



Spital Lachen AG
Oberdorfstrasse 41
8853 Lachen



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an **Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen** (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die **interessierte Öffentlichkeit**.

Bezeichnungen

Um die **Lesbarkeit des Qualitätsberichts** 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.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4-5
B	Qualitätsstrategie	6-21
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	6
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	6-8
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	8-20
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	20
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	20
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	21
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	21-215
C1	Angebotsübersicht	21-213
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	233
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2012	24-25
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	24
C4-4	Personelle Ressourcen	24-24
D	Zufriedenheitsmessungen	25-30
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	25-257
D2	Angehörigenzufriedenheit	27-278
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	28-29
D4	Zuweiserzufriedenheit	300
E	ANQ-Indikatoren	31-319
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik.....	311
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	322
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	333
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	34-34
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	36-368
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ	38-39
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012.....	40-40
F1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	400
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	411
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	422
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	433
G	Registerübersicht	44-448
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	48-49
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	48
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	48-49
I	Schlusswort und Ausblick	500
J	Anhänge.....	51-Fehler! Textmarke nicht definiert.3
•	Rezertifizierung Rettungsdienst IVR	51
•	SAKR Audit der Ambulanten Kardialen Rehabilitation	52-53

Einführung des Fallpauschalen-Systems SwissDRG

Es ist allgemein bekannt, dass per Anfang 2012 in Akutspitälern für die Verrechnung der stationären Leistungen in Akutspitälern das diagnosebasierte Abrechnungssystem „SwissDRG“ eingeführt wurde. Die entsprechende gesetzliche Grundlage wurde in Art. 49 KVG (Krankenversicherungsgesetz) geschaffen. Die Umstellung vom System „AP-DRG“ auf das System „SwissDRG“ konnte im vergangenen Jahr von Seiten der Spital Lachen AG erfolgreich gemeistert werden.

Die Tarife für den stationären Grundversicherungsbereich für das Jahr 2013 mussten wiederum hart verhandelt werden. Erfreulich ist, dass mit den beiden Verhandlungsdelegationen der tarifsuisse und HSK (Helsana, Sanitas und KPT) trotz unterschiedlichen Verhandlungspositionen ein Konsens bzw. ein einvernehmliches Verhandlungsergebnis erzielt werden konnte. Leider ist dies im ambulanten Bereich nur mit der einen Versicherungsgruppe gelungen, sodass die Höhe des TARMED-Taxpunktwerthes der anderen Versicherungsgruppe auf dem Rechtsweg geklärt werden muss.

Die neuen Regulatoren im Zusammenhang mit der KVG Revision 2012 verlangen von den Spitälern ein hohes Mass an Professionalität, Beweglichkeit und Patientenorientierung. Das fordert, motiviert und verlangt Gestaltungswille. Die Mitarbeitenden der Spital Lachen AG, aus rund dreissig Nationen, haben auch im vergangenen Jahr bewiesen, dass sie sich diesem härter werdenden Wettbewerb mit dem nötigen Selbstbewusstsein stellen.

Leistungsspektrum - Zertifikate

Die folgenden zwei Beispiele zeigen, dass mit seriöser, engagierter und professioneller Teamarbeit dem Primat der Qualität tagtäglich nachgelebt wird.

So war im Monat Mai die erfreuliche Meldung eingegangen, dass die Spital Lachen AG per 1.8.2012 als bariatrisches Referenzzentrum akkreditiert ist und auf der offiziellen Liste des BAG (Bundesamt für Gesundheit) figuriert. In den letzten Jahren wurde vom Bariatrie-Team viel Zeit und Energie in den Aufbau des interdisziplinären Adipositaszentrums Lachen investiert, sodass heute SMOB (Swiss Study Group for Morbid Obesity)-Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht erfüllt sind.

Im Bereich der Kardiologie konnte das ambulante Reha-Angebot unter Beweis gestellt werden. Die Spital Lachen AG verfügt somit neu über ein akkreditiertes „Ambulantes kardiovaskuläres Rehabilitationszentrum“. Das entsprechende Audit der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie wurde am 28.11.2012 erfolgreich abgewickelt und die Aufnahme auf die krankenkassenrelevante Spitalliste konnte damit gesichert werden.

Wichtige Projektmeilensteine gesichert

Im Jahr 2012 wurden bei verschiedenen Projekten wichtige Meilensteine realisiert. Anfang September 2012 konnte der neue Bettentrakt in Betrieb genommen. Die Station 1 Süd konnte auf diesen Zeitpunkt in die neu bereitgestellten Räumlichkeiten zügeln. Zudem konnte mit dem Bettentrakt die Rochadefläche für die seit langem ersehnten Zimmersanierungen bereitgestellt werden. Die Zimmersanierungen wurden in der zweiten Jahreshälfte in Angriff genommen. Bis Ende Jahr konnten bereits erste sehr erfreuliche Schritte realisiert werden. So stehen der Tagesklinik ab Anfang 2013 zusätzliche Raumressourcen zur Verfügung.

Am 3.7.2012 wurde die neue Telefonvermittlungsanlage in Betrieb genommen, da die Wartung und Ausbaufähigkeit der alten Anlage nicht mehr sichergestellt war.

Während den Sommermonaten wurden wichtige Renovationsarbeiten im Bereich der Operationssäle durchgeführt und die Dialysestation konnte um zusätzliche Plätze erweitert werden. In Bezug auf das Projekt KIS (Klinikinformationssystem) war sicher die Einführung des Pflegemoduls entscheidend. Das Pflegemodul ist ein Instrument, das den Führungsprozess in der Pflege unterstützt. Auch im Bereich der Qualitätssicherung und Prozessorientierung gab es wichtige Meilensteine zu sichern, um den Anforderungen von ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in den Spitälern) gerecht zu werden.

Im Jahr 2012 wurden auch die Projekte des Absenzenmanagements und des neuen Lohneinstufungsmodells erfolgreich abgewickelt. Mit dem neuen Lohneinstufungsmodell konnte sichergestellt werden, dass die Spital Lachen AG ab dem 1.1.2013 über konkurrenzfähige Anstellungsbedingungen verfügt.

Wechsel im Kader

Per 31. März 2012 hat Dr. med. Daniel Aerne seine Stelle als Leitender Arzt der Dialysestation auf eigenen Wunsch verlassen, um eine neue berufliche Herausforderung anzunehmen. Seinem unermüdlichen Einsatz ist es zu verdanken, dass das Angebot auf der Dialysestation während seinem mehr als 12-jährigen Einsatz wesentlich erweitert werden konnte. Am 1. April hat Dr. med. Agnes Kneubühl die Leitung der Dialysestation als Nachfolgerin von Dr. med. Daniel Aerne übernommen. Aufgrund des zunehmenden Angebots von Dialyseplätzen konnte das Kader ab Juni 2012 mit Dr. med. Johannes Trachsler zusätzlich verstärkt werden. Per 31.12.2012 hat Dr. med. Diana Rissmann das Spital Lachen auf eigenen Wunsch verlassen. Sie hat während 8 Jahren auf sehr kompetente Art in der Funktion als Leitende Ärztin einen wichtigen Beitrag im Bereich Radiologie geleistet. Dr. Axel Mischo arbeitet seit 15.06.2011 als Konsiliararzt für Onkologie am Spital Lachen. Aufgrund der steigenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen im Bereich Onkologie konnte Herr Mischo per 01.07.2012 als Leitender Arzt angestellt werden. Mit ihm konnte eine sehr fachkompetente Persönlichkeit gewonnen werden. Aufgrund der steigenden Patientenzahlen auf der Notfallstation hat Mitte August 2012 Dr. med. Regina Streuli die Stelle als stv. Leitende Ärztin aufgenommen. Mit ihr konnte eine gut qualifizierte Persönlichkeit zur Abklärung und Behandlung von Patienten gewonnen werden.

Im Bereich der Frauenklinik konnte Dr. med. Aysun Duran ab 01.08.2012 als Belegärztin akkreditiert werden. Vorgängig war Frau Duran als Oberärztin an der Frauenklinik im Spital Lachen tätig. Zusätzlich konnte Dr. med. Enrico Pöschmann aus Thalwil als neuer Belegarzt im Bereich Chirurgie akkreditiert werden.

Für den Bereich der operativen Adipositas-Chirurgie konnte im Dezember 2012 Prof. Dr. med. Thomas Frick als neuer Belegarzt gewonnen werden. Er verfügt über langjährige Erfahrungen im Bereich der bariatrischen Chirurgie. Zusätzlich hat Dr. med. Christian Ziegler seine Tätigkeit als Belegarzt für Handchirurgie im September 2012 am Spital Lachen aufgenommen.

Es ist uns ein wichtiges Anliegen, den im Jahre 2012 ausgetretenen Kaderpersonal für die geleisteten Dienste im Spital Lachen herzlich zu danken.

Rechnung 2012

Für das Jahr 2012 ergibt sich auf Ebene des Unternehmensergebnisses ein Gewinn von CHF 716'000.-. Der Abschluss der Rechnung 2012 erfolgte in Übereinstimmung mit den Rechnungslegungs-Standards SwissGAAP FER. Via die Positionen Sachaufwand und Abschreibungen auf Sachanlagen ergaben sich gegenüber dem Vorjahr zusätzliche und zum Teil a.o. Abschreibungsaufwendungen, die ihren Ausgleich teilweise via die Fondsbuchungen fanden. Ziel ist es, die erforderlichen Mittel für die Realisierung bzw. Finanzierung der mittel- und langfristigen Infrastrukturprojekte zu sichern.

Der Umsatz im ambulanten Bereich konnte gegenüber dem Vorjahr wiederum markant um 15% gesteigert werden. Im stationären Bereich ergaben sich im Zusammenhang mit der Einführung von SwissDRG neue Definitionen für die Berechnung der Anzahl Fälle und der Pflage tage. Kommt es innerhalb von 18 Tagen nach Austritt wieder zu einer Hospitalisation innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe, führt dies zu einem Wiedereintritt und die beiden administrativen Fälle werden zu einem Fall zusammengelegt. Im Bereich der Pflage tage wurden bisher der Eintritt- und der Austrittstag als Pflage tag gerechnet. Neu wird die Aufenthaltsdauer via die Formel Austrittstag abzüglich Eintrittstag ermittelt. Dies hat zur Folge, dass der Vorjahresvergleich unter Berücksichtigung der neuen Zählweise zu erfolgen hat. Erfreulich ist auch, dass sich viele Patientinnen und Patienten in der Versorgungsregion Ausserschwyz für das sehr attraktive Zusatzversicherungsangebot des Spitals Lachen entschieden haben und die Zusatzversicherungsquote gemessen an den Anzahl Austritten gegenüber dem Vorjahr stabil gehalten werden konnte.

Rettungsdienst / erfolgreiche IVR-Rezertifizierung

Im Bereich der Nebenbetriebe kann, bezogen auf den Rettungsdienst der Spital Lachen AG zuhanden der beiden Bezirke March und Höfe, wiederum ein sehr erfreuliches Geschäftsergebnis präsentiert werden. Die stets auf eindrückliche Art und Weise unter Beweis gestellt professionelle Handlungskompetenz im Bereich der präklinischen Rettungsdiensteinsätze, kombiniert mit der ausgeprägten Patientenorientierung des ganzen Rettungsdienstteams sowie der Anästhesieärzte im Rahmen der Notfalleinsätze, wird von der Bevölkerung sehr geschätzt.

Am 19.9.2012 hat ein Expertenbesuch im Rahmen der IVR-Rezertifizierung von Seiten des nterverbandes für Rettungswesen (IVR) stattgefunden. Die entsprechende Rezertifizierung konnte unter der Leitung von Wladimir Gervasoni, Betrieblicher Leiter Rettungsdienst, durch sein Team sichergestellt werden. Die Zertifizierungsübergabe erfolgte am 06.12.2012 im Beisein von Vertretern der Bezirke March und Höfe.

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Das Spital Lachen ist ein regional verankertes Gesundheitsunternehmen in der Region Ausserschwyz, das eine patientennahe Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in hoher Qualität sicherstellt.

Die Qualitätsentwicklung im Spital Lachen ist auf allen Ebenen des Spitals verankert und spiegelt sich im Leitbild wider. Wir wollen die Führungskräfte und Mitarbeitenden stetig fördern und qualifizieren.

Das Spital Lachen orientiert sich seit 2005 am EFQM-Modell für Excellence (EFQM: European Foundation for Quality Management) mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung. Diese werden unter Anwendung des PDCA-Zyklus – PLAN, DO, CHECK, ACT – realisiert.

Die Kliniken, Institute und Fachbereiche definieren kontinuierlich fachbezogene Qualitätsprojekte und Zertifizierungen, die sie mit internen und/oder externen Experten kontinuierlich und erfolgreich umsetzen. Das Ziel ist es, sich nach den Erfordernissen der Patienten, Zuweiser, Fachöffentlichkeit, mitarbeitenden Berufsfachgruppen, Kooperationspartner, Versicherer als Finanzierer und der Gesundheitsbehörden als rahmenstiftende Regulierer auszurichten.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement

Das Spital Lachen beteiligt sich seit dem Jahr 2009 an den ANQ-Messthemen. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) ist aus dem Zusammenschluss der nationalen Gesellschaft für Qualitätssicherung KIQ und dem Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung IVQ entstanden.

Alle Vorgaben des nationalen Qualitätsvertrags gemäss ANQ setzen wir um.

Im Weiteren beteiligt sich das Spital Lachen an verschiedenen Qualitätsnetzwerken (AQC, Swissvasc, SIRIS etc). Im kantonalen Qualitätsausschuss beteiligen wir uns aktiv und im kantonalen Benchmark diskutieren wir die erreichten Qualitätsergebnisse und –massnahmen.

Im Januar 2010 wurde der Verein „Brustknotenpunkt“ mit Sitz in Zürich gegründet. Unter der Initiative von Dr. D. Burger, Chefarzt Frauenklinik, haben sich vor zwei Jahren die Kliniken Stadtspital Triemli Zürich, Limmattalspital sowie die Spitäler von Affoltern, Horgen und Lachen vereint, mit dem Ziel, eine optimale Betreuung von Frauen mit Brustkrebs in der Region „linkes Zürichseeufer und Limmattal“ zu gewährleisten. Auch die Zusammenarbeit mit den Zuweisern vor Ort bei den präoperativen Abklärungen und bei der Nachsorge ist ein Bestandteil dieses Netzwerkes.

Patientenorientierung – Qualität als Teil des Leistungserbringungsprozesses

Die Patientenorientierung ist im Spital Lachen Garant für eine optimale Patientenbetreuung. Die Händedesinfektion ist Beispiel für eine Massnahme die sicherstellt, dass der Hygiene im klinischen Alltag, zur Vermeidung von Spitalinfektionen, eine sehr grosse Bedeutung beigemessen wird.

Im Zusammenhang mit den saisonalen Grippe wird allen Mitarbeitenden die Grippeimpfung empfohlen und kostenlos verabreicht.

Tägliche Röntgen- und Klinikrapporte sowie fachärztliche Visiten stellen die Grundlage der Qualitätskontrolle dar. Die kontinuierliche Fortbildung der Fachärzte wird durch Fachgesellschaften konzeptual festgelegt und auch regelmässig überwacht. In regelmässigen interprofessionellen Rapporten wird sichergestellt, dass eine optimale Patientenbetreuung inkl. Medikationssicherheit praktiziert wird.

Die Kultur der Fehlererkennung und –benennung wird gelebt. Es finden regelmässige Meetings zur Evaluation von CIRS [Critical Incident Reporting System]-Meldungen statt. Ziel ist es, von kritischen Zwischenfällen zu lernen und zu prüfen, mit welchen Massnahmen inskünftig entsprechende Zwischenfälle vermieden werden können. Dieses System wurde ursprünglich für die Flugindustrie entwickelt und soll als Lernsystem verstanden werden.

Der Ernährung wird während des Spitalaufenthalts spezielle Beachtung geschenkt. Alle Patienten werden bei Ernährungsproblemen individuell beraten und erhalten eine entsprechende Spezialkost. Durch den Sozialdienst wird die zeitgerechte Planung für die spitalexterne Nachbetreuung der Patienten sichergestellt. Die Betreuung der Patienten ist damit kontinuierlich über den Austritt hinaus geplant und gewährleistet.

Alle Patienten werden zu ihrem Spitalaufenthalt befragt. Die eingehenden Feedbacks werden interdisziplinär ausgewertet. Alle nicht anonym eingehenden Rückmeldungen von Patienten werden persönlich beantwortet. Kritische Rückmeldungen werden mit einem individuellen Schreiben beantwortet. Dabei wird auf den Wert von Kritik für die kontinuierliche Verbesserung der Patientenbetreuung speziell hingewiesen. Patienten sollen durch diese Massnahme eine Stärkung ihrer Rolle erfahren. Erfreulich in diesem Zusammenhang ist, dass Patienten auf Basis von individuellen Rückmeldungen oder auf Basis von systematischen Patientenumfragen immer wieder berichten, dass sie von den Leistungen der Spital Lachen AG stark beeindruckt sind.

H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit

Im Dezember 2011 wurde das Spital Lachen zum Thema Arbeitssicherheit unter der Leitung von H+ auditiert. Diesem Audit ging eine mehrmonatige Konzepterstellung durch eine interne Arbeitsgruppe voraus, in welcher die notwendigen Grundlagen zur Arbeitssicherheit zusammengestellt und für die verschiedenen Berufsfachgruppen aufbereitet wurden.

Die Hauptthemen waren: Strahlenschutz, Gefahrgut, Personalärztlicher Dienst, Mutterschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung, Ergonomie und Schulungen.

EFQM-Zertifikat

Seit 2005 orientiert sich das Spital Lachen am EFQM-Modell für Excellence (EFQM: European Foundation for Quality Management). Das Kaderpersonal setzte sich im Jahr 2010/2011 intensiv mit den Bedürfnissen der verschiedenen Anspruchsgruppen auseinander. Die Mitarbeitenden konnten sich mit dem EFQM-Modell und der dazugehörigen Bewertungssystematik sowie dem EFQM-Fachjargon vertraut machen.

Am 21. März 2011 konnte die erste EFQM-Zertifizierungsstufe „Committed to Excellence“ erlangt werden. Dies dank dem unermüdlichen und engagierten Einsatz der Mitarbeitenden.

SAfW-Zertifikat

Am 28. April 2011 erteilte die Swiss Association for Wound Care dem Wundbehandlungszentrum des Spitals Lachen das SAfW-Zertifikat als anerkanntes SAfW Wundbehandlungszentrum.

SRC-Zertifikat / SGAM/SGIM-Zertifikat

Am 01. Juli 2011 erteilte der Swiss Resuscitation Council dem Rettungsdienst Lachen als einer der ersten in der Schweiz das SRC-Zertifikat. Das Zertifikat berechtigt sie die Kurse BLS-Kompakt (Basis Provider) und BLS-AED-Komplett (Generic Provider) durchzuführen.

Im September 2011 durfte der Rettungsdienst Lachen das SGAM/SGIM-Zertifikat (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin/Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin) entgegennehmen, dies berechtigt sie, den Kurs „Notfallmanagement in der Arztpraxis“ anzubieten.

Rezertifizierung Rettungsdienst der Spital Lachen AG
Vgl. Geschäftsbericht Rettungsdienst Spital Lachen AG

Zertifizierung kardiale Rehabilitation Spital Lachen AG
Vgl. auch AmPULS-Ausgabe

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

Klinikbezogene Berichterstattung über Qualität im Jahre 2012

Klinik für Innere Medizin

Leitung der Klinik: Dr. med. Thomas Bregenzer; Chefarzt Innere Medizin

Personelle Verantwortlichkeit:

Das Team der Kaderärzte wurde im Verlauf von 2012 um einen zusätzlichen Leitenden Arzt Nephrologie/Innere Medizin (80 %) erweitert. Der onkologische Konsiliararzt ist neu als Leitender Arzt Onkologen/Innere Medizin (60 %) im Team integriert. Funktionen und Kompetenzen werden an Kadersitzungen geregelt und Aufgaben verteilt mit dem Ziel, dass die klare Regelung von Zuständigkeiten Transparenz und Flexibilität sowie kurze Kommunikationswege zwischen den Abteilungen (Tagesklinik, Kardiologie, Onkologie, Gastroenterologie, Nephrologie) sichert.

Klinik- und Bereichskonzept

Die Führungsstruktur inklusive Stellvertretungen ist definiert. Die verschiedenen Abteilungen arbeiten nach etablierten Konzepten und entwickeln diese kontinuierlich weiter. Veränderungen der Nachfrage werden bei der Angebotsentwicklung berücksichtigt. Klinikübergreifende Entwicklungen (Bariatric) werden interdisziplinär getragen. Dem Wachstum konnte durch erneute infrastrukturelle Anpassungen nochmals Rechnung getragen werden (Nephrologie). Auch im Bereich der Tagesklinik konnten räumliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Für die Kardiologie und Gastroenterologie sind zusätzliche Facharztstellen zu evaluieren. Die rheumatologische Sprechstunde mit einem Konsiliararzt hat sich etabliert und entwickelt sich schnell, so dass eine Kapazitätserhöhung 2013 nötig wird. Die Onkologie wächst sehr schnell. Struktur und Personalbestand werden entsprechend angepasst und weiter entwickelt. Die enge Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Zürich gewährleistet weiterhin eine hohe Behandlungsqualität. Die allgemein internistische und infektiologische Sprechstunde mit HIV- und HCV-Patienten entwickelt sich kontinuierlich. Durch die Anpassungen auf der Tagesklinik kann sichergestellt werden, dass die Wartefristen kurz bleiben. Der Konsiliardienst für Endokrinologie hat sich bewährt, wird aber wegen der steigenden Nachfrage ausgebaut werden. Die Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Notfall ist etabliert. Die Prozesse für Notfalleintritte werden laufend optimiert.

Patiententherapiepläne

Eintritts- und Austrittsprozesse sowohl für Notfall- wie auch für elektive Eintritte wurden 2012 überarbeitet und optimiert. Die Abklärungsalgorithmen sind für viele Eintrittsdiagnosen definiert (untere Atemwegsinfektionen, thromboembolische Ereignisse, akutes koronares Syndrom, Herzinsuffizienz, zerebrovaskuläres Ereignis, gastrointestinale Blutung, Haut- und Weichteilinfektionen, Harnwegsinfektionen, Status febrilis) und mit Hilfe der Notfallstandards standardisiert. Laboruntersuchungen werden gemäss Laborweisung durchgeführt. Abklärungs- und Therapiealgorithmen für akute koronare Herzkrankheit wurden weiter optimiert und aktualisiert. Abklärungs- und Therapiealgorithmus für Peritonitis bei CAPD-Patienten sind definiert und das Hämodialyseverfahren folgt einem schriftlich vorgegebenen Standard. Die Richtlinie für antibiotische Therapien wurde überarbeitet. Die Ernährungsberatung stellt mittels Leitfaden und regelmässigen Rapporten mit der Klinikleitung sicher, dass neue Erkenntnisse für die Ernährung hospitalisierter Patienten angewendet werden. Die Überarbeitung der Abklärungs- und Therapieprozesse für die ganze Klinik wird als kontinuierlicher Prozess weiter geführt. Ein erster Teil der aktualisierten Richtlinien und Empfehlungen ist im Intranet in einer neuen Struktur in aktualisierter Form aufgeschaltet. Neu besteht eine SAKR zertifizierte ambulante Herz-Rehabilitation, damit kann die Betreuungskontinuität auch in der poststationären Behandlung gesichert und die Qualität der stationären Therapie auch nach dem Spitalaufenthalt dokumentiert und beurteilt werden.

Qualitäts-Screening

Tägliche Röntgen- und Klinikrapporte sowie die täglichen Visiten durch Kaderärzte stellen die Grundlage der Qualitätskontrolle dar. Regelmässige interprofessionelle Rapporte stehen für die Besprechung klinischer Fragen mit Pflegefachpersonen zur Verfügung. Ebenso tragen wöchentliche Ernährungsrapporte und gemeinsame klinische Visiten im Sinne von „teaching rounds“ zur Qualitätssicherung bei.

Patientenbefragung

Alle Patienten werden zu ihrem Spitalaufenthalt befragt. Die eingehenden Stellungnahmen werden gemeinsam mit der Pflegedienstleitung ausgewertet. Alle nicht anonym eingehenden Rückmeldungen von Patienten werden mit einem persönlichen Schreiben beantwortet. Auf kritische Rückmeldungen wird individuell eingegangen. Auf den Wert der Kritik für die kontinuierliche Verbesserung der Patientenbetreuung wird speziell hingewiesen. Intern werden kritische Rückmeldungen mit den betroffenen Stellen besprochen. Patienten sollen durch diese Massnahme eine Stärkung ihrer Rolle erfahren. Die Rückmeldungen sind überwiegend sehr positiv. Kritische Rückmeldungen haben dazu beigetragen, dass Prozesse verbessert werden konnten.

Qualitätszirkel

Es findet ein- bis zweimal jährlich ein Qualitätszirkel mit den Hausärzten statt. Alle zwei Wochen findet ein Treffen mit allen ärztlichen Mitarbeitenden statt, das niederschwellig die Möglichkeit für Kritik und Anregungen bietet.

Die Nephrologie ist weiterhin zur Qualitätskontrolle an einem multizentrischen, überregionalen Netzwerk aktiv beteiligt. Anonymisierte Daten werden erfasst und für die Qualitätsentwicklung und Kostenkontrolle verglichen.

Die Kardiologie pflegt die Kontakte im Sinne eines Netzwerkes mit den Kardiologen und Kardiochirurgen der Klinik im Park und am Universitätsspital Zürich. Komplexe diagnostische Fragestellungen und therapeutische Konzepte werden fallbezogen gemeinsam besprochen, um die Qualität der Patientenbetreuung zu sichern und dokumentieren.

Analog dazu bestehen Beziehungen zur Gastroenterologie und Hepatologie am Universitätsspital Zürich. Besprechung von Fällen und Planung komplexer Behandlungen optimieren die Betreuungsqualität auch in diesem Fachgebiet.

Die internen wöchentlichen Tumorboards sichern zusammen mit der engen Zusammenarbeit mit dem USZ eine hohe Behandlungsqualität und machen es möglich, dass praktisch keine Wartezeiten für onkologische Therapien entstehen. Die ärztlichen Mitarbeitenden sehen sich gemeinsam die Autopsiebefunde an. An gemeinsamen Besprechungen werden die Fälle zur Qualitätssicherung im Plenum besprochen.

Kundenorientierung (Zuweiser, Staat, Versicherer, kooperierende Spitäler, Einweiser)

Neben den regelmässigen Qualitätszirkelveranstaltungen mit den Hausärzten finden monatlich Weiterbildungsveranstaltungen statt. Die Kommunikation mit den Hausärzten und anderen Zuweisern ist schriftlich geregelt und wird im Alltag konsequent umgesetzt. Austrittsberichte werden in vielen Fällen den Patienten am Austrittstag bereits mitgegeben oder an den Hausarzt bzw. nachbetreuenden Arzt gefaxt. Über ausserordentliche Ereignisse oder Todesfälle werden Hausärzte telefonisch oder per Fax sofort informiert. Die Kontinuität in der Behandlungskette wird damit gewährleistet. Zunehmend werden auch Email-Konsilien im Rahmen der internistischen und infektiologischen Sprechstunde geleistet. Der Informationsfluss im Netzwerk mit den Zuweisern ist sichergestellt.

Patientenorientierung

Händehygiene als wesentlicher Bestandteil der Patientensicherheit wird gefördert. Im Zusammenhang mit dem neuen Bettentrakt und der Sanierung der Bettenstationen wurden zusätzliche Alkoholspender eingebaut und die vorhandenen unter Berücksichtigung der Arbeitsabläufe und aufgrund von Kriterien aus einer Literaturrecherche neu platziert. Die Kitteltaschenflaschen sind weiterhin im Einsatz haben aber an Bedeutung abgenommen.

Alle Patienten werden zu ihrem Spitalaufenthalt befragt. Die Resultate der Befragung werden zur kontinuierlichen Überprüfung und Verbesserung der Qualität ausgewertet.

Der Ernährung wird während der Hospitalisation speziell Beachtung geschenkt. Alle Patienten werden bei Ernährungsproblemen individuell beraten und erhalten eine entsprechende Spezialkost. Durch den Sozialdienst wird die zeitgerechte Planung für die poststationäre Betreuung der Patienten sichergestellt. Die Betreuung der Patienten ist damit kontinuierlich über den Austritt hinaus geplant und gewährleistet.

Ein Raucherentwöhnungsprogramm ist etabliert und wird jedem Patienten angeboten. Allen Mitarbeitenden wird die Grippeimpfung empfohlen und kostenlos verabreicht.

Mitarbeiterorientierung

Mitarbeitende haben neben dem regelmässigen internen Weiterbildungsangebot zusätzlich die Möglichkeit, an externen Weiterbildungsveranstaltungen teilzunehmen mit dem Ziel, die Befähigung zur täglichen klinischen Arbeit speziell zu entwickeln. Mitarbeitergespräche für Ärzte in Weiterbildung werden in 3-monatlichen Abständen durchgeführt und dienen als Führungsinstrument zur Optimierung der ärztlichen Weiterbildung und individuellen Förderung. Die Assistenzärzte werden bei ihrer Karriereplanung/Stellensuche individuell unterstützt. Gezielte praktische Ausbildung findet im Rahmen der Mini-CEX-Programme gemäss Empfehlung FMH/Institut für Medizinische Lehre, Universität Bern statt. Regelmässige FMH-Befragungen der Assistenzärzte orientieren über die Qualität der ärztlichen Ausbildung und stellen die Grundlage für Verbesserungen dar. Die Dienstplanung auf der Notfallstation wurde angepasst. Es besteht ein durchgehender Dreischichtenbetrieb. Durch diese Anpassung ist die Einhaltung der vertraglichen Arbeitsbedingungen trotz zunehmender Patientenzahlen auf der Notfallstation sichergestellt. Einmal monatlich findet eine durch einen externen Experten begleitete Visite zur Ausbildung in Ethikfragen statt.

Der Personalarztendienst steht für gesundheitliche/medizinische Fragen allen Mitarbeitern zur Verfügung und bietet auch Mitarbeitenden kostenlose Raucher-Entwöhnungsberatungen und ein Raucher-Entwöhnungsprogramm an.

Prozessoptimierung

Patientenprozesse wurden entsprechend veränderten Bedürfnissen weiter optimiert und Schnittstellen geklärt (z.B. für bariatrische Patienten, Shunt-Probleme bei Dialysepatienten). Sprechstundenpläne, Visitenorganisation und Supervision der Assistenzärzte auf der Station werden auch in der Umbauphase laufend angepasst. Eine kontinuierliche Analyse des Bedarfs im Hinblick auf die längerfristigen Anforderungen sowohl an die Klinik wie auch ans Spital im Ganzen ist in Gang. Die organisatorischen und medizinisch/pflegerischen Standards (Weissbuch) sind in grossen Teilen bereits implementiert. Die Einführung des Klinikinformatiksystems ist in Gang. Es werden laufend Anpassungen vorgenommen und neue Module eingeführt (Kurve, Verordnung).

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Die Kultur der Fehlererkennung und -benennung wird gelebt. Fallvorstellungen dienen der Entwicklung dieser Kultur, der Verbesserung des Verständnisses für Fehler, und der Förderung von Kompetenzen im Umgang mit Fehlern sowie einer Strategien zur Fehlervermeidung. Ein CIRS ist implementiert. An regelmässigen Meetings werden CIRS-Meldungen besprochen und Korrekturmassnahmen beschlossen.

Klinik für Chirurgie

Leitung der Klinik: Dr. med. Jürg Knaus, Chefarzt Chirurgie

Personelle Verantwortlichkeiten

Die administrative Klinikführung obliegt dem Chefarzt. Im Bereich Orthopädie liegt die fachliche Verantwortung bei den Leitenden FachärztInnen. Der Spezialbereich Bariatrische Chirurgie/ Adipositaschirurgie wird vom Leitenden Arzt Dr. Peter Nussbaumer betreut.

Klinikkonzept

In der Klinik für Chirurgie werden alle Patienten mit chirurgischen Erkrankungen ambulant oder stationär behandelt. Die fachliche Kompetenz in den Bereichen Allgemein-Viszeral-Gefäss-Thoraxchirurgie sowie Orthopädie-Unfallchirurgie werden von spitaleigenen Fachärzten mit einem Team von drei Oberärzten und neun Assistenten *rund um die Uhr* sichergestellt. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit Belegärzten im Bereich Urologie, Ohren-Nasen-Hals, Gesichts-Kieferchirurgie sowie Augenkrankheiten, welche konsiliarisch beigezogen werden bzw. sie übernehmen bei Bedarf die fachliche Betreuung von Patienten.

Daneben werden von genannten Belegärzten Patienten zugewiesen und stationär betreut. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Zürcher Zentrumsspitalern Balgrist, Universitätsspital, Triemli sowie der Schulthess-Klinik bei Notwendigkeit der Verlegung zur weiteren fachlichen Betreuung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Hause ist garantiert.

Das Leistungsangebot (<http://www.spital-lachen.ch/Leistungsangebot.470.0.html>) wurde 2012 konsolidiert und nicht weiter ausgebaut.

Für den Bereich Bariatrie wurde das Spital 2012 von der Fachgesellschaft SMOB („Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders“) als Adipositas-Referenz-Zentrum zertifiziert.

Patiententherapiepläne

Patiententherapiepläne sind in den Klinikrichtlinien und Pflegeschemen dokumentiert und werden periodisch überarbeitet. Dies gilt für alle Fachbereiche, gleichsam ob spitalintern oder –extern (Belegärzte).

Qualitäts-Screening

Die Klinik ist der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC) und der Gefässdatenbank SWISS-Vasc angeschlossen. Hierbei erfolgt auch ein Benchmarking innerhalb der genannten Qualitätstools mit angeschlossenen Kliniken und wird in jährlichen Auswertungen zur Verfügung gestellt. Seit 2009 ist die Klinik am Pilotprojekt der „FmCH-Publicdatabase“ beteiligt. Hierbei werden die regulären AQC-Daten von den Patienten eingesehen und validiert. Bei Inkorrektheit kann ein Korrekturwunsch direkt bei den betroffenen Klinikern angebracht werden. Die Rücklaufquote beträgt zurzeit 30% und soll bis mindestens 50% gesteigert werden.

Die Überwachung der Infektionsstatistik einiger Tracer-Behandlungen (Leistenbruchoperationen, Dickdarmoperationen) erfolgt durch die SWISS-Noso. Diese wurden 2012 mit den Behandlungen Hüft- und Knieprothesen ergänzt.

Patienten mit einer implantierten Gelenkprothese werden nach 2 und 12 Monaten klinisch und radiologisch fachärztlich nachkontrolliert. Danach werden weitere Kontrollen nach 5 und 10 Jahren postoperativ vorgemerkt und die Patienten aufgeboten. Diese systematischen Nachkontrollen werden seit 2002 durchgeführt und seit 2012 formell im SIRIS-Implantateregister nachgeführt.

Tägliche Röntgen- und Klinikrapporte sowie fachärztliche Visiten stellen die Grundlage der Qualitätskontrolle dar. Die kontinuierliche Fortbildung der Fachärzte wird durch die Fachgesellschaften konzeptuell festgelegt und auch regelmässig überwacht.

In regelmässigen interprofessionellen Rapporten mit den Pflegenden werden Probleme angesprochen und Verbesserungsmassnahmen schriftlich dokumentiert sowie eingeleitet und deren Umsetzung auch überwacht.

Patientenbefragung

Alle Patienten werden zu ihrem Spitalaufenthalt befragt. Die eingehenden Stellungnahmen werden gemeinsam mit der Pflegedienstleitung ausgewertet. Alle nicht anonym eingehenden Rückmeldungen von Patienten werden persönlich beantwortet. Kritische Rückmeldungen werden mit einem individuellen Schreiben beantwortet. Dabei wird auf den Wert von Kritik für die kontinuierliche Verbesserung der Patientenbetreuung speziell hingewiesen. Patienten sollen durch diese Massnahme eine Stärkung ihrer Rolle erfahren. Bei einer Rücklaufquote von 25% waren über 95% sehr zufrieden.

Qualitätszirkel

Einmal jährlich findet ein formeller Qualitätszirkel mit den zuweisenden Grundversorgern statt. Dabei werden fachliche und organisatorische Fragen angesprochen und umgesetzt. Aus diesen Treffen wurde eine schriftliche Vereinbarung zur Kommunikation und Zusammenarbeit erarbeitet. Es wurden gemeinsame Standards in der präoperativen Abklärung festgelegt, damit Doppelspurigkeiten und Mehrkosten verhindert werden können.

Mehrmals jährlich finden überregionale Veranstaltungen zu Fallvorstellungen im Bereich der Traumatologie statt, welche von den Fachärzten besucht werden (Innerschweizer Traumazirkel).

Kundenorientierung

Neben den Qualitätszirkeln erfolgen regelmässige monatliche Fortbildungsveranstaltungen mit den angeschlossenen Grundversorgern und Spezialisten, wo ein intensiver, fachlicher aber auch informeller Austausch stattfindet.

Mitarbeiterorientierung

Die Weiterbildung der Assistenten und Oberärzte wird in einem Weiterbildungskonzept schriftlich geregelt und auf der Homepage publiziert. Regelmässige Überprüfung des Weiterbildungsstandes erfolgt durch halbjährliche und jährliche Qualifikationsgespräche und strukturierte Evaluation (CEX-DOPS). Hierbei werden die fachlichen Kompetenzen durch regelmässige formelle Beurteilung *im klinischen Alltag* überprüft. Die Sammlung dieser Beurteilungen führt zu einer Auswertung des Instituts für Ausbildungsforschung in Bern, welche die individuelle Entwicklung in den fachlichen Dimensionen dokumentiert. Jährlich wiederholend wird auch die Qualität der Weiterbildungsstätte durch die Mitarbeitenden, anhand einer anonymisierten Umfrage der Schweizer Ärztesgesellschaft, beurteilt.

Frauenklinik

Leitung der Klinik: Dr. med. Daniel A. Burger, Chefarzt

Klinik-, Institutions- und Bereichskonzept

Die Frauenklinik deckt die Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe im Rahmen der erweiterten Grundversorgung ab. Das Team der Kaderärzte besteht aus drei Oberarzt-/Oberärztinnen, zum Teil im Teilzeitpensum, einem Leitenden Arzt und einem Chefarzt.

Für alle Bereiche gibt es klare Richtlinien, die im Handbuch bzw. auf dem Intranet abgelegt sind. Die Schwerpunkt-Verantwortlichen besuchen regelmässige Fortbildungen.

Die Zusammenarbeit mit den Belegärztinnen wurde intensiviert. Sie decken einen Teil des Dienstbetriebes ab und nehmen auch regelmässig an Klinikrapporten teil.

Patiententherapiepläne

Die Prozesse sind auf dem Intranet standardisiert. Der Leitende Arzt ist zuständig für die regelmässigen „updates“. Antibiotikatherapien werden gemäss einer interdisziplinär erarbeiteten Richtlinie durchgeführt. Der Austrittsprozess und die Kommunikationsregeln sind schriftlich definiert. Aktuell wird der Austrittsprozess in einer interdisziplinären Projektgruppe neu überarbeitet.

Qualitätsscreening

Zweimal pro Tag gibt es Klinikrapporte, an denen sämtliche Patientinnen im Team besprochen werden. Dies ist die eigentliche Grundlage der Qualitätskontrolle bei der täglichen Arbeit.

Sämtliche stationären Patientinnen werden in der ASF-Statistik erfasst. Dies erlaubt einen umfassenden Überblick über diverse Qualitätsparameter, im Benchmark-Vergleich mit anderen Kliniken.

Pränataldiagnostik

Zwei Kaderärzte sind zertifiziert für die Durchführung von Ersttrimestertests. Die Qualitätssicherung erfolgt über die FMF Deutschland.

Senologie

In der brusterhaltenden Therapie beim Mammakarzinom wurden neue Operationstechniken eingeführt, die noch bessere kosmetische Resultate erlauben unter Berücksichtigung der onkologischen Sicherheit. Auch werden Primärrekonstruktionen zusammen mit dem plastischen Chirurgen angeboten.

Das Spital Lachen partizipiert an der eidgenössischen MIBB Datenbank. Hier werden sämtliche ultraschallgesteuerten Vakuumbiopsien der Brust erfasst. Eingetragen sind hier eine Oberärztin und der Chefarzt.

Alle Brustkrebspatientinnen werden am interdisziplinären Tumorboard am BKP (Verein Brustknotenpunkt) im Stadtspital Triemli Zürich besprochen.

Urogynäkologie

Die Frauenklinik des Spitals Lachen verfügt über einen urodynamischen Messplatz. Hier werden apparative Inkontinenzabklärungen durchgeführt.

Im operativen Bereich wurde eine neue Operationsmethode eingeführt, die bei schwer kranken bzw. polymorbiden Patientinnen zur Anwendung kommt.

Nosokomiale Infekte

Das Spital Lachen partizipiert weiterhin mit der Tracer Sectio an der Swiss Noso Studie.

Geburtshilfe

Die Geburtshilfe am Spital Lachen ist sehr beliebt, dies zeigt sich an den steigenden Geburtenzahlen. Neu haben wir im 2012 patientengesteuerte Analgesie (PCA) unter der Geburt mit hoher Akzeptanz bei den Frauen eingeführt.

Neu wurde auch die Babygalerie verbessert im Sinne einer Professionalisierung der Aufnahmen durch eine Fotografin.

Patientenbefragung

Als kontinuierlicher Prozess werden alle Patientinnen zu ihrem Spitalaufenthalt befragt. Die eingehenden Stellungnahmen werden gemeinsam mit der Pflegedienstleitung ausgewertet. Alle nicht anonym eingehenden Rückmeldungen werden persönlich beantwortet. Die Rückmeldungen sind überwiegend positiv. Im Jahre 2012 haben, wie im Vorjahr, 97% der Patientinnen bezüglich Zufriedenheit mit „sehr gut“ und/oder „gut“ geantwortet.

Qualitätszirkel

Es findet ein- bis zweimal jährlich ein Qualitätszirkel mit den Hausärzten statt.

Der Leiter der Frauenklinik hat vor 6 Jahren einen überregionalen Qualitätszirkel für Fachärzte gegründet (Gyn-Club Oberer Zürichsee). Hier treffen sich Fachärzte ein- bis zweimal pro Jahr zu einem Fachreferat mit Referenten aus dem In- und Ausland mit der Möglichkeit von anschliessenden Fallbesprechungen.

Es finden auch regelmässige Treffen mit den Belegärzten statt zur Optimierung von Schnittstellen und für Problembesprechungen.

Kundenorientierung:

Weiterbildungsveranstaltungen für Hausärzte und Zuweiser werden spitalintern organisiert und durchgeführt. Es finden regelmässige Gespräche mit Fachspezialisten der umliegenden Spitäler statt zur Evaluation von allfälligen Kooperationsmöglichkeiten.

Patientenorientierung

Um die Wartezeiten bei den ambulanten Konsultationen verkürzen zu können, wurde die Sprechstundentätigkeit ausgebaut.

Anlässlich der Informationsabende für werdende Eltern wird ein Feedback-Formular verteilt. Anhand dieser Rückmeldungen wird der Prozess Info-Abend laufend optimiert.

In der Geburtshilfe wird grosser Wert auf eine individualisierte Geburtshilfe gelegt. Die Gebärenden und ihre Partner werden ermutigt, ihre Bedürfnisse im Vorfeld zu verbalisieren, damit auf spezielle Wünsche eingegangen werden kann.

Mitarbeiterorientierung

Die Assistenz- und Oberärzte erfahren eine gezielte Förderung bezüglich Weiterbildung, indem sie Kurse und Kongresse besuchen können, die auch von der Klinik finanziert werden. EGONE wurde für die Assistenzärzte erfolgreich implementiert. Wir bieten die von der FMH empfohlenen und von der Uni Bern entwickelten Arbeitsplatz-basierten Assessments MINI CEX und DOPS an. Wöchentlich gibt es eine klinikinterne Fortbildung.

Mitarbeitergespräche für Ärzte in Weiterbildung werden in 6-monatlichen Abständen durchgeführt und dienen als Führungsinstrument zur Optimierung der ärztlichen Weiterbildung. Einmal pro Jahr werden die FMH-Formulare ausgefüllt und mit den Ärzten in Weiterbildung besprochen.

Regelmässige FMH-Befragungen der Assistenzärzte orientieren über die Qualität der ärztlichen Ausbildung und stellen die Grundlage für Verbesserungen dar. Die Auswertungen werden jeweils mit den Assistentinnen ausführlich diskutiert.

Prozessoptimierung

Als Grundlage der Prozesse dient das Handbuch „Richtlinien und Weisungen der Frauenklinik“. Hier werden Anpassungen kontinuierlich vorgenommen.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Ein CIRS ist spitalweit implementiert. Die Kultur und Fehlererkennung wird aktiv gelebt. Es finden regelmässige Sitzungen zur Evaluation von Meldungen und Besprechungen von Korrekturmassnahmen durch das Review-Team statt.

Institut für Radiologie

Leitung des Institutes: Prof. Dr. med. Johann Link, Chefarzt

Die diagnostischen Untersuchungen und die Interventionen im Institut für Radiologie werden von allgemeinradiologischen Ärzten durchgeführt. Es besteht eine Standardisierung der Untersuchungsprotokolle, wobei bei speziellen und zusätzlichen Fragestellungen additive Protokolle bereitstehen. Die Protokolle werden laufend nach den Entwicklungen der modernen Medizin modifiziert und gepflegt.

Institutskonzept

Für die Befundung der Mammographien wird das 4-Augen-Prinzip angewendet. Die Befunddokumentation erfolgt generell mittels einem Radiologieinformationssystem und einem sogenannten Patientenarchivierungs- und Kommunikationssystem. Es besteht eine kontinuierliche fachliche Weiterbildung des gesamten Personals.

Patiententherapiepläne

Die verabreichte Strahlendosis, speziell im Hochdosisbereich Computertomographie wird kontinuierlich erfasst und im Radiologieinformationssystem dokumentiert. Die vom BAG definierten Werte werden streng eingehalten.

Qualitäts-Screening

Neben der Untersuchungsqualität erfolgt ein fortlaufendes Überwachen der Dosisparameter, wobei ein optimales Verhältnis zwischen guter diagnostischer Qualität und einer möglichst geringen Strahlenapplikation angestrebt wird.

Patientenbefragung

Alle Patientinnen und Patienten werden während ihrem Spitalaufenthalt befragt. Die Stellungnahmen werden einzeln ausgewertet.

Qualitätszirkel

Es finden innerhalb des Instituts monatliche Sitzungen mit allen Institutsangehörigen statt, wobei die täglichen Routineabläufe überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Auch werden in diesem Forum Neuerungen in den einzelnen Abläufen eingepflegt. Innerhalb des Spitals werden die jeweiligen Abläufe aufeinander abgestimmt.

Kundenorientierung

Es besteht eine Zusammenkunft mit den Zuweisern bei monatlich stattfindenden Weiterbildungsveranstaltungen sowie im Rahmen eines einmal jährlich stattfindenden Qualitätszirkels. Ferner erfolgen Einzelgespräche mit den Zuweisern um deren Bedürfnisse entgegenzunehmen.

Patientenorientierung

Die im Institut für Radiologie durchgeführten Gefäßinterventionen sowie die interventionellen Massnahmen, die CT-gesteuert erfolgen, werden im BQS-Register der DGIR registriert.

Mitarbeiterorientierung

Es besteht ein vertrauensvolles Betriebsklima, das von einer offenen Kommunikation geprägt ist. Eine wertvolle Basis für die Mitarbeiterorientierung sind Einzelgespräche mit den Mitarbeitern.

Prozessoptimierung

Die im Institut für Radiologie erbrachten Leistungen werden vollständig elektronisch dokumentiert. Es besteht ein Vorgehen nach vorher definierten Standards. Ziel ist es, eine optimale medizinische Qualität bei gleichzeitig schneller Befundverfügbarkeit zu gewährleisten.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Es besteht sowohl mit den Zuweisern innerhalb des Spitals als auch ausserhalb des Spitals eine enge Kommunikation auf der Basis der täglichen Klinikrapporte bzw. auf der Basis von gemeinsamen Treffen. Patienten werden dabei gemeinsam erörtert. Über das Feedback-Instrument werden entsprechende Anpassungen herbeigeführt, die wiederum zu einer Verbesserung der Qualität führen. Der PDCA-Zyklus dient als Vorbild für diesen kontinuierlichen Prozess.

Institut für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin

Leitung des Institutes: Dr. med. Andreas Hirlinger, Chefarzt

Allgemeines

Das Institut für Anästhesiologie, Intensiv- und Rettungsmedizin setzt sich seit Jahren für eine dauernde Weiterentwicklung der Betreuungsstandards, der internen (im Rahmen des Spitalaufenthaltes), wie auch der externen Patientensicherheit (präklinisch durch den Rettungsdienst und das Notarztsystem). Als Grundlage dazu dient eine fundierte und nachhaltig auf hohem Ausbildungsstand stehende Anästhesie in technischen wie auch medizinisch pflegerischer und ärztlicher Leistung. Die von jedem ärztlichen Mitarbeiter verlangten Weiterbildungen werden sowohl in Anästhesie, Intensivmedizin als auch in der Rettungsmedizin absolviert und durch die entsprechenden Fachgesellschaften regelmässig kontrolliert und validiert.

Personelle Verantwortlichkeiten

Dr. med. A. Hirlinger leitet das Institut für Anästhesiologie. Zusammen mit der Leitenden Ärztin Frau Dr. med. A. Stauffacher werden am Spital Lachen eine Intensivstation die Anästhesie sowie die notärztliche Betreuung des Rettungsdienstes für die Bezirke March und Höfe organisiert. Dr. Thomas Wolf ist primär verantwortlich für die am Spital Lachen ambulant auf Zuweisung der Hausärzte durchgeführten Schmerztherapien.

Die am Institut für Anästhesiologie arbeitenden Ärzte sind alles Fachärzte. Im Rahmen von regelmässig stattfindenden Arzt-Rapporten und den beim kleinen Team bestehenden kurzen Kommunikationswegen ist lösungsorientiertes Angehen von sowohl organisatorischen wie auch medizinischen Problemen ohne Schwierigkeiten möglich.

Klinik-, Instituts- und Bereichskonzept

Das Organisationskonzept des Institutes für Anästhesiologie und Intensivmedizin richtet sich an der täglich notwendigen perioperativen medizinischen Betreuung der am Spital Lachen operierten Patienten.

Ausserdem wird die intensivmedizinische Betreuung von schwer erkrankten Patienten durch die Intensivmediziner des Institutes während 24h das ganze Jahr über sichergestellt. Die ärztliche Betreuung der Patienten auf der Intensivstation ist entsprechend den Vorgaben der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin umgesetzt.

Die Ärzte des Institutes stehen ausserdem für die präklinische Versorgung von akut und lebensbedrohlich erkrankten Patienten in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst und der Notfallorganisation 144 jederzeit abrufbereit zur Verfügung. Dies wird täglich durch einen 24h Notarztdienst mit 5 Min. Einsatzzeit gewährleistet.

Durch unseren Dienst und das umgesetzte Picket System sind die Betreuung und Behandlung von Patienten bei Notfalloperationen, schwer- und lebensbedrohlich erkrankten Patienten im Spital, Notfällen auf der Notfallstation wie auch ein Reanimationsdienst täglich über 24h am Spital Lachen jederzeit sichergestellt.

Für die verschiedenen Kliniken am Spital Lachen steht die Anästhesie jederzeit, und dies über 365 Tage im Jahr, bei schwerwiegenden Problemen von Patienten, welche lebenserhaltende Massnahmen, akute Schmerztherapie, Sedation, oder sonstigen anästhesiologischen Support benötigen, zur Verfügung.

Qualitäts-Screening

Die täglich auf der Abteilung zweimal durchgeführte Schmerzvisite stellt die Grundlage einer guten perioperativen Schmerztherapie bei stationär operierten Patienten dar. Täglich werden die stationären Patienten am ersten postoperativen Tag durch die Anästhesie visitiert und etwaige Probleme beim Patienten oder wenn notwendig regelmässig im Team besprochen.

Patienten auf der Intensivstation werden jeweils vor der grossen Morgenvisite mit den Operateuren zusammen diskutiert und entsprechend notwendige Therapieanpassungen werden vorgenommen.

Die von der FMH verlangten Fort- und Weiterbildungen werden besucht und regelmässig evaluiert. Anlässlich der Patienten Visiten werden pflegerische Probleme direkt mit den beteiligten Pflegepersonen diskutiert und entsprechende Schlussfolgerungen umgesetzt.

Patientenbefragung

Patienten werden unmittelbar nach einer durchgeführten Operation oder Intervention im Aufwachraum konsultiert. Am ersten postoperativen Tag werden die Patienten besucht und nach ihrem Befinden und dem Anästhesie relevanten Krankheitsverlauf befragt. Patienten welche vom Schmerzteam betreut werden, werden täglich zweimal visitiert und die gewonnenen Erkenntnisse über Befinden und Verlauf sowie die notwendigen Therapieanpassungen werden notiert und am gemeinsamen Institutsrapport täglich besprochen. Die Rückmeldungen der Patienten sind überwiegend positiv und bestärken uns den direkten Patientenkontakt weiterhin zu pflegen. Die von den Kliniken durchgeführten Patientenbefragungen, werden bei Anästhesie relevanten Äusserungen der Patienten zurück gemeldet und als Folge davon der direkte Patientenkontakt gesucht. Anästhesie kritische Äusserungen im Patienten Fragebogen sind sehr selten.

Prozessoptimierung

Die Prozesse werden im Sinne des PDCA (Plan-Do-Check-Act)-Zyklus kontinuierlich verbessert. Zu den für unser Institut wichtigsten Prozessen gehören die präoperative Patientenabklärung, der Schlüsselprozess OP die Visiten und die Therapieverordnungen auf der Intensivstation. Der ambulante Schmerzdienst wird durch eine intensive Zusammenarbeit mit der Tagesklinik und der Aufwachraumstation als Prozess wahrgenommen und gelebt und entsprechend den Patientenbedürfnissen optimiert.

Pflegedienst & Paramedizin

Leitung: Marcus Lanitz, Leitung Pflegedienst

Pflegedienst

Kontinuierliche Qualitätssicherung

Bestehende Pflegerichtlinien und Behandlungsabläufe, welche im Intranet für alle Mitarbeiter verfügbar sind, werden kontinuierlich an definierten Sitzungen durch die Abteilungsleitungen kritisch überprüft und in Zusammenarbeit mit den betroffenen Parteien (Ärzte, Medizintechnische Bereiche, Pflegeexperten, etc.) überarbeitet und angepasst.

In der Umsetzung des komplexen Pflegeprozesses (Pflegeanamnese, Pflegediagnostik, Verlaufsdocumentation, Pflegevisite, etc.) werden die Mitarbeiter durch Pflegeexperten mittels zielorientierten Praxisberatungseinheiten unterstützt und gefördert. Die Ergebnisse dieser Beratungen werden mit den Mitarbeitern und den Abteilungsleitungen gemeinsam besprochen und Entwicklungsmassnahmen festgelegt.

Nachhaltigkeit Grade-/Skillmix

Neue, aber auch bereits länger angestellte Mitarbeiter können fünf Mal im Jahr das Angebot der Fortbildung zum Konzept Grade-/Skillmix nutzen. Durch ein gezieltes Delegationstraining (via Leitfaden Delegation, Checkliste Delegation und Funktionendiagramm) seitens der Bereichsleitung erfolgt die Schulung und Überprüfung der Mitarbeiter bei der Umsetzung des Konzeptes Grade-/Skillmix.

Regelmässig findet die Überprüfung des Grade-/Skillmix anhand von geplanten Sitzungen mit den Abteilungsleitungen statt. 2012 wurde in diesem Rahmen das Funktionendiagramm von Fachfrau/-mann Gesundheit evaluiert und angepasst.

Beurteilungs- und Förderungsgespräche (B&F)

Einmal pro Jahr wird mit jedem Mitarbeiter ein Beurteilungs- und Förderungsgespräch durchgeführt, in dem sich Mitarbeiter und Abteilungsleitung gegenseitig gezielt Feedback anhand definierter Kriterien geben und die daraus resultierenden Förderungsmöglichkeiten festgelegt. Weiterhin werden in diesem Gespräch, die im Rahmen des B&F festgelegten Mitarbeiterziele, gemeinsam besprochen.

Critical Incident Reporting System (CIRS)

An regelmässigen CIRS-Sitzungen werden eingegangene CIRS-Fälle durch die CIRS-Verantwortlichen besprochen und als CIRS-Comments bearbeitet. Dabei werden eingegangene bereichsübergreifende Problemstellungen prozesshaft analysiert, geeignete Massnahmen definiert und umgesetzt.

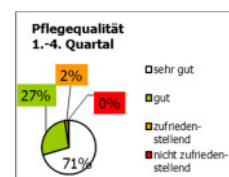
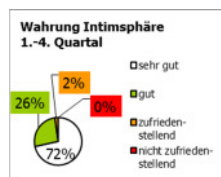
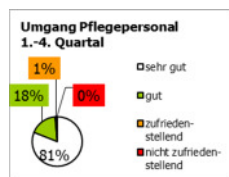
Interner Patienten-Fragebogen

Alle austretenden Patientinnen und Patienten erhalten ein Formular, auf welchem sie uns Feedback zum Spitalaufenthalt geben können. Die schriftlichen Rückmeldungen werden vom Direktionssekretariat geprüft und gegebenenfalls zur Weiterbearbeitung den betroffenen Bereichen weitergeleitet. Alle Patienten erhalten ein vom Klinikleiter und von der Pflegedirektorin unterschriebenes Antwortschreiben.

Spital Lachen AG/Leitung Pflegedienst

Patientenumfragebogen 2012
Auswertung Pflege, Punkt 5

Auswertung Punkt 5 Pflege alle Stationen, ohne MuKi		sehr gut	gut	zufriedenstellend	nicht zufriedenstellend	
1.- 4.Quartal	Wie beurteilen Sie den Umgang der Pflegepersonen mit Ihnen?	535	116	6	3	Rücklauf 937
1.- 4.Quartal	Wurde Ihre Intimsphäre gewahrt?	475	174	15	0	
1.- 4.Quartal	Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung vom Pflegepersonal berücksichtigt?	466	183	5	1	
1.- 4.Quartal	Wie schätzen Sie die Qualität der pflegerischen Betreuung ein?	472	182	14	2	



Die Ergebnisse der internen Fragebögen zeigen auf, das die Zufriedenheit der Patienten 2012 im Vergleich zu 2011 gehalten und im Bereich Pflegequalität sogar leicht verbessert werden konnte.

Paramedizin 2012

Organisation

Die Paramedizin im Spital Lachen setzt sich aus folgenden Fachbereichen zusammen. Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Physiotherapie und Ergotherapie. Alle diese Fachbereiche sind sowohl ambulant wie auch stationär tätig. Hinzu kommt eine externe Logopädin, die während zwei Tagen in der Woche, ambulante und stationäre Patienten (z.B. bei Sprachstörungen nach frischem Insult) betreut. Die Bereiche der Paramedizin arbeiten sehr eng interdisziplinär im Haus zusammen.

Kontinuierliche Qualitätssicherung

Alle Mitarbeiter der Paramedizin besuchen regelmässig interne- und externe Weiterbildungen. So gibt es in diversen Bereichen Fachspezialisten wie z.B. auf den Gebieten der Bariatrie, Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien, Beckenbodentherapie, manuelle Lymphdrainage, Neurologische Behandlungen nach Bobath, Sportphysiotherapie, Handtherapie usw., wodurch ein breites Spektrum an Patienten professionell und individuell betreut werden kann. Die Therapien arbeiten nach den Richtlinien des ICF, dabei integrieren die Mitarbeitenden diverse Assessments und führen eine kontinuierliche Evaluation ihrer Therapien durch. Es finden regelmässige Rapporte der Beratungen mit den Ärzten der Medizin statt, wo die stationären Patienten besprochen werden. Zusätzlich nimmt die Ernährungsberatung an der wöchentlichen Chirurgie-Chefarztvisite teil. Anhand dieser Besprechungen können eventuelle Mangelernährungen verhindert werden. Die Diabetes- und Ernährungsberatung nimmt monatlich an den Fallbesprechungen des Konsiliararztes Prof. Dr. med. Roger Lehmann, Diabetologe und Endokrinologe und den Ärzten der Medizin teil. Die Physiotherapie und Ernährungsberatung sind Bestandteil der monatlichen bariatrischen Besprechungen. Diese interdisziplinären Besprechungen garantieren eine kontinuierliche Qualitätssicherung und sind Bestandteil des bariatrischen Konzepts. Die Ärzte der Orthopädie besprechen in regelmässigen Abständen ihre ambulanten sowie stationären Patienten mit den Physio- und Ergotherapeuten. Die Diabetesberatung wird bei diabetischen Patienten zur Fussprechstunde beigezogen. In regelmässigen Abständen führen sie die Qualitätskontrolle der hausinternen Blutzuckermessgeräte durch. Durch die diversen Rapporte und regelmässigen Besprechungstermine kann eine gute und professionelle Zusammenarbeit im Spital Lachen AG gewährleistet werden.

Patientenorientierung

Stationären Patienten steht das ambulante Leistungsangebot im Anschluss an den Aufenthalt zur Verfügung. Basierend auf den Bedürfnissen des Patienten und unter Beachtung des Therapieplanes werden die Termine bestmöglich disponiert. Dies sowohl im Bereich der Beratung, wie auch im Bereich der Therapien. Es findet zweimal jährlich ein öffentliches Diabetesbuffet statt, welches von den Beratungen in Zusammenarbeit mit der Physiotherapie organisiert wird. Die Diabetesberatung führt einmal pro Jahr eine öffentliche Qualitätsprüfung der Blutzuckermessgeräte durch.

Prozessoptimierung

Alle stationären Behandlungen werden im Klinikinformationssystem eingetragen, wodurch jeder im Haus Einsicht über den Verlauf der Beratung und der Therapie hat. Die Verläufe werden möglichst objektiv verfasst, wodurch messbare Zeichen verdeutlicht werden. Die Ernährungsberatung ergänzt den Verlauf mit relevanten Angaben, damit der Prozess der Ernährungstherapie bei Mangelernährung abgebildet wird und dies zur Codierung der Malnutrition hinzugezogen werden kann.

Laufende Projekte

Die ambulante Herzreha Obersee, wurde im Herbst 2011 gegründet und im Jahr 2012 laufend ausgebaut, so dass im November 2012 bereits das Audit für die SAKR-Akkreditierung stattfinden konnte. Die Durchführung der Qualitätsprüfung durch die SAKR fand in Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Ärzten, Herr Dr.med. Christian Steffen und Frau Dr.med. Imke Poepping und Herrn Raphael Thür/Herztherapeut nach Richtlinien der SAKR und der zukünftigen Herztherapeutin Frau Dina Buess statt. Zu unserer Freude viel das Audit positiv aus und wir dürfen uns nach nur einem Jahr zu den offiziellen Einrichtungen auf der Liste der SAKR zählen. In diesem Zusammenhang muss unbedingt auch die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Ernährungsberatung, der Raucherentwöhnung und der externen Psychologin Frau Irene Papagni erwähnt werden.

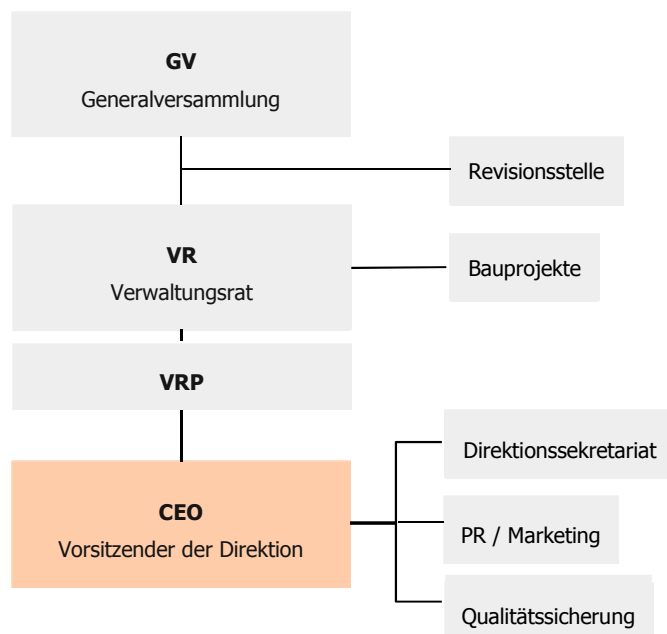
Alle zusammen bilden einen sehr wichtigen Bestandteil der ambulanten Herzreha. Das Dia-fit konnte auch im Jahr 2012, durch Frau Myriam Scherrer Dia-fit Therapeutin und des Ärztlichen Leiters, Herr Dr.med. Christian Steffen, mit zwei laufenden Gruppen kontinuierlich weiter bestehen.

Es handelt sich um ein Langzeitprojekt, bei welchem Diabetiker/innen Typ 1 und 2, 1x/Woche als Selbstzahler ein Bewegungsprogramm besuchen. Ein weiteres Projekt, das durch die Listung als Referenzzentrum für bariatrische Chirurgie kontinuierlich ausgebaut wird, ist die Bariatriegruppe. Übergewichtige Patienten, mit oder ohne operative Eingriffe, werden hier in zwei Gruppen von zwei Physiotherapeutinnen 1x/Woche während ca. 5 Monaten in einem speziellen Bewegungsprogramm unterrichtet. Zu unserer Freude konnten im Jahr 2012 beide Gruppen mit konstant ca. 6 Teilnehmern geführt werden.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Kader der Spital Lachen AG setzt sich periodisch und intensiv mit den Bedürfnissen der verschiedenen Anspruchsgruppen auseinander. So konnte im Jahr 2011 die erste EFQM-Zertifizierungsstufe „Committed to Excellence“ erlangt werden. Ziel ist es, auch für die Zukunft, mit der Methode des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses den Anforderungen der verschiedenen Anspruchsgruppen unter Beachtung einer optimalen Kosten-Nutzen-Relation bestmöglich gerecht zu werden. Dabei soll die Wettbewerbsfähigkeit der Spital Lachen AG zudem nachhaltig gestärkt werden. Die Verbesserungen sollen unter Anwendung des PDCA-Zyklus – PLAN, DO, CHECK, ACT realisiert werden. So gelingt es dem Spital Lachen AG auch in Zukunft, sukzessive an Excellence zu gewinnen.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



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

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Patrick Eiholzer	055/ 451 30 00	Patrick.Eiholzer@spital-lachen.ch	CEO
Adolf Steinbach ab Mitte Juli 2013	noch nicht definiert!	Adolf.Steinbach@spital-lachen.ch	Qualitätsverantwortlicher

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 → Spital Lachen AG → Kapitel „Leistungen“.

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	Lachen	Konsiliararzt mit Praxis in der Nähe des Spitals
Allgemeine Chirurgie	Lachen	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Lachen	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	Lachen	Konsiliararzt mit Praxis in der Nähe des Spitals
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Lachen	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		Universitätsspital; Zürich
Handchirurgie	Lachen	Belegarzt mit Praxis in der Nähe des Spitals
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und am Gefässen im Brustkorb und-raum)		Klinik im Park; Zürich Universitätsspital; Zürich
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	Lachen	Konsiliararzt

<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Lachen	Konsiliararzt
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Lachen	
<input type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)		
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	Lachen	Universitätsspital; Zürich
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	Lachen	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Lachen	
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)	Lachen	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Lachen	Universitätsspital; Zürich
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Lachen	
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Lachen	Konsiliararzt
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Lachen	Konsiliararzt
Intensivmedizin	Lachen	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Lachen	Belegarzt mit Praxis im Hause
Kinderchirurgie		Kinderspital; Zürich
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)		
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Lachen	Belegarzt mit Praxis in der Nähe des Spitals
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Lachen	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Lachen	Belegarzt mit Praxis in der Nähe des Spitals
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Lachen	Konsiliarärzte
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Lachen	Belegarzt mit Praxis in der Nähe des Spitals
Psychiatrie und Psychotherapie		

Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	Lachen	
Tropen- und Reisemedizin		Tropeninstitut; Zürich
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Lachen	Belegärzte

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Lachen	
Ergotherapie	Lachen	
Ernährungsberatung	Lachen	
Logopädie	Lachen	
Neuropsychologie		
Physiotherapie	Lachen	
Psychologie	Lachen	
Psychotherapie		

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	17'190	16'986	
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener	2	2	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	5'851	5'890	Austritte
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	451	438	Austritte
Geleistete Pflage tage	34'906	35'678	Austritte
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	116	119	Inkl. Spezialbetten (IPS)
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6	6.1	
Durchschnittliche Bettenbelegung	90.9	87.9%	

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2012

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

- ⓘ Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiovaskuläre Rehabilitation	Lachen	1	65	
Muskuloskeletale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Paraplegiologische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Überwachsungsabteilung (Intensivrehabilitation)				

C4-4 Personelle Ressourcen

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort)
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	1
Facharzt Neurologie	
Facharzt Pneumologie	
Facharzt Kardiologie	1.6
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	1.6
Facharzt Psychiatrie	

- ⓘ Spezifische Fachärzte sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort)
Pflege	
Physiotherapie	11.4
Logopädie	
Ergotherapie	
Ernährungsberatung	
Neuropsychologie	

- Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den **diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften**.

D 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 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .	
	Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung 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 der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	92.1%	Mittelwert Gesamtkollektiv

Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
<input type="checkbox"/> Mecon <input type="checkbox"/> Picker <input type="checkbox"/> PEQ <input type="checkbox"/> MüPF(-27) <input type="checkbox"/> POC(-18) <input type="checkbox"/> PZ Benchmark	<input checked="" type="checkbox"/>	Name des Instruments	OPF – validierter Patienten-Fragebogen mit Benchmark	Name des Messinstituts	hcri AG
<input checked="" type="checkbox"/>					
Beschreibung des Instruments		Validierter Fragebogen mit freiwilliger Angabe von Namen, Vorname und Adresse Einige der 23 Aspekte, die befragt wurden : <ul style="list-style-type: none"> • Umgang bei Eintritt • Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegenden und Funktionsdiensten • Betreuungsqualität durch die Pflege • Schmerz • Menschliche und Fachliche Kompetenz der Ärzten und Pflegenden • Medizinische Aufklärung (Behandlung und Risiken) • Informationsvermittlung • Informationsumfang für Patient und Angehörige • Diskretion • Subjektiver Behandlungserfolg • Entlassung und weitere Behandlungsschritte 			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten ≥ 18 Jahren Stationärer Spitalaufenthalt von mindestens 24 Stunden Austritt während dem Monat November Akutsomatische Hospitalisation (inkl. Wochenbett) Einmalige Befragung pro Patient Patienten, die in der Schweiz wohnen		
	Ausschlusskriterien	Patienten, die während dem Spitalaufenthalt versterben		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		158		
Rücklauf in Prozent		58,7%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" 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 Beschwerde-management oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Beschwerdemanagement
Name der Ansprechperson	Claudia Pfister
Funktion	Direktionsassistentin
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	055/ 451 30 01
Bemerkungen	Die Patientenzufriedenheit erheben wir laufend durch einen internen Fragebogen. Die Rückmeldungen werden regelmässig ausgewertet, Massnahmen eingeleitet. Die Patienten erhalten ein vom Klinikleiter und der Pflegedirektion unterschriebenes Antwortschreiben.

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Analyse Fachabteilung bezogene Stationen versus interdisziplinäre Stationen	Analyse Fachabteilung bezogene Stationen versus interdisziplinäre Stationen	Pflegestationen	bis 31.12.2013
Zimmersanierung	Abschluss der Sanierung	Pflegestationen	bis 31.07.2013

D2 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 checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung 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... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung		
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Externes Messinstrument			
Name des Instruments		Name des Messinstituts	
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

D3 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 die Mitarbeiterzufriedenheit nicht . Begründung			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.			
<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		2006	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung 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 der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung	Messung liegt zu weit zurück und ist daher auch nicht mehr aktuell!	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Externes Messinstrument			
Name des Instruments		Name des Messinstituts	
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Einführung neues Besoldungssystem	per 01.01.2013	ganzes Haus	termingerecht erledigt!
Einführung neues Ferienreglement	per 01.01.2013	ganzes Haus	termingerecht erledigt!
Analyse Fachabteilung bezogene Stationen versus interdisziplinäre Stationen	Analyse Fachabteilung bezogene Stationen versus interdisziplinäre Stationen	Pflegestationen	bis 31.12.2013

D4 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 die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: noch offen!

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung 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 der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	Gut	Einzelexploration auf der Ebene von 16 detaillierten und umfassenden Interviews.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Einzelexploration	Name des Messinstituts Qualitest AG (Dr. A. Lorenz)
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	16 Hausärzte der Region	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		16 Einzelexplorationen	
Rücklauf in Prozent		100%	Erinnerungsschreiben? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja

E 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 ANQs 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.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

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.

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®¹ 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: www.anq.ch und www.sqlape.com

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?					
<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:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:					
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
Intern	Extern				
					A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung		Leider ist bis anhin die Funktionalität des SQLape-Tools (Software) noch nicht so weit fortgeschritten, dass die Spitäler mit einsetzbaren Auswertungen und Messergebnissen bedient werden können.			
Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinstanz		Bundesamt für Statistik BFS ³			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)			
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.			
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)					
Bemerkung					

¹ SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

² A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen.

³ 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 Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein 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. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?				
<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:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
				A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung		Leider ist bis anhin die Funktionalität des SQLape-Tools (Software) noch nicht so weit fortgeschritten, dass die Spitäler mit einsetzbaren Auswertungen und Messergebnissen bedient werden können.		
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinstanz		Bundesamt für Statistik BFS ⁵		
Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)		
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).		
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)				
Bemerkung				

⁴ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen.

⁵ 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 Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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 ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende 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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde 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:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:			01.10.2011 – 30.09.2012	Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Hernieoperationen	130	0	0% (0-1.5)	0.62% (0-1.5)
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	31	5	16.1% (0.5-32)	14.6% (3-29.75)
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)	132	1	0.76% (0-4)	1.42% (0.25-5)
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	20	<i>Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	13			
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)	3	1	33.3% (0.5-90.5)	% ()

⁶ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Allgemein

Die oben angegebenen Vertrauensintervalle lassen keine robuste Interpretation der Ergebnisse zu. Ebenfalls wurden sie seitens SwissNOSO nur grafisch und nicht in Zahlenangaben zur Verfügung gestellt.

Hernienoperationen

In der Erfassungsperiode wurde bei 130 durchgeführten Operationen kein Infekt erfasst. Die durchschnittliche Infektionsrate der Vergleichsspitäler liegt bei 1.53%, wobei die Infektionsrate zwischen 0 und 9.09% schwankt. Die Spitalinterne Infektionsrate konnte zwar zum Vorjahr gesenkt werden umfasst aber das gleiche Vertrauensintervall aus der Vorperiode. Die Follow-up-Rate liegt mit 83.8% unter der Rate der Vergleichsspitäler (92.9%) Die Operationszeit liegt mit durchschnittlich 84.2 Minuten 13.9 Minuten über dem schweizerischen Durchschnitt, wobei keine Aussage über das Verhältnis von ein- und zweiseitigen Operationen gemacht werden kann. Des Weiteren erfasst das Spital auch nur Leistenhernien und keine Narben- und Nabelhernien. In 93.8% erzielten Patienten mit Kontaminationsklasse I die Antibiotika innerhalb einer Stunde vor OP vs. 81.4% des Vergleichskollektives. Der durchschnittliche Spitalaufenthalt ist mit 1.7 Tagen niedriger gegenüber dem Vergleichskollektiv mit 2.4 Tagen.

Dickdarm (Colon)

Das Spital Lachen weist bei 31 Colonoperationen 5 Infektionen auf. Davon waren 60% oberflächlich und 40% im Organ/Hohlraum. Die Infektionsrate liegt mit 16.1% leicht über dem Vergleichskollektiv mit 13.7%, wobei bei laparoskopischen Eingriffen kein Infekt gegenüber 7.8% dokumentiert wurde. Das Vertrauensintervall ist minim grösser wie in der Vorperiode. 2 der 5 Infekte entstanden nach der Entlassung aus dem Spital. Die schweizweite Infektionsrate liegt zwischen 0 und 62.5%. Der prozentuale Anteil von Patienten mit ASA-Score >3 liegt mit 45.1% über dem Vergleichskollektiv mit 40.4%. Der durchschnittliche Spitalaufenthalt liegt mit 13 Tagen unter dem Vergleichskollektiv mit 14.4 Tagen. Sämtliche Colonoperationen konnten mit einem Follow-up abgeschlossen werden vs. 95.8% der Vergleichsspitäler.

Rectumoperationen

Die Erfassung der Rectumoperationen als eigenständige Operation im Rahmen von Swissnoso erfolgte erst ab Juli 2012. Somit wurden erst drei Operationen für den restlichen Erfassungszeitraum bis 30.09.2012 in die Auswertung einbezogen. Bis Juli 2012 wurden die Rectumoperationen unter den Colonoperationen miterfasst. Das Spital Lachen weist bei dieser Erfassung einen Infekt auf (33.3%) gegenüber 11% der anderen Spitäler. Die Infektionsrate innerhalb der erfassenden Kliniken liegt zwischen 0 und 100%. Das durchschnittliche Alter der operierten Patienten ist mit 68.2 Jahren höher als der anderen Spitäler mit 66.4 Jahren. Sämtliche erfassten Patienten mit Kontaminationsklasse II erhielten im Spital Lachen die Antibiotikagabe innerhalb einer Stunde vor OP vs. 58.3% des Vergleichskollektives.

Mit einem Infekt auf drei Operationen ist die Statistik, völlig unsicher, was das grosse Vertrauensintervall von 0.5-90.5% zeigt.

Kaiserschnitte

Obwohl der Erfassungszeitraum für diesen Bericht nur 12 statt der 15 Monate aus dem Vorjahresbericht ist, wurden lediglich 10 Kaiserschnittoperationen weniger erfasst. Dabei konnte nur ein oberflächlicher Infekt auf 132 Operationen beobachtet werden. Somit wurde die Infektionsrate zwar von 1.42% auf 0.76 reduziert, wobei das Vertrauensintervall von nahezu 0-4% deutlich grösser ist als die Reduktion von 0.7% gegenüber der Vorperiode. Die Werte im schweizweiten Vergleich variieren zwischen 0 und 8.7%, wobei der Benchmark bei 1.61% liegt. Sowohl der Anteil an Patientinnen mit ASA-Score > 3 (9.8% vs. 5.5%), als auch mit Kontaminationsklasse > 3 (23.5 vs. 19.8%) liegen über dem Vergleichskollektiv. In 92.1% vs. 33% der Operationen erhielten Patientinnen mit Kontaminationsklasse II die Antibiotika innerhalb einer Stunde mit einem Durchschnitt von 30.4 Minuten vor Schnitt. Die Aufenthaltsdauer bei Patientinnen ohne Infektion liegt fast einen Tag unter dem Vergleichskollektiv.

Erstimplantationen von Hüft- und Kniegelenksprothesen

Mit der Erfassung der elektiven Implantation von Hüft- und Kniegelenksprothesen wurde erst am 01.06.2012 begonnen. Aufgrund des einjährigen Follow-up können die ersten wenigen Aussagen im Qualitätsbericht 2013 gemacht werden.

<input type="checkbox"/>	Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
	Begründung

Informationen für das Fachpublikum

Auswertungsinanz	SwissNOSO
------------------	-----------

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		356
Bemerkung		Bis Ende 2011 wurde das Einverständnis der involvierten Patienten auf schriftlicher Basis eingeholt. Ab Anfang 2012 werden die Patienten mittels Informationsblatt auf die Erfassung ihrer Daten hingewiesen. Bei Nichteinverständnis retournieren sie es unterschrieben zurück. Von dieser Variante wurde im Erfassungszeitraum kein Gebrauch gemacht. Zusätzlich zu den verweigerten Einwilligungen gab es noch nichtgemeldete Operationen, von denen somit keine Daten erhoben werden konnten.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁷ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum

Messinstitution	Berner Fachhochschule
-----------------	-----------------------

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		65	Anteil in Prozent (Antwortrate) 74%

⁷ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.
 Qualitätsbericht 2012 V6.0 Seite 36 von 53
 Spital Lachen AG

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁸
2	In Prozent	Aufgrund der geringen Anzahl von Patienten, die während der aktuellen Hospitalisation gestürzt sind, wird auf eine Prozentangabe verzichtet. Es wurden am Stichtag 65 Patientinnen & Patienten in die Messung einbezogen.
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		

Dekubitus (Wundliegen)

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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:

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.
Qualitätsbericht 2012
Spital Lachen AG

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		Anzahl Patienten mit Dekubitus	
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4	2	
	ohne Kategorie 1	1	
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	1	
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Es ist kein Dekubitus in der eigenen Institution entstanden. Beide Patienten wiesen ein hohes Dekubitusrisiko auf, es handelte sich jeweils um einen Dekubitus Kategorie 1 und Kategorie 2.	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 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.

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung 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:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.05	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.83	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.81	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.97	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.43	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen		
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut <input checked="" type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut <input checked="" type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH <input type="checkbox"/> ESOPE <input type="checkbox"/> NPO PLUS <input type="checkbox"/> Stevemarco sagl <input type="checkbox"/> QM Riedo

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.
Anzahl angeschriebene Patienten		
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten	158	58,7%
Bemerkung		

F

Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Sturzinzidenz

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
54	3	48	zu 3 Stürzen fehlt die Angabe zu den Sturzfolgen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Sturzprotokoll	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit einem stationären Aufenthalt	
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung		Das Sturzprotokoll wird nach einem erfolgten Ereignis ausgestellt.	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Standard Sturzprävention	Massnahmen zur Sturzprävention sind einheitlich umgesetzt.	Pflege	2013-2014

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Dekubitus ab Kategorie 1 und prophylaktische Interventionen

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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		
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.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	Die Erfassung der entstandenen Dekubitusulcera ist unvollständig, eine Auswertung kann nur zum letzten Quartal gemacht werden.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Erhebungsbogen Dekubitus
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patientinnen und Patienten mit Dekubitus ab Kategorie 1	
	Ausschlusskriterien	Kein Dekubitus, intakte Haut	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Standard Dekubitusprävention	Dekubitus-Risikoerfassung ist ausgewertet.	Pflege	
	Entstandene Dekubitusulcera sind dokumentiert und ausgewertet.	Pflege	2013-2014
	Dekubitusprävention ist einheitlich umgesetzt.		

F4 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 2012 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	
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
6	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	LPZ/Berner Fachhochschule

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	65	Anteil in Prozent	74%
Bemerkung	Diese Messung war ein freiwilliger Bestandteil der ANQ-Erhebung CH2012NOV. An einem Stichtag konnten 65 Patientinnen und Patienten in die Erhebung einbezogen werden.		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Umsetzung Erwachsenenschutzgesetz	Freiheitsbeschränkende Massnahmen sind reflektiert eingesetzt.	Pflege	2013-2014



Registerübersicht

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

Nimmt der Betrieb an Registern teil?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.
	Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Absolute Minimal Data Set - AMDS	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2002	Lachen
Acute Myocardial Infarction in Switzerland - AMIS Plus	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - AQC	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.agc.ch	>10 Jahre; sicher ab 2002	Lachen
Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken - ASF	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	>10 Jahre; sicher ab Okt. 2001	Lachen
European registry and network for intoxication type metabolic disorders - E-IMD	Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Endokrinologie/ Diabetologie, Nephrologie, Intensivmedizin	Universitätsklinikum Heidelberg www.e-imd.org		
Fécondation In Vitro National - FIVNAT-CH	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch/		
IDES Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenksprothesen - IDES Register	Orthopädische Chirurgie	MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch		
Knochtumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie - KTRZ	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med.	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/klinike		

	Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	n-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochentumor-referenzzentrum/		
Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch	2011	Lachen
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting		
Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI - MDSi	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008	Lachen
Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien - MIBB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	2008	Lachen
Register für Linsenimplantate - OCULA	Ophthalmologie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/ief		
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2005	Lachen
Schweizer Patientenregister für Duchenne Muskeldystrophie und Spinale Muskelatrophie	Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Medizin und Rehabilitation, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie	CHUV und Kinderspital Zürich www.asrim.ch		
Schweizer Wachstumsregister - SWR	Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nephrologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern www.ispm.ch		
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank - SAfW DB	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venereologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch		
Schweizerische HIV Kohortenstudie - SHCS	Infektiologie	Schweizerische HIV Kohortenstudie www.shcs.ch		
Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister - SOL-DHR	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebendspende.ch/de/verein.php		

Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister - SPNR	Pädiatrie, Nephrologie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/swiss-paediatric-renal-registry		
SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch		
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	2008	Lachen
Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases - SIOLD	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch		
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012	Lachen
Swiss Breast Center Database - SBCDB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch		
Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13		
Swiss Neuropaediatric Stroke Registry - SNPSR	Neurologie, Phys.Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern		
Swiss Paediatric Surveillance Unit - SPSU	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00737/index.html?lang=de		
Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch		
Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program - SRRQAP	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	2005	Lachen
Swiss SLE Cohort Study - SSCS	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Allergologie / Immunologie, Nephrologie, Rheumatologie	Université de Genève und andere Universitäten in der Schweiz www.slec.ch		

Swiss Teratogen Information Service - STIS	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie	Swiss Teratogen Information Service STIS www.swisstis.ch		
Swissregard - Nationales Register zu plötzlichen Todesfällen von Athleten	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Rechtsmedizin, Pathologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Kardiologie, Intensivmedizin	Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern www.swissregard.ch		
SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2009	Lachen
TraumaRegister DGU - TR-DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de		
Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung - NICER	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org	>10 Jahre	Lachen
Schweizer Kinderkrebsregister - SKKR	Alle	www.kinderkrebsregister.ch		
Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft - KRBB	Alle	-		
Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	www.krebsregister.usz.ch		
Krebsregister Graubünden und Glarus - KR GG	Alle	www.ksgr.ch/Das_Kantonsspital_Graubunden/Departemente/Institute/Pathologie/Krebsregister/dD0zNzQmbD1kZXU.html		
Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA	Alle	krebsliga-sg.ch/de/index.cfm		
Krebsregister Kanton Freiburg - RFT	Alle	www.liguecancer-fr.ch		
Krebsregister Kanton Genf - RGT	Alle	www.unige.ch/medecine/rgt/index.html		
Krebsregister Kanton Jura - RJT	Alle	-		
Krebsregister Kanton Neuenburg - RNT	Alle	-		
Krebsregister Kanton Tessin	Alle	www.ti.ch/tumori		

Krebsregister Kanton Waadt - RVT	Alle	-		
Bemerkung				
Wir bieten Raucherentwöhnung an.				

H Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Interverband für Rettungswesen IVR	Rettungsdienst	2007	2012	
SAKR Swiss Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation	Bericht über das Audit der ambulanten kardialen Rehabilitation Lachen	2012	2012	

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

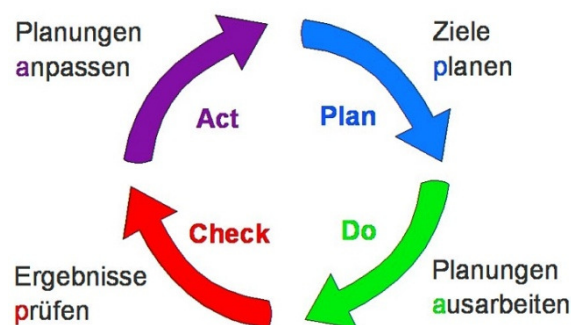
Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Elektronische Medikamentenverordnung	Prozessoptimierung u. Erhöhung der Patientensicherheit	Ganzes Spital	2012 – 2014
Elektronischer Pflegeprozess	Prozessoptimierung und Erhöhung der Patientensicherheit wie auch die Ablösung des papiergestützten Pflegeprozesses	Ganzes Spital	ab 2012
Logistik	Zentralisierung Einkauf/Beschaffung sowie Prozessoptimierung der Bestellung und Leitungserfassung	Ganzes Spital	2012 – 2013
Evaluation Skill- und Grademix	Evaluation der Pflegequalität unter sinnvollem Einsatz von Personalressourcen	Ganzes Spital	2012 – 2013
Sturzprävention	Erfassen von gefährdeten Patienten und reduzieren von Stürzen und daraus resultierenden Verletzungen	Ganzes Spital	Seit 2003 fortlaufend

Dekubitusprävention	Erfassen von gefährdeten Patienten und verhindern von Druckulcera	Ganzes Spital	Seit 2004 fortlaufend
CIRS (anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse)	Aus Fehlern lernen: Gefahren frühzeitig erkennen und schnell reagieren.	Ganzes Spital	Kontinuierliche Erfassung und Auswertung
Hygienekommission, Arbeitsgruppe Hygiene u. Prävention Hygienekonzept Entsorgungskonzept	Fördert die Qualitätsentwicklung, Infekte werden vermindert.	Ganzes Spital	Fortlaufende Überarbeitung
KATA-Konzept (Katastrophenkonzent)	Regelmässige Schulungen wie auch Übungen zum Verhalten in Katastrophensituationen. Konzept wird kontinuierlich auf Umsetzung und Aktualität überprüft.	Ganzes Spital	Permanent
EFQM	Kontinuierliche Verbesserung im Bereich des Qualitätsmanagements unter Anwendung des PDCA-Zyklus	Ganzes Spital	Permanent
Lob- und Beschwerdemanagement	Patient und/oder Angehörige haben die Möglichkeit ihre Erfahrungen anzubringen. Erstellt auf Wunsch persönlichen Kontakt zwischen Verursacher und Betroffenen her.	Ganzes Spital	Fortlaufend, Aktualisierung des Konzepts 2012
Gerätewartung	Wartung entspricht den gesetzlichen Richtlinien (Meph und Hygiene), Funktionalität wird regelmässig überprüft.	Ganzes Spital	Permanent
Projekte im Zusammenhang mit der baulichen Infrastruktur	Bauliche Infrastruktur und Zimmerkomfort bis zum Bezug eines Spitalneubaus in adäquater Form unterhalten.	Ganzes Spital	2011 - 2013
Qualitätsmanagement	SIRIS mit elektronischer Leistungserfassung verknüpfen	Bereich Orthopädie	2012 - 2013
Austrittsmanagement	Prozessoptimierung des Ein- / Austrittsmanagement	Ganzes Spital	2012 - 2013
Evaluation betriebliche Berufsausbildung	Kontinuierliche Verbesserung der Ausbildungsqualität im Betrieb	Bildung Beratung Entwicklung/Bildungsmanagement	2-jährlich Aktuell: 2. Semester 2013
Gesundheitsförderung und Prävention	ckt GmbH/Frau C. Kälin	Marketing/PR	laufend

Schlusswort und Ausblick

Das Kader der Spital Lachen AG setzt sich periodisch und intensiv mit den Bedürfnissen der verschiedenen Anspruchsgruppen auseinander. So konnte im Jahr 2011 die erste EFQM-Zertifizierungsstufe „Committed to Excellence“ erlangt werden. Ziel ist es, auch für die Zukunft, mit der Methode des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses den Anforderungen der verschiedenen Anspruchsgruppen unter Beachtung einer optimalen Kosten-Nutzen-Relation bestmöglich gerecht zu werden. Dabei soll die Wettbewerbsfähigkeit der Spital Lachen AG zudem nachhaltig gestärkt werden. Die Verbesserungen sollen unter Anwendung des PDCA-Zyklus – PLAN, DO, CHECK, ACT realisiert werden. So gelingt es der Spital Lachen AG auch in Zukunft, sukzessive an Excellence zu gewinnen.



Per 15.7.2013 wird die Organisation im Bereich des Qualitätsmanagement angepasst und weiter professionalisiert. Die phasenweisen Einführung des Klinikinformationssystem und die damit verbundenen Überführung der papiergestützten Krankenakte in ein elektronisch geführtes Patientendossier wird auch im Jahr 2013 weiter vorangetrieben werden. Parallel dazu können positive Effekte in Bezug auf die Qualitäts- und Sicherheitskultur sowie die Prozessorientierung erzielt werden. Dies zum Beispiel mit der Einführung des elektronischen Medikationsprozesses, der zu einer besseren Lesbarkeit der Verordnungen führen wird. Zudem wird im Jahr 2013 das Belegungskonzept auf den Bettenstationen (vgl. interdisziplinäre Stationen versus fachabteilungsbezogene Stationen) einer Überprüfung unterzogen.

In Bezug auf die Gesundheitsförderung und Prävention stehen die Kaderärzte der Spital Lachen AG im Rahmen der Zusammenarbeit mit der ckt GmbH wie in den vergangenen Jahren auch in Zukunft für Präventionstagungen als Referenten an Gymnasien, Berufsschulen sowie an Eltern- und Lehrerweiterbildungsveranstaltungen zu Verfügung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Spital Lachen AG bestrebt ist, die Qualitäts- und Sicherheitskultur laufend und nachhaltig zu verbessern, mit dem Ziel, die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Diese Patientenorientierung ist Garant für eine optimale Patientenbetreuung.

J Anhänge

Siehe folgende Seiten!



interverband für rettungswesen
interassociation de sauvetage
interassociazione di salvataggio

Der Interverband für Rettungswesen IVR erteilt, gestützt auf die Bestimmungen über die Anerkennung von Rettungsdiensten und dem positiven Bericht des Expertenbesuches, das Prädikat:

**ANERKANNTER RETTUNGSDIENST IVR
SERVICE DE SAUVETAGE RECONNU IAS
SERVIZIO DI SALVATAGGIO ACREDITATO IAS**

RETTUNGSDIENST SPITAL LACHEN

Anerkennung:

15. August 2007

Erneuerung:

30. Oktober 2012

INTERVERBAND FÜR RETTUNGSWESEN

Qualitätskommission:

Direktor:

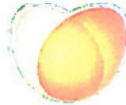

Dr. med. Luciano Anselmi


Martin Gappisch

Bern, den 30. Oktober 2012

Diese Anerkennung ist bis am 29. Oktober 2013 gültig.

SAKR



SWISS ASSOCIATION OF CARDIOVASCULAR
PREVENTION AND REHABILITATION
A BRANCH OF THE SWISS SOCIETY OF CARDIOLOGY

Klinik Medizin

24. Dez. 2012

an:

Herr
Dr. med. Christian Steffen
Kardiologie FMH
Ambulante Kardiale Rehabilitation
Obersee
Spital Lachen
Oberdorfstrasse 41
8853 Lachen

Heiligenschwendi, 10.12.2012, Ts/sc

Bericht über das Audit der ambulanten kardialen Rehabilitation Lachen vom 28.11.2012

Lieber Christian

Besten Dank für den freundlichen Empfang, die Präsentation der Programminhalte, die Dokumentation sowie die Führung durch die Klinikräumlichkeiten. Das Audit wurde zusammen mit Frau Dr. M. Vona durchgeführt, neben Dir waren der Leiter der Therapien, Herr Thür, sowie Deine Vertretung, Frau Dr. I. Poepping (ebenfalls Kardiologin) anwesend.

Das Audit erfolgte auf der Basis der 2011 genehmigten Richtlinien der SAKR. Das Programm startete anfangs Jahr, bereits haben über 60 Patienten daran teilgenommen. Ziel sind mittelfristig etwa 100 – 120 Patienten, welche in 2 Leistungsgruppen betreut werden.

Wir fassen nachfolgend unsere Beurteilung zusammen:

Aerztliche Leitung:

Diesbezüglich sind die Qualitätskriterien durch Dich als ärztlicher Leiter und Frau Dr. I. Poepping als Deine Stellvertreterin, beide Fachärzte für Kardiologie, erfüllt. Du verfügst über eine fundierte Erfahrung in kardiovaskulärer Rehabilitation und Prävention durch Deine frühere Arbeit im stationären und ambulanten Bereich in der Klinik Mammern.

Einrichtung der Rehabilitationsinstitution:

Kraft- und Ausdauertraining sowie Gymnastik finden in einem genügend grossen Raum im Therapiebereich der Klinik statt. Die Informationsvermittlung erfolgt ebenfalls in Schulungsräumen der Klinik. Auch das Aquafit findet im Therapiebad der Klinik statt. Die Räume sind zweckmässig eingerichtet und ermöglichen das vorgesehene Programm ohne weiteres. Für grosse Gruppen könnte allenfalls die Gymnastikfläche etwas knapp sei.

Notfallkonzept:

Im Spital ist die kardiale Rehabilitation im Sicherheitskonzept der Klinik eingebunden. Alle Mitarbeitenden werden regelmässig im CPR, inkl. Bedienung des Defibrillators, geschult (4 x jährlich). Bei Wanderungen ausser Haus werden die Gruppen von 2 Therapeuten mit CPR-Ausbildung begleitet, welche auch den mitgeführten Defibrillator bedienen können. Die Routen sind beim Rettungsdienst hinterlegt, so dass bei einem Zwischenfall eine rasche Rettung möglich wäre. Im Therapiesaal ermöglicht ein Notfallknopf die direkte Alarmierung des Reanimationsteams, unterwegs erfolgt die Alarmierung per Handy.

Die Patienten werden in der Regel 1 x pro Woche oder bei Bedarf vor oder nach der Therapie kurz von einem Arzt gesehen. Dies trägt wesentlich zur Sicherheit und guten Betreuung der Patienten bei.

Vorstand

Präsident: Dr. H. Tschanz
Vizepräsident: PD Dr. J.-P. Schmid
Past-Präsident: Dr. M. Capoferri
Kassier: Dr. M. Bettoni
Sekretär: Dr. H. Tschanz
Mitglieder: Dr. M. Vona
Dr. P. Teuchmann
Dr. Ch. Schmidt

Sekretariat Frau S. Cherbuin

Berner Reha Zentrum
3625 Heiligenschwendi
Tel. 033 244 33 82
Fax 033 244 33 38
sakr-sekretariat@rehabem.ch

Fachkommissionen (Verantwortliche)

- Verträge (Dr. H. Tschanz)
- Qualität (Dr. M. Vona)
- Aus- und Weiterbildung (Dr. P. Teuchmann)
- Wissenschaft (PD Dr. J.-P. Schmid)
- Strategie & Öffentlichkeit (Präsident)

Rehabilitationsprogramm:

Das Programm findet in 2 Stärkegruppen statt. Die schwächere Gruppe trainiert Montag, Mittwoch und Samstag jeweils eine Doppellektion, Montag und Mittwoch mit Ergometertraining, Gymnastik und Entspannungstherapie, am Samstag mit Aquafit im Therapiebad. Die stärkere Gruppe trainiert Mittwoch und Freitag am frühen Abend sowie Samstagvormittag mit Laufen im Gelände, Gymnastik, Ergometer und Entspannung sowie am Samstag ebenfalls im Wasser. Beide Programme lassen eine teilzeitige oder für die stärkere Gruppe sogar eine vollzeitige Erwerbstätigkeit zu. Zu Beginn und am Ende erfolgt eine Eintritts- bzw. Austrittsuntersuchung, falls nicht im Vorspital gemacht, wird eine Eintrittsergometrie und bei Abschluss eine Austrittsergometrie durchgeführt. Der Therapeut führt ebenfalls eine kurze Eintrittsuntersuchung mit 6-Minuten-Gehtest durch, bei dem er die Patienten kennen lernt und ihnen das Programm erklären kann. In einem Abschlussbericht wird der Rehabilitationsverlauf zusammengefasst, die Risikofaktoren und sekundärpräventiven Massnahmen diskutiert und entsprechende Vorschläge fürs weitere Procedere abgegeben.

Während der 12-wöchigen Rehabilitation besuchen die Patienten 36 Sitzungen à 2 Lektionen Therapie und Entspannung. Damit erfüllt das Programm die Anforderung der SAKR-Richtlinien.

Sekundärprophylaxe:

Das Informationsangebot der Patienten beinhaltet mehrere Arztvorträge, 4 Sessionen Ernährungsberatung und eine Session psychologische Beratung durch einen Psychologen. Die Rauchstoppberatung findet in Zusammenarbeit mit der Pneumologie des Universitätsspitals Zürich in der Klinik Lachen statt. Die Patienten erhalten ebenfalls Empfehlungen für Bewegung und Training.

Permanente Qualitätskontrolle:

Die Daten der Patienten werden im Hinblick auf die SAKR-Statistik erfasst (bereits nach den neuen Richtlinien bzw. dem neuen Fragebogen). Entsprechend wird die Leistungsfähigkeit dokumentiert, ab nächstem Jahr werden Angst und Depression mit dem HADS zu Beginn und am Ende des Programms erfasst. Die Patientenzufriedenheit wird mittels eines eigenen Fragebogens überprüft.

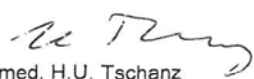
Zusammenfassende Beurteilung:

Das ambulante kardiale Rehabilitationsprogramm am Spital Lachen wird kompetent und sehr engagiert geführt. Es ist klar strukturiert und gut organisiert. Den Patienten wird ein attraktives Programm in dafür gut geeigneten Räumen des Spitals geboten. Die Sicherheit ist dabei jederzeit gewährleistet. Besonders gut gefallen haben uns die klare Strukturierung des Programms, die gute Uebersicht über den Stand der Patienten (auch jenen die ein Programm unterbrochen haben oder aus anderen Gründen später damit beginnen sollen) und die gute Dokumentation der Patienten. Bemerkenswert sind auch die kurzen wöchentlichen Arztvisiten, die einerseits Komplikationen rechtzeitig erkennen lassen, andererseits dem Patienten auch Möglichkeiten bieten, bei Unsicherheit Fragen zu stellen.

Das Programm in Lachen erfüllt die aktuellen Qualitätsrichtlinien der SAKR. Wir haben keine kritischen Beanstandungen festgestellt. Als Hinweis wäre eine bessere Dokumentation der Teilnahme an den CPR-Schulungen sinnvoll. Sinnvoll wäre auch der Aufbau einer eigenen Herzgruppe, da der nahtlose Uebergang in der gleichen Institution in der Regel eine höhere Teilnehmerrate gewährleistet als wenn die Patienten in andere Herzgruppen vermittelt werden müssen.

Wir gratulieren Dir und dem ganzen Team für den engagierten Einsatz im Bereich der Rehabilitation und Sekundärprävention und beantragen bei der Qualitätskommission der SAKR die definitive Aufnahme des Programms auf die Liste der anerkannten Institutionen.

Mit freundlichen Grüssen


Dr. med. H.U. Tschanz
Chefarzt
Berner Reha Zentrum
3625 Heiligenschwendli

Tel. 033/244 33 82

Dr. med. M. Vona
Cardiologue FMH
Responsable de la Réadaptation
Cardiovasculaire
Hôpital Fribourgeois site de Billens
1681 Billens
Tel. 026/651 61 11

Kopie
Herr Dr. med. M. Bettoni, Avenue J.D. Maillard 1bis, 1217 Meyrin (Kassier)