



Kantonsspital Baden

Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+

Version 8.0



Akutsomatik

Kantonsspital Baden
Im Ergel
5404 Baden
www.KSB.ch

Freigabe am: 04.05.2015
durch: Geschäftsleitung

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2014.

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.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

Herr Adrian Schmitter CEO 056 486 21 52 adrian.schmitter@ksb.ch

Vorwort von H+ die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und gewissen kantonalen Messungen teil.

Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) werden Qualitätsmessungen in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2014 das zweite nationale Pilot-programm „progress! Sichere Medikation an Schnittstellen“. Ziel ist es die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie an Behandlungsschnittstellen zu verbessern. 2013 startete die Stiftung bereits ein Programm, das auf die Sicherheit in der Chirurgie fokussiert ist. Die beiden Programme sind Bestandteile der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

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

Die in diesem Bericht publizierten Resultate der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messresultate zwischen den Betrieben sind gewisse Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum einen sollte das Leistungsangebot (vgl. C2) ähnlich sein. Ein Regionalspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messresultate unterschiedlich zu werten sind. Zum anderen die Spitäler und Kliniken verschiedene Messinstrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebungsmethodik und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhalt

A	Einleitung	1
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	3
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	4
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
C1	Kennzahlen 2014	7
C2	Angebotsübersicht	7
D	Zufriedenheitsmessungen	10
D1	Patientenzufriedenheit	10
D2	Angehörigenzufriedenheit	12
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	12
D4	Zuweiserzufriedenheit	13
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	14
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	14
E1-1	Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	15
E1-2	Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	16
E1-3	Messung der Wundinfektionen nach Operationen	17
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus	19
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik	22
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014	25
F6	Weiteres Messthema	25
G	Registerübersicht	26
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	29
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	29
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	30
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	32
	• Situations- und Bedarfseinschätzung (Assessment) unter Einbezug der ärztlichen und Pflegerischen Anamnese und Ermittlung von ergänzenden Informationen im Gespräch mit dem Patienten, den Angehörigen, weiteren ambulanten und stationären Versorgern wie Spitex, Langzeiteinrichtung, Hausarzt, Apotheke, Bezugspersonen wie Nachbarn etc.	32
	• Entwicklung, Definition von Zielen (Zielvereinbarung) Im Hinblick auf die Entlassung definiert die zuständige Care Managerin/Patientenberaterin in Absprache mit den Patienten und Angehörigen und in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Arzt und der zuständigen Pflegefachperson interprofessionelle Ziele	32
I	Schlusswort und Ausblick	34
J	Anhänge	35

A

Einleitung

Das Kantonsspital Baden (KSB) bietet als Zentrumsspital eine umfassende medizinische Versorgung für rund 300'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Es arbeitet eng zusammen mit Hausärzten, Spitälern und weiteren Gesundheitsorganisationen im Ostargau und über Kantonsgrenzen hinweg. Das Kantonsspital Baden behandelt jährlich 18'600 stationäre sowie 85'000 ambulante Patientinnen und Patienten mit mehr als 160'000 Konsultationen. Qualität und Sicherheit gehören zu den Kernkompetenzen des KSB.

Fortschritte in der Medizin machen es möglich, dass hoch spezialisierte diagnostische Abklärungen und Therapien zunehmend ambulant angeboten werden können. Die Kantonsspital Baden AG betreibt ausserhalb ihres Hauptstandortes in Baden-Dättwil, ambulante Aussenstationen im Kreisspital Muri und im Medizinischen Zentrum Brugg. Dort werden Behandlungen in den Bereichen Radiologie, Onkologie und Nephrologie/Dialyse angeboten. Gleichzeitig ist im Gesundheitszentrum Brugg im neuen Ärztehaus das Kantonsspital Baden in einer Praxis mit Urologie, Proktologie und Wundberatung vertreten. Dabei steht eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten der Region sowie dem Medizinischen Zentrum Brugg im Fokus. Ende März 2014 hat das Kantonsspital Baden das Ärztezentrum Limmatfeld in Dietikon mit einer Frauenarztpraxis eröffnet.

Wer eine Leistung einkauft, will auch wissen, ob die Qualität dieser Leistung stimmt. Die Öffentlichkeit soll erfahren, was das Kantonsspital Baden tagtäglich unternimmt, um die Qualität seiner Leistungen zu sichern und zu fördern. Und die Öffentlichkeit soll auch erfahren, ob uns dies gelingt, ob und in welchem Ausmass wir also die uns gesetzten Qualitätsziele erreichen. Der vorliegende Bericht belegt, dass das KSB intensiv an der Sicherung und Förderung seiner Leistungsqualität arbeitet. Verwaltungsrat und Geschäftsleitung der Kantonsspital Baden AG sind der festen Überzeugung, dass ein offener Umgang mit den Informationen zur Qualität positiv zu werten ist.

Der Qualitätsbericht und weitere Einzelheiten zu Struktur und Dienstleistungsumfang des KSB sind auch auf unserer Homepage www.ksb.ch abrufbar.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele**Durch stetes Lehren und Lernen und aufmerksames Überwachen von Struktur, Prozess und Ergebnis sichern und entwickeln wir unsere Qualität.“**

(Auszug aus dem Leitbild der Kantonsspital Baden AG)

Die Bestimmung der Qualitätsstrategie liegt in der Verantwortung der Geschäftsleitung. Sie setzt inhaltliche Prioritäten, welche in Übereinstimmung zur allgemeinen Unternehmensstrategie des KSB stehen. Die Umsetzung und Überwachung obliegt der Qualitätskommission als Organ der Geschäftsleitung.

Das KSB orientiert sich als Mitglied der Vereinigung der Spitäler der Schweiz (H+) am Rahmenvertrag zwischen santésuisse und H+, sowie den nationalen und kantonalen Vorgaben von ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) und der Kontaktgruppe Qualität Aargau. Dabei gilt grundsätzlich, dass sich das KSB in erster Linie auf die Vorgaben gemäss Leistungsvertrag konzentriert.

