



Kantonsspital Uri

Kantonsspital Uri
Spitalstrasse 1
6460 Altdorf



Akutsomatik



Langzeitpflege

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 Qualitätsschwerpunkte und -projekte im Berichtsjahr 2011	3
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	3
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren.....	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	4
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
	C1 Angebotsübersicht.....	5
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011.....	7
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011	7
D	Qualitätsmessungen	8
	D1 Zufriedenheitsmessungen	8
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	9
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	10
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	10
	D2 ANQ-Indikatoren.....	11
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	12
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	13
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	14
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	15
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	17
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	19
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	19
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	19
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	20
	D3-6 Weitere Messthemen.....	20
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	22
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	23
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	23
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	23
F	Schlusswort und Ausblick	26

⇒ Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

A

Einleitung

Das Kantonsspital Uri (KSU) ist ein Akutspital mit einer zusätzlichen Abteilung für Langzeitpatienten und bietet für rund 35'000 Einwohner des Kantons Uri eine erweiterte medizinische Grundversorgung an. Das KSU verfügt über 80 Betten in der Akutsomatik sowie 40 Plätzen im Langzeitpflegebereich. Bei vorübergehend erhöhtem Kapazitätsbedarf können in der Akutsomatik zusätzliche Betten betrieben werden.

Als Akutspital der erweiterten Grundversorgung hat das KSU für die Urner Bevölkerung die stationäre erweiterte medizinische Grundversorgung sicherzustellen, ambulante und teilstationäre Patientinnen und Patienten zu betreuen, eine ständige Notfallversorgung sicherzustellen und im Bedarfsfall eine geschützte Operationsstelle zu betreiben.

Nach Artikel 16 des Gesetzes über das Kantonsspital (KSG; RB 20.3221) vereinbart der Regierungsrat mit dem Kantonsspital einen Grobleistungsauftrag. Dieser umfasst und verdeutlicht die gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die das Kantonsspital nach Artikel 3 KSG zu erbringen hat.

Die medizinischen Abklärungen und Behandlungen in den Hauptfachbereichen Innere Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe/Gynäkologie erfolgen nach modernen Erkenntnissen der Medizin. Wir sind in der Lage, ein breites Spektrum von medizinischen und pflegerischen Leistungen auf hohem fachlichem und qualitativem Niveau zu erbringen. Den Rahmen bildet unser Auftrag, die erweiterte Spitalgrundversorgung im Kanton sicherzustellen. Wir nehmen dabei auf die Individualität sowie die menschlichen und sozialen Bedürfnisse unserer Patienten Rücksicht.

Die Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung des Kantons (Ärzte, Spitex, Pflegeheime) hat für uns einen hohen Stellenwert.

Weiter arbeitet das KSU in engen Kooperationen mit Partnerspitälern.

www.ksuri.ch

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätsstrategie und -verständnis

Qualität heisst für das Kantonsspital Uri, dass wir alle unsere Aktivitäten und Prozesse konsequent auf eine hohe Qualität ausrichten und uns dabei kontinuierlich weiterentwickeln und verbessern. Der zentrale Fokus liegt dabei auf der Patientensicherheit, einer hohen Patientenzufriedenheit, effizienten Leistungen und Prozessen sowie laufend verstärkten und erweiterten Kooperationen mit Beleg- und Konsiliarärzten, bzw. -ärztinnen sowie mit Partnerspitälern in den verschiedensten Bereichen.

Die Aspekte der Qualitätssicherung, -förderung und -berichterstattung sind in der Leistungsvereinbarung mit dem Kanton explizit festgehalten und als Auftrag deklariert.

Die Spitalstrategie sowie die daraus abgeleiteten Leitsätze benennen konkret diverse Qualitätsziele und –instrumente. Sie betonen deren berufs- und funktionsübergreifenden Charakter und interpretieren umsetzungsorientiert die Qualitätsstrategie.

Im Qualitätskonzept des KSU ist die betriebliche Orientierung am EFQM Modell transparent formuliert. Der Schwerpunkt liegt dabei auf kontinuierlicher Überprüfung und Weiterentwicklung im Sinne des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act).

Führungsleitsätze

Patienten und Prozesse:

„Wir verbessern Diagnostik und Patientenbehandlung laufend. Wir bleiben offen für Veränderungen.“

Datenbereitstellung und Informationsmanagement:

„Unser Informationsmanagement macht uns effizienter, flexibler und reaktionsschneller.“

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen:

„Wir fordern und fördern Leistungsbereitschaft, Qualitätsbewusstsein und Mitarbeiterzufriedenheit.“

Wirtschaftlichkeit:

„Wir wollen, dass die Leistungskosten des KSU mindestens gleich gut sind wie der Durchschnitt von Vergleichsspitälern.“

Qualität

„Wir verbessern unsere Qualität laufend und streben eine hohe Patientensicherheit an.“

Kooperationen und Märkte

„Wir nutzen Marktchancen und Kooperationen konsequent auch über die Kantongrenzen hinaus.“



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

B2 *Qualitätsschwerpunkte und -projekte im Berichtsjahr 2011*

- Beachtung von qualitätsfördernden Aspekten bei der Weiterentwicklung unseres KIS
- Ausweitung Messung Q-Indikatoren gemäss den Vorgaben des Vertrags mit ANQ
- Qualitäts-konnotierte Vorbereitungen betr. Umstellung Swiss DRG; z.B. Finanzierung und Qualitätssicherung unserer weit überdurchschnittlichen Ausbildungsleistungen oder Senkung von Personalkosten (Abteilungsschliessung) ohne Qualitätsverluste
- Weiterentwicklung medizinische Angebote / Vernetzung (CIRNET)
- Vermeidung von Eingriffsverwechslungen (interne Messung)
- Verbesserung der Messmethodik interne Patientenzufriedenheitsmessung sowie der Koppelung mit dem Beschwerdemanagement
- Entwicklung eines neuen Konzeptes bei der Sterilgutaufbereitung, Erfüllung der diesbezüglichen Standards ohne die ursprünglich geplanten umfangreichen Bauinvestitionen
- Umsetzung einer Neuorganisation im OP (Planungs- und Prozessoptimierungen)
- Weiterentwicklung der Langzeitpflege unter betriebswirtschaftlichen Aspekten sowie die Umsetzung von Qualitätsstandards und entsprechender Zertifizierung der Langzeitpflege (sanaCERT)
- Entwicklung und laufende Verbesserung der Triage- und Kapazitätsausgleichsfunktionen der Geriatrie des KSU für den Kanton Uri
- Erstellung und Umsetzung eines Konzeptes Schockraummanagement
- Diverse qualitätsfördernde Massnahmen beim Rettungsdienst (Beispiele Dienstplanung, Alarmierung). Digitale EKG vor Ort und Übermittlung durch RD-Team an Spitalkardiologie = frühzeitige richtige Massnahmen und Festlegung Zielspital

B3 *Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011*

Grundsätzlich wurden die in B2 genannten Qualitätsprojekte erfolgreich umgesetzt. Beispiele:

- Zertifizierung Langzeitpflege (sanaCERT)
- Spital ist in verschiedensten Bereichen gut vorbereitet für Swiss DRG
- Implementierung der ANQ-Messungen
- Erneuerung der laufenden internen Patientenzufriedenheitsmessung (Methodik), Verbesserung der Messergebnisse

B4 *Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren*

Die mittel- und langfristigen Strategien sowie die Herausforderungen, die sich für ein Kleinspital in einem verstärkt kompetitiven Umfeld ergeben, erfordern eine laufende kritische, auf Verbesserungsmaßnahmen fokussierte Prüfung in allen Schwerpunkttätigkeiten (Notfallversorgung, Diagnostik, Therapie, Pflege, Serviceleistungen, Infrastrukturverbesserungen im Rahmen der Möglichkeiten usw.). Beispiele:

- Räumliche Entwicklung: Planungsarbeiten Neubau, verbunden mit Erweiterung der Angebote (Schwerpunkt ambulante Bereiche)
- Diagnostische Qualität: Inbetriebnahme Mammografie und MRT
- Weiterentwicklung Klinik-Informationssystem (KIS) unter besonderer Beachtung von Qualitätsaspekten wie Verordnungssicherheit sowie erste Nutzungen im Bereich Risikomanagement
- Weitere Optimierungen bei Schnittstellen und interdisziplinären Prozessen
- Ausbau und Implementierung der Q-Messungen gemäss ANQ
- Weitere Verbesserungen im Bereich Kosteneffizienz / Prozesse (Beispiel für ein im Ausbau befindliches Instrument: Erweiterung anwendungsorientiertes Medizincontrolling)
- Weiterentwicklung und verbesserte Nutzung der weit entwickelten Digitalisierung des Spitals (vgl. e-Health)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	80 Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Martin Patzen	041 875 51 27	martin.patzen@ksuri.ch	Spitaldirektor
Tobias Haefliger	041 875 52 95	tobias.haefliger@ksuri.ch	Beauftragter Qualität
Andrea Tresch	041 875 51 06	andrea.tresch@ksuri.ch	Beauftragte Hygiene
Silvia Rosery	041 874 51 28	silvia.rosery@ksuri.ch	Pflegedienstleiterin / Spitalleitungsmitglied
Prof. Dr. med. Urs Marbet	041 875 51 25	urs.marbet@ksuri.ch	Chefarzt Innere Medizin / Spitalleitungsmitglied
Dr. med. Gallus Burri	041 875 51 26	gallus.burri@ksuri.ch	Chefarzt Chirurgie / Spitalleitungsmitglied
PD. Dr. med. Helge Binder	041 875 51 11	helge.binder@ksuri.ch	Chefarzt Geburtshilfe/Gynäkologie / Spitalleitungsmitglied
Walter Bär	041 875 51 03	walter.baer@ksuri.ch	Personalchef / Stv. Direktor / Spitalleitungsmitglied

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Kantonsspital Uri
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Chirurgie	Kantonsspital Uri	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Kantonsspital Uri	
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Kantonsspital Uri	
Handchirurgie	Kantonsspital Uri	
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Kantonsspital Uri	
x Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	Kantonsspital Uri	Konsiliararzt
x Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Kantonsspital Uri	
x Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Kantonsspital Uri	
x Geriatrie (Altersheilkunde)	Kantonsspital Uri	
x Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)	Kantonsspital Uri	
x Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	Kantonsspital Uri	
x Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Kantonsspital Uri	
x Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)	Kantonsspital Uri	
X Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Kantonsspital Uri	
X Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Kantonsspital Uri	Kooperation Spital Schwyz
X Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Kantonsspital Uri	

Angebote medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
x Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Kantonsspital Uri	Konsiliararzt
Intensivmedizin	Kantonsspital Uri	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Kantonsspital Uri	Belegarzt
Kinderchirurgie	Kantonsspital Uri	Selektive Gebiete
Langzeitpflege	Kantonsspital Uri	
Neurochirurgie		
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)		
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Kantonsspital Uri	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Kantonsspital Uri	Belegarzt
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Kantonsspital Uri	Konsiliararzt
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)	Kantonsspital Uri	
Psychiatrie und Psychotherapie	Kantonsspital Uri	Allgemein
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Kantonsspital Uri	Kooperation Kantonsspital Luzern
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Kantonsspital Uri	Kooperation Kantonsspital Luzern

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Kantonsspital Uri	
Ergotherapie / Aktivierungstherapie*	Kantonsspital Uri	
Ernährungsberatung	Kantonsspital Uri	
Physiotherapie	Kantonsspital Uri	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelter Patienten,	15781	16326	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	2	7	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	3876	3991	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	286	324	
Geleistete Pflage tage	26785	27379	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	73	76	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.9	6.9	
Durchschnittliche Bettenbelegung	91.0	92.4	

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2011	39	38	
Geleistete Pflage tage	15192	16232	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	40	40	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	104	83.24	
Durchschnittliche Auslastung	96	97	

