

# Nationale Qualitätsindikatoren des ANQ

## Qualitätsbericht 2018

## **INDIKATOREN ANQ**

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) ist aus dem Zusammenschluss der Nationalen Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung (KIQ) und dem Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung (IVQ) entstanden. Der ANQ hat die Aufgabe, auf nationaler Ebene Qualitätsmessungen umzusetzen und die Ergebnisse zu publizieren. Es handelt sich insbesondere um einheitliche Qualitätsmessungen innerhalb der Spitäler und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, zu entwickeln und zu verbessern (<http://www.anq.ch/de/anq>).

Das HVS ist 2011 dem nationalen Qualitätsvertrag des ANQ beigetreten.

Im Jahr 2018 hat das HVS am Messplan in Akutpflege, Rehabilitation und Psychiatrie teilgenommen.

Im Bereich der Psychiatrie ist auf nationaler Ebene ein gemeinsamer Fragebogen über die Patientenzufriedenheit eingeführt worden. Bis heute war die Messung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie nicht Teil des obligatorischen Messplans.

Die Ergebnisse ANQ für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation betreffen die Qualität des Erfassens der Daten und nicht die Ergebnisse an sich. Folglich können daraus für diese beiden Bereiche keine Schlussfolgerungen über die Pflegequalität gezogen werden.

## **INHALTSVERZEICHNIS**

1. Patientenzufriedenheit
  - 1.1. Akutsomatik
  - 1.2. Rehabilitation
  - 1.3. Psychiatrie
2. Rate der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen und Reoperationen
3. Prävalenz Dekubitus, Sturz und einschränkende Massnahmen
4. Implantat-Register - SIRIS
5. Postoperativen Wundinfektionen - Swissnoso
6. Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie
7. Qualitätsindikatoren in der Rehabilitation

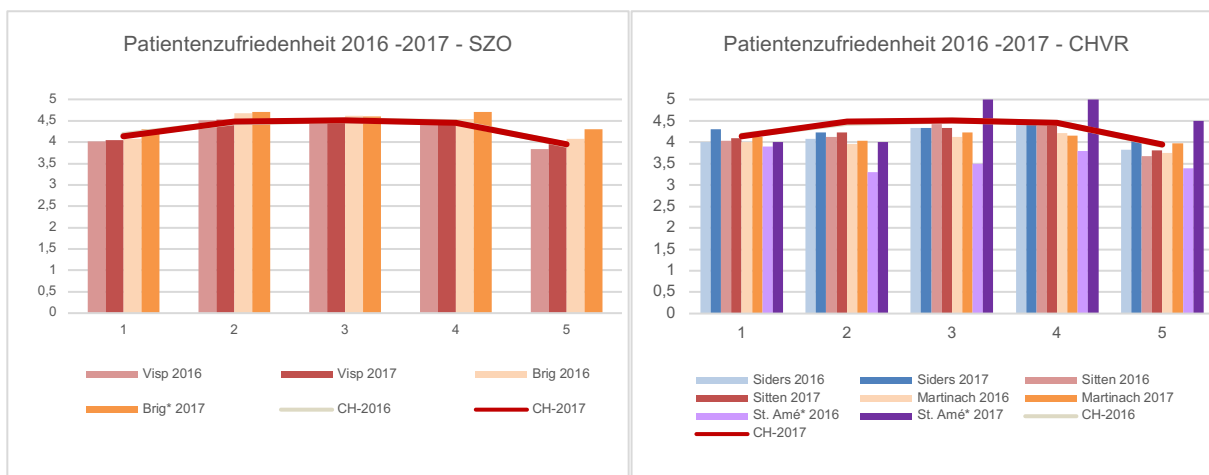
# 1. Patientenzufriedenheit

## 1.1 Akutsomatik

Die Patientenzufriedenheit widerspiegelt nicht unbedingt die objektive Pflegequalität, sie stellt jedoch ein wesentliches Evaluationsinstrument dar und ist integrierender Bestandteil des nationalen Messplans des ANQ. Der vom ANQ ausgearbeitete Fragebogen zur Patientenzufriedenheit umfasst seit der Messung 2016 sechs Fragen (fünf Fragen in den Vorjahren).

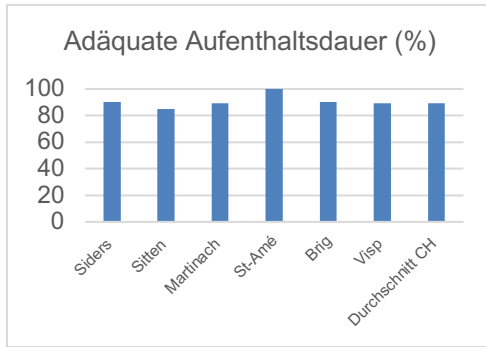
1. Qualität der Behandlung im Spital
2. Möglichkeit, den Ärzten und dem Pflegepersonal Fragen zu stellen
3. Verständlichkeit der Antworten
4. Erklärungen zu den einzunehmenden Medikamenten
5. Organisation des Spitalaustritts
6. Dauer des Spitalaufenthalts

Die Patientenzufriedenheit ist mittels eines standardisierten Fragebogens evaluiert worden, der an alle Patienten über 18 Jahre mit Wohnsitz in der Schweiz versandt worden ist, welche an den verschiedenen Standorten des HVS (Spitäler Brig, Visp, Siders, Sitten, Martinach und Saint-Maurice) zwischen dem 1. und dem 30. September 2017 ausgetreten sind. Im September 2018 ist dieselbe Umfrage durchgeführt worden. Die Ergebnisse dieser Messung sind jedoch noch nicht verfügbar.



Die Ergebnisse für die Standorte des HVS liegen zwischen 4 und 5 für die ersten fünf Fragen, was für das HVS ein gutes Ergebnis darstellt, auch wenn es leicht unter dem Durchschnitt der Schweizer Spitäler liegt. Die Ergebnisse der Jahre 2016 und 2017 sind sehr ähnlich. An allen Standorten kann eine kleine Verbesserung der Situation festgestellt werden.

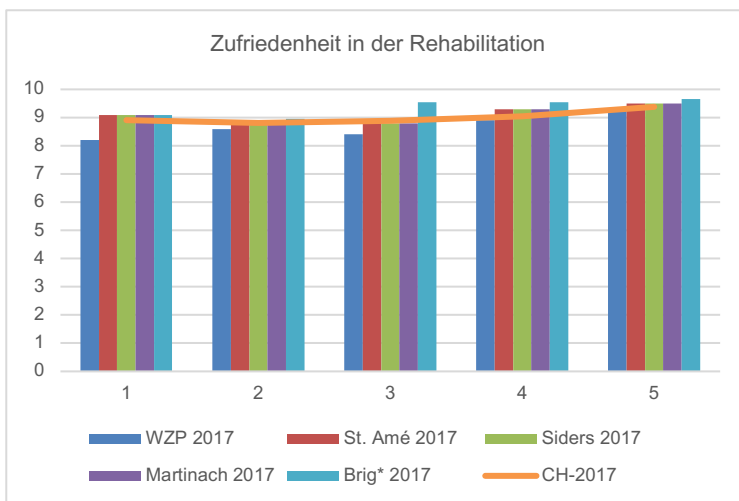
Die folgende Grafik zeigt die Ergebnisse der 5 ersten Fragen. Bei der Frage 6 sind nur drei Antworten möglich (zu kurz, genau richtig, zu lang). Die Ergebnisse werden in % derjenigen Personen ausgedrückt, die geantwortet haben, dass die Dauer genau richtig war.



Zusätzlich zur nationalen Zufriedenheitsumfrage ist in den beiden Spitalzentren eine interne Zufriedenheitsumfrage durchgeführt worden. Die interne Umfrage enthält mehr Fragen und vermittelt zusätzliche Details zu möglichen Verbesserungen: die Ergebnisse werden im Bericht Interne Messungen der Patientenzufriedenheit unter der Adresse <https://www.spitalvs.ch/de/spital-wallis/berichte/qualitaetsbericht-2018.html> vorgestellt.

## 1.2 Rehabilitation

Der Fragebogen des ANQ umfasst 5 Fragen. Er ist an alle Patienten über 18 Jahre mit Wohnsitz in der Schweiz versandt worden, welche zwischen dem 1. April und dem 31. Mai 2017 aus einem Rehabilitationsaufenthalt ausgetreten sind. Im September 2018 ist dieselbe Umfrage durchgeführt worden. Die Ergebnisse dieser Messung sind jedoch noch nicht verfügbar.



Fragen:

1. Qualität der Behandlung im Spital
2. Möglichkeit, den Ärzten und dem Pflegepersonal Fragen zu stellen
3. Verständlichkeit der Antworten
4. Erklärungen zu den einzunehmenden Medikamenten
5. Organisation des Spitalaustritts

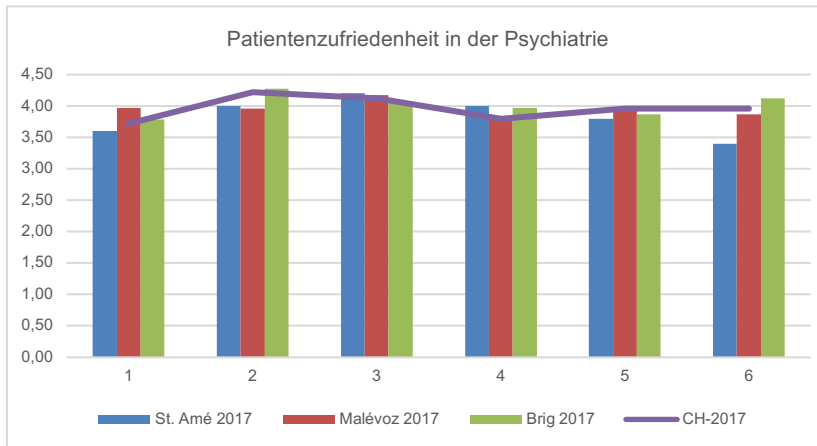
Die Ergebnisse sind mit einer Zufriedenheit zwischen 9 und 10 für alle Standorte sehr gut, mit Ausnahme von Montana, wo die Zufriedenheit etwas tiefer ist und für die drei ersten Fragen unter dem Schweizer Durchschnitt liegt.

## 1.3 Psychiatrie

Der vom ANQ entwickelte Kurzfragebogen für die in der Psychiatrie hospitalisierten Patienten ist 2016 in Form einer Pilotbefragung getestet worden. Er umfasst sechs Fragen und benutzt für die Antworten eine fünfstufige Ordinalskala.

1. Qualität der Behandlung in der Klinik
2. Möglichkeit, Fragen zu stellen
3. Verständlichkeit der Antworten
4. Erklärungen zu den einzunehmenden Medikamenten
5. Einbezug in die Entscheidung des Behandlungsplans
6. Vorbereitung des Klinikaustritts

Sämtliche in der Psychiatrie hospitalisierten erwachsenen Patienten ( $\geq 18$  Jahre) mit Austritt zwischen dem 1. September und dem 30. November 2017 sind in der Umfrage erfasst worden. Patienten mit einer psychiatrischen Behandlung aufgrund strafrechtlicher Massnahmen sind in der Umfrage nicht erfasst worden.



Die Ergebnisse dieser Umfrage sind mit Vorsicht zu geniessen, weil die Antwortrate gering ist (Brig 30.6%, St.-Amé 25% und Malévoz 23.1% ; auf Schweizer Ebene 26.5%) und die Adjustierung der Ergebnisse nur aufgrund einer beschränkten Zahl von Variablen erfolgt ist.

Die Ergebnisse für die verschiedenen Standorte des HVS sind gut. Bei den Fragen 2, 5 und 6 liegt die Patientenzufriedenheit leicht unter dem Schweizer Durchschnitt. Bei den Fragen 1, 3 und 4 liegen die Ergebnisse innerhalb oder leicht oberhalb des Schweizer Durchschnitts. Bei der Frage 6 (Vorbereitung des Klinikaustritts) zeigt sich jedoch ein ausgeprägteres Verbesserungspotenzial, vor allem am Standort St. Amé. Global gesehen sind die Ergebnisse des HVS mit den nationalen Ergebnissen vergleichbar.

## 2. Rate der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen und Reoperationen

Zur Ermittlung dieser Indikatoren werden die Daten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser benutzt. Die Indikatoren werden mit der Methode SQLape berechnet. Jedes Jahr wird das Tool SQLape mit neuen Codes ICD-10 (Krankheiten) und CHOP (Eingriffe) ergänzt, um sich an die vom Bundesamt für Statistik benutzte Codierung anzupassen.

### 2.1 Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen

Als potenziell vermeidbare Rehospitalisation gilt jeder nicht geplante Wiedereintritt innert 30 Tagen nach der Entlassung, der mit der Diagnose des letzten Spitalaufenthalts zusammenhängt und bei diesem Aufenthalt nicht vorhersehbar war.



2017 liegt nur die Rate der Rehospitalisationen am Standort Sitten signifikant über dem Schweizer Durchschnitt. Im Spital Sitten liegt die beobachtete Rate der Rehospitalisationen bei 4.59% gegenüber der erwarteten Rate von 4.23%. Die Differenz beträgt also 0.36% (Verhältnis 1.09). Die Ergebnisse des Standorts Sitten sind nicht detailliert analysiert worden, da eine vollständige Analyse der Ergebnisse aufgrund einer fehlenden effizienten Methodologie der Analyse extrem langwierig wäre (504 Dossier zu analysieren). Zudem liegt die Rate der Rehospitalisationen nur geringfügig über dem Durchschnitt. Gegenwärtig arbeitet das HVS mit dem Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) zusammen, um eine effiziente Analysemethode zu entwickeln, die benutzt werden kann, falls die Ergebnisse in Zukunft zu stark vom Durchschnitt abweichen.

Zur Erinnerung: die Ergebnisse von Brig aus dem Jahr 2015 waren aufgrund eines Problems der Definition der Rehospitalisation falsch (ein geplanter Transfer von der Orthopädie zur Geriatrie wurde zum Beispiel als eine Rehospitalisation angesehen).

### 2.2 Potenziell vermeidbare Reoperationen

Dieser Indikator erfasst die Reoperationen, welche als potenziell vermeidbar gelten und den drei folgenden Kriterien entsprechen:

- in Verbindung mit der Körperstelle, die beim vorangegangenen Eingriff operiert worden ist;
- beim vorangegangenen Eingriff nicht vorhersehbar;

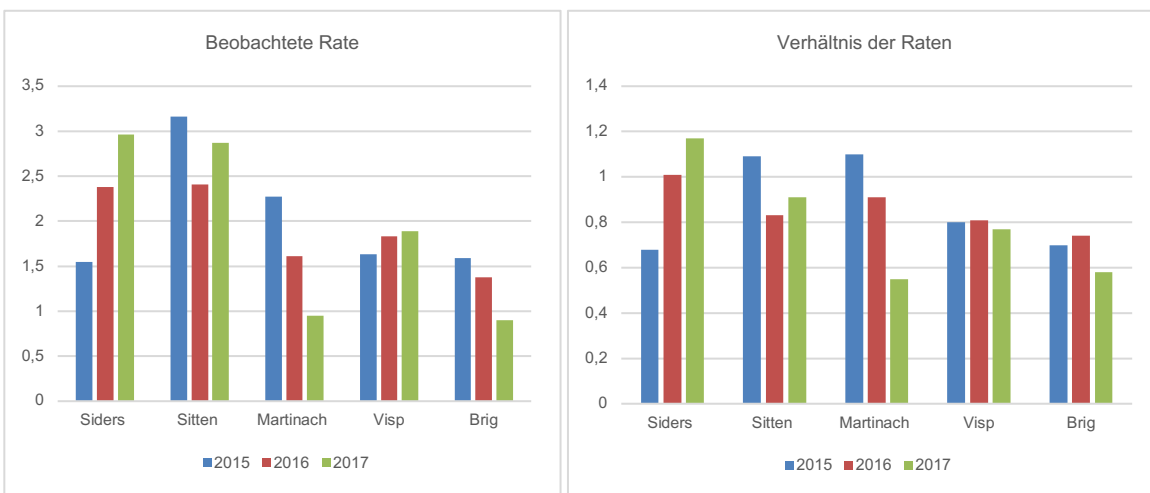
- während derselben Hospitalisation wie der vorangegangene Eingriff oder aufgrund einer chirurgischen Komplikation.

Folgende Eingriffe werden nicht erfasst:

- ohne Verletzung der Haut oder der Schleimhaut (z.B. Entfernen eines Fremdkörpers),
- Eingriffe zu diagnostischen Zwecken (wie Biopsie, Arthroskopie ohne Eingriffe),
- ambulanten Eingriffe.

Externe Reoperationen, das heisst in einem anderen Spital, werden für die Berechnung der Reoperationsrate nicht berücksichtigt, da die Reoperationen nur für dieselbe Hospitalisation erfasst werden. Wenn ein Patient allerdings für eine Reoperation in einem anderen Spital aufgenommen wird, erkennt der Algorithmus darin eine potenziell vermeidbare Rehospitalisation für das erste Spital.

Das Tool SQLape berechnet für jedes Spital die erwartete Rate mit einem Konfidenzintervall, indem sie für dieses Spital die bei ähnlichen Patientengruppen beobachtete Rate in Bezug auf die Diagnosen, die Operationsarten und die Aufnahmen (Notfall oder planbar), auf einen vorgängigen Spitalaufenthalt, die Alterskategorien und die Geschlechterverteilung anwendet.



Die Rate der potenziell vermeidbaren Reoperationen wird ab dem Datenjahr BFS 2017 nicht mehr evaluiert. Die Direktion des ANQ hat diesen Entscheid im Januar 2018 gefällt. Dieser Entscheid wird folgendermassen begründet: aus methodischen Gründen ist für diesen Qualitätsindikator eine transparente Ergebnispublikation leider nicht möglich. Der Algorithmus kann trotz laufender Verfeinerung die Komplexität der heutigen Behandlungsstrategien nicht zuverlässig abbilden. Deshalb sind die Voraussetzungen für einen fairen nationalen Vergleich nicht gegeben.

### 3. Prävalenz Dekubitus, Sturz und einschränkende Massnahmen

Dieser Indikator analysiert die Prävalenz von Dekubitus, Stürzen und einschränkenden Massnahmen bei den hospitalisierten Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt. Diese vom ANQ empfohlene nationale Messung wird mit der Methode «International Prevalence measurement of Care problems, LPZ International» durchgeführt.

Für diese Messung sehen zwei Pflegefachpersonen jeden anwesenden Patienten und erheben, neben allgemeinen Daten in Bezug auf das Spital, gewissen Eigenschaften der Patienten wie ihre demografischen Daten, ihre Diagnosen und allfällige Dekubitus, Stürze oder einschränkende Massnahmen während ihres Aufenthalts.

#### 3.1 Dekubitusprävalenz

Der Dekubitus ist ein «Druckgeschwür» infolge einer mangelnden Sauerstoffversorgung der Haut aufgrund einer dauerhaften Druckbelastung.

Für den Dekubitus werden die verschiedenen Stadien präzisiert:

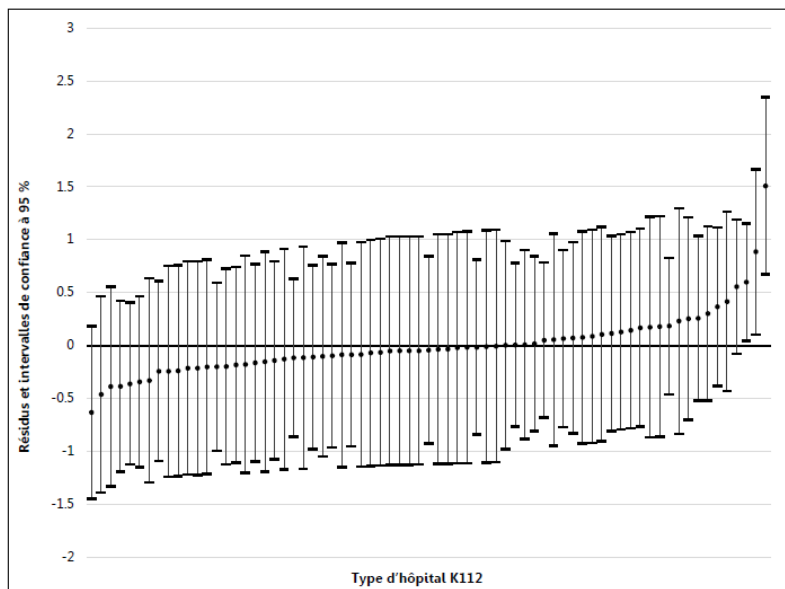
Kategorie 1: nicht wegdrückbare Hautrötung

Kategorie 2: Teilverlust der Haut: Abschürfung der Epidermis und eventuell der Dermis, eine Variante auf der Ebene des Fusses ist die hämorrhagische oder seröse (je nachdem, ob sie Blut enthält oder nicht) Blase (oder Bulla)

Kategorie 3: Nekrose: tiefe Wunde mit Nekroseflecken, die im Allgemeinen das darunterliegende, abgestorbene Gewebe, bedecken

Kategorie 4: Geschwür: offene, tiefe Wunde, meistens das Ergebnis eines Dekubitus der Kategorie 3 nach Entfernung des nekrotischen Gewebes

In Berücksichtigung der Variablen wie Pflegeabhängigkeit, Aufenthaltsdauer und Diagnose (risikoadjustiert), präsentiert sich die Evaluation der Residuen und 95 % Konfidenzintervall auf der Ebene des Spitals für die nosokomialen Dekubitus der Kategorie 2 und höher folgendermassen.



	CHCVS	CHC	SZO
2017	0.60	-0.02	-0.46

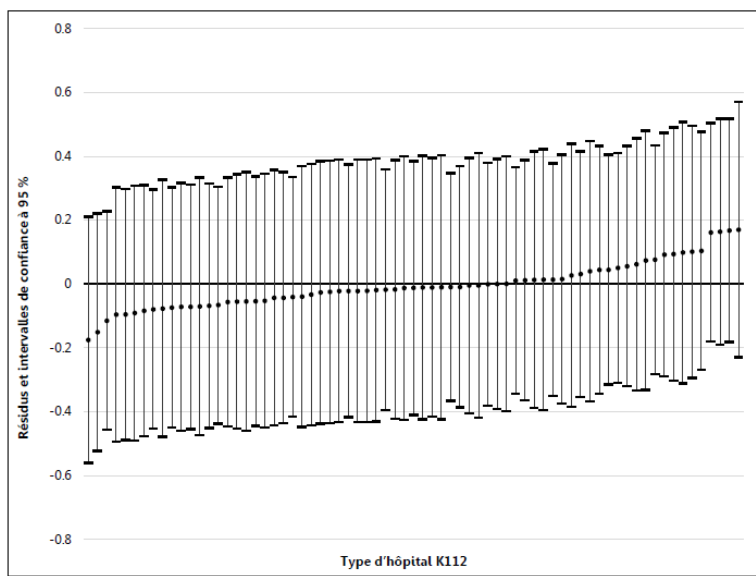
Die Zahlen in der positiven Zone geben eine im klinischen Sinn negative Abweichung an, was nach Risikoadjustierung der Ergebnisse ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus im betreffenden Spital bedeutet. Die Zahlen in der negativen Zone geben eine unterdurchschnittliche Dekubitusrate an.



### 3.2 Sturzprävalenz

Stürze von hospitalisierten Patienten, besonders von älteren Personen, können schwerwiegende Folgen nach sich ziehen und bilden eine der häufigsten Komplikationen in der Hospitalisation.

In Berücksichtigung der Variablen wie Anzahl Tage seit dem Eintritt, Sturz in der Anamnese, Beruhigungsmittel und/oder Medikamente, welche das Verhalten beeinflussen, Pflegeabhängigkeit und Diagnosegruppe CIM mentale Störungen und Verhaltensstörungen, werden im Folgenden die Residuen und 95 % Konfidenzintervall auf der Ebene des Spitals für die Stürze im Spital präsentiert.



	CHCVS	CHC	SZO
2017	-0.115	-0.021	-0.065

Die Zahlen in der positiven Zone geben eine im klinischen Sinn negative Abweichung an, was nach Risikoadjustierung der Ergebnisse ein erhöhtes Auftreten von Stürzen im betreffenden Spital bedeutet. Die Zahlen in der negativen Zone geben eine unterdurchschnittliche Sturzrate an.

Um Stürze von Risikopatienten zu vermeiden und die Sicherheit derjenigen Patienten zu gewährleisten, die bereits einen Sturz erlitten haben, sind mehrere Präventionsmassnahmen umgesetzt worden. Es handelt sich dabei zum Beispiel um Übungen und Training, die Begleitung des Patienten bei der Fortbewegung, die Evaluation der Hilfsmittel und der benutzten Schuhe, die Patienteninformation und die Anpassungen der Umgebung.

## 4. Implantat-Register - SIRIS

In der Schweiz werden die Daten über Hüft- und Knieprothesen seit September 2012 im Implantat-Register SIRIS eingetragen.

Das SIRIS-Register liefert Informationen für Patientinnen und Patienten sowie für Pflegeleistungserbringer.

Spitäler und Kliniken erfassen gewisse Daten über die Implantate wie den Prothesentyp oder den Fixierungstyp sowie demografische und klinische Daten wie Eigenschaften der Patientin oder des Patienten und chirurgische Technik.

Die Register ermöglichen eine organisierte, vordefinierte und longitudinale Datensammlung. Zum Zeitpunkt ihrer Analyse widerspiegeln die Daten eine Situation der Vergangenheit. Trotzdem ermöglicht das Register eine Analyse der Ereignisse und die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen, welche für die Gegenwart oder für die Zukunft zweckdienlich sind.

Nationale Register wie SIRIS beschränken sich auf gewisse grundlegende Eigenschaften, aber sie betreffen eine grosse Anzahl von Patientinnen und Patienten. Die Ergebnisse in Bezug auf die Lebensdauer der

Implantate können erst nach einer mindestens 10-jährigen Benutzung des Registers ausgewertet werden. Aus diesem Grund können die Ergebnisse im Qualitätsbericht des HVS noch nicht veröffentlicht werden.

## 5. Postoperativen Wundinfektionen - Swissnoso

Die nosokomialen Infektionen (Infektionen während der medizinischen Pflege) sind eine klassische Komplikation der Hospitalisation. Sie stellen für das öffentliche Gesundheitswesen in Bezug auf Mortalität, Morbidität und Kosten ein bedeutendes Problem dar. Auch wenn sie aufgrund der intrinsischen Risiken in Zusammenhang mit den Patienten und den medizinischen Eingriffen an den Patienten nicht vollständig vermeidbar sind, kann einem Teil davon durch ein Präventionsprogramm mit einer Überwachung vorgebeugt werden.

Die postoperativen Wundinfektionen (Infektionen von chirurgischen Wunden) gehören zu den häufigsten nosokomialen Infektionen. Sie werden definiert als Infektionen, die folgendermassen auftreten:

- innerhalb eines Monats nach einem chirurgischen Eingriff (oder innerhalb eines Jahres nach der Implantation eines Fremdkörpers)
- am Ort der Inzision, die für den Zugang zum operierten Organ ausgeführt worden ist, oder innerhalb des Organs selbst oder innerhalb der Körperhöhle, in der sich das Organ befindet

Die von der Abteilung Infektionskrankheiten des ZIS angewandte Methode für diese Überwachung basiert auf dem Programm «National Nosocomial Infection Surveillance» (NNIS) in den Vereinigten Staaten und ist auf der Internetseite von Swissnoso ([www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)) beschrieben. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) veröffentlicht auf seiner Website die Ergebnisse sämtlicher Schweizer Spitäler, die an den Messungen ANQ in somatischer Akutpflege teilnehmen: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/>

Die in der folgenden Tabelle vorgestellten Ergebnisse betreffen das Berichte Swissnoso 2019 über die Chirurgie ohne Implantat zwischen 2017-2018 und über die Chirurgie mit Implantat zwischen 2016-2017.

### Ergebnisse des Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR)

Interventionstyp	Eingriffe (N)		Inkektionsraten (%)		Vergleiche
	CHVR	Alle andere Spitäler	CHVR	Alle andere Spitäler	SIR (95% CI)
Appendektomie gesamt	266	5529	5,26	2,97	<b>2,0 (1,1-3,3)</b>
- Appendektomie ≥16 Jahre	219	3697	5,02	3,08	1,7 (0,8-3,0)
- Appendektomie < 16 Jahre	47	1832	6,38	2,73	2,9 (0,6-8,6)
Kaiserschnitt	347	6471	1,73	1,84	1,0 (0,4-2,2)
Kolonchirurgie	136	6898	28,68	13,18	<b>2,1 (1,5-2,9)</b>
Rektumsoperation	11	323	27,27	17,34	1,8 (0,4-5,3)
Herzchirurgie gesamt	181	4033	4,97	4,24	1,1 (0,5-2,0)
- Coronar-Bypässe (CAB)	68	1925	1,47	4,16	0,3 (0,0-1,5)
- Herzklappenersatz	55	1077	9,09	4,09	2,2 (0,7-5,2)
- Andere Herzchirurgie	58	1031	5,17	4,56	1,1 (0,2-3,3)
Hüftgelenksporthese	59	12392	3,39	1,09	2,6 (0,3-9,4)

\* SIR (Standardized Infection Ratio) = Rate der beobachteten Infektionen geteilt durch die Rate der erwarteten Infektionen. Die erwartete Infektionsrate wird für eine Population berechnet, die derjenigen des beobachteten Spitals in Bezug auf die Verteilung der Risiken unter den Patienten ähnlich sieht (Risikoindex NNIS, welcher die Stufe der mikrobiologischen Kontamination des Operationsfelds, das anästhetische Risiko und die Operationsdauer berücksichtigt).

SIR > 1 ↔ Infektionsraten > Durchschnitt ; SIR = 1 ↔ Infektionsraten = Durchschnitt ; SIR < 1 ↔ Infektionsraten < Durchschnitt.  
Die Ergebnisse sind rot markiert, wenn sie einen statistisch signifikanten Aufwärts- zeigen.

**Kommentare** zu den Ergebnissen im CHVR mit einer SIR  $\geq 1$ .

#### Appendektomie gesamt

Bevölkerungsgruppe  $\geq 16$  Jahre: die Höhe der SIR ist statistisch signifikant. Da dies bereits in der Vergangenheit beobachtet worden ist, werden die Infektionen laufend überwacht: beim Nachweis einer Infektion wird diese sofort analysiert. Die Analysen haben keinen Fehler bei der Versorgung nachgewiesen. Für die Colonchirurgie sind zahlreiche Verbesserungsmassnahmen umgesetzt worden und mehrere dieser Massnahmen werden ebenfalls in der Appendektomie angewandt (die Verbesserungsmassnahmen werden im Folgenden in der Kategorie Colonchirurgie beschrieben).

Bevölkerungsgruppe  $< 16$  Jahre: die SIR variiert aufgrund der kleinen Patientenkollektive stark von einem Jahr zum anderen. Für den Zeitraum vom 1.1.2011 bis zum 30.09.2018 (291 Operationen) beträgt die SIR jedoch 1 (Infektionsrate 3.1% im CHVR und 3.2% im Durchschnitt der übrigen Schweizer Spitäler).

#### Kolonchirurgie

Trotz der Verbesserungsmassnahmen mit dem Ziel einer höheren Adhärenz in Bezug auf die Händehygiene und betreffend die prophylaktischen Massnahmen gegen die postoperative Wundinfektion (Epilation, präoperative Antibiotikaphylaxe, Desinfektion) ist die SIR weiterhin hoch. Deshalb sind im Verlauf des Jahrs 2018 und zu Beginn des Jahrs 2019 spezifische Verbesserungsmassnahmen für die Colonchirurgie umgesetzt worden:

- Einführung einer Technik (Indocyaningrün-Färbung), um die lebensfähigen Zonen des Dickdarms besser abgrenzen zu können und um zu verhindern, dass abgetötetes Gewebe mit hohem Infektionsrisiko zurückbleibt
- präoperative digestive Dekontamination durch ein orales Antibiotikum (Verminderung der Bakterienbelastung im Dickdarm)
- Anschaffung eines neuen Laparoskopiegeräts (bessere Bildqualität)
- Nutzung von elektrischen Heftapparaten, welche die Verletzungen des Gewebes des Dickdarms vermindern
- Überprüfung der Operationstechniken, insbesondere:
  - o Verbesserung des Übergangs zwischen den «schmutzigen» (Kontaminationsrisiko durch Stuhl) und «sauberen» Operationsphasen
  - o Einführung eines Schutzsystems für die Bauchwand
  - o Einführung eines auf dem Operationstisch angebrachten und während 7 Tagen belassenen Unterdruckverbands
- Organisation einer Fortbildung für jeden operierenden Chirurgen, in Zusammenarbeit mit einem Universitätsspital
- enge Zusammenarbeit mit der Abteilung Viszeralchirurgie der HUG
- monatliche interdisziplinäre Kolloquien betreffend die verschiedenen Qualitätsindikatoren (registre Enhanced Recovery After Surgery – ERAS)
- mehrmals jährlich eine Evaluation Morbidität-Mortalität

Auch die Umsetzung der allgemeinen Massnahmen wird weitergeführt:

- Wiederaufgreifen der Beobachtungen im Operationstrakt anhand der Methodologie von Swissnoso (Modul Swiss Clean Care) zur Überwachung der prophylaktischen Massnahmen gegen die postoperative Wundinfektion
- Kontrolle der Händehygiene anhand der Methodologie von Swissnoso

In der Abteilung allgemeine Chirurgie arbeitet seit dem 1. Dezember 2017 ein neuer Chefarzt (Dr B. Guendil). Er hat die Mehrzahl dieser Verbesserungsmassnahmen angeregt. Ihr Einfluss wird bereits 2019 zu bemerken sein, wobei ihre maximale Auswirkung erst im Jahr 2020 ersichtlich sein wird.

#### Rektumsoperation

Die Zahl der Operationen (11) ist zu gering, um daraus Schlüsse ziehen zu können. Auch über einen längeren Zeitraum (01.01.2011 bis 30.09.2018) bleibt die Zahl mit 47 Operationen tief.

#### Herzchirurgie

Die SIR bleibt ebenfalls hoch, aber die Entwicklung verläuft günstig, da die Infektionsrate im CHVR bedeutend sinkt: für die aktuelle Periode (01.10.2016-30.09.2017) liegt die Infektionsrate bei 4.97%, während sie für die Vorperiode (01.10.2015-30.09.2016) bei 8.76% lag.

Hüftgelenksprothese (Überwachung Totalprothese Hüftgelenk und Knieprothese jährlich alternierend)  
Die Höhe der SIR ist statistisch nicht signifikant und die Überschreitung der Rate ist gering: 2 beobachtete Infektionen auf 0.8 erwartete Infektionen.

Kaiserschnitt (Überwachung Kaiserschnitt und Hysterektomie jährlich alternierend)  
Die SIR beträgt 1. Über einen längeren Zeitraum (01.01.2011 bis 30.09.2018) beträgt sie jedoch 0.7 für 922 Operationen.

### Ergebnisse des Spitalzentrum Oberwallis (SZO)

Interventionstyp	Eingriffe (N)		Inkektionsraten (%)		Vergleiche
	SZO	Alle andere Spitaler	SZO	Alle andere Spitaler	SIR (95% CI)
Appendektomie gesamt	119	5676	5,88	3,01	2,0 (0,8-4,1)
- Appendektomie ≥16 Jahre	100	3816	6,00	3,12	1,9 (0,7-4,0)
- Appendektomie < 16 Jahre	19	1860	5,26	2,80	2,1 (0,0-11,8)
Kaiserschnitt	149	6669	1,34	1,84	0,7 (0,1-2,4)
Kolonchirurgie	66	6968	21,21	13,40	1,7 (0,9-2,8)
Rektumsoperation	3	331	0,00	17,82	0,0
Hüftgelenksprothese	154	12297	1,30	1,10	1,5 (0,2-5,4)

\* SIR (Standardized Infection Ratio) = Rate der beobachteten Infektionen geteilt durch die Rate der erwarteten Infektionen. Die erwartete Infektionsrate wird für eine Population berechnet, die derjenigen des beobachteten Spitals in Bezug auf die Verteilung der Risiken unter den Patienten ähnlich sieht (Risikoindex NNIS, welcher die Stufe der mikrobiologischen Kontamination des Operationsfelds, das anästhetische Risiko und die Operationsdauer berücksichtigt).

SIR > 1 ↔ Infektionsraten > Durchschnitt ; SIR = 1 ↔ Infektionsraten = Durchschnitt ; SIR < 1 ↔ Infektionsraten < Durchschnitt.  
Die Ergebnisse sind rot markiert, wenn sie einen statistisch signifikanten Aufwärts- zeigen.

**Kommentare** zu den Ergebnissen im SZO mit einer SIR > 1.

Die Höhe der SIR ist in keinem Bereich statistisch signifikant.

#### Appendektomie

Die SIR beträgt 2.0. ber einen längeren Zeitraum (06.01.2011 bis 30.09.2018) beträgt sie jedoch 1.0 für 620 Operationen.

#### Kolonchirurgie

Die Höhe der SIR ist zum grossen Teil bedingt durch eine höhere Rate oberflächlicher Infektionen (50% im SZO und 31.9% im Durchschnitt der übrigen Schweizer Spitaler). Dies erklärt den Umstand, dass die Folgen für die Patienten in Bezug auf die mittlere Aufenthaltsdauer geringer sind (11.5 Tage im SZO und 17.0 Tage im Durchschnitt der übrigen Schweizer Spitaler). Dies ist ebenfalls der Fall für die Rehospitalisierungen aufgrund einer Infektion (0% für das SZO und 17.1% im Durchschnitt der übrigen Schweizer Spitaler). Zusammenfassend ist die höhere Infektionsrate im SZO durch eine höhere Rate oberflächlicher Infektionen bedingt, welche für die Patienten weniger negative Folgen aufweisen.

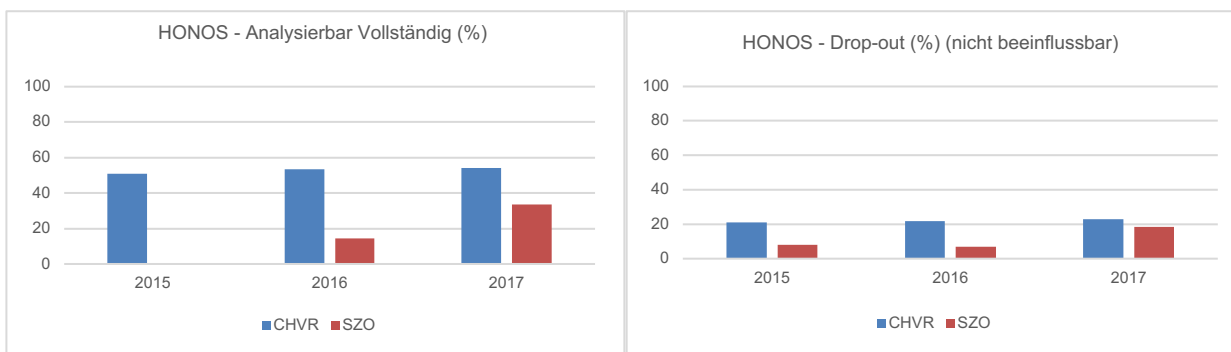
Totalprothese Hüftgelenk (Überwachung Totalprothese Hüftgelenk und Knieprothese jährlich alternierend)  
Die Höhe der SIR ist statistisch nicht signifikant und die Überschreitung der Rate ist sehr gering: 2 beobachtete Infektionen auf 1.3 erwartete Infektionen.

## 6. Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie

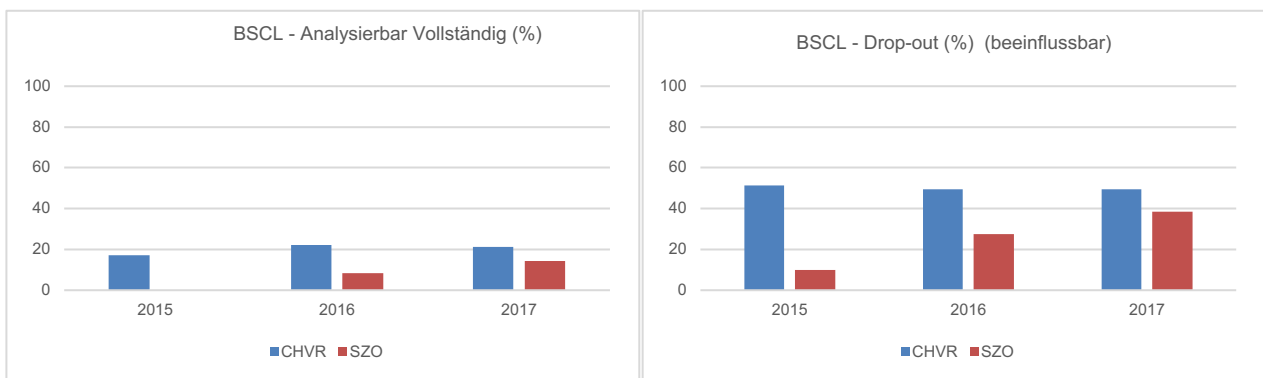
## 6.1 Qualität der Daten

Sämtliche Messungen in stationärer Psychiatrie sind künftig in die Pflegeroutine des Departements Psychiatrie integriert. Für jeden Patienten werden zu Beginn und am Ende der Behandlung die Intensität der Symptome sowie der Schweregrad der Symptome in Zusammenhang mit einer psychischen Störung erfasst. Die Entwicklung zwischen dem Eintritt und dem Austritt gilt als Ergebnis der Behandlung. Es handelt sich um eine doppelte Evaluation: einerseits durch den Patienten selbst (Brief Symptom Checklist, BSCL) und andererseits durch das Pflegepersonal (Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS).

Im Februar 2018 sind die Daten aus dem Jahr 2017 der Schweizer Spitäler im Bereich der Psychiatrie an das evaluierende Institut übermittelt worden. Die im vorliegenden Bericht veröffentlichten Ergebnisse widerspiegeln die Qualität der Erfassung und nicht die Qualität der Behandlung an sich.



Betreffend der Datenqualität kann eine deutliche Zunahme der vollständigen HONOS Datensätze für das SZO festgestellt werden sowie eine Steigerung der Anzahl Drop-out Fälle welche nicht beeinflussbar sind. Die Datenqualität am CHVR war bereits sehr gut in den letzten Jahren und hat sich noch weiterhin leicht verbessert. Für das SZO liegt vor allem im Bereich der vollständigen Datensätze noch Verbesserungspotential. Dazu wurden mehrere Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet sowie Schulungen durchgeführt. Die Datenqualität von 2018 liegt zurzeit noch nicht vor.



Auch bei der Erfassung des BSCL ist am SZO eine deutliche Steigerung zu sehen. Sowohl bei den vollständigen Datensätzen sowie bei den nicht beeinflussbare Drop-out codes. Am CHVR bleibt die Datenqualität des BSCL ähnlich wie im Vorjahr.

Zudem ist die Häufigkeit der freiheitseinschränkenden Massnahmen dokumentiert worden. Auch verschiedene soziodemografische Daten in Bezug auf die Eigenschaften der Patienten sind erfasst worden (Grunddaten BFS und zusätzliche Daten Psychiatrie BFS).

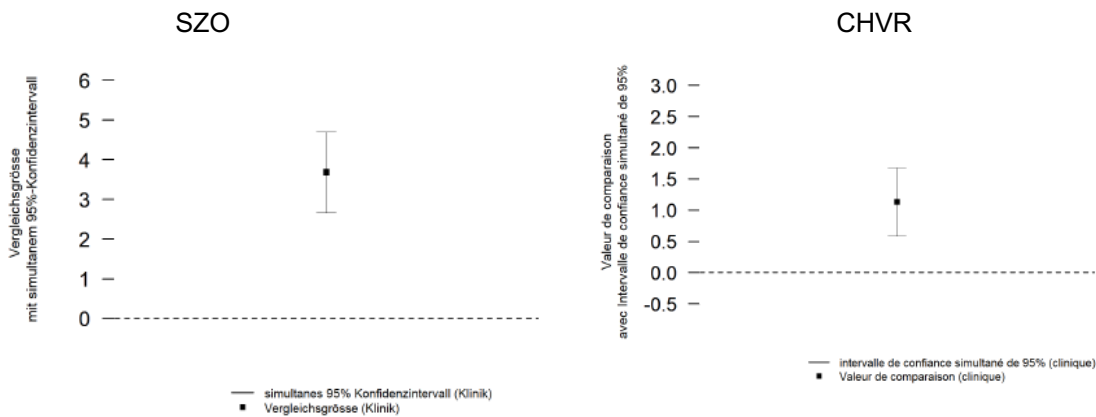
Die freiheitseinschränkende Massnahmen werden in der Psychiatrie nur in gut begründeten Fällen angewandt, wenn die psychische Krankheit des Patienten von einer schwerwiegenden Selbst- oder Drittgefährdung begleitet ist. Sie werden nur erfasst, wenn sie angewandt werden.

## 6.2 Symptombelastung

Die Symptombelastung wird berechnet an Hand der Fremdbewertung durch die Behandelnde Personen (HONOS- Gesamtwert) und die Selbstbewertung durch die Patientin/ den Patienten (BSCL- Gesamtwert). Als Messergebnis wird jeweils die Veränderung der Symptombelastung zwischen Eintritt und Austritt betrachtet und mittels einen Differenzwert berechnet.