Im Rahmen der Qualitätspolitik verfolgt das KSB die Philosophie einer umfassenden Qualitätssicherung und -förderung mit nachfolgenden Zielen:

- Die Patientenzufriedenheit wird unter Anerkennung ethischer Grundwerte optimiert.
- Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden sowie Kunden des KSB (zuweisende Ärztinnen und Ärzte, nachsorgende Institutionen, Versicherer, Trägerschaft, Öffentlichkeit) wird gefördert.
- Es finden regelmässige Überprüfungen der Struktur-, Prozess- und Behandlungsqualität und kontinuierliche Prozessoptimierung zur Steigerung der Effektivität und Effizienz im Interesse der Patienten, des Gesamtsitals sowie der übrigen Kunden statt.
- Fehler und Risiken werden reduziert. Das Qualitäts- und das Risikomanagement sind zudem aufeinander abgestimmt.

Die Geschäftsleitung stellt sicher, dass die Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems erfüllt werden und die Wirksamkeit durch regelmässige interne und externe Überprüfungen mittels unabhängiger Personen gewährleistet ist

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014

Teilnahme: Projekt progress der Stiftung für Patientensicherheit

Das im September 2013 gestartete Pilotprojekt der Stiftung für Patientensicherheit mit 10 Schweizer Spitälern richtet sich an interprofessionelle Teams (Chirurgie, Anästhesie, OP-Personal, Qualitätsmanagement und Klinikleitung) und endet 2015. In diesem Vertiefungsprojekt für besseres Sicherheitsmanagement wird der Fokus auf klare Ziele gelegt, wie beispielsweise die betriebsinterne Wissensverbreitung oder das Training der Anwendung von Checklisten im OP. Die Zielerreichung wird mittels spezifischer Evaluationserhebungen überprüft. Ein zentrales Element stellen vier halbjährlich stattfindende interprofessionelle und überbetriebliche Workshops dar. Diese dienen dem Knowhow Transfer und dem gegenseitigen Austausch. Die Evaluation erfolgt einerseits auf Spitalebene, damit der Stand der Umsetzung betriebsintern zurückgespiegelt werden kann – ein zentraler Faktor für das Erzielen erfolgreicher Veränderungsprozesse. Andererseits sollen die Erkenntnisse über das gesamte Vertiefungsprojekt in die Entwicklung weiterer ähnlicher Programme in der Schweiz einfließen können. (Die Projektleitung im KSB liegt bei Monica Wyss Baur, Leiterin Pflege Anästhesie / OP / Rettung, E-Mail: monica.wyssbaur@ksb.ch)

Evivo “Gesund und aktiv leben“ Selbstmanagement für Menschen mit Langzeiterkrankung

Im Sommer 2014 führte das Kantonsspital Baden mit 19 Kursteilnehmenden erstmals den Evivo-Kurs durch. Im sechsteiligen Evivo-Kurs werden die Teilnehmenden ermutigt und befähigt, aktiv mit ihren chronischen Beschwerden umzugehen. Es werden Themen wie Symptom- und Medikamentenmanagement, Umgang mit Erschöpfung, gesunde Ernährung und viele mehr behandelt. Der Kurs richtete sich an Menschen mit einer chronischen Krankheit und deren Angehörige. (Auskünfte erteilt: Eveline Mascheroni MNS, Leiterin Pflegeentwicklung; E-Mail: eveline.mascheroni@ksb.ch)

Koordination Zertifizierungen am KSB

Die Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems am Kantonsspital in Baden (KSB) geht auf Mitte der 90er Jahre zurück. Bereits am 15.12.1995 konnten die Hotellerie, die Versorgung sowie die Wäscherei gemäss ISO 9001 zertifiziert werden. Im Laufe der nachfolgenden Jahre wurde der Geltungsbereich dieses Zertifikates angepasst. Es folgte 2004 das Institut für Radiologie, welches als erste klinische Abteilung ein Qualitätsmanagementsystem auf der Basis der ISO 9001 aufgebaut hatte und sich seitdem einem kontinuierlichen Zertifizierungsprozess unterworfen hat. Anschliessend wurde 2006 das Kinderwunschzentrum und 2007 die Dialyse zertifiziert. 2008 stiessen das interdisziplinäre Brustzentrum (gemäss ISO 9001 und OnkoZert) sowie das Blasen- und Beckenbodenzentrum in den Kreis der zertifizierten Bereiche hinzu.

In der Chirurgischen Klinik hat sich 2011 das Interdisziplinäre Darmzentrum, nach ISO 9001 und OnkoZert zertifizieren lassen. Das Institut für Pathologie ist als eines der wenigen in der Schweiz seit 2011 akkreditiert. Am 3.08.2012 hat das Gefässzentrum eine Zertifizierung nach der Deutschen Fachgesellschaft für Gefässchirurgie DGG erreicht. Im Dezember folgte die Spitalapotheke, welche ihre Aktivitäten nach dem Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (ROS) auf Basis von SO 9001 aufbaute. Am 19. März 2014 fand die Akkreditierung Gefässzentrum USGG (Union Schweizer Gesellschaften für Gefässkrankheiten) statt.

Im Jahr 2013 wurde das Institut Onkologie / Hämatologie in den Zertifizierungsprozess aufgenommen. Die Erstzertifizierung fand im Mai 2014 statt. Gleichzeitig wurden die Bereiche der Frauenklinik, Gynäkologie und Geburtshilfe (inklusive Bettenstation) im Mai 2014 zertifiziert. (Auskünfte erteilt: Martina Rütschlin; E-Mail: martina.ruetschlin@ksb.ch)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

Die Qualitätsziele werden jeweils unterteilt in **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** von der Qualitätskommission, erstellt und verabschiedet. Im Berichtsjahr 2013 wurden nachfolgende Ziele definiert und erreicht.

Strukturqualität

- Der Qualitätsbericht wurde nach den Vorgaben von H+qualité erstellt und publiziert
- Im Intranet Informer ist ein übergeordnetes Qualitätshandbuch mit den Management- und Supportprozessen hinterlegt. In den zertifizierten Bereichen werden nur noch die Kernprozesse beschrieben. Dieses Projekt wurde 2012 gestartet und 2014 weitergeführt

Prozessqualität

Im Frühjahr 2014 fand die Re-Zertifizierung nach ISO 9001:2008 und OnkoZert durch die Zertifizierungsgesellschaft ClarCert GmbH aus Neu-Ulm in folgenden Bereichen statt:

- Interdisziplinäres Darmzentrum
- Interdisziplinäres Brustzentrum
- Blasen – und Beckenbodenzentrum
- Dialyse an den Standorten Baden, Brugg und Muri
- Institut für Radiologie an den Standorten Baden und Brugg

Im Mai 2014 fanden nachfolgende Erstzertifizierungen nach ISO DIN EN ISO 9001 : 2008 statt

