austritte		1'914 Altstätten - 4'187 Grabs - 3'725 Walenstadt

E1-2 Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei werden Routedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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

<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .
<input checked="" type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Keine auswertbaren Ergebnisse, da die Berechnungen noch nicht ausreichend abgesichert sind.

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

¹ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).

E1-3 Messung der Wundinfektionen nach Operationen

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperativer Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blindarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Eingriffe mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herz-chirurgischen Eingriffen) erfolgen zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2013 – 30. September 2014					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ² CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen Total					
Grabs	80	2	2.5 %	0.3 - 8.7	Keine Erfassung
Walenstadt	55	1	1.8 %	0.0 - 9.7	
<input checked="" type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen bei Kinder und Jugendlichen					
Grabs	13	0	0.0 %	0.0 - 24.7	Keine Erfassung
Walenstadt	11	0	0.0 %	0.0 - 28.5	
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarmoperationen (Colon)					
Grabs	33	4	12.1 %	3.4 - 28.2	4.8 % (0.6 - 16.2)
Walenstadt	9	2	22.2 %	2.8 - 60.0	

² 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.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2014 (1. Oktober 2013 – 31. September 2014) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ³ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen					
Altstätten	38	0	0.0 %	0.0 - 9.3	0.0 % (0.0 - 10.9)
Grabs	61	1	1.6 %	0.0 - 8.8	0.0 % (0.0 - 4.6)
Walenstadt	67	1	1.5 %	0.0 - 8.0	0.0 % (0.0 - 5.7)

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Swissnoso	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blindarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene.

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

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.

Stürze

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten im Spital vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Deskriptive Messergebnisse 2014			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind. ⁴	7	In Prozent	4.9 %
<input checked="" type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Die Werte liegen im Bereich der nationalen Vergleichswerte. Da eine Stichtagshebung erfolgt ist, sind die Werte mit Vorsicht zu interpretieren.		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Um aussagekräftige Daten zu generieren, müssten die Vertrauens-Intervalle mittels sehr komplexen Vorgehensweisen berechnet werden. Erst dann lässt sich eine Aussage darüber tätigen, ob oben aufgeführten Werte der Norm entsprechen oder nicht. Die Daten der letzten Jahre zeigten auf, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den Werten der Spitalregion und anderer Spitäler besteht. Das heisst, die Werte der Spitalregion liegen im Normbereich.
Damit wir intern wertvolle und aussagekräftige Daten erheben können, führen wir sowohl bei Dekubiti wie auch bei Stürzen eine Vollerhebung durch. Das heisst, jeder Sturz und jeder Dekubitus wird einzeln erhoben und falls notwendig analysiert.
Im Bereich der Vollerhebung weisen wir tiefere Werte als der Benchmark auf. Das heisst, wir haben dort eine tiefere Rate als Vergleichsspitäler.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten	141	Anteil in Prozent (Antwortrate)	SPAL 93.6 % SPGR 73.1 % SPWA 66.7 %
Bemerkungen	Obwohl insbesondere im Spital Grabs und Walenstadt eine fundierte Aufklärung der Patienten erfolgt ist, lehnten mehrere Patienten eine Teilnahme an der Befragung ab.		

⁴ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen.

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	12	8.5 %
	ohne Kategorie 1	9	6.4 %
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	5	3.5 %
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	4	2.8 %
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	7	5.0 %
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	5	3.5 %

<input checked="" type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	Die Werte liegen im Bereich der nationalen Vergleichswerte. Da eine Stichtagshebung erfolgt ist, sind die Werte mit Vorsicht zu interpretieren.	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
<p>Um aussagekräftige Daten zu generieren, müssten die Vertrauens-Intervalle mittels sehr komplexen Vorgehensweisen berechnet werden. Erst dann lässt sich eine Aussage darüber tätigen, ob oben aufgeführten Werte der Norm entsprechen oder nicht. Die Daten der letzten Jahre zeigten auf, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den Werten der Spitalregion und anderer Spitäler besteht, auch wenn diese auf den ersten Blick leicht höher sind, als die Vergleichswerte.</p> <p>Damit wir intern wertvolle und aussagekräftige Daten erheben können, führen wir sowohl bei Dekubiti wie auch bei Stürzen eine Vollerhebung durch. Das heisst, jeder Sturz und jeder Dekubitus wird einzeln erhoben und falls notwendig analysiert.</p> <p>Im Bereich der Vollerhebung weisen wir markant tiefere Werte als der Benchmark auf. Das heisst, wir haben insgesamt über das ganze Jahr gesehen eine tiefere Dekubitusrate als Vergleichsspitäler.</p>

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, inter-mediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene	141	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	SPAL 93.6 % SPGR 73.1 % SPWA 66.7 %
Bemerkungen	Obwohl insbesondere im Spital Grabs und Walenstadt eine fundierte Aufklärung der Patienten erfolgt ist, lehnten mehrere Patienten eine Teilnahme an der Befragung ab.		

