

Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2008



Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland
Spitäler Altstätten, Grabs, Walenstadt
Alte Landstr. 106
9445 Rebstein

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Einleitung.....	2
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick.....	2
3.1	Kontaktangaben	2
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	2
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital.....	2
4	Kennzahlen	2
4.1	Versorgungsstufe	2
4.2	Personalressourcen	2
4.3	Fallzahlen	2
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	2
4.5	Top Ten-Diagnosen stationär.....	2
4.6	Top Ten- Eingriffe	2
4.7	Altersstatistik	2
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives.....	2
4.9	Mortalitätszahlen	2
4.9.1	<i>Mortalitätszahlen</i>	2
4.9.2	<i>Mortalitätszahlen BAG / Helios</i>	2
4.9.3	<i>Umgang mit Todesfällen im Spital</i>	2
5	Zufriedenheitsmessungen	2
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen.....	2
5.2	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme.....	2
5.3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	2
5.4	Zuweiserzufriedenheit	2
6	Qualitätsindikatoren.....	2
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	2
6.1.1	<i>Rehospitalisationsrate innert 10 Tagen</i>	2
6.1.2	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen</i>	2
6.2	Infektionen	2
6.2.1	<i>Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ</i>	2
6.2.2	<i>Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen</i>	2
6.2.3	<i>Präventionsmassnahmen</i>	2
6.3	Komplikationen.....	2
6.3.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	2
6.4	Pflegeindikator „Stürze“	2
6.4.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	2
6.4.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	2
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	2
6.5.1	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen</i>	2
6.5.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	2

Qualitätsaktivitäten	2
6.6 Zertifizierungen.....	2
6.7 Übersicht von laufenden Aktivitäten.....	2
6.8 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte.....	2
Schlusswort und Ausblick.....	2
7 Ausgewählte Qualitätsprojekte	2
8 Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge	2
8.1 Qualitätsmanagementstrategie.....	2
Qualitätsarbeit SR RWS	2
8.2 Q-Schwerpunkte 2009/2010	2
8.3 Erreichte Q-Ziele 2008	2

2 Einleitung

Dieses Kapitel steht dem Spital für individuelle Bemerkungen zur Verfügung (bspw. Angaben zur Grösse, Leistungsumfang, Organisation etc.). Bitte maximal diese Seite verwenden.

In der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland (SR RWS) ist das Qualitätsmanagement seit dem Zusammenschluss der drei Spitäler Altstätten, Grabs und Walenstadt im Jahr 2003 zur Spitalregion RWS im Interesse der PatientInnen und der MitarbeiterInnen etabliert. Das Qualitätsmanagement hilft, den Leistungsauftrag in der geforderten Qualität umzusetzen und weiter zu entwickeln. Der gegenwärtige Schwerpunkt liegt auf der Koordination, Zusammenführung und Weiterentwicklung der spitalbezogenen, intensiven Anstrengungen im Qualitätsmanagement. Unsere Bereitschaft zur transparenten Offenlegung unserer Leistungs- und Angebotsdaten äussert sich in der Publikation dieses Qualitätsberichtes.

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Verantwortliche für Q-Bericht

Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Zuständigkeit
Johannes SEITZ, MBA HSG Vorsitzender der Geschäftsleitung SR RWS	071 775 81 01	johannes.seitz@srrws.ch	Qualitätsverantwortlicher in der Geschäftsleitung
Mirco SCHWEITZER, Leiter QM SR RWS	071 775 81 55	mirco.schweitzer@srrws.ch	Leiter Qualitätsmanagement
Dr. med. Andreas IRION Ärztl. Mitarbeiter der Geschäftsleitung SR RWS	071 775 81 56	andreas.irion@srrws.ch	Datenverantwortlicher

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Zuständigkeit	Anstellungs-% für Q-Bereich
Mirco SCHWEITZER, Leiter QM SR RWS	071 - 775 81 55	mirco.schweitzer@srrws.ch	Leiter Qualitätsmanagement SR RWS Leiter der Qualitätskommission und Projektleiter Zertifizierung sanaCERT	90%
Johannes SEITZ, MBA HSG Vorsitzender der Geschäftsleitung SR RWS	071 - 775 81 01	johannes.seitz@srrws.ch	Qualitätsverantwortlicher in der Geschäftsleitung	
Barbara FROMMELT (Leiterin MTT)	071 - 775 81 52	barbara.frommelt@srrws.ch	Qualitätskommission beratendes Organ (5 Mitglieder)	
Dr. Herwig HEINZL (freier Mitarbeiter QK)		herwig.heinzl@srrws.ch		
Dr. Andreas IRION (ärztl. Mitarbeiter GL)	071 - 775 81 56	andreas.irion@srrws.ch		
Thomas RIEGGER (Leiter Pflege & MTT)	071 - 775 81 08	thomas.riegger@srrws.ch		
Christof SCHMID (Leiter B & O)	071 - 775 81 04	christof.schmid@srrws.ch		
Fachbezogene Spezialisten, z.B. Leiter Departement Anästhesie für sanaCERT Standard Nr. 5: Schmerzbehandlung			sanaCERT Standard-Verantwortliche Projektleitungen im Zertifizierungsverfahren sanaCERT auf Ebene Region	
Repräsentative Vertretung von Berufsgruppen / Funktionen pro Thema			Qualitätszirkel Arbeitsgruppen der einzelnen Spitäler, bezogen auf Zertifizierungsverfahren sanaCERT	

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Datenquelle: z. Bsp. Jahresbericht. Angaben zu Organisation, Abläufen, Hinweis auf Steuerungsgruppen, Q-Zirkel, Q-Kommissionen etc.

Das Qualitätsmanagement nimmt eine herausragende Stellung in der Führungs- und Organisationsstruktur der SR RWS ein. Der Leiter Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle direkt dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung unterstellt. Die beratende Qualitätskommission besteht aus Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern der Geschäftsleitung. Damit ist eine Verankerung des Qualitätsmanagements auf oberster Führungsebene der Spitalregion sichergestellt.

Nach Vorgaben des Gesundheitsdepartements des Kanton St. Gallen sollen sich alle Akutspitäler des Kantons einheitlich nach den Qualitätsstandards der sanaCERT Suisse ausrichten. Dazu sind durch Beschluss des Verwaltungsrates vier Pflichtstandards vorgegeben (Grundstandard *Qualitätsmanagement*, Standard *Hygiene*, Standard *Schmerzbehandlung* und Standard *Umgang mit kritischen Zwischenfällen*).

