



# Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+



**Akutsomatik**

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2015.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2015

Frau  
Petra Reusser  
Leiterin Qualität und Projekte  
055 418 56 79  
[petra.reusser@spital-einsiedeln.ch](mailto:petra.reusser@spital-einsiedeln.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitaleintritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methode / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	9
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>10</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015 .....	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015 .....	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	13
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>15</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	15
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen .....	15
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	16
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	17
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	20
4.5 Registerübersicht .....	21
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	22
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>23</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>24</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>24</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	24
5.2 Eigene Befragung .....	26
5.2.1 Patientenbefragung .....	26
5.3 Beschwerdemanagement .....	27
<b>6 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>28</b>
6.1 Eigene Befragung .....	28
6.1.1 Mitarbeiterbefragung .....	28
<b>7 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>30</b>
7.1 Eigene Befragung .....	30
7.1.1 Zuweiserbefragung .....	30
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>31</b>
<b>8 Wiedereintritte</b> .....	<b>31</b>
8.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	31
<b>9 Operationen</b> .....	<b>32</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	32
<b>10 Infektionen</b> .....	<b>33</b>
10.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	33
<b>11 Stürze</b> .....	<b>36</b>
11.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	36
<b>12 Wundliegen</b> .....	<b>37</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	37
<b>13 Weitere Qualitätsmessung</b> .....	<b>39</b>
13.1 Weitere eigene Messung .....	39
13.1.1 Stürze .....	39
13.1.2 Dekubitus .....	40
<b>14 Projekte im Detail</b> .....	<b>41</b>
14.1 Aktuelle Qualitätsprojekte .....	41
14.1.1 E-Learning Tool .....	41
14.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015 .....	42

14.2.1	Room Service.....	42
14.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte.....	42
14.3.1	Momentan besteht kein aktuelles Zertifizierungsprojekt.....	42
<b>15</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>43</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>44</b>
	Akutsomatik.....	44
	<b>Herausgeber .....</b>	<b>46</b>

# 1 Einleitung

## Das moderne Qualitätsspital- für Sie und Ihre Gesundheit

Als modernes Qualitätsspital mit 85 Betten vereint das Spital Einsiedeln das Beste aus zwei Welten. Einerseits stellen wir als nahes und nahbares Regionalspital die stationäre und ambulante Grund- und Notfallversorgung sicher. Andererseits haben wir uns einen Namen gemacht als überregionales Kompetenzzentrum für den Bewegungsapparat und als Kompetenzzentrum für Altersmedizin und Geriatrie. Unsere Ärzte haben sich in zahlreichen Spezialdisziplinen eine hohe Kompetenz erarbeitet und wir pflegen eine gute Vernetzung mit renommierten Zentrumsspitalern. Unsere einzigartige Höhenlage, einfühlsames Pflegefachpersonal und erstklassige Hotellerieleistungen tragen ebenso dazu bei, dass wir im Spital Einsiedeln beste Voraussetzungen für eine rasche Genesung bieten können. Schon in der Eintrittsplanung werden organisatorische Massnahmen für die nachstationäre Phase (stationäre oder ambulante Rehabilitation) getroffen.

### Vorwort Spital Einsiedeln

Als Patientin oder Patient wollen Sie sich für eine Behandlung im Spital „das richtige“ Spital auswählen. Aber welches ist das richtige Spital für die Behandlung? Bei dieser Entscheidung, steht sicherlich die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung im Vordergrund. In den nachfolgenden Qualitätsbericht können Sie sich über unser umfangreiches medizinisches Leistungsangebot, die Versorgungsqualität sowie die gute Qualifikation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfassend informieren. Soweit messbar werden Angaben zur Ergebnisqualität gemacht. Zudem informieren wir Sie über unsere Qualitätsmessungen, unsere Fortschritte bei der Qualitätsentwicklung sowie die entsprechenden umgesetzten bzw. eingeleiteten Verbesserungsmassnahmen.

**Besuchen Sie uns auf unserer Homepage:** [www.spital-einsiedeln.ch](http://www.spital-einsiedeln.ch)

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

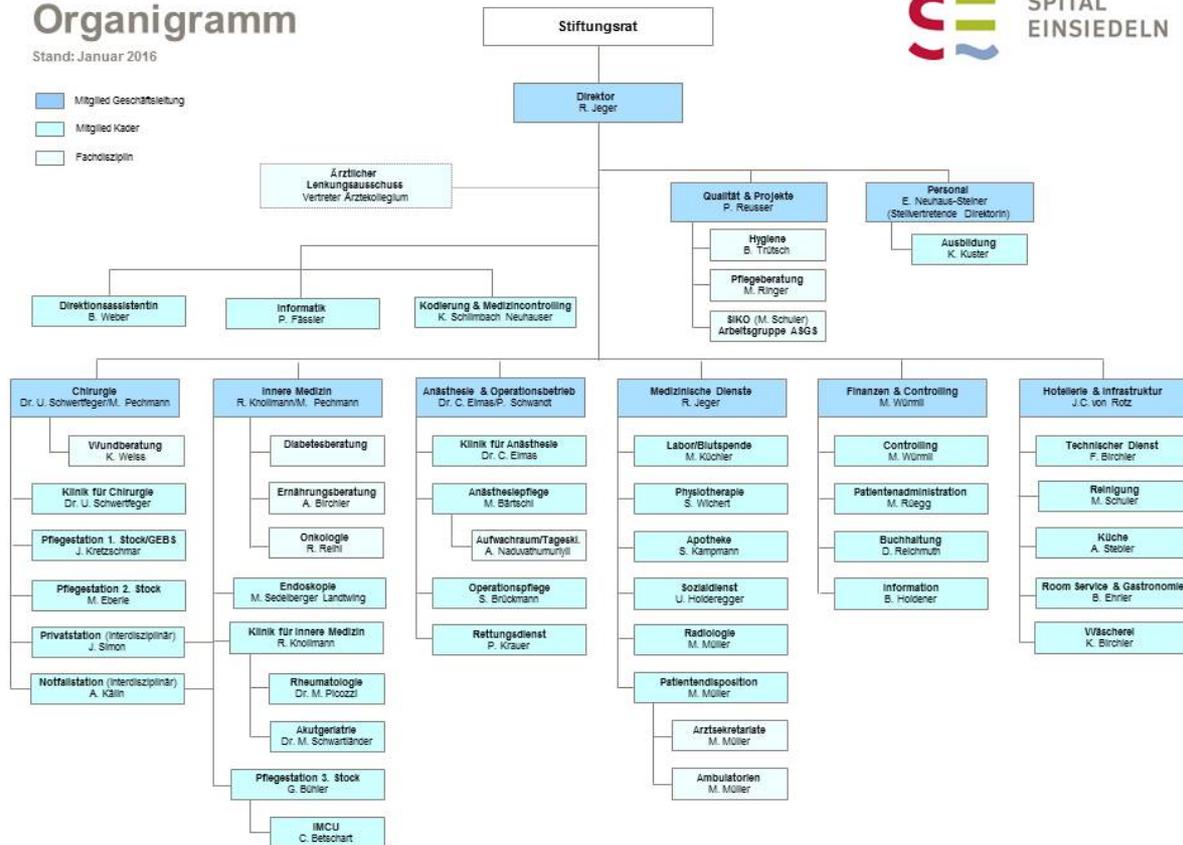
## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

#### Organigramm

Stand: Januar 2016

- Mitglied Geschäftsleitung
- Mitglied Kader
- Fachdisziplin



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozente zur Verfügung.