- Onkologie / Hämatologie an den Standorten Baden und Brugg
- Gynäkologie
- Geburtshilfe mit Gebärabteilung

Weitere Überwachungsaudits 2014 nach Fachgesellschaften:

die Apotheke, nach Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS)
und das Fitnesscenter MOVE Qualitop-Zertifikat (Zertifizierungsgesellschaft Qualicert)

Weitere bestehende wichtige Zertifikate

- Anerkennung als Stillfreundliche Klinik nach Unicef
- Anerkennung des Rettungsdienstes nach den Vorgaben des Intervverbandes für Rettungswesen (IVR)

Ergebnisqualität

Messungen ANQ

- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Überwachung und Erfassung von postoperativen Wundinfektionen
- Prävalenzerhebung Dekubitus
- Prävalenzerhebung Sturz
- Zufriedenheitserhebung stationäre Patientinnen und Patienten
- SIRIS-Implantatregister

Alle Messungen wurden durchgeführt und die KSB-internen Zielwerte erfüllt (detaillierte Angaben finden Sie im Kapitel E „ANQ-Indikatoren“).

Messungen Kontaktgruppe Qualität Aargau (KQA)

Wie in allen Akutspitälern des Kantons Aargau wurde im 4. Quartal eine Mitarbeiterbefragung zum Thema CIRS durchgeführt.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Funktionierende Qualitätsmanagementsysteme unterliegen ständigen Veränderungen. Organisationen müssen sich weiterentwickeln, um den stetig wachsenden Anforderungen des Marktes gerecht zu werden.

Im KSB liegt deshalb der Schwerpunkt der Qualitätsentwicklung in den Aspekten:

Prozessorientierung

Viele Bereiche des KSB legen ihr Qualitätsmanagement-System anhand der DIN EN ISO 9001:2008 aus und haben damit die Management-, Kern- und Unterstützungsprozesse im Fokus ihres Handelns. Das Prozessmanagement beschäftigt sich mit der Erfassung, der Visualisierung, der Optimierung und der Implementierung von Abläufen: „Wer macht was, wann, wo, wie und womit?“ Das sind zentrale Fragestellungen des Prozessmanagements. Zur Verbesserung und Steuerung der Prozesse werden Kennzahlen definiert und die sich daraus ergebenden Erkenntnisse fließen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (Plan-Do-Check-Act-Zyklus) ein. Ziel des Prozessmanagements ist es, Abläufe für alle Beteiligten transparent und verständlich darzustellen.

Bildung von Kompetenzzentren

QM- und Zertifizierungs-Projekt im Bereich Onkologie

Im KSB sind derzeit das Brustzentrum und das Darmzentrum zertifiziert. Um auch die anderen Krebserkrankungen abzudecken wurde die Gründung eines interdisz. Tumorzentrums (TZ) durch die GL beschlossen. Da bereits das IDZ und IBZ nach DKG zertifiziert sind, wird auch das angestrebte TZ nach den Fachkriterien der DKG strukturiert und implementiert.

Aktuell stehen zwei für den deutschsprachigen Raum relevante Zertifizierungssysteme für Onkologische Kompetenzzentren zur Verfügung:

- Onkologisches Zentrum der DGHO (Dt. Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie)
- Onkologisches Zentrum der DKG (Dt. Krebsgesellschaft)

QM- und Zertifizierungs-Projekt im Bereich Bewegung

Im Bereich „Krankheiten des Bewegungsapparates“ ist die Endoprothetik von besonderer Bedeutung. Da das KSB in diesem Bereich einen klinischen Schwerpunkt anbietet, ist bereits für September 2015 eine Zertifizierung nach den Richtlinien „EndoCert“ terminiert.

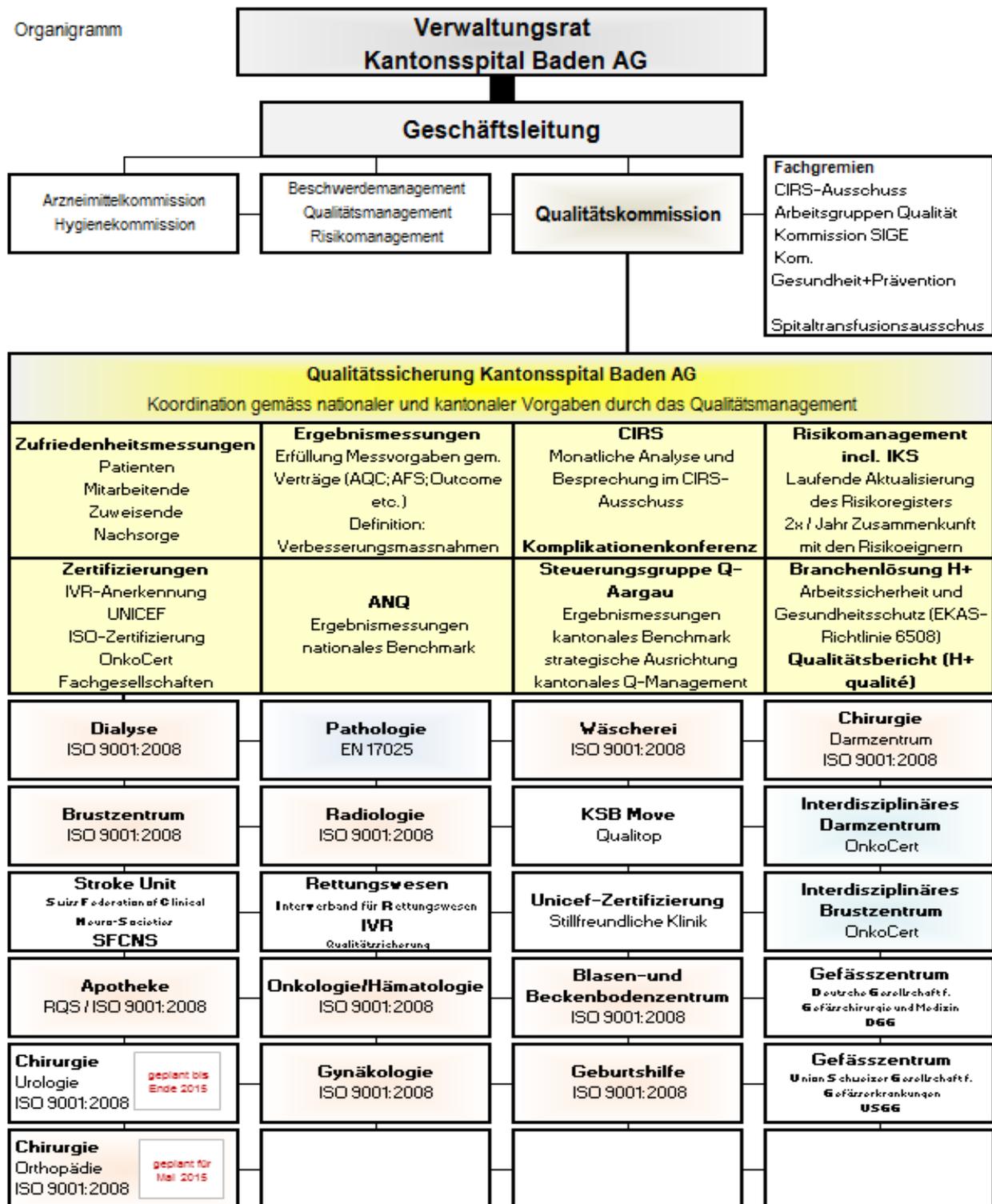
Aktuell (seit Herbst 2012) gibt es für den deutschsprachigen Raum ein relevantes Zertifizierungssystem für Endoprothetikzentren mit zwei Ausprägungen:

