

Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

20.08.2021
Peter Werder, CEO

Version 3

Spital Linth, 8730 Uznach

www.spital-linth.ch



Akutsomatik



Rehabilitation

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 2020.

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

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2020

Frau
Christa Schubiger
Qualitätsbeauftragte
0552855173
christa.schubiger@spital-linth.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform spitalinfo.ch zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Impressum | 2 |
| Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz | 3 |
| 1 Einleitung | 6 |
| 2 Organisation des Qualitätsmanagements | 7 |
| 2.1 Organigramm | 7 |
| 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement | 7 |
| 3 Qualitätsstrategie | 8 |
| 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020 | 8 |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020 | 8 |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren | 9 |
| 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten | 10 |
| 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen | 10 |
| 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen | 10 |
| 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen | 11 |
| 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte | 12 |
| 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen | 15 |
| 4.5 Registerübersicht | 16 |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht | 17 |
| QUALITÄTSMESSUNGEN | 18 |
| Befragungen | 19 |
| 5 Patientenzufriedenheit | 19 |
| 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik | 19 |
| 5.2 Beschwerdemanagement | 20 |
| 6 Angehörigenzufriedenheit | |
| Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt. | |
| 7 Mitarbeiterzufriedenheit | 21 |
| 7.1 Eigene Befragung | 21 |
| 7.1.1 icommit | 21 |
| 8 Zuweiserzufriedenheit | |
| Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt. | |
| Behandlungsqualität | 22 |
| 9 Wiedereintritte | 22 |
| 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen | 22 |
| 10 Operationen | |
| Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. | |
| 11 Infektionen | 23 |
| 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte | 23 |
| 12 Stürze | 25 |
| 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz | 25 |
| 12.2 Eigene Messung | 26 |
| 12.2.1 Sturzprävalenz | 26 |
| 13 Wundliegen | 27 |
| 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus | 27 |
| 13.2 Eigene Messungen | 28 |
| 13.2.1 Dekubitus-Inzidenz | 28 |
| 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen | |
| Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant. | |
| 15 Psychische Symptombelastung | |
| Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. | |
| 16 Zielerreichung und Gesundheitszustand | |
| Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant. | |
| 17 Weitere Qualitätsmessungen | 29 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 17.1 | Weitere eigene Messungen | 29 |
| 17.1.1 | Infektionsprävention und Spitalhygiene | 29 |
| 17.1.2 | CIRS..... | 29 |
| 17.1.3 | Feedbackmanagement | 29 |
| 17.1.4 | Schmerzbehandlung | 30 |
| 18 | Projekte im Detail | 31 |
| 18.1 | Aktuelle Qualitätsprojekte | 31 |
| 18.1.1 | eOPPS | 31 |
| 18.2 | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020 | 31 |
| 18.2.1 | Patientenarmband | 31 |
| 18.3 | Aktuelle Zertifizierungsprojekte | 31 |
| 18.3.1 | Dokumentenmanagementsystem | 31 |
| 19 | Schlusswort und Ausblick | 32 |
| Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot..... | | 33 |
| Akutsomatik | | 33 |
| Rehabilitation..... | | 34 |
| Herausgeber | | 35 |

1 Einleitung

Das Spital Linth stellt die Gesundheitsversorgung im Linthgebiet sicher. Die stetige Zunahme der Patientenzahlen im ambulanten und im stationären Bereich zeugt von einer positiven Verankerung des Spitals in der regionalen Bevölkerung.