#### Bemerkungen

Für unser Qualitätsmanagement stehen de facto mehr Stellenprozente zur Verfügung, auch wenn diese nicht explizit ausgewiesen sind. Direktor, Chefärzte, diverse Stabsstellen, Bereichsleitungen usw. leisten ihren Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätssicherung, sei dies im Rahmen von Q-Projekten, der Beteiligung an Messungen, der Teilnahme im Lenkungsausschuss Qualität usw.

#### Lenkungsausschuss Qualität

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Reto Jeger	055 418 58 60	<a href="mailto:reto.jeger@spital-einsiedeln.ch">reto.jeger@spital-einsiedeln.ch</a>	Direktor
Petra Reusser	055 418 56 79	<a href="mailto:petra.reusser@spital-einsiedeln.ch">petra.reusser@spital-einsiedeln.ch</a>	Leiterin Qualität und Projekte, STV Leiterin Pflege
Erika Neuhaus-Steiner	055 418 58 40	<a href="mailto:erika.neuhaus@spital-einsiedeln.ch">erika.neuhaus@spital-einsiedeln.ch</a>	Leiterin Personaldienst, Stv. Direktorin
René Knollmann	055 418 52 39	<a href="mailto:rene.knollmann@spital-einsiedeln.ch">rene.knollmann@spital-einsiedeln.ch</a>	Chefarzt Innere Medizin
Dr. med. Urs Schwertfeger	055 418 53 70	<a href="mailto:urs.schwertfeger@spital-einsiedeln.ch">urs.schwertfeger@spital-einsiedeln.ch</a>	Chefarzt Chirurgie
Dr. med. Cemal Elmas	055 418 53 61	<a href="mailto:cemal.elmas@spital-einsiedeln.ch">cemal.elmas@spital-einsiedeln.ch</a>	Chefarzt Anästhesie

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. Renato Sommacal	055 412 22 05	<a href="mailto:orthopaedie.einsiedeln@bluewin.ch">orthopaedie.einsiedeln@bluewin.ch</a>	Vertreter Belegärzteschaft
Patrick Schwandt	055 418 52 13	<a href="mailto:patrick.schwandt@spital-einsiedeln.ch">patrick.schwandt@spital-einsiedeln.ch</a>	Leiter OP Bereich
Matthias Pechmann	055 418 53 52	<a href="mailto:matthias.pechmann@spital-einsiedeln.ch">matthias.pechmann@spital-einsiedeln.ch</a>	Leiter Pflege
Markus Würmli	055 418 58 50	<a href="mailto:markus.wuermli@spital-einsiedeln.ch">markus.wuermli@spital-einsiedeln.ch</a>	Leiter Finanzen & Controlling
Jean-Claude von Rotz	055 418 53 55	<a href="mailto:jc.vonrotz@spital-einsiedeln.ch">jc.vonrotz@spital-einsiedeln.ch</a>	Leiter Hotellerie & Infrastruktur

## Qualitätsmessungen / Qualitätsinstrumente

Bereich	Titel, Vorname, Name
<b>Hygiene</b> (Kordinatorin von Audits und Messungen im Bereich Hygiene)	Barbara Trütsch <b>Hygienekommission:</b> Barbara Trütsch René Knollmann Jean-Claude von Rotz Alexandra Kälin Petra Reusser
<b>CIRS- Kommission</b> (Behandeln und evaluieren CIRS Meldungen und leiten entsprechende Massnahmen ein)	René Knollmann Patrick Schwandt Martina Kälin Martha Kuchler Matthias Pechmann Petra Reusser
<b>Swissnoso</b> (Verantwortliche für die Erfassungen und Entscheidung der postoperativen Wundinfektionen)	Claudia Zehnder René Knollmann (Ärztlicher Supervisor)
<b>Labor &amp; Blutspende (BSD)</b> (Q-Verantwortliche Labor & BSD sowie der Biosicherheit; Messungen und Audits im Bereich Labor & BSD)	Martha Kuchler Elisabeth Dockx Esther Andres-Schmet Dr. med. Mario Picozzi
<b>Hämovigilance</b> (Verantwortlicher für das Meldesystem - Transfusionszwischenfälle)	Dr. sc. nat. Karl Roos
<b>Pharmacovigilance</b> (Verantwortlicher für das Meldesystem-Medikamentennebenwirkungen bzw. Zwischenfälle)	Frank Birchler
<b>Materiovigilance</b> (Verantwortlicher für das Meldesystem Vorkommnisse von Medizinalprodukten)	Hans Lang
<b>Materiovigilance im Operationsbetrieb</b> (Verantwortlicher für das Meldesystem Vorkommnisse von Medizinalprodukten)	Franziska Greber Karin Weiss Martin Ringer
<b>Peerkoordination</b> (CO Leitungen für die hausinterne Peerorganisation)	Dr. med. Monika Schwartländer Petra Reusser
<b>ANQ Messung der Pflegeindikatoren Dekubitus und Sturz nach LPZ</b>	<b>Abteilungsverantwortliche:</b> Martina Schwyer Claudia Steegmüller Eva Christin Wallner Jan Simon
<b>Interdisziplinäre Fachkommission der Pflegeindikator Dekubitus</b> (inkl. internes und kontinuierliches Validierungsinstrument)	Dr. med. Monika Schwartländer Martin Ringer Petra Reusser
<b>Interdisziplinäre Fachkommission der Pflegeindikator Sturz</b> (inkl. internes und kontinuierliches Validierungsinstrument)	<b>Abteilungsverantwortliche:</b> Stefanie Steiner Susanna Iten Luzia Szalai-Stocker Selina Birchler
<b>SIRIS Implantatregister Hüft- und Knieprothesen</b>	Dr. med. Sommacal Alexandra Kälin Patrick Schwandt

<b>Bereich</b>	<b>Titel, Vorname, Name</b>
<b>Feedback- und Beschwerdemanagement</b>	Reto Jeger Beatrice Weber Petra Reusser
<b>Mecon Patientenbefragungen</b> <b>Mecon Zuweiserbefragungen</b>	Petra Reusser Reto Jeger Petra Reusser
<b>Mecon Mitarbeiterbefragungen</b> <b>Komplikationenliste der SGIM</b>	Erika Neuhaus René Knollmann