- Endoprothetik-Zentrum
- Endoprothetik-Zentrum der Maximalversorgung

Das Zertifizierungssystem wird angeboten von der Dt. Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, der Dt. Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie und dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Organigramm



<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	190 % Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
lic. iur. Adrian Schmitter	056 486 21 52 (Sekretariat)	adrian.schmitter@ksb.ch	CEO
Yvonne Biri Massler	056 486 29 02 (Sekretariat)	yvonne.biri@ksb.ch	Direktorin Departement Pflege Beauftragte der obersten Leitung Vorsitz Qualitätskommission
Marco Bellafiore	056 486 21 72	marco.bellafiore@ksb.ch	Leiter Stabsstelle Geschäfts- leitung, Haftpflichtwesen
Martina Rütschlin	056 486 29 71	martina.ruetschlin@ksb.ch	Leiterin operatives Qualitätsmanagement
Holger Jung	056 486 29 40	holger.jung@ksb.ch	Leiter Beschwerdestelle



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.

C1 Kennzahlen 2014

Die Kennzahlen 2014 finden Sie unter diesem Link:

<http://www.kantonsspitalbaden.ch/Ueber-uns/Jahresberichte-Kennzahlen/>

C2 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten, etc.)
Allgemeine Chirurgie	Kantonsspital Baden	
Viszeralchirurgie	Kantonsspital Baden	
Gefässchirurgie	Kantonsspital Baden	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensiv- medizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Kantonsspital Baden	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechts- krankheiten)		Konsiliararzt
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Kantonsspital Baden	
Handchirurgie	Kantonsspital Baden	Belegärzte für Handchirurgie in enger Zusammenarbeit mit Klinik für Handchirurgie und plastische Chirurgie Kantonsspital Aarau

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Kantonsspital Baden	Kooperationspartner Medizinisches Zentrum Brugg; Kreisspital Muri und RehaClinic Bad Zurzach
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	Kantonsspital Baden	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Kantonsspital Baden	Konsiliarärzte
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Kantonsspital Baden	
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)	Kantonsspital Baden	
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph-systems)	Kantonsspital Baden	Zentrum des KSB im Medizinischen Zentrum Brugg
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Kantonsspital Baden	
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)	Kantonsspital Baden	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Kantonsspital Baden	Zentrum des KSB im Medizinischen Zentrum Brugg
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Kantonsspital Baden	Dialyse-Zentren des KSB im Medizinischen Zentrum Brugg und Kreisspital Muri
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Kantonsspital Baden	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs-organen)	Kantonsspital Baden	
Intensivmedizin	Kantonsspital Baden	
Kinderchirurgie	Kantonsspital Baden	Zusammenarbeit mit Kantonsspital Aarau
Langzeitpflege		Kooperationen mit diversen Pflegezentren und Altersheimen im Ostaargau
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven-systems)		Zusammenarbeit in akutnaher Neurorehabilitation mit RehaClinic Bad Zurzach
Ophthalmologie (Augenheilkunde)		Belegärzte

Angebote medizinische Fachgebiete (3. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Kantonsspital Baden	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)		Belegärzte
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Kantonsspital Baden	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)	Kantonsspital Baden	
Psychiatrie und Psychotherapie		Kooperation mit PDAG (Psychiatrische Dienste Aargau) bzw. Externe Psychiatrische Dienste EPD Baden
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	Kantonsspital Baden	Institut des KSB im Medizinischen Zentrum Brugg
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Kantonsspital Baden	

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Kantonsspital Baden	Konsiliarärzte
Ergotherapie	Kantonsspital Baden	
Ernährungsberatung	Kantonsspital Baden	
Logopädie	Kantonsspital Baden	
Physiotherapie	Kantonsspital Baden	
Psychologie		Kooperation mit PDAG (Psychiatrische Dienste Aargau) bzw. Externe Psychiatrische Dienste EPD Baden
Wundberatung	Kantonsspital Baden	Medizinisches Zentrum Brugg



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.



Zufriedenheitsmessungen

D1 Patientenzufriedenheit

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

Für den nationalen Vergleich hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklungen in den Spitälern und Kliniken (ANQ) ein Kurzfragebogen konzipiert, der in der Akutsomatik und Rehabilitation eingesetzt wird. Die Messergebnisse und/oder Verbesserungsaktivitäten sind im Modul E dokumentiert.

<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2016

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 checked="" type="checkbox"/> In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
Ärzte	88.3	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	86.4	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	81.3	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	82.9	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	80.1	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	84.5	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“
<input checked="" type="checkbox"/> Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:		2013
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

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 checked="" type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument	Freitext-Fragebogen „Zufrieden mit uns?“		
Beschreibung des Instruments	Während messungsfreien Intervallen wird die Patientenzufriedenheit mit dem Freitext-Fragebogen „Zufrieden mit uns?“ eruiert.		