Die Spitalregion RWS definiert die weiteren vier für eine Zertifizierung notwendigen Standards einheitlich für alle Spitäler (Standard *Beschwerdemanagement*, Standard *Notfall*, Standard *Rettungsdienst*, Standard *Palliativbetreuung*).

Auf regionaler Ebene werden die einzelnen Standards jeweils durch einen Standardverantwortlichen geleitet (unterstützt durch ein Mitglied der Qualitätskommission), der fachlich übergreifende Kompetenz in dem Themengebiet ausweist. Auf Spitalebene sind Qualitätszirkel eingesetzt, die unter der Projektleitung des Standardverantwortlichen ihrerseits die organisatorischen und dem Leistungsauftrag entsprechenden Spitalstrukturen abbilden und in ihrem Spital für die Umsetzung verantwortlich sind.

Mit dieser Organisationsform des Qualitätsmanagements ist eine kontinuierliche und sich immer weiter spezialisierende Durchdringung des Qualitätsgedankens bis auf die Ebene der direkten und indirekten Patientenbetreuung umgesetzt. Es ist ein Anliegen des Qualitätsmanagements, auch die Rückspiegelung des Qualitätsmanagements aus Patientensicht (Standard *Umgang mit Beschwerden und Wünschen*) zu beachten und in die Qualitätsarbeit einfließen zu lassen.

Es besteht ein Organigramm der Q-Organisationsstruktur sowie ein „Projektauftrag Qualitätsmanagement“ seitens der Geschäftsleitung.

4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BFS	Grundversorgung
---	-----------------

4.2 Personalressourcen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen
Ärzte	113.1	Anteil Gesamtpersonal: 14.7 %
Pflege	284.8	Anteil Gesamtpersonal: 40.0 %
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	186.6	Anteil Gesamtpersonal: 21.9 %
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	198.8	Anteil Gesamtpersonal: 23.4 % Verwaltung und zentrale Dienste 5.8 % Ökonomie/Transport/Hausdienst 15.7 % Technische Betriebe 1.9 %
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	118.5	Davon: Pflegepersonal 76.0 % Unterassistenten 19.1 % Andere 4.9 %

Formatiert

Kommentar zu den Personalressourcen

Insgesamt sind 1040 Personen mit 901.9 Vollzeitäquivalenten in der SR RWS beschäftigt.

4.3 Fallzahlen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle	Anzahl ambulante Fälle	Bemerkungen
SR RWS	14'457	37'290	Die stationären Fallzahlen verstehen sich exklusive Säuglinge und IPS-Patienten
Spital Altstätten			
	2'836	6'862	
Innere Medizin	1'142	1'973	
Geriatric	182		
Chirurgie/Orthopädie	1'512	3'551	
		1'338	sonstige ambulante Fälle: Gynäkologie, Radiologie, Anästhesie/Schmerztherapie, paramedizinische Abteilungen
Spital Grabs			
	6'745	20'859	
Innere Medizin	2'201	2'546	
Chirurgie/Orthopädie	3'266	6'850	
Gynäkologie/Geburtshilfe	1'278	3'238	
		8'225	sonstige ambulante Fälle: Radiologie, Anästhesie, paramedizinische Abteilungen
Spital Walenstadt			
	4'876	9'569	
Innere Medizin	1'852	2'495	
Chirurgie/Orthopädie	2'551	4'755	
Gynäkologie/Geburtshilfe	473	1'361	
			Intensivpflegestation – 1'124 Pflorgetage
		958	sonstige ambulante Fälle: Radiologie, Anästhesie, paramedizinische Abteilungen
Gesamt	14'457	37'290	
Kommentar zu den Fallzahlen			
Eine Verschiebung von ambulanten Fällen zu den (kurz)stationären Fällen ist durch die neue Definition des „stationären Falles“ und Wegfall der teilstationären Fälle im Jahr 2008 erklärt.			

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle		
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/> Eigene Erhebung

Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen
Pflegetage	96'745	
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.4 (ohne Geriatrie, Säuglinge & Intensivpflege) Geriatrie: 23.7 Säuglinge 5.5	Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer gegenüber 2007 um 0.4 Tage Rückgang in der Geriatrie um 1.2 bei den Säuglingen um 0.4 Tage
Geburten (stationär und ambulant)	914	davon 10 Geburten ambulant
Operationen stationär		
Operationen ambulant und teilstationär		
Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen		
Es lässt sich weiterhin ein Rückgang der Aufenthaltsdauern in allen Fachbereichen verzeichnen.		

4.5 Top Ten-Diagnosen stationär

Datenquelle		
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/> Eigene Erhebung

Anzahl Diagnosen nach ICD. (4 Stellen, X00.0)

Rang	Werte	Beschreibung: ICD ausgeschrieben
1	1'228	I 10 Bluthochdruckerkrankungen
2	771	E 11 Blutzuckererkrankungen
3	625	D 64 Blutarmut
4	597	O 80 Spontangeburt
5	592	I 25 Herzkranzgefässerkrankungen
6	524	I 48 Herzrhythmusstörungen
7	522	N 39 Harnwegsinfektionen
8	444	I 11 Herzerkrankung mit Bluthochdruck
9	397	N 18 Chronisches Nierenversagen
10	363	E 66 Übergewicht / Fettleibigkeit
Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär		
Die aufgeführten Diagnosen umfassen sowohl Hauptdiagnosen, die zur eigentlichen Behandlung geführt haben, als auch wichtige Nebendiagnosen, die neben anderen behandlungsbedürftigen Krankheiten bestanden haben.		

4.6 Top Ten- Eingriffe

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Anzahl Eingriffe nach CHOP, (4 Stellen, 00.00)

Rang	Werte	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1	773	80.26 Kniegelenksspiegelung mit 545 Meniskuseingriffen (80.6) und 212 sonstigen Eingriffen im Kniegelenk (80.86)
2	299	54.21 Bauchspiegelung allein oder mit anderen Eingriffen
3	272	44.13 Magenspiegelung
4	232	51.23 Gallenblasenentfernung, laparoskopisch
5	231	81.51 Totalprothese des Hüftgelenkes
6	212	86.22 Ausschneidung von Abszessen, Wunden, etc.
7	211	81.54 Totalprothese des Kniegelenkes
8	206	74.1 Entbindung durch Kaiserschnitt
9	187	47.01 Blinddarmentfernung, laparoskopisch
10	179	39.50 Blutgefässerweiterung mit Ballondilatation, etc.

Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen

Neben den operativen Eingriffen (ohne natürliche Geburten) sind auch Endoskopien (Magenspiegelungen) und interventionelle angiologische Eingriffe (Ballondilatationen bei Blutgefässverengungen) angegeben.

4.7 Altersstatistik

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Kategorie	Alter	Anzahl männlich ♂	Anzahl weiblich ♀
1	0 bis 1	26	18
2	2 bis 4	48	27
3	5 bis 9	108	76
4	10 bis 14	136	124
5	15 bis 19	313	291
6	20 bis 24	313	408
7	25 bis 29	275	563
8	30 bis 34	263	618
9	35 bis 39	317	455
10	40 bis 44	376	405
11	45 bis 49	473	424
12	50 bis 54	519	416
13	55 bis 59	535	436
14	60 bis 64	630	475
15	65 bis 69	589	539
16	70 bis 74	567	555
17	75 bis 79	531	578
18	80 bis 84	417	616
19	85 bis 89	271	421
20	90 bis 94	82	166
21	95 und älter	14	43
Gesamt		6803	7654

4.8 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Datenquelle		
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/> Eigene Erhebung

Case-Mix-Index der Region und der Spitäler	SR RWS:	0.785	Gesamt-CMI
		0.812	ohne Säuglinge
	Spital Altstätten:	0.907	Gesamt-CMI
		0.845	ohne Geriatrie
	Spital Grabs:	0.745	Gesamt-CMI
	0.780	ohne Säuglinge	
	Spital Walenstadt:	0.778	Gesamt-CMI
		0.802	ohne Säuglinge
	Alle CMI sind korrigierte CMI, d.h. mit berechnetem Einschluss der Outlier		
Notfallstation	<input checked="" type="checkbox"/>	mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste	
	<input type="checkbox"/>	ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)	

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	8'075	7'464 ohne Säuglinge & Intensivstation
Notfälle ambulant	11'447	
Fälle Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	589 behandelte Patienten	1'124 erbrachte Pflgetage
Austritte nach Hause	12'958	
Verlegungen in ein anderes Spital	587	
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	910	
Kommentar zu den Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives		
Die Kennzahlen entsprechen dem schweizerischen Durchschnitt (vergleichbar grosse Spitäler mit vergleichbaren Leistungsaufträgen).		

4.9 Mortalitätszahlen

Die Publikation der Mortalitätszahlen BAG / Helios wird durch das Bundesamt für Gesundheit vorgenommen. Datenquelle ist die medizinische Statistik vom Bundesamt für Statistik (BfS). Ausgewertet wird nach der für die Schweizer Verhältnisse angepasste Helios-Methode (deutsch, private Klinikgruppe).

4.9.1 Mortalitätszahlen

Datenquelle	
<input checked="" type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

4.9.2 Mortalitätszahlen BAG / Helios

Kommentar zu den Mortalitätszahlen BAG / Helios
Mortalitätsraten (Sterberaten) nach der HELIOS-Methode liegen zuletzt für das Jahr 2006 vor. Diese SMR-Rate beträgt 1.1 %. Die Organ- und Krankheitsbezogenen Mortalitätsraten liegen ebenfalls vor und bewegen sich im Rahmen der schweizweiten Vergleichszahlen.

4.9.3 Umgang mit Todesfällen im Spital

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital besitzt kein Todesfallmanagement
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital besitzt ein Todesfallmanagement:
	Beschreibung der Todesfallmanagements / Umgang mit Todesfällen im Spital
	Todesfälle werden in den klinischen Fachbereichen interdisziplinär besprochen. Im Standard „Palliative Care“ ist das Todesfallmanagement ausführlich beschrieben.

5 Zufriedenheitsmessungen

In den folgenden Kapiteln und Unterkapiteln werden zwei Begriffe verwendet:

- „intern“ bedeutet, dass ein Messinstrument **betriebsintern aufgebaut und eingesetzt** wurde
- „validiert“ bedeutet, dass eine **betriebsübergreifende Fachinstanz** ein Messinstrument entwickelt und wissenschaftlich validiert und getestet hat.

5.1 Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Verein Outcome	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	PEQ Kurzfragebogen	validierter Kurzfragebogen des Verein Outcome zur Gesamtzufriedenheit von Patienten		erstmalig 2009	s.u.

Kommentar

Die Patientenzufriedenheit wird im Jahr 2009 kantonsweit nach den Vorgaben des IVQ (Interkantonaler Verein Qualitätssicherung und -förderung in den Spitälern) in allen Spitälern gemessen werden. Der Kanton St. Gallen hat einen Beauftragten für die kantonsweiten Messungen bestimmt (Leiter Abteilung Qualitätsmanagement KSSG).

5.2 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Sind mehrere Messprogramme zur Patientenzufriedenheit im Einsatz, bitte die Liste des Anbieters und die Resultat-Tabelle entsprechend oft kopieren.

Interne Programme

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Ist-Situationsanalyse im Zusammenhang mit Projekt Pflege + (Prozessoptimierung). Befragung von Patienten, Pflegenden und Ärzte.	Unzufriedenheitsindex.	2008, auf drei Pilotabteilungen	jährlich	Interne Fragebogenerhebung durch Projektleiter Betriebskonzept Pflege +

Kommentar

Die Prozesserhebung im Zusammenhang mit dem Projekt Pflege + erfolgte auf einem sehr differenzierten und spezifischem Niveau (z.B. Art und Weise der Dokumentation, Bekanntheit der Visitenzeiten etc.). Etliche Prozessverbesserungsmassnahmen wurden eingeleitet und werden im Jahr 2009 erneut überprüft.

Zufriedenheit im Operationsbereich Spital Grabs (2007)

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit im Operationsbereich	Prozentuale Zufriedenheit	2007 Grabs	einmalig	Interne Fragebogenerhebung durch den ärztl. Leiter der Anästhesieabteilung

Resultate (Zufriedenheitswerte) im Operationsbereich Spital Grabs (2007)

Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Vorbereitung zur OP	97	Es wurden 92 Patienten mittels eines Fragebogens mit mehreren Fragen pro Bereich untersucht. Die Prozentzahlen entsprechen den zustimmend beantworteten Fragen
Wartezeit vor OP	87.8	
Im OP	99.1	
Schmerz/Narkosefolgen nach der OP	96.6	
Im Wachsaaalbereich	99.7	
Betreuung auf der Station bis zum nächsten Morgen	89.3	

Kommentar

Die Zufriedenheitsumfrage im Operations- und Anästhesiebereich des Spital Grabs zeigt eine sehr hohe Zufriedenheit der Patienten mit den ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie mit dem Behandlungskonzept der postoperativen Schmerzbehandlung und den postoperativen Betreuungsprozessen.

5.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON Measure & Consult GmbH	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Mecon-Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit	Unzufriedenheitsindex	2008	vorherige Messung 2002	Die Mitarbeiterzufriedenheit wird im Rahmen einer kantonalen Umfrage erhoben.

Resultate SR RWS

Arbeitsbedingungen alle Berufsgruppen	Wert [%]	Bemerkungen
Arbeitsinhalt	67.9	Vergleichsspitäler (CH-weit): 70.9% Zufriedenheit
Lohn	50.2	Vergleichsspitäler (CH-weit): 52.1 % Zufriedenheit
Weitere Leistungen	57.5	Vergleichsspitäler (CH-weit): 63.3 % Zufriedenheit
Arbeitszeit	55.7	Vergleichsspitäler (CH-weit): 60.1% Zufriedenheit
Aus-Fort-Weiterbildung	62.8	Vergleichsspitäler (CH-weit): 60.3 % Zufriedenheit
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	59.9	Vergleichsspitäler (CH-weit): 57.8 % Zufriedenheit

Team	64.6	Vergleichsspitäler (CH-weit): 67.8 % Zufriedenheit
Führung	69.1	Vergleichsspitäler (CH-weit): 68.8 % Zufriedenheit
Arbeitsplatz	59.6	Vergleichsspitäler (CH-weit): 64.5% Zufriedenheit

Kommentar

Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden der Spitäler Altstätten, Grabs und Walenstadt pendelt um die Schweizweiten Vergleichszahlen. Sehr zufrieden sind die Mitarbeiter in den Bereichen der Bildung und der interdisziplinären Zusammenarbeit. Die übrigen Kategorien liegen bis auf die Beurteilung der Führung (+ 0.3 %) unterhalb der Schweizer Vergleichszahlen. Besonders die Arbeitsplatzsituation im Spital wird von Ärzten und Pflegenden schlecht beurteilt, dies liegt an den fehlenden Investitionen in die Infrastruktur (Baumatorium des Kantons) und wird in den nächsten Jahren durch die Gesamterneuerung der Spitäler sicher verbessert werden können.

5.4 Zuweiserzufriedenheit

Spital Altstätten

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Fragebogen zur Zuweiserzufriedenheit im Einzugsgebiet des Spital Altstätten	Offene Fragen teilweise mit Ankreuzmöglichkeit, teilweise mit Anforderung zu schriftlichen Begründungen	2007 Altstätten	einmalige Erhebung	Interne Fragebogenerhebung durch den Vorsitzenden der Spitalleitung und ärztl. Leiter der Klinik Innere Medizin

Kommentar (Zuweiserbefragung) Spital Altstätten (2007)

Die Befragung zeigt bei einer Rücklaufquote von 48% eine mehrheitliche Zufriedenheit mit den Dienstleistungen und der Zusammenarbeit des Spital Altstätten. Die Änderung des Leistungsauftrages (Strategieentscheid der Regierung) bedeutet eine Umorientierung der Zuweiser.

Spital Grabs

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Fragebogen zur Zuweiserzufriedenheit im Einzugsgebiet des Spital Grabs	Prozentuale Zufriedenheit	2007 Grabs	einmalige Erhebung	Interne Fragebogenerhebung durch den Vorsitzenden der Spitalleitung und den ärztl. Leiter der Anästhesieabteilung

Resultate (Zuweiserzufriedenheitswerte) Spital Grabs (2007)			
Bereich	Kategorie „Sehr gut“	Kategorie „gut“	Bemerkung
Medizinisches Leistungsspektrum	77 %	20.7%	<p>Es wurden 35 von 45 Zuweisern mit > 20 Zuweisungen/Jahr (Rücklaufquote 77.8%) mittels eines Fragebogens mit mehreren Fragen untersucht.</p> <p>Die Prozentzahlen entsprechen den zustimmend beantworteten Fragen</p>
Qualität Leistungserbringung	77.4%	20.1%	
Hospitalisationsdauer	82.1%	16.1%	
Termin Einhaltung Eintritte und Ambi	66.1%	29.8%	
Erreichbarkeit Abteilungsärzte	62.7%	33.8%	
Kommunikation Kaderärzte	86.1%	10.8%	
Qualität Berichte Inhalt	61.5%	34.5%	
Termin treue Berichte	65.3%	30.2%	
Qualität Sekretariate/Telefonate	84.4%	13.1%	
Weiterbildung Hausärzte	69.0%	27.6%	
Information des Patienten	42.3%	57.6%	

Kommentar
<p>Die Resultate zeigen eine sehr hohe Zufriedenheit mit den Dienstleistungen des Spital Grabs. Durchschnittlich sind zusammengenommen 97% der antwortenden Zuweiser „sehr zufrieden“ bzw. werten die Leistungen als „gut“. In diesem Sinne ist auch die hohe Rücklaufquote von 77.8 % als Bestätigung der Qualität zu bewerten.</p>

Spital Walenstadt

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Fragebogen zur Zuweiserzufriedenheit im Einzugsgebiet des Spital Walenstadt	5-seitiger Fragebogen mit offenen Fragen und mehrheitlich einer Bewertungsskala 1-5 für das Gesamtspital und die einzelnen Fachabteilungen	2007 Walenstadt	einmalig Erhebung	Interne Fragebogenerhebung durch den Vorsitzenden der Spitalleitung (ärztl. Leiter der Anästhesieabteilung) sowie den ärztl. Leiter Chirurgie

Resultate (Zuweiserzufriedenheitsbeurteilung) Spital Walenstadt (2007)			
	Durchschnitt Benotung (1-5)	Anteil Benotung 4-5 (gut bis sehr gut)	Bemerkung
Allgemeine Zusammenarbeit	4.85	100 %	Die Rücklaufquote betrug 76%
Information über Innovationen	4.77	96 %	
Fachkompetenz	4.83	98 %	
Pflegeleistung	4.75	98 %	
Hotellerieangebot	4.48	92 %	
Fortbildungsangebot	4.76	96 %	
	Durchschnitt Benotung (1-4)	Anteil Benotung 3-4 (mittel bis gut)	
Allgemeine Behandlungsqualität	3.75	98 %	
Geräteausstattung (Modernität)	3.64	98 %	
Behandlungsmethoden (Aktualität)	3.77	96 %	
Spardruck (Empfindung 1 =hoch, 4=niedrig)	1.84	86 %	

Kommentar

Die Resultate zeigen eine sehr hohe Zufriedenheit mit den Dienstleistungen des Spital Walenstadt. Durchschnittlich sind 93% der antwortenden Zuweiser sehr zufrieden. Für die einzelnen medizinischen Fachbereiche sind die Bewertungen vergleichbar gut (Durchschnittsnote / Anteil Maximalbenotung): Innere Medizin 4.57 / 91%; Chirurgie 4.49 / 90%; Orthopädie 4.55 / 91 %; Frauenklinik 4.48 / 90%. In diesem Sinne ist auch die hohe Rücklaufquote von 76 % als Bestätigung der Qualität zu bewerten.

6 Qualitätsindikatoren

In den folgenden Kapiteln und Unterkapiteln werden zwei Begriffe verwendet:

„intern“ bedeutet, dass ein Messinstrument **betriebsintern aufgebaut und eingesetzt** wurde

„validiert“ bedeutet, dass eine **betriebsübergreifende Fachinstanz** ein Messinstrument entwickelt und wissenschaftlich validiert und getestet hat.

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Rehospitalisationsrate innert 10 Tagen

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte Innert 10 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Bemerkungen
14'457	297	2.05 %	

Kommentar

Die Rehospitalisationsrate innert 10 Tagen beruht auf der Definition der Rehospitalisation im Rechnungswesen. Sie wird in Zukunft an die SwissDRG-konforme Definition von 18 Tagen angeglichen.

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht am Messprogramm von SwissNOSO
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich am Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen (3 aus 8)

Kommentar

Die postoperativen Wundinfekte nach SwissNOSO werden im Jahr 2009 kantonsweit nach den Vorgaben IVQ (Interkantonaler Verein Qualitätssicherung und –förderung in den Spitälern) gemessen werden. Definierte Messkriterien und Messprozesse sind bei der SwissNOSO derzeit noch in Entwicklung. Der Kanton St. Gallen hat einen Beauftragten für die kantonsweiten Messungen bestimmt (Spitalhygieniker).

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Infektionen
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Infektionen:

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
NRZ – Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	OP-KISS	Überwachung postoperativer nosokomialer Infektionen bei Implantation von Endoprothesen in der Orthopädie	kontinuierlich seit 07/2008	kontinuierlich	Wird durch SwissNOSO abgelöst (7/2009)

Resultate

Die validierten Resultate stehen Mitte 2009 zur Verfügung.

Kommentar

Die bis zum Jahr 2008 durchgeführten Erhebungen zur generellen nosokomialen Infektionsrate im Departement Chirurgie hatten zu keinem auffälligen Ergebnis geführt. Daher haben wir diese grobe Überwachungsmethode verlassen und eine neue Form der Infektionsüberwachung im hochsensiblen Feld der Implantation von Gelenkprothesen mit einem international eingesetzten und validierten Werkzeug eingeführt. Diese Infektionsüberwachung ist vom Dokumentationsaufwand her sehr zeitintensiv. Sie wird ab 2009 von der ähnlich aufwändig konzipierten SwissNOSO Studie abgelöst werden.

6.2.3 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
Beschreibung der Präventionsmassnahmen:	
Im Jahr 2008 sind drei Schwerpunkte gesetzt worden:	
1. Hygienische Massnahmen für Patienten in Aplasie zur Reduktion von Infektionen	
2. Hygienische Massnahmen für Patienten mit gramnegativen Keimen mit Multiresistenz oder EBSL-Aktivität	
3. Instruktionen und Informationsveranstaltung mit Plakataktion von H+ zum Thema Händehygiene	

6.3 Komplikationen

H+ verzichtet in diesem Jahr auf eine Vorgabe zur Messung und Publikation von Komplikationsdaten.

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen	
	Begriffsdefinition „Komplikation“	<p>Alle Kliniken für Innere Medizin beteiligen sich an der Komplikationserfassung der SGIM (Sträubli-Studie).</p> <p>Die chirurgischen Kliniken/ Departemente sind alle Mitglieder der AQC (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie).</p> <p>Die Frauenkliniken sind alle Mitglied der AFS (Arbeitsgemeinschaft der Frauenkliniken der Schweiz).</p> <p>Es werden routinemässig alle Komplikationen erfasst und jährlich ausgewertet und mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen.</p>

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

H+ verzichtet in diesem Jahr auf eine Vorgabe zur Messung und Publikation von Sturzdaten.

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze	
	Begriffsdefinition „Sturz“:	

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Sturzprotokoll	Sturzerfassung mit standardisiertem Erfassungsprotokoll	kontinuierliche Erfassung seit 2006 im Spital Walenstadt	kontinuierliche Erfassung	

Resultate
Anzahl Stürze pro Austritt: 0.01 (1.07%)
Anzahl Stürze pro Pflege-tag: 0.002 (0.17%)
Kommentar
Eine Arbeitsgruppe wird 2009 die bisherige Sturzerfassung auf der Grundlage des am Standort Walenstadt erarbeiteten Standards systematisieren. Nach Abschluss der Erprobung wird er flächendeckend in der gesamten Spitalregion eingeführt.

6.4.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch: Beschreibung der Präventionsmassnahmen - Risikoerkennung (Pflegeanamnese) nach o.g. Standard - individuelle Pflegeplanung bei vorhandenem Sturzrisiko Nach der Protokollierung und dem Vergleich mit vorliegenden Durchschnittswerten aus der Schweiz werden bei Bedarf weitere geeignete Präventionsmassnahmen abgeleitet.

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

H+ verzichtet in diesem Jahr auf eine Vorgabe zur Messung und Publikation von Daten zu Dekubiti.

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Dekubitus:

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
SR RWS	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Standard „Dekubitusvermeidung und Dekubitusbehandlung“	Risikoerkennung nach Braden Skala Stadieneinteilung 1–4 Differenzierung nach: Dekubitus bei Eintritt, im Spital erworben und bei Austritt	kontinuierliche Erfassung seit 2008 am Spital Grabs	kontinuierliche Erfassung	in Pilotphase

Resultate

Die ersten Resultate sind für 2009 zu erwarten

Kommentar

Der Standard „Dekubitusvermeidung und Dekubitusbehandlung“ befindet sich in der Phase der Erprobung. Eine Arbeitsgruppe hat den Standard als SOP verfasst, dieser wird derzeit an der Fachhochschule St. Gallen überprüft und am Spital Grabs auf allen medizinischen Abteilungen in der Praxis erprobt. Nach Abschluss der Erprobung wird er flächendeckend in der gesamten Spitalregion eingeführt (2009).