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Petra Reusser  
Leiterin Qualität und Projekte  
Spital Einsiedeln  
0554185679  
[petra.reusser@spital-einsiedeln.ch](mailto:petra.reusser@spital-einsiedeln.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Im Mittelpunkt all unserer Aktivitäten stehen unsere Patientinnen und Patienten. Wir nehmen uns umfassend den krankheits- oder unfallbedingten Gesundheitsproblemen unserer Patienten an, unter Berücksichtigung ihres sozialen Umfeldes sowie ihrer ethischen und religiösen Einstellung. Wir achten die Eigenständigkeit unserer Patienten. Sofern möglich, sind sie vollumfänglich über ihre Gesundheitsprobleme informiert und beteiligen sich aktiv an den Entscheidungen über medizinische Abklärungen und Behandlungen. Wir als Beschäftigte im Spital haben uns alle zum Ziel gesetzt, unsere Dienstleistungen und medizinischen Behandlungsergebnisse laufend zu überprüfen und zu verbessern. Die Grundlagen dazu bilden Professionalität, Engagement sowie eine leistungs-, prozess- und ergebnisorientierte Arbeitsweise. <http://www.spital-einsiedeln.ch/ueber-uns/qualitaetsmanagement>

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

##### **Inbetriebnahme der Intermediate Care Unit (IMCU)**

Im Juli 2015 hat die interdisziplinäre Intermediate Care mit 3 Betten ihren Betrieb aufgenommen. Hier werden Patienten, welche erhöhten Überwachungsbedarf haben, betreut. Der Betrieb der IMC orientiert sich nach den *Schweizerischen Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units vom Mai 2013*. Dabei ist uns die Sicherung der Qualitätsstandards sehr wichtig. Für die Gewährleistung dieser, finden laufend Aus- und Weiterbildungen für das Pflegepersonal sowie der Ärzteschaft statt.

##### **Operationsbetriebe**

Die Planung und der Beginn der Baumassnahmen des neuen Operationstraktes inkl. des Aufwachraumes wurde erfolgreich gestartet. Ebenfalls hat sich die Anästhesiesprechstunde 2015 erfolgreich etabliert.

##### **Hygiene**

- Die interne Fortbildung über die drei Isolationsformen
- Die korrekte Händehygiene mit dem Schwerpunkt „5 Momente der Händehygiene“
- Standardmassnahmen einhalten zum Schutz des Personals wie auch gegenüber den Patienten

##### **Einführung eines Vorschlagswesens**

Das Vorschlagswesen will die innovativen Kräfte der Mitarbeitenden des Spitals besser mobilisieren, nutzbringend einsetzen und entsprechend honorieren. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen haben die Möglichkeit, durch Eigeninitiative und Kreativität, insbesondere durch konkrete Verbesserungsvorschläge an einer sinnvollen und rationellen Gestaltung des Arbeitsgeschehens mitzuwirken.

##### **Klinik Chirurgie**

Konsolidation und Weiterausbau der chirurgischen Klinik. Kontinuitätsverbesserung durch Spitalfacharzt/Oberarzt sowie die Förderung der Zusammenarbeit mit den Zuweisern waren 2015 die zentralen Ziele.

##### **Physiotherapie**

Zunahme in der Anzahl der Geriatriischen Komplexbehandlungen im stationären Prozess und Entwicklung eines Rapportformulars für den interdisziplinären Austausch. Ausweitung des Behandlungsangebotes in Bereich der physikalischen Medizin (Elektrotherapie) durch den Austausch der Elektrotherapiegeräte.

##### **Personaldienst**

Überarbeitung der einzelnen Prozessschritte im neuen Q-Handbuch.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

### Hygiene

- Die Schulung der Mitarbeitenden über die korrekte Händedesinfektion mit dem Schwerpunkt „5 Momente der Händehygiene“
- Die interne Fortbildung „Umgang mit den drei Isolationsformen“ für alle Mitarbeitenden welche Kontakt mit den isolierten Patienten haben
- Die Einführung „tägliche Desinfektion“ bei isolierten Patienten durch den Reinigungsdienst Richtlinien zur Reinigung / Desinfektion bei Isolationen wurden erstellt
- Die Impfkation „Saisonale Grippeimpfung“

### Leistungserfassung Pflege

Die Leistungserfassung der Pflege wurde auf allen Abteilungen 2015 durch die einheitliche Schulung aller Pflegepersonen standardisiert. Ebenfalls erhalten seit 2015 alle neue Pflegemitarbeitende eine obligatorische Leistungserfassungsschulung. Das Berichtswesen erfolgt nun monatlich durch die LEP - Beauftragte. Dieser Bericht wird mit der Leitung Pflege und den Abteilungsleitungen analysiert, bewertet und Verbesserungsaktivitäten eingeleitet.

### Labor

Einführung neuer Methoden: Wiederaufnahme der Transferrinsättigung (Klinische Chemie) und Wiederaufnahme der Lactat-Messung auf dem BGA (Blutgas-Analyzer).

### Rettungsdienst

Das Jahr 2015 stand ganz im Zeichen der IVR-Rezertifizierung (IVR = Interverband für Rettungswesen). Diese Zertifizierung stellt das Qualitätssiegel für Rettungsdienste in der Schweiz dar. Mitte Oktober konnten wir, nach sehr arbeitsintensiven Monaten, voller Stolz die erfolgreiche Rezertifizierung feiern.

Wie in jedem Jahr führte der Rettungsdienst Einsiedeln wieder zahlreiche Weiterbildungen für die Mitarbeiter durch. Angeboten wurde unter anderem ein PALS Kurs. Der PALS Kurs ist ein international anerkannter, standardisierter und zertifizierter Fortbildungskurs im Bereich der kardiovaskulären Notfallmedizin bei Kindern. Der zweitägige PALS Kurs richten sich an Rettungsdienstpersonal, das an der erweiterten Versorgung von Notfallpatienten beteiligt ist. Aufbauend auf dem Grundkurs «Basic Life Support BLS» werden im praxisorientierten Umfeld alle erforderlichen Problemkreise abgehandelt. Ebenfalls wurde eine Weiterbildung „Recht im Rettungsdienst“ durchgeführt mit den Themeninhalten wie, Patientenrecht, Behandlungs- und Transportverweigerung sowie Sonder- und Wegerechte. Zusätzlich beteiligte sich der Rettungsdienst Einsiedeln an zahlreichen Weiterbildungen ausserhalb der Organisation, veranstaltet vom Kanton oder von einer Partnerorganisation.

### Wundambulatorium

Das Wundambulatorium wird unter der Leitung von Herrn Dr. med. Johann Baumgartner, Facharzt FMH für Chirurgie, Leitender Arzt am Spital Einsiedeln und von Frau Karin Weiss, Pflegefachfrau HF und ausgebildete Wundexpertin SAFW geführt. Das Wundambulatorium schaut auf ein gut gelungenes Jahr zurück. Es wurden viele ambulante Wundbehandlungen durchgeführt und auf der Abteilung mehrere Beratungen angeboten. Das diplomierte Personal wurde durch die Wundexpertin Karin Weiss an zwei Fortbildungen geschult. Die Wundbehandlungen werden in einem eigens dafür hergerichteten Behandlungsraum im Spital gepflegt. Je nach Wundursache, werden die Patienten Hausintern mittels einem Gefässstatus abgeklärt. Das Patientengut kommt aus vielen Fachbereichen: Orthopädie, Chirurgie, innere Medizin und den Hausärzten aus der Region. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Dermatologin aus Einsiedeln und der Spitex Region Einsiedeln.