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt	
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		1089 Fragebogen	
Rücklauf in Prozent		46.1 %	Erinnerungsschreiben? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patientenbefragungen – 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 checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement
Bezeichnung der Stelle	Beschwerdestelle Kantonsspital Baden AG
Name der Ansprechperson	Holger Jung
Funktion	Leiter Beschwerdestelle
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Montag bis Freitag jeweils zwischen 09:00-11:00 Uhr und 14:00-16:00 Uhr über Telefon 056 486 29 40 (bei Abwesenheit Telefonbeantworter); Mailadresse: beschwerdestelle@ksb.ch

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 Angehörigenzufriedenheit 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	Die Angehörigen deponieren ihre Wünsche und Bedürfnisse direkt bei den Pflegefachpersonen und werden auch direkt miteinbezogen. Bei Beschwerden können Sie die Beschwerdestelle kontaktieren oder ihre Rückmeldung auf dem internen Patientenfragebogen „Zufrieden mit uns?“ formulieren

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 checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2016

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 checked="" type="checkbox"/> In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:		

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb	62.7	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit). Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse
Ärzte	61,6	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	62,2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapeuten	67.7	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
med.-tech. Personal	60.0	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	66.1	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden im folgendem Qualitätsbericht publiziert:	2014
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Personalstrategie	Zufriedenheit/Bindung der Mitarbeiter steigern	ganzes KSB	bis ca. 2018
KITA Studie FHNW (KITA = Kindertagesstätte)	Bedürfnisse der Mitarbeiter bzgl. KITA erheben	ganzes KSB	bis ca. 2018
Präsenzmanagement	Korrelationen Mecon-Absenzen - Fluktuation	ganzes KSB	2014

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/> Externes Messinstrument			
Name des Instruments	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstituts	MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden wurden befragt	
	Ausschlusskriterien	Keine	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		1149	
Rücklauf in Prozent		54.8 %	Erinnerungsschreiben? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

D4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der 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 checked="" type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .	
Begründung	Die Zuweiserzufriedenheit wurden 2008 erstmals und wiederholt 2012 indirekt mit der Erhebung „Austrittsmanagement“, wo unter anderem die nachsorgenden Institutionen befragt werden, erhoben. Da dabei jeweils pro Patient ein Fragebogen an die nachsorgende Institution verschickt wurde, hatten die zuweisenden Hausärzte zahlreiche Fragebögen zu beantworten, was einigen Unmut auslöste. Das KSB hat diese Kritik ernst genommen und daher eine restriktive Vorgehensweise bezüglich der Durchführung von Zuweiserbefragungen beschlossen.



Nationale Qualitätsmessungen ANQ

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

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereiche 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 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfektionen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale Patientenbefragung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantatregister	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der Wundinfektionen nach Blinddarm-Entfernungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale Elternbefragung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen			

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

E1-1 Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				2013 (BFS-Daten 2012)
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ¹ A, B oder C
Intern	Extern			
4,25 %	0.48%	4.50%	(4.13% - 4.87%)	B
<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .				

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Ein normales Ergebnis, kein Handlungsbedarf

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl auswertbare Austritte		14'362
Bemerkung		

¹ 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.

E1-2 Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

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

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			2013 (BFS-Daten 2012)
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ² A, B oder C
2,28 %	2,98 %	(2,28 % -2,98 %)	A
<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Ein gutes Ergebnis, kein Handlungsbedarf

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechenden Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Anzahl auswertbare Operationen		8360

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 Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

E1-3 Messung der Wundinfektionen nach Operationen

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

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

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

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2013 – 30. September 2014					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ³ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen	290	7	2.4%	1 – 4.9	0.95%
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen					
<input checked="" type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen bei Kinder und Jugendlichen	30	0	0%	0 – 11.6	Nicht erhoben
<input type="checkbox"/> Hernienoperationen					
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarmoperationen (Colon)	113	28	24.8%	17.1 – 33.8	34.5%
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)					
<input type="checkbox"/> Gebärmutterentfernungen					
<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenchirurgie					
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen					
<input type="checkbox"/> Rektumoperationen					

³ 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 2014 (1. Oktober 2013 – 31. September 2014) noch keine Resultate vor.

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 ⁴ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie					
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	181	2	1.1%	0.1	1.03%
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen					

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Mit Ausnahme der Colonoperationen bewegen wir uns im Schweizerischen Durchschnitt. Bei den Colonoperationen wird die Erfassungsmethodik aktuell überprüft. Zudem läuft 2015 eine Evaluation der Massnahmen zur Verhinderung von postoperativen Wundinfektionen im Allgemeinen.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut: Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

⁴ 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

Die nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene.

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

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

Stürze

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten im Spital vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.⁵	4 Patienten	In Prozent	2.2 %
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	ANQ publiziert den Qualitätsbericht der Prävalenzmessung von 2014 nach der Risikoadjustierung im November 2015		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die Sturzereignisse während des Spitalaufenthaltes konnten im Vergleich von 2013 von 6.1% auf 2.2% reduziert werden. Die Risikoeinschätzung für ein Sturzereignis und der gezielte Einsatz des Mobility Monitors mit Ausstiegalarm hat sich für die Prävention von Sturzereignissen bewährt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

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	183 Patienten	Anteil in Prozent (Antwortrate)	76.6%
Bemerkungen			

⁵ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

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.

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

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

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

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	8	4.4%
	ohne Kategorie 1	5	2.7%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	6	3.3%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	3	1.6%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	2	1.1%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	2	1.1%

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	0	
	ohne Kategorie 1	0	
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	0	
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	

<input checked="" type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	ANQ publiziert den Qualitätsbericht der Prävalenzmessung von 2014 nach der Risikoadjustierung im November 2015	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Entwicklung eines Dekubitus konnte im Vergleich zu 2013 von 2.5 % auf 1.6% reduziert werden. Die tägliche Kontrolle der Haut und der gezielte Einsatz des Mobility Monitors, der relevante Bewegungen des Patienten misst und die Notwendigkeit des Positionswechsels (Umlagern) angibt, hat sich bewährt.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten \geq 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, inter-mediate 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 \leq 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	183 Patienten	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	76.6%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche	10 Kinder	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	76.9%
Bemerkungen	Die mündliche Einverständniserklärung für die Untersuchung der Patienten liegt im Nationalen Vergleich über dem Durchschnitt.		

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2014 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.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ⁶ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8,91	8,77 – 9,05	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8,71	8,57 – 8,85	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8,85	8,71 - 8,99	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8,81	8,68 – 8,94	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9,21	9,09 – 9,33	0 = nie 10 = immer

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

Angaben zur Messung			
Auswertungsinstitut		hcri AG und MECON measure & consult GmbH	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2014 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		1183	
Anzahl eingetroffener Fragebogen		613	Rücklauf in Prozent 51,8%
Bemerkungen			

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.

E1-6 Nationale Elternbefragung 2014 im Kinderbereich 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.

Die Teilnahme an weiteren Angehörigenbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Messergebnisse 2014			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall⁷ CI = 95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8,86	8,33	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8,91	8,55	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9,12	8,68	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9,07	8,71	0 = nie 10 = immer
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9,47	9,77	0 = nie 10 = immer

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

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

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG und MECON measure & consult GmbH
---------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Kinder und Jugendlichen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2014 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		91	
Anzahl eingetroffener Fragenbogen		45	Rücklauf in Prozent 49,5%
Bemerkungen			

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.

E1-7 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.

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		
Bemerkungen		
Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFM)	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantaten
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkungen		

F6 Weiteres Messthema

Messthema	Prävention: Aggressionsereignisse
Was wird gemessen?	Als Aggressionsereignis gelten tätliche und verbale Bedrohungen von Patienten und Angehörigen gegenüber vom Betreuungspersonal

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Insgesamt wurden 110 Aggressionsereignisse gemeldet. 50% fanden auf der IMC und 30% auf der Notfallstation statt. 20% sind auf die restlichen Stationen Chirurgie und Medizin verteilt.

<input type="checkbox"/> Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<table border="1"> <tr> <td>Begründung</td> <td>Da es sich um die erste Messung handelt, kann noch kein Vergleich angestellt werden, ob die Schulung des Personals in der Deeskalationstechnik einen positiven Effekt in Hinblick auf die Prävention von Aggressionsereignissen ergeben hat.</td> </tr> </table>	Begründung	Da es sich um die erste Messung handelt, kann noch kein Vergleich angestellt werden, ob die Schulung des Personals in der Deeskalationstechnik einen positiven Effekt in Hinblick auf die Prävention von Aggressionsereignissen ergeben hat.
Begründung	Da es sich um die erste Messung handelt, kann noch kein Vergleich angestellt werden, ob die Schulung des Personals in der Deeskalationstechnik einen positiven Effekt in Hinblick auf die Prävention von Aggressionsereignissen ergeben hat.	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Der Vergleich mit 2015 ist noch ausstehend. Die Schulung des Personals auf den neuralgischen Stationen (z.B. Notfallstationen und IMC) in der Deeskalationstechnik ist im Prozess.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	SOAS-R Staff Observation of Aggression Scale-Revised (Nyman/Palmstierna 1998) Quelle : Triemlispital
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle erwachsene Patienten und Angehörige, die vom Betreuungspersonal als bedrohlich (verbal und tätlich) erlebt werden.
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		110
Bemerkungen		

G

Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitäts-sicherung 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 Unser Betrieb an Registern teil?



Ja, unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Registerübersicht

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2005	Baden
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2002-2011	Baden
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2004	Baden
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1998	Baden
FIVNAT-CH Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch/	2000	Baden

KTRZ Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochentumor-referenzzentrum/	sporadisch seit 1993 (im KSB gibt es selten solche Tumoren)	Baden
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008	Baden
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Einführungs-datum unbekannt	Baden
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	2008	Baden
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2006 (Monitor-studie)	Baden
SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	2010	Baden
S MOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	S MOB Register www.smob.ch	2010	Baden
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	2007 -2010	Baden
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2012	Baden

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	2013 über Krebsregister Kt. Aargau	Baden
Schweizer Kinderkrebsregister - SKKR	Alle	www.kinderkrebsregister.ch		
Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/		
Erfassung abdomineller Bauchaortenaneurysmen QS-BAA-Register	Gefässchirurgie	DIGG (Deutsches Institut für gefässmedizinische Gesundheitsforschung) www.digg-dgg.de	2012	Baden
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM) FertiSave-Register	Kinderwunschzentren	www.sgrm.org	2012	Baden
Swiss venous thromboembolism Registry - Swivter	Register über Thrombosen und Lungenembolien	DIGG (Deutsches Institut für gefässmedizinische Gesundheitsforschung) www.digg-dgg.de	2013	Baden
Bemerkung				

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
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz EKAS, H+- Branchenlösung	Gesamtspital	2009	2013	Mit der Bestnote von 6.0 ein äusserst erfolgreiches und erfreuliches Audit.
ISO 9001:2008	Radiologie (Standorte Baden und Brugg)	2004	2014	
ISO/IEC 17025	Pathologie	2011		Akkreditierung
ISO 9001:2008	Blasen- und Beckenbodenzentrum	2008	2014	
ISO 9001:2008 und Zertifikat nach OnkoZERT DKG	Interdisziplinäres Brustzentrum (IBZ)	2008	2014	Das IBZ und das IDZ haben mit allen beteiligten Kooperationspartnern die fachspezifischen Vorgaben und Anforderungen hinsichtlich Behandlungs- und Ergebnisqualität der Deutschen Krebsgesellschaft erfüllt und somit das Zertifikat nach OnkoZert erhalten.
ISO 9001:2008 und Zertifikat nach OnkoZERT (DKG)	Interdisziplinäres Darmzentrum (IDZ)	2011	2014	
ISO 9001:2008	Dialysestation (Standorte Baden, Brugg und Muri)	2007	2014	
ISO 9001:2008 Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS)	Spitalapotheke	2012		
Zertifizierung nach Vorgaben der Deutschen Fachgesellschaft für Gefässchirurgie DGG	Gefässchirurgisches Zentrum	2012		
IVR-Anerkennung	Rettungsdienst	2005	2011	
UNICEF-Anerkennung „Stillfreundliche Klinik“	Wochenbettabteilung	2005	2012	
ISO 9001:2008	Wäscherei (Standorte Baden und Königsfelden)	2003	2012	
ISO DIN EN ISO 9001 : 2008	Onkologie / Hämatologie an den Standorten Baden und Brugg	2014		
ISO DIN EN ISO 9001 : 2008	Gynäkologie	2014		
ISO DIN EN ISO 9001 : 2008	Geburtshilfe mit Gebärabteilung	2014		

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)
Meldeportal® St. Galler CIRS (Critical Incident Reporting System)	Systematische Verbesserungspotenziale durch Melden von kritischen Zwischenfällen ermitteln Vermeidung von Schadenfällen	Meldekreise: - Innere Medizin - Chirurgie - Frauen und Kinder-Klinik - Medizinische Dienste - Interdisziplinäres Notfallzentrum	Mai 2011 – auf weiteres
Meldeportal® Hämovigilanz und Hämovigilanz Near Miss	Unerwünschte Wirkungen vor, während und nach der Verabreichung von Blutprodukten erfassen	Gesamtspital	Mai 2011 – auf weiteres
Meldeportal® Materiovigilanz	Vorkommnisse mit Medizinprodukten wie z.B. Verbrauchsmaterial oder medizinische Geräte erfassen	Gesamtspital	Mai 2011 – auf weiteres
Meldeportal® Pharmakovigilanz	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen erfassen	Gesamtspital	Mai 2011 – auf weiteres
Meldeportal® Sturzmeldungen	Stürze im Spital erfassen und Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten	Gesamtspital	Mai 2011 – auf weiteres
Meldeportal® Dekubitusmeldungen	Entstandener Dekubitus im Spital erfassen und Massnahmen zur Vermeidung erarbeiten	Gesamtspital	Mai 2011 – auf weiteres
Meldeportal® Aggressionsmanagement	Strukturierte, Online-Erfassung von Aggressionsereignissen mit dem SOAS-Fragebogen (Staff Observation Aggression Scale) wegen einer Häufung von verbalen Bedrohungen und Gewaltdelikten.	Gesamtspital	November 2012 – auf weiteres
Einführung Multiprojektmanagement	Unternehmensweite Planung und Steuerung der Projektlandschaft	Gesamtspital	Im Aufbau seit Juli 2012 – auf weiteres
Einführung Rahmenkonzept Prozessmanagement	Unternehmensweite Prozessdarstellung in der Internationalen Notation BPMN 2.0	Gesamtspital	September 2012 – auf weiteres
Projekt Arzneimittelkonzept	Sichere Medikation	Gesamtspital	2013
Projekt Vorgehen und Support nach einem schwerwiegenden Ereignis	Mitarbeitersicherheit	Gesamtspital	2013
Permanente Aktivitäten			
Hygienekommission	Beratung und Erstellen von Normen rund um die Spitalhygiene	Gesamtspital	fortlaufend
Arzneimittelkommission	bestimmt die im KSB zu verwendenden Arzneimittel/ Arzneimittelsicherheit	Gesamtspital	fortlaufend
Ethikforum	initiiert und fördert die Diskussion von ethische Fragestellungen	Gesamtspital	fortlaufend
Kommission für Ernährung	erarbeitet Richtlinien betreffend einer patientengerechten	Gesamtspital	fortlaufend

	Ernährung		
Q-Zirkel Pflege	Monitorisiert und leitet Handlungsbedarf ein betreffend Pflegequalitätsindikatoren (Sturz, Dekubitus, Händehygiene-compliance etc.)	Gesamtspital	fortlaufend
IPAS -Zirkel	IPAS ist eine im Aufbau begriffene gemeinsame präoperative Sprechstunde der Departemente Anästhesie und Intensivmedizin, Chirurgie und der Frauenklinik	Gesamtspital	fortlaufend
Materialkommission	Beschaffung bei der optimalen Güterwahl der medizinischen Konsumgüter	Gesamtspital	fortlaufend
Qualitätskommission	umfassende Qualitätssicherung und –förderung nach (H+) Kriterien	Gesamtspital	fortlaufend
SIGE	initiiert und fördert das Thema Arbeitssicherheit	Gesamtspital	fortlaufend
Spitaltransfusionsausschuss	Festlegen einer KSB-internen Transfusionspolitik, im Einvernehmen mit nationalen Vorgaben	Gesamtspital	fortlaufend
Personalkommission	fördert die Zusammenarbeit im Betrieb sowie das gute Zusammenwirken zwischen den leitenden Organen und dem Personal	Gesamtspital	fortlaufend

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?

Ja, unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.

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

Bemerkungen

Ein entstandener Schaden oder Zwischenfall ist in den meisten Fällen nicht das Verschulden eines einzelnen Mitarbeiters, sondern die Folge einer fehlerhaften Prozesskette. Risiken für Patient und Mitarbeiter werden aktiv gemanagt, indem man sie identifiziert, analysiert und aktiv dafür sorgt, dass sie zukünftig nicht mehr auftreten. Nach dem Motto „Man muss einen Fehler nicht begehen um ihn zu vermeiden“ steht den Mitarbeitenden des KSB ein freiwilliges, sanktionsfreies Zwischenfallmeldesystem – international bekannt als CIRS (Critical Incident reporting System) - zur Verfügung.

Über ein Meldeportal im Intranet können anonym kritische Zwischenfälle gemeldet werden. Die Meldungen werden zentral vom Qualitäts- und Risikomanagement anonymisiert und an die betreffenden Meldekreisverantwortlichen weiter geleitet. Folgende Meldekreise wurden definiert: Innere Medizin, Chirurgie, Frauen und Kinder, Medizinische Dienste, Interdisziplinäres Notfallzentrum, so wie Anästhesie und Intensivmedizin. Pro Meldekreis sind zwei CIRS-Verantwortliche (Arzt/Ärztin und Kadermitarbeitende Pflege bzw. andere Berufsgruppe) benannt. Die Meldekreisverantwortlichen bearbeiten die Fälle.

Die Erkenntnisse aus dem CIRS führen im Rahmen des Risikomanagements zu Maßnahmen der Verbesserung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit im Krankenhaus.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Konzept Care Management und Patientenberatung KSB	
Projektart	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	<p>Die lückenlose Versorgung der Patientinnen und Patienten nach der Spitalentlassung. Ungeplante Rehospitalisationen sollen weitgehend vermieden werden.</p> <p>Das Behandlungsteam wird beim Austrittsmanagement von komplexen Patientensituationen unterstützt und entlastet.</p> <p>Interne und externe Partner erhalten qualitativ die gleichen Dienstleistungen.</p> <p>Bei den Patientinnen und Patienten, den Angehörigen sowie den intern und extern nachsorgenden Partnern wird eine hohe Zufriedenheit erzielt.</p> <p>Das Behandlungsteam wird bei der Einhaltung der vorgesehenen Verweildauer gemäss Vorgabe des Fallpauschalensystems unterstützt.</p>	
Beschreibung	<p>Das Konzept orientiert sich am standardisierten Case Management Verfahren und basiert auf den sechs Prozessschritten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klärung und Aufnahme der Patienten (Intake) mittels definierter Kriterien und Leitsätzen • Situations- und Bedarfseinschätzung (Assessment) unter Einbezug der ärztlichen und Pflegerischen Anamnese und Ermittlung von ergänzenden Informationen im Gespräch mit dem Patienten, den Angehörigen, weiteren ambulanten und stationären Versorgern wie Spitex, Langzeiteinrichtung, Hausarzt, Apotheke, Bezugspersonen wie Nachbarn etc. • Entwicklung, Definition von Zielen (Zielvereinbarung) Im Hinblick auf die Entlassung definiert die zuständige Care Managerin/Patientenberaterin in Absprache mit den Patienten und Angehörigen und in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Arzt und der zuständigen Pflegefachperson interprofessionelle Ziele • Unterstützungsangebote, Massnahmen planen (Massnahmenplanung) Die Massnahmenplanung erfolgt in Absprache mit den Patienten / Angehörigen und dem Behandlungsteam. Die geplanten Massnahmen werden für das ganze Behandlungsteam einsehbar in der elektronischen Patientenakte dokumentiert • Massnahmen durchführen und umsetzen (Durchführung und Leistungssteuerung) Die Durchführung des Massnahmenplans wird durch die Care Managerin/Patientenberaterin mittels Monitoring begleitet. Sie wirkt koordinierend, fördert und unterstützt den gegenseitigen Informationsaustausch innerhalb der beteiligten Berufsgruppen und Dienste • Ergebnisse erfassen und bewerten (Evaluation) Die Care Managerin oder Patientenberaterin evaluiert die Umsetzung der geplanten und durchgeführten Massnahmen sowie die Erreichung der definierten Ziele. <p>Bei komplexen Patientensituationen und hohen organisatorischen Aufwänden kontaktiert die zuständige Care Managerin oder Patientenberaterin telefonisch die Patienten, evt. Angehörige oder die Spitex in den ersten Tagen nach der dem Spitalaustritt- bzw. Übertritt</p>	

Projekttablauf / Methodik	Beginn mit einem Pilotbetrieb auf einer Viszeralchirurgischen Bettenstation, Evaluation und fortlaufender Rollout auf allen Bettenstationen der Inneren Medizin, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Standort Baden....
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Spitalintern: Ärzteschaft, Pflege, Medizinische Dienste Spital extern: Spitexdienste, Rehakliniken, Langzeitpflege, Hausärzte
Projektevaluation / Konsequenzen	Im Rahmen einer stichprobenartigen Zufriedenheitsbefragung erfolgt quartalsweise eine telefonische Kontaktaufnahme mit Spitexorganisationen, Langzeitpflegeinstitutionen und betroffenen Patienten. Die Befragung bezieht sich auf die Qualität des Austritts- und Übertrittsmanagement. Sie wird ausgewertet und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.
Weiterführende Unterlagen	Bäbler, B., Bischofberger, I. (2014). Case Management im Akutkrankenhaus – Vom Forschungsprojekt zum Dienstleistungsangebot. Case Management11(1), 49-53. Bostelaar, R.A., (Hrsg.) & Pape, R. et. al. (2008) Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft. Ewers, E., & Schaeffer, D. (Hrsg.) (2005). Case Management in Theorie undPraxis. Bern: Huber Verlag Lindpaintner, L., Cina, B., & Sailer, M. (2009) EVA- Pilotstudie, SchlussberichtNetzwerk Case Management Schweiz (2006). Definition Case Management,Standards Case Management. www.netzwerk-cm.ch

Mit der Annahme des KVG wurde der Auftrag gesetzlich verankert, dass die Spitäler Qualität zielgerichtet und systematisch zu sichern und fördern haben. Auf dieser Grundlage hat das Kantonsspital Baden eine Führungsrolle eingenommen, um den Bedürfnissen der Kunden nach Qualität und Sicherheit aber auch den gesetzlichen Vorgaben nachzukommen.

Qualitätsförderung im Spital geschieht nicht durch externen Druck, sondern durch den positiven persönlichen Ehrgeiz aller Mitarbeitenden, das Beste für ihre Kunden zu geben. Die Diskussionen um Qualität und Sicherheit in der Medizin sind keine Modeerscheinungen, sondern sind integraler Bestandteil ärztlichen und pflegerischen Handelns. Qualität und Sicherheit gehören zur Kernkompetenz des KSB. Qualität und Sicherheit hat mit medizinischem Fortschritt sowie mit personellen und technischen Ressourcen zu tun, ohne deren adäquate Bereitstellung heute keine effiziente und kundengerechte medizinische Versorgung mehr möglich ist. Das Kantonsspital Baden ist neben finanzieller Effizienz und Disziplin bemüht und seinen Kunden verpflichtet, dem medizinischen Fortschritt entsprechende Dienstleistungen anzubieten, um auch zukünftig eine gleichbleibend hohe Versorgungsqualität gewährleisten zu können.

Damit die Qualitätsentwicklung nachhaltig von allen Mitarbeitenden getragen und gelebt werden kann, hat das Spital die notwendigen personellen und organisatorischen Ressourcen und Strukturen nach folgenden Gesichtspunkten ausgerichtet:

- Die oberste Führungsebene des Kantonsspitals Baden ist in die Verantwortung eingebunden.
- Die Qualitätsentwicklung fokussiert sich auf überschaubare Projekte, welche ein klares Kosten-/ Nutzenverhältnis haben und deren Resultate für alle ersichtlich sind.
- Der organisatorische Aufbau muss mit bereits existierenden Organisationen kompatibel sein.
- Das Ziel und das wichtigste Hilfsmittel der Qualitätsentwicklung ist der Mensch.
- Die Qualitätsentwicklung muss kommunizierbar und fassbar sein.

Qualität ist für das KSB nicht nur das erreichte Ergebnis, sondern die Strukturen und Prozesse werden immer wieder hinterfragt und verbessert. Dabei ist die Interprofessionalität und Interdisziplinarität von grösster Bedeutung. Wir werden auch in den kommenden Jahren intensiv an unserer Qualität arbeiten und freuen uns darauf, Sie im nächsten Jahr über die Qualitätsentwicklungen in unserem Spital zu informieren.

Baden, im Mai 2015



Anhänge

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 Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Fachbereiche betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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 ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern 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 Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW).