



SPITAL LACHEN

IHR GESUNDHEITSZENTRUM AM SEE

Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

17.04.2020
Franziska Berger, CEO

Version 3



Spital Lachen AG

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 2019.

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 2019

Frau
Claudia Lange
Qualitätsmanagement
055 451 30 85
claudia.lange@spital-lachen.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil.

Nach Akutsumatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualittsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: www.patientensicherheit.ch/momo.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualittsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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](#)) hnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Andererseits 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, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin 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	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	9
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 spinal- und klinikeigenen Messungen	9
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	10
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	13
4.5 Registerübersicht	14
4.6 Zertifizierungsübersicht	17
QUALITÄTSMESSUNGEN	18
Befragungen	19
5 Patientenzufriedenheit	19
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	19
5.2 Eigene Befragung	21
5.2.1 MECON measure & consult GmbH	21
5.3 Beschwerdemanagement	22
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	23
9 Wiedereintritte	23
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	23
10 Operationen Die Erhebung wurde ab 2019 vom Messplan ANQ gestrichen.	
11 Infektionen	25
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	25
12 Stürze	28
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	28
13 Wundliegen	30
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	30
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
17 Weitere Qualitätsmessungen Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	

18	Projekte im Detail	32
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	32
18.1.1	Kaderworkshops	32
18.1.2	Kampagne Grippeimpfung für Mitarbeitende	32
18.1.3	Sichere Chirurgie	32
18.1.4	Einführung KISIM	32
18.1.5	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	32
18.1.6	Aufbau und Einführung akutgeriatrisches Kompetenzzentrum	32
18.1.7	Etablierung und Optimierung KISM.....	32
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	32
18.2.1	Einführung KISIM	32
18.2.2	Aufbau und Einführung Geriatrie.....	32
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	33
18.3.1	H+ REKOLE Zertifizierung	33
18.3.2	SGI Re-Zertifizierung Intensivstation	33
18.3.3	SGNOR Fähigkeitsausweis Präklinische Notfallmedizin Notarzt (SGNOR)	33
18.3.4	SAfW Re-Zertifizierung Wundambulatoriums	33
18.3.5	IVR Re-Zertifizierung Rettungsdienst	33
19	Schlusswort und Ausblick	34
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		35
Akutsomatik		35
Herausgeber		37

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.

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.

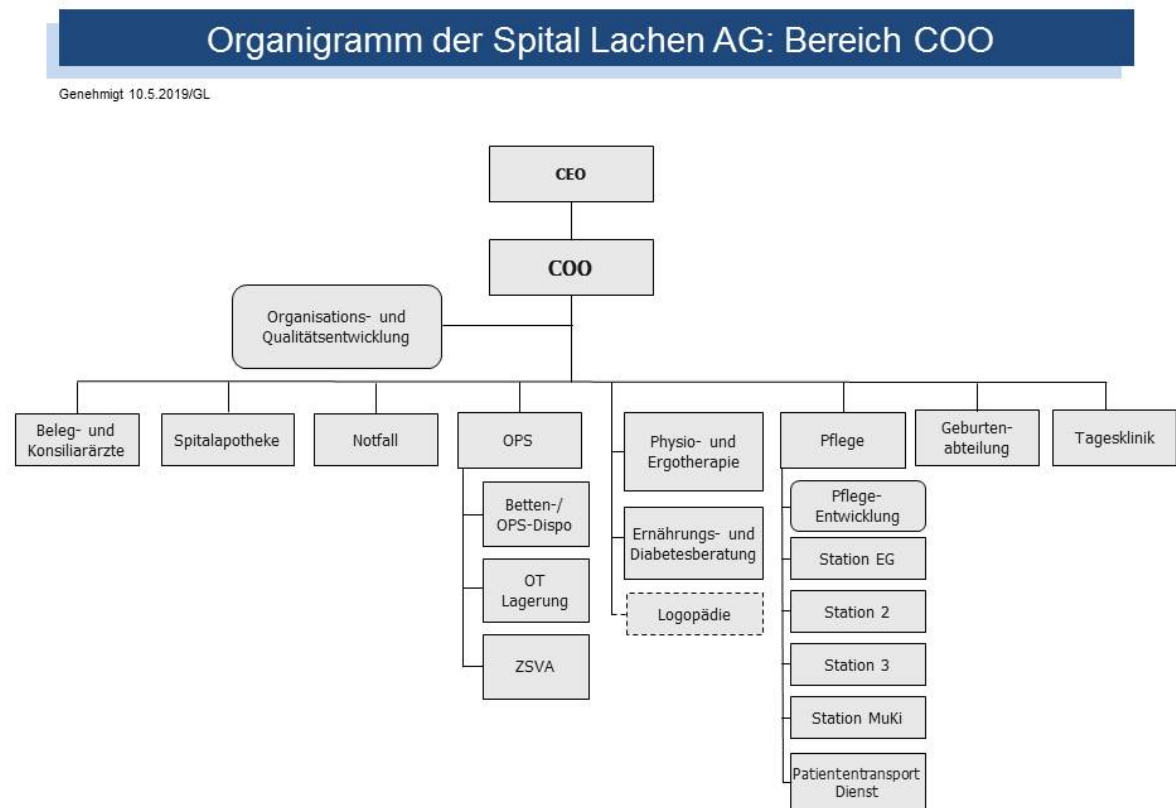
Die Mitarbeitenden der Spital Lachen AG stellen die Patienten ins Zentrum ihres Handelns. Sie versorgen, beraten und betreuen ihre Patienten umfassend, kompetent entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse sowie nach den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Im Namen der Spitalleitung
Franziska Berger
Chief Executive Officer

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in die Organisations- und Qualitätsentwicklung integriert, welche direkt dem stellvertretenden Direktor angegliedert ist. Somit ist ein direkter Zugang zur Geschäftsleitung sichergestellt.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion 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
qualitaetsmanagement@spital-lachen.ch

Frau Petra Scheide
OE/QE
055 451 30 84
petra.scheide@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 2019

- Aufbau und Implementierung akutgeriatrische Komplexbehandlung
- Ablösung Phoenix durch KISIM
- Etablierung und Optimierung KISIM
- Erhebung Patientenzufriedenheit Notfall
- Vorbereitung Einführung DMS für 2020

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

- Einführung KISIM
- Eröffnung akutgeriatrisches Kompetenzzentrum
- Durchführung Befragung ambulante Notfallpatienten
- Vorbereitung Einführung DMS für 2020

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.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Bemerkungen

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ MECON measure & consult GmbH

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Kaderworkshops

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

Kampagne Grippeimpfung für Mitarbeitende

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

Sichere Chirurgie

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

Einführung KISIM

Ziel	Go live 31. Mai 2019
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzes Unternehmen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	01.05.2019 - 31.12.2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Ganzes Unternehmen
Evaluation Aktivität / Projekt	2020

Etablierung und Optimierung KISIM

Ziel	Weiterentwicklung und Optimierung des Patientendokumentationssystem
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzes Unternehmen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Evaluation Aktivität / Projekt	fortlaufend

Morbiditys- und Mortalitätskonferenzen

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

Aufbau und Einführung akutgeriatrisches Kompetenzzentrum

Ziel	Frührehabilitation betagter Patienten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinik Medizin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	4. Quartal 2018 und im 1. Halbjahr 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Ärztliche Mitarbeiter und Pflegefachpersonen Klinik Medizin
Evaluation Aktivität / Projekt	fortlaufend

Vorbereitung Einführung Dokumenten-Management System (DMS)

Ziel	Zentrale Verwaltung, Versionierung und Archivierung von Vorgabedokumenten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2. Halbjahr 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Evaluation Aktivität / Projekt	2020

Implementierung Ablauf und Zuständigkeiten Meldepflicht einer Krebserkrankung

Ziel	Korrektur Ablauf der Meldung mit Inkrafttreten des Krebsregistrierungsgesetzes (KRG)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Involvierte Berufsgruppen	Ärztliches Personal
Evaluation Aktivität / Projekt	2020

Gesamterneuerung Infrastruktur *Projekt Futura"

Ziel	Prozessoptimierung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019 - 2025
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen

Informationsveranstaltung Schadensmanagement

Ziel	Schulung über Inhalte und Ablauf der Schadensabwicklung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Kadermitarbeitende
Projekte: Laufzeit (von...bis)	
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

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 und 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/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	2002
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2002
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2002
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2001
CHPACE WEB Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Stiftung für Herzschrittmacher und Elektrophysiologie www.pacemaker-stiftung.ch	2005
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit Einführung des Registers
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008
MS	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik	seit

Medizinische Statistik der Krankenhäuser		www.bfs.admin.ch	Einführung des Registers
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie c/o Adjumed Services AG www.mibb.ch	2008
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	2011
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	2008
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	2005
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	2009
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2006
VisHSM Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG www.adjumed.net/vis/	2002
KR Zürich/Zug Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	www.krebsregister.usz.ch	2020
NICER Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung www.nicer.org	2004

Bemerkungen

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab:
European Accreditation Council for Bariatric Surgery (EAC-BS)	Bariatric	www.eac-bs.com/site/	2015
Herniamed Qualitätssicherungsstudie	Chirurgie	www.herniamed.de	2017

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	2019	
SGAR - Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation	Ausbildungsstätte Anästhesie	2012	2016	
SIG - Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin	Intensivstation	2012	2019	
SAfW - Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung	Wundbehandlungszentrum	2011	2019	
SAKR - swiss association of cardiovascular prevention and rehabilitation	amb. Kardiorehabilitation	2012	2012	
DHG-Siegel für Hernieneingriffe	Klinik Chirurgie	2017	2017	
Gesellschaft für Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR)	Notfall- und Rettungsmedizin	2019	2019	
H+ REKOLE	Finanzen	2011	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

Fragen	Vorjahreswerte		Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
	2016	2017	
Spital Lachen AG			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.06	4.15	4.16 (4.14 - 4.19)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.54	4.57	4.72 (4.46 - 4.50)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.55	4.55	4.68 (4.50 - 4.54)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.60	4.44	4.54 (4.45 - 4.50)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.06	4.04	4.02 (3.95 - 4.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.80 %	87.80 %	92.70 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			304
Anzahl eingetroffener Fragebogen	128	Rücklauf in Prozent	42 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Chancen der nationalen Patientenbefragung

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator. Mit dieser Messung werden die Qualitätsbemühungen der Spitäler und Kliniken aufgezeigt und gewürdigt.

Grenzen der nationalen Patientenbefragung

Die Messung lässt keine detaillierte Interpretation der Ergebnisse zu und kann eine ausführliche spitaleigene Zufriedenheitsbefragung nicht ersetzen. Sie dient in erster Linie der nationalen Vergleichbarkeit und zeichnet ein landesweites Bild. Die ANQ-Patientenbefragung beschränkt sich auf sechs Kernfragen. Der Kurzfragebogen ermöglicht es, ihn mit den spitaleigenen, ausführlicheren Fragebogen zu kombinieren.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPÉ, Unisanté, 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 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten. - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 MECON measure & consult GmbH

Sind unsere ambulanten Notfallpatienten zufrieden?

Der Ruf einer Notfallabteilung und somit eines Spitals steht und fällt mit der Zufriedenheit und der Empfehlungsbereitschaft der Patienten. Um die Zufriedenheit bei einer Behandlung auf der Notfallstation des Spitals Lachen zu eruieren, wurden 1'000 Befragungen bei ambulanten Notfallpatienten durchgeführt. Die Erhebung erfolgte in Zusammenarbeit mit einem unabhängigen Institut.

Der Fragenkatalog umfasste 19 Fragen. Hierbei ging es unter anderem um die Zufriedenheit bezüglich der Behandlung, der Information und Kommunikation sowie der Freundlichkeit und Aufmerksamkeit der behandelnden Ärzte und der Pflegefachpersonen.

Die Notfallabteilung des Spitals Lachen erhielt bei der Gesamtzufriedenheit und in den Teilbereichen bessere Bewertungen als der Mittelwert aller Spitäler im Vergleich. Gemäss der Umfrageergebnisse würden über 85% der befragten Patienten aufgrund der positiven Erfahrung den Notfall des Spitals Lachen wieder aufsuchen sowie ihren Bekannten und Verwandten weiter empfehlen.

Diese Patientenbefragung haben wir vom September 2019 bis November 2019 durchgeführt. Die Befragung wurde auf der interdisziplinären Notfallabteilung durchgeführt. Es wurden alle ambulante Notfallpatienten der Klinik Chirurgie und Medizin befragt. Im Untersuchungskollektiv wurde alle Erwachsenen Patienten ab 18 Jahren eingeschlossen.

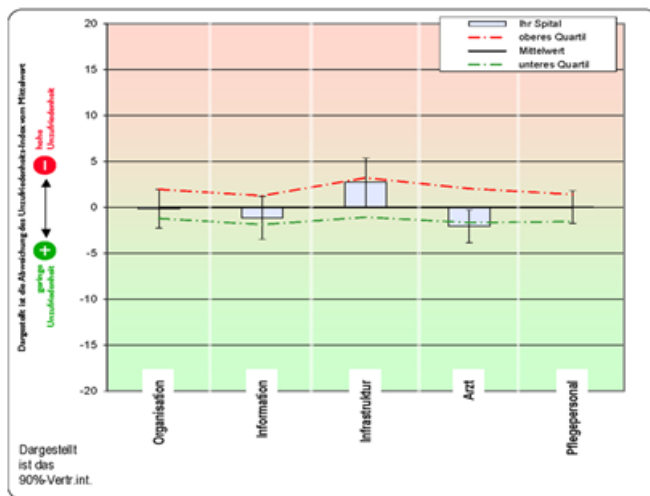
Der Fragebogen wurde 2 Wochen nach der Notfallkonsultation zusammen mit dem Begleitbrief und dem Rückantwortcouvert an die Patientinnen und Patienten geschickt.

Spital Lachen

292 Antworten

Vergleichsebene : Alle Notfälle

Externer Vergleich zwischen 11 Spitälern



In der Potenzialanalyse werden die eigenen Resultate als Abweichungen vom Mittelwert aller Spitäler dargestellt. Stärken und Verbesserungspotenziale werden deutlich aufgezeigt.

Die externe Befragung eröffnet die Möglichkeit eines Benchmarkings. Dieses erlaubt, die erzielten Ergebnisse einfach zu interpretieren. Erst durch den Vergleich mit anderen Spitälern werden verlässliche und präzise Aussagen über Stärken und Verbesserungspotenziale des Spitals möglich. Für das externe Benchmarking werden jeweils ähnliche Spitäler miteinander verglichen. Auch für die Fachbereiche stehen Vergleichspools zur Verfügung. Somit wird stets Gleiches mit Gleichem verglichen.

Unzufriedenheits-Index	Wert für Ihr Spital	Mittelwert aller Spitäler in der Auswertung	Differenz zum Mittelwert
Organisation	24.7	24.8	-0.1
Information	21.3	22.4	-1.1
Infrastruktur	29.8	27.1	2.7
Arzt	16.9	19.0	-2.1
Pflegepersonal	13.0	12.9	0.1
ungewichtetes Mittel über alle Bereiche	21.1	21.2	-0.1

Patientenzufriedenheit ambulant - Sept. - Dez. 2019, Version 2.5

mecon

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Für das Spital Lachen sind solche Befragungsergebnisse ein grosser Motivator, auch weiterhin tagtäglich das Beste für seine Patientinnen und Patienten zu geben und den bestmöglichen Service zu bieten, was insbesondere im Notfallsetting eine grosse Herausforderung darstellt.

Um das gute Ergebnis mindestens auf dem Level halten zu können werden Handlungsfelder eruiert, in welchen weiterhin Optimierungspotenzial erzielt werden kann. Ziel ist es, in einer nächsten Befragung der Notfallpatienten weiterhin bessere Bewertungen als der Mittelwert aller Spitäler im Vergleich zu erzielen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	PZ Benchmark

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Lachen AG

Beschwerdemanagement

Claudia Lange

Qualitätsmanagement

055 451 30 85

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 und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2014	2015	2016	2017
Spital Lachen AG				
Anteil externer Rehospitalisationen	4.91%	4.96%	5.06%	4.72%
Verhältnis der Raten*	1.07	1.12	1.17	1.1
Anzahl auswertbare Austritte 2017:				4658

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Chancen

Wiedereintritte in ein Spital/eine Klinik, die vermeidbar gewesen wären, sind nicht nur für Patientinnen und Patienten belastend, sie verursachen auch unnötige Kosten. Die Rehospitalisationsrate ist deshalb ein bedeutendes Qualitätsmerkmal. Auch für das Austrittsmanagement: Hier setzen die Rehospitalisationsraten einen wichtigen Standard und ermöglichen die Beurteilung, wie gut ein Spitalaustritt — insbesondere auch im Hinblick auf eine gute Nachversorgung — vorbereitet wurde und wo Verbesserungspotenzial vorhanden ist.

Grenzen

Zu einer unvorhergesehenen Rehospitalisation führen verschiedene Gründe: Einige davon können von den Spitälern direkt oder indirekt beeinflusst werden. Andere sind nicht beeinflussbar.

Welche Wiedereintritte vermeidbar sind und welche nicht, lässt sich nicht immer eindeutig abgrenzen. Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität können keine gezogen werden. Das Prinzip von SQLape verfolgt eine Systemsicht, bezieht die gesamte Behandlungskette ein.

Ein isolierter Spital- oder Klinikvergleich der beobachteten Raten ist nicht möglich, weil sich die Institutionen im Risikoprofil ihrer Patientinnen und Patienten unterscheiden.

Das Spital Lachen hat eine proaktive, klinikinterne Überwachung und Analyse potentiell vermeidbarer Rehospitalisationen im laufenden Jahr durchgeführt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) 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.

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 folgender Operationen:	
▪ ***	Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ ***	Dickdarmoperationen (Colon)
▪	Kaiserschnitt (Sectio)
▪	Magenbypassoperationen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2018 – 30. September 2019

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
Spital Lachen AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	10	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	30	5	20.00%	26.90%	12.50%	16.70% (0.40% - 3.00%)
Kaiserschnitt (Sectio)	164	9	0.80%	3.60%	1.40%	5.50% (1.20% - 5.10%)
Magenbypassoperationen	168	9	4.80%	4.40%	2.00%	5.40% (0.80% - 3.50%)

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Wundinfektionen müssen immer im Kontext eines chirurgischen Eingriffs betrachtet werden. Wundinfektionen nach Operationen können zudem nie ganz verhindert werden. Einige Eingriffe sind allein schon aufgrund des Operationsgebiets risikoreicher, beispielsweise solche in der Dickdarm- oder Enddarmchirurgie.

Seit 2009 wird die Wundinfekterfassung im Spital Lachen durchgeführt. Seit dieser Zeit konnten kontinuierlich Optimierungen vorgenommen werden, wie beispielsweise die Qualität der Dokumentation sowie die Wahl und Verabreichung des prä- und intraoperativen Antibiotikums.

Eine interne Monitorisierung und Besprechung der Wundinfektdaten im Spital Lachen wird fortlaufend durchgeführt.

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 und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

	2016	2017	2018	2019
Spital Lachen AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	2	1	0
In Prozent	0.00%	4.70%	2.30%	0.00%
Residuum* (CI** = 95%)	-0.51 (-1.39 - 0.07)	0.02 (-0.38 - 0.42)	0 (-0.43 - 0.43)	0.02 (-0.55 - 0.51)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2019	9	Anteil in Prozent (Antwortrate)		0.00%

* 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.

** 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.

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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Messung spiegelt einen wichtigen Teilaspekt der Pflegequalität. Die Qualitätsbemühungen der Akutspitäler werden aufgezeigt und gewürdigt.

Bei einer Prävalenzmessung werden Daten an einem Stichtag erhoben. Vorteil im Gegensatz zur Inzidenzmessung (Datenerhebung über längere Zeit) ist, dass die Stichprobenerfassung weniger aufwendig und kostengünstiger ist. Nachteilig ist, dass die Ergebnisse zufälligen Schwankungen am Messtag unterliegen, insbesondere jene von Spitälern und Kliniken mit kleinen Fallzahlen. Damit ist deren Aussagekraft limitiert; es sind mehrere Messungen notwendig, um gesicherte Aussagen machen zu können.

Das Spital Lachen führt zusätzlich eine eigene, kontinuierliche, interne Erfassung durch. Die erfassten Daten werden intern besprochen und analysiert sowie Optimierungen der Präventionsmassnahmen zur Sturzvermeidung abgeleitet und umgesetzt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ 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	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

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 Scherkräften.

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 und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			2019	In Prozent
		2016	2017	2018		
Spital Lachen AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	3	0	1	11.10%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0.42 (-1.41 - 0.57)	-0.15 (-1.18 - 0.88)	-0.01 (-0.31 - 0.29)	-0.13 (-0.64 - 0.91)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019		9	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		11.10%	

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Prävalenzmessung Dekubitus wird nach dem gleichen Prinzip wie die Prävalenzmessung Sturz durchgeführt und ausgewertet.

Die Messung spiegelt ebenfalls einen wichtigen Teilaspekt der Pflegequalität.

Die Ergebnisse unterliegen zufälligen Schwankungen am Messtag, insbesondere jene von Spitälern und Kliniken mit kleinen Fallzahlen. Damit ist deren Aussagekraft limitiert; es sind mehrere Messungen notwendig, um gesicherte Aussagen machen zu können.