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik

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.

Der Kurzfragebogen besteht aus fünf Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ⁵ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.16	0.18	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.04	0.15	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.15	0.14	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.31	0.13	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.52	0.13	0 = nie 10 = immer

⁵ 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.

<input checked="" type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	Die offizielle Veröffentlichung der nationalen Befragung von ANQ zeigen unsere mehrheitlich ausgezeichneten Ergebnisse auf.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Intern werden die Ergebnisse der GL präsentiert und bei Bedarf Massnahmen festgelegt.
Die Präsentation und das GL-Protokoll liegen im Intranet und sind so für jeden Mitarbeitenden einsehbar.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	qm Riedo Heinrichstrasse 147 8005 Zürich E-Mail: riedo@qm-riedo.ch G: +41 (0)43 819 17 27
---------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2014 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Patienten	969		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	341	Rücklauf in Prozent	35.2 %

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

Messergebnisse

Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFM)
---------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantaten
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

Im ganzen Betrieb / an allen Standorten

Messergebnisse

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge
336 im Jahr 2014, das entspricht einer Sturzrate von 2.1%	127	209

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Wie bereits erwähnt, liegen die Sturzwerte tiefer als die Vergleichswerte. Das heisst, dass die verschiedenen Massnahmen zur Sturzprävention in der SR RWS greifen.

Präventionsmassnahmen:

- Coaching der Abteilungen durch die Mitarbeiterinnen der Pflegeentwicklung
- Schulungen des Personals in Kinästhetik, Umgang mit Hilfsmitteln (Stöcke, Eulenburg, ...)
- Fachgerechter Einsatz von Hilfsmitteln: Stoppersocken, Stöcke, ...

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Meldeportal, gemeinsam entwickelt mit Firma netrange St. Gallen
---	-----------------------	---

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Sämtliche in der Spitalregion gestürzten Patienten. Mehrfachstürze werden ebenfalls erfasst.
	Ausschlusskriterien	-
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		336 Stürze während 93'219 Pflagetagen, bzw. 16'128 Austritten
Bemerkungen		Sehr gute Werte, tiefer als Referenzwerte.

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)
Was wird gemessen?	Vollerhebung: Anzahl Dekubiti mittels PMS/ Wunddokumentation (Im Spital entstandene, bereits bei Eintritt vorhandene) - Grad, Ort, Entstehung innerhalb/ ausserhalb Institution

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

Im ganzen Betrieb / an allen Standorten

Messergebnisse

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt
112	102

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Wie bereits erwähnt, liegen die Dekubituswerte tiefer als die Vergleichswerte. Das heisst, dass die verschiedenen Massnahmen zur Dekubitusprävention in der SR RWS greifen.

Präventionsmassnahmen:

- Dekubitustag SR RWS
- Coaching der Pflegestationen durch die Mitarbeiterinnen der Pflegeentwicklung
- Verwendung der Patienteninformationsbroschüre SR RWS
- Schulung des Pflegefachpersonals in Kinästhetik
- Schulung des Pflegefachpersonals in der Verwendung von Lagerungsmaterialien

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	PMS der Firma Nexus Die Anforderungen an die Erfassung der Dekubiti wurden in einer kantonalen Fachgruppe definiert.
---	---	---

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Sämtliche in der Spitalregion vorkommenden Dekubiti (z.B. auch bei Eintritt vorhandene) werden erfasst.
	Ausschlusskriterien	-
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	102 in der Spitalregion erworbene Dekubiti bei total 16'128 Patienten, bzw. 93'219 Pflagetagen.	
Bemerkungen	Sehr gute Werte, tiefer als nationale Referenzwerte.	

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Intensität von Isolation und Fixierung (Intensität = Häufigkeit * Dauer pro Fall) sowie Dokumentation der Häufigkeit von Zwangsmedikation oral, Zwangsmedikation Injektion, Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und Sicherheitsmassnahmen im Bett.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

Im ganzen Betrieb / an allen Standorten

Messergebnisse

Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Bei 10.6 % der Patienten innerhalb der Spitalregion wurden am Stichtag Freiheitsbeschränkende Massnahmen eingesetzt. Diese Werte liegen bei einer ersten Betrachtung leicht höher als die Vergleichswerte. In den letzten Jahren konnte aufgezeigt werden, dass die Werte der Spitalregion nicht signifikant von den Vergleichswerten abweichen.

Präventionsmassnahmen:

- Schulungen im Rahmen des neuen Erwachsenenschutzgesetzes
- Durchführung von Fallbesprechungen und Beratungen durch die Pflegeentwicklung
- Verwendung eines Protokolls bei der Durchführung von notwendigen freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Dadurch Sensibilisierung und gezielter Einsatz der Massnahmen

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

Das Instrument wurde im Rahmen einer ANQ Messung eingesetzt.

