

Qualitätsbericht 2021

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2022
Franziska Berger, Direktorin (CEO)

Version 1



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 2021.

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 2021

Frau
Claudia Wussow
Verantwortliche Qualitätsmanagement
055 451 30 85
claudia.wussow@spital-lachen.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Mit grossem Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

2021 war aufgrund der andauernden Covid-19-Pandemie wiederum ein forderndes Jahr für die Schweizer Spitäler und Kliniken und ihr Personal. Zur Entlastung der Institutionen wurde die Messung der postoperativen Wundinfektionen von Swissnoso zeitweise erneut unterbrochen. Zum zweiten Mal in Folge wurde zudem entschieden, die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen; auch fanden keine IQM Peer Reviews statt.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler und Kliniken tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft trat. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+, die Verbände der Krankenversicherer santésuisse und curafutura sowie die Medizinal-Tarifkommission MTK ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Daraus resultierte ein Qualitätsvertrag, welcher dem Konzept die nötige Verbindlichkeit verleiht. Die Ergebnisse der neuen Vorgaben sollen zukünftig auf der Plattform spitalinfo.ch publiziert und in den H+ Qualitätsbericht integriert werden. Ein entsprechendes Publikationskonzept liegt vor.

Weiter wurde 2021 der Vorstoss von Ruth Humbel angenommen, welcher einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Leistungserbringer und deren Mitarbeitenden bei Lernsystemen vorsieht. Der Vorstoss legt die gesetzliche Grundlage für eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den Spitälern.

Ein wichtiger Meilenstein wurde auch im nationalen Projekt «Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie» der Allianz Peer Review CH erreicht. Die in den letzten drei Jahren erarbeiteten Umsetzungsvorschläge konnten in einigen Kliniken erfolgreich erprobt werden. Die Bereitschaft der Fachpersonen und entsprechende Schutzmassnahmen in den Institutionen ermöglichten es, vier Pilot-Reviews in der Psychiatrie durchzuführen.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifische Ergebnisse. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten transparent und umfassend auf, damit ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	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 2021	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen 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	18
4.5 Registerübersicht	20
4.6 Zertifizierungsübersicht	23
QUALITÄTSMESSUNGEN	25
Befragungen	26
5 Patientenzufriedenheit	26
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	26
5.2 Beschwerdemanagement	27
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
Behandlungsqualität	28
9 Wiedereintritte	28
9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen	28
10 Operationen Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
11 Infektionen	30
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	30
12 Stürze	33
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	33
13 Dekubitus	35
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	35
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
16 Zielerreichung und Gesundheitszustand Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17 Weitere Qualitätsmessung	37
17.1 Weitere eigene Messung	37
17.1.1 Qualitätssicherungsstudie Herniamed	37
18 Projekte im Detail	38
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	38

18.1.1	Q-Positionierung & Erstellung QM-Konzept.....	38
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021	39
18.2.1	Unbefristeter Leistungsauftrag GER	39
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	40
18.3.1	Swiss Pain Clinic B	40
18.3.2	Erstzertifizierung Hypertoniezentrum nach DHL (Deutsche Hochdruckliga).....	40
18.3.3	Erstzertifizierung Brustzentrum Zürich & Lachen mit derKrebsliga Schweiz	41
19	Schlusswort und Ausblick	43
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		44
Herausgeber		45

1 Einleitung

Das Spital Lachen ist ein 100 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 fachkompetenter, 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 als wichtiges 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.

Es ist uns ein grosses Anliegen, die Qualität unserer Leistungen nachhaltig zu verbessern und weiter zu entwickeln. Unser wichtigstes und zentrales Ziel ist die hohe Patientenzufriedenheit aufrecht zu erhalten und möglichst weiter zu steigern. Um diesem anspruchsvollen Ziel schrittweise näher zu kommen, nutzen wir die Resultate der externen Patientenumfragen, analysieren diese sorgfältig und im Kontext mit dem etablierten internen Feedbackmanagement und schliessen damit den Kreis der kontinuierlichen Verbesserung - den "Weg der stetigen kleinen Schritte".

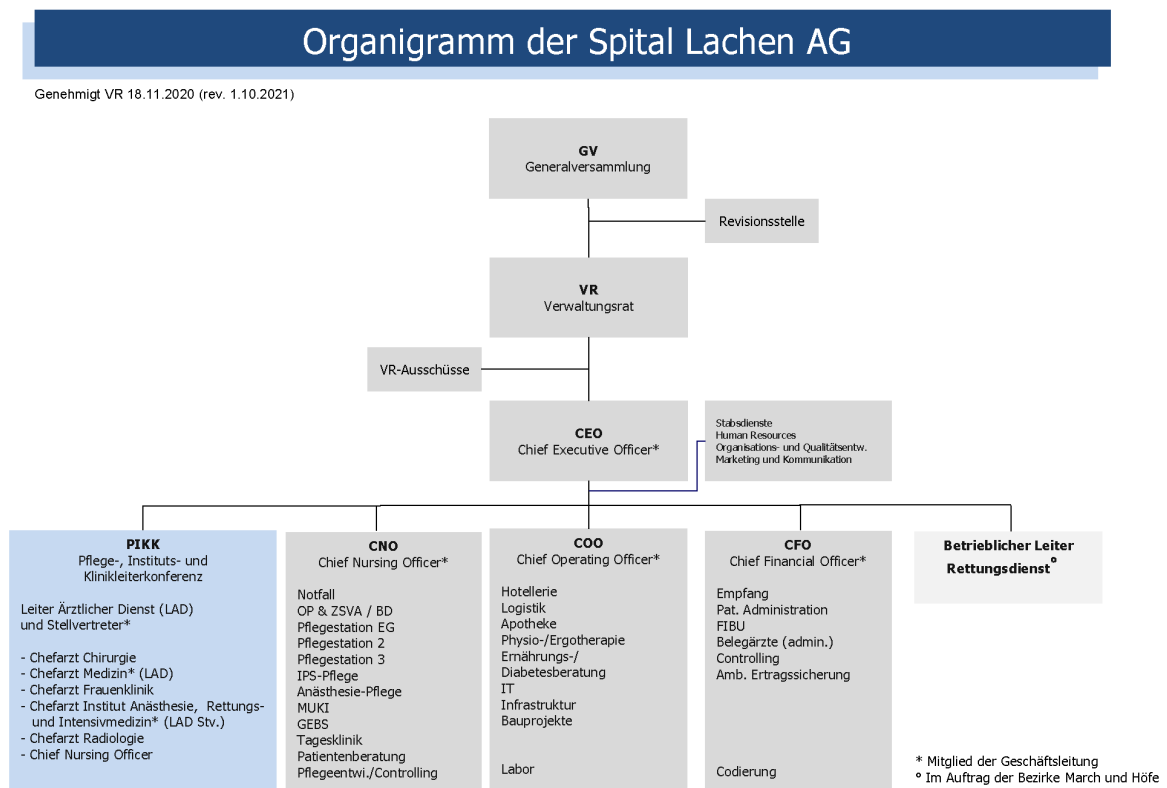
Die Mitarbeitenden der Spital Lachen AG stellen die Patienten ins Zentrum ihres Handelns. Sie versorgen, beraten und betreuen ihre Patienten umfassend, kompetent entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse sowie nach den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen und best practice Ansätzen.