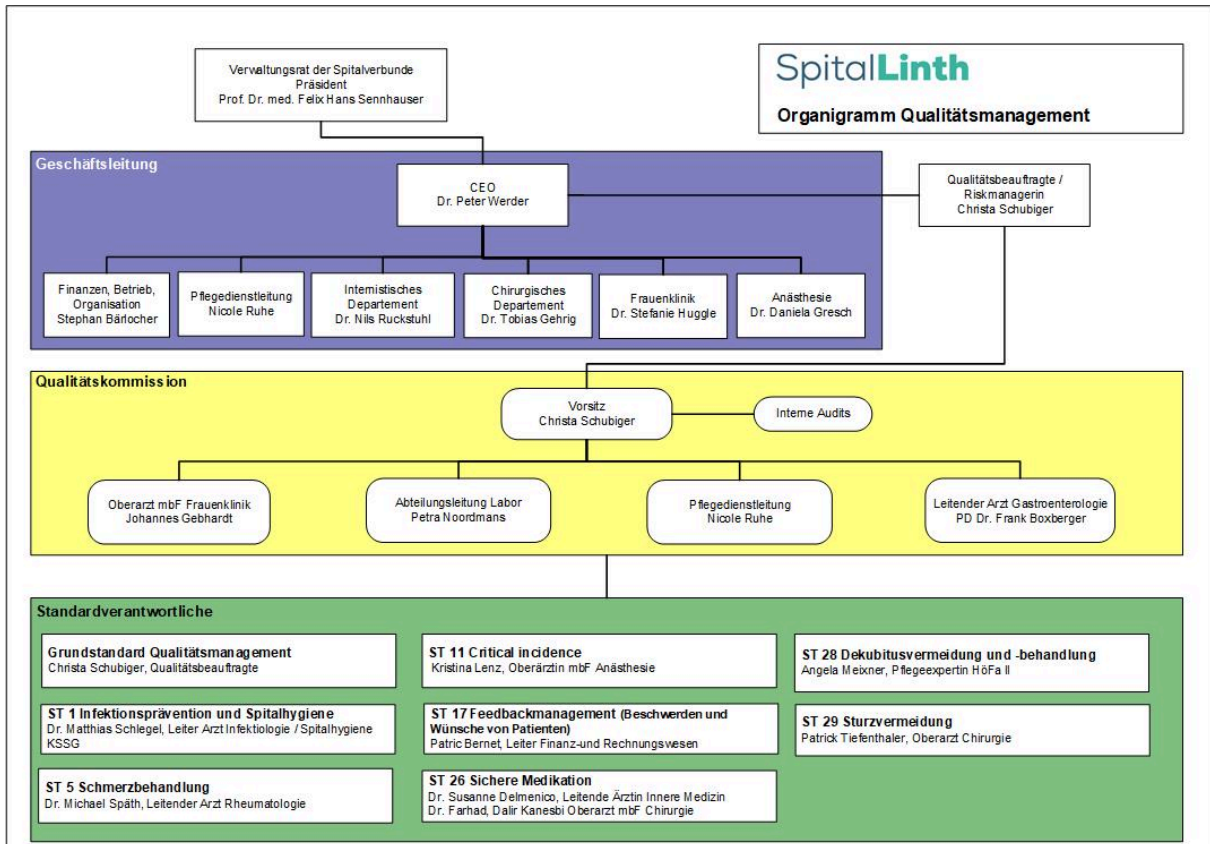
Die Anforderungen an ein modernes Spital zu meistern soll unsere Herausforderung sein.

Tagtäglich nehmen wir die Herausforderung an, eine erweiterte medizinische Grundversorgung für die Bevölkerung des Linthgebiet sicherzustellen. Unser Ansporn soll sein, mit guten Leistungen in allen Belangen das Spital im Linthgebiet weiterhin positiv zu positionieren und zu stärken. Das Spital Linth wird in Bezug auf Versorgung und Qualität die immer hohen Anforderungen erfolgreich meistern. Mit vergleichbaren günstigen Tarifen, gleichbedeutend mit einem sinnvollen Umgang mit dem Geld unserer Geldgeber, soll das hohe und moderne Niveau weiter gehalten und ausgebaut werden.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement koordiniert die Qualitätsentwicklung und nimmt unter anderem folgende Aufgaben wahr:

- Ansprechpartner in allen Fragen des Qualitätsmanagement
- Begleitung von Zertifizierungsprozessen
- Überwachung und Umsetzung von Qualitätsverbesserungsprojekten
- Berichterstattung über Qualitätsaktivitäten
- Organisation, Durchführung und Aufbereitung von Qualitätsmessungen

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **60** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Christa Schubiger

Qualitätsbeauftragte

055 285 51 73

christa.schubiger@spital-linth.ch

3 Qualitätsstrategie

Wir betreiben eine qualitativ hochstehende und patientengerechte medizinische Behandlung, Pflege und Betreuung und messen uns an der Reaktion unserer Kundinnen und Kunden. Wir fördern die integrative Versorgung in Zusammenarbeit mit Hausärzten und anderen Zuweisern. Wir wollen dabei in unserem Einzugsgebiet eine führende und steuernde Rolle wahrnehmen. (Leitsatz Nr. 1, Strategie Spital Linth)

Die Geschäftsleitung des Spital Linth zeigt sich für Qualität verantwortlich. Sie ist Vorbild und fordert alle Mitarbeitenden auf, die Mitverantwortung für Qualität zu tragen. Qualität wird von allen Mitarbeitenden getragen und gelebt (integriertes QM). Qualitätsentwicklung geschieht effizient und effektiv. Wir nehmen unsere Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit wahr. Die Qualität wird sichtbar gemacht und in einem ständigen Kreislauf verbessert (PDCA-Kreislauf)

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

- Pflege und Aufbau des elektronischen Dokumentenmanagement
- Infektionsprävention und Spitalhygiene
- Erfüllung der sanaCERT Anforderungen
- Risikomanagement

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

Ausserordentliche Lage Corona-Pandemie

Die beiden Pandemiewellen haben uns gefordert. Innert kürzester Zeit musste reagiert werden und geeignete Massnahmen zur Bewältigung umgesetzt werden. Neue interdisziplinäre und interprofessionelle Informationsgefässe wurden geschaffen um rasch und situativ zu reagieren. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dieser ausserordentlichen Lage wurden reflektiert.

Qualitätsmanagement

Umsetzung des kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Die Vorgaben der sanaCERT aus der Re-Zertifizierung 2019 und dem Überwachungsaudit 2020 werden bewertet und umgesetzt.

Dokumentenmanagementsystem

Die Anwendung und der Einsatz wird konsequent gefördert. Die Überführung und die damit einhergehender Aktualisierung der Dokumente findet laufend statt.

Sichere Medikation

Der Standard Sichere Medikation wurde 2019 erstmal durch die sanaCERT Suisse zertifiziert. Der Medikationsprozess wird kontinuierlich verbessert.

Die Messempfehlungen der ANQ werden umgesetzt und die Ergebnisse analysiert.

Risikomanagement

Alle relevanten Risiken sind identifiziert, analysiert und bewertet. Der jährliche Risikomanagementbericht wurde erstellt und durch die Geschäftsleitung genehmigt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Spitalstrategie des Kanton St. Gallen

Umsetzung der Spitalstrategie des Kanton St. Gallen sowie Nutzung der sich daraus ergebenden Synergien.

Feedbackmanagement

Ausbau der Informationsgewinnung bei den relevanten Anspruchsgruppen zu prozessorientierten Indikatoren der medizinischen Versorgung.

Schmerzbehandlung

Einführung der Pain Nurse mit dem Ziel, das interprofessionelles Schmerzmanagement für stationäre und ambulante Patienten zu verbessern, sowie das Schmerzmanagement neu zu strukturieren und an den aktuellen Bedürfnissen anzupassen.

Dokumentenmanagementsystem

Laufende Aktualisierung und Überführung von Dokumenten (Standards, Konzpete, Richtlinien usw.)

ANQ

Durchführung der von ANQ geforderten Messungen. Bedarfsgesteuerte weitere Messungen.

sanaCERT

Die Vorgaben von sanaCERT aus der Rezertifizierung und Überwachungsaudits konsequent erfüllen.

Empfehlungen und Hinweise überprüfen und gegebenenfalls in umsetzen.

Langjährige Standards in den Betrieb überführen und neue Standards aufnehmen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

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

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"> ▪ Hygiene (Clean-Hands Kampagne) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ CIRS |

Bemerkungen

Die Bearbeitung der obligatorischen sanaCERT-Standards inkl. dazugehöriger Messungen ist gemäss Verwaltungsrat der Spitalverbunde des Kanton St.Gallen von allen Spitälern umzusetzen.

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>Mitarbeiterzufriedenheit</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ icommit |
| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt: |
| <i>Stürze</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sturzprävalenz |
| <i>Wundliegen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dekubitus-Inzidenz |
| <i>Weitere Qualitätsmessungen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infektionsprävention und Spitalhygiene ▪ CIRS ▪ Feedbackmanagement ▪ Schmerzbehandlung |

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Qualitätsmanagement

| | |
|--|---|
| Ziel | Kontinuierliche Qualitätsentwicklung im gesamten Spital |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | kontinuierlich |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Qualitätssicherung und -förderung |
| Methodik | PDCA-Zyklus |
| Involvierte Berufsgruppen | alle Berufsgruppen |
| Evaluation Aktivität / Projekt | PDCA, kontinuierlicher Verbesserungsprozess |
| Weiterführende Unterlagen | sanaCERT, Grundstandard Qualitätsmanagement |

Feedbackmanagement, Erfassen von Wünschen und Kritik der Patienten

| | |
|--|---|
| Ziel | Optimierung von Kundenzufriedenheit |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Wiederherstellung der Kundenzufriedenheit / Rückmeldungen von Patienten geben wichtige Hinweise |
| Methodik | Interne Erfassungen von Beschwerden, Lob und Anregungen von Patienten |
| Involvierte Berufsgruppen | Kadermitarbeitende alle Berufsgruppen |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Laufende, kontinuierliche Erfassung, Bewertung und Ableiten von Verbesserungsmaßnahmen. |

Infektionsprävention und Spitalhygiene

| | |
|--|---|
| Ziel | Vermeiden von nosokomialen Infekten |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Methodik | Mitarbeit und Umsetzung der Guidelines und Standards des OSKI (Ostschweizer Kompetenzzentrum für Infektiologie) |
| Involvierte Berufsgruppen | Hygienekommission |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Erfassung Wundinfektionen n. Operationen nach Swisnoso |

Melde- und Lernportal CIRIS

| | |
|--|---|
| Ziel | Aus Fehlern lernen, Verbesserungspotentiale ermitteln, Vermeiden von Schadensfällen |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | fortlaufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Kritische Zwischenfälle werden gemeldet und analysiert |
| Methodik | Anerkanntes Meldeportal |
| Involvierte Berufsgruppen | Ärztliche und pflegerische Vertretungen der Bereiche |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Regelmässige Besprechungen, Überprüfungen und Ableiten von Massnahmen. |

Sturzmeldeportal

| | |
|--|---|
| Ziel | Reduktion der vermeidbaren Stürze, resp. der Stürze mit schweren Sturzfolgen während der Hospitalisation. |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | fortlaufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Sturztendenzen erkennen, vermeiden von schwerwiegenden Sturzfolgen |
| Methodik | Meldeportal |
| Involvierte Berufsgruppen | Pflegepersonal, Ärzte, Physiotherapie, Reinigungspersonal |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Regelmässige Überprüfung der Sturzrate und Schweregrad der Sturzfolgen |

Schmerzbehandlung

| | |
|--|---|
| Ziel | Interdisziplinäre Versorgung von Patienten mit chronischen, aber auch akuten Schmerzen |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Die professionelle und ganzheitliche Therapie von schmerzkranken Patienten erfordert eine interdisziplinäre Versorgung. |
| Methodik | Beurteilung des Patienten durch das gesamte interdisziplinäre Fachteam |
| Involvierte Berufsgruppen | Rheumatologie, Anästhesie, Neurologie, Psychiatrie, Radiologie, Physiotherapie, Orthopädie, Geriatrie, Onkologie |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Jährliche Überprüfung von Behandlungserfolg / Patientenzufriedenheit / Anzahl Zuweisungen |

Dekubitusvermeidung und -behandlung

| | |
|--|--|
| Ziel | Evidenzbasierte Pflege zur Dekubitusvermeidung sowie die evidenzbasierte Behandlung von Dekubitalgeschwüren. |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufende Bearbeitung |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Verhindern von unnötigen Leiden und längeren Spitalaufenthalten / Patientenzufriedenheit |
| Methodik | Projektmanagement / Erfüllung der sanaCERT Standardkriterien |
| Involvierte Berufsgruppen | Alle die mit der Pflege von dekubitusgefährdeten Patienten involviert sind. |
| Evaluation Aktivität / Projekt | ANQ-Messung Erfassung aller Dekubitalgeschwüre ab Grad 2 Interne erfasste Dekubitus-Inzidenz |

Sichere Medikation

| | |
|--|---|
| Ziel | Die Patientensicherheit im Zusammenhang mit Medikation ist gewährleistet und wird stetig erhöht. |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Gesamtes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Start März 2016 |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Der Medikationsprozess im ambulanten und stationären Bereich ist die Hauptquelle für Fehler und unerwünschte Ereignisse im Gesundheitswesen |
| Methodik | Projektmanagement / Erfüllung der sanaCERT Standardkriterien |
| Involvierte Berufsgruppen | alle am Medikationsprozess beteiligten Berufsgruppen |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Laufende Überprüfung an den Standardgruppensitzungen. |

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2004 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen: | | | |
|---|--|--|---------|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab |
| A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz | Anästhesie | SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/ | 2003 |
| AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie | Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatrie, Wundbehandlung | Adjumed Services AG www.aqc.ch | 2003 |
| ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken | Gynäkologie und Geburtshilfe | SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch | 1984 |
| Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten | Infektiologie, Epidemiologie | Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting | 2000 |
| SIRIS Schweizerisches Implantatregister | Orthopädische Chirurgie | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ | 2012 |
| Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen | Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin | Verein Swissnoso www.swissnoso.ch | 2011 |

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::

| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation |
|---|----------------|--|
| KR SGA Krebsregister St. Gallen-Appenzell | Alle | ostschweiz.krebsliga.ch/ |

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 |
| ISO/IEC 17025:2017 | Labor und Blutspendedienst SRK SRK | 2005 | 2018 | |
| sanaCERT Suisse | Gesamtes Spital | 2003 | 2019 | gültig bis 2022 |
| SN EN ISO 15189:2013 | Labor und Blutspendedienst | 2005 | 2018 | |
| REKOLE | Finanz- und Rechnungswesen | 2015 | 2019 | gültig bis 2023 |
| Arbeitssicherheit H+ (EKAS) | Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz Gesamtes Spital | 2014 | 2019 | gültig bis 2023 |
| Hygiene-Audits Diversey Consulting | Gastronomie Reinigung und Küche | 2009 | 2019 | gültig bis 2020 |
| ISO 15189:2012 | Labor und Blutspendedienst | 2012 | 2018 | gültig bis 2020 |
| SN EN ISO/IEC 17025:2018 | Labor und Blutspendedienst | 2015 | 2018 | gültig bis 2020 |
| SAfW | Wundambulatorium | 2018 | 2018 | gültig bis 2021 |

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). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Messergebnisse

| Fragen | Vorjahreswerte | | | Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2019 (CI* = 95%) |
|--|----------------|---------------------|---------|--|
| | 2016 | 2017 | 2018 | |
| Spital Linth, 8730 Uznach | | | | |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)? | 3.91 | 4.06 | 4.20 | 4.01 (4.16 - 3.85) |
| Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen? | 4.36 | 4.50 | 4.60 | 4.45 (4.62 - 4.28) |
| Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen? | 4.44 | 4.48 | 4.60 | 4.47 (4.65 - 4.30) |
| Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt? | 4.27 | 4.28 | 4.40 | 4.29 (4.47 - 4.12) |
| Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts? | 3.75 | 3.90 | 4.00 | 3.77 (3.92 - 3.63) |
| Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts? | 85.30 % | 87.60 % | 85.40 % | 91.50 % |
| Anzahl angeschriebene Patienten 2019 | | | | 340 |
| Anzahl eingetreffener Fragebogen | 121 | Rücklauf in Prozent | | 36 % |

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|---------------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | ESOPE, Unisanté, Lausanne |

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im September 2019 das Spital verlassen haben. |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. |

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Linth, 8730 Uznach

Beschwerdemanagement

Herr Patric Bernet

Leitung Beschwerdemanagement

055 285 40 66

beschwerdemanagement@spital-linth.ch

während den Bürozeiten

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 icommit

Mitarbeiterzufriedenheit

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse der Befragung werden noch analysiert.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 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 und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

Messergebnisse

| Datenanalyse (BFS) | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------------------------------|------|------|------|------|
| Spital Linth, 8730 Uznach | | | | |
| Verhältnis der Raten* | 1.2 | 1.06 | 0.97 | 1.12 |
| Anzahl auswertbare Austritte 2018: | | | | 4230 |

* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|--|
| Nationales Auswertungsinstitut | SQLape GmbH |
| Methode / Instrument | SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) der Spitäler berechnet. |

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder). |
| | Ausschlusskriterien | Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland. |

11 Infektionen

11.1 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 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, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

| Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen: |
|---|
| ▪ Blinddarm-Entfernungen |
| ▪ *** Dickdarmoperationen (Colon) |
| ▪ Kaiserschnitt (Sectio) |
| ▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen |

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020:

(Unterbruch der Messperiode, vom 1. März bis 31. Mai 2020, infolge der Covid-19-Pandemie)

| Operationen | Anzahl beurteilte Operationen 2020 (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2020 (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % | | | adjustierte Infektionsrate % 2020 (CI*) |
|----------------------------------|--|--|---|--------|-------|---|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | |
| Spital Linth, 8730 Uznach | | | | | | |
| Blinddarm-Entfernungen | 56 | 0 | 1.60% | 3.10% | 3.30% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |
| *** Dickdarmoperationen (Colon) | 19 | 1 | 11.20% | 29.70% | 0.00% | 4.60% (0.00% - 14.00%) |
| Kaiserschnitt (Sectio) | 76 | 2 | 2.70% | 0.80% | 3.50% | 2.10% (0.00% - 5.40%) |

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2018 – 30. September 2019:

| Operationen | Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % | | | adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*) |
|---|--|--|---|-------|-------|---|
| | | | 2016 | 2017 | 2018 | |
| Spital Linth, 8730 Uznach | | | | | | |
| Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen | 47 | 0 | 0.90% | 0.00% | 1.10% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

| | | |
|--|--|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien Erwachsene | Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden. |
| | Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche | Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde. |
| | Ausschlusskriterien | Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern. |

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Sturz konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 *** |
|--|-------|---------------------------------|-------|----------|
| Spital Linth, 8730 Uznach | | | | |
| Anzahl im Spital erfolgte Stürze | 2 | 0 | 2 | – |
| In Prozent | 3.30% | 0.00% | 3.30% | – |
| Residuum* | | | -0.03 | – |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 *** | – | Anteil in Prozent (Antwortrate) | | – |

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> Alle stationären Patienten \geq 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. |

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Sturzprävalenz

Die Messung folgender Indikatoren erfolgt permanent über das ganze Jahr:

- Sturzrate (Anzahl Stürze auf 1000 Pflgetage) 2019 beträgt 3.1%, im Vorjahr 2.4%
- Anzahl Stürze absolut 2019 wurden 88 erfasst, im Vorjahr 90
- Verletzungsindex (Anzahl Verletzungen bei allen Stürzen) beträgt 2019 14.7%, im Vorjahr 14.4%
- Frakturindex (Anzahl Frakturen bei allen Stürzen) beträgt 2019 1.1%, im Vorjahr 1.1%

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Gesamtes Spital

Es werden alle Stürze der im Spital hospitalisierten Patienten erfasst, analysiert und bewertet.

Die Messung folgender Indikatoren erfolgt permanent über das ganze Jahr:

- Sturzrate (Anzahl Stürze auf 1000 Pflgetage) 2018 beträgt 2.4%, im Vorjahr 2.9%
- Anzahl Stürze absolut 2018 wurden 90 erfasst, im Vorjahr 99
- Verletzungsindex (Anzahl Verletzungen bei allen Stürzen) beträgt 2018 14.4%, im Vorjahr 15.5%
- Frakturindex (Anzahl Frakturen bei allen Stürzen) beträgt 2018 1.1%, im Vorjahr 1.0%

| Angaben zur Messung | |
|---|----------------|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | Sturzprävalenz |

13 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 Scherkräften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

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

Messergebnisse

| | | Vorjahreswerte | | | 2020 *** | In Prozent *** |
|--|---|---|------|--------------------|----------|----------------|
| | | 2017 | 2018 | 2019 | | |
| Spital Linth, 8730 Uznach | | | | | | |
| Nosokomiale Dekubitusprävalenz | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 | 0 | 2 | 4 | – | – |
| | Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%) | 0 | | 0.09 (0.85 - 0.66) | – | – |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 *** | – | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | | | – | |

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. |

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Dekubitus-Inzidenz

Der Dekubitus-Inzidenz wurde im Rahmen einer zentralen Erfassung über die elektronische Wunddokumentation ab Dekubitus Grad 2 erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Gesamtes Spital

Gesamtzahl stationärer Patienten (ohne Säuglinge) 2020: 4884.

Dekubitus - Inzidenz 2020

Für ausserhalb und innerhalb des Spitals entstandene Dekubitalgeschwüre 0.63%.

Für innerhalb des Spitals entstandene Dekubitalgeschwüre 0.14%.

| Angaben zur Messung | |
|---|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | |

17 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Infektionsprävention und Spitalhygiene

Die Spitalhygiene misst die Anzahl Patienten mit multiresistenten Keimen (MRSA, gramnegative Keime), sowie die Adhärenz mit der Händedesinfektion.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Gesamtes Spital

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

17.1.2 CIRS

Anzahl der initiierten Verbesserungsmassnahmen aufgrund der CIRS-Meldungen. Rate der CIRS-Meldungen, die zu Verbesserungen geführt haben.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Gesamtes Spital

Die Rate der CIRS-Meldungen die zu Verbesserungen geführt haben wurde über das elektronische Meldeportal erhoben.

Die Rate der Verbesserungsmassnahmen aufgrund von CIRS-Meldungen 2020 beträgt 60%.

Angaben zur Messung

| | |
|---|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | |
|---|--|

17.1.3 Feedbackmanagement

Die Rückmeldungen werden in Form einer Statistik erfasst und ausgewertet. Die Wiederherstellung der Kundenzufriedenheit wird gemessen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Gesamtes Spital

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

17.1.4 Schmerzbehandlung

Alle 3 Jahre findet die Überprüfung der Mitarbeitercompliance zum Thema Schmerzbehandlung statt sowie eine Patientenzufriedenheitsbefragung zur Schmerzbehandlung wird durchgeführt.