Name des Instruments:

EFM

Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ)

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Siehe Kriterien der ANQ-Messung
	Ausschlusskriterien	-
Bemerkungen		Am Stichtag wurden bei 10.6% der Patienten freiheitsbeschränkende Massnahmen angewendet.

G

Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Nimmt unser Betrieb an Registern teil?

Ja, unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

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

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2006	Alle
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2003	Alle
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1984	Grabs/ Walenstadt
CHPACE – WEB	Kardiologie, Schrittmacherdatenbank	Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie	2012	Alle
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2006	Grabs
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Seit eh	Alle

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	2012	Alle
SAfW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie	Adjumed Services AG www.safw.ch	2013	Grabs
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch	2012	Alle
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2004	Walenstadt
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012	Alle
SSR Swiss Stroke Registry	Neurologie, Stroke Unit	Universitätsspital Basel - Clinical Trial Unit	2013	Grabs
Verein Komplikationsliste	Innere Medizin	Verein zur Verhinderung von Komplikationen medizinischer Eingriffe www.komplikationsliste.ch	1998	Alle
Krebsregister St. Gallen - Appenzell - KR SGA	Alle	www.krebsliga-sg.ch/de/index.cfm	1980	Alle
Bemerkung				
Die Resultate werden intern regelmässig ausgewertet und mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen. Wenn notwendig werden Massnahmen zur Qualitätsverbesserung erarbeitet und umgesetzt.				



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Bezeichnung (alphabetisch)	Art	Verantwortung	⇒ Link auf Übersicht Gesetzeskonformität				Externe Überwachung (Wer Wie Wo?)		Gültig für (ab)
			Zusammenarbeit mit	Normative Grundlagen	Interne Überwachung	Interne Überwachung (Wer Wie Wo?)	Externe Überwachung	Externe Überwachung (Wer Wie Wo?)	
Betriebs- / Prüf-Mittel (Geräte/ Drückbehälter/ Klima)	Kalibrierung/ Qualifizierung	BERREN mit den lokalen Technikleitern	diversen Messtechnikfirmen	Diverse Richtlinien und Normen laut waware	laut SW-Tool	laut SW-Tool	laut SW-Tool	laut SW-Tool	SR RWS
Brustzentrum	Zertifizierung	WRUDAN/ SCHSER	KSSG	Ja - siehe Zertifikat	Nein	- / jährlicher Dashboard-Bericht	Ja - Rezertifizierung	Start 2012 mit KSSG / Jan. 2016	SPGR
Codierung	Revision	FUCPAT/ ZWAJUR	BAG/ BIS	Gesetz	Revisionen und Audits sind freiwillig	-	Revisionen je Jahr - Audits freiwillig	23. - 25.03.2015 DRG ✓	SR RWS
Datenschutz und Datensicherheit	Audit	IRIAND mit WIESIE	Gesundheitsdepartement (GD) Kanton St. Gallen	Jährlicher Datenschutzbericht/ Vorgaben aus Informations-Sicherheits-Audit (ISA)	-	-	einmalig durch das Gesundheitsdepartement: Beauftragter für Informatiksicherheit	Herbst 2015	SR RWS
Gefäss-Zentrum	Akkreditierung in Abklärung	SCHDIR mit HEYJOH/ GREJUR	USGG (Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten)	Angiologie, Gefässchirurgie, Radiologie, Mikrozirkulation und Phlebologie aber ohne DRG-Wirkung	im Aufbau	im Aufbau	ja und nach Vorgabe des Regulativs	in Beantragung (2014/15)	SR RWS
IKS (Internes Kontrollingsystem)	Interne Pflicht-Vorgaben VR	ZWAJUR/ SCHBIR	-	Dokumentation in Arbeit	mit normaler Revision	-	mit normaler Revision	-	SR RWS
Intensivstation	Zertifizierung im Aufbau	HEITHO	ggf. KSSG	Ja - SGI	Ja	im Aufbau	Ja	im Aufbau	SPGR
freiwilliger Klimaschutz und Energieeffizienz	Zertifizierung	BERREN mit KOLMAR/ CASRET/ BONDAN	Energie-Agentur der Wirtschaft (EnAW)	Nationale und kantonale Vorschriften	Monitoring mittels EnAW-Datenbank	jährlich	EnAW mit Bundesamt für Energie und AfU (kein Audit)	jährlich	SR RWS
Labor	KVG-Anforderung mit dem BAG	STEJOC/ JENJAN	QUALAB	Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor	-	-	4 externe Ringsuche je Jahr	-	SR RWS
Palliative Care	Zertifizierung in Abklärung	SCHBIR/ GOOIGN/ SCHMIR	www.palliative.ch unter Qualität	Ja	Ja - laut Vorgaben	-	Ja	-	SR RWS
QM (Qualitäts-Management)	Zertifizierung im Aufbau	HUTGOA	... offen ...	ISO 9001:2015/ 15224:2013	im Aufbau ab 2016	-	im Aufbau ab 2017	-	SR RWS
REKOLE (Revision der Kosten- und Leistungsrechnung)	Zertifizierung	AMMMAR/ ZWAJUR/ SCHBIR	Beratungsfirma KPMG	Definierte Kriterien H+	einmal pro Jahr internes oder ...	2015	... externes Audit - je 4 Jahre Rezertifizierung	2014 mit KPMG/ 12.2016; Extern	SR RWS
sanaCERT	Zertifizierung	HUTGOA	sanaCERT	Laut Standards auf www.sanaCERT.ch	Je Fach-Standard jährlich	Dez. 2014 - Mai 2015	... und je 3 Jahre (2016) Re-Zertifizierung	16. Juni 15 SPWA (Wiederhol-Audit)	SR RWS
Stroke Unit	Zertifizierung durch sanaCERT	BERCHR/ ROHPHI	Kantonsspital St.Gallen	Ja - Vorgaben Fachgesellschaft	in Abklärung	in Abklärung	Ja	Dez. 2016	SPGR (Dez. 2013)
Baby Freundliches	in Abklärung	SCHSER	Unicef	Ja	in Abklärung	in Abklärung	in Abklärung	in Abklärung	Wochenbett SPGR
Spital	Zertifizierung	LYMJUR	Unicef	Ja	-	-	Ja	06.11.2014 ✓	Wochenbett SPWA
Wundbehandlungs-Zentrum	Anerkennung	REHEDI	SAW Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung	keine / Jahresbericht an CEO	Ja	Vorgesehen	Ja	Vorgesehen	SPGR (März 2014)

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit), welche **nicht bereits** in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
MischMit! ⇒ Vorschlagswesen	Verbesserungsvorschläge unserer Mitarbeitenden fordern, fördern, bewerten, umsetzen und gegebenenfalls honorieren	ganze SR RWS	Laufende Bearbeitung
Schmerzbehandlung	Einheitliche und wirksame Schmerzbehandlung von Eintritt bis Austritt	ganze SR RWS	Laufende Bearbeitung
Ethikberatung	Unterstützung von Patienten, Angehörigen, Ärzten und Pflegenden in ethischen Fragen / Entscheidungen	ganze SR RWS	Laufende Bearbeitung
Risikomanagement	Risiken werden erfasst, klassifiziert und Massnahmen erarbeitet.	ganze SR RWS	Laufende Bearbeitung

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb hat 2007 ein CIRS-System eingeführt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitlel	Optimierung stationärer Verordnungsblätter	
Projektart	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel/ Beschreibung	Harmonisierung und Optimierung der stationären Verordnungsblätter	
Projektlauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Istanalyse bestehender Dokumente ✓ Sollanforderung mit Team aus allen Ansprechgruppen festlegen ✓ Umsetzung als Pilot und dann flächendeckendes Rollout ✓ Nutzenevaluation nach einem Monat 	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
Involvierte Berufsgruppen	Ärztliche, pflegerische und therapeutische Ressorts	
Projekterevaluation / Konsequenzen	- Einheitliche Vorgehensweise und Handhabung des Verordnungsprozesses	



Schlusswort und Ausblick

Der vorliegende Qualitätsbericht 2014 ermöglicht den interessierten Lesern Einblicke in die recht vielschichtigen Qualitätsmassnahmen der Spitalregion RWS. Trotz erschwerten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und der daraus resultierenden knapper werdenden finanziellen Ressourcen, bleibt das erklärte Ziel, die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, ebenso wie die Mitarbeiterzufriedenheit, kontinuierlich zu verbessern.

Die Spitalregion RWS ist offen für Innovation und Weiterentwicklung, wenn sie zum Nutzen unserer Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind. Es ist selbstverständlich, dass eine konsequente und begleitende Qualitätssicherung für diese Zielerreichung unerlässlich ist.

Der Qualitätsgedanke darf aber nicht einem Selbstzweck dienen. Wir verstehen unsere Aufgabe darin, die Qualität mit unserem Auftrag der Abklärung, Behandlung und Betreuung der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau zu verbinden.

Das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung gemäss dem Deming-Zyklus „Plan-Do-Check-Act“ wird als zentraler Pfeiler in der Qualitätsarbeit angesehen. Qualität ist nicht nur das erreichte Ergebnis, sondern auch die Motivation zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.



Die Qualitätsmessungen des ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW).