

# Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

22.05.2019  
Franziska Berger, Direktorin Spital Lachen

Version 2



Spital Lachen AG

[www.spital-lachen.ch](http://www.spital-lachen.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 2018.

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. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

### 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 2018

Frau  
Claudia Lange  
Qualitätsmanagement  
055 451 30 85  
[claudia.lange@spital-lachen.ch](mailto:claudia.lange@spital-lachen.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. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

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](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 .....	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	8
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>9</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	14
4.5 Registerübersicht .....	15
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	18
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>19</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	20
5.2 Eigene Befragung .....	21
5.2.1 MECON measure & consult GmbH .....	21
5.3 Beschwerdemanagement .....	21
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>22</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>22</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	22
<b>10 Operationen</b> .....	<b>23</b>
10.1 Eigene Messung .....	23
10.1.1 AQC .....	23
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>24</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	24
<b>12 Stürze</b> .....	<b>25</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	25
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>26</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	26
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>28</b>
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen .....	28
14.1.1 Nationale Prävalenzmessung .....	28
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen .....</b>	<b>29</b>
17.1	Weitere eigene Messungen .....	29
17.1.1	Qualitätssicherungsstudie Herniamed .....	29
17.1.2	public database .....	29
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>30</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	30
18.1.1	Vorbereitung Umstellung des Klinikinformationssystems .....	30
18.1.2	Kaderworkshops .....	30
18.1.3	Ausbau Meldecenter zur Erhöhung der Patientensicherheit.....	30
18.1.4	Prozessorientierte Abbildung der Organisation.....	30
18.1.5	Evaluation Dokumentenmanagementsystem.....	31
18.1.6	Bearbeitung der Handlungsfelder aus ambulanter Patientenbefragung .....	31
18.1.7	Kampagne Grippeimpfung für Mitarbeitende .....	31
18.1.8	Quantitatives und qualitatives Feedbackmanagement .....	31
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 .....	32
18.2.1	Aufbau Sprechstunde Palliative Care .....	32
18.2.2	Reevaluation und Neupositionierung Schmerzsprechstunde .....	32
18.2.3	Einführung easylearn - Lernplattform .....	32
18.2.4	Optimierung des Patientenein- und -austritt im Pflegebereich .....	32
18.2.5	Assessment zur Erfassung von Mangelernährung .....	33
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	33
18.3.1	Re-Zertifizierung Rettungsdienst Spital Lachen AG.....	33
18.3.2	DHL-Siegel für Herniengriffe .....	33
18.3.3	Akkreditierung Exzellenzzentrum für bariatrische und metabolische Chirurgie .....	33
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>34</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>35</b>
Akutsomatik .....		35
<b>Herausgeber .....</b>		<b>37</b>

## 1 Einleitung

Das Spital Lachen ist ein 121 Betten Akutspital und beschäftigt rund 700 engagierte Mitarbeitende. Als eine Aktiengesellschaft der Bezirke March und Höfe erfüllt das Spital Lachen einen öffentlichen Auftrag des Kantons Schwyz (Spitalliste).

Das Spital Lachen stellt als Akutspital die 24h - Versorgung der Region in den Hauptbereichen der Inneren Medizin, Chirurgie und Gynäkologie, inklusive Geburtshilfe sicher. Rund um die Uhr an 365 Tagen steht unsere **interdisziplinäre Notfallabteilung** den Patienten mit fachgerechter, umfassender medizinischer und pflegerischer Betreuung zur Erstversorgung zur Verfügung. Eine moderne, **zertifizierte Intensivpflegestation** gewährleistet die intensivmedizinische Behandlung und Betreuung unserer Patienten jederzeit.

Durch verschiedene Kooperationen, Leistungsverbunde und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit verschiedenen Leistungserbringern, Beleg- und Konsiliarärzten ergänzt und entwickelt das Spital Lachen sein medizinische Leistungsangebot laufend. So bietet das Spital Lachen neben der Grundversorgung ein breites Spektrum an medizinischen Zusatzleistungen und hat sich zu einem wichtigen Gesundheitszentrum der Region etabliert. Damit reagierte das Spital auf die steigende Nachfrage nach spezialisierten Angeboten.

Auszug aus dem Angebot an medizinischen Zusatzleistungen:

Erstklassige **orthopädische Versorgung** in der Orthopädie **etzelclinic am Spital** Lachen in Zusammenarbeit mit den Ärzten des Spitals

**Gefässmedizin** in Zusammenarbeit mit der Cardiance Clinic auf höchstem Niveau

Das von SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders) anerkannte **Adipositaszentrum** für eine ganzheitliche Betreuung von der Beratung bis zur Nachbehandlung

Top **Kardiologie** mit universitärer Zusammenarbeit mit dem UniversitätsSpital Zürich

Modern ausgestattete **Dialysestation** mit 15 Dialyseplätzen an 6 Tagen pro Woche in zwei Schichten betrieben und Möglichkeit zur **Feriodialyse**

Individualisierte und persönliche Betreuung der Patienten in der **Onkologie** in enger Zusammenarbeit mit dem UniversitätsSpital Zürich

Um eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung der Patienten zu gewährleisten, pflegt das Spital Lachen eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten der Region um Doppelspurigkeiten in der Diagnostik und Therapie zu vermeiden.

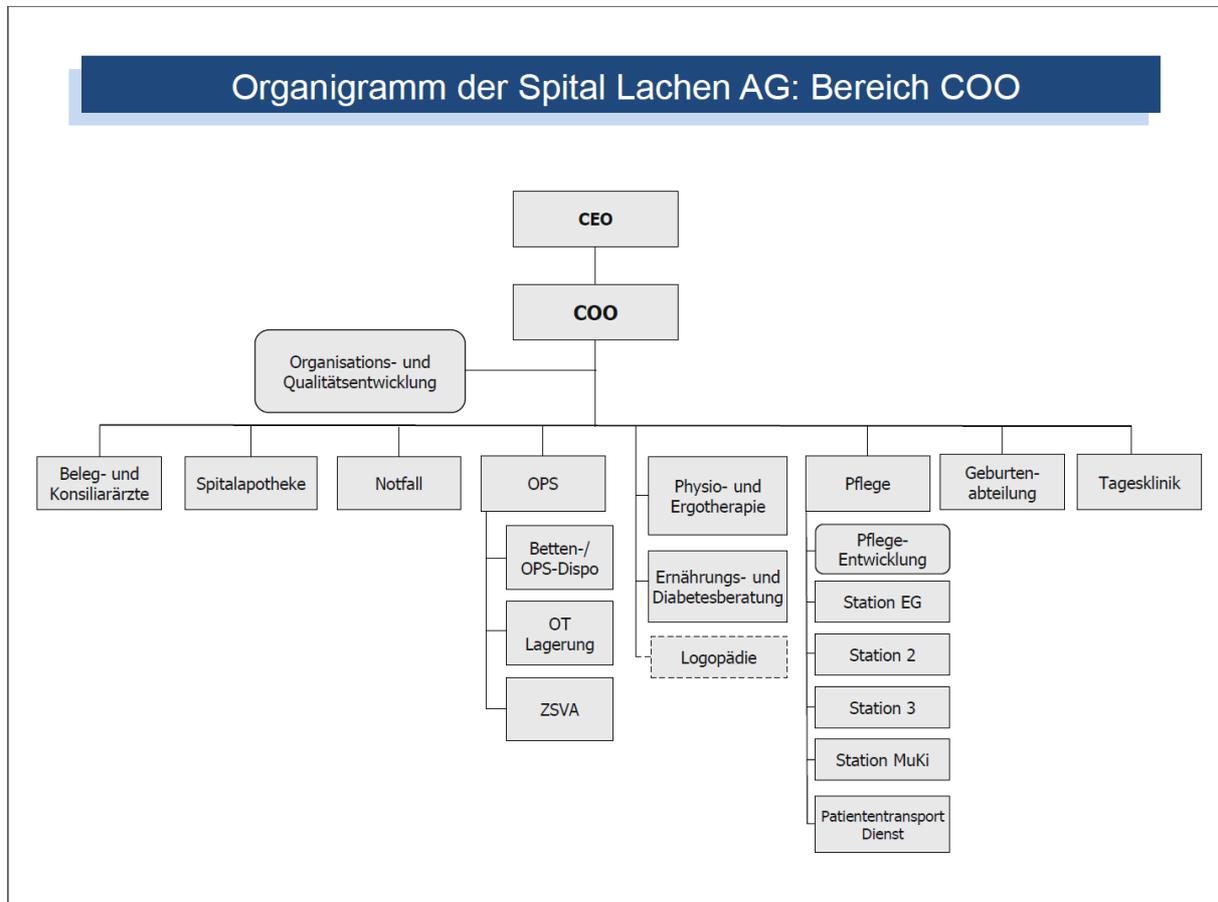
Die Mitarbeitenden der Spital Lachen AG stellen die Patienten ins Zentrum ihres Handelns. Sie versorgen, beraten und betreuen ihre Patienten umfassend, kompetent entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse sowie nach den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Im Namen der Spitalleitung  
Marco Näf  
Stv. Direktor Spital Lachen AG

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist der Organisations- und Qualitätsentwicklung integriert, welches direkt dem stellvertretenden Direktor unterstellt ist. Somit wird ein direkter Zugang zur Geschäftsleitung sichergestellt.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80%** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Claudia Lange  
 Qualitätsmanagement  
 055 451 30 85  
[claudia.lange@spital-lachen.ch](mailto:claudia.lange@spital-lachen.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Qualitätsmanagement ist ein integrierter Bestandteil unserer täglichen Arbeit und beinhaltet die stetige Verbesserung unserer Strukturen und Prozesse und somit auch unserer Qualität. Qualitätssicherung und -entwicklung ist in allen Bereichen zu finden. Durch optimale Koordination wird eine sinnvolle Vernetzung aller Aktivitäten gefördert. Unsere Mitarbeitenden sind wichtige Partner in der Qualitätsarbeit. Ihre aktive Mithilfe und ihr Engagement sind unentbehrlich für die Umsetzung der Qualitätsprojekte.

Wir fühlen uns gegenüber unseren Patienten verpflichtet und richten unsere Qualitätsstrategie auf unser Umfeld und dessen Nutzen aus. Dies beinhaltet neben attraktiven und bedarfsgerechten Angeboten an die Bevölkerung die Zufriedenheit unserer Patienten, Zuweiser und Partner sowie die Qualität unserer klinischen Ergebnisse.

Wir sind bestrebt, die dazu notwendigen Strukturen zu unterhalten. Wir richten den Schwerpunkt unserer Aktivitäten auf ein systematisches Prozessmanagement mit integriertem Risikomanagement und Kennzahlensystematik aus. Damit bieten wir unseren Patienten sehr viel Sicherheit und stellen insgesamt eine gute Performance in der ambulanten und stationären Patientenversorgung sicher.

Dies bedeutet stetiges Beobachten, Hinterfragen und Weiterentwickeln im Sinn der kontinuierlichen Verbesserung basierend auf dem PDCA Zyklus (Plan-Do-Check-Act).

Im klinischen Bereich finden die Ergebnismessungen basierend auf dem nationalen Programm des ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, statt.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

- Erhebung Patientenzufriedenheit ambulant
- Implementation Meldecenter zur Erhöhung der Mitarbeiter- und Patientensicherheit
- Implementation Prozessmanagement-Software
- Optimierung & Neupositionierung Projekt - Portfoliomanagement
- Teilprozess Optimierung ambulantes Operieren
- Optimierung Personaleinsätze/ OP-Management

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

- Erhebung Patientenzufriedenheit ambulant
- Implementation Meldecenter zur Erhöhung der Mitarbeiter- und Patientensicherheit
- Implementation Prozessmanagement-Software
- Optimierung & Neupositionierung Projekt - Portfoliomanagement
- Teilprozess Optimierung ambulantes Operieren
- Optimierung Personaleinsätze/ OP-Management

#### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weiterentwicklung zu einer prozessorientierten Organisation mit dem Ziel der Implementierung eines zertifizierbaren, prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems.

## 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](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> <li>▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen</li> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> </ul>

#### Bemerkungen

Alle Ergebnisse der nationalen Qualitätsmessungen sind auf: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/> publiziert.

### 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:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ MECON measure &amp; consult GmbH</li></ul>

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Operationen</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ AQC</li></ul>
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nationale Prävalenzmessung</li></ul>
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Qualitätssicherungsstudie Herniamed</li><li>▪ public database</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Kaderworkshops

<b>Ziel</b>	Schulung und Unterstützung der Führungspersonen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Kadermitarbeitende
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	jährlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Kadermitarbeitende
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	jährlich

##### Ausbau Meldecenter zur Erhöhung der Mitarbeiter- und Patientensicherheit

<b>Ziel</b>	Zentralisierung und Vereinheitlichung der verschiedenen Meldesysteme und übergeordnete Massnahmensteuerung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	ganzes Spital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	4. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	etappierte Einführung und Erweiterung des Meldeportals
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Bereiche ambulant und stationär sowie Supportbereiche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	3. Quartal 2019

##### Kampagne Grippeimpfung für Mitarbeitende

<b>Ziel</b>	Patienten- und Mitarbeiterschutz
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	ganzes Spital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	4. Quartal; jährlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Mitarbeitenden

## Sichere Chirurgie

<b>Ziel</b>	Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	operative Chirurgie
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2012
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Eine dreiteilige Checkliste hilft, Fehler zu vermeiden oder rechtzeitig aufzufangen, um die Patientensicherheit zu erhöhen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegefachpersonen, ärztliches Personal
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährlich

## Quantitative &amp; Qualitative systematische Erfassung und Bearbeitung des Feedbackmanagment

<b>Ziel</b>	Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, kontinuierliche Verbesserung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	ganzes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	fortlaufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährlich

## Optimierung &amp; Neupositionierung Schmerzsprechstunde

<b>Ziel</b>	Optimale schmerztherapeutische Versorgung ambulant und stationär
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Anästhesie
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	fortlaufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährlich

## Aufbau und Implementierung Sprechstunde Palliative Care

<b>Ziel</b>	Dialog – Orientierung – Begleitung von Betroffenen und Angehörige mit nicht heilbaren Erkrankungen,
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	stationärer und ambulanter Bereich
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	1. Halbjahr 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Klinik Medizin
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	2019

## Einführung der easylearn-Lernplattform

<b>Ziel</b>	Effizientes Vorbereiten und organisiertes Lernen im Unternehmen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	HR
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2. Halbjahr 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Schulungsmodule mit integrierter Wissensplattform
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Unternehmen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	fortlaufend

## Ausarbeitung Konzept zur Einführung KISIM

<b>Ziel</b>	Reibungslose Ablösung des bisherigen Klinikinformationssystem
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzes Unternehmen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	01.01.2018 31.12.2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzen Unternehmen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	2019

## Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und Strukturen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Klinik Chirurgie
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	fortlaufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärztliche Mitarbeitenden der Klinik Chirurgie
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	fortlaufend

### 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 im Jahr 2009 ein CIRS eingeführt.

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

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

#### Bemerkungen

Ein kritischer Zwischenfall ist ein unerwartetes Ereignis, welches den Patienten gefährden kann, aber nicht schädigt.

Es werden konsequent nur Gefährdungen und keine Schäden gemeldet im CIRS erfasst.

## 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](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>A-QUA</b> MONITORING DER ANÄSTHESIEQUALITÄT IN DER SCHWEIZ	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://sgar-ssar.ch/a-qua/">sgar-ssar.ch/a-qua/</a>	2002
<b>AMIS Plus</b> Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	2002
<b>AQC</b> 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 <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2002
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	2001
<b>CHPACE WEB</b> Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Stiftung für Herzschrittmacher und Elektrophysiologie <a href="http://www.pacemaker-stiftung.ch">www.pacemaker-stiftung.ch</a>	2005
<b>Dialyseregister</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	2005
<b>Infreporting</b> Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	seit Einführung des Registers

<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	2008
<b>Med. Stat.</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	seit Einführung des Registers
<b>MIBB</b> Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie <a href="http://www.mibb.ch">www.mibb.ch</a>	2008
<b>SAfW DB</b> Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG <a href="http://www.safw.ch">www.safw.ch</a>	2011
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2012
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch">www.smob.ch</a>	2008
<b>SRRQAP</b> Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>	2005
<b>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>	2006
<b>VisHSM</b> Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG <a href="http://www.publicdatabase.ch">www.publicdatabase.ch</a>	2002
<b>NICER</b> Nationales Institut für Krebsepidemiologie und - registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und - registrierung <a href="http://www.nicer.org">www.nicer.org</a>	2004

**Bemerkungen**

<b>Bezeichnung</b>	<b>Fachrichtungen</b>	<b>Betreiberorganisation</b>	<b>Seit/Ab:</b>
European Accreditation Council for Bariatric Surgery (EAC-BS)	Bariatric	<a href="https://www.eac-bs.com/site/">https://www.eac-bs.com/site/</a>	2015

## 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	Kommentare
IVR - Interverband Rettungswesen	Rettungsdienst	2007	2017	Re-Zertifizierung 2019
SGAR - Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation	Ausbildungsstätte Anästhesie	2012	2016	
SGI - Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin	Intensivstation	2012	2017	
SAfW - Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung	Wundbehandlungszentrum	2011	2011	Re-Zertifizierung 2019
SAKR - swiss association of cardiovascular prevention and rehabilitation	amb. Kardiorehabilitation	2012	2012	
DHG-Siegel für Hernieneingriffe	Klinik Chirurgie	2017	2017	Re-Zertifizierung 2019

# 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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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.

#### 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

#### Begründung

Alle Ergebnisse der nationalen Qualitätsmessungen sind auf:

<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/> publiziert und einzusehen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 MECON measure & consult GmbH

#### **Sind unsere ambulanten Patienten zufrieden?**

Der Ruf eines Ambulatoriums steht und fällt mit der Zufriedenheit und der Empfehlungsbereitschaft der Patienten – jedes Ambulatorium hat seine eigenen Patienten, Abläufe und Herausforderungen. Durch die MECON Patientenbefragung werden die Bedürfnisse der Patienten abgeholt. Die Zufriedenheit unserer Patienten wird so messbar erhoben. Die Ergebnisse unterstützen uns - die Zufriedenheit unserer Patienten nachhaltig zu optimieren.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Februar 2018 bis Oktober 2018 durchgeführt.  
Interdisziplinäre Tagesklinik Dialyseabteilung Ambulante Therapien & Beratungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Bearbeitung der Ergebnisse ist zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht abgeschlossen.

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Spital Lachen AG**

Qualitätsmanagement

Claudia Lange

Qualitätsmanagerin

+41 55 451 30 85

[qualitaetsmanagement@spital-lachen.ch](mailto:qualitaetsmanagement@spital-lachen.ch)

## 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](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

#### Begründung

Alle Ergebnisse der nationalen Qualitätsmessungen sind auf:

<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/> publiziert und einzusehen.

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

## 10 Operationen

### 10.1 Eigene Messung

#### 10.1.1 AQC

Die AQC ist ein integriertes Qualitätssicherungssystem zur Erfassung der Indikations- und Outcome-Qualität chirurgischer Eingriffe.

Diese Messung haben wir vom Januar 2018 bis Dezember 2018 durchgeführt.

operative Chirurgie

Alle chirurgischen operativen Eingriffe.

Die Aufarbeitung und Publikation der Ergebnisse ist zur Berichterstellung noch nicht abgeschlossen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	AdjumedAnalyze
Methode / Instrument	AQC / Adjumed Services

## 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](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Magenbypassoperationen

#### 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

## 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](http://www.anq.ch), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

#### 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

#### Begründung

Alle Ergebnisse der nationalen Qualitätsmessungen sind auf:

<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/> publiziert und einzusehen.

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.

## 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 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.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

#### Begründung

Alle Ergebnisse der nationalen Qualitätsmessungen sind auf:

<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/> publiziert und einzusehen.

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"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ 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).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 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 Nationale Prävalenzmessung

Erhebung Pflegeindikator - Freiheitseinschränkende Massnahmen (FEM) - LPZ Pflegeindikatoren - Freiheitseinschränkende Massnahmen (FEM).

Die nationale Prävalenzmessung gibt Einblick in die Häufigkeit von FEM, rückblickend über einen Zeitraum von 30 Tagen, am jeweiligen Stichtag der Messung. Dabei werden auch die Art der Massnahme (z.B. mechanische Methoden, medizinische/medikamentöse Massnahmen etc.), der Grund für die FEM sowie allfällige Begleitmassnahmen erfasst. Ferner wird auf Spital- und auf Stationsebene eine Anzahl von Strukturindikatoren erhoben.

Die Ergebnisse der Messung ermöglichen dem Spital eine Standortbestimmung zur Qualität bzw. können aufzeigen, in welcher Hinsicht ein Spital Verbesserungen erzielen kann. Die jährlichen Messungen ermöglichen es, die Wirkung eingeleiteter Massnahmen zu evaluieren.

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.  
Stationäre Bettenabteilungen

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	BFH
Methode / Instrument	LPZ

## 17 Weitere Qualitätsmessungen

### 17.1 Weitere eigene Messungen

#### 17.1.1 Qualitätssicherungsstudie Herniamed

Das internetbasierte Qualitätssicherungsprogramm für die gesamte Hernienchirurgie soll die Qualität der Patientenversorgung verbessern und valide Daten für die Versorgungsforschung liefern.

Die Teilnehmer können ihre jeweiligen Daten jederzeit in Form einer Auswertungsstatistik abfragen. Die sektorübergreifende Qualitätssicherungsstudie bezieht sich auf Leistenhernien, Nabelhernien, Narbenhernien, epigastrische Hernien, parastomale Hernien und Hiatushernien. Die Online-Qualitätssicherungsstudie Herniamed erfüllt die höchsten Sicherheitskriterien des Datenschutzes.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.  
Klinik Chirurgie

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Weiterführende Informationen unter: <https://www.herniamed.de>

#### 17.1.2 public database

Die "fmCh PublicDatabase" gibt den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, Ihre Medizinischen Qualitätssicherungs-Daten zu überprüfen und für die Veröffentlichung freizugeben. Zudem haben die Patienten die Möglichkeit Ihren Spitalaufenthalt nach Ihrer Zufriedenheit zu bewerten.

Die AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Medizin engagiert sich zusammen mit der fmCh, dem Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz, für die kontinuierliche Verbesserung der medizinischen Qualität und Transparenz.

Weiterführende Informationen finden Sie unter:

<https://www.publicdatabase.ch/>

Diese Messung haben wir vom Januar 2018 bis Dezemeber 2018 durchgeführt.  
Klinik Chirurgie

Die Aufarbeitung und Publikation der Ergebnisse ist in Arbeit.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	AQC / Adjumed Services
Methode / Instrument	AQC / Adjumed Services

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Vorbereitung Umstellung des Klinikinformationssystems

Ablösung des Klinikinformationssystems (KIS) Phönix durch KIS - KISIM.

Ziel ist es ein umfassendes und funktionsstarkes KIS zu implementieren, welches sich durch leistungsfähige Benutzeroberfläche, Flexibilität und höchste Performance auszeichnet.

Die Vorbereitung zur Einführung des KISIM starteten im Januar 2018 in einem übergeordneten Projekt. Involviert sind alle Mitarbeitenden, welche aktiv im Behandlungsprozess involviert sind - welche durch definierte Poweruser unterstützt werden.

Die Einführung des KISIM ist zum Mai 2019 geplant.

#### 18.1.2 Kaderworkshops

Schulung und Unterstützung der Führungspersonen werden fortlaufend in periodischen Abständen geplant und durchgeführt.

#### 18.1.3 Ausbau Meldecenter zur Erhöhung der Patientensicherheit

Mit der Einführung des Meldecenters als wesentlichen Beitrag zur Erhöhung der Patientensicherheit - durch Zentralisierung und Vereinheitlichung verschiedener Meldesysteme sowie übergeordneter Massnahmensteuerung - werden fortlaufend weitere Module innerhalb des Meldecenters geplant und eingeführt.

Die Erweiterung des Meldecenters findet etappiert statt.

Die Vorbereitung zur Einführung des Feedbackmoduls wurde 2018 gestartet und das Modul wird in der 2. Jahreshälfte 2019 produktiv eingeführt.

Ebenfalls wurden die Grundsteine zur Einführung des Moduls Idee zur Einführung im 2019 gelegt.

Das Meldecenter steht allen Bereichen ambulant und stationär sowie den Supportbereichen zur Verfügung.

#### 18.1.4 Prozessorientierte Abbildung der Organisation

Aufbau einer prozessorientierten Unternehmung mit dem Ziel 80% aller Prozesse der Unternehmung bis 2020 zu erfassen.

Es handelt sich hierbei um ein rollendes Projekt, welches die ganze Unternehmung und somit alle Berufsgruppe betrifft.

### 18.1.5 Evaluation Dokumentenmanagementsystem

Evaluation und Vorbereitung eines DMS-Moduls zur Verwaltung aller Arten von prozessrelevanten Dokumenten.

### 18.1.6 Bearbeitung der Handlungsfelder aus ambulanter Patientenbefragung

Die Ergebnisse aus der Erhebung der Patientenzufriedenheit in den ambulanten Bereichen werden ausgewertet, allfällige Handlungsfelder abgeleitet sowie Massnahmen zu Verbesserungen innerhalb der Prozesse ausgearbeitet und umgesetzt.

Es sind alle ambulanten Bereiche involviert.

Die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen wird im 2019 etappiert durchgeführt.

### 18.1.7 Kampagne Grippeimpfung für Mitarbeitende

Die Grippeprävention wird jährlich durchgeführt und dient dem Patienten- und Mitarbeiterschutz.

### 18.1.8 Quantitatives und qualitatives Feedbackmanagement

Das **Feedbackmanagement** dient der systematischen Erfassung und Bearbeitung aller Rückmeldungen zu spitalrelevanten Erlebnissen & Ereignissen.

Im **Feedbackmanagement** integriert sind die positiven und negativen Rückmeldungen von Patienten und/oder deren Angehörigen sowie struktureller und prozessbezogener Rückmeldung der Mitarbeitenden im Unternehmen.

Ebenfalls beinhaltet das **Feedbackmanagement** die Bearbeitung von CIRS-Meldungen, Meldungen zu Zwischenfällen in der Behandlung, das Schadensmanagement, die national verpflichtenden Qualitätserhebungen sowie die Unternehmenseigenen Patientenbefragungen im ambulanten und stationären Bereich.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

### 18.2.1 Aufbau Sprechstunde Palliative Care

Die Sprechstunde Palliative Care richtet sich an Betroffene und Angehörige von Menschen mit nicht heilbaren Erkrankungen, die Lebenshilfe suchen in schwierigen Situationen. Das Team von ärztlichen und pflegerischen Palliativspezialisten bietet Beratungen in folgenden Bereichen:

- Lebensqualität erhalten trotz fortschreitender Erkrankung, bei Sorgen bezüglich Ernährung, Müdigkeit, Schmerzen oder sonstigen Problemen
- Schwierige Therapie-Entscheidungen: genau verstehen, worum es geht
- Unterstützung beim Erstellen einer Patientenverfügung
- Koordination von Therapien und Einbezug der betreuenden Ärzte
- Einholen einer zweiten Meinung bei schwierigen Fällen

### 18.2.2 Reevaluation und Neupositionierung Schmerzsprechstunde

Erweiterung des Portfolios zur invasiven und nicht-invasiven Schmerztherapie im stationären und ambulanten Bereich.