Das Spital Lachen führt zusätzlich eine eigene, kontinuierliche, interne Erfassung durch. Die erfassten Daten werden intern besprochen und analysiert sowie Optimierungen der Präventionsmassnahmen abgeleitet und umgesetzt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationären Patienten ≥ 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	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. - Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. - Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Kaderworkshops

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

18.1.2 Kampagne Grippeimpfung für Mitarbeitende

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

18.1.3 Sichere Chirurgie

Prävention von Eingriffsverwechslungen (durch Überprüfung von Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort und durch Markierung des Eingriffsorts)

18.1.4 Einführung KISIM

Anwenderfreundliches und Benutzerübergreifendes elektronisches Patientendokumentationssystem etablieren.

18.1.5 Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Instrument für individuelles und organisationales Lernen im Spital. Es ist ein etabliertes Besprechungsformat zur strukturierten, retrospektiven Aufarbeitung besonderer Behandlungsverläufe oder Vorkommnisse mit dem Ziel, konkrete Massnahmen zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung abzuleiten.

18.1.6 Aufbau und Einführung akutgeriatrisches Kompetenzzentrum

Akutgeriatrische Komplexbehandlung unterstützt betagte Patienten in der Wiedererlangung von Fähigkeiten, die eine Selbständigkeit ermöglichen, die Alltagsbewältigung im angestammten Umfeld wieder zu erreichen. Dazu ist eine interdisziplinäre, interprofessionelle Gesamtplanung von Therapien und Beratungen notwendig, um in einem begrenzten Zeitraum eine Erstarkung der Patienten in den Belangen des täglichen Lebens zu ermöglichen. Die Klinik Medizin wird um eine zukunftsgerichtete Abteilung in einem „Wachstumsmarkt“ (demographische Entwicklung) erweitert und bietet einen in der Region nicht vorhandenen neuen Service. Die Klinik Chirurgie profitiert in der Gerontotraumatologie von einem weiterführenden Angebot für Patienten, die nicht mehr über externe stationäre Einrichtungen rehabilitiert werden können.

18.1.7 Etablierung und Optimierung KISM

Kontinuierliche, anwenderfreundliche Weiterentwicklung des Klinikinformationssystems.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

18.2.1 Einführung KISIM

Reibungslose Ablösung des bisherigen Klinikinformationssystem PHOENIX durch KISIM.

18.2.2 Aufbau und Einführung Geriatrie

Angebotserweiterung für ältere Patienten, so dass diese aus dem Spital wieder in ihr gewohntes Alltagsumfeld zurückkehren können.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 H+ REKOLE Zertifizierung

REKOLE® ist ein Gütesiegel, welches dem Finanzbereich des Spitals hohe Transparenz und Bereitschaft zur Vergleichbarkeit mit anderen Kliniken attestiert. Zudem bestätigt es die hohe Zuverlässigkeit der Kostendaten und dient dazu, das Benchmarking unter den Spitälern zu erleichtern und generell die Umsetzung von REKOLE® in der Branche zu unterstützen.

18.3.2 SGI Re-Zertifizierung Intensivstation

Die Zertifizierung bestätigt in einem hochstrukturierten Prozess, ob die Ressourcen (Personal, Ausrüstung, Gebäude und Einrichtung), Strukturen und die Organisation der Intensivstation den modernen Anforderungen an die Intensivmedizin entsprechen.

18.3.3 SGNOR Fähigkeitsausweis Präklinische Notfallmedizin Notarzt (SGNOR)

Der Fähigkeitsausweis Präklinische Notfallmedizin Notarzt regelt die Weiterbildung, die Fortbildung und die Rezertifizierung für die Notfallmedizin im präklinischen Bereich. Die abgeschlossene Weiterbildung berechtigt zum Tragen der Bezeichnung Notarzt (SGNOR).

18.3.4 SAfW Re-Zertifizierung Wundambulatoriums

Die Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung hat dem Wundbehandlungszentrum bestätigt, dass weiterhin alle Anforderungen und Richtlinien erfüllt werden, um die Re-Zertifizierung wieder zu erlangen.

18.3.5 IVR Re-Zertifizierung Rettungsdienst

Die Zertifizierung des Interverbands für Rettungswesen garantiert, dass der geprüfte Rettungsdienst die vorgeschriebenen Qualitätsrichtlinien einhält.

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
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
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
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 Carotis
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'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
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
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Schwere Verletzungen
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/qualitaet/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/ueber-uns/fachkommissionen/



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 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**):

www.samw.ch