

Analyse zur Auswirkung der Transformation des Spitalsystems auf die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität im Kanton Wallis

Der Kanton Wallis erteilte dem IUMSP ein Mandat
Dieser Bericht wurde durch das IUMSP erstellt

Synthese

Die französische Version ist massgebend

Lausanne im September 2006

INHALTSVERZEICHNIS

1	SYNTHESE	3
1.1	EINLEITUNG	3
1.1.1	<i>Medizinische und pflegerische Versorgungsqualität und Patientensicherheit</i>	3
1.1.2	<i>Medizinische und pflegerische Versorgungsqualität in der Schweiz</i>	3
1.1.3	<i>Medizinische und pflegerische Versorgungsqualität im Wallis</i>	4
1.2	METHODEN	6
1.3	KOMMENTIERTE ERGEBNISSE DER ANALYSE	8
1.3.1	<i>Spitalaufenthalte</i>	8
1.3.2	<i>Der Transport von Personen</i>	9
1.3.3	<i>Strukturelle Elemente: Bettenbelegung und Pflegepersonal</i>	11
1.3.4	<i>Patientenfluss: Spitaleintritte und Spitalaustritte</i>	12
1.3.5	<i>Die Sterberate</i>	13
1.3.6	<i>Die perinatale Periode</i>	15
1.3.7	<i>Die Ueberwachung der chirurgischen Eingriffe und der Infektionen</i>	16
1.3.8	<i>Die Meinung und Zufriedenheit der Patienten</i>	18
1.3.9	<i>Meinung der Gesundheitsfachkräfte</i>	20
1.4	ALLGEMEINE KOMMENTARE UND SCHLUSSFOLGERUNG	22
1.4.1	<i>Zusammenfassung der Hauptergebnisse</i>	22
1.4.2	<i>Gesundheitssystem : Pflege- und Behandlungsqualität</i>	22
1.4.3	<i>Informationssystem : Pflege- und Behandlungsqualität</i>	23
1.4.4	<i>Meinung der Akteure und Benutzer</i>	24
1.4.5	<i>Einschränkungen der durchgeführten Evaluation</i>	24
1.4.6	<i>Schlussfolgerungen</i>	25

1 SYNTHESE

1.1 Einleitung

1.1.1 Medizinische und pflegerische Versorgungsqualität und Patientensicherheit

Die Patientensicherheit und andere Aspekte der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität sind entscheidende Elemente des Gesundheitswesens. Wenn das Gesundheitssystem und dessen angebotene Leistungen einen positiven Beitrag für die Gesundheit einer bestimmten Bevölkerung leisten, muss man auch akzeptieren, dass sich manchmal negative Auswirkungen auf die Nutzer ergeben können. In der Tat kann ein chirurgischer Eingriff, der trotz einer adäquaten Indikation ausgeführt und technisch sehr gut realisiert wurde, wegen der Bedeutung eines vorangegangenen Beschwerdens, wegen gleichzeitig erleideten Krankheiten, die die Intervention und die Heilung erschweren, sowie wegen der Einschränkung der vorhandenen Technik, eine vollständige Heilung verwehren. Zahlreiche Medikamente haben eine heilende Wirkung oder ermöglichen es, Symptome zu kontrollieren. Diese haben aber oftmals unerwünschte Nebenwirkungen, die meist geringfügig oder rückgängig sind, teilweise aber auch ernst und im schlimmsten Fall sogar tödlich sein können.

Im Jahre 1999 wurde vom medizinischen Institut der Vereinigten Staaten in Amerika ein Bericht veröffentlicht, der berühmt wurde. Der Bericht veröffentlicht die Resultate von zwei grossen Studien und kommt zum Schluss, dass bei fast drei Prozent der Hospitalisierungen ein unerwünschtes Ereignis auftritt, und dass die Hälfte davon auf vermeidbare Fehler zurückzuführen sei. Die Extrapolation dieser Daten suggeriert, dass in den USA jährlich zwischen 44'000 und 98'000 Todesfälle auf ein solches nicht erwünschtes Ereignis zurückgeführt werden könnten und dass diese Anzahl Todesfälle höher sei, als diejenige die durch Unfall, Brustkrebs oder AIDS verursacht wurde.

Zahlreiche Initiativen in den uns umgebenden Ländern suchen eine Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität. In Frankreich zum Beispiel hat man ein System der Akkreditierung der Spitäler und die Entwicklung der „Guidelines“ eingeführt (Haute Autorité de Santé). In Deutschland entwickelt das Institut für Qualität der Medizin seit mehr als zehn Jahren Programme zur Förderung der „Evidenz-Medizin“, der „Guidelines“, sowie der Koordinations-Förderungs-Programme der Prävention von medizinischen Fehlern und der Patientensicherheit.

1.1.2 Medizinische und pflegerische Versorgungsqualität in der Schweiz

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen in der Schweiz erwähnen in Art. 58 Abs. 3 des KVG und in Art. 77 KVV explizit die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität.

Gemäss diesen gesetzlichen Bestimmungen sind die Partner im Gesundheitswesen dazu aufgerufen, koordinierte Massnahmen zu ergreifen um die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität zu sichern. Notfalls kann der Bund intervenieren. Die Partner der Krankenversicherungen (Santésuisse) und der Spitäler (H+ - Die Schweizer Spitäler) haben die Gesellschaft KIQ¹ gegründet. Das Ziel besteht darin die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität, insbesondere durch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, auf nationaler Ebene zu fördern. Die Unfallversicherer, die Invalidenversicherung und die Militärversicherung beteiligen sich ebenfalls an der KIQ, vertreten durch die Medizinaltarif-Kommission (MTK). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sind nur als Beobachter in den Organen der Gesellschaft vertreten. Die Patienten- und Konsumentenorganisationen sind dort hingegen nicht vertreten. Es ist jedoch festzustellen, dass es die KIQ bis jetzt nicht geschafft hat weder die Qualitätsmessung noch die Garantie der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität substanziell voranzutreiben. Das fehlende Engagement der verschiedenen Partner der KIQ (insbesondere auch der wichtigsten Partnern wie dem Bund und der Kantone), die Suche nach Lösungen auf lokaler oder kantonaler Ebene (z.B. Verein Outcome im Kanton Zürich) oder die Versuche bilaterale Abkommen abzuschliessen (z.B. zwischen Santésuisse und einem Spital) sind keine günstigen Faktoren einer adäquaten Entwicklung und einer Vereinheitlichung der Mess-Instrumente welche zum Ziel haben die Qualitätssicherung des schweizerischen Gesundheitswesen zu garantieren.

Unter dem Aspekt der Patientensicherheit hat die Frage der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität seit dem Jahr 2000 zu mehreren Initiativen geführt. Zu erwähnen sind die Stiftung für Patientensicherheit im Jahr 2003 und die Ankündigung im Jahr 2005, dass der Bund die Spitäler zwingen wird, lokale Systeme zur Meldung kritischer Ereignisse und Vorfälle einzuführen, deren Daten auf nationaler Ebene gesammelt werden müssen.

1.1.3 Medizinische und pflegerische Versorgungsqualität im Wallis

Das Gesundheitsnetz Wallis (GNW), eine autonome öffentlich – rechtliche Einrichtung, wurde ursprünglich per Dekret vom 1. Februar 2002 gegründet. Die Fusion von zehn Institutionen hat es ermöglicht, im Wallis ein koordiniertes Spitalnetz zu erstellen, welches aus drei Spitalzentren mit breitem medizinischem Angebot besteht. Das GNW ist für die Umsetzung der Spitalplanung des Kantons verantwortlich. Seit dem 1. Januar 2004 gewährleistet das GNW die Führung und die Verwaltung der öffentlichen Spitäler und der medizin-technischen Institutionen, für die es kompetent ist. Das GNW beschäftigt insgesamt mehr als 4000 Mitarbeiter. Die progressive Umsetzung einer neuen Spitalorganisation hat im Juni 2004 begonnen. Die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität ist ein Schlüsselkriterium der kantonalen Gesundheitsorganisation. Mit Beschluss des Staatsrates vom September 2004 wurde eine kantonale Kommission für

¹ Die Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung H+/santésuisse (KIQ)

Patientensicherheit und Pflegequalität (KPSPQ) geschaffen. Innerhalb des GNW setzt sich die Gruppe Koordination Qualität und Sicherheit in den Spitälern gemäss ihren Aufgaben konkret ein.

Die Transformation des Spitalsystems im Kanton Wallis, die nach der Einführung des GNW begann, hat zum Ziel, der Walliser Bevölkerung ein leistungsfähiges, qualitatives Gesundheitssystem zur Verfügung zu stellen. **Eines der Argumente, das für eine Zusammenlegung von medizinischen Spezialitäten auf eine geringe Anzahl Standorte spricht, ist die Tatsache, dass bei zahlreichen Eingriffen oder Behandlungen eine Zunahme der Aktivitäten der gleichen Art zu einer höheren Qualität der Pflege- und Behandlungsleistungen führt.** Zudem hat die kantonale Dienststelle für Gesundheitswesen gleichzeitig mit der Transformation des Spitalsystems beschlossen, eine Evaluation der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität in den Spitälern durchzuführen. Mit der Einführung der neuen Spitalplanung wurde gleichzeitig die Pflege- und Behandlungsqualität im Kanton Wallis in Frage gestellt, insbesondere was die Spitäler betrifft

Um auf diese Fragen zu antworten, die auch von den Medien aufgegriffen wurden, hat die kantonale Dienststelle für Gesundheitswesen dem „Institut universitaire de médecine sociale et préventive“ Lausanne den Auftrag erteilt, eine Analyse zur Auswirkung der Transformation des Spitalsystems auf die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität im Wallis durchzuführen. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass eine Ende der 90-iger Jahre durchgeführte „explorative“ Analyse einen Rückgang der Pflege- und Behandlungsqualität ohne sichtbaren Grund festgestellt hatte. Gleichzeitig wurde empfohlen, die Einführung eines Monitoring-Systems der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität im Kanton weiterzuführen, was eine der Tätigkeiten des Walliser Gesundheitsobservatoriums darstellt. **Der Kanton Wallis verfügt heute über ein gut ausgebautes Indikatorensystem zur Messung der Gesundheit der Bevölkerung und der Pflege- und Behandlungsqualität.** Das Walliser Gesundheitsobservatorium ist das zentrale Element, welches die Daten und Indikatoren aus verschiedenen Quellen zusammenträgt. Das Zentralinstitut der Walliser Spitäler (ZIWS) beteiligt sich dabei auch durch die Vermittlung von Qualitätsindikatoren, vorbereitet durch das Zentrum für Infektionskrankheiten und Epidemiologie (ZIKE).

Das Ziel dieses Berichtes besteht darin, aufgrund der Transformation des Spitalsystems und auf Basis der verfügbaren Informationen im ersten Semester 2006, eine Bilanz über die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität in den Spitälern des GNW zu erstellen.

1.2 Methoden

Eine ausführliche Analyse der Auswirkungen von allen vorgenommenen Änderungen bei der Transformation des Spitalsystems wäre äusserst komplex zu planen und zu realisieren gewesen. Eine solche hätte Kosten verursacht, die in keinem Verhältnis zu den erzielten Resultaten gestanden wären. Es war folglich nötig, eine Selektion der Informationen und der Indikatoren zu den verschiedenen Bereichen der Pflege- und Behandlungsqualität vorzunehmen, um eine vernünftige Analyse der Auswirkungen der Einführung der neuen kantonalen Spitalplanung auf die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität und die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten. Aufgrund der Reaktionen, welche infolge der Einführung der Transformation der Spitalplanung wahrgenommen wurden, wurde ausserdem beschlossen, die Meinungen und Erfahrungen der Patienten sowie der Gesundheitsfachkräfte zu erheben.

Die vorgeschlagene Analyse hat sich auf wichtige und messbare Elemente der Gesundheit der Bevölkerung und der Patienten sowie der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität fokussiert. Die Priorität wurde den routinemässig erhobenen und verfügbaren Indikatoren gegeben: z.B. die Sterbestatistik und die „résultats de séjour des hôpitaux“ (ans Bundesamt für Statistik übermittelte statistische Daten), die verfügbaren Daten und Analysen vom kantonalen Gesundheitsobservatorium und vom Zentralinstitut der Walliser Spitäler (Bericht über die Qualität in den Walliser Spitälern) sowie die Informationen der Dienststelle für Gesundheitswesen des Kantons Wallis (Zusammensetzung der neuen Strukturen im Gesundheitswesen und Agenda deren Einführung). Gewisse Bevölkerungsgruppen wurden aufgrund ihrer Sensibilität genauer analysiert. Aus diesem Grund haben wir geplant die perinatalen Parameter der Gesundheit (perinatale Sterberate, Änderung der Geburten- und Sterberate über 24 Stunden usw.) und die Gesundheitsindikatoren der betagten Menschen (allgemeine Sterberate, saisonbedingte Todesfälle,...) zu analysieren. Allerdings war es durch die geringe Anzahl Todesfälle in diesen Kategorien nicht möglich, diese Analysen vollständig durchzuführen. Andere Informationsquellen wurden anhand ihrer Verfügbarkeit, ihrer Relevanz für das angestrebte Ziel und ihrer Adäquanz für einen gegebenen Indikator verwendet (z.B. Daten im Zusammenhang mit den Ambulanztransporten und den notfallmässigen Rettungen, Zufriedenheit der hospitalisierten Patienten).

Das klassische Konzept der Pflege- und Behandlungsqualität, welches die Qualität nach Strukturen, Prozesse und Ergebnisse aufteilt, hat unserem Konzept als Vorlage gedient. Andere Konzepte, wie jenes der europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM) wurden ebenfalls als Analyseraster verwendet. Eine Liste der Indikatoren wurde im Voraus auf Basis der existierenden und international weitgehend anerkannten Listen ausgearbeitet. Sie musste jedoch je nach Verfügbarkeit und Relevanz der Indikatoren angepasst werden (vgl. oben stehender Absatz im Zusammenhang mit den Indikatoren zu den extremen Lebensaltern).

Die Datenanalyse dieses Berichtes begann im Herbst 2004 und dauerte bis Ende des ersten Halbjahres 2006. Es schien von Anfang an entscheidend, solche Indikatoren zu wählen, welche ermöglichen die Auswirkungen des Einführungsprozesses der neuen Organisation im Gesundheitswesen des Kantons Wallis zu überwachen und die Resultate der bis Ende 2005 laufenden Periode zu analysieren. Das für diese Bewertungsanalyse entwickelte Konzept/Modell könnte zur Entwicklung eines Instrumentariums (tableau de bord) zum Monitoring der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität innerhalb des GNW beitragen (könnte auch für andere, ähnliche Behandlungsnetze nützlich sein).

Mehrere erfahrene Mitarbeiter des IUMSP haben sich an der Informationsbeschaffung sowie deren Analyse beteiligt. Die Analyse selbst wurde durch die „Unité d'évaluation des soins“ des IUMSP durchgeführt. Zudem wurde mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (Prof. M. Egger) zusammengearbeitet. Dies vor allem zur Evaluation der Meinungen der Angestellten des GNW im Oberwallis.

Die analysierten Daten wurden vom Walliser Gesundheitsobservatorium, von der kantonalen Dienststelle für Gesundheitswesen (DGW), vom Gesundheitsnetz Wallis (GNW), vom Zentralinstitut der Walliser Spitäler (ZIWS), von der kantonalen Walliser Rettungsorganisation (KWRO) und vom Bundesamt für Statistik zur Verfügung gestellt. Die quantitativen Analysen wurden entweder für das gesamte GNW, nach Spitalzentrum (Spitalzentrum Oberwallis, SZO; Spitalzentrum Mittelwallis, CHCVs; Spitalzentrum Chablais, CHC), nach Spital oder nach Disziplin erstellt. Die Daten des Spital Chablais konnten wegen der verschiedenen Beschaffungs- und Bearbeitungsmethoden der Daten nicht immer mit denjenigen der anderen GNW-Spitäler verglichen werden. Diese Unterschiede sind besonders auf einen inter-kantonalen Status des Spitals (es wird vom Bundesamt für Statistik als waadtländisches Spital angesehen) zurückzuführen.

Die Beschreibung und Definierung der Daten und der verwendeten Dateien waren entscheidend für den korrekten Gebrauch. Ausserdem mussten viele Fragen an die für die Daten verantwortlichen Personen der betreffenden Institutionen gestellt werden, um deren sachgemässe Verwendung zu gewährleisten.

1.3 Kommentierte Ergebnisse der Analyse

Die Ergebnisse der Analyse werden sukzessive in Gruppen, in der gleichen Reihenfolge wie die entsprechenden Detailberichte im Anhang des Hauptberichts, präsentiert. Die Indikatoren, die ähnliche Aspekte analysieren, werden in einer Gruppe zusammengefasst und jeweils kurz kommentiert.

1.3.1 Spitalaufenthalte

Die Transformation des Spitalwesens im Wallis hat Änderungen in der Praxis der Spitaleinlieferungen in den verschiedenen Institutionen des GNW bewirkt und könnte auch Änderungen der Anzahl hospitalisierter Patienten mit sich gebracht haben. Auch wenn die Zahl der Spitalaufenthalte kein eigentlicher Qualitätsindikator darstellt, so könnte eine abrupte Veränderung potentielle Probleme hervorrufen. Diese Analyse ergänzt diejenige vom Jahr 2005, um den bereits für das Jahr 2004 beobachteten Rückgang der Spitalaufenthalte weiter zu analysieren.

Die **Anzahl Spitalaufenthalte** entspricht der Anzahl Spitalaustritte von kantonalen somatischen Akutspitälern des Wallis, deren Aufenthaltsdauer 24 Stunden und mehr ist und die zwischen den Jahren 2001 und 2005 registriert wurden, mit Ausnahme des Spitals vom Chablais, dessen Daten nicht vom Datawarehouse des GNW stammen. Insgesamt wurde nach einem leichten Anstieg zwischen 2002 und 2003 ein Rückgang der Spitalaufenthalte (24 Stunden und mehr) während den Jahren 2003 und 2004 und ein etwas geringerer Rückgang zwischen 2004 und 2005 verzeichnet. D.h. 400 Spitalaufenthalte mehr (+1%) zwischen 2002 und 2003, 1805 Spitalaufenthalte weniger (-6%) zwischen 2003 und 2004 und 896 Spitalaufenthalte weniger (-3%) zwischen 2004 und 2005.

Der verzeichnete Rückgang in den Spitälern des Mittelwallis im Jahr 2005 wurde durch eine entsprechende Zunahme im Spital Chablais kompensiert. Seit 2003-2004 hat sich die Gesamtzahl der Aufenthalte in den Spitälern von Brig, Siders und Martinach verringert und in den Spitälern von Visp, Sitten und Chablais gesteigert. Ein Teil des festgestellten Rückgangs wurde vor dem tatsächlichen Beginn der Transformation der Spitalorganisation verzeichnet, insbesondere im ersten Trimester des Jahres 2004 und zwar vor allem in den Bereichen Gynäkologie-Geburtshilfe und Pädiatrie. Der Rückgang der Anzahl Spitalaufenthalte bis 2005 hat in erster Linie die Chirurgie, aber auch die Pädiatrie und die Gynäkologie-Geburtshilfe betroffen.

Ein Teil des Rückgangs der chirurgischen Aktivitäten könnte auf einen Transfer in den privaten Sektor zurückgeführt werden. In der Tat wurden nämlich im Jahr 2005 fast 250 zusätzliche Spitalaufenthalte in der Privatklinik Valère, vor allem chirurgische Interventionen, verzeichnet.

Die **durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer** (Spitalaufenthalte von 24 Stunden und mehr) ist von 7.7 Tagen im Jahr 2004 auf 7.4 Tage im Jahr 2005 gesunken (ausgenommen das Spital Chablais).

Zu diesen Resultaten möchten wir eine kurze Information zu den **Aktivitäten der regionalen sozialmedizinischen Zentren** (SMZ) hinzufügen. In den sechs SMZ des Kantons wurden im Jahr 2005 mehr als 400'000 Arbeitsstunden verrechnet, je zur Hälfte für Pflegeleistungen und für die Hilfe zu Hause. Die Anzahl Arbeitsstunden für Pflegeleistungen stieg gleichmässig mit 2.0% (vom Jahr 2002 zu 2003), mit 5.2% (vom 2003 zu 2004) und mit 7.6% (von 2004 zu 2005). Ein Teil der Aktivitätszunahme in den Jahren 2004 und 2005 könnte im Zusammenhang mit der Reorganisation des Spitalwesens stehen.

Kommentar

Nach einem substantiellen Rückgang im Jahr 2004 hat sich die Anzahl der Spitalaufenthalte im Jahr 2005 stabilisiert. Mögliche Erklärungen für den Rückgang der Anzahl Spitalaufenthalte seit 2004 sind die Verlagerung in den ambulanten Bereich (vielleicht sichtbar durch die Steigerung der Aktivitäten der SMZ), eine bessere Adäquanz von gewissen Spitaleinlieferungen, die mögliche Verschiebung eines Teils der chirurgischen Eingriffe in den privaten Sektor sowie jährliche Schwankungen.

1.3.2 Der Transport von Personen

Die Entwicklung der **Sanitätsnotfalltransporte** von Personen (Notfälle vor Spitaleinlieferung und Verlegungen zwischen sanitären Versorgungsinstituten) zwischen 2003 und 2005 wurde anhand der Daten der „kantonalen Walliser Rettungsorganisation“ (KWRO), die für die Regelung des Rettungswesens verantwortlich ist, analysiert. Die Gesamtzahl der Ambulanztransporte ist zwischen 2001 und 2004 durchschnittlich um 5% gestiegen, insbesondere seit 2002. Der Anstieg von 13.3% von 10'165 Einsätzen im Jahr 2004 auf 11'522 Einsätze im Jahr 2005 (+1357 Einsätze) ist entschieden grösser. Die Anzahl **Primär-Einsätze**² per Ambulanz ist von 2001 (6206 Einsätze) bis 2005 (7'936 Einsätze) stetig gestiegen. Die Aufteilung der Einsätze per Ambulanz (ungefähr 4/5), respektive per Helikopter (ungefähr 1/5) ist seit 2001 stabil geblieben.

Die Anzahl **Sekundär-Einsätze**³ zwischen verschiedenen sanitären Versorgungseinrichtungen ist im Jahre 2005 sehr stark gestiegen (+40%). Die Verlegungen von Patienten von einem Walliser Akutspital in ein anderes sind zwischen 2003 (796 Einsätze)

² Primär-Einsatz: man nimmt sich zum ersten Mal eines Patienten, am Ort des Geschehens, an, mit, falls nötig, dessen Transport zu einer geeigneten Behandlungseinrichtung

³ Sekundär-Einsatz: man nimmt sich eines Patienten, innerhalb einer Behandlungsstruktur, an, und Weitertransport in eine andere Behandlungsstruktur

und 2004 (1046 Einsätze) um 36% und zwischen 2004 (1046 Einsätze) und 2005 (1992 Einsätze) um 90% gestiegen.

Die **Zeitspanne bis zur Spitaleinlieferung**⁴ (Primär-Einsatz der Dringlichkeit⁵ per Ambulanz), ist von 2000 bis 2005 stetig von 44 auf 50 Minuten gestiegen (Durchschnittswerte). Der Anstieg zwischen 2004 und 2005 war grösser als in den vorangegangenen Jahren. Der Anteil der schweren Fälle, die zumindest eine medizinische Überwachung benötigen und die in weniger als 60 Minuten ins Spital transportiert wurden, ist von 75.4% im Jahr 2003 auf 65.3% im Jahr 2005 gesunken. Insgesamt waren aber doch fast 70% von diesen Transporten medizinisch überwacht was dem Patienten eine grössere Sicherheit verlieh. Obwohl die medizinische Überwachung der Transporte und ein strengerer NACA Codes des Patienten mit einer längeren Zeitspanne bis zur Spitaleinlieferung im Jahre 2005 verbunden sind, ist dieser Zusammenhang quantitativ gesehen unwichtig.

Der Anteil der **medizinisch unterstützten Transporte** (68% der schweren und sehr schweren Notfälle - NACA Codes 4 bis 7 und 79% der sehr schweren Fälle – NACA Codes 5 bis 7) ist zwischen 2004 und 2005 stabil geblieben. Der Anteil der schwersten Fälle, die mit medizinischer Unterstützung transportiert wurden ist höher. Er ist annähernd bei 75%, wenn ein unmittelbares Lebensrisiko vorliegt und bei 90% wenn Handlungen zur Reanimation oder Wiederherstellung von Vitalfunktionen vorgenommen werden müssen.

Kommentar

Der Sekundär-Transport von Personen zwischen sanitären Versorgungseinrichtungen im Allgemeinen und zwischen Spitälern im Speziellen ist, wie erwartet, deutlich gestiegen. Diesbezüglich müssen danach Gedanken gemacht werden über die Adäquanz der Sekundär-Transporte und die Garantie der Transportsicherheit.

Die Anzahl der Primär-Transporte ist im Verlaufe der letzten Jahre ebenfalls gestiegen.

Die Zeitspanne bis zur Spitaleinlieferung ist bei den Primär-Einsätzen gestiegen, was angesichts der grösseren Distanzen zu den Behandlungszentren je nach Schwere des Notfalles und dem Zeitpunkt seines Auftretens nicht erstaunlich ist. Eine Vergrösserung der Zeitspanne bis zur Spitaleinlieferung ist nicht gezwungenermassen ein negativer Faktor. In der Tat kann eine adäquate medizinische Betreuung am Ereignisort für den Transport eines Patienten, trotz der grösseren

⁴ Die Zeitspanne bis zur Spitaleinlieferung entspricht der verflorenen Zeit zwischen dem erhaltenen Alarm und der Zielankunft der Ambulanz.

⁵ Dringlichkeit 1: Sofortiger Einsatz mit Sondersignalen für einen Notfall mit vermuteter Beeinträchtigung der Vitalfunktionen oder Einsätze für ein Ereignis auf der Strasse oder an einem öffentlichen Ort. Seit 2003 wird der Teil „oder Einsätze für ein Ereignis auf der Strasse oder an einem öffentlichen Ort“ nicht mehr in der Definition geführt.

Zeitspanne des Transportes, eine höhere Sicherheit bedeuten. Die eher seltene Ausnahme sind Notfälle, verbunden mit Blutungen, die nur in einem adäquaten Zentrum unter Kontrolle gebracht werden können. Ausserdem steigt, im Durchschnitt, die Sicherheit des Patienten auch, wenn dieser auf Antrieb in das für die Behandlung geeignete Zentrum transportiert wird. Ein längerer Primär-Transport ist in diesem Fall besser, als ein Zwischenhalt in einer ungeeigneten Institution, da der Patient am richtigen Ort optimal behandelt werden kann.

Es wäre angebracht Gedanken zu machen und Entscheidungen zu treffen hinsichtlich der medizinisch unterstützten Primär-Transporte, die annähernd zwei Drittel der dringenden schweren Fälle ausmachen und hinsichtlich der Informationsqualität der Organisation, der Koordination und der Aktivitäten der Sanitätsnotfalltransporte. Diese letzten Elemente fallen in den Kompetenzbereich der Kantonalen Walliser Rettungsorganisation, in Zusammenarbeit mit der kantonalen Dienststelle für Gesundheitswesen, dem GNW und den anderen betroffenen Partnern.

1.3.3 Strukturelle Elemente: Bettenbelegung und Pflegepersonal

Die **einfache, jährliche Bettenbelegungsrate** (Anteil der Anzahl Akutkrankenhaustage im Verhältnis zur Anzahl der verfügbaren Bett-Tage) variierte vor 2002 zwischen 65% und 83%. Nachdem für eine effizientere und flexiblere Nutzung der Spitalbetten gesucht wurde war die Bettenbelegungsrate seit 2002 pro Spital fast immer bei über 90%.

Mit der **wirklichen, durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Patienten pro Tag** (Summe der jeden Tag für jeden Patienten effektiv verbuchten Krankentage [entsprechender Bruchteil für begonnene Tage wird mitgezählt], plus 15% um der benötigten Zeit für den „Bettwechsel“ zwischen den Patienten Rechnung zu tragen⁶) kann die durchschnittliche Differenz der bereitgestellten Betten und deren fortlaufender Nutzung berechnet werden. Diese Differenz zwischen 2004 et 2005 ist im CHCVs stabil geblieben (14%), während sie am SZO von 17% auf 10% gefallen ist, was auch hier eine Ressourcenoptimierung beweist.

Die Analyse der **Anzahl des Pflegepersonals in Beziehung zur Anzahl der stationären Spitalaufenthalte** ist wichtig, da der Zusammenhang zwischen der Pflegequalität und der Anzahl Pflegenden pro Patient aufgezeigt wurde. Der Indikator „Pflegepersonal in VZS (Vollzeitstelle) für 1000 Spitaltage“ der drei Spitalzentren des GNW liegt im Jahr 2005 zwischen 3.47 (CHC, CHCVs) und 4.01 (SZO) Personen pro 1000 Spitaltage. Im Vergleich zu 2004 gab es im Jahre 2005 eine leichte Abnahme um 3% (SZO: -0,25, CHC -0,37, CHCVs -0,01). Eine Analyse des Bundesamt für Statistik, abgestützt auf 193 Akutpflegeeinrichtungen, weist darauf hin, dass dieser Indikator zwischen 2.7 Personen

⁶ Dieser willkürliche Arbeitsaufwand in Prozent wurde auf Basis der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer berechnet.

(Spitäler mit weniger als 3000 behandelten Patienten im Jahr) und 5.5 Personen (Universitäts spitäler) variiert. Die Zahlen des GNW liegen damit im schweizerischen Mittel.

Kommentar

Die Zunahme der Bettenbelegungsrate und die Reduktion des Verhältnisses zwischen Pflegepersonal und Anzahl Spitaltage ist mit der Suche einer höheren Effizienz des Spitals begründbar. Hingegen könnte eine zu grosse Abnahme des angestellten Pflegepersonalbestandes einen negativen Effekt auf die Pflegequalität haben.

1.3.4 Patientenfluss: Spitaleintritte und Spitalaustritte

Profil der Spitaleintritte und Spitalaustritte nach Wochentag

Währenddem die Verteilung der Spitalaustritte nach Wochentag sich zwischen 2003 und 2005 wenig entwickelt hat, stellt man zwischen 2004 et 2005 bei den geplanten Spitaleintritten eine leichte Tendenz einer einheitlicheren Verteilung auf den Wochenbeginn fest. Dies ist möglicherweise auf die neue Spitalplanung zurückführbar.

Spitaleintrittsarten und Anzahl Behandlungen in den Notfallabteilungen

Die Unterscheidung erfolgt hauptsächlich zwischen notfallmässigen Eintritten und geplanten Eintritten. Notfallmässige Eintritte sind jene Patienten, für die innerhalb von 12 Stunden eine Spitalbehandlung nötig ist. Zwischen 2003 und 2005 ist die Anzahl notfallmässiger Spitaleintritte in Visp um 75% und in Sion um 57% gestiegen, währenddem in den anderen Spitälern ein entsprechender Rückgang verzeichnet wurde.

Ausserdem hat sich im Spital Sitten die Anzahl der in den Notfallabteilungen behandelten Patienten zwischen 2003 und 2005 nur wenig entwickelt; mit einer ein wenig höheren Zahl für die Monate Januar-Februar und September-Oktober, verglichen mit jenen der Jahre 2003 und 2004.

Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen

Die nicht geplanten Rehospitalisationen (angefallen kurze Zeit nach einem Spitalaufenthalt) sind ein klassischer Qualitätsindikator. Es ist aber einerseits schwierig, diesen Indikator routinemässig zu messen und andererseits haben einige Studien keinen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von ungeplanten Rehospitalisationen und der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität aufgezeigt. Ein **Indikator der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen** wurde auf Basis des Austritts-Kurzberichtes der Spitalaufenthalte berechnet⁷. Die Bruttoprozentsätze der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen der 5 Spitäler des Ober- und Mittelwallis haben wenig variiert. Zwischen 2002 und 2004 lag der

⁷ Dieser Indikator wurde von den Mitarbeitern des IUMSP entwickelt und validiert.

Satz bei 4 bis 5% der Spitalaufenthalte. Im Jahr 2005 lag der Anteil der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen im SZO bei 5.2% und bei 5.1% im CHCVs. Die im Wallis gemessenen Anteile waren niemals höher als diejenigen der 49 anderen Schweizer Spitäler, teilweise unterschritten sie deren Werte. Auf Grund einer Studie der „medizinischen Dossiers“, ausgeführt durch das „Hospices-CHUV“, schätzen wir den Anteil der Rehospitalisationen, die durch eine mangelnde medizinische und pflegerische Versorgungsqualität verursacht wurden, auf ungefähr einen Drittel des gemessenen Wertes, was weniger als 2% aller Fälle im Wallis entspricht.

Kommentar

Zwischen 2003 und 2005 ist die Anzahl notfallmässiger Spitaleintritte besonders in Visp und in Sion gestiegen, was unter Berücksichtigung der Reorganisation des Spitalwesens den Erwartungen entspricht. Für das weitere Messen dieses Indikators müssen Gedanken hinsichtlich der Quelle der Daten und der Analysenmethode gemacht werden. Die Gesamtzahl der in Notfallabteilungen des Spitals Sitten behandelten Fälle ist zwischen 2003 und 2005 ziemlich stabil geblieben.

Der gemessene Prozentsatz der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen ist vergleichbar mit demjenigen der anderen Spitäler, in denen diese Messung vorgenommen wurde. Dieses Resultat stellt damit kein spezifisches Problem dar.

1.3.5 Die Sterberate

Allgemeine Sterberate im Kanton

Die allgemeine Sterberate gibt einen globalen Überblick über den Zustand des Gesundheitssystems und über die sozioökonomische Lage. Definiert als Anzahl im Kanton Wallis wohnhaft verstorbene Personen im Verhältnis zur ständigen Wohnbevölkerung wird diese Sterberate auch als grober Indikator der Organisations- und Spitalbehandlungsqualität angesehen. Insgesamt hatte die Sterberate zwischen 2002 (799 Verstorbene auf 100'000 Einwohner) und 2004 (787 Verstorbene auf 100'000 Einwohner) eine leicht abnehmende Tendenz. Im Jahre 2005 ist die Rate wieder leicht gestiegen (799 Verstorbene auf 100'000). Die dem Alter angepassten Sterberaten, welche der Alterung der Bevölkerung Rechnung tragen, verzeichneten eine Abnahme von 2000 bis 2005 (von 798.8 auf 697.7 Todesfälle pro 100'000 Einwohner).

Die Entwicklung der Bruttosterberaten und der angepassten Raten ist je nach Geschlecht unterschiedlich. Die angepasste Sterberate der Frauen hat sich zwischen den Jahren 2000 und 2005 im Allgemeinen regelmässig gesenkt, mit einer vorübergehenden Ansteigerung im Jahre 2002. Bei den Männern stellt man eine leicht abnehmende Tendenz zwischen 2000 und 2004 fest, gefolgt von einem leichten Anstieg im Jahre 2005 (Bruttorate und angepasste Rate). Folglich ist der insgesamt verzeichnete leichte Anstieg durch den Anstieg der

Bruttosterberate der Männer zu erklären. Dieser Anstieg ist allerdings statistisch nicht signifikant.

Sterberate bei sehr jungen Leuten

Die Sterberate der „extremen“ Lebensaltern, insbesondere während des ersten Jahres des Lebens (Säuglingssterberate) und bei Neugeborenen, sind gebräuchliche Indikatoren der „Performance“ eines Gesundheitssystems. Die Säuglingssterberaten haben während der letzten Jahre geschwankt. Sie sind aber wegen der geringen Fallzahl statistisch instabil (zwischen 12 und 16 verstorbene Säuglinge pro Jahr zwischen 2001 und 2004 und 10 im Jahr 2005). Für das Jahr 2005 wurde eine leichte Abnahme der Rate festgestellt, die ausserdem leicht unterhalb des schweizerischen Mittels liegt.

Spitalsterberate

Die Spitalsterberate wird häufig als Indikator der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität verwendet. Seine Validität wird aber, wegen der Schwierigkeit Resultate zu vergleichen und zu interpretieren, häufig in Frage gestellt. Diese Schwierigkeiten sind mit der Anpassung der unterschiedlichen Merkmale der verglichenen Bevölkerungen (case-mix) verbunden. Um den Einfluss der Spitalreform auf die Pflege- und Behandlungsqualität im Akutbereich des Kanton Wallis zu untersuchen, wurde die Analyse der Entwicklung der Spitalsterberate nach Spital und nach Pathologie vorgenommen. Die Bruttorate der Sterblichkeit im Spital ist der Anteil der innerhalb des Spitals verstorbenen Personen gegenüber allen hospitalisierten Personen (<24h und \geq 24h) für eine bestimmte Periode. Die Bruttosterberaten liegen im Allgemeinen unter 2%. Für das ganze Wallis sind die angepassten Raten (angepasst nach Geschlecht, nach Alter und nach Schwere der Krankheit) von 2003 bis 2005 auffallend stabil; im Jahre 2002 liegen diese leicht darunter.

Variation der Spitalsterberate nach Tageszeit

Für die Jahre 2004 und 2005 hat es keine grossen Änderungen des Anteils der Todesfälle nach Tageszeit gegeben. Verglichen mit der arithmetischen täglichen Stundendurchschnittsterblichkeit (4.17 %) wurden einige Variationen des Prozentsatzes der Todesfälle nach Tageszeit festgestellt (mit der Hypothese, dass es keinen Stundeneffekt gibt). Für die beiden untersuchten Jahre wurde ein leicht erhöhter Anteil der Todesfälle am Ende des Tages (zwischen 16 und 20 Uhr) und ein leicht niedrigerer Anteil während der Nacht (zwischen 1 und 5 Uhr) festgestellt.

Kommentar

Die jüngste Entwicklung der Sterberaten im Kanton lässt insgesamt nicht auf eine negative Entwicklung des Gesundheitssystem oder des Gesundheitszustandes der Bevölkerung schliessen. Leichte Schwankungen der Sterberaten sind nicht überraschend in einer Bevölkerung mit der Grösse von jener des Kantons Wallis.

Die angepassten Sterberaten zeigen eine Abnahme der Sterblichkeit zwischen 2000 und 2005. Ein blosser Anstieg der Sterberaten bei den Männern und nicht bei den Frauen und insbesondere im ersten Trimester 2005, weist nicht auf ein mögliches Problem der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität hin. Wegen der relativ geringen Anzahl Todesfälle der berücksichtigten Bevölkerungsschichten, die den Resultaten wenig statistische Stabilität verleihen, kann es sich um eine zufallsbedingte, nicht überraschende Veränderung handeln. Ausserdem sind die Raten wegen saisonalen Effekten, teilweise verbunden mit saisonalen Infektionskrankheiten (Grippe), im ersten und letzten Trimester häufig höher.

Die Spitalsterberate ist stabil geblieben. Die Validität dieses Indikators ist jedoch beschränkt.

Die Säuglingssterblichkeit, ein oft sensibler Indikator, hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt.

1.3.6 Die perinatale Periode

Im Kanton Wallis wurden fast 3'000 Geburten gezählt (2'814 im Jahre 2005) wovon eine sehr grosse Mehrheit in den Spitälern des GNW stattgefunden hatte (2761, d.h. 98% der Geburten). Aufgrund der Zusammenlegung der Geburtshilfeaktivitäten in Visp für das SZO (seit Juni 2004) und in Sitten für das CHCVs, sind die übrigen Geburtshilfeabteilungen in Brig, Siders und Martinach nach und nach geschlossen worden. So hat die neue Aufteilung der Spitaldisziplinen eine grosse Änderung bei den Entbindungsstandorten bewirkt.

Die **Anzahl der ausserhalb des Spitals durchgeführten Entbindungen**, welche durch die Hebammen durchgeführt wurden, sind von 48 Fällen im Jahre 2003 auf 33 Fälle im Jahre 2005 gesunken, was ein sehr kleiner Teil der Gesamtanzahl Geburten war.

Die **Verteilung der Geburten nach Tageszeit** war im Jahre 2004 und 2005 ähnlich geblieben, wobei ein kleiner Höhepunkt zu Beginn des Vormittags festgestellt werden kann. Dies ist wahrscheinlich auf die programmierten Geburten durch Kaiserschnitt erklärbar.

Die Anzahl und der **Anteil der Entbindungen durch Kaiserschnitt**, die im GNW durchgeführt wurden, sind zwischen 2002 (711 Kaiserschnitte, 24.4%) und 2005 (742 Kaiserschnitte, 23.7%) stabil geblieben.

Der **Anteil der Neugeborenen mit einem Gewicht unter 2'500 Gramm** hat sich nicht verändert. Im 2002 war dieser Anteil 5.3% (155 Fälle) und im 2005 war er 5.5% (172 Fälle). Diese Zahlen liegen unter dem schweizerischen Mittel von 6.2%.

Wir haben uns ebenfalls für die **Spontanaborte oder Fehlgeburten** interessiert. Es handelt sich hierbei um den unerwarteten Verlust des Fötus ohne externe Einwirkung vor Ende der 22sten Schwangerschaftswoche. Diese Analyse wurde durchgeführt, um zu evaluieren, ob eine mögliche Änderung der pränatalen Überwachung Auswirkungen auf den Schwangerschaftsprozess gehabt haben könnte. Selbstverständlich ist nur ein Teil der Abtreibungen in den Spitälern registriert. Die frühen Fehlgeburten zu Beginn der Schwangerschaft „passieren“ oft unbemerkt. Die Anzahl der Spontanaborte in den Spitälern des GNW waren im Laufe der letzten drei Jahren stabil (276, 261, 276 für 2003 bis 2005).

Kommentar

Es hat keine signifikanten Änderungen bezüglich der analysierten Geburtsindikatoren und den registrierten Spontanaborte gegeben.

1.3.7 Die Ueberwachung der chirurgischen Eingriffe und der Infektionen

Mehrere Indikatoren der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität werden routinemässig im Rahmen der Gewährleistung der Qualität in den Spitälern des GNW gemessen. Diese werden durch das Zentrum für Infektionskrankheiten und Epidemiologie (ZIKE) des Zentralinstitut der Walliser Spitäler (ZIWS) koordiniert.

Die **postoperativen Wundinfektionen** gelten als die häufigsten nosokomialen Infektionen und werden gewöhnlich für die Qualitäts-Evaluierung der Chirurgie verwendet. Die jährlichen Raten der postoperativen Wundinfektionen von 1998 bis 2005 sind bei den Hernienoperationen stabil geblieben (1.4% im 1998, 1.5% im 2005), bei den Cholezystektomien besteht ein geringer Rückgang (3.8% im 1998, 2.6% im 2005), bei der Kolonchirurgie ist eine Erhöhung ab 2002 zu verzeichnen (vor 2002 bei rund 15% und nach 2002 über 20%) und bei der Appendektomie schwanken die Werte zwischen den Jahren 1998 und 2003, bevor eine leichte Erhöhung der Werte in den Jahren 2004 und 2005 (ca. 10%) zu verzeichnen ist. Wenn die Anstiegs-Tendenz bei der Kolonchirurgie allgemein ist, variiert die Infektrate jedoch pro Spital. Verglichen mit den anderen Schweizer Spitäler, welche an diesem Ueberwachungs-Programm mitmachten, sind die postoperativen Wundinfektraten des GNW bei der Kolonchirurgie (im Jahr 2005) und bei den Appendektomien (in den Jahren 2004 und 2005) höher ausgefallen.

Wir prüften die **Appendektomierate, welche einen Abszess oder eine Perforation aufgewiesen hatte**, und die durch eine verspätete Behandlung, verbunden mit der neuen Spitalplanung, hätte hervorgerufen werden können. Seit 1999 befindet sich diese Rate

zwischen 20 und 30%. Die gemessenen Raten im Wallis waren signifikant tiefer als diejenigen der anderen Schweizer Spitäler, welche an diesem Überwachungsprogramm teilgenommen hatten.

Die **Anzahl und Proportion der an der selben Operationsstelle vorgenommenen Widereingriffe** (in den Spitälern des GNW), verursacht durch eine Komplikation die im laufenden Monat nach einem chirurgischen Eingriff aufgetreten war (Appendektomie, Cholezystektomie, Hernienoperation und Koloneingriffe), wurden seit 1998 gemessen. Diese Prozentsätze variierten bei 4 %; die Erhöhung von 4.5% (Jahre 2004) auf 6.5% (Jahre 2005) ist statistisch nicht signifikant.

Die **Prävalenz der nosokomialen Infektionen** in den sechs Walliser Akutspitälern, gemessen an einem Stichtag, variierte nicht im Laufe der drei letzten durchgeführten Messungen (5,8; 6,6 und 4,4% von 2002 bis 2004 - 2005 keine Messung) und sie unterscheidet sich nicht von der Prävalenz der anderen gleich grossen Schweizer Spitälern.

Die **Hygiene der Hände** ist wichtig, um die Infektionen im Krankenhaus besser unter Kontrolle zu bringen. Sie ist jedoch in den Krankenhäusern oft ungenügend. Ein Programm zur Verbesserung der Handhygiene in den Spitäler hat erlaubt, die „observance des recommandations“ wesentlich zu steigern, das heisst von 38% bis 60% (zwischen Mai 2005 und Mai 2006).

Kommentar

Die im Spital erworbenen Infektionen können Qualitätsprobleme darstellen. Die Prävalenz der nosokomialen Infektionen hat sich aber nicht erhöht und die Rate der perforierten Blinddarmentzündungen und Abszesse befinden sich im Vergleich zu anderen Schweizer Spitäler tiefer.

Die seit mehreren Jahren anhaltende Erhöhung der postoperativen Wundinfektionen bei der Kolonchirurgie ist wahrscheinlich nicht auf die Reorganisation des Spitalsystems zurückzuführen. Trotzdem müssen die eher hohen postoperativen Wundinfektionen bei den Kolon- und Blinddarmoperationen ein Anreiz sein, bei den Chirurgen und den betroffenen Abteilungen Verbesserungsmassnahmen einzuführen.

Gezielte Verbesserungsmassnahmen könnten sich, am Beispiel der Handhygiene wo wichtige Verbesserung zwischen den Jahren 2005 und 2006 erzielt wurden, als sehr nützlich erweisen.

1.3.8 Die Meinung und Zufriedenheit der Patienten

Eine Meinungs- und Zufriedenheitsumfrage der hospitalisierten Patienten wurde Ende 2005 in den Spitälern Brig, Visp, Siders, Sitten und Martinach von der Unternehmung MeCon durchgeführt. Es wurde ein Fragebogen mit insgesamt 32 Basisfragen⁸ und 15 pepezifischen Fragen⁹ eingesetzt. Ein „Unzufriedenheitsindex“ wurde durch die MeCon gebildet, der auf einer willkürlichen Gewichtung der Antwortkategorien basiert. Dieser Index wird auf einer Skala von 0 bis 100 Punkte dargestellt. Der Wert 0 stellt die absolute Zufriedenheit dar¹⁰. Je mehr dieser Index steigt, desto grösser wird das Defizit der Zufriedenheit was auf mögliche Verbesserungsansätze hinweisen kann. Der Index entspricht nicht dem Anteil an unzufriedenen Patienten. 6'151 Fragebogen wurden versendet und 2'656 (43%) kamen ausgefüllt zurück und wurden analysiert. Die Mehrheit der eingegangenen Fragebögen stammt von Patienten, die sich in einer chirurgischen Abteilung behandeln liessen.

Allgemein gesehen war die Zufriedenheit der Patienten im GNW gut. In der Tat war der globale Unzufriedenheitsindex niedriger als 20/100 Punkte (18.7/100). Durch Extrapolation würde so der Zufriedenheitsindex 81.3/100 Punkte betragen.

Was die von den Ärzten, vom Pflegepersonal und im Allgemeinen erhaltenen Informationen betrifft, befindet sich der Unzufriedenheitsindex zwischen 10/100 und 20/100 Punkten. Bei den erhaltenen Informationen, auf die Frage „was wichtig für ein Spitalaufenthalt ist“ war dieser Index jedoch höher (33/100 Punkte).

Eine grosse Mehrheit der Patienten betrachtete die Kompetenz der Ärzte als gross oder sehr gross. Dies gilt ebenso für das Pflegepersonal (eine grosse Mehrheit der Patienten betrachtete die Betreuung des Pflegepersonals als gross oder sehr gross). In diesen beiden Fällen ist der Unzufriedenheitsindex klein (nahe bei 10/100).

Was die Entfernung zum Ort des Spitalaufenthaltes betrifft waren 22.2% der Probanden der Ansicht, nicht in das nächstgelegene Spital eingeliefert worden zu sein und 34% der Patienten glaubten, dass ihre Angehörigen, in Anbetracht der Entfernung des Spitals, Schwierigkeiten gehabt hatten, sie zu besuchen. Die Entfernung des Spitals scheint so nur eine Minderheit der Personen gestört zu haben.

⁸ Beispiel der Basisfragen: Freundlichkeit des Pflegepersonals, Klarheit der Erklärungen der Ärzte.

⁹ Beispiel der spezifischen Fragen: erhaltene Informationen in Bezug auf mögliche Nebenwirkungen der Medikamente, Kenntnisse der Untersuchungsergebnisse in den Spitälern.

¹⁰ In der Berechnung des „Unzufriedenheitsindex“ geht MeCon davon aus, dass alle Evaluationen des Patienten die tiefer als die vorteilhafteste Note ist, einer gewissen Unzufriedenheit entsprechen.

Der Unzufriedenheitsindex war im GNW ein wenig höher (19/100) als derjenige der 57 anderen Schweizer Spitäler (unterschiedlicher Kategorien sowie Privatkliniken) (13/100), d.h. eine Differenz von 6/100 Punkten.

Schliesslich war der globale Unzufriedenheitsindex im Jahre 2005 systematisch ein wenig höher (18.7/100) verglichen mit dem der vorhergehenden Erhebung vom Jahre 2001 (15.7/100). Nach dem berechneten Index entspricht dieser Unterschied jedoch nur einem absoluten Rückgang von 3/100 Punkte.

Kommentar

Die Zufriedenheit der Patienten ist zwischen 2001 und 2005 leicht gesunken.

Das Zufriedenheitsniveau der Patienten bleibt aber in den Spitälern des Ober- und Mittelwallis insgesamt gut.

Die Themen „Information“ und „Kommunikation“ werden im Allgemeinen von den Patienten am wenigsten gut bewertet. Diese Aspekte müssen besonders beachtet werden.

Die präsentierten Vergleiche zwischen Spitälern zeigen **Werte die systematisch tiefer sind, als diejenigen der anderen Spitäler** die den gleichen Fragebogen benutzt hatten. **Der Resultatsvergleich mit verschiedenartigen Spitälern ist jedoch nicht leicht** (z.B. Privatkliniken und spezialisierte Spitäler). Ausserdem sind die Bewertungen in der Romandie im Vergleich zur Deutschschweiz schon früher systematisch niedriger ausgefallen - in dieser Untersuchung ebenfalls („Zufriedenheitsindex“ für das Zentralwallis beträgt ca. 80%, fürs Oberwallis liegt er bei 83%). Diese Unterschiede könnten zum Teil durch sprachliche oder kulturelle Unterschiede erklärt werden.

Eine Extrapolation dieser Resultate auf alle hospitalisierten Patienten erstellt sich ausserdem als schwierig, da die **Rücklaufrate der Antworten niedrig ausgefallen** ist, was teilweise auf ein Fehlen eines Erinnerungsschreiben zurückzuführen ist.

Trotzdem ist es nicht überraschend, dass die Änderungen in der Organisation des Spitalssystems eine Ursache von weniger grosser Zufriedenheit war, insbesondere wegen der Distanzierung von gewissen Spitälern und wegen den von der Bevölkerung ungenügend erhaltenen Informationen. Zudem hat diese Patientenzufriedenheits-Erhebung in einer Periode stattgefunden, in der das GNW mehrfach in den Medien kritisiert wurde. Dies kann zu Folge haben, dass die Meinung der in dieser Periode befragten Patienten durch die Medien negativ beeinflusst wurde.