Darauf aufbauend wird die Patientenversorgung somit nicht nur spitalintern sondern in der angrenzenden Region optimiert.

Durch eine Multidisziplinäre Vernetzung intern und extern wird eine ganzheitliche Betreuung und Behandlung der Patienten sichergestellt.

### 18.2.3 Einführung easylearn - Lernplattform

Die easylearn Lernplattform ist ein umfassendes Learning Management System (LMS) mit zahlreichen Funktionen.

Auf Stufe des LMS können Kurse den entsprechenden Bereichen und Fachspezialisten zugewiesen werden

Zudem können Präsenz- und/oder e-Learnings zu Lehrgängen zusammenfügt und die Kompetenzentwicklung gezielt definiert werden.

Aufbauend stehen die Module «e-Learning», «Wissensmanagement» und «Veranstaltungsmanagement» zur Verfügung.

### 18.2.4 Optimierung des Patientenein- und -austritt im Pflegebereich

Ein optimales Eintrittsmanagement bildet die Grundlage eines auf die Patientenbedürfnisse abestimmtes Austrittsmanagements.

Ziele des Projektes waren:

- Versorgungskontinuität über Institutionsgrenze hinaus gewährleisten
- Austrittsfristen verkürzen durch optimale Planung der Versorgung im Anschluss an den Spitalaufenthaltes
- Bedarfs- und zeitgerechte Anschlussversorgung für Patienten managen
- Re-Hospitalisationen verhindern

Die Abstimmung der internen Prozesse, Klärung von Verantwortlichkeiten und der Kontakt mit vor- und nachsorgenden Institutionen wurden übergeordnet optimiert.

### 18.2.5 Assessment zur Erfassung von Mangelernährung

Teilnahme an Studie (EFFORT) zur individuelle Ernährungsunterstützung bei stationären Patienten mit Ernährungsrisiko und eines erwarteten Krankenhausaufenthaltes von mehr als 4 Tagen.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Re-Zertifizierung Rettungsdienst Spital Lachen AG

Zertifizierung durch IVR - Interverband

### 18.3.2 DHL-Siegel für Hernieneingriffe

Siegel «Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie» Deutsche Herniengesellschaft (DHG)

Das Gütesiegel wird an Kliniken verliehen, welche die operative Behandlung von Leisten- und anderen Bauchwandbrüchen analog evidenzbasierter wissenschaftlicher Standards durchführen.

### 18.3.3 Akkreditierung Exzellenzzentrum für bariatrische und metabolische Chirurgie

Akkreditierung als Center of Excellence, nach Anforderungen IFSO

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die kontinuierliche Weiterentwicklung im Gesundheitswesen ist unsere tagtägliche Herausforderung. In der Weiterentwicklung im Qualitätsbereich der Spital Lachen AG steht die kontinuierliche Sicherung sowie Steigerung der Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit an oberster Stelle.

Die stetige Optimierung und Anpassung des Qualitäts- und Prozessmanagements erlaubt es, die wachsenden Anforderungen in die bestehenden Abläufe zu integrieren und unseren Patienten qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische wohnortnahe Behandlungen zu bieten.

Die Spital Lachen AG setzt sich weiterhin dafür ein, ihre patientenorientierte Zusatzleistungen zu stärken und diese weiter aus- und aufzubauen, um als Gesundheitszentrum am See die Anliegen und Bedürfnisse der Patienten der Region und darüber hinaus abzudecken.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Gefäße</b>
Gefäßchirurgie periphere Gefäße (arteriell)
Interventionen periphere Gefäße (arteriell)
Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße
Interventionen intraabdominale Gefäße
Gefäßchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)

Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und >= 2000g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und >= 2000g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)

## 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](http://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 (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://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.spitalinfo.ch](http://www.spitalinfo.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](http://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](http://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**).