### Hotellerie & Infrastrukturprozesse

Überarbeitung / Überprüfung / Vervollständigung der bereits definierten Dokumente im QM-Handbuch (laufender Prozess). Erstellen von SIKO-Grundlagedokumenten und Abhalten von Instruktionen ans Personal durch unsere SIKO- und ASGS Verantwortliche aus dem Bereich Hotellerie.

FM-Tool: Einpflegen neuer technischer Daten für Raumbewirtschaftung, Anlage- und Instandhaltung durch TD / Schulung Technischer Dienst im vFM-Tool durch Externe Dritte geplant. Standardisierte Reinigungsleistungen werden laufend ergänzen/anpassen im FM-Tool sowie im QM-Handbuch.

**Personaldienst**

Die Stellenbeschreibungen jeder einzelnen Berufsgruppen sind erfolgreich überarbeitet. Zudem fanden 2015 die Berufsbildnerschulungen auf allen Bereichen statt.

**Aktionswoche Patientensicherheit**

Die Aktionswoche zur Patientensicherheit vom 14. bis 18. September wurde von der gleichnamigen Stiftung und dem Bundesamt für Gesundheit lanciert. Um das wichtige Thema einem breiteren Publikum bewusst zu machen, engagierte sich auch das Spital Einsiedeln mit einer Standaktion dafür. Die Veranstaltung stiess auf reges Interesse seitens Besuchende, Patientinnen und Patienten sowie dem Spitalpersonals.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

#### **Beteiligung am Pilotprojekt Swissnoso "Modul Intervention zur Prävention von postoperativen Wundinfektionen"**

Swissnoso erfasst im Auftrag von ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) kontinuierlich die Raten postoperativer Wundinfektionen. Unabhängig vom ANQ-Auftrag der Wundinfektmessung hat Swissnoso nun ein Interventionsmodul bestehend aus 5 Elementen entwickelt, welche spezifisch, gut messbar, realistisch und evidenz-basiert sind. Das Ziel dieses Interventionsmodules ist es die Rate der postoperativen Wundinfektionen schweizweit zu senken.

Als eines von schweizweit ca. 10 Spitälern nimmt das **Spital Einsiedeln** an der rund zweijährigen Pilotphase teil. Bisher gab es jeweils nur nachträgliche Qualitätskontrollen. Im Rahmen des Pilotprojektes geht man aktiv vor.

Die 3 Elemente der Intervention beinhalten:

- Optimierung der Haarentfernung im Operationsgebiet
- Adäquate Hautdesinfektion des Operationsgebietes
- Optimierung der perioperativen Antibiotikaprophylaxe bestehend aus 3 Elementen:
  1. Wahl des optimalen Zeitfensters der Antibiotikagabe
  2. Standardisierte gewichtsadaptierte Dosierung
  3. Wiederholung der Prophylaxe bei verlängerter Operationsdauer

#### **Hygiene**

- Die korrekte Händehygiene mit den 5 Momenten der Händehygiene gilt als eine der wichtigsten Präventionsmassnahmen um nosokomiale Infektionen zu verhindern
- Das Einhalten der Standardmassnahmen als wichtiger Schutz für Personal und Patienten

#### **Lean Management**

Unter Lean Management versteht man das Prinzip der schlanken Unternehmensführung. Das Ziel ist es die Steigerung der Leistungseffizienz sowie der Kunden- und Mitarbeiterorientierung. Zur Qualitätssicherung und Optimierung der Arbeitsabläufe wird 2017 auf den Bettenstationen des Spital Einsiedelns das Lean Management eingeführt.

#### **Finanz und Controlling**

In den Jahren 2018/2019 ist die Zertifizierung Rekole geplant.

#### **Operationsbetriebe**

- Inbetriebnahme des neuen OP Traktes mit der dazugehörigen Anpassung einiger Prozesse und Abläufe
- Forcierung und weitere Auslastung der Anästhesiesprechstunde

#### **Personaldienst**

- Qualifikationsprozess überarbeiten
- Überprüfung der einzelnen Ziele

#### **Hotellerie und Infrastruktur**

- Datenpflege im vFM-Tool
- Kundenbedürfnisse laufend abholen und nach Möglichkeit umsetzen

#### **Dekontaminationskonzept**

Aufgrund der im Jahr 2007 durch die Eidgenössische Kommission für ABC-Schutz erarbeitete Strategie wurde das Spital Einsiedeln vom Amt für Gesundheit und Soziales Kanton Schwyz beauftragt, ein Dekontaminationskonzept zu erarbeiten und für deren Umsetzung bzw. Nachhaltigkeit zu sorgen. Das Projekt sollte im März 2017 abgeschlossen sein.

Ziele

- Ein Dekontaminationskonzept unter Einbezug der regionalen Feuerwehr, der Polizei und dem Bezirksführungsstab liegt vor.
- Die dazu benötigten Materialien und Versorgungseinrichtungen sind vorhanden und sicher gelagert.
- Schulungen der betroffenen Mitarbeitenden des Spital Einsiedeln und der externen Organisationen ist erfolgt

### **Klinikinformationssystem**

Das Spital Einsiedeln führt heute die Patientendokumentation (medizinische und pflegerische Berichterstattung etc.) auf Papier. Mit einer Papierdokumentation können zukünftige Anforderungen an eine Patientendokumentation und an das Management des Patientenprozesses beginnend mit der Anmeldung, über die Hospitalisation bis hin zur Nachbetreuung nicht mehr ausreichend unterstützt werden. Der Stiftungsrat und die Geschäftsleitung haben deshalb beschlossen ein Klinikinformationssystem über alle klinischen Bereiche im Spital einzuführen.

Das breit verankerte interprofessionelle Projektteam aus dem Spital Einsiedeln hat die Lösungen und die Anbieter nach Drehbuch im Rahmen von Anbieterpräsentation und in Referenzbesuchen beurteilt und im Konsensverfahren bewertet.

Ziel des Projektes sind Planung, Lieferung, Installation, Realisierung, Einführung und Pflege/Support eines Klinikinformationssystems mit integriertem elektronischem Patientendossier. Mit der einzuführenden Gesamtlösung sind die Anforderungen in den folgenden Bereichen des Betriebs abgedeckt: Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Arztdienst, Pflege, Therapie und Verwaltungsbereiche.

### **Beschaffungskonzept**

Das Beschaffungswesen am Spital Einsiedeln ist erst partiell geregelt. Die Abteilungen haben sich zum Teil selber organisiert, jedoch sind die Kompetenzen und Schnittstellen zu anderen Abteilungen noch zu wenig geklärt.