Die Grafiken zeigen die mittleren adjustierten Messergebnisse der Veränderung in der Symptombelastung pro Klinik. Das 95%-Konfidenzintervall wird als Senkrechte Linie dargestellt, und als Referenzwert wird das mittlere adjustierte Messergebnis der Gesamtstichprobe desselben Kliniktyps mit einem Nullwert angegeben. Liegt das Klinikergebnis, samt Konfidenzintervall, oberhalb der Referenzwert, dann ist das Messergebnis der Klinik besser als jenes der Gesamtstichprobe.

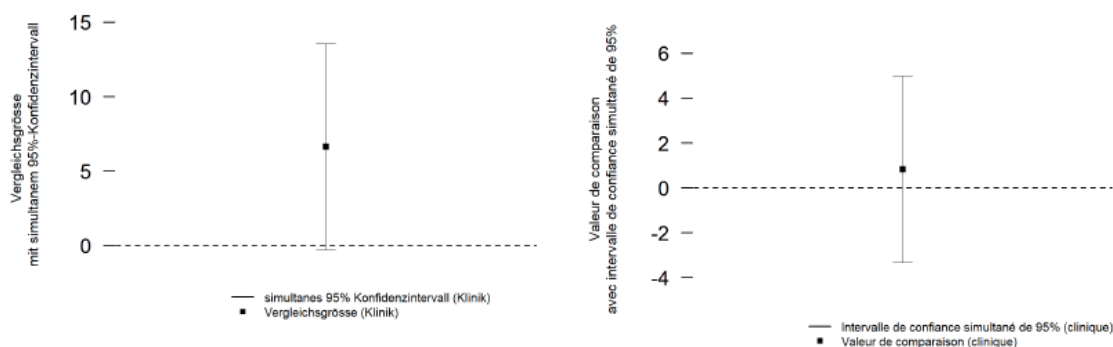
Die folgende Abbildung stellt das mittlere adjustierte Messergebnis der Veränderung der Symptombelastung im HONOS dar. Der HONOS- Gesamtwert bei Eintritt und Austritt wurde jeweils über alle 12 Einzelfragen berechnet.



Das Resultat beide Kliniken ist überdurchschnittlich. Das komplette Konfidenzintervall liegt oberhalb des adjustierten Mittelwerts der Gesamtstichprobe des gleichen Kliniktyps.

Die nächste Abbildung stellt das mittlere adjustierte Messergebnis der Veränderung in der Symptombelastung im BSCL dar. Der BSCL- Gesamtwert bei Eintritt und Austritt wurde jeweils über alle 53 Einzelfragen hinweg berechnet.

SZO CHVR

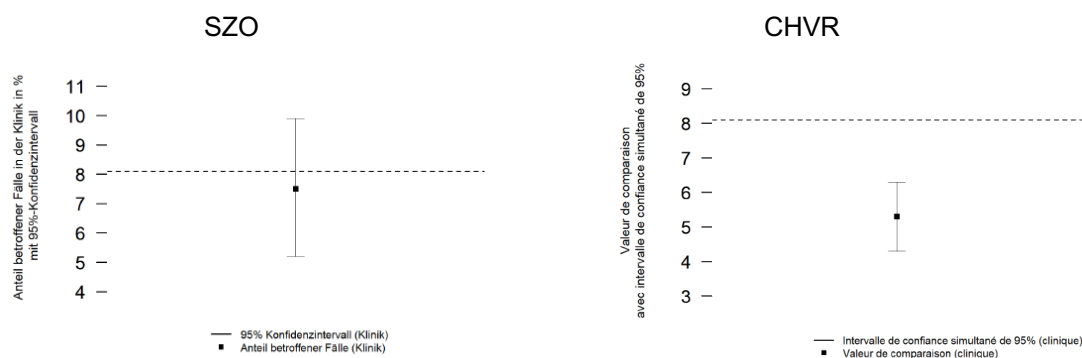


Das Messergebnis beide Kliniken liegt im durchschnittlichen Bereich, das Konfidenzintervall beide Kliniken schneidet den adjustierten Mittelwert der Gesamtstichprobe. Jedoch kann gesagt werden, dass die Resultate des SZO etwas positiver ausfallen als jede des CHVR. Ebenso muss erwähnt werden, dass sich die Resultate des SZO berechnen an Hand von 164 Fälle, bei der Berechnung der Resultate des CHVR wurden 521 Fälle berücksichtigt.

### 6.3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitseinschränkende Massnahmen werden in der Psychiatrie nur in gerechtfertigte Ausnahmefällen angewendet, d.h. wenn die psychische Erkrankung mit einer schwerwiegenden Gefährdung des Patienten selbst oder einer anderen Person einhergeht. Sie werden nur erfasst, wenn sie tatsächlich angewandt werden. Als Messergebnis wird der Anteil der betroffenen Fälle berechnet. Im Gesamtwert sind nur die Kliniken enthalten, die im Erhebungszeitraum mindestens bei einem Fall eine Freiheitsbeschränkende Massnahme (FBM) angewandt haben.

Die Abbildung stellt das mittlere unadjustierte Messergebnis des Anteils von Patientinnen und Patienten dar, welche von einer oder mehreren FBM betroffen waren. Als Referenzwert wird der unadjustierte Durchschnitt der Gesamtstichprobe desselben Kliniktyps angegeben. Dieser wird in der Grafik als senkrechte Linie dargestellt.



Das Messergebnis des SZO liegt im durchschnittlichen Bereich, das Konfidenzintervall schneidet den adjustierten Mittelwert der Gesamtstichprobe. Das Ergebnis des CHVR dagegen liegt unterhalb der Mittelwert und somit kann man sagen, dass es weniger Fälle gab die von mindestens einer FBM betroffen waren als in den anderen Kliniken des gleichen Kliniktyps.

## 7. Qualitätsindikatoren in der Rehabilitation

Die nationalen Indikatoren des ANQ im Bereich der Rehabilitation für das Jahr 2017 betreffen die Qualität der Erfassung und nicht die Leistungsqualität. Die Erfassungsqualität gewisser Indikatoren im HVS ist 2017

ungenügend. Im Verlauf des Jahrs 2018 sind Massnahmen umgesetzt worden, damit diese Indikatoren gründlicher erfasst werden. Die Qualität der Erfassung für die Jahre 2018 und 2019 wird zeigen, ob diese Massnahmen zu Verbesserungen geführt haben. Auch wenn diese Indikatoren gegenwärtig nur in Bezug auf ihre Erfassungsrate benutzt werden, ist es wichtig, diese Rate zu verbessern, da sie im Rahmen der künftigen Tarifgestaltung ST-REHA die Vergütung der Leistungen im Bereich der Rehabilitation entscheidend beeinflussen wird.