



KANTONSSPITAL **URI**

Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

8.6.2020
Fortunat von Planta, Spitaldirektor

Version 1



Kantonsspital Uri, Spitaldirektion

www.ksuri.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

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 Akutsomatik 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 Qualitätsprogrammen, 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 Qualitätsberichtsvorlage 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](#)) ähnlich 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 Grüsse



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	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
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	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	15
4.5 Registerübersicht	16
4.6 Zertifizierungsübersicht	17
QUALITÄTSMESSUNGEN	18
Befragungen	19
5 Patientenzufriedenheit	19
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	19
5.2 Eigene Befragung	20
5.2.1 Externe Patientenbefragung	20
5.2.2 Interne Patientenfeedbacks	20
5.2.3 Pilotbefragung Lean Bettenstation	20
5.3 Beschwerdemanagement	21
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	22
7.1 Eigene Befragung	22
7.1.1 Mitarbeiterbefragung	22
7.1.2 Pilotbefragung Lean Bettenstation	22
8 Zuweiserzufriedenheit	23
8.1 Eigene Befragung	23
8.1.1 Zuweiserbefragung 2017	23
Behandlungsqualität	24
9 Wiedereintritte	24
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	24
10 Operationen Fehlendes valides Messinstrument zur Erfassung von Reoperationen. Es wird eine interne Liste von Auffälligkeiten geführt.	
11 Infektionen	25
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	25
11.2 Eigene Messung	27
11.2.1 Nosokomiale Infektionen	27
12 Stürze	28
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	28
12.2 Eigene Messung	29
12.2.1 Interne Messung Sturz	29
13 Wundliegen	30

13.1	Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen).....	30
13.2	Eigene Messungen	31
13.2.1	Interne Messung Dekubitus	31
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15	Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessung	32
17.1	Weitere eigene Messung	32
17.1.1	Interne Messungen	32
18	Projekte im Detail	33
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	33
18.1.1	Neubau KSU	33
18.1.2	Lean Hospital	33
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	34
18.2.1	Neues Qualitätskonzept	34
18.2.2	Implementierung Q-Board	34
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	34
18.3.1	Rezertifizierung Traumazentrum	34
19	Schlusswort und Ausblick	35
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	36
	Akutsomatik	36
	Herausgeber	38

1 Einleitung

Das Kantonsspital Uri (KSU) ist ein Akutspital und bietet für rund 37'000 Einwohner des Kantons Uri eine erweiterte medizinische Grundversorgung an.

Als Akutspital hat das Kantonsspital Uri für die Urner Bevölkerung die stationäre erweiterte medizinische Grundversorgung sicherzustellen, ambulante und teilstationäre Patientinnen und Patienten zu betreuen, eine ständige Notfallversorgung sicherzustellen und im Bedarfsfall eine geschützte Operationsstelle zu betreiben. Rund 600 Mitarbeitende sorgen mit hohem Engagement für eine menschliche und kompetente Betreuung der jährlich rund 4'000 stationären Patientinnen und Patienten. Dazu kommen 68'000 ambulante Konsultationen. Das Kantonsspital Uri engagiert sich mit rund 80 Ausbildungsstellen in hohem Masse für einen qualifizierten Nachwuchs im Gesundheitswesen und in nicht-medizinischen Berufen.

Die Qualität steht dabei im Fokus unserer Aktivitäten. Qualitätskennzahlen, zum Teil sehr fachspezifisch, zum Teil übergeordnet, sowie Behandlungsschemata helfen uns dabei, unsere Behandlungsprozesse zu optimieren und unsere Ressourcen zum grösstmöglichen Nutzen für Patienten und Angehörige einzusetzen.

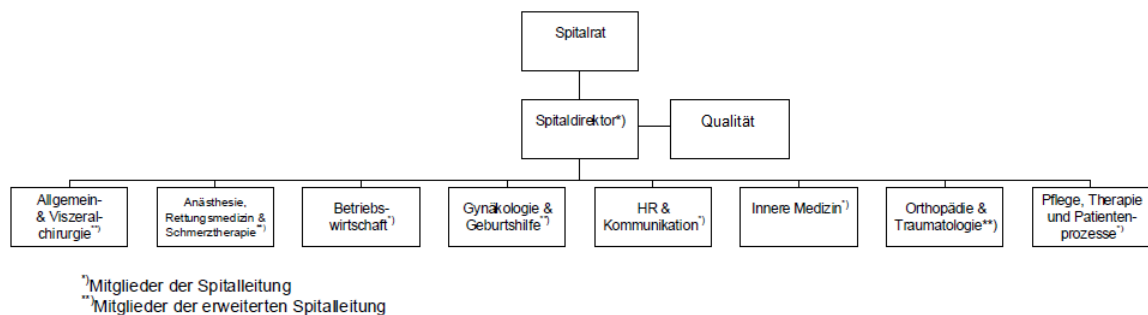
Einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren unseres Spitals ist, dass wir stark vernetzt arbeiten und der Behandlungserfolg durch ganze Behandlungsteams sichergestellt wird. Entsprechend interprofessionell und vielschichtig sind die Behandlungsprozesse. Sie basieren auf modernen wissenschaftlichen Standards, werden schriftlich festgelegt, damit neu eintretende Kolleginnen und Kollegen schnell an diese Standards herangeführt werden können. Interdisziplinäre Entscheidungsorgane wie das Tumorboard stellen sicher, dass die Therapie für jeden Patienten individualisiert und optimal gestaltet wird. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, so dem Luzerner Kantonsspital als preferred partner, ermöglicht, dass die Bevölkerung des Kantons Uri in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin eine bedürfnisgerechte und wohnortnahe Behandlung erhält.

Es freut uns, Ihnen auch dieses Jahr mit dem Qualitätsbericht einen Einblick in unsere Qualitätsmessungen und -aktivitäten zu geben.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **100** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Tobias Haefliger
 Beauftragter Qualität
 041 875 52 95
tobias.haefliger@ksuri.ch

Frau Andrea Tresch
 Beauftragte Hygiene
 041 875 51 06
andrea.tresch@ksuri.ch

3 Qualitätsstrategie

Patientensicherheit und eine hohe fachliche Qualität haben oberste Priorität in all unseren Leistungen und Aktivitäten. Dies ist in unserer Unternehmensstrategie 2018 - 2022 so festgehalten. 2019 wurde auf Basis der Unternehmensstrategie ein neues Qualitätskonzept / -strategie erarbeitet.

Als Regionalspital fokussieren wir auf unsere Kernkompetenzen in der erweiterten spitalbasierten Grundversorgung und bauen auf gute vertikale wie horizontale Vernetzung. Wir setzen auf «patient first» und punkten bei Patienten und Partnern durch Zuverlässigkeit, das Extra an Menschlichkeit, patientengerechter Kommunikation und einer persönlichen und familiären Atmosphäre mit kurzen Wegen und Wartezeiten. Wir nutzen die Vorteile eines kleinen Spitals für rasches Agieren und zeitnahes Umsetzen von Veränderungen. Wirtschaftliche Aspekte ziehen wir in all unsere Überlegungen mit ein.

Unsere Qualitätsstrategie beinhaltet folgende Grundpfeiler:

- Wir fördern eine **Sicherheitskultur**, geprägt von Wertschätzung, einer offenen und aktiven Fehler- und Lernkultur und Safety Competence
- **«Patient first»** - Unsere Prozesse sind patientenorientiert und unsere Patienten fühlen sich bei uns verstanden, gut aufgehoben und kompetent behandelt
- Wir nutzen und fördern das Potenzial der **Mitarbeitenden** durch eine gute Einführung, Support und Möglichkeiten des kontinuierlichen Austauschs
- **Führung & Transparenz** – Wir schaffen Transparenz und Verbindlichkeit und sichern den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP)

Für die Umsetzung der Qualitätsstrategie dienen entsprechende Qualitätsgefässe (wie z.B. das Q-Board, Lean-Group, Hygienekommission), entsprechende Qualitätsinstrumente (z.B. Messungen, Befragungen, Audits, Lernsysteme), ein Prozessmanagement sowie spezifische Qualitätsprojekte und –programme.

Die Qualitätsstrategie ist auf Ebene Spitalleitung verankert. Qualitätsboard und der Beauftragte Qualität sind für die Umsetzung der Qualitätsstrategie verantwortlich.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

- Planungs- und Umsetzungsarbeiten für den Neubau des Kantonsspitals Uri
- Definieren von Sollprozessen für den Neubau bei Kernaufgaben auf Basis Lean Management
- Vorzeitige Umsetzung verschiedener wegweisender Projekte gemäss Masterplanung, welche im Zusammenhang mit dem Neubau stehen
- Erarbeitung eines neuen Qualitätskonzepts / -strategie

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

Hervorzuheben sind:

- Erreichen resp. Umsetzen der Milestones in der Planung des Neubaus KSU
- Initialisierung und Umsetzung zahlreicher konkreter Projekte, mit welchen die Prozesse im Neubau wesentlich verbessert werden sollen. Dazu gehören Sortimentsstraffungen, Lean Bettenstationen, Beschaffungs- und Logistikprozesse, Austrittsmanagement und Hotellerie.
- Verabschiedung des neuen Qualitätskonzepts / -strategie
- Umsetzung Lean Group und Q-Board
- Erfolgreiche Aktionswoche Patientensicherheit «Room Of Horrors» zur Förderung der Sicherheitskultur und interdisziplinären Zusammenarbeit

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Herausforderungen des Kantonsspitals Uri sind geprägt von der zunehmenden Privatisierung im Gesundheitswesen, steigendem Kostendruck, veränderter Kundenbedürfnisse und verstärkter Personalrekrutierung. Dies prägt die laufenden und kommenden Projekte wie die Planung des Spitalneubaus. Besonders gefordert ist das KSU bei der Frage, welche Leistungen am KSU angeboten werden sollen und welche Leistungen durch unsere Partnerspitäler erbracht werden sollen und wie man sich gegenüber anderen Spitälern differenzieren kann. Dabei spielen die technologische Entwicklung, der Trend zur Spezialisierung, der Arbeitsmarkt sowie die zahlreichen Vorschriften von Berufsverbänden eine bedeutende Rolle. Kooperationen kommen dabei eine zunehmend bedeutendere Rolle zu; ein Alleingang ist weder aus Qualitätsüberlegungen noch aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen zielführend.

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

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>
▪ Interne Patientenfeedbacks
▪ Pilotbefragung Lean Bettenstation
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Pilotbefragung Lean Bettenstation
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
▪ Nosokomiale Infektionen
<i>Stürze</i>
▪ Interne Messung Sturz
<i>Wundliegen</i>
▪ Interne Messung Dekubitus
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Interne Messungen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Planung Neubau KSU

Ziel	Planung des Neubaus KSU / Evaluation und Neugestaltung der Prozesse
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2013 - 2022
Begründung	siehe weiterführende Unterlagen
Weiterführende Unterlagen	http://www.neubau-ksuri.ch

Lean Expert Group

Ziel	Bildung einer Lean Expert Group als Treiber und Support Lean Management
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Implementierung 2018/2019
Begründung	Für die im Rahmen des Neubaus laufenden Prozess- und Kulturveränderungen setzt das KSU auf Lean Management.

Implementierung des Qualitätsboards

Ziel	Koordination und Austausch zu operativen und strategischen Qualitätsthemen, Massnahmen und Projekten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Implementierung 2019

SDS / POSS (Same Day Surgery / Präoperative Sprechstunde)

Ziel	Optimierung der Prozesse hinsichtlich Lean Management und Patient first
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018 - 2019

"Room Of Horrors" (Aktionswoche Stiftung Patientensicherheit Schweiz)

Ziel	Förderung der Sicherheitskultur
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019
Begründung	Die Förderung der Achtsamkeit, Sensibilisierung auf mögliche Gefahren und Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit ist ein wesentlicher Grundstein der Sicherheitskultur.
Methodik	Gestelltes Patientenzimmer mit eingebauten Fehlern, welche in interprofessionellen Teams gesucht werden
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Umsetzung der Aktionswoche wurde durch Patientensicherheit Schweiz evaluiert.
Weiterführende Unterlagen	www.patientensicherheit.ch

Sicherung Nachhaltigkeit OP-Procedures & -Hygiene

Ziel	Patientensicherheit, effiziente Prozesse und Zusammenarbeit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital, OP
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Die konsequente Anwendung der OP-Checkliste, Hygienestandards und der einhergehenden Prozesse sichern massgeblich die Patientensicherheit. Die laufenden Aktivitäten dienen der Sicherung der Nachhaltigkeit und Weiterentwicklung des nationalen Pilotprojekts "Progres! Sichere Chirurgie" sowie der Hygieneprogramme nach Swissnoso/SSI.
Methodik	interne Audits
Weiterführende Unterlagen	www.patientensicherheit.ch

Rezertifizierung Traumaspital (Schockraummanagement)

Ziel	Rezertifizierung und einhergehende Prozessoptimierungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Notfall, Chirurgie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019-2020
Methodik	externes Audit und interne Prozessoptimierungen

CIRS

Ziel	Kontinuierlicher interdisziplinärer Austausch und Optimierungen auf Basis der CIRS-Meldungen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

CIRRNET

Ziel	CH Netzwerk von Spitälern mit CIRS
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Methodik	Austausch, Aktionen, Implementierung Quick-Alerts, Einsitz im Ausschuss

Morbidity- und Mortalitätskonferenz (MoMo)

Ziel	Retrospektive Analyse und Aufarbeitung von Komplikationen, ungewöhnlichen Behandlungsverläufen und unerwarteten Todesfällen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

KIS / Elektronische Patientendokumentation

Ziel	Erhöhung der Patientensicherheit und Effizienz durch nutzerorientierte und transparente Dokumentation sowie Verbesserung des Informationsflusses.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Patientenfeedbacks und Beschwerdemanagement

Ziel	"Patient first": Kundenorientierung, kontinuierliche Optimierung der Prozesse
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Methodik	Im Rahmen des Befragungs- und Beschwerdemanagements werden Patientenfeedbacks und Beschwerden übergreifend erfasst, evaluiert und kommuniziert.

Konzept Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Ziel	Systematische und nachhaltige Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 ff

Meldeportal Vigilance (Materio-, Pharmako- & Hämovigilance)

Ziel	Erfassung von internen und externen Vorkommnissen mit Medizinprodukten, Medikamenten und Blutprodukten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Weiterentwicklung Handlungsanweisungen Pflege

Ziel	Laufende Aktualisierung der evidenzbasierten, standardisierten Handlungsanweisungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital, Pflege
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Bemerkungen

Die kontinuierliche Evaluation und Weiterentwicklung der Abläufe und Standards mittels Messungen, Audits und Besprechungen ist ein ständiger, institutionalisierter Vorgang über alle Bereiche des Spitals. Die obigen Projekte und Aktivitäten sind nur ein Auszug aus diesen Qualitätsaktivitäten.

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 2007 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.

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

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/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/	2006
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	
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	2015
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1990
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2011
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	2012
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie http://ibdc cohort.ch/	

SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	SOL-DHR, USB Basel christa.nolte@usb.ch	2013
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	2011
KR ZKR Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden	Alle	www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/ zentralschweizer-krebsregister.html	2012

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
Regionales Traumazentrum (DGU, CertiQ)	Gesamtspital	2016	2020	Traumanetzwerk Zentralschweiz
Intensivstation (SGI)	Intensivstation	2002	2018	
Zertifizierter Partner Brustzentrum Luzern	Gynäkologie	2014	2017	
EKAS (Arbeitssicherheit)	Gesamtspital	2003	2019	
REKOLE	Finanz- und Rechnungswesen	2017	2017	
IVR	Rettungswesen	2018	2018	Interverband Rettungswesen

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	
Kantonsspital Uri, Spitaldirektion			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.07	4.27	4.17 (4.06 - 4.28)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.54	4.54	4.63 (4.51 - 4.74)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.54	4.64	4.63 (4.52 - 4.73)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.65	4.62	4.74 (4.60 - 4.89)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.11	4.01	4.04 (3.90 - 4.18)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.90 %	92.00 %	90.90 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			315
Anzahl eingetroffener Fragebogen	167	Rücklauf in Prozent	53 %

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/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, 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 Externe Patientenbefragung

Das Kantonsspital Uri führt regelmässig Patientenbefragungen mittels einem externen Institut durch.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die nächste Patientenbefragung erfolgt im Jahr 2021.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon Standardfragebogen

5.2.2 Interne Patientenfeedbacks

Einholen von Patientenfeedbacks mittels eines Kurzfeedbackbogens.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Feedbacks werden auf allen Abteilungen erfasst und sind auch durch Angehörige und Besucher möglich.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelt sich um eine qualitative Erhebung (offene Antworten).

5.2.3 Pilotbefragung Lean Bettenstation

Tägliches Einholen von Patientenfeedback (3 Fragen) im Rahmen eines Pilots (Lean Bettenstation).

Diese Patientenbefragung haben wir vom Juni 2019 bis Juni 2020 durchgeführt.

Die Befragung erfolgt auf der Pilot-Lean-Bettenstation

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Das Ziel der Kurzbefragung dieses Pilots ist die tagesaktuelle Nutzung der Feedbacks.

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Uri, Spitaldirektion

Qualitätsmanagement

Tobias Haefliger

Beauftragter Qualität

041 875 52 95

tobias.haefliger@ksuri.ch

Montag bis Freitag

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung

Spitalrat und Spitalleitung setzen klare Ziele im Bezug auf die Arbeitgeberattraktivität und Unternehmenskultur. Mittels wiederkehrenden Befragungen sollen Verbesserungspotenziale im Bereich erkannt, Massnahmen umgesetzt und deren Wirkung gemessen werden.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2021.

Die Befragung erfolgte im ganzen Spital.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	icommit
Methode / Instrument	elektronisch

7.1.2 Pilotbefragung Lean Bettenstation

Tägliche Kurzbefragung der Mitarbeitenden im Rahmen eines Pilots (Lean Bettenstation). Die Feedbacks fliessen in die täglichen Rapports (Huddles) ein und ermöglichen ein zeitnahes Reagieren und Aufnehmen von Anliegen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom Juni 2019 bis Juni 2020 durchgeführt.

Lean Bettenstation

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse der Pilotbefragung fliessen direkt in die täglichen Rapports (Huddles) ein.

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung 2017

Eine Befragung der Zuweiserzufriedenheit erfolgt in regelmässigen Abständen. Der Fokus liegt auf einer qualitativen Befragung.

Die Erhebung wird mit einer externen Firma durchgeführt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2021.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	
Methode / Instrument	

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

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/.

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

Begründung

Die Rehospitalisationsraten des KSU sind wie in den vergangenen Jahren unauffällig. Die Plausibilisierung der Daten durch die Spitäler ist aber noch nicht ausreichend möglich. Die Messergebnisse sind auf der Website www.anq.ch einsehbar.

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Rektumoperationen
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

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	
Kantonsspital Uri, Spitaldirektion						
Blinddarm-Entfernungen	47	0	6.20%	0.00%	2.70%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	5	0	0.00%	0.00%	7.50%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	23	0	0.00%	2.90%	10.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Kaiserschnitt (Sectio)	60	0	1.30%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Rektumoperationen	6	1	-	20.50%	11.70%	16.00% (0.00% - 45.40%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
Kantonsspital Uri, Spitaldirektion						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	63	3	3.70%	0.00%	1.40%	5.60% (0.00% - 11.20%)

* 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

Bei der Beurteilung der Infektionsraten sind die teils tiefen Fallzahlen zu berücksichtigen.

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.

11.2 Eigene Messung

11.2.1 Nosokomiale Infektionen

Erfassung der nosokomialen Infektionen, ergänzend zur ANQ-Messung "postoperative Wundinfekte":

- Harnwegsinfektionen
- Pneumonien
- Infektionen nach zentralen Venenkathetereinlagen

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Die Erfassung erfolgt über das gesamte Spital.

Es werden alle Patientinnen und Patienten erfasst.

Die Messungen werden regelmässig mit Klinikleitungen und Infektiologie besprochen.

Die Ergebnisse sind unauffällig.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Klinikinternes Erfassungstool (KIS)

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
Kantonsspital Uri, Spitaldirektion				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	2	1	0
In Prozent	2.30%	4.30%	2.90%	0.00%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2019	42	Anteil in Prozent (Antwortrate)		60.00%

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/.

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.

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Interne Messung Sturz

Das KSU erfasst kontinuierlich alle Sturzereignisse im Spital. Daraus werden allfällige Massnahmen zur aktuellen und zukünftigen Sturzprävention abgeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Die Messung erfolgt im gesamten Spital.

Die intern gemessenen Sturzzraten sind unauffällig und decken sich im Range mit den Ergebnissen der ANQ-Prävalenzmessung.

2016: 2.6 %

2017: 2.3 %

2018: 1.4 %

2019: 2.2 %

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	PORaBo
Methode / Instrument	PLEM

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

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2019	In Prozent
		2016	2017	2018		
Kantonsspital Uri, Spitaldirektion						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	3	0	0	0.00%
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019	42	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			60.00%	

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/.

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.

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Interne Messung Dekubitus

Das KSU erfasst kontinuierlich alle Dekubitusereignisse im Spital. Daraus werden Massnahmen zur aktuellen und zukünftigen Dekubitusprävention abgeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Die Erhebung erfolgt im gesamten Spital.

Die intern erhobenen Raten sind unauffällig:

Dekubitusraten (im Spital entstanden, Kat. 1 -4):

2016: 0.5 %
2017: 0.5 %
2018: 0.9 %
2019: 0.8 %

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	PORaBo
Methode / Instrument	PLEM

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Interne Messungen

Neben den weiter oben aufgeführten kontinuierlichen internen Messungen führt das Kantonsspital Uri bereichsspezifisch weitere Messungen und Evaluationen durch. Die Ergebnisse fliessen mittels entsprechender Controlling-Instrumente in übergeordnete Gefässe (z.B. Q-Board, Spitalleitung, Hygienekommission) ein.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Eine sinnvolle Eindordnung der Detailergebnisse ist im Rahmen dieses Qualitätsberichts nicht möglich.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Neubau KSU

Das KSU erstellt für 2022 einen Neubau.

Der Spitalbetrieb orientiert sich dabei primär an den Bedürfnissen der Patienten, aber auch an Wertschöpfungsaspekten. Im Fokus stehen insbesondere effiziente Betriebsprozesse, interprofessionelle Zusammenarbeit, optimale Patientenwege und hohe Qualität sowohl im medizinischen Angebot, der Hotellerie und der Pflege.

Bei der Architektur und der Materialien werden zum Wohle der Patienten und Mitarbeitenden die anerkannten Grundsätze der "Healing Architecture" berücksichtigt.

2019 konnten zahlreiche konkrete Projekte initialisiert und umgesetzt werden, mit welchen die Prozesse im Neubau wesentlich verbessert werden sollen. Dazu gehören Sortimentsstraffungen, Lean Bettenstationen, Beschaffungs- und Logistikprozesse, Austrittsmanagement und Hotellerie.

Weitere Informationen zum Neubau finden Sie unter www.neubau-ksuri.ch

18.1.2 Lean Hospital

Im Rahmen des Neubaus KSU orientiert sich unser Spital als Lean Hospital. Ziel eines Lean Hospitals ist es, mit einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) nicht in alten Mustern stehen zu bleiben, sondern sich stetig weiterzuentwickeln. Der Patient steht im Mittelpunkt und die Prozesse und Abläufe werden so gestaltet, dass mehr Zeit für den Patienten entsteht. Das heisst, dass Routineprozesse möglichst "schlank" (lean) gehalten werden und dadurch die Qualität in der direkten Patientenbetreuung in den Fokus rückt.

Hierzu wurde 2019 ein Lean Team gegründet, bestehend aus acht Mitarbeitenden aus verschiedenen Bereichen des KSU. Die acht Mitarbeitenden haben Anfang 2019 die Ausbildung zum Lean Healthcare Coach abgeschlossen und unterstützen seither die verschiedenen Abteilungen des KSU bei der Verbesserung von Prozessen und Arbeitsabläufen oder sonstigen Anfragen.

Zentrale Projekte in 2019 waren die Begleitung der Lean Station, Innovationsworkshops sowie erste Analysen und Prozessoptimierungen. Insgesamt wurden 28 Massnahmen umgesetzt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

18.2.1 Neues Qualitätskonzept

Das KSU hat 2019 auf Basis der Unternehmensstrategie ein neues Qualitätskonzept / -strategie entwickelt. Die Einführung erfolgt 2020.

Das Konzept baut auf den 4 Säulen Sicherheitskultur, "Patient first", Mitarbeitende sowie Führung & Transparenz auf.

Für die Umsetzung der Qualitätsstrategie dienen entsprechende Qualitätsgefässe (wie z.B. das Q-Board, Lean-Group, Hygienekommission), entsprechende Qualitätsinstrumente (z.B. Messungen, Befragungen, Audits, Lernsysteme), ein Prozessmanagement sowie spezifische Qualitätsprojekte und -programme.

Die Qualitätsstrategie ist auf Ebene Spitalleitung verankert. Qualitätsboard und der Beauftragte Qualität sind für die Umsetzung der Qualitätsstrategie und den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) verantwortlich.

18.2.2 Implementierung Q-Board

Das Ende 2018 initiierte Q-Board fördert und koordiniert die bereichsübergreifende Qualitätssicherung im KSU.

Das Q-Board besteht aus den Leitungen aller Kliniken, der Leitung Pflege, Therapien, Patientenprozesse sowie dem Beauftragten Qualität.

Zentrale Aufgabe 2019 war die Erarbeitung eines neuen Qualitätskonzepts / -strategie sowie einer einhergehenden Auslegeordnung aller bestehenden Qualitätsaktivitäten. Daneben wurden verschiedene Qualitätsmassnahmen umgesetzt.

Es zeigt sich, dass durch den Einbezug aller operativen Leitungen aktuelle und strategische Qualitätsthemen rasch und nachhaltig bearbeitet werden können. Einhergehend erleichtert es die Koordination von Qualitätsaktivitäten und -projekten.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Rezertifizierung Traumazentrum

Das Regionalspital Uri ist im Verbund Trauma-Netzwerk Zentralschweiz. Das Netzwerk dient der sicheren, raschen und effizienten Versorgung von Trauma-Patienten.

Im Rahmen der Rezertifizierung vom Januar 2020 wurden in 2019 verschiedene Massnahmen durchgeführt wie Prozessabgleiche und Trainings.

19 Schlusswort und Ausblick

Die im Kapitel "Qualitätsstrategie" aufgezeigte Verankerung der Qualität im KSU zeigt, dass die Qualität der Leistungen für das KSU höchste Priorität hat. Die zahlreichen Massnahmen, die in den letzten Monaten zur Wahrung der Qualität initiiert und teilweise bereits umgesetzt wurden, verdeutlichen diese - im Übrigen seit jeher bestehenden - Anspruchshaltung.

Das KSU begegnet den zunehmenden Bedürfnissen der Bevölkerung bezüglich Qualität bei den medizinischen Leistungen sowie dem Regulationsdruck durch eine intensivierte Zusammenarbeit mit dem Luzerner Kantonsspital. Diese Zusammenarbeit wurde auch im Jahr 2019 vertieft. So wird mit der Gastroenterologie eine weitere Disziplin in engster Zusammenarbeit mit dem Luzerner Kantonsspital angeboten. Auch auf dem Gebiet der Aus-, Weiter- und Fortbildung konnte die bestehende Zusammenarbeit ausgebaut werden, und Personalrotationen spielen eine zunehmend wichtigere Rolle.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Spinale Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien

Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/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