#### Ziele

- Der Beschaffungsprozess ist über alle Bereiche geregelt und im QM System integriert
- Durch die Standardisierung des Beschaffungswesens werden die Einkäufe kostengünstiger
- Unnötige Lagerhaltungen werden eliminiert

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prävalenzmessung Dekubitus</li> </ul>

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Postoperative Wundinfektions-Messung Swisnoso</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prävalenzmessung Sturz &amp; Dekubitus</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SIRIS Implantatregister</li> </ul>

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenbefragung
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterbefragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung

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

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

##### Einführungstag neuer Mitarbeitende

<b>Ziel</b>	Einheitliches Wissen über die Händehygiene, Standardmassnahmen und die Stichverletzungen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Hygiene
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	während des ganzen Jahres / monatlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Methodik</b>	Frontalunterricht
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Hygienerichtlinien

##### Schulung der korrekten Händehygiene

<b>Ziel</b>	Prävention von nosokomialen Infektionen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Hygiene
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Schulungen erfolgen während des ganzen Jahres an einer Teamsitzung
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Methodik</b>	Frontalunterricht
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Personal, welches direkten und indirekten Patientenkontakt hat. Inklusiv Wäscherei, Küche und Reinigung
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Hygienerichtlinien

Jährliches Audit durch externes Mikrobiologie-Labor

<b>Ziel</b>	Aktueller Hygienestand erfahren, Vermeidung von nosokomialen Infektionen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Hygiene
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	jährlich unangemeldet
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Methodik</b>	Audit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	OP, Steri, Anästhesie, Endoskopie, Notfall, Rettungsdienst, Wäscherei, Reinigung, Küche, Restaurant, Pflegeabteilungen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Je nach Befund der mikrobiologischen Proben müssen Anpassungen getroffen werden um die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Auditcheckliste und Auditbericht

Indikationen für MRSA Screening neu anpassen

<b>Ziel</b>	Frühzeitiges erfassen von MRSA kolonisierten Patienten
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Hygiene
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Standardisierung der Indikation für MRSA Screening
<b>Methodik</b>	Schulung der Anwender
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Notfallabteilung und Pflegeabteilungen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	2017, durch Laborstatistik
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Richtlinie MRSA Screening

## Medikamentenaudit

<b>Ziel</b>	Ziel ist es aus dem Audit resultierende Verbesserungsmassnahmen zu identifizieren und umzusetzen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Patientenpfad entlang beteiligte Bereiche
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Juli 2016 (3 Tage)
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Optimierung des Medikamentenprozesses
<b>Methodik</b>	Audit (nach ISO 9001 : 2015)
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege, Ärzte, Apotheke
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Aufgrund des Auditberichtes werden Verbesserungsmassnahmen definiert
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Auditplan, Auditprogramm, Auditcheckliste, Auditbericht

## Laborinformationssystem

<b>Ziel</b>	Produktiv bis 1. Juni 2016 (Mikrobiologie) / Produktiv bis Ende 2016 (Routinelabor, Immunhämatologie)
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Labor
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Dezember 2015 - 2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Einführung eines neuen Laborinformationssystems mit optimierter Zugänglichkeit aller beteiligten Berufsgruppen
<b>Methodik</b>	Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Biomedizinische Analytiker / Biomedizinische Analytikerinnen / Ärzte
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Laborinformationssystem (LIS) / Aufrüsten des Geräteparks (Bactec FX) im Fachbereich Mikrobiologie Austausch der Blutkulturen Incubatoren (Bactec 9050) mit der neuen Generation Bactec FX40, welche über eine Schnittstelle zum LIS verfügen. Eine Schulung hat stattgefunden, sodass ab dem 01.10.2016 nur noch das neue Gerät mit Blutkulturflaschen bestückt wurde. Alles im Hinblick einer Online-Anbindung zum LIS. Mit dieser Prozessoptimierung konnte eine Vereinfachung der Zuordnung erreicht werden

## Führungsschulung

<b>Ziel</b>	Das Kader kennt die Grundlagen der Führung im Spital Einsiedeln und wendet diese korrekt an.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2014 - 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Einheitliches Führungsverständnis
<b>Methodik</b>	Personalentwicklungskonzept
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle

### Bemerkungen

#### Weitere laufende Aktivitäten und Projekte im Bereich des Personaldienstes sind:

- Personalentwicklungstool: Pro Funktion steht eine mögliche Führungslaufbahn und/oder Fachlaufbahn zur Verfügung.
- Prozessablauf Ausbildung: Erstellung des Prozessablauf im Q-Handbuch
- Erstellung Ausbildungskonzept: Erstellung und Überarbeitung der Ausbildungskonzepte

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2011 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

### Bemerkungen

Die CIRS Kommission wertet die Ergebnisse regelmässig aus, definiert Massnahmen und überwacht deren Umsetzung. Mitarbeitende können sich jederzeit via CIRS Tool über den aktuellen Stand der CIRS Fälle informieren. Zudem werden zweimal jährlich Reports über den Stand der CIRS Meldungen und deren Verbesserungsaktivitäten erstellt.

## 4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/\\_service/forum\\_medizinische\\_register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AMIS Plus</b> Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	2006
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	2015
<b>SCQM</b> SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>	2006
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2012
<b>AMDS</b> Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.iumsp.ch/ADS">www.iumsp.ch/ADS</a>	2006
<b>Infreporting</b> Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	2000

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
IVR	Rettungsdienst	2009	2015	Anerkennung der offizielle Rezertifizierung
Supervisionen	Mikrobiologie	2003	2015	Checkliste Qualab
Supervisionen	Routinelabor	2003	2015	Checkliste Qualab
NNPN-Peer Support Einsatzorganisation in psychologischer Nothilfe	Peerorganisation	2011	2011	NNPN (Nationales Netzwerk Psychologischer Nothilfe)
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamtspital	2007	2011	H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit (Audit findet alle 5 Jahre statt)
Swiss Medic Audit	Labor/Blutspende	2000	2014	nächste Juni 2016
Blutspende Zürich	Blutspende	1985	2014	
CLS Plasma Audit	Blutspende	2010	2015	geplant 2016
Audit Kantonschemiker	Labor Mikrobiologie	2011	2012	Das Audit wird durch den Kantonschemiker angemeldet
Lebensmittelkontrolle	Küche	1987	2014	Amtliche Kontrolle des Laboratorium der Urkantone
Mikrobiologische Untersuchung	Gesamtspital	1980	2015	Findet jährlich unangemeldet statt

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). 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. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
<b>Spital Einsiedeln</b>				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.29	9.54	9.44	9.75 (9.58 - 9.93)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.06	9.37	9.32	9.50 (9.37 - 9.63)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.21	9.37	9.19	9.40 (9.14 - 9.66)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.13	9.27	9.23	9.36 (9.07 - 9.65)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.40	9.61	9.61	9.69 (9.48 - 9.90)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2015 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>	
<b>Spital Einsiedeln</b>			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	236		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	101	Rücklauf in Prozent	43 %

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenbefragung

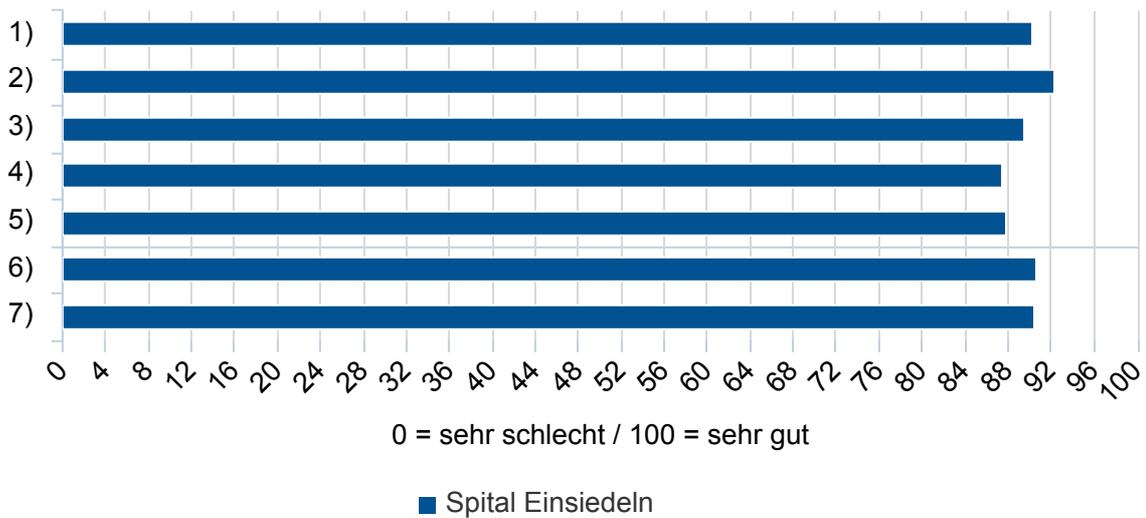
Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Dies ermöglicht es dem Spital, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements.

Diese Patientenbefragung haben wir vom September 2015 bis Dezember 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserem Spital hatten (schriftliche Befragung kurz nach dem Austritt). Kinder wurden nicht befragt. Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Spital Einsiedeln	90.30	92.40	89.60	87.50	87.80

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Spital Einsiedeln	90.70	90.40	423	44.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Das Spital Einsiedeln erhielt bei der Gesamtzufriedenheit und bei allen Teilbereichen Bewertungen, welche deutlich besser sind als der Mittelwert aller Spitäler im Vergleich. Bei allen Bereichen (Ärzte, Pflege, Organisation, Hotellerie, öffentliche Infrastruktur) zählt das Spital Einsiedeln zu den Besten der 47 Spitäler im Vergleich. Die Entwicklung über die Zeit zeigt, dass das Spital Einsiedeln bei der Gesamtzufriedenheit die guten Resultate der letzten Jahre sogar noch übertreffen konnte.

**Angaben zur Messung**

Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

**5.3 Beschwerdemanagement**

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Spital Einsiedeln**

Feedbackmanagement /  
Beschwerdemanagement  
Beatrice Weber

Direktionsassistentin

0554185861

[feedback@spital-einsiedeln.ch](mailto:feedback@spital-einsiedeln.ch)

Montag bis Donnerstag zu Bürozeiten

Das Feedbackmanagement (FBM) des Spital Einsiedelns bietet den Patienten und deren Angehörigen die Möglichkeit, ihre Anliegen an eine zentrale Stelle mitzuteilen. Alle Anliegen, seien es Anregungen, Beschwerden, Fragen oder auch Lob werden sorgfältig gepr

## 6 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 6.1 Eigene Befragung

#### 6.1.1 Mitarbeiterbefragung

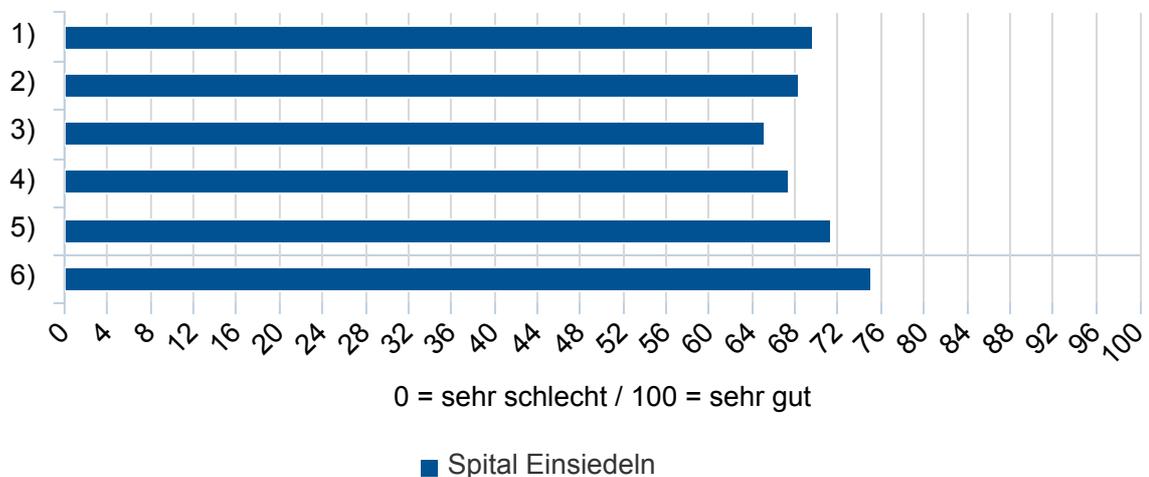
Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden ihre Arbeitssituation empfinden. Dies ermöglicht es dem Spital, allfällige Probleme frühzeitig zu erkennen, und wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Mitarbeiterbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements der Spitäler.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom November 2015 bis Dezember 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Für die Erhebung wurden alle Mitarbeitenden schriftlich befragt. Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Alle Mitarbeitenden
- 2) Pflegepersonal
- 3) Med.-therapeutisches Personal
- 4) Med.-technisches Personal
- 5) Hauswirtschaftspersonal
- 6) Verwaltungspersonal



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Spital Einsiedeln	69.60	68.40	65.20	67.50	71.40

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen		Rücklaufquote %
	6)	Anzahl valide Fragebogen	
Spital Einsiedeln	75.10	208	60.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Das Spital Einsiedeln erhielt bei der Gesamtzufriedenheit eine Bewertung welche deutlich besser ist als der Mittelwert aller Vergleichsspitäler. In den meisten Teilbereichen zählt das Spital Einsiedeln zu den Besten der 43 Akutspitäler im Vergleich. In 7 von 9 Teilbereichen konnte das Spital Einsiedeln die guten Resultate von 2012 sogar noch übertreffen.

**Angaben zur Messung**

Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

## 7 Zuweiserzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Zuweiserbefragung

Das Spital Einsiedeln führte 2014 eine Zuweiser-/Belegärztebefragung mit der Firma MECON measure & consult GmbH durch. Dazu wurden Zuweiser und Belegärzte schriftlich zu ihrer Zufriedenheit mit dem Spital befragt. Die Befragung war anonym. Die ausgefüllten Fragebogen wurden direkt an das unabhängige Messinstitut MECON retourniert.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2014 in allen Abteilungen durchgeführt. Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2017.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

## Behandlungsqualität

### 8 Wiedereintritte

#### 8.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

#### Begründung

Das Problem besteht bei der Datenqualität der Verbindungscodes zu den BFS-Datensatz, deshalb sind die Auswertungen nicht zuverlässig (z.B. Jahresüberlieger).

