



Ita Wegman Klinik
Arlesheim

Individuell. Für alle.

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Version 7.0



Akutsomatik



Psychiatrie

Ita Wegman Klinik AG

Pfeffingerweg 1
CH-4144 Arlesheim
www.wegmanklinik.ch

Freigabe am: 20.05.2014
durch: Isabella Herr/ Cornelia Zumkehr

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

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

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

Zielpublikum

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

Bezeichnungen

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichts zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|---|
| A | Einleitung | 1 |
| B | Qualitätsstrategie | 2 |
| B1 | Qualitätsstrategie und -ziele | 2 |
| B2 | Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013 | 2 |
| B3 | Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013 | 3 |
| B4 | Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren | 3 |
| B5 | Organisation des Qualitätsmanagements..... | 3 |
| B6 | Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement | 3 |
| C | Betriebliche Kennzahlen und Angebot | 4 |
| C1 | Angebotsübersicht | 4 |
| C2 | Kennzahlen 2013 | 6 |
| C3 | Kennzahlen Psychiatrie 2013 | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| D | Zufriedenheitsmessungen | 7 |
| D1 | Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit..... | 7 |
| D2 | Angehörigenzufriedenheit | 8 |
| D3 | Mitarbeiterzufriedenheit..... | 9 |
| D4 | Zuweiserzufriedenheit | 10 |
| E | Nationale Qualitätsmessungen ANQ | 11 |
| E1 | Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik | 11 |
| E1-1 | Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® | 12 |
| E1-2 | Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® | 13 |
| E1-3 | Postoperative Wundinfekte mit Swisnoso | 14 |
| E1-4 | Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ..... | 16 |
| E1-5 | Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik | 19 |
| E1-6 | Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik | 20 |
| E1-7 | SIRIS Implantatregister | 21 |
| E2 | Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie | 22 |
| E2-1 | Erwachsenenpsychiatrie..... | 23 |
| E2-2 | Kinder- und Jugendpsychiatrie | 25 |
| E3 | Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| E3-1 | Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| E3-2 | Bereichsspezifische Messungen..... | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| F | Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013 | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| F1 | Infektionen (andere als mit Swisnoso) | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| F2 | Stürze (andere als mit der Methode LPZ)..... | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| F3 | Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ) | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| F4 | Freiheitsbeschränkende Massnahmen | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| F5 | Dauerkatheter | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| F6 | Weiteres Messthema | 26 |
| G | Registerübersicht | 27 |
| H | Verbesserungsaktivitäten und -projekte | 32 |
| H1 | Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards | 32 |
| H2 | Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte | 32 |
| H3 | Ausgewählte Qualitätsprojekte | 33 |
| I | Schlusswort und Ausblick | 33 |
| J | Anhänge | Fehler! Textmarke nicht definiert. |

A

Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 Ita Wegman Klinik Arlesheim wertvolle Informationen liefern zu können.

Die Ita Wegman Klinik ist ein Akutspital für Innere Medizin, Psychiatrie und Psychosomatik mit einem 24-Stunden-Notfall. Ambulant haben wir weitere Angebote wie Hausarztmedizin, Gynäkologie und Pädiatrie. Wir sind ein Spital der Grundversorgung und stehen auf der Spitalliste des Kantons Baselland.

Unser medizinisches Grundkonzept bildet die integrative Medizin mit Focus auf Anthroposophische Medizin: Schulmedizin nach State of the Art wird mit dem Verständnis und den Behandlungskonzepten der Anthroposophischen Medizin erweitert, indem die seelischen und geistigen Bedürfnisse mit der Individualität des Menschen einbezogen werden. Dies in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen, ist eine wesentliche Grundlage anthroposophischer Medizin. Neben den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Standesleitlinien orientieren sich das Behandlungsteam an dem anthroposophischen Behandlungsverständnis und den individuellen Bedürfnissen jedes Patienten. Dazu gehören u.a. pflanzliche, homöopathische und anthroposophische Heilmittel. Unsere Fachärzte sowie leitende Ärztinnen und Ärzte sowie Oberärztinnen und -ärzte sind schulmedizinisch wie auch in der anthroposophisch erweiterten Medizin ausgebildet und kennen alle für ihre Fachgebiete relevanten Methoden der Diagnostik und Therapie. Assistenzärztinnen und -ärzte erlernen bei uns zusätzlich die anthroposophisch orientierte Heilkunst. Unsere Pflegepersonen erlernen zusätzlich zu ihrer konventionellen Aus-, Fort- und Weiterbildung auch die Anthroposophische Pflege und können so durch zusätzliche äussere Anwendungen wie zum Beispiel Wickel und Rhythmische Einreibungen die professionelle Pflege unserer Patienten ergänzen.

Speziell ausgebildete Therapeuten bieten in der Klinik künstlerische Therapien wie Musiktherapie, Sprachtherapie, Biografiearbeit, Therapeutisches Malen und Plastizieren sowie Heileurythmie an. Auch die Physiotherapie wird in unserer Klinik durch spezielle Methoden, wie z.B. Rhythmische Massage, ergänzt.

Ziel der anthroposophisch erweiterten Medizin ist es, die Selbstheilungskräfte des kranken Menschen zu unterstützen und so den Krankheitsprozess günstig beeinflussen.

Wir sind ein Ausbildungsspital und bieten neben der Assistenzarztausbildung, Berufsbildung in dipl. Pflegefachfrau/-mann HF, Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ, Medizinische Praxisassistentin EFZ, Medizinische Masseurin/Masseur EFZ, Fachfrau/-mann Hauswirtschaft EFZ, Restaurationsangestellte EBA, Köchin/Koch EFZ an

Um die Qualität der Anthroposophischen Medizin in unserem Spital nachhaltig zu sichern und weiterzuentwickeln, sind wir Mitglied in AnthroMed®, dem internationalen Netzwerk einer qualitätssichernden Anthroposophischen Medizin, von dem wir im 2-Jahresturnus auditiert werden. Im Jahr 2013 fand ein AnthroMed®-Audit statt. Das AnthroMed® Zertifikat ist bis 2015 gültig und wird dann wieder überprüft.

Im Dezember 2013 wurde von den Trägern der Ita Wegman Klinik und der benachbarten, anthroposophisch orientierten Lukas Klinik ein Vertrag unterzeichnet, der die zwei Kliniken zum 1. April 2014 zusammenschliessen soll unter den neuen Namen *Klinik Arlesheim*. Die Lukas Klinik ist spezialisiert in onkologischer und onko-palliativer Behandlung und Betreuung. Die Angebote und kantonalen Leistungsaufträge beider Kliniken ergänzen sich optimal.

2013 fand eine ISO-Überprüfung statt und 2015 ist die erste ISO-Re-Zertifizierung unter dem Kliniknamen *Klinik Arlesheim* geplant.

Ausserdem engagieren wir uns als aktives Mitglied im ANQ, dem nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken. Wir führen diverse Messungen mit dem ANQ durch, um unsere Qualität überprüfen und messen zu lassen. Ebenso sind wir bei der „Schweizerische Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ (SQMH) aktiv und fördern damit unseren Innovationsgeist.

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Als Akutspital für Innere Medizin, Onkologie, Psychiatrie und Psychosomatik orientieren wir uns an den Abläufen, die für ein modernes Spitalunternehmen gelten. Professionalität in allen fachlichen Belangen, Kunden- und Gastorientierung, Flexibilität, Effizienz, eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung und die Berücksichtigung ökologischer Gesichtspunkte sind unsere Grundsätze.

Ziel des Qualitätsmanagements ist es, eine hohe Qualität der Behandlung, Pflege und Therapie verlässlich anzubieten. Zur Erhaltung und ständigen Verbesserung dieser hohen Qualität hat die Ita Wegman Klinik Arlesheim seit 2009 das Qualitätsmanagementsystem DIN ISO Norm 9001:2008 eingeführt. Seither fanden jährlich Erhaltungs- und Überwachungsaudits durch eine externe Stelle und zweimal eine Re-Zertifizierung statt. Darüber hinaus sind wir dem internationalen Qualitätsnetzwerk AnthroMed® angeschlossen, von dem wir regelmässig überprüft werden.

Wir sehen uns als lernende Organisation, die sich der kontinuierlichen Verbesserung verpflichtet. Als Instrumente dazu dienen Rückmeldungen aus Patientenbefragungen, Mitarbeiterbefragungen, CIRS – Meldungen sowie die Ergebnisse unserer regelmässigen internen Audits.

Wir betrachten unser Qualitätsmanagement als wesentlichen Faktor für die Sicherstellung dieser Ziele.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

Themenschwerpunkte:

1. SQS-Überwachungsaudit 2013
2. Mitarbeiterbefragung
3. ANQ-Messungen
4. CIRS, Beschwerdemanagement, KVP
5. Interne Audits
6. AnthroMed®-Audit

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

1. Positive Beurteilung des Din ISO 9001:2008 Überwachungsaudits
2. Teilnahme an ANQ-Messungen mit positiven Bewertungen
3. Die Bearbeitung von CIRS/Beschwerdemeldungen wurde verstärkt zum Lerneffekt und KVP genutzt.
4. AnthroMed®-Rezertifizierung

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

1. Neustrukturierung des Beschwerdemanagements
2. Erneuerung des Dokumentenmanagementsystems (DMS)
3. DIN EN ISO Re-Zertifizierung 2015 von Organisation SQS
4. Implementierung eines neuen elektronischen Krankenhausinformationssystems (KIS)
5. Förderung der Unternehmenskultur durch Organisationsentwicklung
6. Nachweis der Qualitätsindikatoren (ANQ etc.)
7. weitere Optimierung der Prozessabläufe
8. Neukonzeption Onkologie

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

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

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

| Titel, Vorname, NAME | Telefon (direkt) | E-Mail | Stellung / Tätigkeitsgebiet |
|----------------------|------------------|--|--|
| Isabella Herr | 061 705 72 36 | isabella.herr@klinik-arlesheim.ch | Pflegedienstleitung Mitglied der Q-Kommission Mitglied der Klinikleitung Vertretung des QM in der Klinikleitung |
| Cornelia Zumkehr | 061 705 73 50 | cornelia.zumkehr@klinik-arlesheim.ch | Qualitätsmanagerin Sicherheitskoordinatorin Mitglied der Q-Kommission |
| Dr. med. Lukas Schöb | 061 705 72 33 | lukas.schoeb@klinik-arlesheim.ch | Ärztlicher Leiter der Klinik Mitglied der Q-Kommission Mitglied der Klinikleitung |
| Verena Wickli | 061 705 72 02 | verena.wickli@klinik-arlesheim.ch | Bereichsleitung Dienste Mitglied der Q-Kommission |

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

<http://www.klinik-arlesheim.ch/de/ueber-uns/jahresberichte/jahresberichte-ita-wegman-klinik.html>

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Ita Wegman Klinik Arlesheim → Kapitel „Leistungen“.

C1 Angebotsübersicht

| Angebotene medizinische Fachgebiete | An den Standorten | Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.) |
|--|-------------------|---|
| Allergologie und Immunologie | | + |
| Allgemeine Chirurgie | | + |
| Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i> | | + |
| Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i> | | + |
| Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i> | + | |
| Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i> | | + |
| Handchirurgie | | + |
| Herzgefässchirurgie | | + |
| Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal): | + | |
| <input type="checkbox"/> Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)</i> | | + |
| <input type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i> | | + |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i> | | + |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie <i>(Altersheilkunde)</i> | + | |

| Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite) | An den Standorten | Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.) |
|--|-------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems) | + | |
| <input type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber) | | + |
| <input type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten) | + | |
| <input type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen) | + | |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen) | + | |
| <input type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen) | | + |
| <input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen) | + | |
| <input type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane) | + | |
| Intensivmedizin | + | |
| Kiefer- und Gesichtschirurgie | | + |
| Kinderchirurgie | | + |
| Langzeitpflege | | + |
| Neurochirurgie | | + |
| <input type="checkbox"/> Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems) | + | |
| <input type="checkbox"/> Ophthalmologie (Augenheilkunde) | | + |
| <input type="checkbox"/> Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie) | | + |
| <input type="checkbox"/> Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO) | | + |
| <input type="checkbox"/> Pädiatrie (Kinderheilkunde) | + | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker) | + | |
| <input type="checkbox"/> Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie | | + |
| <input checked="" type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie | + | |
| <input type="checkbox"/> Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren) | + | |
| <input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie (Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum) | | + |
| <input type="checkbox"/> Tropen- und Reisemedizin | | + |

| | | |
|---|--|---|
| Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane) | | + |
| | | |

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

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

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

<http://www.klinik-arlesheim.ch/de/ueber-uns/jahresberichte/jahresberichte-ita-wegman-klinik.html>

| |
|------------------|
| Bemerkung |
| |

D

Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

| Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht . | | |
| | Begründung | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit. | | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt. | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2012 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014 |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | | |
|---|--|--------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse der letzten Befragung | | |
|--------------------------------------|---|---|
| | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Gesamter Betrieb | 81.7% | |
| Resultate pro Bereich | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Innere Medizin | 80.9 % | |
| Psychiatrie | 75.0 % | |
| Psychosomatik | 86.7 % | |
| <input type="checkbox"/> | Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert: | |
| <input type="checkbox"/> | Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | |
| | Begründung | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | |
|---|------------------------------|--|------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Mecon | <input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument | |
| <input type="checkbox"/> | Picker | Name des Instruments | Name des Messinstituts |
| <input type="checkbox"/> | PEQ | | |
| <input type="checkbox"/> | MüPF(-27) | | |
| <input type="checkbox"/> | POC(-18) | | |
| <input type="checkbox"/> | PZ Benchmark | | |
| <input type="checkbox"/> | Eigenes, internes Instrument | | |
| Beschreibung des Instruments | | | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | | |
|--|---------------------|--|-----------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle stationären Patienten von Sept 2011 .- Dez 2012 | | |
| | Ausschlusskriterien | keine | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 307 | | |
| Rücklauf in Prozent | | 38.06 % | Erinnerungsschreiben? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

| Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle? | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . |
| Bezeichnung der Stelle | Qualitätsmanagerin |
| Name der Ansprechperson | Cornelia Zumkehr |
| Funktion | Qualitätsmanagerin |
| Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten) | +41 (0)61 705 73 50, cornelia.zumkehr@klinik-arlesheim.ch 07: 30 – 17: 30 Uhr tgl. |
| Bemerkungen | Patienten und Mitarbeitende können sich täglich telefonisch, ggf. persönlich oder per Mail an die Q-Managerin wenden |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|--|--|--------------------------------------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| Neuer Weg Parkplatz | Rollatoren gerechter Weg auf Parkplatz | QM/ Dienste | 2 Monate |
| Neue Beschreibung des Prozesses Umgang mit Stichverletzungen | | QM / Personalarzt/ Hygienekommission | 4 Monate |
| Einrichten eines Meldeportals für Rückmeldungen jeder Art | | QM / alle | 8 Monate |
| Ein neues Dokumentenmanagementsystem | | QM / alle | 12 Monate |

D2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigen-zufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

| Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht . | | |
| Begründung | Focus setzen wir auf Patientenzufriedenheitsmessung; Angehörigenbelange holen wir durch das Beschwerdemanagement des QMs ab. | | |
| <input type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit. | | |
| <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt. | | |
| <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | | |
| Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: | |

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

| Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht . | | |
| | Begründung | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit. | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt. | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2010 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015 |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | | |
|---|--|--------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse der letzten Befragung | | |
|--------------------------------------|---|---|
| | Zufriedenheits-Werte | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Gesamter Betrieb | 65.0% | Die Befragung wurde kurz vor der Umstrukturierungsphase durchgeführt. Aufgrund der Fusion mit der Lukas Klinik, die ab 01.04.2014 vollzogen wurde, gibt es 2015 eine vorgezogene Befragung. |
| Resultate pro Bereich | Ergebnisse | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| | | |
| | | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert: | |
| <input type="checkbox"/> | Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | |
| | Begründung | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | |
|---|------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Externes Messinstrument | | |
| | Name des Instruments | Zufriedenheitsbefragung + spitalspezifische Zusatz Fragen | Name des Messinstituts NPO plus |
| <input type="checkbox"/> | Eigenes, internes Instrument | | |
| | Beschreibung des Instruments | | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | | |
|--|---------------------|---|-----------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter | Einschlusskriterien | Alle Mitarbeitenden, Befragungszeitraum 6 Wochen (November bis 2. Woche Dezember) | | |
| | Ausschlusskriterien | keine | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 183 | | |
| Rücklauf in Prozent | | 51.4% | Erinnerungsschreiben? | <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|--------------------------|------|---------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |
| | | | |

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

| Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen? | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht . | | |
| | Begründung | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit. | | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt. | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2009 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: ??? |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | | |
|---|--|--------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

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

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

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser | Einschlusskriterien | |
| | Ausschlusskriterien | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | |

| Rücklauf in Prozent | | Erinnerungsschreiben? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|--------------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Verbesserungsaktivitäten | | | | |
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) | |
| | | | | |
| | | | | |

E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

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

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

| Messbeteiligung | | | |
|---|--|--------------------------|-------------------------------------|
| Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik: | Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil: | | |
| | Ja | Nein | Dispens |
| Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape® | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swisnoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientenzufriedenheit | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIRIS Implantat-Register | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Kinderspezifischer Messplan | | | |
| Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nationale Elternbefragung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Bemerkung | | | |
| | | | |

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

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

Mit der Methode SQLape®¹ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht? | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: | | | | |
| Beobachtete Rate | | Erwartete Rate | Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%) | Ergebnis ² A, B oder C |
| Intern | Extern | | | |
| | | | | |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen . | | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | | |
| Begründung | | | | |
| Informationen für das Fachpublikum | | | | |
| Auswertungsinstanz | Bundesamt für Statistik BFS ³ | | | |
| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | | |
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder) | | |
| | Ausschlusskriterien | Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland. | | |
| Anzahl auswertbare Austritte | | | | |
| Bemerkung | | | | |
| Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | | |
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) | |
| | | | | |
| | | | | |

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

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

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

³ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht? | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: | | | |
| Beobachtete Rate | Erwartete Rate | Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%) | Ergebnis ⁴ A, B oder C |
| | | | |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen . | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | | Dispens | |
| Informationen für das Fachpublikum | | | |
| Auswertungsinstanz | Bundesamt für Statistik BFS5 | | |
| Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder) | |
| | Ausschlusskriterien | Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.). | |
| Anzahl auswertbare Operationen | | | |
| Bemerkung | | | |
| Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | |
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |
| | | | |

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

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

⁵ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

Ab dem 1. Oktober 2013 erfassen alle Spitäler, die Appendektomien durchführen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, auch postoperative Wundinfektionen. Die Ergebnisse erhalten die Spitäler und Kliniken im März 2015.

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

| Informationen für das Fachpublikum | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| Auswertungsinstanz | Swissnoso | | | | |
| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur an folgenden Standorten: | | |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | | |
| Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013 | | | | | Vorjahreswerte |
| Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen: | Anzahl beurteilte Operationen (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N) | Infektionsrate % | Vertrauensintervall ⁶ CI = 95% | Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%) |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen | | | % | | % () |
| <input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen | | | % | | % () |
| <input type="checkbox"/> Hernienoperationen | | | % | | % () |
| <input type="checkbox"/> Dickdarm (Colon) | | | % | | % () |
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio) | | | % | | % () |
| <input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional) | | | % | | % () |
| <input type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional) | | | % | | % () |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | | | |
| Begründung | Dispens | | | | |

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

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2013 (1. Oktober 2012 – 31. September 2013) noch keine Resultate vor.

| Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012 | | | | | Vorjahreswerte |
|--|--|---|------------------------|---|---|
| Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen: | Anzahl beurteilte Operationen (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N) | Infektionsrate % | Vertrauensintervall ⁷ CI = 95% | Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%) |
| <input type="checkbox"/> Herzchirurgie | | | % | | % () |
| <input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen | | | % | | % () |
| <input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen | | | % | | % () |
| Wertung der Ergebnisse | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | | | |
| Begründung | Dispens | | | | |
| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | | | |
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien Erwachsene | Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden. | | | |
| | Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche | Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden. | | | |
| | Ausschlusskriterien | Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern. | | | |
| Bemerkung | | | | | |
| Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | | | |
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

⁷ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁸ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

| Informationen für das Fachpublikum | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Messinstitution | Berner Fachhochschule |

Stürze

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

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

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt? | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| | | Innere Medizin |

| Deskriptive Messergebnisse 2013 | | |
|---|--|---|
| Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind. | | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁹ |
| | In Prozent | siehe ANQ |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | |
| | Begründung | |

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

| Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | |
|---|------|---------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |
| | | | |

⁸ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

⁹ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

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

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

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

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt? | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| | | Innere Medizin |

| Deskriptive Messergebnisse 2013 | | Anzahl Erwachsene mit Dekubitus | In Prozent |
|---------------------------------|--|---------------------------------|------------|
| Dekubitusprävalenz | Total: Kategorie 1 - 4 | | % |
| | ohne Kategorie 1 | | % |
| Prävalenz nach Entstehungsort | Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1 | | % |
| | Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1 | | % |
| | In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1 | | % |
| | In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1 | | % |

| Deskriptive Messergebnisse 2013 | | Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus | In Prozent |
|---------------------------------|--|---|------------|
| Dekubitusprävalenz | Total: Kategorie 1 - 4 | | % |
| | ohne Kategorie 1 | | % |
| Prävalenz nach Entstehungsort | Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1 | | % |
| | Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1 | | % |
| | In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1 | | % |
| | In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1 | | % |

| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. |
| Begründung | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---|---|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien Erwachsene | <ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. | |
| | Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche | <ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung | |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. | |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene | | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | % |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche | | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | % |
| Bemerkung | | | |

| Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten | | | |
|---|------|---------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |
| | | | |

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

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

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

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Aktuelle Messergebnisse | | | |
|---|---------------------------------|---|--|
| Gesamter Betrieb | Zufriedenheitswert (Mittelwert) | Vertrauensintervall ¹⁰ CI=95% | Wertung der Ergebnisse |
| Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen? | | | 0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben? | | | 0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet |
| Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? | | | 0 = nie 10 = immer |
| Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? | | | 0 = nie 10 = immer |
| Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt? | | | 0 = nie 10 = immer |
| Bemerkungen | | | |
| Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | | | |

| Informationen für das Fachpublikum | |
|------------------------------------|--|
| Auswertungsinstanz | hcri AG und MECON measure & consult GmbH |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben. |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. |
| Anzahl angeschriebene Patienten | | |
| Anzahl eingetreffener Fragebogen | Rücklauf in Prozent | % |
| Bemerkung | | |

¹⁰ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-6 Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik

Auch im Kinderbereich ist die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität ein wichtiger Qualitätsindikator. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern um diese Beurteilung gebeten. Dazu wurden die fünf Fragen des ANQ-Kurzfragebogen auf die Perspektive der Eltern angepasst.

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse 2013 | | | |
|---|---------------------------------|---|--|
| Gesamter Betrieb | Zufriedenheitswert (Mittelwert) | Vertrauensintervall ¹¹ CI = 95% | Wertung der Ergebnisse |
| Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen? | | | 0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat? | | | 0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet |
| Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten? | | | 0 = nie 10 = immer |
| Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten? | | | 0 = nie 10 = immer |
| Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt? | | | 0 = nie 10 = immer |
| Bemerkungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Dispens | | | |

| Informationen für das Fachpublikum | |
|------------------------------------|--|
| Auswertungsinstanz | hcri AG und MECON measure & consult GmbH |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Kinder und Jugendlichen | Einschlusskriterien | Die Befragung wurde an alle Eltern von Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben. |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. |
| Anzahl angeschriebene Eltern | | |
| Anzahl eingetreffener Fragenbogen | | Rücklauf in Prozent % |
| Bemerkung | | |

¹¹ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse |
|--|
| Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch |
| Bemerkung Dispens |
| |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantate |
| | Ausschlusskriterien | Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben |
| Bemerkung | | |

| Informationen für das Fachpublikum | |
|------------------------------------|--|
| Auswertungsinstanz | Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO) |

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Die ANQ-Messvorgaben gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

| Messbeteiligung | | | |
|---|--|--------------------------|-------------------------------------|
| Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie: | Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil: | | |
| | Ja | Nein | Dispens |
| Erwachsenenpsychiatrie | | | |
| Symptombelastung mittels HoNOS Adults (Fremdbewertung) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Symptombelastung mittels BSCL (Selbstbewertung) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | | | |
| Symptombelastung mittels HoNOSCA (Fremdbewertung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Symptombelastung mittels HoNOSCA-SR (Selbstbewertung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Bemerkung | | | |

| Informationen für das Fachpublikum | |
|---|--|
| Auswertungsinstanz | Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel |

Da die Psychiatriekliniken sehr unterschiedliche Patientengruppen haben, lassen sich die klinikindividuellen Messergebnisse nur punktuell vergleichen. Nationale Vergleichswerte von Kliniken finden sich im Nationalen Vergleichsbericht Outcome des ANQ.

| National vergleichende Messergebnisse |
|--|
| Der nationale Vergleichsbericht Outcome (Messungen 2013) wird im Herbst 2014 auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie |

E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

Die nationalen Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie erfolgen seit dem 1. Juli 2012.

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung) |
| | Ausschlusskriterien | Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Bemerkung | | Bei Erstellung des Qualitätsberichtes waren die Ergebnisse noch nicht veröffentlicht, Ergebnisse werden nachträglich eingepflegt. |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | |
|---|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: | |
| <input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | Psychiatrie Psychosomatik |

Symptombelastung mittels HoNOS Adults

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Fremdbewertung).

| Klinikindividuelle Ergebnisse | | | |
|---|--------------------------|---|-------------------------------|
| HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | Standardabweichung (+/-) | Maximal mögliche Verschlechterung ¹² | Maximal mögliche Verbesserung |
| | | - 48 Punkte | + 48 Punkte |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | | | |

¹² Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOS auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 12 symptombezogenen HoNOS- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Symptombelastung mittels BSCL

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

| Klinikindividuelle Ergebnisse | | | |
|---|-----------------------------|---|-------------------------------|
| BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | Standardabweichung (+/-) | Maximal mögliche Verschlechterung ¹³ | Maximal mögliche Verbesserung |
| | | - 212 Punkte | + 212 Punkte |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | |
| Ergebnisauswertung des ANQ liegen noch nicht vor | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | | | |

Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Diese sollten selten und nur gut begründet und v.a. unter zwingender Beachtung der nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie gerontotypische Sicherheitsmassnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

| Messergebnisse zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen |
|---|
| National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.anq.ch/psychiatrie |
| Deskriptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4. |

Verbesserungsaktivitäten in der Erwachsenenpsychiatrie

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|--|------|---------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| AG Qualität in der Psychiatrie Psychosomatik | | | |
| | | | |

¹³ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim BSCL auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht der Patientin resp. des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient bei Eintritt in seiner Selbsteinschätzung komplett ohne Symptome eintritt und bei Austritt in seiner Selbsteinschätzung bei allen 53 symptombezogenen BSCL-Fragen eine totale Verschlechterung eingetreten ist. „+ 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient in der Selbsteinschätzung bei Klinikeintritt maximal symptombelastet ist und sich bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

E2-2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden spezifische Qualitätsmessungen erarbeitet. Diese Messungen haben am 1. Juli 2013 begonnen.

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt? | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |
| | | Dispens |

Symptombelastung mittels HoNOSCA

HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 13 Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Sicht der Behandelnden, Fremdbewertung).

| Klinikindividuelle Ergebnisse | | | |
|--|--------------------------|--|-------------------------------|
| HoNOSCA Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | Standardabweichung (+/-) | Maximale mögliche Verschlechterung ¹⁴ | Maximal mögliche Verbesserung |
| | | - 52 Punkte | + 52 Punkte |
| Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | Dispens | | |

| Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|--|---------------------|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung) |
| | Ausschlusskriterien | Patienten der Erwachsenenpsychiatrie |
| Bemerkung | | |

¹⁴ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOSCA auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 13 symptombezogenen HoNOSCA- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

F6 Weiteres Messthema

| | |
|--------------------|-------------------------|
| Messthema | Kein weiteres Messthema |
| Was wird gemessen? | |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt? | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

| Messergebnisse | |
|--------------------------|---|
| | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. |
| <input type="checkbox"/> | Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark). |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013 | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: |
| <input type="checkbox"/> | Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: |

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

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|--------------------------|------|---------|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Registerübersicht ¹⁵ | | | | |
|---|--|---|---------|-------------------|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab | An den Standorten |
| AMDS Absolute Minimal Data Set | Anästhesie | Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS | | |
| AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland | Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin | AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch | | |
| ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken | Gynäkologie und Geburtshilfe | SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch | | |
| E-IMD European registry and network for intoxication type metabolic disorders | Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Endokrinologie/ Diabetologie, Nephrologie, Intensivmedizin | Universitätsklinikum Heidelberg www.e-imd.org | | |
| Mammaimplantatregister | Plastische Chirurgie | Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch | | |
| MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI | Intensivmedizin | SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch | | |
| Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten | Infektiologie, Epidemiologie | Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting | | |
| MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien | Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie | MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch | | |

¹⁵ Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/service/forum_medicinische_register.cfm
Qualitätsbericht 2013
Ita Wegman Klinik Arlesheim

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| OCULA Register für Linsenimplantate | Ophthalmologie | Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/iefo | | |
| SAfW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank | Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax- Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin | Adjumed Services AG www.safw.ch | | |
| SBCDB Swiss Breast Center Database | Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie | Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch | | |
| SCCS Schweizerische Hepatitis-C-Kohorten Studie | Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie, Medizinische Genetik, Gastroenterologie, Med. Onkologie | Stiftung Schweizerische Hepatitis-C- Kohortenstudie www.swisshcv.ch | | |
| Schweizer Dialyseregister | Nephrologie | Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch | | |
| Schweizer Patientenregister für Duchenne Muskeldystrophie und Spinale Muskelatrophie | Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys. Medizin und Rehabilitation, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie | CHUV und Kinderspital Zürich www.asrim.ch | | |
| SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases | Rheumatologie | SCQM Foundation www.scqm.ch | | |
| SIBDCS SWISS IBD Cohort study | Gastroenterologie | Universität Zürich http://ibdcohort.ch/ | | |
| SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases | Pneumologie | Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch | | |
| SMOB Swiss Morbid Obesity Register | Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie | SMOB Register www.smob.ch | | |
| SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry | Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin | Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern | | |
| SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebenspender Gesundheitsregister | Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, | Schweizerischer Organ Lebenspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV- LN) - | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | Nephrologie | www.lebensspende.ch/de/verein.php | | |
| SPNR Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister | Pädiatrie, Nephrologie | Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/swiss-paediatric-renal-registry | | |
| SPSU Swiss Paediatric Surveillance Unit | Pädiatrie | Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00737/index.html?lang=de | | |
| SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program | Nephrologie | Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch | | |
| SSCS Swiss SLE Cohort Study | Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Allergologie / Immunologie, Nephrologie, Rheumatologie | Université de Genève und andere Universitäten in der Schweiz www.slec.ch | | |
| STIS Swiss Teratogen Information Service | Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie | Swiss Teratogen Information Service STIS www.swisstis.ch | | |
| SVGO Frakturregister - Osteoporosefrakturregister | Chirurgie, Orthopädische Chirurgie, Phys. Med. u. Rehabilitation, Endokrinologie/Diabetologie, Rheumatologie, Traumatologie | Schweizerische Vereinigung gegen die Osteoporose www.svgo.ch | | |
| Swiss Neonatal Network & Follow-up Group | Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungs Pädiatrie, Neuropädiatrie | Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13 | | |
| Swiss Pulmonary Hypertension Registry | Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie | alabus AG www.sgph.ch | | |
| SWISS Spine Register | Orthopädische Chirurgie | Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch | | |
| SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore | Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie | Verein SwissNET swissnet.net | | |
| Swissregard - Nationales Register zu plötzlichen | Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Rechtsmedizin, | Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern | | |

| | | | | |
|---|--|--|----------------|--------------------------|
| Todesfällen von Athleten | Pathologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Kardiologie, Intensivmedizin | www.swissregard.ch | | |
| SWISSVASC Registry | Gefässchirurgie | Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch | | |
| SWR Schweizer Wachstumsregister | Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nephrologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie | Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern www.ispm.ch | | |
| TR-DGU TraumaRegister DGU | Orthopädische Chirurgie | AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de | | |
| Krebsregister | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab | An den Standorten |
| NICER - Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung | Alle | Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org | | |
| Schweizer Kinderkrebsregister - SKKR | Alle | www.kinderkrebsregister.ch | | |
| Krebsregister Aargau | Alle | http://krebsregister-aargau.ch/ | | |
| Krebsregister Bern | Alle | www.krebsregister.unibe.ch | | |
| Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft - KRBB | Alle | www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/liniken-institute-abteilungen/pathologie-abteilungen/krebsregister-beider-basel/ | | |
| Krebsregister Kanton Freiburg - RFT | Alle | www.liguecancer-fr.ch | | |
| Krebsregister Graubünden und Glarus - KR GG | Alle | www.ksg.ch/Das_Kantonsspital_Graubunden/Departemente/Institute/Pathologie/Krebsregister/dD0zNzQmbD1kZXU.html | | |
| Krebsregister Kanton Genf - RGT | Alle | www.unige.ch/medecine/rgt/index.html | | |
| Krebsregister Kanton Jura - RJT | Alle | - | | |

| | | | | |
|--|------|--|--|--|
| Krebsregister Kanton Neuenburg - RNT | Alle | www.lncc.ch/fr/registre_neuchatelois_des_tumeurs/index.cfm | | |
| Krebsregister Kanton Tessin | Alle | www.ti.ch/tumori | | |
| Krebsregister Kanton Thurgau - KRTG | Alle | www.krtg.ch/ | | |
| Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA | Alle | krebssliga-sg.ch/de/index.cfm | | |
| Krebsregister Kanton Waadt - RVT | Alle | - | | |
| Walliser Krebsregister | Alle | www.ovs.ch/gesundheit/walliser-krebsregister.html | | |
| Krebsregister der Kantone Zürich und Zug | Alle | www.krebsregister.usz.ch | | |
| Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden | Alle | www.luks.ch/standorte/uzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-krebsregister.html | | |
| | | | | |
| Bemerkung | | | | |
| | | | | |

H

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

| Angewendete Norm | Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet | Jahr der ersten Zertifizierung | Jahr der letzten Rezertifizierung | Bemerkungen |
|---------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| Din ISO 9001 : 2008 | Gesamte Klinik | 2008 | 2011 | Geplante Re-zertifizierung in 2015 aufgrund Fusion mit Lukas Klinik |
| AnthroMed® | Gesamte Klinik | 2008 | 2013 | Re-Zertifizierung Ende 2015 |
| | | | | |

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

| Aktivität oder Projekt (Titel) | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
|---|--|----------------|--|
| Verbesserung des Beschwerde Managements | Verbesserung des Beschwerde Managements | Gesamte Klinik | Abschluss 2014, Aufgrund der Fusion mit Lukas Klinik , Verschiebung Beendigung des Projektes auf 2. Quartal 2015 |
| Hygiene: Kooperation mit BZH Freiburg: | Erstellung eines neuen Hygienehandbuches | Gesamte Klinik | 2014 - 2015 |
| KIS-Projekt | Bis 2015 ein elektronisches KIS | Gesamte Klinik | |
| | | | |
| | | | |

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?

Nein, unser Betrieb hat kein CIRS?

Begründung

Ja, unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.

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

Bemerkung

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

| | |
|----------------------------------|--|
| Projekttitlel | |
| Bereich | <input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton) |
| Projektziel | Neues Beschwerdemanagement / Beschwerdewesen(noch nicht abgeschlossen..) |
| Beschreibung | |
| Projekttablauf / Methodik | |
| Einsatzgebiet | <input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? |
| | <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb. |
| | <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? |
| | <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? |
| | |
| Involvierte Berufsgruppen | |
| Projektevaluation / Konsequenzen | |
| Weiterführende Unterlagen | |

I Schlusswort und Ausblick

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz

Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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



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

Siehe auch: www.anq.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen, Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität der Schweizerischen Gesellschaft der Medizinischen Wissenschaften (SvMS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement (SvGM) in der Regel. Qualitätsmessung Qualitätsreporting. Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen, Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität der Schweizerischen Gesellschaft der Medizinischen Wissenschaften (SvMS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement (SvGM) in der Regel. Qualitätsmessung Qualitätsreporting. Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen, Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität der Schweizerischen Gesellschaft der Medizinischen Wissenschaften (SvMS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement (SvGM) in der Regel. Qualitätsmessung Qualitätsreporting.