Erinnern wir uns, dass die gegebenen Meinungen der Patienten von Natur aus subjektiv sind und dass sie sich von anderen Meinungen und mediatisierten Sensationseffekten bezüglich Diskussionen zum Gesundheitswesen im Allgemeinen beeinflussen lassen (und nicht nur was in Verbindung mit der Walliser Spitalreform ist). Es empfiehlt sich also die **Resultate dieser Meinungs- und Zufriedenheitserhebung mit Vorsicht zu interpretieren**. Sie sollten vor allem dazu dienen Verbesserungsansätze innerhalb der Disziplinen und der Spitäler einzuleiten. Dies ist übrigens auch das Ziel der Direktion des GNW, die kürzlich Kenntnis von diesen Ergebnissen genommen hat und die sie in diesem Sinne den entsprechenden Einrichtungen übermitteln wird.

Im Übrigen muss der Kommunikation mit den Patienten sowie den Modalitäten und Inhalten der Informationen, die das Spital den Patienten übermittelt, eine besondere Beachtung geschenkt werden. Diese Aspekte sind sehr wichtig, um das Vertrauen der Bevölkerung und des Gesundheitspersonals des GNW zu verbessern. Diesbezüglich hat das GNW seit Herbst 2005 eine „Kommunikationsperson“ eingestellt.

1.3.9 Meinung der Gesundheitsfachkräfte

Die **Meinung der Gesundheitsfachkräfte** bezüglich der Auswirkung der Transformation des Spitalsystems ist aus 37 Einzelgesprächen im Zeitraum März bis Juli 2005 eruiert worden. Die interviewten Fachkräfte wurden so ausgelost, damit die unterschiedlichen Regionen, Berufe und Gruppen vertreten waren (24 Ärzte und 13 PflegerInnen). Es wurden wenige Unterschiede zwischen den Meinungen der Fachkräfte vom Oberwallis und Unterwallis festgestellt. Chancen und Vorschläge zu einer Verbesserung des Systems wurden ausgesprochen. Der grösste Teil der Gespräche fokalisierte sich auf Schwierigkeiten der Spital-Reorganisation, welche die Teilnehmer bewältigen mussten. Auch wenn es auf eine „erzählende“ Art formuliert wird, übernimmt die Analyse die Absichten der Gesundheitsfachleute ganz genau.

Die von den Ärzten erwähnten **Vorteile** waren eine bessere technische Basis, eine erhöhte Anzahl Patienten mit ähnlicher Pathologie (dies steigert die Erfahrung und Kompetenz), mehr Ressourcen und leistungsstärkere professionelle Fachkompetenz. Die PflegerInnen erwähnten interessantere und stimulierende klinische Aktivitäten. Die hauptsächlichen Verbesserungsvorschläge betrafen die Vervollständigung des Informations- und Kommunikationssystems, die Weiterentwicklung der Koordination und der Kooperation, die Ausdehnung der verschiedenen Ressourcen (humane, materielle und technische), ein sicherer Transfer der Patienten und die Einführung eines Orientierungssystems für die Patienten. Ausserdem ist es für manche Fachkräfte wichtig, dass der Patient im Kontinuum und nach einem globalen Konzept gepflegt und behandelt wird. Ausserdem haben viele auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass eine Arbeitsgruppe eingesetzt werden sollte, einerseits um die Kontakte/Beziehungen/Erfahrungsaustausch zwischen den Fachkräften im GNW zu begünstigen und andererseits um konkret aufgetretene Probleme mit den Verantwortlichen des GNW diskutieren zu können.

Zahlreiche **negative Punkte** wurden von den Beteiligten genannt. Für mehr als Zweidrittel der Befragten hat die Einführung des GNW direkte Auswirkungen auf ihre Arbeitsorganisation (längerer Arbeitsweg, schwieriges „Encadrement“ des Personals, neue Arbeitsbeziehungen welche Anpassungsanstrengungen erfordern), auf die Struktur (Verlust der Kompetenzen, sinkende Fachkräftressourcen), aber hauptsächlich auf den Bereich der Berufstätigkeit (intensivere und komplexere Betreuung, Zunahme von administrativen Aufgaben, Kontakte mit den Patienten sind anonymer geworden). Die Verteilung der Disziplinen wurde oft als ungeeignet angeschaut. Verschiedene Probleme wurden diesbezüglich angegeben (Erhöhung des Arbeitsvolumens, Zeitmangel für eine qualitative Betreuung der Patienten, unvollständige Übermittlungen, usw.). Diese Probleme wurden von den Arbeitsteams als Stress- und Demotivationsfaktoren angesehen. Einige Fachkräfte meinten, dass die hauptsächlichen Kritiken gegenüber dem GNW nur eine Ausdrucksform des Widerstandes gegen den Veränderungsprozess war. Wieder andere glaubten, dass es notwendig sei, diese Kritiken ernst zu nehmen, da bei der Umsetzung gewisser Richtlinien Anpassungen gemacht werden müssen, und da nur die, die die Funktionsgrenzen eines Systems kennen, über seine Angemessenheit und seine Effizienz beurteilen können.

Kommentar

Die Meinungen der Gesundheitsfachkräfte einzuholen, obliegt natürlich gewissen Einschränkungen, insbesondere der Achtung auf die Repräsentation der befragten Gruppen. Die hohe Beteiligungsrate wie auch die Beobachtung, dass sich einige auf die Befragung vorbereitet hatten, bestätigt das Interesse der Fachkräfte bei dieser Befragung mitgemacht zu haben. Die Probleme der Information und Kommunikation, die organisatorischen Schwierigkeiten (wie erwartet), die Widerstände und die Kompromisse bezüglich der Einführung der neuen Spitalorganisation stellen negative Punkte dar, die von den befragten Personen erwähnt wurden.

Die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität sowie auch die Sicherheit der Patienten zu garantieren, ist heutzutage für jedes Gesundheitsversorgungssystem eine komplexe Aufgabe. Die Einführung der neuen kantonalen Spitalorganisation hat die Schwierigkeit dieser Aufgabe zusätzlich erhöht. Die geschilderten Einzelheiten und Beobachtungen der interviewten Fachkräfte können zudem als Verbesserungsansätze der Spitalreorganisation angesehen werden.

Wir raten daher dem GNW diese Daten auszunützen und die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partner weiter zu verstärken, da im Bereich der medizinischen- und pflegerischen Versorgungsqualitäts-Forschung weitgehend angenommen wird, dass die Zufriedenheit der Gesundheitsfachkräfte in den Spitälern ein Indikator der Pflege- und Behandlungsqualität ist.

1.4 Allgemeine Kommentare und Schlussfolgerung

1.4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Ein Bündel von Indikatoren und unterschiedliche Analysekonzepte haben es erlaubt, hinsichtlich der Transformation des Spitalsystems, eine Analyse der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität in den Spitälern des GNW durchzuführen. Was die Entwicklung der Anzahl der Spitaleinlieferungen pro Disziplin und pro Standort betrifft haben die Strukturindikatoren die vorgenommenen Änderungen widerspiegelt.

Die Überprüfung der erzielten Resultate und der realisierten Analysen zeigt, dass die Sicherheit der Patienten innerhalb des Gesundheitsnetzes Wallis nicht gefährdet ist und nicht gefährdet war.

Die Transformation des Spitalsystems forderte, fordert und wird weiterhin Änderungen der Gewohnheiten seitens der Patienten und Mitarbeiter fordern. Die Aufrechterhaltung der Qualität der „soins de premier recours“ ist enorm wichtig angesichts der grösseren Entfernung der Betreuungszentren, vor allem für gewisse Krankheitsbilder und bei gewissen Tageszeiten (die Bevölkerung kann bei Tag und Nacht eine Notfallbetreuung in einem Akutspital benötigen), um die Behandlungssicherheit zu gewährleisten und um, wenn nötig, den Patienten für die Betreuung an die geeignete Spitalabteilung zu orientieren.

1.4.2 Gesundheitssystem : Pflege- und Behandlungsqualität

Das eingeführte Gesundheitssystemkonzept garantiert (und wird garantieren) der permanenten und temporären Wohnbevölkerung im Kanton den Zugang zu einem Behandlungssystem von hervorragender Qualität. Die Konsolidierung von medizinischen Spezialgebieten zu Spitzenzentren ist ein geeigneter Faktor, um die Qualität zu verbessern. In der Tat haben publizierte Studien gezeigt, hauptsächlich im Ausland, dass durch ein grösseres Volumen, für zahlreiche Interventionen und Behandlungen, die Pflege- und Behandlungsqualität gesteigert werden konnte.

Im Kanton Wallis sind bereits schon mehrere Anstrengungen unternommen worden, um die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität Aufrecht zu erhalten und weiter zu verbessern. Es bestehen zum Beispiel Erfassungssysteme, um therapeutische Zwischenfälle zu registrieren. Ein besonderes Augenmerk wird auf die folgenden Themen gelegt: kontinuierliche Verbesserung, Problemerkennung, interne und manchmal externe audits sowohl auch präventive Aktionen (z.B. Impfung der Mitarbeiter gegen Grippe und Hepatitis B, Hygiene der Hände). Eine Vereinheitlichung der Dokumentation soll ebenfalls die administrativen und logistischen Prozesse erleichtern.