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		
x	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
x	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	5.66	Es sind Antworten zwischen 1 (sehr schlecht) und 6 (sehr gut) möglich. Angegeben wird der Mittelwert aller Antworten.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Spitaleintritt / Aufnahme	5.76	
Aufenthalt / Betreuung	5.72	Pflege, Physio, Röntgen, Labor, Hebammen
Besuchszeiten	5.62	Angemessenheit
Ärztliche Betreuung	5.62	Betreuung, Aufklärung, Privatsphäre
Schmerztherapie	5.63	Aufklärung, Angemessenheit der Medikamentengabe, Zufriedenheit
Verpflegung	5.46	Geschmack, Vielfältigkeit
Sauberkeit	5.71	Sauberkeit Räume und Einrichtungen
Personal	5.85	Freundlichkeit
Organisation	5.62	Abläufe, Zusammenarbeit, Einbezug, Wartezeiten, Austritt
Servicequalität (HP/P)	5.60	Zusatzleistungen (für Halbprivat- und Privatversicherte)

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
x eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Eigener Fragebogen in Anlehnung an validierte Instrumente. Kontinuierliche Erhebung mit Qualitätsauswertung und Zielkontrolle.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle stationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	ambulante Patienten	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		679	
Rücklauf in Prozenten		20.5%	Erinnerungsschreiben? x Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
x	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
	Bezeichnung der Stelle: Stv. Spitaldirektor
	Name der Ansprechperson: Herr Walter Bär
	Funktion: Stv. Spitaldirektor / Personalchef
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten): Mo.-Fr./ 7.30-12.00 u. 13.30-17.30 Uhr 041 875 51 03 walter.baer@ksuri.ch
	Bemerkungen: Internes Beschwerdemanagement

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit. :		
x	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
	x Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.		
x	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
x	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
x	eigenes, internes Instrument		

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.			
x	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
x	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape[®]
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape[®]
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für das Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
x	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
x	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	gemäss SQLape Kriterien (Vorgabe ANQ)
Messergebnisse			
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.			
Das Kantonsspital Uri führt im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung eine über die Vorgaben des ANQ hinaus gehende detailliertere Analyse durch mit Hilfe des SQLape-Tools.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ¹		

¹ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
x	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
x	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	gemäss SQLape Kriterien (Vorgabe ANQ)
Messergebnisse			
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.			
Das Kantonsspital Uri führt im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung eine über die Vorgaben des ANQ hinaus gehende detailliertere Analyse durch mit Hilfe des SQLape-Tools.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²		

² Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
x	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
x	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	x	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Chirurgie / Orthopädie / Gynäkologie

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
x Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
x Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
x Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
x Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Der ANQ hat beschlossen die Ergebnisse der postoperativen Wundinfektionsmessung 2011 in pseudonymisierter Form zu veröffentlichen, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Ausserdem konnte SwissNOSO die Validierung der Daten 2010/2011 bis dato noch nicht vornehmen. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der postoperativen Wundinfektionsraten 2010/2011 zu verzichten.

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten⁴, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.
x	Ja , unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
In Prozent:	
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Sturzrate 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patient/innen, die sich am Tag der Erhebung stationär im Akutbereich des Kantonsspitals Uri befinden	
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht in die Erhebung aufgenommen	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	56	Anteil in Prozent	78%
Bemerkung			

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzenerhebung 2011 ausgeschlossen.

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt	Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
In Prozent	In Prozent:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Prävalenzrate von Dekubitus 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patient/innen, die sich am Tag der Erhebung stationär im Akutbereich des Kantonsspitals Uri befinden	
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht in die Erhebung aufgenommen	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	56	Anteil in Prozent	78%
Bemerkung			

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	
x	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.37	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.21	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.29	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.39	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.62	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Bemerkungen		
<p>Die Aussagekraft der Messung ist durch die sehr allgemein gehaltenen Fragen gering. Das Kantonsspital Uri führt daher zusätzlich kontinuierliche Zufriedenheitsmessungen durch mit einem differenzierteren Fragebogen (siehe oben D 1-1).</p> <p>Die Ergebnisse der Zufriedenheitsmessung mit dem ANQ-Kurzfragebogen decken sich mit den hohen Zufriedenheitsraten der kontinuierlichen Befragung.</p>		

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut

hcri AG

MECON measure & consult GmbH

Dezentrales Messinstitut

hcri AG

ESOPE

MECON measure & consult GmbH

NPO PLUS

Stevemarco sagl

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	277		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	143	Rücklauf in Prozent	52%
Bemerkung			

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema		Sturzprotokoll	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
x	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	bis 2011 intern
x	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Porabo / ePA ab 2012

D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema		Dekubitus	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
x	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Porabo

D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
x	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D3-6 Weitere Messthemen

Messthema	Komplikationenliste Innere Medizin
Was wird gemessen?	Komplikationen medizinischer Eingriffe

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	x	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ergebnisse können auf Rückfrage hin bezogen werden	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
x	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
x	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

Messthema	Händedesinfektionscompliance
Was wird gemessen?	Umsetzung der Händedesinfektionsstandards

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
x	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:

Messthema	Malnutrition
Was wird gemessen?	Risiko für Mangelernährung

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
x	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz: INES / ePA

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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 längerfristige und überregionale Trends erkennen zu können.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-Infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	A (2006)	B : Kardiologie
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.agc.ch		
ASF (Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A	B: Gynäkologie / Geburtshilfe
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch		
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch		
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch		
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch		
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C (ab 2012)	
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch		
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch		

⁵ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

E

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
EFQM	Gesamtspital	2006		Evaluation 2010
sanaCERT	Langzeitpflege	2011		
Stillfreundliche Geburtsklinik (UNICEF)	Geburtshilfe	2002	2007	Rezertifizierung 2012
EKAS (Arbeitssicherheit)	Gesamtspital	2003	2009 + KIGA 2009	KIGA: Kantonale Behörde

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
CIRS	Meldeplattform für kritische Zwischenfälle. Kontinuierlicher interdisziplinärer Austausch und Optimierungen.	Gesamtspital	laufend
Präventionssystem Eingriffsverwechslungen (Schweizer Stiftung für Patientensicherheit)	Prävention Eingriffsverwechslung im OP	Gesamtspital, OP	eingeführt, Überprüfung 2012
KIS / Elektronische Patientendokumentation	Ausbau der elektronischen Patientendokumentation	Gesamtspital	laufend
Qualitätssicherung Labor	regelmässige Qualitätsüberprüfung durch CSCQ und Synlab (auf Basis QUALAB)	Labor	laufend
Qualitätskontrolle Endoskopie-Instrumente	Patientensicherheit	Endoskopie	laufend
Meldeportal Materiovigilance	Erfassung von internen und externen Vorkommnissen mit Medizinprodukten (Rückrufe u.a.)	Gesamtspital	laufend
Meldeportal Hämovigilance	Erfassen von unerwünschten Wirkungen im Zusammenhang mit Blutprodukten	Gesamtspital	laufend
Meldeportal Pharmacovigilance	Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen	Gesamtspital	laufend
Materialkommission	Optimierung der Beschaffungsprozesse und Einkaufskonditionen	Gesamtspital	laufend
Brandschutz	Schulung, regelmässige Übungen und Audits	Gesamtspital / Tech. Dienst	laufend