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 der Leitung Organisations- und Qualitätsentwicklung unterstellt. Diese sowie die Verantwortliche Qualitätsmanagement rapportieren regelmässig an die CEO und Geschäftsleitung. Der Bereich Organisations- und Qualitätsentwicklung ist als Stabsstelle direkt der CEO der Spital Lachen AG angeliegt.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Claudia Wussow
Qualitätsmanagement
055 451 30 85
claudia.wussow@spital-lachen.ch

Frau Petra Scheide
Leiterin Organisations- &
Qualitätsentwicklung
055 451 30 84
petra.scheide@spital-lachen.ch

Frau Franziska Berger
CEO
055 451 3000
franziska.berger@spital-lachen.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsmanagement ist ein integrierter und etablierter Bestandteil unserer täglichen Arbeit und beinhaltet die kontinuierliche Verbesserung unserer Strukturen und Prozesse und somit auch unserer Qualität. Mit dem Qualitätsmanagement wollen wir eine hohe Patientenzufriedenheit, Behandlungs- und Betreuungssicherheit, Zufriedenheit aller zuweisenden Ärztinnen und Ärzte sowie eine angemessene Mitarbeiterzufriedenheit erreichen. Aktivitäten zur Gewährleistung der Qualitätssicherung und -entwicklung ist in allen Bereichen zu finden und etabliert.

Durch bestmögliche Koordination wird eine sinnvolle Vernetzung aller Aktivitäten zum Wohl von Patienten, Mitarbeitenden und Partnern gefördert. Unsere Mitarbeitenden als Partner auf Augenhöhe für gelungene Umsetzung von Qualitätsarbeit stellen dabei unser wichtigstes Kapital dar. Ihre konstante, aktive Mithilfe und ihr Engagement sind unentbehrlich für die Umsetzung der vielfältigen 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, einer regelmässigen Prüfung zu unterziehen und wo sinnvoll und notwendig wirksame Verbesserungen einzuleiten. Wir richten den Schwerpunkt unserer Aktivitäten auf ein systematisches, patientenorientiertes Prozessmanagement mit integriertem klinischen Risikomanagement und Kennzahlensystematik aus. Damit fördern wir das Vertrauen unserer Patienten in unser Leistungsangebot, geben Sicherheit und ermöglichen eine gute Performance in der ambulanten und stationären Patientenversorgung.

Durch stetiges Beobachten, Reflektieren und Hinterfragen entwickeln wir uns im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses basierend auf dem PDCA Zyklus (Plan-Do-Check-Act) laufend weiter.

Im klinischen Bereich finden Ergebnismessungen und Benchmark basierend auf den Programmen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), statt.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021

Im Jahr 2021 standen verschiedene Projekte, die bereits im Jahr 2020 initialisiert und im Jahr 2021 weiter vorangetrieben und/ oder über den Weg des kontinuierlichen Verbesserungsmanagements einer Evaluation unterzogen und abgeschlossen wurden. Dazu gehörten folgende massgebliche Schwerpunkte:

- Vorbereitung der Einführung Dokumentenmanagementsystem (DMS), inkl. Organisation Pilotbetrieb, Aufbau Schulungskonzeption, "Go-Live" Terminplanung
- Evaluation: Umsetzungspraxis Klinikinformationssystem KISIM und spezifischer KISIM-Module
- Entwicklung und Neuerstellung Qualitätsmanagementkonzept, inkl. Integration Q-Cockpit

Die Evaluation/ Analyse diverser lancierten und laufender Projekte musste im Jahr 2021 aufgrund der anhaltenden Herausforderungen in der Bewältigung der Corona Pandemie, mit denen sich alle Player im Gesundheitswesen in besonderem Masse konfrontiert sahen, zurückgestellt werden und erfahren eine neue Planung im Jahr 2022.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

- Stolz dürfen wir sein, dass es uns mit vereinten Kräften und grossem Engagement aller Geschäftsleitungsmitglieder sowie ausgewählter Kadermitarbeitender gelungen ist, unser Qualitätsmanagementkonzept strategisch und operativ "neu" zu denken, zu entwickeln und trotz erheblicher Pandemie-Turbulenzen in den Arbeitsalltag zu implementieren.
- Bewilligung des unbefristeten Spitalleistungsgruppenauftrag (GER) Akutgeriatrisches Kompetenzzentrum ab 01.07.2021
- Einen Meilenstein konnten wir mit der Implementierung unseres Pflegeexpertinnen-Teams (PEX) erreichen. Im Oktober startet das Pflegeexpertinnen Team auf den Abteilungen mit dem Ziel die Qualität weiter zu fördern und zu sichern. Sie helfen unter anderem aktiv bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von pflegerelevanten Projekten mit. Die Pflegeexpertinnen arbeiten primär direkt am Patienten. Dadurch sind sie sehr nahe an der Praxis und können wichtige Inputs und Verbesserungsvorschläge zur Optimierung von Prozessen aus der Pflege direkt einbringen

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualitätsentwicklung in der Spital Lachen AG:

Qualitätsentwicklung heisst für die die Spital Lachen AG die eigenen Leistungen reflektieren, neue Abläufe definieren, bestehende kritisch hinterfragen, herausfordernde Antworten suchen, neue Wege gehen. Mit dieser Haltung entstehen im besten Fall Innovationen, vor allem jedoch bringt sie die Qualität der Patientenversorgung auf ein höheres Niveau. Grundsätzlich wurde in der Geschäftsleitung entschieden, dass Qualitätsentwicklung von zentraler Bedeutung ist. Um gezielt abwägen, identifizieren, Massnahmen ableiten, Tendenzen und Strömungen aufnehmen zu können, ist dem Faktor Zeit sowie den dazu zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen in angemessenem Rahmen Rechnung zu tragen.