Schliesslich haben mehrere Spitäler Prozesse eingeleitet für eine Zertifizierung gemäss der Norm ISO. Dies betrifft das SZO (vor kurzem wieder zertifiziert worden), das CVP und das Spital Siders. Eine gemeinsame Zertifizierung ist geplant. Die "Qualitätssicherungsverantwortlichen" der verschiedenen Spitäler arbeiten für das gesamte GNW.

1.4.3 Informationssystem : Pflege- und Behandlungsqualität

Das geschaffene Informationssystem, z.B. was die Informatisation der medizinischen Dossiers betrifft, müsste es erlauben, wenn es in vollem Umfang funktioniert, die Übermittlung der Schlüsselinformationen der Patienten und ihrer Betreuung zu verbessern. Die Entwicklung der Strukturen und Prozesse, welche es ermöglichen die Daten der Aktivitäts- und Leistungsindikatoren des Systems routinemässig zu erfassen, werden die notwendigen Daten liefern, einerseits für das Steuern der klinischen Aktivitäten und andererseits für das Steuern des gesamten Gesundheitsnetzes. **Die Erfassung und die Analyse von einer ganzen Reihe Indikatoren liefert besonders nützliche Führungsinstrumente (tableau de bord) .**

Die Messung der Qualität ist sicherlich wichtig, aber nicht ausreichend um die Qualität innerhalb eines komplexen Netzes zu garantieren. Eine verantwortliche Führung, die Beteiligung aller Akteure und ein Verwaltungssystem, das wirklich gewillt ist die Qualität zu verbessern, sind unentbehrlich. Ein funktionierendes und integriertes Monitorsystem und relevante Indikatoren, gespeist mit Daten von hoher Qualität, sind entscheidende Elemente, die aufrechtzuerhalten sind. Mehrere Indikatoren sind abgeleitet oder benutzen Informationen, die aus der Zusammenfassung der Spitalaustritte (résumé de sortie) eruiert wurden. Die Qualität dieser Daten ist gut, wie es ein Bericht zur Bewertung der Kodierungsqualität der Diagnosen und der im Spital durchgeführten Interventionen zeigt.

Die hervorragende Arbeit der Datenerfassung und -verarbeitung bezüglich der Sicherheit des Patienten und der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität, die bis jetzt durch das Walliser Gesundheitsobservatorium und durch das Zentralinstitut der Walliser Spitäler (Zentrum für Infektionskrankheiten und Epidemiologie, Apotheke) gemacht wurde, haben schon erlaubt, die bestehenden Führungsinstrumente (tableau de bord) wesentlich zu verbessern. In dieser Hinsicht ist der Kanton Wallis gegenüber vielen anderen Schweizer Kantonen in Vorsprung. Die Arbeit von diesen Organismen ist für eine gute Führung des Walliser Gesundheitssystems unentbehrlich. Die Daten von der Kantonalen Walliser Rettungsorganisation sind diesbezüglich ebenfalls nützlich für das Monitoring. Es empfiehlt sich also, das Bestehende zu festigen und der Indikatorenbündel noch weiter zu verbessern.

1.4.4 Meinung der Akteure und Benutzer

Die Meinungen sowohl der Patienten wie auch der Gesundheitsfachkräfte sind zu unserem Erstaunen ähnlich ausgefallen, wie jene, die kürzlich in anderen Kantonen und Spitälern erfasst wurden, welche keine ähnliche Umwandlung der Spitalorganisation durchgeführt hatten. Ausserdem haben andere, parallellaufende aber unabhängige Änderungen des Gesundheitssystems, sicher auch einen Einfluss auf diese Meinungen gehabt. Es ist demzufolge schwierig, die wirklichen Hintergründe der Meinungsbildung zu eruieren.

Wir ermutigen die Verantwortlichen des GNW sehr die erfassten Daten auszunützen und die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partnern weiter zu verstärken, da im Bereich der Pflege- und Behandlungsqualitäts-Forschung weitgehend angenommen wird, dass die Zufriedenheit der Gesundheitsfachkräfte in den Spitälern ein Indikator der Pflege- und Behandlungsqualität ist. Diesbezüglich wird Ende Sommer 2006 eine Zufriedenheitserhebung beim gesamten Gesundheitspersonal des GNW durchgeführt, die nützliche Zusatzinformationen liefern wird.

1.4.5 Einschränkungen der durchgeführten Evaluation

Diese Evaluation beinhaltet verständlicherweise eine Reihe von Einschränkungen. Ein kantonales Spitalgesundheitsnetz wie das GNW ist ein extrem komplexes System. Wir können daher nicht davon ausgehen, dass wir alle Aspekte überprüft haben.

Die Einschränkungen dieser Evaluationsstudie sind (1) die Abwesenheit von routinemässig vorhandenen Daten, die für gewisse Behandlungsaspekte nicht lange und kostensspielige Investitionen erfordern (Ueberprüfung der medizinischen Dossiers), (2) die nicht optimale Qualität von gewissen Indikatoren (Entwicklung und Validation von Anpassungsmodellen) und (3) die Zustellfristen von gewissen Daten des Jahres 2005 (z.B. die Diagnose der Todesursachen wird durch das BFS sehr spät publiziert).

Die unterschiedliche Struktur von gewissen Daten und die Benutzung von anderen Definitionen und Kriterien hatte zur Folge, dass die Resultate zwischen dem Spitalzentrum Chablais und den anderen Zentren nicht immer verglichen werden konnten.

Außerdem implizieren die relativ kleine Grösse des Kantons, der Untergruppen der Bevölkerung oder der Krankenhäuser und Abteilungen eine statistische Unbeständigkeit bei mehrerer Indikatoren, die ziemlich seltene Ereignisse aufweisen.

Eine komplexere, ausführlichere Evaluation der Qualität hätte die Entwicklung und Validation von anderen Indikatoren benötigt, hätte verlängerte Lieferfristen beansprucht, hätte beträchtlich höhere Mittel benötigt, ohne Garantie, dass kennzeichnende

Informationen von Ablaufstörungen erscheinen würden, die nicht hätten entdeckt werden können.

1.4.6 Schlussfolgerungen

- Zusammenfassend kann gesagt werden, dass **die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität in den Spitälern des GNW gut ist. Die Sicherheit der Patienten ist nicht in Gefahr und war nie in Gefahr gewesen. Die Reform des Spitalsystems gefährdet die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität nicht.**
- Im fortlaufenden Einführungsprozess der neuen Spitalorganisation **sind jedoch Verbesserungen anzustreben**, um die Sicherheit der Patienten und die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität Aufrecht zu erhalten und weiter zu fördern. Die eher hohen Raten der postoperativen Wundinfektionen bei gewissen „intra-abdominalen“ Interventionen, beobachtet seit 2002, weisen darauf hin, dass weitere Massnahmen unternommen werden müssen, um eine Reduktion von solchen Infektionen zu erzielen.
- **Die Information und die Kommunikation bei der Einführung der neuen Spitalorganisation sind im GNW intern und extern nicht gut genug verwaltet und geführt worden**, weder der Bevölkerung, den Patienten noch den Gesundheitsfachkräften gegenüber. Es soll hier erwähnt werden, dass auf Ende 2005 eine „Kommunikationsperson“ vom GNW angestellt wurde.
- **Eine besondere Anstrengung muss gemacht werden, um die Kommunikation und Information im Spital zu verbessern**, dies bedeutet eine Sensibilisierung und eine geeignete Ausbildung, dies bedeutet aber auch Zeit einzuräumen zugunsten dieser Aktivitäten und Beachtung schenken, dass das Personal nicht übertrieben gefordert wird. Kommunizieren heisst auch dem Anderen zuhören, insbesondere den Angestellten und den Patienten.
- **Die Führung/Leitung des GNW ist von entscheidender Bedeutung**, um die Reform des Spitalsystems weiterzuführen und um weiterhin fähig zu sein, die Sicherheit der Patienten und die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität der gesamten Walliser-Bevölkerung zu gewährleisten.
- Anderen Aspekten des Gesundheitssystems, wie z.B. die **Notfalltransporte**, sollte auch eine besondere, anhaltende Beachtung geschenkt werden.
- Abschliessend muss gesagt werden, dass **die Messung der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität mittels einer Serie von validierten Indikatoren**

unentbehrlich ist, wenn man in der Lage sein will, die Sicherheit der Patienten und die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Die hervorragende Arbeit des Walliser Gesundheitsobservatorium und des Zentralinstitutes der Walliser Spitäler muss in dieser Hinsicht unterstützt werden.

- Diese Evaluation wurde parallel mit der Einführung der neuen Spitalorganisation im Kanton Wallis durchgeführt. **Es ist deshalb von entscheidender Bedeutung, dass nach dieser Evaluationsperiode ein Monitoring der Aktivitäten des GNW weitergeführt wird.**