Aktivität	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Bauliche Aktivitäten	Anpassungen zur Qualitätssteigerung im Patienten-, Behandlungs- und Mitarbeitendenbereich	Gesamtspital	laufend
Händehygiene	Messung und Überprüfung der Händedesinfektionsanwendung	Gesamtspital	laufend
Hygienestandards	Regelmässige Überprüfung der Hygienestandards mittels Audits	Gesamtspital	laufend
Überwachung Gehbad	Zusammenarbeit mit den Labors der Urkantone	Physio	2012 (ff)
Mikrobiologische Qualitätssicherung (Wasserversorgung, Sterilisation, Reinigung/Desinfektion)	Einhalten optimaler Ergebnisqualitäten. Externe Beurteilung durch zertifizierte Labore.	Definierte Bereiche	laufend
Beschwerdemanagement	Patientenzufriedenheit, kontinuierliche Verbesserung	Gesamtspital	laufend
Öffentliche Vorträge	Themen der Gesundheitsversorgung und Prävention einer breiteren Bevölkerung zugänglich machen	Öffentlichkeit	laufend
Sicherheitsdatenblätter	Sicherheitsdatenblätter sind laufend aktualisiert und zugänglich	Gesamtspital	kontinuierlich
Perioperatives Antibiotikakonzept	Kontrolle und Einsatzoptimierung der perioperativen Antibiotikaabgabe	Med. Therapie	laufend
Dekubitus	Prävention und Erfassung von Wundliegen	Gesamtspital	laufend
Sturzkonzept	Prävention und Erfassung von Stürzen gemäss Sturzkonzept.	Gesamtspital	laufend
GGBV Gefahrgutbeauftragtenverordnung	Einführung und Umsetzung	Gesamtspital / Techn. Dienst	eingeführt
Mammografie	Angebot Mammografie am KSU	Gynäkologie	2012, eingeführt
Inbetriebnahme Magnetresonanztomograf (MRT)	Erweiterung der bildgebenden Diagnostik. Zusammenarbeit mit Radiologieverbund Luzern.	Radiologie	2012
Einführung neue Mitarbeitende	Ausbau Einführung / Schulung	Gesamtspital	2012 (ff)
Dokumentenmanagement / Intranet	Weiterentwicklung des Dokumentenmanagements / Intranets	Gesamtspital	2012 - 2013
Prozessmanagement	Neudokumentation Prozesspfade	Chirurgie	2012 (ff)
Deko Spital	Sicherstellung der Funktion eines Dekontaminationsspital im Katastrophenfall	Gesamtspital	2012 - 2015
Risk Management	Regelmässige Überprüfung und Anpassungen	Gesamtspital	laufend

Aktivität	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Verwirrtheit / Delirium / Demenz	Erhebung Abklärungserfordernis beim Eintrittsassessment	Gesamtspital	Einführung Herbst 2012
Handlungsanweisungen Pflege	Laufende Aktualisierung der evidenzbasierten, standardisierten Handlungsanweisungen	Gesamtspital, Pflege	laufend

F

Schlusswort und Ausblick

Mit dem Qualitätsbericht 2011 publiziert das Kantonsspital Uri den fünften Qualitätsbericht nach den Vorgaben von H+. Auch in diesem Jahr nutzen wir die Möglichkeit, mit dem Qualitätsbericht in strukturierter Form die vielfältigen Qualitätsmassnahmen des Spitals einem grösseren Publikum transparent zugänglich zu machen.

Das KSU wird auch weiterhin an den regelmässigen obligatorischen Qualitätsmessungen teilnehmen und daneben im Rahmen seines Qualitätskonzepts i.S. einer rollenden Planung / Weiterentwicklung auch freiwillige eigene Messungen, Projekte und Massnahmen initiieren. Sie werden einerseits abgestimmt auf identifizierte Verbesserungspotenziale und andererseits auf die Anforderungen, die mit dem Ziel einer langfristig erfolgreichen Selbstbehauptung des Spitals verbunden sind.

Im Übrigen gelten i.S. eines Ausblicks die in B1 genannten Grundsätze und Ziele im Qualitätsmanagement, bzw. die im Abschnitt B4 benannten Entwicklungsabsichten.

Gerne stehen Ihnen bei Fragen die verantwortlichen Personen (Angaben im Bericht ersichtlich) für weiterführende Auskünfte zur Verfügung. Auch können Daten und Ergebnisse von Messungen auf Rückfrage hin bezogen werden:

Dr. Martin Patzen, Spitaldirektor
Kantonsspital Uri

Der vorliegende Qualitätsbericht wurde durch die Spitalleitung des Kantonsspitals Uri genehmigt und im Juni 2012 freigegeben.

Altdorf, 19. Juni 2012