Weiterführende Informationen erhalten finden Sie unter <http://www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-akutsomatik/>

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

## 9 Operationen

### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
<b>Spital Einsiedeln</b>				
Beobachtete Rate	0.54%	0.49%	0.54%	1.65%
Erwartete Rate (CI* = 95%)	2.13%	1.35%	1.19%	2.08% (1.84% - 2.32%)
Ergebnis** (A, B oder C)	A	A	A	A

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

\*\* Wertung der Ergebnisse:

- 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. Diese Fälle sollten analysiert werden.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

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.).
<b>Spital Einsiedeln</b>		
Anzahl auswertbare Operationen 2015:		3349

## 10 Infektionen

### 10.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herz-chirurgischen Eingriffen) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ Hernienoperationen
▪ Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
<b>Spital Einsiedeln</b>						
Blinddarm-Entfernungen	13	1	-	-	8.00%	7.70% (0.20% - 36.00%)
Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	6	0	-	-	0.00%	0.00% (0.00% - 45.90%)
Hernienoperationen	94	1	5.66%	1.67%	0.00%	1.10% (0.00% - 5.80%)
Dickdarmoperationen (Colon)	15	2	0.00%	33.30%	0.00%	13.30% (1.70% - 40.50%)
Kaiserschnitt (Sectio)	73	0	0.00%	0.00%	1.30%	0.00% (0.00% - 4.90%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2013 – 30. September 2014

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2014 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2014 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2014 (CI*)
			2011	2012	2013	
<b>Spital Einsiedeln</b>						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	79	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 4.60%)

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Ein kleines Gremium mit der Hygienebeauftragte, dem ärztlichen Supervisor, der Swissnosobeauftragte und der Leiterin Qualität und Projekte haben den Jahresbericht kritisch analysiert und der Geschäftsleitung die Analyse und die Verbesserungsempfehlungen mitgeteilt.

Die Erfassungen der Blinddarm-Entfernungen bei Erwachsenen sowie bei Kindern/Jugendlichen erfolgt erst seit 2013, daher fehlen die Werte von 2013 und 2012.

Zudem beteiligt sich das Spital Einsiedeln als Pilotspital für das Swiss Clean Care - Modul "Prävention von postoperativen Wundinfektionen" von Swissnoso.

**Angaben zur Messung**

Auswertungsinstitut

Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten ( $\geq 16$ Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten ( $\leq 16$ Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

## 11 Stürze

### 11.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

#### Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
<b>Spital Einsiedeln</b>				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	0	0	0	0
In Prozent	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

Bei den hier publizierten Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt,</li> <li>▪ Säuglinge der Wochenbettstation,</li> <li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre)</li> <li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Spital Einsiedeln</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	53	Anteil in Prozent (Antwortrate)	84.10%

## 12 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. 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 Schwerkraften.

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			Anzahl Erwachsene mit Dekubitus im 2015	In Prozent
		2012	2013	2014		
<b>Spital Einsiedeln</b>						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1-4	0	1	0	1	1.90%
	ohne Kategorie 1	0	0	0	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	1	0	1	1.90%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0	0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0	1	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0	0	0	0.00%

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt,</li> <li>▪ Säuglinge der Wochenbettstation,</li> <li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre)</li> <li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Spital Einsiedeln</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	53	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	84.10%

## 13 Weitere Qualitätsmessung

### 13.1 Weitere eigene Messung

#### 13.1.1 Stürze

Anzahl Stürze die sich im Spital ereignet, während des gesamten Jahres (Sturzprotokolle).

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Einschlusskriterien:

Alle Patienten ab 65 Jahre die über 48 Stunden hospitalisiert werden.

Treten ein oder mehrere der folgenden Kriterien auf, müssen auch Patienten unter 65 Jahre eingeschätzt werden:

- Patienten sind in der Zeit kurz vor (letzte 3 Monate) dem stationären Aufenthalt bereits gestürzt
- Patienten haben Funktionseinbussen- und Funktionseinschränkungen
- Patienten sind in ihrer Kognition und/oder Stimmung beeinträchtigt
- Patienten mit einer Erkrankung die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen

Ausschlusskriterien:

- Kinder und Säuglinge
- selbstständige Patienten unter dem 65 Lebensjahr
- Patienten, die eine stationäre Aufenthaltsdauer unter 24 Stunden aufweisen

Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten: 25

Der Benchmark liegt im Durchschnitt zwischen 2.3 und 9 Stürzen auf 1000 Pflage tage (Enloe et al., 2005).

Das Spital Einsiedeln zeigt einen Wert von **1.42** auf und liegt damit unter dem Wert des Benchmarks.

#### ANQ Benchmark:

Nationaler Wert: 3.8% - 4.3%

Spital Einsiedeln Wert: 0.72%

#### Verbesserungsaktivitäten

Alle relevanten Qualitätsindikatoren für Sturzereignisse werden eingehalten und umgesetzt. Ein interdisziplinäres Fachgremium wertet jährlich die Sturzereignisse aus und leitet auf evidenzbasierende Erkenntnisse Massnahmen ein.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Spitalinternes Sturzkonzept, angelehnt an das Konzept des Stadspital Waid und der Stiftung Patientensicherheit

#### Bemerkungen

Das Spital Einsiedeln verfügt über ein Sturzkonzept, das eine Risikoerkennung aufweist, Risikoabklärungen beinhaltet und Massnahmen für Prävention und Intervention aufzeigt. Alle Sturzrisikoeinschätzungen (Morse Braden Skalen) und alle Sturzereignisse werden erfasst und jährlich ausgewertet. Eine Expertengruppe analysiert die Ergebnisse und bewertet die jährlich festgelegten Ziele auf ihre Wirksamkeit. Für 2016 sind Schulungen für das Pflegepersonal vorgesehen.

### 13.1.2 Dekubitus

Anzahl Dekubiti gemessen über das ganze Jahr

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Einschlusskriterien:

Dekubituseinschätzungen werden bei folgenden Patienten vorgenommen

Alle Patienten ab 65 Jahre

- Treten ein oder mehrere der folgenden Kriterien auf, müssen auch Patienten unter 65 Jahre eingeschätzt werden:

- Ernährung - ernährt sich der Patient nur mässig
- Mobilität - ist der Patient in der Mobilität stark eingeschränkt
- Aktivität - ist der Patient nur mässig aktiv

Ausschlusskriterien:

Patienten zur Kurzhospitalisierung (2-3 Tage), Kurzeingriffe, Wochenbett und Schwangere

Bei 11 Patienten ist während der Spitaldauer ein Dekubitus entstanden.

Die Dekubitusrate während des Spitalaufenthaltes liegt bei **0.0032**.

Die Inzidenzrate liegt bei 0.0043. Zu diesem Ergebnis kommt der Verein Outcome, der 2008 dazu eine Studie durchgeführt hat.