6.5.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch: Beschreibung der Präventionsmassnahmen - Risikoeinschätzung nach Braden Skala - Individuelle Pflegeplanung bei Dekubitusrisiko - Präventionsmassnahmen sind im Standard „Dekubitusvermeidung“ aufgeführt

Qualitätsaktivitäten

6.6 Zertifizierungen

Datenquelle: Spitalinformationen

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
SR RWS				
Rettungsdienst	IVR	2008	Der regionale Rettungsdienst mit den Standorten Altstätten, Grabs und Walenstadt ist 2008 von dem IVR anerkannt worden.	Die standortbezogenen Rettungsdienste (in Altstätten und Walenstadt IVR Anerkennung) sind ab 2006 zum regionsweiten Rettungsdienst zusammengeführt worden.
Labordienst	QUALAB	jährlich	jährlich	
Pflegedienst	LEP/SQS	2005	2007	
Spital Altstätten				
Qualitätsmanagement	sanaCERT	2005	Überwachungsaudit 2006	Rezertifizierung April 2009
Blutspendedienst	SwissMedic Kanton. Blutspendezentrum	2007	Betriebsbewilligung erteilt bis Ende 2012	Nächstes Audit Swiss-Medic 2009
Spital Grabs				
Qualitätsmanagement	sanaCERT	2010	-	Zertifizierung sanaCERT für März 2010 projektiert. Bis 2009 wurde mit EFQM gearbeitet.
Geburtsklinik	UNICEF Stillfreundliche Geburtsklinik	1997	2003	Rezertifizierung im Jahr 2009
Spital Walenstadt				
Qualitätsmanagement	sanaCERT	2010		Zertifizierung sanaCERT für März 2010 projektiert. Bis 2009 wurde mit EFQM gearbeitet.
Geburtsklinik	UNICEF Stillfreundliche Geburtsklinik	2008		

6.7 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten (z. Bsp. CIRS, Vorschlagswesen, Register etc.)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
SR RWS			
	Risiko-Management	CIRS: Vermeidung von Fast-Komplikationen im Spitalbereich Risk-Management: Risk-Management im nicht - klinischen Bereich (Pharmako-Vigilance, Blutprodukte, Medizintechnik)	In der gesamten Spitalregion eingeführt und aktiv. Das Risk-Management ist durch einen regionsweit verantwortlichen Risk-Manager vertreten
	Beschwerdemanagement	Beachtung und Umsetzung von Wünschen und Beschwerden von Patienten	In der gesamten Spitalregion eingeführt und aktiv
	Hygiene	Präventionsmassnahmen und Überwachung im Bereich Spitalhygiene	Interprofessionelle Hygienekommission, Ärztl. Spitalhygieniker (30%), Hygienfachperson (100%)
	Wundmanagement	Einheitliche und wissenschaftlich abgesicherte Prinzipien der Wundbehandlung	Es besteht ein einheitliches Wundbehandlungskonzept, an den einzelnen Standorten werden Wundsprechstunden durchgeführt, an allen Standorten gibt es im Bereich Wundmanagement aus- und weitergebildetes ärztliches und pflegerisches Fachpersonal
Kommentare			

6.8 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
SR RWS	„Fit for DRG“	Das Projekt ‚SR RWS – Fit for DRG‘ schafft die strukturellen, betrieblichen und organisatorischen Voraussetzungen, die notwendig sind, um <ul style="list-style-type: none"> - den Leistungsauftrag der SR RWS auch nach der Einführung von DRG qualitativ und quantitativ umsetzen zu können - die Chancen, die durch die Einführung von DRG entstehen werden, zu nutzen - die Risiken, die durch die Einführung von DRG auftreten können, zu erkennen und durch geeignete Massnahmen zu eliminieren - die Entwicklung der SR RWS unter den Rahmenbedingungen DRG zu fördern 	2009 - 2010
SR RWS	„Pflege +“	Optimierung der Zusammenarbeit Ärzte und Pflegende, Einführung der Bezugspflege, Einführung von Servicezeiten für die Pflegenden und die Ärzteschaft	2008-2010
SR RWS	Logistikkonzept / Kanban	Aufbau eines strukturierten Logistikkonzeptes im klinischen Bereich, Einsparung von Platzressourcen (Spitallager, Abteilungslager), Einsparung von Personalressourcen im Pflegebereich (Aufgabenübernahme durch Logistikpersonal), Vereinfachung Bestellwesen	2008-2010
SR RWS	IVR Anerkennung Rettungsdienst	Aufbau eines IVR-anerkannten, regionsweiten Rettungsdienstes mit drei Standorten	2008
SR RWS	Pflegeprozesse (als Beispiel: Dekubituskonzept)	Einheitliche Pflegedokumentation Umsetzung Individuelle Pflegeplanung (Beispiel: Aufbau eines Standards (SOP) zur Risikoeinschätzung und individuellen Pflegeplanung bei Dekubitusrisiko sowie zu abgeleiteten Präventionsmassnahmen)	2006-2009
Kommentare			
Die angeführten wichtigsten Beispiele zeigen, dass die Spitalregion RWS bestrebt ist, moderne und vorausschauende, den Erwartungen der Bevölkerung und der Mitarbeitenden sowie den kommenden gesetzlichen Vorgaben entsprechende Verbesserungsprojekte umzusetzen.			

→ Eine Auswahl von zwei vollständig dokumentierten Qualitätsprojekten ist im Anhang beschrieben.

Schlusswort und Ausblick

Dieses Kapitel steht dem Spital für individuelle Bemerkungen zur Verfügung. Bitte maximal diese Seite verwenden.

Im Jahr 2008 standen die Einführungs- und Aufbauarbeiten für ein einheitliches Qualitätsmanagementsystems (QMS) in der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland im Vordergrund.

Die Zielsetzung des Verwaltungsrats der St. Galler Spitalregionen von 2007, dass sämtliche Akutspitäler im Kanton St. Gallen die Zertifizierung mit sanaCERT zu erreichen haben, war dabei bestimmend.

