

SPITALREGION
RHEINTAL
WERDENBERG
SARGANSERLAND

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

22. Juni 2018
Stefan Lichtensteiger, CEO & Qualitätsbeauftragter

Version 2

Spitalregion Rheintal Werdenberg
Sarganserland

www.srrws.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2017.

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

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2017

Dipl. Ing. FH NDS
Goar Hutter
Leiter Qualitäts- und Prozessmanagement
+41 71 775 82 98
Goar.Hutter@srrws.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	12
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	15
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	22
4.5 Registerübersicht	23
4.6 Zertifizierungsübersicht	25
QUALITÄTSMESSUNGEN	26
Befragungen	27
5 Patientenzufriedenheit	27
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	27
5.2 Eigene Befragung	29
5.2.1 Patientenbefragung Ambulatorium	29
5.3 Beschwerdemanagement	29
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	30
9 Wiedereintritte	30
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	30
10 Operationen	32
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	32
11 Infektionen	33
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	33
12 Stürze	36
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	36
12.2 Eigene Messung	38
12.2.1 Auswertung Meldeportal	38
13 Wundliegen	39
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	39
13.2 Eigene Messungen	42
13.2.1 Datenauswertung Klinikinformationssystem	42
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	44
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	44
14.1.1 nach ANQ	44
15 Psychische Symptombelastung	

	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	45
17.1	Weitere eigene Messungen	45
17.1.1	Stroke Unit Reporting.....	45
17.1.2	Controlling IPS	45
18	Projekte im Detail	46
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	46
18.1.1	Einführung DMS.....	46
18.1.2	Ausbau Prozessmanagement	46
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	46
18.2.1	Überwachungsaudit SanaCERT Juni 2017.....	46
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	46
18.3.1	Zertifizierung Palliative Care SPWA.....	46
19	Schlusswort und Ausblick	47
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		48
Akutsomatik		48
Anhang 2		
Herausgeber		51

1 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 wurde ein umfassendes und flexibles Dokumenten-Management-System zur Lenkung und Identifikation der Dokumente und Daten eingeführt. Parallel zu diesen Aktivitäten wird das Projekt- und Wissensmanagement weiter ausgebaut. Mit unserem Meldeportal werden Prozessverbesserung, Meldepflichten sowie Reporting-Grundlagen systematisch erfasst und gelenkt.

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 2017 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 sehr erfolgreich erfüllen. Die aktive Mitarbeit bei der Umsetzung der Führungs- und Organisations-Strukturen (**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. Die einheitliche Festlegung der Schlüsselbegriffe wird die eindeutige Nachvollziehbarkeit sicherstellen.

Bei der Rezertifizierung durch SanaCERT im März 2016 wurden wieder alle Standards detailliert und erfolgreich überprüft. Dies wurde beim Überwachungsgaudit im Juni 2017 bestätigt. Die guten Ergebnisse in Kombination mit dem Grundstandard konnten auch auf der Begehung mit Mitarbeitergesprächen bestätigt werden.

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.

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

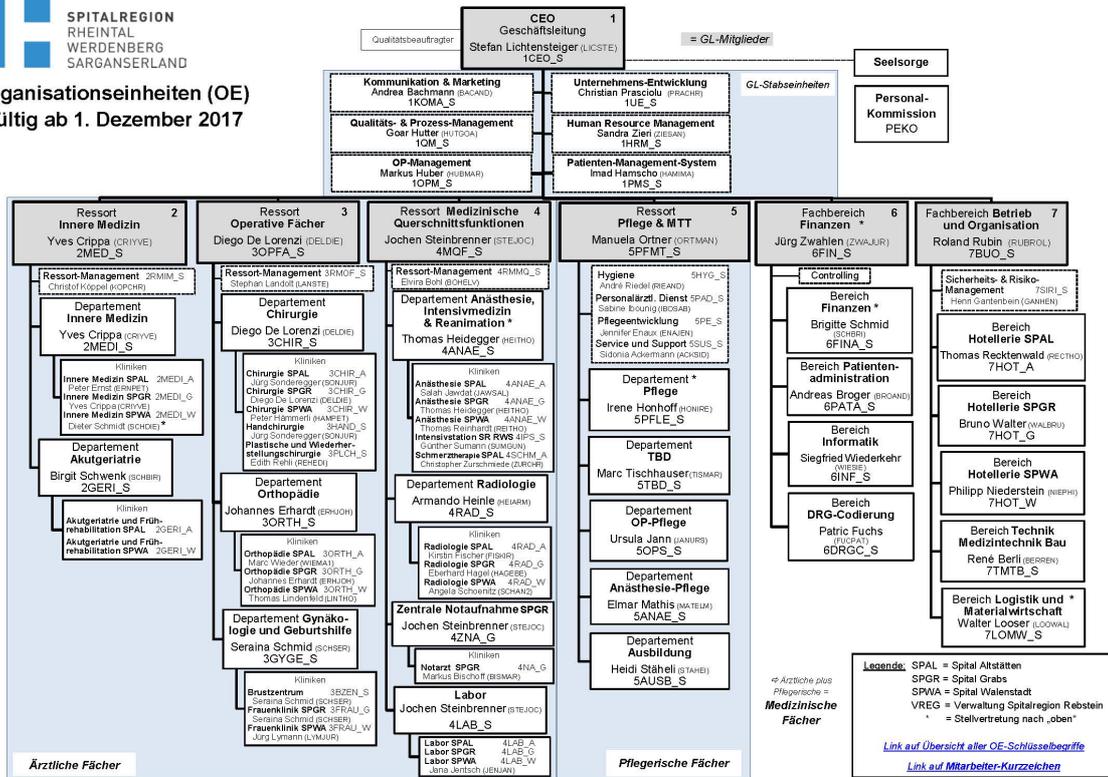
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Organisationseinheiten (OE)
gültig ab 1. Dezember 2017



Dokumentenname: Organisationseinheiten_SR_RWS.docx

Dokumentennummer: HUTGOA

Version: 4.0 – 1. Dezember 2017

Seichterdatum: 25. Mai 2018

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **150%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

EMBA HSG Stefan Lichtensteiger
CEO & Qualitätsbeauftragter
Spitalregion Rheintal Werdenberg
Sarganserland
+41 71 775 81 01
Stefan.Lichtensteiger@srrws.ch

Dr. med. Ruben A. Mazzucchelli
Oberarzt i.V. Orthopädie
Spitalregion Rheintal Werdenberg
Sarganserland
+41 71 772 53 17
Ruben.Mazzucchelli@srrws.ch

Herr André Riedel
Fachexperte für Infektionsprävention und
Spitalhygiene
Spitalregion Rheintal Werdenberg
Sarganserland
+41 79 245 86 15
Andre.Riedel@srrws.ch

Frau Jennifer Eaux
Leiterin Pflegeentwicklung
Spitalregion Rheintal Werdenberg
Sarganserland
+41 71 772 55 18
Jennifer.Eaux@srrws.ch

Dipl. Ing. FH NDS Goar Hutter
Leiter Qualitäts- & Prozessmanagement
Spitalregion Rheintal Werdenberg
Sarganserland
+41 71 775 82 98
Goar.Hutter@srrws.ch

Dr. med. Jochen Steinbrenner
Leiter Ressort Medizinische
Querschnittsfunktionen
Spitalregion Rheintal Werdenberg
Sarganserland
+41 81 772 54 51
Jochen.Steinbrenner@srrws.ch

3 Qualitätsstrategie

Unser Leitbild ist auf unserer Homepage unter 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. Der CEO trägt auch die Aufgabe des Qualitätsbeauftragten der Spitalregion. 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 Qualitätsmanagement, 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 (Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation, Risikomanagement, 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 bei Bedarf 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 mit Schlüsselbegriffen und zu den Mitarbeiterabkürzungen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Erweiterung der prozessorientierten Qualitätsmanagementsystematik hinsichtlich der FOS- und auch der Unternehmens-Strategie:

1. Vorgaben von SanaCERT aus der Rezertifizierung und beim Überwachungsaudit 2017 konsequent erfüllen und deren Empfehlungen überprüfen und gegebenenfalls in unserer Organisation sinnvoll umsetzen.
2. Umsetzung der nationalen Forderungen von ANQ zu Messungen der Patientenzufriedenheit, postoperative Wundinfektion, Dekubitus und Sturz, vermeidbare Reoperation und Rehospitalisation sowie der Implantat-Register.
3. Systemaufbau zum Dokumentenmanagement im Sozial Intranet Cockpit.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

1. Erfolgreiches Überwachungsaudit durch **SanaCERT** am Standort Altstätten 20. Juni 2017 und positiv aufbauende Messresultate der von ANQ geforderten Messungen. Daraus abgeleitet Verbesserungen kontinuierlich prüfen und gegebenenfalls sinnvoll umsetzen.
2. Ausbau und Überprüfung der Qualitäts-Instrumente aus allen Bereichen

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

1. Vertiefte Umsetzung der Strategie und des Leitbildes in Reflexion auf der Weiterentwicklung von Vision und Mission.
2. Die vom Volk im Herbst 2014 freigegebenen Spitalneubauten werden unsere Qualitätsentwicklungen massgebend unterstützen. Der Neubau in Grabs ist bereits weit vorangeschritten.
3. Weiterentwicklung und Überprüfung des prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems. Zusammenführung der Prozesslandkarte in das Qualitätsmanagement ab 2018 zu einem System. Integration anderer Sub-Systeme.
4. Aufbau und Umsetzung eines Dokumentenmanagements und deren Systeme in Kombination mit dem Sozial-Intranet Cockpit.
5. Definition und Optimierung weiterer Prozesse im Sinne des KVP (Kontinuierlicher Verbesserungs-Prozess) und auch des Lean-Hospital-Ansatzes.
6. Durchführung der von ANQ geforderten und optimierten Messungen. Bedarfsgesteuerte weitere Messungen und Befragungen.
7. Erfolgreiche Überwachungs- und Rezertifizierungs-Audite durch SanaCERT sowie Wechsel und Weiterentwicklung von einzelnen Standards nach den für uns geltenden Vorgaben. Überprüfung der Anforderungen im Fokus auf unser kantonal geregeltes Risikomanagement.
8. Weiterausbau unseres Meldeportals mit dem Meldepflichten-Register sowie Unterstützung bei den Meldepflichten.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:	Spitalregion RWS, Spital Grabs	Spitalregion RWS, Spital Altstätten	Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
<i>Akutsomatik</i>			
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	√	√	√
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	√	√	√
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	√	√	√
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	√	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz	√	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	√	√	√

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ VR des Kanton verlangt ANQ-Messungen 	√	√	√
	Spitalregion RWS, Spital Grabs	Spitalregion RWS, Spital Altstätten	Spitalregion RWS, Spital Walenstadt

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:			
	Spitalregion RWS, Spital Grabs	Spitalregion RWS, Spital Altstätten	Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
<i>Patientenzufriedenheit</i>			
▪ Patientenbefragung Ambulatorium	√	√	√

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:			
	Spitalregion RWS, Spital Grabs	Spitalregion RWS, Spital Altstätten	Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
<i>Stürze</i>			
▪ Auswertung Meldeportal	√	√	√
<i>Wundliegen</i>			
▪ Datenauswertung Klinikinformationssystem	√	√	√
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>			
▪ nach ANQ	√	√	√
▪ Stroke Unit Reporting	√		
▪ Controlling IPS	√		

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Sturz - Vollerhebung

Ziel	Minimierung von Stürzen - Reduktion von Sturzfolgen - Präventionsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Spitalregion
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2012
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Zur Verbesserung der Patienten-Zufriedenheit und -Sicherheit
Methodik	Interne Methoden aus Wissenschaft und Erfahrung sowie nach ANQ-Vorgaben
Involvierte Berufsgruppen	Pflegende
Evaluation Aktivität / Projekt	Mindestens jährliche systematische Überprüfung der Ergebnisse und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
Weiterführende Unterlagen	auf dem Intranet der SR RWS und auf www.anq.ch

Infektionsprävention und Spitalhygiene (SanaCERT 1)

Ziel	Laufende Optimierung der Massnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	SR RWS
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2012
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Begründung	Intern im Zusammenhang mit SanaCERT/ Externe Überprüfung im Zusammenhang mit Studie Swissnoso
Methodik	Vorgaben von Swissnoso
Involvierte Berufsgruppen	Spezialisierte Ärzte - Pflegende - Fachleute
Evaluation Aktivität / Projekt	Mindestens jährliche systematische Überprüfung der Ergebnisse und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
Weiterführende Unterlagen	Auf dem Intranet der SR RWS

Erfassung stationärer Patientenzufriedenheit

Ziel	Systematische Analysen und Einleiten von Verbesserungsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Spitalregion
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2012
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Begründung	Teilnahme an nationaler Patientenzufriedenheitserfassung ANQ - Vertiefte Messung und Interpretation
Methodik	ANQ-Abteilungsbezogene Auswertung
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Nach ANQ - jährliche Erhebung im September
Weiterführende Unterlagen	Auf www.anq.ch

Erfassung ambulanter Patientenzufriedenheit

Ziel	Systematische Analysen und Einleiten von Verbesserungsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ambulatorien Orthopädie / Chirurgie
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Ermittlung der Patientenzufriedenheit analog den ANQ-Fragen der stationären Behandlung
Methodik	In Anlehnung an ANQ-Auswertung für stationäre Patienten
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	bei Bedarf
Weiterführende Unterlagen	-

Schmerzkonzept: Schmerzbehandlung / Schmerztherapie (SanaCERT 5)

Ziel	Einheitliche Schmerz-Behandlung und -Therapie
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Spitalregion
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2012
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Gewährleistung einer hohen Patientenzufriedenheit - im Zusammenhang mit SanaCERT
Methodik	Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte inkl. spezialisierte Pflegende und Therapeuten
Evaluation Aktivität / Projekt	Systematische Überprüfung der Ergebnisse laut SR RWS: Detailplan
Weiterführende Unterlagen	Auf dem Intranet der SR RWS

Dekubitus - Vollerhebung

Ziel	Vermeidung von Dekubiti mittels Vollerhebung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Spitalregion
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2012
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Begründung	Zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Methodik	Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen aus Wissenschaft und Erfahrung sowie nach ANQ-Vorgaben
Involvierte Berufsgruppen	Pflegende
Evaluation Aktivität / Projekt	Mindestens jährliche systematische Überprüfung der Ergebnisse und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
Weiterführende Unterlagen	auf dem Intranet der SR RWS und auf www.anq.ch

Erfassung postoperativer Wundinfektionen Swissnoso (Teilnahme am nationalen Projekt) (SanaCERT 1)

Ziel	Überwachung von postoperativen Wundinfektionen und Ableitung von Verbesserungsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Spitalregion
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2012
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Begründung	-
Methodik	Gewährleistung der Patientensicherheit - Nach Vorgabe Swissnoso
Involvierte Berufsgruppen	Spezialisierte Ärzte - Pflegende - Fachleute
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährliche systematische Überprüfung der Ergebnisse und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
Weiterführende Unterlagen	Siehe Homepage vom Swissnoso

Meldeportal für "Beinahe Zwischenfälle" (CIRS – Critical Incident Reporting System) (SanaCERT 11)

Ziel	Erfassung von Meldungen zur kontinuierlichen Verbesserung in der Spitalregion
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	SR RWS
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2007
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Intern im Zusammenhang mit SanaCERT/ Möglichkeit der sinnvollen Nutzung aus Erfahrungen mit Beinahe-Zwischenfällen unserer MitarbeiterInnen
Methodik	Meldeportal
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährliche Überprüfung und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
Weiterführende Unterlagen	Intern auf dem Meldeportal: Konzepte, News, Protokolle, ...

Patientenrückmeldungen (Feedbackkonzept)

Ziel	Erhebung von Wünschen und Kritik der Patienten, Angehörigen und Besucher
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	SR RWS
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2000
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Möglichkeit einer sinnvollen Nutzung von Verbesserungen prüfen
Methodik	Systematische Bearbeitung und Massnahmenumsetzung nach PDCA
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährliche Überprüfung und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
Weiterführende Unterlagen	Interne jährliche Berichte

Ethikberatung

Ziel	Unterstützung in ethischen Fragen oder Entscheidungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	SR RWS
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2000
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Damit transparente und gut durchdachte Entscheidungen in komplexen Situationen gefällt werden können
Methodik	Ethikkonsil
Involvierte Berufsgruppen	Laut Definition im internen Meldeportal
Evaluation Aktivität / Projekt	-
Weiterführende Unterlagen	Intranet

Vorschlagswesen: MischMit!

Ziel	Verbesserungsvorschläge unserer Mitarbeiter fordern, fördern, bewerten, honorieren und nach Möglichkeit umsetzen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	SR RWS
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit zirka 2000
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Möglichkeit der sinnvollen Nutzung von Verbesserungen von MitarbeiterInnen aus allen Bereichen
Methodik	Systematische Bearbeitung und Massnahmenumsetzung nach PDCA - Erweiterter Ausbau im Sozial-Intranet Cockpit
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Aktivitäten werden an den 3 - 4 Sitzung überprüft und dessen Nachweisführung ist sichergestellt - Jährliche Information via Intranet
Weiterführende Unterlagen	Intranet

Abklärung, Behandlung & Betreuung in der Notstfallation (SanaCERT 14)

Ziel	Gehört zu unseren Kernkompetenzen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Notfallstationen an den drei Standorten
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2010
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Möglichkeit der sinnvollen Nutzung von Verbesserungen von unseren Patienten & Besuchern
Methodik	Intern im Zusammenhang mit SanaCERT/ Systematische Bearbeitung und Massnahmenumsetzung nach PDCA
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeiter auf den Notfallstationen
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährliche Überprüfung und dynamisch in Abhängigkeit von Ereignissen oder bei Bedarf
Weiterführende Unterlagen	Intranet

Risikomanagement (SanaCERT 23)

Ziel	Systematische Identifikation und Bewertung unserer Risiken
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	SR RWS
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2010
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Möglichkeit der sinnvollen Nutzung von Verbesserungen von unseren Patienten & Besuchern
Methodik	Nach den kantonalen Vorgaben / Intern im Zusammenhang mit SanaCERT
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Mindestens jährliche Überprüfung
Weiterführende Unterlagen	Intranet

Palliative Betreuung (SanaCERT 25)

Ziel	Systematische Lenkung des Prozesses und dessen Bewertung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Palliative-Stationen
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2010
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Möglichkeit der sinnvollen Nutzung von Verbesserungen von unseren Patienten & Besuchern
Methodik	Intern im Zusammenhang mit SanaCERT/ Palliative Quality
Involvierte Berufsgruppen	Palliative Team
Evaluation Aktivität / Projekt	Mindestens jährliche Überprüfung
Weiterführende Unterlagen	Intranet

Sichere Medikation (SanaCERT 26)

Ziel	Möglichkeit der sinnvollen Nutzung von Verbesserungen von unseren Patienten & Besuchern
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle
Standorte	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2013
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Möglichkeit der sinnvollen Nutzung von Verbesserungen von unseren Patienten & Besuchern
Methodik	Intern im Zusammenhang mit SanaCERT
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Mindestens jährliche Überprüfung
Weiterführende Unterlagen	Intranet

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2007 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	Standorte
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2003 / 3CHIR_S	Alle
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1984 / 3GYGE_S	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2006 / 4IPS_S 2MED_W	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	2012 / 3GYGE_S	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
SAfW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax- Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	2013 / 2MED_G	Spitalregion RWS, Spital Grabs
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcbd.ch	2012 / 3GYGE_S	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2004 / 2MED_W	Spitalregion RWS, Spital Walenstadt

SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012 / 3ORTH_S	Alle
KR SGA Krebsregister St. Gallen-Appenzell	Alle	krebsliga-sg.ch	1980 / 2MEDI_S	Alle
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/ infreporting	2000 / 1QM_S	Alle

Bemerkungen

Wir arbeiten am Standort Grabs als Stroke Unit zusätzlich mit dem Swiss Stroke Registry vom Universitätsspital Basel: Clinical Trial Unit: www.unispital-basel.ch [2013 / 2MEDI_G]

Wir arbeiten mit der Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie (SGK) zusammen: www.swisscardio.ch [2012 / 2MEDI_S]

Ferner sind wir Mitglied vom Verein Komplikationsliste www.komplikationsliste.ch [1998 / 2MEDI_S]

Wir erheben auch AGAIM-Datensätze für Begleitforschung

Die Resultate werden intern regelmässig ausgewertet und mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen.

Wenn notwendig werden Massnahmen zur Qualitätsverbesserung erarbeitet, dokumentiert und umgesetzt.

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:					
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Standorte	Kommentare
SanaCERT Suisse (21/2015)	ganze Unternehmung	2005	2016	Spitalregion RWS, Spital Grabs, Spitalregion RWS, Spital Altstätten, Spitalregion RWS, Spital Walenstadt	Rezertifizierung mit 31 von 32 möglichen Punkten erreicht, was auf ein sehr gut funktionierendes Qualitätsmanagementsystem hinweist. Jährliche Prüfung
Krebsliga Schweiz	Brustzentrum	2012	2016	Spitalregion RWS, Spital Grabs	1. Zentrum (in Zusammenarbeit mit KSSG), welches zertifiziert wurde. Prüfung je 4 Jahre
Qualab	Labor	2000	2017	Alle	Jährliche Prüfung
Rekole	Finanzen	2010	2016	Alle	Prüfung je 3 Jahre
Stroke Unit (10.2015)	Stroke Unit Grabs	2013	2016	Spitalregion RWS, Spital Grabs	Prüfung je 3 Jahre
SAfW (V 2.4)	Wundbehandlung	2014	2017	Spitalregion RWS, Spital Grabs	Selbstdeklaration
Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)(2015)	Intensivstation (IPSSR RWS am Standort Grabs)	2016	2016	Spitalregion RWS, Spital Grabs	Prüfung je 5 Jahre

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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

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

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Spitalregion RWS, Spital Grabs	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.33 (4.27 - 4.39)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.73 (4.67 - 4.79)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.71 (4.66 - 4.76)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.56 (4.47 - 4.65)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.18 (4.11 - 4.25)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	93.30 %
Spitalregion RWS, Spital Altstätten	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.24 (4.18 - 4.30)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.62 (4.56 - 4.68)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.70 (4.65 - 4.75)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.41 (4.32 - 4.50)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.21 (4.14 - 4.28)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.70 %
Spitalregion RWS, Spital Walenstadt	

Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.22 (4.16 - 4.28)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.70 (4.64 - 4.76)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.70 (4.65 - 4.75)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.54 (4.45 - 4.63)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.16 (4.09 - 4.23)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.10 %

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

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit).

- Aus den mehrheitlich sehr guten Ergebnissen resultiert kein akuter Handlungsbedarf
- Wir erwarten im nationalen Vergleich 2017 kein Ergebnis, welches signifikant unter das Vertrauensintervall fällt.
- Beste Bewertung der Frage 1 - 5: 5 – 5 – 5 – 5 – 5 Ø 5.0
- Schlechteste Bewertung: 2 – 2 – 2 – 1 – 2 Ø 1.8
- Alle Auswertungen können bei Bedarf bis auf Pflegeabteilung bzw. Klinik heruntergebrochen werden

Auswertungsinstitut

qm Riedo

Heinrichstrasse 147

8005 Zürich

E-Mail: riedo@qm-riedo.ch

G: +41 (0)43 819 17 27

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

Spitalregion RWS, Spital Grabs			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	497		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	209	Rücklauf in Prozent	42 %
Spitalregion RWS, Spital Altstätten			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	226		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	109	Rücklauf in Prozent	48 %
Spitalregion RWS, Spital Walenstadt			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	228		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	125	Rücklauf in Prozent	55 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenbefragung Ambulatorium

Wir haben analog der ANQ-Befragung von stationären Patienten auch die ambulanten Patienten befragt. Diese Befragung haben wir mit den Fragen zur Schmerzbehandlung kombiniert.

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat September an allen Standorten durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spitalregion RWS, Spital Grabs

Beschwerdemanagement Spital Grabs

Elvira Bohl und ihr Team

Ressortmanagerin

+41 81 772 51 22

Elvira.Bohl@srrws.ch

Per Brief, E-Mail, Internet, Fax und über unser Feedbackformular

Spitalregion RWS, Spital Altstätten

Beschwerdemanagement Spital Altstätten

Dr. med. Salah Jawdat und sein Team

CA Stv. Anästhesie

+41 71 757 43 68

Salah.Jawdat@srrws.ch

Per Brief, E-Mail, Internet, Fax und über unser Feedbackformular

Spitalregion RWS, Spital Walenstadt

Beschwerdemanagement Spital Walenstadt

Daniela Schurig und ihr Team

Chefsekretärin

+41 81 736 14 30

Daniela.Schurig@srrws.ch

Per Brief, E-Mail, Internet, Fax und über unser Feedbackformular

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse		2013	2014	2015	2016**
Spitalregion RWS, Spital Grabs					
Beobachtete Rate	Intern:	3.30%	2.77%	2.61%	3.46%
	Extern:	0.54%	0.62%	0.43%	0.45%
Erwartete Rate		3.91%	3.87%	3.55%	3.77%
Verhältnis der Raten***		0.98	0.88	0.86	1.04
Spitalregion RWS, Spital Altstätten					
Beobachtete Rate	Intern:	3.91%	3.48%	3.01%	3.61%
	Extern:	0.81%	1.30%	1.24%	0.75%
Erwartete Rate		5.01%	4.64%	4.20%	4.56%
Verhältnis der Raten***		0.94	1.03	1.01	0.96
Spitalregion RWS, Spital Walenstadt					
Beobachtete Rate	Intern:	3.55%	3.57%	3.04%	3.66%
	Extern:	0.71%	0.73%	0.51%	0.76%
Erwartete Rate		4.17%	3.92%	3.78%	4.04%
Verhältnis der Raten***		1.02	1.1	0.94	1.09

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

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Spitalregion RWS, Spital Grabs		
Anzahl auswertbare Austritte:	165	
Spitalregion RWS, Spital Altstätten		
Anzahl auswertbare Austritte:	82	
Spitalregion RWS, Spital Walenstadt		
Anzahl auswertbare Austritte:	140	

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

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

Messergebnisse

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Ungenügende Berechnungsqualität - interene Vorgabe - Datenschutz

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Spitalregion RWS, Spital Grabs	Spitalregion RWS, Spital Altstätten	Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
▪ Blinddarm-Entfernungen	√	√	√
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	√	√	√
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)	√	√	√
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	√	√	√

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			adjustierte Infektionsrate % 2014	2015	2016	
Spitalregion RWS, Spital Grabs						
Blinddarm-Entfernungen	108	3	3.00%	1.20%	1.20%	2.80% (0.00% - 7.40%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	13	0	0.00%	9.10%	0.00%	0.00% (0.00% - 24.70%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	113	12	12.10%	11.80%	9.20%	11.90% (5.90% - 17.90%)
Spitalregion RWS, Spital Altstätten						
Blinddarm-Entfernungen	20	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 16.80%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	4	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 60.20%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	10	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 30.80%)
Spitalregion RWS, Spital Walenstadt						
Blinddarm-Entfernungen	43	1	2.30%	4.10%	5.80%	3.00% (0.00% - 14.20%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	4	1	0.00%	0.00%	0.00%	13.70% (0.00% - 36.10%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	2	1	22.20%	38.50%	26.60%	3.30% (0.00% - 28.00%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			adjustierte Infektionsrate % 2013	2014	2015	
Spitalregion RWS, Spital Grabs						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	108	3	1.60%	2.90%	3.20%	2.70% (0.00% - 5.80%)
Spitalregion RWS, Spital Altstätten						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	40	2	0.00%	0.00%	4.30%	8.20% (0.00% - 16.80%)
Spitalregion RWS, Spital Walenstadt						

Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	78	1	1.50%	1.20%	0.00%	1.40% (0.00% - 4.10%)
---	----	---	-------	-------	-------	--------------------------

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
Spitalregion RWS, Spital Grabs				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	1	5	1
In Prozent	3.60%	1.50%	10.40%	1.50%
Residuum*	0	0	0	0
Spitalregion RWS, Spital Altstätten				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	1	2	0
In Prozent	3.50%	3.30%	3.60%	0.00%
Residuum*	0	0	0	0
Spitalregion RWS, Spital Walenstadt				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	3	0	3	2
In Prozent	11.50%	0.00%	7.10%	4.30%
Residuum*	0	0	0	0

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Sturzrisiko wird in der SR RWS systematisch erfasst und gemäss der Empfehlung des Deutschen Netzwerks für Qualität in der Pflege (DNQP), in der standardisierten Pflegeplanung, dokumentiert. Neue Mitarbeitende der Pflege, werden im Rahmen des zweiten Einführungstages mit dem Thema Sturzprävention vertraut gemacht und lernen die grundsätzlichen Dokumente (s.u.) kennen. Durch die regelmässige Durchführung von Fallbesprechungen, sowie Beratung durch die Pflegeentwicklung, kann ein Beitrag zum Fallverstehen der Pflegenden geleistet werden.

Neben dem „Konzept Sturzprävention / Stürze / Massnahmen“ stehen den Pflegenden zahlreiche ergänzende Dokumente zur Verfügung, welche als Grundlagendokumente zu verstehen und im Cockpit (Intranet) jederzeit abrufbar sind:

- Guideline Umgang mit Gehhilfsmitteln
- Konzept Bodennahe Pflege inkl. Protokoll
- Guideline geeignetes Schuhwerk und Stoppersocken
- Kurzanleitung Indikation / Kontraindikation Stoppersocken
- Entscheidungsprozess Anwendung FbM
- Guideline Babyphone inkl. Einverständniserklärung

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Spitalregion RWS, Spital Grabs			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	66	Anteil in Prozent (Antwortrate)	76.70%
Spitalregion RWS, Spital Altstätten			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	48	Anteil in Prozent (Antwortrate)	87.30%
Spitalregion RWS, Spital Walenstadt			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	46	Anteil in Prozent (Antwortrate)	82.10%

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Auswertung Meldeportal

Es erfolgt in der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland an allen Standorten eine Vollerhebung der gestürzten Patientinnen und Patienten mittels Meldeportal. Die Daten werden monatlich ausgewertet und beobachtet. Die Mitarbeitenden der Pflegeentwicklung und das Management können somit zeitnah reagieren, falls sich die Daten verändern.

Vollerhebung der gestürzten Patienten mittels Meldeportal inklusive folgender Daten:

- Erfasste Risikofaktoren
- Sturzzeit, Ort, Vorgehen
- Planung und Umsetzung präventiver Pflegeinterventionen

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 an allen Standorten durchgeführt.

Sturz SR RWS	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Patientenaustritte	15'760	15'659	16'128	16'105	16'552	16'527
Pflegetage	93'120	89'974	93'219	94'294	96'209	93'304
Anzahl Stürze	311	317	336	309	292	244
Anzahl Stürze / 1000 Pflegetage	3.3	3.5	3.6	3.3	3.0	2.6
Inzidenz Stürze total in %	2.0	2.0	2.1	1.9	1.8	1.5
Sturzfolge Verletzung in %	26.3	25.9	37.8	25	29.8	25.4

Sturz Spital Grabs	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Patientenaustritte	7'593	7'404	7'858	7'990	8'490	8'586
Pflegetage	41'556	38'998	41'206	42'525	44'544	44'820
Anzahl Stürze	122	106	107	88	102	89
Anzahl Stürze / 1000 Pflegetage	2.9	2.7	2.6	2.1	2.3	2.0
Inzidenz Stürze total in %	1.6	1.4	1.4	1.1	1.2	1.0
Sturzfolge Verletzung in %	20.0	26.4	35.5	27.45	25.4	27.0

Sturz Spital Altstätten	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Patientenaustritte	2'860	3'032	3'066	3'084	3'115	3'261
Pflegetage	23'721	22'024	22'657	22'275	22'494	22'243
Anzahl Stürze	120	122	107	102	99	71
Anzahl Stürze / 1000 Pflegetage	5.1	5.5	4.7	4.6	4.4	3.2
Inzidenz Stürze total in %	4.2	4.0	3.5	3.3	3.2	2.2
Sturzfolge Verletzung in %	25.0	31.0	43.9	20.0	30.3	25.4

Sturz Spital Walenstadt	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Patientenaustritte	5'307	5'223	5'204	5'031	4'947	4'680
Pflegetage	27'843	28'952	29'356	29'492	29'171	26'241
Anzahl Stürze	69	89	122	119	91	84
Anzahl Stürze / 1000 Pflegetage	2.5	3.1	4.2	4.0	3.1	3.2
Inzidenz Stürze total in %	1.3	1.7	2.3	2.4	1.8	1.8
Sturzfolge Verletzung in %	34.0	20.2	34.4	28.81	34.0	23.8

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

13 Wundliegen

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

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Spitalregion RWS, Spital Grabs						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	2	0	1	1.50%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	0	0	0	-
Spitalregion RWS, Spital Altstätten						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	3	1	1	3	6.20%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	0	0		-
Spitalregion RWS, Spital Walenstadt						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	1	1	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	0	0		-

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Werte aus dem Jahr 2017 liegen z.T. hoher oder markant tiefer als die nationalen Vergleichswerte. Da eine Stichtagshebung erfolgt ist, sind die Werte mit grosser Vorsicht zu interpretieren.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Spitalregion RWS, Spital Grabs			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	66	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	76.70%
Spitalregion RWS, Spital Altstätten			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	48	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	87.30%
Spitalregion RWS, Spital Walenstadt			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	46	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	82.10%

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Datenauswertung Klinikinformationssystem

Ausgehend von den Patientendaten aus dem KIS wird die Rate in der ganzen Spitalregion in allen Abteilungen monatlich beobachtet und kontrolliert.

Vollerhebung: Anzahl Dekubiti mittels PMS/ Wunddokumentation

- Unterscheidung von im Spital entstandene und bereits bei Eintritt vorhandene Dekubiti
- Grad und Ort

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 an allen Standorten durchgeführt.
Berücksichtigen alle medizinischen Disziplinen

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dekubitus SR RWS						
Anzahl Dekubitus	187	197	214	308	241	221
Davon im Spital erworben	93	84	102	130	115	86
Prävalenz Dekubitus in %	1.2	1.3	1.3	1.9	1.5	1.3
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 1-4	0.6	0.5	0.6	0.8	0.7	0.5
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 2-4			0.4	0.5	0.4	0.3
Im Spital erworbene in %	49.7	42.6	47.7	42.2	47.7	38.9
Dekubitus SPGR						
Anzahl Dekubitus	47	55	73	70	92	44
Davon im Spital erworben	16	24	34	31	42	16
Prävalenz Dekubitus in %	0.6	0.7	0.9	0.9	1.1	0.5
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 1-4	0.2	0.3	0.4	0.4	0.5	0.2
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 2-4			0.3	1.1	0.8	0.0
Im Spital erworbene in %	34.0	43.6	46.6	44.3	45.7	36.4
Dekubitus SPAL						
Anzahl Dekubitus	76	75	73	111	73	77
Davon im Spital erworben	38	33	28	36	33	24
Prävalenz Dekubitus in %	2.7	2.5	2.4	3.6	2.3	2.4
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 1-4	1.3	1.1	0.9	1.2	1.1	0.7
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 2-4			0.7	2.8	2.7	1.6
Im Spital erworbene in %	50.0	44.0	38.4	32.4	45.2	31.2
Dekubitus SPWA						
Anzahl Dekubitus	64	67	68	127	76	100
Davon im Spital erworben	39	27	40	63	40	46
Prävalenz Dekubitus in %	1.2	1.3	1.3	2.5	1.5	2.1
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 1-4	0.7	0.5	0.8	1.3	0.8	1.0
Inzidenz: Im eigenen Spital entstanden in % Kat. 2-4			0.4	1.7	1.4	1.1
Im Spital erworbene in %	60.9	40.3	58.8	49.6	49.6	46.0

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**Interventionen zur Dekubitusprophylaxe in der SR RWS**

Das individuelle Dekubitusrisiko wird in der SR RWS auf Basis pflegerischer Expertise und des Erkennens von Risikofaktoren diagnostiziert. Diese Risikofaktoren werden in der standardisierten Pflegeplanung erhoben und eine Dekubitusgefahr wird entsprechend festgehalten. Die Braden Skala findet weiterhin Anwendung, um das Dekubitusrisiko objektiv zu erheben und zu dokumentieren.

In der SR RWS werden verschiedene Interventionen zur Dekubitusprophylaxe durchgeführt.

- Dies sind in der direkten Patientenversorgung beispielhaft:
 - Gezielte bewegungsfördernde Pflegemaßnahmen und Bewegungsübungen, sowie Mobilisation.
 - Einsatz von aktiv druckverteilenden Matratzen
 - Einsatz von passiv druckentlastenden Schaummatratzen
 - Druckentlastende Positionierung einzelner Körperstellen (z.B. Fersen)
 - Prävention oder Behebung von Flüssigkeits- und Ernährungsdefiziten
- Weitere beispielhafte Massnahmen sind:
 - Überarbeitung des internen Standards zur Dekubitusvermeidung und Dekubitusbehandlung analog dem international anerkannten Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
 - Coaching der Pflegestationen durch die Mitarbeiterinnen der Pflegeentwicklung
 - Schulung des Pflegefachpersonals in Kinästhetik
 - Schulung des Pflegefachpersonals in der Verwendung von Lagerungsmaterialien

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 nach ANQ

Diese Messung haben wir im Monat September an allen Standorten durchgeführt.

Bei allen medizinischen Disziplinen

Analog der Sturz - Debubitus-Befragung

Bei **11.9 %** der Patientinnen und Patienten der SR RWS wurden am Stichtag FbM eingesetzt. Vergleichbare Spitaltypen wendeten bei **14,0 %** der Patientinnen und Patienten FbM an.

Wir weisen immer wieder hohe Werte bei den Freiheitsbeschränkenden Massnahmen aus. Dies, weil bei der ANQ-Messung auch sogenannte Alarm- und Überwachungssysteme als Freiheitsbeschränkende Massnahmen bezeichnet werden. Wir setzen diese Massnahmen gezielt präventiv ein und ermöglichen so z.B. einen Beitrag zur Sturzprophylaxe. Freiheitsbeschränkende Massnahmen wie z.B. Fixierungen, werden in der SR RWS nur in medizinischen Notfallsituationen eingesetzt und sollten aus unserer Sicht stets eine Ausnahme bleiben.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Präventionsmassnahmen in der SR RWS

Durch die regelmässigen Durchführungen von Fallbesprechungen, sowie Beratungen durch die Pflegeentwicklung, kann ein Beitrag zur bewussten ethischen Entscheidungsfindung bezüglich des Einsatzes von FbM geleistet werden.

Neue Mitarbeitende der Pflege, werden im Rahmen des zweiten Einführungstages mit dem Thema FbM vertraut gemacht und lernen die grundsätzlichen Dokumente (s.u.) kennen:

Neben dem „Standard Freiheitsbeschränkende Massnahmen SR RWS“ (inkl. Protokoll) stehen den Pflegenden zahlreiche ergänzende Dokumente zur Verfügung, welche den interdisziplinären Entscheidungsprozess unterstützen sollen und als Grundlagendokumente zu verstehen sind.

- Entscheidungsprozess Anwendung FbM
- Anleitung Freiheitsbeschränkende Massnahmen SR RWS
- Richtlinien Fixationsmaterialien SR RWS
- Konzept Bodennahe Pflege inkl. Protokoll
- Guideline geeignetes Schuhwerk und Stoppersocken
- Kurzanleitung Indikation / Kontraindikation Stoppersocken
- Guideline Babyphone inkl. Einverständniserklärung

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

17

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Stroke Unit Reporting

Darstellung der Detailergebnisse aus der Behandlung unserer Stroke Patienten.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 am Standort „Spitalregion RWS, Spital Grabs“ durchgeführt. Im Rahmen der Stroke Unit der SR RWS wurde ein monatliches Controlling aufgebaut

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Reporting dient unseren internen Prozessen zu konsequenten und dynamischen Prozess-Kontrolle und -Lenkung

17.1.2 Controlling IPS

Darstellung der Detailergebnisse aus der Behandlung unserer IPS Patienten.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 am Standort „Spitalregion RWS, Spital Grabs“ durchgeführt. Im Rahmen der IPS der SR RWS wurde ein monatliches Controlling aufgebaut

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Reporting dient unseren internen Prozessen zu konsequenten und dynamischen Prozess-Kontrolle und -Lenkung

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung DMS

Das Projekt wird an den Standorten „Spitalregion RWS, Spital Grabs“, „Spitalregion RWS, Spital Altstätten“, „Spitalregion RWS, Spital Walenstadt“ durchgeführt.

Projektart: Die Einführung DMS ist ein Teil aus dem Projekt : Unternehmensportal - Sozial Intranet

Projektziel: Gelenkte Dokumente werden übergreifend gelenkt: Regulative & Formulare

Projektlauf/ Methodik: Die Projektkonzeption wurde mit externen Partnern und der zentralen Informatikabteilung des Kantonsspitals SG mit der agilen Projektmanagement-Methodik SCRUM ausgeführt. Bei der Implementierung wird das agile Projektmanagement SCRUM eingesetzt

Es sind alle Mitarbeiter der Spitalregion über eine Menge von zirka 70 Poweruser eingebunden

18.1.2 Ausbau Prozessmanagement

Das Projekt wird an den Standorten „Spitalregion RWS, Spital Grabs“, „Spitalregion RWS, Spital Altstätten“, „Spitalregion RWS, Spital Walenstadt“ durchgeführt.

Nach dem Aufbau des neuen Intranetsystems im ersten Quartal 2018, werden wir dieses in Richtung Prozessdarstellung erweitern.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Überwachungsaudit SanaCERT Juni 2017

Das Projekt wurde am Standort Spitalregion RWS, Spital Walenstadt durchgeführt.

Audit nach den Vorgaben der Regulative

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung Palliative Care SPWA

Die Zertifizierung wird am Standort Spitalregion RWS, Spital Walenstadt durchgeführt.

Wir streben im 2018 die Anerkennung nach Qualitätspalliative in Walenstadt an.

19 Schlusswort und Ausblick

Der vorliegende Qualitätsbericht 2017 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.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen	Spitalregion RWS, Spital Grabs	Spitalregion RWS, Spital Altstätten	Spitalregion RWS, Spital Walenstadt
Basispaket			
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	√	√	√
Haut (Dermatologie)			
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	√	√	√
Dermatologische Onkologie	√	√	√
Wundpatienten	√	√	√
Hals-Nasen-Ohren			
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	√	√	√
Hals- und Gesichtschirurgie	√	√	√
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)	√	√	√
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	√	√	√
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)	√	√	√
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	√	√	√
Kieferchirurgie	√	√	√
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)			
Neurochirurgie	√	√	√
Nerven medizinisch (Neurologie)			
Neurologie	√	√	√
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems	√	√	√
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)	√	√	√
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)	√	√	√
Augen (Ophthalmologie)			
Ophthalmologie	√	√	√
Hormone (Endokrinologie)			
Endokrinologie	√	√	√
Magen-Darm (Gastroenterologie)			
Gastroenterologie	√	√	√
Spezialisierte Gastroenterologie	√	√	√

Bauch (Viszeralchirurgie)			
Viszeralchirurgie	√	√	√
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)	√	√	√
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)	√	√	√
Blut (Hämatologie)			
Aggressive Lymphome und akute Leukämien	√	√	√
Indolente Lymphome und chronische Leukämien	√	√	√
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	√	√	√
Gefässe			
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	√	√	√
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	√	√	√
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	√	√	√
Interventionen intraabdominale Gefässe	√	√	√
Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)	√	√	√
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)	√	√	√
Herz			
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	√	√	√
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	√	√	√
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	√	√	√
Nieren (Nephrologie)			
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	√	√	√
Urologie			
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√	√	√
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√	√	√
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)	√	√	√
Lunge medizinisch (Pneumologie)			
Pneumologie	√	√	√
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)			
Thoraxchirurgie	√	√	√
Bewegungsapparat chirurgisch			
Chirurgie Bewegungsapparat	√	√	√
Orthopädie	√	√	√
Handchirurgie	√	√	√
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	√	√	√
Arthroskopie des Knies	√	√	√
Rekonstruktion obere Extremität	√	√	√
Rekonstruktion untere Extremität	√	√	√
Wirbelsäulenchirurgie	√	√	√
Plexuschirurgie	√	√	√
Replantationen	√	√	√
Rheumatologie			
Rheumatologie	√	√	√
Interdisziplinäre Rheumatologie	√	√	√
Gynäkologie			
Gynäkologie	√	√	√
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina	√	√	√
Maligne Neoplasien des Corpus uteri	√	√	√
Maligne Neoplasien des Ovars	√	√	√

Maligne Neoplasien der Mamma	√	√	√
Geburtshilfe			
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und \geq 2000g)	√	√	√
Spezialisierte Geburtshilfe	√	√	√
Neugeborene			
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und \geq 2000g)	√	√	√
Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g)	√	√	√
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und \geq 1000g)	√	√	√
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)			
Onkologie	√	√	√
Radio-Onkologie	√	√	√
Schwere Verletzungen			
Unfallchirurgie (Polytrauma)	√	√	√
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)	√	√	√

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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