Diese Messung haben wir vom 01.06.2018 bis 30.06.2018 durchgeführt.
Gesamtes Spital

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Ohne Begründung

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 eOPPS

Mit Umsetzung der elektronische Lösung "eOPPS" kann die Administration, Logistik und entsprechende Planung der Operationen in einem leanmässigen Prozess optimal erfolgen. Die optimale Planung respektive die entsprechende Dokumentation von Prozessschritten wie beispielsweise Team-Time out ermöglichen ein gut abgestimmtes Controlling. Dies kann beispielsweise in der Spitalhygiene für die ABB-Prophylaxe zur Qualitätssicherung genutzt werden.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

18.2.1 Patientenarmband

Mit der Einführung eines einheitlichen Systems zur Patientenidentifikation mittels Patientenarmband werden folgende Ziele erreicht:

- Alle stationären Patienten sowie ambulante Patientensind durch das Patientenarmband identifizierbar
- Reduzierung von Patientenverwechslungen bei Medikamentenverabreichung, Blutentnahme, Gabe von Blutprodukten, Diagnostik, Interventionen und Operationen

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Dokumentenmanagementsystem

Ziel:

Sicherstellung der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit aktueller Dokumente.
Erfüllung der Anforderungen des sanacert Grundstandards.

19 Schlusswort und Ausblick

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dem Qualitätsbericht einen guten Einblick in die Qualitätsarbeit des Spital Linth vermitteln konnten.

Auch in Zukunft wollen wir bekannte Stärken zur Sicherung und Förderung der Qualität weiter verfolgen und untermauern.

Es ist uns ein grosses Anliegen, dass alle Mitarbeitenden aktiv an der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und an den gesetzten Zielen mitarbeiten.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Akutsomatik

| Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen |
|---|
| Basispaket |
| Basispaket Chirurgie und Innere Medizin |
| Haut (Dermatologie) |
| Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten) |
| Dermatologische Onkologie |
| Wundpatienten |
| Hals-Nasen-Ohren |
| Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie) |
| Hals- und Gesichtschirurgie |
| Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen |
| Nerven medizinisch (Neurologie) |
| Neurologie |
| Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten) |
| Zerebrovaskuläre Störungen |
| Hormone (Endokrinologie/Diabetologie) |
| Endokrinologie |
| Magen-Darm (Gastroenterologie) |
| Gastroenterologie |
| Spezialisierte Gastroenterologie |
| Bauch (Viszeralchirurgie) |
| Viszeralchirurgie |
| Blut (Hämatologie) |
| Aggressive Lymphome und akute Leukämien |
| Indolente Lymphome und chronische Leukämien |
| Gefässe |
| Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik) |
| Herz |
| Kardiologie (inkl. Schrittmacher) |
| Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) |
| Nieren (Nephrologie) |
| Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen) |
| Urologie |
| Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Radikale Prostatektomie |
| Lunge medizinisch (Pneumologie) |
| Pneumologie |
| Bewegungsapparat chirurgisch |
| Chirurgie Bewegungsapparat |

| |
|--|
| Orthopädie |
| Handchirurgie |
| Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens |
| Arthroskopie des Knies |
| Rekonstruktion obere Extremität |
| Rekonstruktion untere Extremität |
| Erstprothese Hüfte |
| Erstprothese Knie |
| Rheumatologie |
| Rheumatologie |
| Gynäkologie |
| Gynäkologie |
| Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum |
| Geburtshilfe |
| Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und >= 2000g) |
| Neugeborene |
| Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und >= 2000g) |
| Strahlentherapie (Radio-Onkologie) |
| Onkologie |
| Schwere Verletzungen |
| Unfallchirurgie (Polytrauma) |

Rehabilitation

Leistungsangebot in der Rehabilitation

| Arten der Rehabilitation | |
|-----------------------------|---|
| Geriatrische Rehabilitation | s |

a = ambulant, s = stationär

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.