Die Dekubitusrate während des Spitalaufenthaltes in Prozent liegt bei: **0.32%**

Auf nationaler Ebene liegt die Dekubitusrate bei 4.3%. Wird die Dekubitusategorie 1, die am häufigsten Vorkommende, nicht berücksichtigt, sinkt der Durchschnittswert auf 1.8% schreibt ANQ.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Internes Dekubitus Konzept, Quelle: Gehrlach et al (2008). Inzidenz und Risikoerfassung von Dekubitus Ergebnisse einer Qualitätsmessung des Verein Outcome in Schweizer Akutspitälern

#### Bemerkungen

Die Erkennung eines Dekubitusrisikos, das gezielte Ergreifen von Massnahmen, um das Risiko zu Reduzieren oder Interventionen für die Verbesserung eines Dekubitus zu erlangen, sind im Dekubituskonzept enthalten. Durch eine jährliche Auswertung des erfassten Dekubitusrisikos und der vorhandenen oder neu entstanden Dekubitus ist es möglich, jährliche Ziele zu evaluieren und neue Massnahmen zu planen. Unter anderem wird das Pflegepersonal 2016 Schulungen erhalten.

## 14 Projekte im Detail

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

### 14.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 14.1.1 E-Learning Tool

##### **Ausgangslage**

Das Spital Einsiedeln setzt für die Aus- und Weiterbildung seiner Mitarbeitenden unterschiedliche Ressourcen ein. Neben der Wissensvermittlung an Präsenzveranstaltungen und der Publikation von Dokumenten wie Weisungen, Handbüchern, etc. soll auch E-Learning verstärkt eingesetzt werden. Das Spital Einsiedeln arbeitet seit 2015 testweise mit easylearn und hat auch schon einen ersten Kurs zum Thema „Deeskalation für Spitalbetriebe“ in Eigenregie entwickelt.

Der Kurs wurde sämtlichen Mitarbeitenden zugewiesen, wobei das Feedback dazu sehr positiv ausgefallen ist. Dies bietet eine gute Grundlage, um weitere Inhalte als E-Learning Kurs anzubieten. Für das Spital Einsiedeln wird daher ein sog. Einsatz- und Betriebskonzept erarbeitet, bei dem das neue Schulungskonzept des „lended Learnings“ im Spital beschrieben und dokumentiert wird.

##### **Ziele**

In einem ersten Schritt sollen die Kurse aus dem Einführungstag als E-Learning angeboten werden. Als Thema für die Pilotierung ist dabei die „Standardhygiene“ vorgesehen. Für die entsprechenden Audits müssen die Statistiken zur Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden verfügbar sein. Damit schnell auf die relevanten Daten zugegriffen werden kann, werden die benötigten Statistiken als Abfragen in easylearn hinterlegt. Die entsprechenden Marketingmassnahmen für die Umstellung von Frontalschulungen zu E-Learning werden vom Spital Einsiedeln selbst durchgeführt.

##### **Projektablauf/Methodik**

Das Projekt wird in 4 Phasen unterschieden:

- Initialisierung
- Konzeption
- Realisierung
- Einführung/ Projektabschlussbericht

##### **Involvierte Berufsgruppen**

Ausbildungsverantwortliche  
Leiterin Qualität und Projekte  
IT-Verantwortlicher  
easylearn Schweiz AG

##### **Projekterevaluation/Konsequenzen**

Vorgesehener Inhalt des Projektabschlusses ist die formelle Abnahme des Projektes, die Dokumentation allfälliger offener Punkte und Mängel sowie die "Lessons learned" aus dem Projekt.

##### **Evaluation**

Die Evaluation des Projektes ist ca. nach einem halben Jahr des Projektabschluss geplant.

## 14.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

### 14.2.1 Room Service

#### **Ausgangslage**

Der Room Service wurde 2012 durch den Leiter Hotellerie am Spital Einsiedeln aufgebaut und eingeführt. Mit diesem Projekt werden wir die Servicequalität des Room Service definieren, den Tagesablauf überprüfen und die möglichen Ressourcen optimal planen und einsetzen.

#### **Ziele**

Zum Wohle unserer Stakeholders und der Mitarbeitenden des Room Service, wird die Servicequalität für jeden nachvollziehbar und umsetzbar gelebt. Zudem werden wir in diesem Projekt den elektiven Eintrittsprozess strukturiert aufbauen.

#### **Projektablauf/Methodik**

1. Initialisierung
2. Erhebung
3. Analyse / Gefahren- und Risikobewertung
4. Lösungsentwicklung
5. Bewerten der Lösung
6. Umsetzung

#### **Involvierte Berufsgruppen**

Room Service / Hotellerie  
Pflege  
Administration  
Direktion  
Qualität und Projekte

#### **Projektelevaluation/Konsequenzen**

Die Servicequalität des Room Service ist definiert und geschult. Die möglichen Ressourcen sind nun optimal eingeplant und umgesetzt. Die Übernahme der Patientenabholung von elektiven Eintritten inkl. Schulung ist am 7. März 2016 erfolgreich gestartet. Die Evaluation des Gesamtprojektes findet am 27. Juni 2016 statt.

## 14.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 14.3.1 Momentan besteht kein aktuelles Zertifizierungsprojekt

Momentan besteht kein aktuelles Zertifizierungsprojekt am Spital Einsiedeln.

## 15 Schlusswort und Ausblick

Wir sind ein modernes Qualitätsspital- dieser Anspruch, dieses Versprechen an unsere Patienten soll sich auch in unserem Qualitätsmanagement widerspiegeln.

Dies bedeutet vor allem, eine intensive Auseinandersetzung mit den verschiedensten Einflussfaktoren. Einer dieser Faktoren ist zum Beispiel die schweizerische Spitaleentwicklung und medizinische Versorgungsqualität. Unser Ziel ist es, uns stets an die Besten der Branche zu messen und nach den neuesten Erkenntnissen zu optimieren.

Weitere Faktoren sind unsere Outcome Ergebnisse und Befragungen. Sie zeigen uns ein gesamtheitliches Bild unserer kontinuierlichen Verbesserungsaktivitäten, welche wir laufend überprüfen und allenfalls anpassen.

### **Ausblick**

In den nächsten Jahren werden wir vorallem mit dem Umbau- bzw. Neubauten beschäftigt sein. Damit die Behandlungsqualität weiterhin hochstehend bleibt, müssen die betroffenen internen Abläufe entsprechend überprüft und auf die neuen Einrichtungen adaptiert werden.

Die Einführung des Klinikinformationssystem (KIS) wird uns ebenfalls bis erstes Quartal 2018 beschäftigen. Die Modellierung der Daten soll den Prozessen entlang geführt werden. Eine Papierdokumentation soll der Ausnahme vorbehalten bleiben.

Das KIS wird das führende System für den klinischen Arbeitsplatz im Spital Einsiedeln.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinformation.ch](http://spitalinformation.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

### Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
<b>Gefässe</b>
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>

Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Replantationen
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien der Mamma
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq$ 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq$ 1250g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq$ 2000g)
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (Level III)
<b>Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)</b>
Onkologie
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)

## 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/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



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

## Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage 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/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) nahe zu legen.



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)