Schwerpunkte 2022:

- Weiterentwicklung der bereits fortgeschrittenen prozessorientierten Organisation mit dem Fokus auf der Erarbeitung von klinischen Prozessen des Betreuungs- und Behandlungspfades der Patienten, in Bereichen wo sich aufgrund interprofessioneller und interdisziplinärer Schnittstellen deutliches Potential für die Mitarbeitenden und die Patientensicherheit ergeben.
- Implementierung des Umsetzungskonzeptes Qualitätsmanagement über alle Ebenen der Unternehmung; Etablierung und operatives Arbeiten mit den Mitgliedern der neu gegründeten Qualitäts-Kommission (QKo)
- Einreichung Unterlagen zur fachspezifischen Erstzertifizierung "Hypertoniezentrum" nach DHL (Deutsche Hochdruckliga) der Klinik Innere Medizin flächendeckende Einführung des Dokumentenmanagementsystem (DMS)
- Relaunch CIRS-Lernsystem und Beschwerdemanagementsystem
- Strukturelle, organisatorische und prozessbasierte Vorbereitung zur "Erstzertifizierung Brustzentrum" nach Q-Label der Krebsliga Schweiz mit gewähltem Kooperationspartner Stadtspital Zürich
- Weiterentwicklung des per 2021 aufgebauten Beckenbodenzentrums innerhalb der Frauenklinik
- Neubauprojekt "FUTURA" - Der Fokus im Jahr 2022 liegt auf der Phase "Bauprojekt gestartet" und wird mit hoher Intensität im Rahmen der ganzheitlichen Planungsaktivitäten weiterverfolgt
- Initialisierung Projekt "Patientenidentifikation mittels Patientenarmband" flächendeckend über alle ambulanten und stationären Bereiche
- Aktive Mitwirkung bei der Ausgestaltung der ab 2022/ 2023 geltenden nationalen Qualitätsverträge
- Weiterentwicklung des per 2021 eingeführten Qualitäts-Cockpits klinischer Kennzahlen welche in operativer Hinsicht wichtige Hinweise für Tendenzen innerhalb des Jahresverlaufs und für den internen Mehrjahresvergleich liefern.

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, curafutura 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 potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)

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 kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Qualitätssicherungsstudie Herniamed

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Qualitätsmanagement allgemein

Ziel	Kontinuierliche Qualitätsoptimierung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle Bereiche mit Fokus Klinische Leistungsprozesse, inkl. Paramedizin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Qualitätsmanagement lebt von der kontinuierlichen Verbesserungsprozess
Methodik	PDCA-Zyklus
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen der Kliniken und Paramedizin
Evaluation Aktivität / Projekt	Der PDCA-Zyklus entspricht der Methodik der kontinuierlichen Verbesserungen

Optimierung und spezifischer Ausbau KISIM

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

Erfassen von Patientenurteilen mit MECON und/oder ANQ-Fragebogen

Ziel	Hohe Patientenzufriedenheit / Erfassen d. Patientenurteile, Ableiten und Umsetzen von Massnahmen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Hohe Patientenzufriedenheit / Erfassen d. Patientenurteile, Ableiten und Umsetzen von Massnahmen
Methodik	Messungen über Fragebogen
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsmanagement, Pflegepersonal, Ärzteschaft
Evaluation Aktivität / Projekt	Analyse der Resultate, Ableiten von Massnahmen mit den Verantwortlichen, Adaptation und Umsetzung im Betrieb

Kontinuierliches Feedback-, resp. Beschwerdemanagement für Patientinnen und Patienten

Ziel	Hohe Patientenzufriedenheit / Ernst nehmen und Bearbeiten von Beschwerden, Ableiten von notwendigen Massnahmen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Interne Erfassung von positiven Rückmeldungen und Beschwerden von Patienten in elektronischen Erfassungstool "Meldecenter"
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsmanagement und Kadermitarbeitende aller Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	laufende, kontinuierliche Überprüfungen mit jährlichem Abschluss-bericht über Resultate und eingeleitete Verbesserungsmassnahmen

Akutgeriatrisches Kompetenzzentrum

Ziel	Frührehabilitation betagter Patienten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik Medizin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2. Quartal 2019 bis 30.06.2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Ärztliche Mitarbeiter, Pflegefachpersonen Klinik Medizin, Therapeutische Dienste
Evaluation Aktivität / Projekt	fortlaufend

Infektionsprävention und Spitalhygiene

Ziel	Vermeiden von nosokomialen Infekten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Nosokomiale Infektionen nehmen sind Kostentreiber und Verursacher von grossem menschlichem Leiden, das mit gezieltem Einsatz der richtigen Massnahmen minimiert werden kann
Methodik	Umsetzung der Struktur - und Qualitätsvorgaben HAI des Bundes
Involvierte Berufsgruppen	Fachexpertin für Spitalhygiene und Infektionsprävention; Hygienekommission
Evaluation Aktivität / Projekt	regelmäßige Erfassungen von Wundinfektionen nach Operationen aufgrund Vorgaben von Swiss-NOSO/ ANQ

Vorbereitung Einführung Dokumenten-Management System (DMS)

Ziel	Zentrale, gesteuerte Verwaltung, Ablage, Freigabe- und Überprüfungsprozesse, gelenkter und umgelenkter Dokumente
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	3. Quartal 2020 - Ende 2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Einheitliches, eindeutig dokumentiertes und gesteuertes Datenmanagementsystem
Methodik	Projekt anhand Projektportfoliomanagement Spital Lachen
Involvierte Berufsgruppen	Organisations-und Qualitätsentwicklung, Projektmanagement, Prozessmanagement, IT und Schlüsselkaderpersonen
Evaluation Aktivität / Projekt	Projekturnsetzung musste aufgrund der Corona-Pandemie auf Herbst 2022 verschoben werden.

CIRS (Critical Incident Reporting System) systematisch im Gesamtprozess bearbeiten

Ziel	Verbesserungspotenziale ermitteln, durch Melden von kritischen Zwischenfällen, Vermeiden von Schadensfällen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Am Behandlungsalltag orientierte Möglichkeiten Fehler strukturiert zu identifizieren und im Behandlungsteam wirkungsvolle Massnahmen abzuleiten
Methodik	Strukturierte Erfassung von kritischen Zwischenfällen im Meldecenter nach anerkannten Vorgaben
Involvierte Berufsgruppen	CIRS-Verantwortliche (ärztliche und pflegerische Vertretungen aller Bereiche)
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässige Überprüfungen, Fallbesprechungssitzungen, interne Audits um systematische Schwachstellen zu erkennen;Ableiten von Massnahmen. Weiterleitung von erkannten Vigilanz Meldungen (Hämovigilanz und Pharmakovigilanz, Materiovigilanz an die entsprechenden Gremien und damit Erfüllen der gesetzlichen Meldepflicht an Swissmedic.

Sturzmeldungen (Sturzprävention)

Ziel	Stürze im Spital erfassen / Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten / Vermeidung schwerwiegender Sturzfolgen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufende Bearbeitung
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Sturztendenzen/ Entwicklung erkennen und schwerwiegende Sturzfolgen reduzieren
Methodik	Erfassung von Sturzereignissen nach anerkannten Vorgaben
Involvierte Berufsgruppen	Leiterin Pflegeentwicklung
Evaluation Aktivität / Projekt	regelmässige Überprüfungen, Fallbesprechungen, Auswertungen und Ableiten von Massnahmen, jährlicher Sturzbericht

Kampagne Grippeimpfung für Mitarbeitende

Ziel	Patienten- und Mitarbeiterschutz zur Verhinderung/ Eindämmung nosokomialer Infektionen
Bereich, in dem das Projekt läuft	ganzes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	4. Quartal; jährlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	siehe Ziel
Methodik	gesteuerte Kommunikation, Nutzung der nationalen zur Verfügung stehenden Hilfsmittel und Informationsangebote; Publikation - Aufruf über das Intranet
Involvierte Berufsgruppen	alle Mitarbeitenden
Evaluation Aktivität / Projekt	Interne Auswertung Impfbeteiligung und Prüfen von ggf. notwendigen flankierenden zusätzlichen Massnahmen

Sichere Chirurgie

Ziel	Patientensicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	operative Chirurgie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	seit 2012
Art 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	Jährliche Statuserhebung IST-Stand

Kaderworkshops

Ziel	Schulung und Unterstützung der Führungspersonen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Kadermitarbeitende aller Bereiche und Kliniken
Projekt: Laufzeit (von...bis)	jährlich wiederkehrende Fortbildungen für alle Kadermitarbeitenden
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Mit der Positionierung der Geschäftsleitung "Qualität ist Chefsache", ist es von zentraler Bedeutung die Haltung aller Mitarbeitenden und im Besonderen der Kadermitarbeitenden zum Qualitätsmanagement kontinuierlich gemeinsam weiterzuentwickeln
Methodik	Kaderworkshops mit externem Lead, 2 x 2 Tage
Involvierte Berufsgruppen	Kadermitarbeitende
Evaluation Aktivität / Projekt	Ableitung von Massnahmen bei identifiziertem Handlungsbedarf Massnahmenpläne werden von den Vorgesetzten der Bereiche/ Kliniken zur Umsetzung erarbeitet und koordiniert. Entwicklung eines gemeinsamen Führungsverständnisses.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung des Behandlungs- und Betreuungsprozesses anhand Fallbesprechungen für eine hohe Patientensicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik Chirurgie und Medizin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Ärztliche Mitarbeitenden der Klinik Chirurgie/ Medizin
Evaluation Aktivität / Projekt	fortlaufend

Prozessmanagement

Ziel	flächendeckende Weiterentwicklung
Bereich, in dem das Projekt läuft	ganzes Unternehmen
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Prozessorientierte Unternehmung
Methodik	Prozessmanagement mit Tool-Unterstützung
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässig bedarfsorientiert

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 2010 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

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. Mit der strukturierten und systematischen Bearbeitung von CIRS-Meldungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2010 ein CIRS eingeführt.

Die Strukturen und das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen sind definiert.

Bemerkungen

Ziel CIRS:

Verbesserungspotentiale durch Melden von Kritischen Ereignissen ermitteln, analysieren und durch eine systematische Bearbeitung Lösungen umsetzen und in der Unternehmung etablieren

- Commitment der Unternehmung zur einer positiven "Fehlerkultur und damit möglichen Weiterentwicklung der Patientensicherheit"
- Lernen aus "Beinahe-Fehlern"

Was verstehen wir unter Fehlerkultur:

"Häufig werden die Begriffe Fehlerkultur und Fehlermanagement synonym verwendet.

Richtigerweise muss jedoch eine Unterscheidung zwischen Fehlermanagement und Fehlerkultur vorgenommen werden: Während unter Fehlermanagement die gezielte Steuerung von Aktivitäten im Umgang mit Fehlern verstanden wird und damit Fehlermanagement das Einführen und Durchführen bestimmter Methoden benennt, bezeichnet der Begriff Fehlerkultur die Art und Weise, wie eine Organisation mit Fehlern, Fehlerrisiken und Fehlerfolgen umgeht.

Die Fehlerkultur ist folglich in der Nähe der Organisationskultur angesiedelt. Obschon sie wie diese zu den weichen Faktoren gezählt wird, hat sie maßgeblichen und direkten Einfluss auf harte Faktoren wie Qualitätsstandards, Innovationspotenzial, Produktivität sowie die Wettbewerbsfähigkeit einer Organisation. Denn die Art und Weise, wie Fehler betrachtet und bewertet werden und wie mit Fehlern im Alltag umgegangen wird, wirkt zentral auf die Leistungsfähigkeit des Unternehmens.

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 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	Schweizerische Stiftung für Rhythmologie www.pacemaker-stiftung.ch www.rhythmologie-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
MIBB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft	2008

Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien		für Senologie c/o Adjumed Services AG www.mibb.ch/	
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	seit Einführung des Registers
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
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

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR Zürich/Zug/Schaffhausen/Schwyz Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz	Alle	www.krebsregister.usz.ch www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/
NICER Nationales Institut für Krebs epidemiologie und	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung www.nicer.org

-registrierung		
----------------	--	--

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	2021	Re-Zertifizierung nächstmals 2025
SIWF (ehemals SGAR/SSAPM) - Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation Kat. B	Weiterbildungsstätte Anästhesie	2012	2019	Re-Zertifizierungen alle drei Jahre
SGI - Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin	Intensivstation	2012	2019	Re-Zertifizierungen alle drei Jahre
SAfW - Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung	Wundbehandlungszentrum	2011	2019	Re-Zertifizierung Februar 2022 bei SAfW eingereicht, Bescheid noch ausstehend!
SAKR - swiss association of cardiovascular prevention and rehabilitation	amb. Kardiorehabilitation	2012	2021	jährlich Aufrechterhaltungsassessments
DHG-Siegel für Hernieneingriffe	Klinik Chirurgie	2017	2020	regelmässige zweijährliche Aufrechterhaltungsassessments
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Notfall- und Rettungsmedizin	2019	2019	Re-Zertifizierung alle fünf Jahre, nächstmals 2025
SGNOR Weiterbildungsstätte Notarzdienst	Notfallmedizin	2019	2019	Re-Zertifizierung alle sechs Jahre, nächstmals 2025
Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (Notarzdienst/ Präklinische Notfallmedizin/ Notarzt(SGNOR); Notarzdienst/ Präklinische Notfallmedizin/	Rettungsdienst Spital Lachen AG	2017	2017	Assessments alle 3-5 Jahre

Notarzt(SGNOR) Notarztdienst				
H+ REKOLE	Finanzen	2011	2019	Re-Zertifizierungen alle vier Jahre, nächstmalig 2023/ 2024
SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte	Chirurgie	1997	2020	Assessment alle zwei Jahre
SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte	Kardiologie in der Klinik Medizin	2020	2020	Assessment alle zwei Jahre
SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte B-Klinik	Medizin	1995	2020	Assessment alle zwei Jahre
SSIPM - Schmerzzambulanz Weiterbildungsstätte	Swiss Pain Clinic B	2020	2024	Re-Zertifizierung alle 3-5 Jahre

Bemerkungen

Bezüglich einer Zertifizierung der Gesamtunternehmung orientieren wir uns an der Qualitätsstrategie des Bundes. Die Arbeit an fachspezifischen Zertifizierungen verfolgen wir konsequent weiter.

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.

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 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
Spital Lachen AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.15	4.16	4.15	4.20 (4.09 - 4.31)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.57	4.72	4.56	4.60 (4.51 - 4.74)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.55	4.68	4.64	4.60 (4.53 - 4.74)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.44	4.54	4.49	4.60 (4.47 - 4.76)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.04	4.02	4.07	4.10 (3.99 - 4.26)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	87.80 %	92.70 %	92.90 %	91.50 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2021				453
Anzahl eingetroffener Fragebogen	168	Rücklauf in Prozent		37 %

Wertung der Ergebnisse: 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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus hat im Jahr 2020 für die Akutsomatik regulär keine Patientenbefragung (ANQ) stattgefunden.

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 und zur Verfügung stehendem nationalen Benchmark werden die Qualitätsbemühungen der Spitäler und Kliniken aufgezeigt und gewürdigt. Weiterhin ermöglichen die Jahresvergleiche Tendenzen und Entwicklung innerhalb des eigenen Unternehmens sowie im Vergleich mit anderen Spitälern der gleichen Kategorie abzuleiten und Verbesserungsmassnahmen zielführend einzuleiten.

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.

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 (≥ 16 Jahre) versendet, die im Juni 2021 das Spital verlassen haben.

Ausschlusskriterien

- Im Spital verstorbene Patienten.
- Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.
- Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Lachen AG

Beschwerdemanagement

Claudia Wussow

Qualitätsmanagement

055 451 30 85

claudia.wussow@spital-lachen.ch

Montag - Freitag 8.00 - 17.00 Uhr

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell 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.

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2016	2017	2018	2019
Spital Lachen AG				
Verhältnis der Raten*	1.17	1.1	1.21	1.11
Anzahl auswertbare Austritte 2019:				4891

* 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 potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell 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 potentiell 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 umfassend und proaktiv ein Spitalaustritt — insbesondere auch im Hinblick auf eine bestmögliche Nachversorgung — vorbereitet wurde und wo Verbesserungspotenzial vorhanden ist.

Grenzen

Zu einer unvorhergesehenen Rehospitalisation können verschiedene Gründe führen- einige davon können von den Spitälern direkt oder indirekt beeinflusst werden. Andere liegen nicht im Einflussbereich der Spitäler, wie z.B. Regionalisierungen um die wichtige wohnortnahe Behandlung und Betreuung des Patienten zu realisieren sowie Verlegungen in Kooperationsspitäler zu diagnostischen und therapeutischen Massnahmen ausserhalb des Leistungsauftrages.

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

Die Corona-Pandemie verunmöglichte die strukturierte, erkenntnisbasierte Ergebnisanalyse, Einschätzung/ Beurteilung und Ableitung von allfälligen Verbesserungsmassnahmen; diese Thematik wurde bewusst auf das Jahr 2022 verschoben.

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
▪	Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2020 – 30. September 2021

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. November 2020 bis 1. April 2021

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. November 2020 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitälern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. April 2021 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2020/2021	2020/2021	2017/2018	2018/2019	2019/2020	2020/2021
Spital Lachen AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	9	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	17	1	12.50%	16.70%	10.00%	8.30% (0.00% - 21.30%)
Kaiserschnitt (Sectio)	91	2	1.40%	5.50%	2.50%	2.00% (0.00% - 4.90%)
Magenbypassoperationen	77	5	2.00%	5.40%	1.70%	9.30% (2.80% - 15.70%)

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. März bis 31. Mai 2020

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2019/2020	2019/2020	2016/2017	2017/2018	2018/2019	2019/2020
Spital Lachen AG						
Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen	39	1	-	-	-	0.80% (0.00% - 3.70%)

* 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 nie ganz verhindert werden - eine Wundinfektion kann aufgrund der Komplexität und Lokalisation des Eingriffes auch eine erwartbare Komplikation darstellen. Einige Eingriffe sind bereits aufgrund des Operationsgebiets risikoreicher, beispielsweise solche in der Dickdarm- oder Enddarmchirurgie.

Seit 2009 wird die Wundinfekterfassung im Spital Lachen durchgeführt. Von Beginn an wurden kontinuierlich Verbesserungen aufgrund der jährlichen Ergebnisberichte von Swissnoso vorgenommen, wie beispielsweise die Dokumentationsqualität gesteigert sowie deren Systematik - "Wahl und Verabreichung des prä- und intraoperativen Antibiotikums" in Abstimmung mit dem Parameter "Verabreichung innerhalb eines definierten Zeitfensters", angepasst und konsolidiert.

Eine interne Monitorisierung und Besprechung der Wundinfektdaten im Spital Lachen wird laufend durchgeführt. Aufgrund der im Jahr 2020 durchgeführten externen Auditierung der Datenqualität durch Swissnoso konnten Verbesserungspotentiale identifiziert und Massnahmen abgeleitet werden.

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

	2018	2019	2020	2021 ***
Spital Lachen AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	0	–	–
In Prozent	2.30%	0.00%	–	–
Residuum* (CI** = 95%)	0 (-0.43 - 0.43)	0.02 (-0.55 - 0.51)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)	–	–

* 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.

Aufgrund der Corona Pandemie wurde im Jahr 2021 auf Entscheid des ANQ keine nationale Prävalenzmessung Sturz durchgeführt.

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. - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) 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

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 Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2021 ***	In Prozent ***
		2018	2019	2020		
Spital Lachen AG						
Nosokomiale Dekubitus-prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	1	–	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.01 (-0.31 - 0.29)	-0.13 (-0.64 - 0.91)	–	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	

* 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 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 mit dem Team Wundexpertinnen im Wundambulatorium besprochen und analysiert sowie Optimierungen der Präventionsmassnahmen abgeleitet und umgesetzt.

Aufgrund der Corona Pandemie wurde im Jahr 2021 auf Entscheid des ANQ keine nationale Prävalenzmessung Sturz durchgeführt.

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). - 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. - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Qualitätssicherungsstudie Herniamed

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

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Klinik Chirurgie

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Herniamed
Methode / Instrument	Herniamed

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Q-Positionierung & Erstellung QM-Konzept

Projektart:

Organisationsprojekt

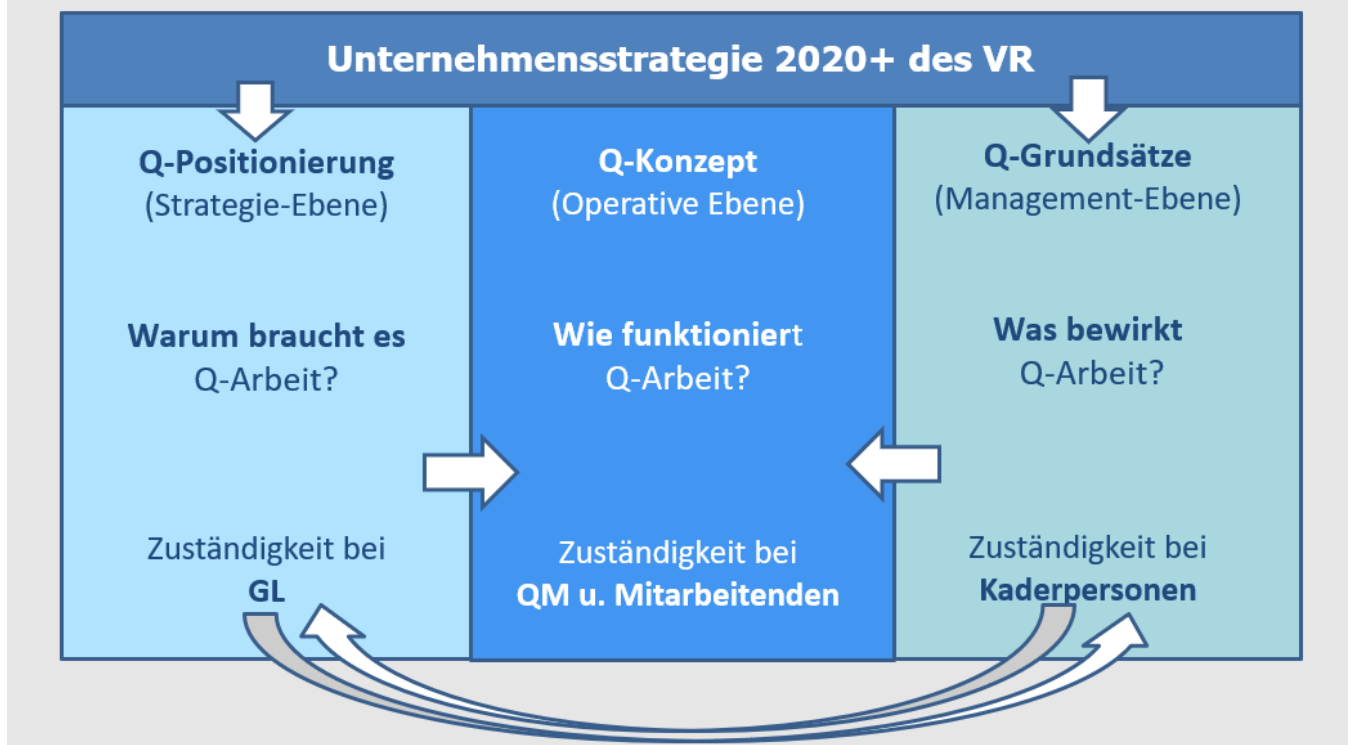
Projektziel:

Q-Arbeit im Spital Lachen ist strategisch und inhaltlich geklärt und intern und extern transparent kommuniziert. Führen mit Q-Zahlen ist vorbereitet. Das QM-Konzept ist entwickelt und orientiert sich an der Leitidee des Spital Lachens.

Projektablauf - Zeitraum März 2021 - September 2021

- GL beauftragt QM, in einer AG mit Mitgliedern der GL die Positionierung der GL zur Q-Arbeit zu erarbeiten; Erarbeitung in 6 Workshops unter der Leitung der QM Verantwortlichen
- GL genehmigt "Q-Positionierung" und erteilt den Auftrag die Q-Arbeit in derselben AG inhaltlich zu beschreiben als weitere Basis ("Q-Grundsätze") für das QM-Konzept
- GL genehmigt die Q-Grundsätze und beauftragt die Erarbeitung des Q-Konzeptes. Im September 2021 wird das QM-Konzept der Spital Lachen AG von der GL genehmigt und von Verwaltungsrat positiv zur Kenntnis genommen.
- Das vom VR gewünschte Q-Cockpit ergibt sich aus den im Konzept festgelegten Reporting aus Messungen, Überprüfungen und Rückmeldungen bildet diese Ergebnisse transparent gegenüber Mitarbeitenden und Management ab und ermöglicht einen guten Überblick und Orientierung.

Visualisierung Q-Arbeit im Spital Lachen



18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

18.2.1 Unbefristeter Leistungsauftrag GER

Das Projekt kann mit der Überführung in einen unbefristeten Leistungsauftrag (Akutgeriatrisches Kompetenzzentrum) per 01.07.2021 erfolgreich abgeschlossen werden. Die Angebotserweiterung für ältere Patienten, um nach Entlassung aus dem Spital in das gewohnte Alltagsumfeld zurückkehren zu können ist für die betroffene Patienten Klientel ein massgeblicher Zugewinn und Steigerung der Lebensqualität.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Swiss Pain Clinic B

Viele Menschen leiden an Schmerzen. In über 70 Prozent der Fälle sind Schmerzen dabei sogar die Ursache für eine Arztkonsultation. Und: Circa 16 Prozent der Schweizer Bevölkerung haben chronische Schmerzen, wobei Rücken- und Kopfschmerzen am häufigsten sind. Schmerzen sind zudem ein häufiger Grund für die Verminderung von Alltagsaktivitäten, Abwesenheit in Schule und am Arbeitsplatz, und sie führen zu einer Einschränkung der Lebensqualität.

Die Ursachen sind vielfältig, aber sie sind nicht immer offensichtlich. Medikamente sind nicht immer hilfreich. Insbesondere bei chronischen Schmerzen ist eine individualisierte, zielgerichtete Behandlung notwendig. Die moderne Schmerztherapie möchte diesem Aspekt gerecht werden und verfolgt aus diesem Grunde einen ursachenspezifischen und multimodalen Therapieansatz unter Einbezug verschiedener Fachdisziplinen.

In den letzten 2 ½ Jahren wurde die Schmerzzambulanz am Spital Lachen, in ihrer heutigen Form, etabliert und stetig ausgebaut. Neben der schmerztherapeutischen Beratung und diversen Interventionen wird neu seit Januar 2020 auch Akupunktur angeboten. Um der weiter wachsenden Nachfrage bei gleichzeitigem Mangel an fachspezifisch ausgebildeten Schmerztherapeuten nachzukommen, wurde eine Ausbildungsstelle als Pain Fellow (Rotationsassistent für Schmerztherapie) beantragt und rückwirkend per 01/2020 von der Schweizer Gesellschaft für interventionelle Schmerztherapie (SSIPM) bewilligt.

Gleichzeitig wurde die Schmerzzambulanz des Spitals Lachen als SSIPM Pain Clinic B zertifiziert, was sie zur Ausbildungsstätte in der Schmerztherapie macht und umfassende Qualitätsstandards garantiert. Dies ist gerade aus Sicht der betroffenen Patienten ein wichtiges Qualitätssiegel für eine wissenschaftlich fundierte Schmerztherapie.

18.3.2 Erstzertifizierung Hypertoniezentrum nach DHL (Deutsche Hochdruckliga)

Die Angebote zur Diagnose und Behandlung von Bluthochdruck sind vielfältig und nehmen stetig zu. Die Anwendung wirksamer und wissenschaftlich nachgewiesener Methoden kann dabei nicht immer garantiert werden. Medizinische Laien sind damit überfordert. Wie sollen Bluthochdruck-Patienten erkennen, welches Angebot sinnvoll und für sie richtig ist? Bluthochdruck braucht eine fachgerechte Versorgung, die besondere Fachkenntnisse voraussetzt und hohe medizinische Qualitätsstandards erfüllt.

Um die **Versorgungsqualität von Bluthochdruck-Patienten zu verbessern**, hat die Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL[®] – Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention im September 2012 begonnen, medizinische Einrichtungen zu prüfen und nach Antrag bzw. nach Eignung mit dem Titel „Zertifiziertes Hypertonie-Zentrum DHL[®]“ auszuzeichnen. Das Zertifikat garantiert dabei, dass der hohe Qualitätsstandard eingehalten wird, den die Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL[®] anhand von Erkenntnissen aus der hypertensiologischen Wissenschaft und der Versorgungsforschung definiert hat. **Die Zertifizierung schafft Transparenz und gibt Patienten Orientierung bei der Auswahl der vielfältigen Therapieangebote im Bereich der Bluthochdruckbehandlung.**

- Prüfung der Erfüllungskriterien zur Zertifizierung CH-Spital (bereits 2021 abgeschlossen)
- Vorbereitung einzureichender Unterlagen intern und mit allen involvierten Kooperationspartnern
- Geplante Erstzertifizierung im Jahr 2022

18.3.3 Erstzertifizierung Brustzentrum Zürich & Lachen mit der Krebsliga Schweiz

Die Frauenklinik am Spital Lachen behandelt im Rahmen ihres Leistungsauftrages Patientinnen mit Brustkrebs. Mit steigenden Zuweisungen (in der Schweiz jährlich rund 5300 Erkrankungen an Brustkrebs und ca. 1360 Todesfällen) nimmt die interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung der Patientinnen einen zunehmend relevanten Stellenwert ein. Zudem sind die Spitäler vom Gesetzgeber gefordert, ihre Behandlungsqualität in Form von messbaren Qualitätsparametern (z. B. Rate an brusterhaltenden Operationen, Rate der Re-Operationen) vorzuweisen. In Anbetracht dieser Tatsache darf die moderne Brustkrebs Behandlung ihren Auftrag nicht nur in der interdisziplinären Diagnostik und Therapie bösartiger Erkrankungen sehen, sondern muss sich mit Versorgungsoptimierung und Transparenzmachung durch Qualitätssicherung auseinandersetzen. Die Bedeutung der Zentrumsbildung (Kompetenzzentren – «alles aus einer Hand/ Fachexpertise») im komplexen Behandlungs- und Betreuungsumfeld der Brustkrebspatientinnen steigt deutlich. Studien zeigen, dass Frauen die in einem zertifizierten Zentrum behandelt werden einen signifikanten Überlebensvorteil (5-Jahres-Überleben) haben. «Brustzentrum» ist kein geschützter Begriff und muss mit Vorsicht betrachtet werden. Zertifizierte Brustzentren hingegen haben sich an definierten, streng regulierten Qualitätsvorgaben auszurichten. Das Spital Lachen weist bereits die vielseitige und brustzentrumsähnliche Zusammenarbeit als fachspezifisches Angebot mit funktionierenden Strukturen mit dem Stadtspital Waid-Triemli (SWT) aus. Das Spital Lachen strebt aus oben genannten Gründen für den Betrieb eines zertifizierten Brustzentrums die Kooperation mit dem Stadtspital Zürich als bereits langjährig ausgewiesenen und zertifizierten Partner der Zusammenarbeit an. Mit dem gemeinsamen Angebot «zertifiziertes Brustzentrum» können einerseits zentrale Synergien und andererseits die zentralen Vorgaben der Qualitätssicherung im Rahmen der bestmöglichen Versorgungsqualität aufgebaut, weiterentwickelt und genutzt werden.

Übergeordnetes Ziel:

- Erst-Zertifizierung Brustzentrum Spital Lachen – angestrebt Frühjahr 2023- als zweiter Standort des gemeinsamen Brustzentrums STZ-Lachen.
- Unterzeichnung Kooperationsvertrag mit dem Stadtspital Zürich
- Es handelt sich um ein komplexes Projekt - eine klassische Projektorganisation muss die relevanten Akteure beider Spitäler integrieren, da organisatorische Veränderungen resultieren und mehrere Organisationsteile betreffen.

Teilziele:

- Aufbau einer Standort- und Fachdisziplinen übergreifenden Projektorganisation (STZ-Lachen) mit vertraglicher Regelung der Leitungs- und Führungsstrukturen.
- «Alles unter einem Dach» - Umsetzung professionelle, zentrale Gesamtkoordination, ganzheitliche und partnerschaftliche Zusammenarbeit innerhalb der Fachdisziplinen Spital Lachen und dem Kooperationspartner Stadtspital Zürich.
- Realisierung koordiniertes zentrales Kontakt- und Schnittstellen-management Brustzentrum STZ -Lachen mit Brustzentrums-Koordinatorin. Zeitraum Start Projekt bis Zertifizierung Brustzentrum Frühjahr 2023, Übernahme ADMIN-Koordination Spital Lachen durch QM.
- Realisierung einer niederschweligen Zugänglichkeit mit vollumfassendem Behandlungs- und Betreuungskonzept für Brustkrebspatientinnen in der Region Obersee, Kanton Schwyz und angrenzenden Kantone (GI/ ggf. SG – Uznach)
- Gemeinsamer Aussenaustritt und Marketing STZ-Lachen
- Gemeinsame «Patientenakte» im Rahmen Mandantenberechtigung auf Basis des gemeinsamen KIS-Systems (KISIM) sowie Führung eines zentralen Datenmanagements zu Qualitätssicherungszwecken nach Vorgaben Q-Labes Krebsliga.
- Anstellung bzw. Ausbildung Breast-Care-Nurse (BCN) für das Spital Lachen. Die BCN stellt die koordinierte Begleitung der Patientinnen mit Mammacarcinomdiagnose über den ganzen Zeitraum des Behandlungspfades sicher.

Qualitativer Nutzen:

- Die komplexen Therapiestrategien werden nahtlos ermöglicht, das vorhandene Knowhow der

im Zentrum tätigen Spezialisten kommt den Patientinnen und Zuweisern/ HA zu Gute. Patientinnen können die international etablierten Therapieformen wohnortsnah erfahren bzw. stehen Ihnen uneingeschränkt zur Verfügung.

- Aufklärung, Edukation und psychosoziale Begleitung/ Beratung von Patientinnen mit Brustkrebs.
- «Ihre Anlaufstelle im Rahmen der zertifizierten Brustkrebsbehandlung am Zürich Obersee/ Kanton Schwyz und angrenzenden Regionen» → Alleinstellungsmerkmal im Umkreis/ Radius von 30 km.
- Positiver Bindungseffekt der Patientinnen
- Patienten agieren als Multiplikator im persönlichen Umfeld.
- Hoher Stellenwert für Professionals und Patientinnen im Behandlungskontext mit erreichter Zertifizierung Q-Label durch die CH-Krebsliga.
- Das Profil des Spitals mit Leistungsangebot eines zertifizierten zweistandortigen Brustzentrum wird geschärft und strahlt Qualität in der angestrebten Professionalisierung und Vermarktung des Spitals regional und über die Kantons Grenzen aus.

Projektvorgehen:

1. Aufbau standortübergreifende Projektorganisation STZ-Lachen, inkl. Steuerungs- oder Lenkungsausschuss (Teilnehmer paritätisch STZ & Lachen)
2. Erstellung Gesamtzeitplan (Road-Map) Projektbearbeitungs-schritte; reglementarische Fixation (Vertragswesen) Leitung- und Führungsstrukturen Brustzentrum SWT-Lachen
3. Unterzeichnung Kooperationsvertrag mit dem Stadtspital Zürich (STZ)
4. Überprüfung und Synchronisation von Behandlungs- und Betreuungskonzepten Brustzentrum STZ-Lachen nach KLS-Anforderungskatalog Krebsliga (2021), inkl. Definition der spezifischen organisatorischen, administrativen und Behandlungs-/ Betreuungsprozesse
5. Hospitation BCN Lachen bei Kooperationspartner SWT und Erstellung BCN-Konzept SWT-Lachen.
6. Erarbeitung gemeinsames und spezifischen Kommunikations-konzept/ Marketing Brustzentrum Auftritt intern/ extern
7. Infrastruktur, bauliche Adaptationsmassnahmen (z. B.eindeutige Zuordnung und Wegleitung; gemeinsam Webseite mit gezieltem Absprung auf die jeweiligen Standorte, PR-Massnahmen)
8. IT-Anbindung und Systemeinbindung

19 Schlusswort und Ausblick

Mit unserem Qualitätsbericht 2021 vermitteln wir Ihnen einen guten Einblick in die Qualitätsarbeit der Spital Lachen AG. Dahinter stehen Menschen, die sich täglich für eine hohe Patienten- und Kundenzufriedenheit engagieren und ihr Bestes geben.

Qualitätsmanagement bedeutet, sich kontinuierlich weiter zu entwickeln. Wir beschäftigen uns weiterhin intensiv mit der Erarbeitung und Implementierung von Prozessen. Im Jahr 2021 wurden trotz der Corona-Pandemie weitere Prozesse im Bereich der Leistungserbringung - der medizinischen und operativen Kliniken und des Managements überarbeitet und weiterentwickelt. Im Bereich der medizinischen Supportprozesse, einschliesslich Labor, Radiologie, Physiotherapie sowie der Paramedizin wird die Aufbauarbeit und Integration von Prozessen in den kommenden Jahren ein ständiges, dynamisches und damit ein zentrales Element sein. Die Erarbeitung von Prozessen, die Integration von Behandlungsrichtlinien, Guidelines und Behandlungspfaden des Patienten in die bestehenden Prozesse, stehen im Fokus unserer Bestrebungen die Patientensicherheit und damit das Vertrauen der Bevölkerung der Region in unser Spital weiter zu stärken.

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.

Qualitätsentwicklung heisst für uns, sich den zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu stellen, aktiv Einfluss zu nehmen und damit den Anliegen, Bedürfnissen und Erwartungen unserer Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Sich den Herausforderungen zu stellen hat während der Pandemiezeit auch für die Rolle der QM/ QE Mitarbeitenden geheissen ein verändertes Aufgabenprofil wahrzunehmen. Sie wirkten unterstützend in mehreren Themenkomplexen wie Konzeptsupport für Test- und Impfcenter, Sicherung der Meldewesens von positiv getesteten Mitarbeitenden und Patienten an das BAG, Unterstützung des Führungstab COVID-19 in der Kommunikation, Erstellung von Konzepten, Ansprechpartner für eine Vielzahl von verunsicherten, verängstigten Menschen aus der Bevölkerung die sich mit Fragen "Rund um Corona" an das Spital gewendet haben.

Wir sind überzeugt, dass wir mit unseren im Bericht erwähnten Projekten auf einem zukunftsgerichteten Weg sind und diese Entwicklung positiv beeinflussen können.

Die Rolle der QM und QE Mitarbeitenden hat sich in der Pandemiezeit ebenfalls verändert, sie wirkten unterstützend in mehreren Themen wie Konzepte für Test- und Impfcenter, Sicherung der Meldung ans BAG von Positiv getesteten Mitarbeitenden, Unterstützung im Führungstab und in der Kommunikation, Erstellung von Konzepten der Isolationsstation, etc.

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](#)

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 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.