Unterschiedliche Ausgangslagen in unseren Spitälern führten zu einer gestaffelten Vorgehensweise in der Spitalregion. Im Spital Altstätten werden Standardbearbeitungen und Einführung von neuen Standards umgesetzt, die zur erfolgreichen Rezertifizierung im April 2009 führen sollen. In den beiden anderen Spitälern erfolgen Vorbereitungsarbeiten, wie z.B. Personalinformationen und Schulungen, die auf die erfolgreiche Implementierung von Standards sanaCERT notwendig sind und einen wichtigen ersten Baustein für die Zertifizierung im Jahr 2010 darstellen.

Leitend für die Einführung und Umsetzung des QMS ist das Qualitätskonzept der Spitalregion. Dieses regelt sämtliche zentralen Aspekte des Qualitätsmanagements. Als wichtiges übergeordnetes Organ wurde von der Geschäftsleitung im Januar 2008 die interdisziplinäre Qualitätskommission bestellt. Neben dem Leiter Qualitätsmanagement nehmen Führungspersonen aus den Bereichen Pflege, Medizintechnische und Therapeutische Dienste, Betrieb & Organisation und zwei Ärzte Einsitz.

Die Qualitätskommission konnte 2008 wichtige Aufbau- und Beratungsarbeit leisten. So begleiteten die Mitglieder der Qualitätskommission die Umsetzungsarbeiten in den interprofessionellen Qualitätszirkeln des Spitals Altstätten. Neben dem Grundstandard Qualitätsmanagement wurden sieben weitere Themenbereiche (Standards sanaCERT) bearbeitet: Spitalhygiene, Schmerzbehandlung, Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS), Betreuung im Notfall, Beschwerdemanagement, Rettungsdienst und Palliative Care. In jedem Bereich konnten spür- und erkennbare Verbesserungen der Patientenbetreuung erreicht werden.

7 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der **zwei wichtigsten, abgeschlossenen** Qualitätsprojekte

Projekttitlel	Onkologie am Spital Grabs	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Betrieb eines onkologischen Ambulatoriums Betrieb einer stationären onkologischen Abteilung Vernetzung mit Onkologen der Region und des Kantonsspitals (Tumorboard)	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Krebspatienten in der Spitalregion RWS mit Bedarf für eine onkologische ambulante oder stationäre Behandlung können nun in Wohnortnähe kompetent und umfassend betreut werden. Die Reise in das Zentrumspital entfällt durch die Kooperation mit dem Zentrumspital und die Vernetzung mit den lokalen Onkologen.	
Projektablauf / Methodik	Internes Projekt mit Einbezug der Onkologie St. Gallen als Projektbegleitung	
Projektergebnisse	Die onkologische Abteilung am Spital Grabs hat im 2008 ihre Arbeit aufgenommen	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> Kooperation mit der Onkologie des Kantonsspitals St. Gallen, gemeinsame Patientenbesprechung (Tumorboard) alle 2 Wochen in Grabs mit dem Leiter der Onkologie KSSG, interdisziplinäre Therapieplanung, gemeinsame Fortbildungen für ärztliche und pflegerische Mitarbeiter <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ist die Zuweisung nach Grabs möglich und erspart die Reise nach St. Gallen <input checked="" type="checkbox"/> Standort Spital Grabs (am Spital Altstätten besteht schon eine lange Zusammenarbeit mit einem niedergelassenen Onkologen in Altstätten) <input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Abteilung: es ist eine spezialisierte Abteilung mit allen technischen und infrastrukturellen Möglichkeiten zur onkologischen Behandlung nach den geltenden gesetzlichen Anforderungen eingerichtet worden Es bestehen 7 stationäre Betten und 4 ambulante Behandlungsplätze	
Involvierte Berufsgruppen	In erster Linie Ärzte und Pflegefachpersonen	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Aufgrund des starken Patientenbedürfnisses sind die wöchentlichen Behandlungstage von ursprünglich 2 Tagen im Nov. 2007 auf 3Tage im Feb. 2008 und dann auf 4 Tage ab Aug. 2008 erweitert worden. Im Jahr 2008 sind 1056 Patienten ambulant behandelt worden	
Weiterführende Unterlagen	http://www.spitalgrabs.ch	

Projekttitel	Ein Departement Chirurgie an den Spitälern Altstätten und Grabs	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Zusammenführung der chirurgischen Abteilungen zu einem gemeinsamen Departement Chirurgie Gewährleistung der kompletten chirurgisch-operativen Behandlung im Einzugsbereich des Departements Umsetzung der Spitalstrategie des Kantons	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Durch Schaffung eines chirurgischen Departementes soll die Einschränkung der Operationstätigkeit am Spital Altstätten ausgeglichen werden. Dadurch wird weiterhin eine 24-stündige chirurgisch-operative Betreuung der Patienten im Rheintal am Spital Altstätten gewährleistet.	
Projektablauf / Methodik	Internes Projekt mit organisatorischen und logistischen Umstrukturierungen	
Projektergebnisse	Leitung des Departements durch den ärztl. Leiter Chirurgie Grabs mit stellvertretenden Leitern an den Spitälern Altstätten und Grabs. Der ärztl. Bereitschaftsdienst (24 h) wird für beide Spitäler gemeinsam vom gesamten chirurgischen Kader ausgeübt. In den operationsfreien Zeiten (Nachts, Wochenenden) am Spital Altstätten werden die Patienten nach chirurgischer Abklärung im Spital Altstätten bei bestehender Operationsnotwendigkeit nach Grabs zur Operation verlegt und sobald als möglich ins Heimatspital zur chirurgischen Weiterbehandlung zurückverlegt.	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> Enge Kooperation der Spitäler Altstätten und Grabs. Gemeinsame Departementsleitung durch Departementskonferenzen, Zuständigkeit des gemeinsamen ärztlichen Chirurziekaders für beide Standorte, gemeinsame Ausbildung und Einsatzplanung für Assistenzärzte, gemeinsame Leitung der Operationsabteilungen, gemeinsame Sprechstundentätigkeiten.	
Involvierte Berufsgruppen	Chirurgen, Operationspersonal (in zweiter Linie Anästhesiefachpersonen)	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Aufbau von chirurgischen Spezialisierungen (z.B. Venenchirurgie am Spital Altstätten), die den organisatorischen Gegebenheiten der Spitäler entgegenkommen. Sprechstundentätigkeit aller Chefärzte an beiden Standorten	
Weiterführende Unterlagen	http://www.spital-altstaetten.ch ; http://www.spitalgrabs.ch	

8 Anhang für QABE: Q-Strategie und Erfolge

8.1 Qualitätsmanagementstrategie

Qualitätsarbeit SR RWS

Alle Arbeiten und Anstrengungen im Bereich der Qualität sind auf die Patienten, Angehörigen, Besucher aber auch auf die Mitarbeiter und unsere Partner (zuweisende Ärzte, Leistungsauftraggeber und Versicherer) ausgerichtet.

