

Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2023
Franziska Berger, Direktorin (CEO)

Version 2



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 2022.

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 2022

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualittsgeschehen

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

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



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 2022	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022	9
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 spinal- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	19
4.5 Registerübersicht	20
4.6 Zertifizierungsübersicht	23
QUALITÄTSMESSUNGEN	25
Zufriedenheitsbefragungen	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	28
7.1 Eigene Befragung	28
7.1.1 Keine Befragung im Berichtsjahr	28
8 Zuweiserzufriedenheit	29
8.1 Eigene Befragung	29
8.1.1 rotthaus.com	29
Behandlungsqualität	30
9 Wiedereintritte	30
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen	30
10 Operationen	32
10.1 Hüft- und Knieprothetik	32
11 Infektionen	33
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	33
12 Stürze	36
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	36
13 Dekubitus	38
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	38
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	40
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	40
14.1.1 Punktprevalenzmessung	40
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17 Weitere Qualitätsmessung	41

17.1	Weitere eigene Messung	41
17.1.1	Qualitätssicherungsstudie Herniamed	41
18	Projekte im Detail	42
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	42
18.1.1	Patient Blood Management	42
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022	44
18.2.1	Reevaluation Wertsachenmanagement.....	44
18.2.2	Erreichen Zertifikat Hypertoniezentrum DHL	44
18.2.3	Pilot "Patientenidentifikation mittels Patientenarmband im Notfall"	45
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	46
18.3.1	Evaluierung Erstzertifizierung Brustzentrum Zürich-Lachen mit der Krebsliga Schweiz.....	46
18.3.2	Vorbereitung Zertifizierung Nephrologie /Dialysezentrum.....	46
19	Schlusswort und Ausblick	47
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		48
Akutsomatik		48
Herausgeber		50

1 Einleitung

Das Spital Lachen ist ein 100 Betten Akutspital und beschäftigt rund 800 engagierte Mitarbeitende. Als eine Aktiengesellschaft der Bezirke March und Höfe mit einer Minderheitsbeteiligung der Hirslanden-Gruppe, 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. Dazu 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".

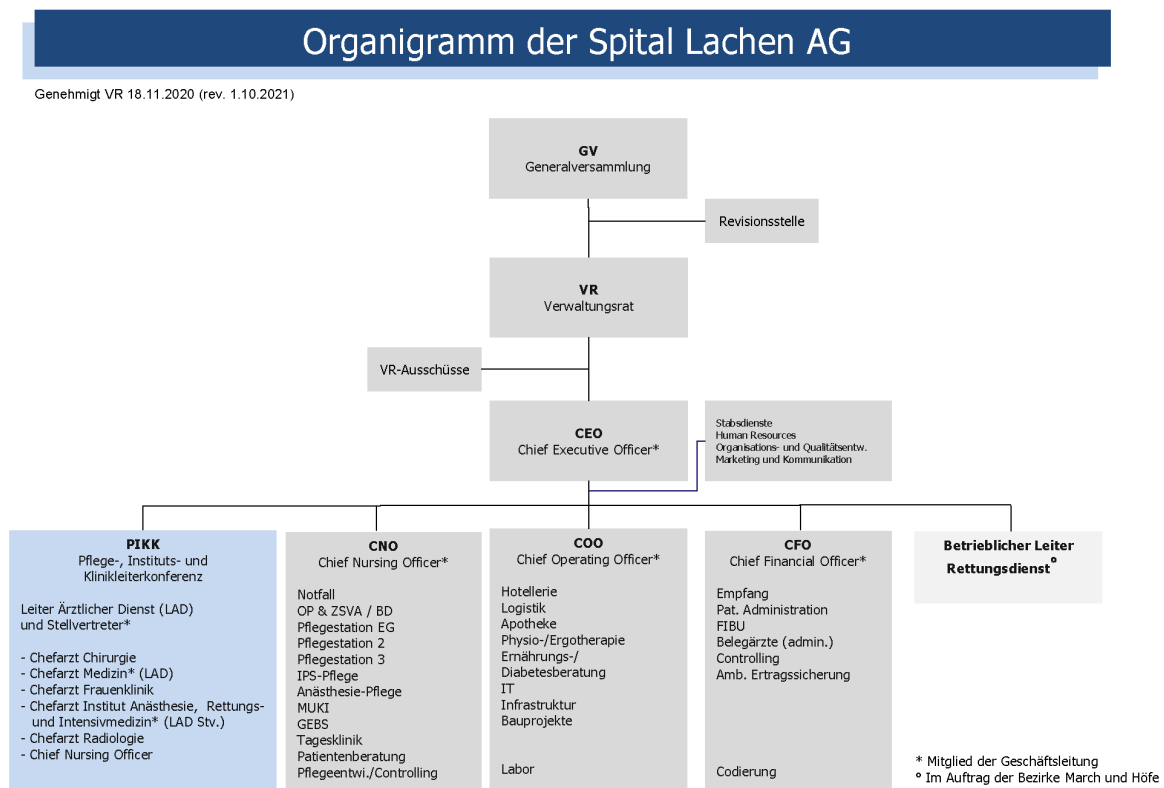
Die Mitarbeitenden der Spital Lachen AG stellen die Patienten ins Zentrum ihres Handelns. Sie versorgen, beraten und betreuen ihre Patienten umfassend, kompetent entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse sowie nach den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen und best practice Ansätzen.

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. Damit 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 und Qualitätsaktivitäten.

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 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.

Mit Zertifizierungen von Spezialgebieten sichern wir die prozessuale Sinnhaftigkeit des klinischen Vorgehens und gewinnen durch Selbstevaluationen und bei den strukturierten Überwachungsaudits wichtige Erkenntnisse zur stetigen Verbesserung.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

Im Jahr 2022 standen verschiedene Projekte, die bereits im Jahr 2021 initialisiert und im Jahr 2022 weiter vorangetrieben und/ oder über den Weg des kontinuierlichen Verbesserungsmanagements einer Evaluation unterzogen und abgeschlossen wurden. Dazu gehörten folgende massgebliche Schwerpunkte:

- Finalisierung der Vorbereitungsarbeiten zur Einführung des Dokumentenmanagementsystem (DMS), Durchführung Dokumenten-Initialimport in einem Pilotbereich, Aufbau Rollen- und Schulungskonzept, "Go-Live" Terminierung ganzes Unternehmen auf 01.07.2023.
- Einführen des Qualitätsmanagementkonzept Spital Lachen und Implementierung der neu gegründeten Qualitätskommission
- Vorantreiben der relevanten Prozesse für z.B. Vorbereitung der Zertifizierung Nephrologie / Dialyse, Anmeldung und Einreichen der Zertifizierungsunterlagen "Hypertoniezentrum", Vorbereitung der Zertifizierung des Brustzentrums nach Q-Label der Schweizerischen Krebsliga in Zusammenarbeit mit dem Stadtspital Zürich-Triemli und Durchführung des externen Überwachungsaudit (Visitation) unseres Adipositaszentrums durch SMOB.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

- Projekt Beckenbodenzentrum abgeschlossen; Eröffnung Beckenbodenzentrum mit aktualisiertem Konzept.
- Einführung Projekt EPD unter der Leitung Verantwortliche Qualitätsmanagement ist beauftragt.
- Die Qualitätskommission ist konstituiert und tagt im Vierteljahresrhythmus.
- Das Zertifikat "Zertifiziertes Hypertonie-Zentrum DHL" der Deutschen Hypertonieliga ist erreicht und bis 2025 gültig.
- Die Teilnahme am nationalen Projekt "PatientBloodManagement (PBM)" ist beauftragt.
- Das Pilot Patientenarmband auf dem Notfall ist abgeschlossen und ein Projekt Einführung Patientenarmband für das Gesamthaus beauftragt.
- Der Prozess Wertsachenmanagement ist überarbeitet und das neue "Effektenmanagement" auf allen Stationen vorgestellt und geschult.
- Die Überarbeitung und Relaunch der Applikation "Meldecenter" der Firma Netrange ist abgeschlossen und implementiert.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualitätsentwicklung in der Spital Lachen AG:

Qualitätsentwicklung heisst für die Spital Lachen AG weiterhin, die eigenen Leistungen zu reflektieren, neue Abläufe zu definieren, bestehende kritisch zu hinterfragen, herausfordernde Antworten zu suchen und neue Wege zu gehen. Mit dieser Haltung entstehen im besten Fall Innovationen, vor allem jedoch bringt sie die Qualität der Patientenversorgung auf ein höheres Niveau.

Die Geschäftsleitung hatte sich entschieden, dass Qualitätsentwicklung von zentraler Bedeutung ist und dies mit der Erarbeitung eines Qualitätskonzeptes in 3 Workshops bekräftigt. Die neu installierte Q-Kommission ist nun beauftragt, Qualitätsthemen zu bearbeiten und Entscheidungshilfen für die GL bereitzustellen. Dementsprechend hochrangig, interdisziplinär & interprofessionell ist die Qualitätskommission besetzt.

Schwerpunkte 2023:

- Go Life Dokumentenmanagementsystem im Juli 2023
- Durch strukturelle, organisatorische und prozessbasierte Vorbereitung zur "Erstzertifizierung Brustzentrum" nach Q-Label der Krebsliga Schweiz mit gewähltem Kooperationspartner Stadthospital Zürich-Triemli soll eine Entscheidungshilfe bereitstehen, um Ende 2023 zu entscheiden, ob diese Zertifizierung erreicht werden kann
- Projektstart "Patientenidentifikation mittels Patientenarmband" flächendeckend über alle ambulanten und stationären Bereiche ab August 2023
- Erarbeitung der strukturellen und prozessualen Vorbereitungen für die Einführung EPD
- Erarbeitung der Strukturen und Prozesse zur Umsetzung des "PatientBloodManagement" mit Alliance Rouge im Auftrag der EQK; Sammeln von Erfahrungen während der Pilotphase vom 01.05.2023 - 30.06.2023. Nach Evaluation der Pilotphase flächendeckende Einführung der PBM-Konzeption bis Ende Januar 2024.
- Weiterentwicklung der bereits fortgeschrittenen prozessorientierten Organisation mit besonderem Fokus auf Schnittstellenmanagement, Verantwortung / Erfüllung von Zertifizierungen und Abbildung des Patientenpfades.
- Neubauprojekt "FUTURA" - Der Fokus im Jahr 2022 liegt auf der Phase "Bauprojekt gestartet" und wird mit hoher Intensität im Rahmen der ganzheitlichen Planungsaktivitäten weiterverfolgt.
- Beobachten der weiteren Entwicklung der neuen Qualitätsverträge des Bundes

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 wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung Rehospitalisationen
▪ 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>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Punktprävalenzmessung
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Qualitätssicherungsstudie Herniamed

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Beckenbodenzentrum Spital Lachen

Ziel	Strukturierte Abklärung u. Behandlung von Patientinnen u. Patienten mit Störungen im Bereich des Beckenbodens
Bereich, in dem das Projekt läuft	Frauenklinik in Zusammenarbeit mit Urologen und Chirurgen
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2021 - 2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Sicherstellen einer guten interdisziplinären Diagnostik u. Therapie
Involvierte Berufsgruppen	Ärztliche Mitarbeiter, Pflegefachpersonen, Therapeutische Dienste
Evaluation Aktivität / Projekt	fortlaufend, Übergabe in den laufenden Betrieb per Mitte 2022

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 - 3. Quartal 2023
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

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Kaderworkshops

Ziel	Schulung und Unterstützung der Führungspersonen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Kadermitarbeitende aller Bereiche und Kliniken
Aktivität: Laufzeit (seit...)	jährlich wiederkehrende Fortbildungen für alle Kadermitarbeitenden
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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.

Qualitätsmanagement allgemein

Ziel	Kontinuierliche Qualitätsoptimierung
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Alle Bereiche mit Fokus Klinische Leistungsprozesse, inkl. Paramedizin
Aktivität: Laufzeit (seit...)	kontinuierlich
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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

Prozessmanagement

Ziel	flächendeckende Weiterentwicklung
Bereich, in dem die Aktivität läuft	ganzes Unternehmen
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Prozessorientierte Unternehmung
Methodik	Prozessmanagement mit Tool-Unterstützung
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässig bedarfsorientiert

Erfassen von Patientenurteilen mit ANQ-Fragebogen

Ziel	Hohe Patientenzufriedenheit / Erfassen d. Patientenurteile, Ableiten und Umsetzen von Massnahmen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Laufende Bearbeitung
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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 die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Laufende Bearbeitung
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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

Optimierung und spezifischer Ausbau KISIM

Ziel	Weiterentwicklung und Optimierung des Patientendokumentationssystem
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganzes Unternehmen
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Evaluation Aktivität / Projekt	fortlaufend

Infektionsprävention und Spitalhygiene

Ziel	Vermeiden von nosokomialen Infektionen/ Erhöhung Patientensicherheit/ Risikominimierung
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Laufende Bearbeitung
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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

CIRS (Critical Incident Reporting System) systematisch im Gesamtprozess bearbeiten

Ziel	Verbesserungspotenziale ermitteln, durch Melden von kritischen Zwischenfällen, Vermeiden von Schadensfällen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Laufende Bearbeitung
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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.

Morbidity-Mortality-Management Konferenzen (MMM)

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung des Behandlungs- und Betreuungsprozesses anhand Fallbesprechungen für eine hohe Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Klinik Chirurgie und Medizin
Aktivität: Laufzeit (seit...)	fortlaufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Die MMM-Konferenzen dienen der Lehre, Ausbildung und der Prävention. In vertrauensvollem Setting werden aufgetretene Probleme aus vielen Blickwinkeln betrachtet und besprochen werden, sodass Lösungen als Gesamtprodukt und nicht als isolierte Massnahmen gefunden werden. Ziel aller Komplikationskonferenzen ist es, die Qualität der Behandlung kontinuierlich zu verbessern und Fehler zukünftig zu vermeiden.
Methodik	Fallbesprechungen im interdisziplinären/ interprofessionellen Setting
Involvierte Berufsgruppen	Ärztliche Mitarbeitenden der Klinik Chirurgie/ Medizin
Evaluation Aktivität / Projekt	fortlaufend

Kampagne Grippeimpfung für Mitarbeitende

Ziel	Patienten- und Mitarbeiterschutz zur Verhinderung/ Eindämmung nosokomialer Infektionen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	ganzes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	4. Quartal; jährlich
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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 die Aktivität läuft	operative Chirurgie
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend seit 2012
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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, Anpassung an neue Erkenntnisse aus den Programmen der Stiftung Patientensicherheit

Sturzmeldungen (Sturzprävention)

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

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

Bemerkungen:

Das Ziel eines jeden Fehlermeldesystem (CIRS) ist die Fehlerprävention in einer positiven Grundhaltung durch aktives Mitwirken aller Beteiligten. Durch ein lebendiges, positiv gelebtes CIRS werden durch das Melden von kritischen Ereignissen Verbesserungspotenziale ermittelt, analysiert und durch systematisches Bearbeiten Lösungen umgesetzt, im Betrieb etabliert sowie dadurch Schadensfälle vermieden. Zentrales Element ist das Commitment der Unternehmung zur "Fehlerkultur".

Was verstehen wir unter Fehlerkultur: Häufig werden die Begriffe Fehlerkultur und Fehlermanagement synonym verwendet. Korrekterweise 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. Diese hat massgeblichen und direkten Einfluss auf 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 der Mitarbeitenden im Unternehmen.

Zusätzlich werden **Morbidity-Mortality-Management Konferenzen** durchgeführt (MMM-Konferenzen). Die MMM-Konferenzen dienen der Lehre, Ausbildung und der Prävention. In vertrauensvollem Setting werden aufgetretene Probleme aus vielen Blickwinkeln betrachtet und besprochen, sodass Lösungen als Gesamtprodukt und nicht als isolierte Massnahmen gefunden werden. Ziel aller Komplikationskonferenzen ist es, die Qualität der Behandlung kontinuierlich zu verbessern und Fehler zukünftig zu vermeiden.

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	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	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 Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	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	Alle	Nationales Institut für Krebs Epidemiologie und -registrierung www.nicer.org

Krebsepidemiologie und -registrierung		
--	--	--

Bemerkungen

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.

Entsprechende Ergebnisse werden ausgewertet und - sofern möglich - mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen. Massnahmen zur Qualitätssteigerung werden in den Kliniken erarbeitet und im Sinne des PDCA-Qualitätskreislaufes umgesetzt

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
IVR - Interverband Rettungswesen	Rettungsdienst	2007	2021	Re-Zertifizierung nächstmals 2025
Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (Notarzdienst/Präklinische Notfallmedizin/Notarzt(SGNOR)	Rettungsdienst Spital Lachen AG	2017	2017	Assessments alle 3-5 Jahre
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Notfall- und Rettungsmedizin	2019	2019	Re-Zertifizierung alle fünf Jahre, nächstmals 2025
SIWF(SSAPM) - Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation Kat. B	Weiterbildungsstätte Anästhesie	2012	2022	Jährliche automatisierte Ausstellung Zertifikat
SSIPM - Schmerzzambulanz Weiterbildungsstätte	Swiss Pain Clinic B	2020	2020	Gültigkeit 5 Jahre, nächste Re-Zertifizierung 2024
SGNOR Weiterbildungsstätte Notarzdienst	Notfallmedizin	2019	2019	Gültigkeit 5 Jahre; nächste Re-Zertifizierung 2025
SGI - Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin	Intensivstation	2012	2022	Re-Zertifizierung nächstmals 2027
SAfW - Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung	Wundbehandlungszentrum	2011	2019	Re-Zertifizierung Februar 2022 bei SAfW eingereicht, Bescheid noch ausstehend, erwartet Mai 2023
SAKR - swiss association of cardiovascular prävention and rehabilitation	amb. Kardiorehabilitation	2012	2021	jährlich Aufrechterhaltungsassessments
H+ REKOLE	Finanzen	2011	2019	Re-Zertifizierungen alle vier Jahre, nächstmals 2023/ 2024

SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte	Chirurgie	1997	2020	Vorbereitung Re-Evaluation für 2023
DHG-Siegel für Hernieneingriffe	Klinik Chirurgie	2017	2023	regelmässige zweijährliche Aufrechterhaltungsassessments
SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders)	Bariatric Zentrum	2016	2023	regelmässig externe Visitation durch SMOB und immer bei ärztlichem Leitungswechsel
SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte	Kardiologie in der Klinik Medizin	2020	2020	Assessment alle zwei Jahre
Deutsche Hochdruck-liga e.V.DHL der deutschen Gesellschaft für Hypertonie und Prävention	Hypertonie-Zentrum	2022	2022	Gültigkeit Zertifikat 10.11.2022 - 09.11.2025
SIWF/ ISFM Weiterbildungsstätte B-Klinik	Medizin	1995	2020	Assessment alle zwei Jahre
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Ganzer Betrieb	2017	2022	Gefährdungsermittlung und H+ Audit
Klinisches Audit Strahlenschutz BAG, nach neuem Strahlenschutzgesetz v. 01.01.2018	Radiologie	2010	2022	Regelmässig BAG; Überprüfung alle 5 Jahre durch BAG
Apotheken Inspektion durch Kantonsapotheke	Apotheke	2009	2018	Periodische Überprüfung alle 5-10 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

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und Anregungen für Verbesserungspotenziale 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 2022 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
Spital Lachen AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.16	4.15	4.20	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.72	4.56	4.60	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.68	4.64	4.60	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.54	4.49	4.60	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.02	4.07	4.10	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	92.70 %	92.90 %	91.50 %	– %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2022				–
Anzahl eingetroffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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 haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

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

ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten

Einschlusskriterien

Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im Juni – 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

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Keine Befragung im Berichtsjahr

Im Jahr 2022 war im Spital Lachen keine Mitarbeitendenbefragung geplant.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2024.

Die Befragung war allen Mitarbeitenden zur Verfügung gestanden

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärztinnen und -ärzte und niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin 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 [rotthaus.com](https://www.rotthaus.com)

Eine erste Zuweiserbefragung wurde im Kontext des Projektauftrages "Umsetzung Konzept Zuweisermanagement" 2020 durchgeführt. Die Hauptziele, die verfolgt wurden, waren Messung qualitatives Zuweisermanagement, quantitative Erfolgskontrolle und begleitend die Wahl eines entsprechenden CRM-Tool als Grundlage für die Weiterentwicklung der strukturierten, koordinierten und partnerschaftlichen Zusammenarbeit und als Basis für eine transparente qualitative wie quantitative Datenbewirtschaftung und Steuerung.

Ziele der Befragung mit dem ausgewählten externen Partner:

Generell: Zuweiserbeziehungen pflegen und ausbauen

Konkret: Verbesserungspotentiale erkennen und priorisieren, Informationslücken bei den Zuweisern aufdecken, Zuweisungshemmnisse identifizieren, Patientensteuerung verbessern, Gesprächsansätze generieren, initialen Content für das Klinik-CRM generieren.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2025.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Rotthaus
Methode / Instrument	Rotthaus

Bemerkungen

Eine nächste Befragung unserer Zuweiser ist für 2025 geplant.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung 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)	2017	2018	2019	2020
Spital Lachen AG				
Verhältnis der Raten*	1.1	1.21	1.11	–
Anzahl auswertbare Austritte 2020:				–

* 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/.

Ab dem BFS Datenjahr 2020 findet ein Methodenwechsel statt. Gemäss Entscheid ANQ werden die Daten der Einführungsphase nicht transparent publiziert. Dies gilt für den aktuellen Qualitätsbericht 2022 (BFS-Daten 2020). Im Jahr 2023 werden dann für das BFS-Datenjahr 2021 neu die «ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen» transparent ausgewiesen.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Rehospitalisationen nach Spitalaufenthalt stellen ein unerwünschtes Ereignis im Behandlungsprozess dar. Sie führen gleichzeitig zu einer Verlängerung der Leidensgeschichte der Patientinnen und Patienten und zu einer Erhöhung der Kosten bei Spitälern bzw. Steuerzahlern.

In der Schweiz werden Rehospitalisationsraten in der akutstationären Spitalversorgung jährlich vom nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) erhoben und publiziert. Seit dem Jahr 2022 (BFS-Datenjahr 2020) verwendet der ANQ hierzu ein Set an 13 Qualitätsindikatoren zur Bestimmung von ungeplanten Rehospitalisationen während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt.

An der Erfassung nach neuer Systematik und Methodik hat sich auch die Spital Lachen AG beteiligt. Die Daten werden nun hinsichtlich der neuen Möglichkeiten intern analysiert und weiterbearbeitet.

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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2016 bis 31.12.2019

	Anzahl eingeschlossen Primär- Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres- Revisionsrate % (n/N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %	Adjustierte Revisionsrate %
	2016 - 2019	2016 - 2019	2014 - 2018	2016 - 2019
Spital Lachen AG				
Primäre Hüfttotalprothesen	187	2.10%	2.00%	2.10%
Primäre Knieprothesen	114	4.40%	5.00%	4.60%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2022 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2016 bis Dezember 2019. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2021.

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	Swiss RDL, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und 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 oder einer Rehospitalisation 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 Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (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 2021 – 30. September 2022

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. Dezember 2021 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. März 2022 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2021/2022	2021/2022	2018/2019	2019/2020	2020/2021	2021/2022
Spital Lachen AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	8	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	16	3	16.70%	10.00%	8.30%	21.50% (1.40% - 41.60%)
Kaiserschnitt (Sectio)	119	0	5.50%	2.50%	2.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Magenbypassoperationen	113	7	5.40%	1.70%	9.30%	6.30% (1.80% - 10.80%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden neu jeweils zeitgleich durchgeführt.

Infolge der Übergangsphase können im Qualitätsbericht 2022 gleich zwei Messperioden (2020/2021 und 2021/2022) bei den Messungen mit Implantaten ergänzt werden. Jedoch wird nur die neuere Messung (2021/2022) ausführlich dargestellt. Die Ergebnisse der Messperiode mit Implantaten, vom 1. Oktober 2020 – 30. September 2021 (mit Unterbruch infolge Covid-19, 1. November 2020 bis 1. April 2021), werden bereits unter den Vorjahren aufgelistet.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022

Unterbrechen der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 1. Januar 2022						
Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2021/2022	2021/2022	2018/2019	2019/2020
Spital Lachen AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	41	0	0.00%	0.80%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

* 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 Eingriffs 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.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und 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 Patientinnen und 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	2022
Spital Lachen AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze		1	0	2
In Prozent		2.30%	0.00%	3.00%
Residuum* (CI** = 95%)		0 (-0.43 - 0.43)	0.02 (-0.55 - 0.51)	0.05 (-0.66 - 0.56)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	66	Anteil in Prozent (Antwortrate)		62.90%

* 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/.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und 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 Patientinnen und 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

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte		2022	In Prozent
		2018	2019		
Spital Lachen AG					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	1	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.01 (-0.31 - 0.29)	-0.13 (-0.64 - 0.91)	-0.15 (-0.96 - 0.64)	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	66	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		62.00%	

* 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.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und 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.

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Punktprävalenzmessung

Die Spital Lachen AG hat im 2022 einmalig an der nationalen Punktprävalenzmessung teilgenommen. Im Pflegeentwicklungsteam werden die Ergebnisse der externen und internen Messung derzeit noch analysiert. Die nationale Messung wurde letztmalig im Jahr 2022 durchgeführt und das Programm eingestellt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.
Alle Bettenstationen

Die gewonnenen Erkenntnisse werden im interprofessionellen, erweiterten Team einer vertieften Prüfung unterzogen und im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wo sinnvoll und zielgerichtet in den Behandlungs- und Betreuungsprozess integriert.

Die Teilnahme an der nationalen Messung förderte die Aufmerksamkeit zum Thema und brachte wichtigen Erkenntnisgewinn.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

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 2022 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 Patient Blood Management

Projektstart: 27.10.2022

Im Spital Lachen beschäftigt sich die Hämovigilanzkommission mit Optimierungen im Bereich des Transfusionsregimes. Durch ein Kooperationsangebot seitens des Vereins Alliance Rouge zum Wissenstransfer wurde im Rahmen der GL und einer PIKK entschieden, dieses Projekt auch in der Spital Lachen AG zu initiieren. Eine Anfrage bezüglich einer Kooperation mit der Alliance Rouge nach Beantragung von Unterstützungsgeldern durch die Eidgenössische Qualitätskommission wurde gestellt und zugesagt.

Projektziel:

Patient Blood Management (PBM) zielt darauf ab, drei Risikofaktoren bei grossen elektiven Eingriffen zu minimieren:

1. präoperative Anämie: Verschiebung von elektiven Eingriffen bei Risikokonstellationen mit vorheriger Substitution von Eisenpräparaten oder Erythropoetin
2. perioperative Vermeidung von Blutverlusten (blutsparendes Operieren, minimal-invasive Chirurgie, Cell-Saver, Optimierung der Gerinnung)
3. Reduktion von Bluttransfusionen:
Einheitlicher Transfusionstrigger bei 7 g/L Single Unit Dose
4. Ein weiteres Ziel ist die systematische Erfassung von Veränderungen dieses Prozesses und Dokumentation zur Qualitätssicherung.

Projektteam:

Projektleitung: Chefarzt (CA) Anästhesie

Kernteam:

- CA Anästhesie
- Facharzt Anästhesie
- Verantwortliche Qualitätsmanagement
- Standortleitung Labor (Unilabs)
- Leitung Pflegeentwicklung und Verantwortliche Pflegedienst

Erweitertes Kernteam:

- Ärztlicher Vertreter (Chirurgie)
- Ärztlicher Vertreter (Innere Med)

Punktuelle Projektmitarbeiter:

- Vertreter der Informatik und Klinikinformationssystem

Projektsteuerungsausschuss:

- Diese Funktion, inkl. der Projektbegleitung wird durch den Verein Alliance Rouge wahrgenommen

Projektablauf/ Methodik:

- Kick-off-Meeting interne Projektgruppe in Zusammenarbeit mit Alliance Rouge (AR), welche im Rahmen des Projektes bis Abschluss die Funktion des Steuerungsausschusses wahrnimmt
- Assessment und Besprechung der Ausgangslage und Festlegen der Folgeschritte
- Januar 2023 Erstellung Einführungskonzept PBM und Validation desselben durch das externe Beratungsgremium AR
- Vorbereitung Strukturen/ Organisation und Prozesse (Patienteninformationen, Schulungskonzept, Einbinden Zuweiser etc.)

- Durchführung zweimonatige Pilotphase in einem klinischen Teilbereich (Orthopädie: Hüft- und Knieprothetik)
- Briefing der internen Stakeholder, anschliessend Schulung internen Fachpersonal
- Spitalweite Ausrollung nach Evaluation der Pilotphase ab Juli 2023
- 13-14 Monate nach Initiierung, für die Spital Lachen AG ca. Januar 2024, erfolgt mittels Abschlussevaluation und Debriefing mit dem Partner Alliance Rouge der Projektabschluss. Dazu werden auch die während dem Pilot erhobenen Kennzahlen zur Reduktion von EK Transfusionen und die mögliche positiven Auswirkungen von PBM auf die Hospitalisierungsdauer, Sterblichkeit oder Morbidität eingeschätzt und in die Weiterentwicklung mit einbezogen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

18.2.1 Reevaluation Wertsachenmanagement

Der bestehende Prozess "Effektenmanagement" war zwar dokumentiert, die vorliegenden infrastrukturellen Verhältnisse und Abläufe wurden jedoch zu wenig schlüssig antizipiert. Die abgeleiteten Massnahmen konnten nicht die gewünschte Wirkung erzielen. Eine sinnvolle Prozessdokumentation während des gesamten Spitalaufenthaltes war im KISIM ohne Anpassungen nur sehr erschwert möglich. Daraus resultierten unnötige Leerläufe und Unsicherheiten im Umgang mit Effekten und persönlichen Gegenständen der Patienten, was einerseits zur Unzufriedenheit der Patienten (zu viele Verlustsituationen) und andererseits zu einem nicht vertretbaren Ressourcenaufwand seitens des Personals führte.

In Zusammenarbeit mit der Pflegeentwicklung wurde eine umfassende und komplette Überarbeitung des bestehenden Prozesses lanciert. Unterstützt durch neue technische Möglichkeiten des KISIM, konnten relevante Erfassung- und Dokumentationsmodule erarbeitet und integriert werden. Ebenfalls wurden weitere häufig betroffene Schnittstellen (Patientenempfang/ Diagnostikbereiche etc.) gezielt einbezogen und dem eingesetzten "Wording" (Was sind Wertsachen, Effekten, persönliche Gegenstände) besondere Beachtung bei der Prozessanpassung gewidmet. Der Prozess konnte nach einer längeren Pilotphase und engmaschiger Evaluation sowohl im ambulanten wie stationären Bereich nach Abteilungsspezifischen Schulungen erfolgreich eingeführt werden.

18.2.2 Erreichen Zertifikat Hypertoniezentrum DHL

Hypertonie und die durch die Erkrankung verursachten Folgeerkrankungen sind im Spital Lachen wichtige Themen der Klinik Medizin. Das Spezialgebiet Nephrologie betreut in einer Interdisziplinären Hypertoniesprechstunden seit Jahre viele Patienten und betreibt eine Dialysestation mit 14 Behandlungsplätzen. Als erstes Spital in der Schweiz hat das Spital Lachen das Prädikat "Zertifiziertes Hypertoniezentrum" der Deutschen Hochdruckliga DHL erlangt.

Die Zertifizierung der in der Hypertoniesprechstunde gebotenen Abläufe sollte Zuweisern und Patienten Orientierungshilfe sein und aufzeigen, dass das Spital Lachen über ein Team von ausgewiesenen Fachärzten verfügt und ein hoher medizinischer Qualitätsstandard vorhanden ist.

Die Vorarbeiten sind in einem strukturierten interprofessionellen, interdisziplinären Projekt erfolgt. Administrative und prozessuale Bearbeitung der mit der Hypertoniesprechstunde verknüpften Themen sowie die Überarbeitung der vorhandenen Dokumente und Formulare waren ebenso Bestandteil des Projektes wie die professionelle Kommunikation des Angebotes.

18.2.3 Pilot "Patientenidentifikation mittels Patientenarmband im Notfall"

Patientensicherheit hat im Spital Lachen einen hohen Stellenwert. In CIRS - und Ereignisfallmeldungen werden systemische Ursachen erkannt, die zu Fehlern im Behandlungs- und Betreuungspfad führen können.

So war die sichere Patientenidentifikation besonders im Notfall mit seinen vielen Schnittstellen zu diagnostischen und therapeutischen internen Dienstleistern (Labor, Bildgebende Verfahren, Gips etc.) ein besonders gewichtetes Thema geworden, dem mit einem sehr einfach strukturierten Kennzeichnungsverfahren für Patienten Rechnung getragen werden sollte.

Nach einer sauberen Prozessdefinition wurden für einen Zeitraum von 9 Monaten Patienten bei Eintritt in die Notfallstation ein einfaches Plastikarmband appliziert, auf dem die nach Erfassung der Patientendaten generierte Klebeetikette aufgebracht wurde.

Bei jedem Kontakt mit dem Patienten wurde die Identifikation des Patienten mit dem Patientenarmband verifiziert (Beispiel: Bei verordneter Blutentnahme beim Patienten X wurde vor der Entnahme von der Pflegenden das Patientenarmband mit der Verordnung im KISIM verglichen und die Blutentnahme erst bei positiver Identifizierung vorgenommen).

Die Auswertung der CIRS - und Ereignismeldungen zeigte bereits nach kürzester Zeit, dass sich Verwechslungssituation deutlich reduziert haben.

Aufbauend auf den Pilotergebnissen ist ein Folgeprojekt "Einführung Patientenarmband" für alle ambulanten und stationären Patienten für Sommer 2023 lanciert.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Evaluierung Erstzertifizierung Brustzentrum Zürich-Lachen mit der Krebsliga Schweiz

Mit dem im 2021 offiziell lancierten Projekte "Evaluation Erstzertifizierung Brustzentrum Zürich-Lachen nach Q-Label mit der Krebsliga Schweiz", wurde im Sommer 2022 gemeinsam mit der gemeinsamen Steuerungsausschuss Stadtspital Zürich und Spital Lachen AG ein "Boxenstopp" entschieden. Der angestrebte Zeitplan (Anmeldung zur Zertifizierung für Frühjahr 2023) wird aufgrund der sich nicht wie erhofft entwickelnden Zahlen im Bereich Onkologie nochmals grundsätzlich überdacht und ein ggf. alternatives, angepasstes Vorgehen sorgfältig geprüft.

Die vorliegende Datenlage und der Abgleich mit den Qualitätskriterien der Krebsliga sowie den der Einfluss exogener Faktoren stellten relevante Aspekte für die Entscheidungsfindung dar.

Entscheid: Fokusverschiebung und Adaptation auf die Aspekte und Aktivitäten, die durch uns aktiv und massgeblich bearbeitet und beeinflusst werden können. Am gemeinsamen Kooperationsvertrag und den definierten, geplanten Schritten anhand Roadmap wird vollständig festgehalten. Eine Zertifizierung mit Krebsliga wird für 2024 im Auge behalten und je nach Entwicklung der Datenlage 2022/ 2023 neu evaluiert.

Aktivitäten:

- Professionelle "Marketing- Offensivkampagne" unter dem Lead der Kommunikation-/ Marketingabteilung beider Standorte
- "Go-Live" gemeinsame Landingpage Brustzentrum Zürich-Lachen (Frühjahr 2023)
- Gezielte Zuweiseraktivitäten definieren und planen
- Adressierte Kommunikation intern & extern verstärken
- Weiterbearbeitung prozessualer und organisatorischer Themenbereiche

18.3.2 Vorbereitung Zertifizierung Nephrologie /Dialysezentrum

Die Möglichkeit, die Spezialabteilung Nephrologie / Dialyse der Klinik Medizin zu zertifizieren, ist seit Längerem ein Thema. Vorbereitend sind seit 2022 die Prozesse der Abteilung erfasst und wo notwendig optimiert worden.

In mehreren interdisziplinären Workshops sind die Prozesse modelliert und in einer Prozesslandkarte der Nephrologie und des Dialysezentrums dargestellt worden und damit die zentralen Abläufe der diagnostischen u. therapeutischen Vorgänge der Abteilung ausgewiesen. Die zahlreichen Dokumente, die in den Prozessen zur Anwendung kommen, sind überarbeitet und zur Überführung in das DMS bereitgestellt. Ein Initialimport der Dokumente ist im Rahmen eines Pilotes im Rahmen Einführung DMS erfolgreich gemacht worden .

Eine Entscheidung, mit welcher Gesellschaft eine Zertifizierung angesprecht werden soll, steht nun als nächster Schritt an und wird vermutlich bis Ende Sommer getroffen sein.

19 Schlusswort und Ausblick

Wir möchten Ihnen mit unserem Qualitätsbericht einen Überblick über die in der Spital Lachen AG geleisteten Qualitätsarbeit im Jahr 2022 bieten. Dahinter stehen alle unsere Mitarbeitenden, die täglich im direkten Patientenkontakt, im Management oder in supportiven Bereichen wie Infrastruktur, Restauration, Reinigung, Patientenberatung und vielen anderen Aufgabenbereichen unseren Patienten einen angenehmen und ihre Genesung unterstützenden Aufenthalt in unserem Spital gewährleisten.

Qualitätsmanagement bedeutet, Verbesserungspotentiale zu erkennen, Massnahmen zu erarbeiten oder systemisch zu unterstützen und eine kontinuierliche Weiterentwicklung all unserer Geschäftsbereiche zum Ziel haben.

Dies gelingt zum Beispiel mit einem koordiniertem Schnittstellenmanagement, welches wir in unseren Prozessen abbilden. Es handelt sich dabei um einen ständigen, dynamischen Vorgang, der nie abgeschlossen ist, sondern bei neuen Herausforderungen wiederum Aktivitäten und Abklärungen auslöst und u.U. Prozessanpassungen oder die Erarbeitung neuer Prozesse nach sich ziehen kann.

Die Erarbeitung und systematische Überarbeitung unserer Behandlungsrichtlinien, Guidelines, Standards und Behandlungspfade des Patienten stehen im Fokus unserer Bestrebungen, um Sicherheit und Zufriedenheit unserer Patienten zu gewährleisten und damit das Vertrauen der Bevölkerung der Region in unser Spital weiter zu stärken. Die Teilnahme an nationalen Erfassungen der Infektraten, der Patientenzufriedenheit u.a. erlauben uns, uns im nationalen Vergleich zu messen und wo nötig von den Besten zu lernen. Ein Beinahe-Fehlermanagement sowie die kontinuierliche Möglichkeit für unsere Patienten, Positives wie Kritischen im Feedbackmanagement zurückzumelden, lassen uns Handlungsfelder erkennen, die es uns ermöglichen unseren Dienst am Patienten und seinem Umfeld verbessern zu können.

Qualitätsentwicklung heisst für uns auch, 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. So werden im Spital Lachen diverse Projekte geführt, die das Angebotsspektrum erweitern oder bestehende Angebote auf dem Level neuester Entwicklungen halten sollen.

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

Abschliessen möchten wir mit einem grossen Dankeschön an alle unsere Mitarbeitenden, ohne deren Einsatz und Engagement diese grosse Herausforderung nicht zu bewältigen wäre.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Akutsomatik

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

Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Mediastinaleingriffe
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüftprothesen
Wechseloperationen Knieprothesen
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Gynäkologische Tumore
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq 1250g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)

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.