Wir streben in allen Bereichen eine kontinuierliche Verbesserung an, welche zum Ziel hat, den Patientinnen und Patienten die Voraussetzungen für eine lückenlose und optimale Behandlung und Betreuung gewährleisten zu können.

Unser Weg zur stetig besseren Qualität: im Zentrum steht der Patient



- **Personalentwicklung und Förderung**
 - regelmässig durchgeführte interne Fortbildungen
 - Ausbildungsstelle für diverse Berufe (Grundausbildung und weiterführende Ausbildungen)
 - gezielte Mitarbeiterförderung: Jahresgespräche, gezielte Schulungen, Berücksichtigung bei der Neubesetzung von internen (Kader-)Stellen
 - Möglichkeit zum Besuch externer Aus-, Fort- und Weiterbildungen
 - Durchführung von Mitarbeiterbefragungen

- **Kooperation mit Partnern**
 - mit Ärztenetzwerken und einzelnen Hausärzten (Schulungen, Überprüfung Zusammenarbeit)
 - mit Zentrumsptal (Kantonsspital St.Gallen) in diversen Bereichen (Onkologie, Palliative Care..)
 - Einsitz und Übernahme von Tätigkeiten in diversen Netzwerken (Palliative Care, etc.)
 - Integration von Freiwilligendiensten (IDEM, Hospizdienst)
 - Zusammenarbeit im Bereich der Schulungen (z.B. Spital Vaduz)

- **Wirtschaftlichkeit**

Wir wissen, dass die Qualität unserer Leistungen und der unternehmerische Erfolg in der Gegenwart die Entwicklung unserer Spitalregion in der Zukunft bestimmt. Deshalb fördern wir das unternehmerische Denken und Handeln, streben eine hohe Kostentransparenz an und führen unsere Spitalregion aufgrund aussagekräftiger Kennzahlen.

- **Lernen von den Besten (Benchmarking)**

Durch die Zusammenarbeit und den Vergleich mit „den Besten“ (z.B. Spezialisten, ausgewiesene Institutionen mit anerkanntem Ruf) können wir profitieren und lernen. Im gegenseitigen Austausch profitieren beide Partner voneinander. Neuentwicklungen und Verbesserungen können dadurch auf einem viel höheren Niveau gestartet werden. Diese Massnahme ist in vieler Hinsicht wertvoll: Einerseits spart sie Zeit und Kosten und andererseits kann

- **Wirksame Betreuung**

Die vorgenommenen Untersuchungs- und Betreuungsmethoden sind aufgrund des aktuellen medizinischen und pflegerischen Wissens notwendig und gerechtfertigt. Sie sind zweckmässiger als andere Mittel und führen mit angemessenem Risiko zum gewünschten Erfolg.

- **Interdisziplinarität**

Die ausgewählten Standards und Projekte werden in interdisziplinären, hierarchieübergreifenden Qualitätszirkel nach der Methode des Projektmanagements bearbeitet. Wir sind der Überzeugung, dass alle Berufsgruppen und Partner zur optimalen Betreuung der Patienten benötigt werden. Die Interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleistet den angestrebten Erfolg.

- **Messungen - Transparenz – Externe Überprüfung**

Wir arbeiten mit sanaCERT zusammen. sanaCERT ist eine Institution, welche Zertifizierungen im Gesundheitswesen durchführt. Zertifizierte Institutionen erhalten den Nachweis, dass sie über ein gut funktionierendes Qualitätswesen verfügen und wirksame Verbesserungen in den Spitalalltag integriert haben.

Ebenso orientieren wir uns an den kantonalen und nationalen Vorgaben und arbeiten mit wichtigen Gremien zusammen. So sind zum Beispiel unsere Qualitätsberichte nach den Vorgaben von H+ (Die Spitäler der Schweiz) entstanden. In diesem legen wir transparent unsere Leistungen dar. Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, aber auch interne Messungen geben uns wichtige Hinweise über den Stand unserer Arbeit.

- **Kommunikation**

Wir verstehen die Spitalregion als lernende Organisation. Es ist unser Ziel, Erfahrungen, Ergebnisse und Lehren offen in- und extern zu kommunizieren und notwendige Anpassungen zeitgerecht zu treffen.

Gründe für die Qualitätsarbeit:

- Weil wir unseren Patienten eine noch bessere Betreuung bieten wollen!
- Weil wir nach den neuesten Erkenntnissen behandeln und pflegen wollen!
- Weil die Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter und unsere Partner noch besser werden sollen!
- Weil wir unsere Leistungen gegen aussen transparent darstellen möchten!
-
- Damit unsere Spitäler für die Zukunft gerüstet sind....

8.2 Q-Schwerpunkte 2009/2010

Q-Schwerpunkte 2009/2010 in der SR RWS

- Erfolgreiche Rezertifizierung SPAL
- Erfolgreiche Vorbereitungen zur Zertifizierungen April 2010 SPGR / SPWA
- Organisatorische und strukturelle Vorbereitungen auf das neue Finanzierungssystem DRG
- Projekt *Pflege +* : Abschluss Pilot in allen Spitälern
- Logistikprojekt *Kanban* : Abschluss Pilot in allen Spitälern
- Implementierung Projekt *Ethikkonsil* in allen Spitälern
- Implementierung Projekt *Dekubitus* in allen Spitälern
- Vorbereitungen Sturzerfassung und Prävention
- Durchführung der Patientenbefragungen PEQ
- Umsetzung der aus der Mitarbeiterbefragung resultierenden Optimierungsmassnahmen

8.3 Erreichte Q-Ziele 2008

Erreichte Q-Ziele 2008 in der SR RWS

- Umstrukturierung und Vereinheitlichung des Qualitätsmanagementsystems in der SR RWS nach den kantonalen und nationalen Forderungen
- Schulung der Mitarbeiter im Qualitätsdenken und Methodik sanaCERT
- Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit – Ableiten von Optimierungsmassnahmen
- IVR Anerkennung Rettungsdienst SR RWS