

Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+

Version 0.1



Akutsomatik

**Inselspital, Universitätsspital Bern
Freiburgstrasse
3010 Bern
www.insel.ch**

Freigabe am: 11.5.2015
durch: Dr. med. Henrik Pfahler, Leiter Medizinsteuerung

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

Frau
Kathrin Jehle
Fachspezialistin Qualitätsmanagement
Inselspital
031 632 0379
kathrin.jehle@insel.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 Akutsomatik, 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+

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|--|-----------|
| A | Einleitung | 1 |
| B | Qualitätsstrategie | 2 |
| B1 | Qualitätsstrategie und -ziele | 2 |
| B2 | Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014 | 2 |
| B3 | Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014 | 2 |
| B4 | Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren | 2 |
| B5 | Organisation des Qualitätsmanagements | 3 |
| B6 | Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement | 3 |
| C | Betriebliche Kennzahlen und Angebot | 4 |
| C1 | Kennzahlen 2014 | 4 |
| C2 | Angebotsübersicht | 4 |
| | C4 Kennzahlen Rehabilitation 2014 | 7 |
| C4-1 | Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation | 7 |
| C4-3 | Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation) | 8 |
| C4-4 | Personelle Ressourcen | 8 |
| D | Zufriedenheitsmessungen | 9 |
| D1 | Patientenzufriedenheit | 9 |
| D2 | Angehörigenzufriedenheit | 11 |
| D3 | Mitarbeiterzufriedenheit | 13 |
| D4 | Zuweiserzufriedenheit | 15 |
| E | Nationale Qualitätsmessungen ANQ | 17 |
| E1 | Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik | 17 |
| E1-1 | Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen | 18 |
| E1-2 | Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen | 19 |
| E1-3 | Messung der Wundinfektionen nach Operationen | 20 |
| E1-4 | Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus | 22 |
| E1-5 | Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik | 25 |
| E1-6 | Nationale Elternbefragung 2014 im Kinderbereich in der Akutsomatik | 27 |
| E1-7 | SIRIS Implantatregister | 29 |
| F | Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014 | 30 |
| F1 | Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso) | 30 |
| F2 | Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ) | 31 |
| F3 | Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ) | 32 |
| F4 | Weiteres Messthema: Händehygienecompliance | 33 |
| F5 | Weiteres Messthema: CH-IQI Indikatoren | 34 |
| G | Registerübersicht | 35 |
| H | Verbesserungsaktivitäten und -projekte | 41 |
| H1 | Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards | 41 |
| H2 | Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte | 43 |
| H3 | Ausgewählte Qualitätsprojekte | 45 |
| I | Schlusswort und Ausblick | 49 |

A

Einleitung

An 365 Tagen im Jahr stellt das Inselspital für die Patientinnen und Patienten rund um die Uhr eine breit abgestützte, exzellente universitäre Zentrumsversorgung sicher. Dabei geht ihr Einzugsgebiet weit über die Hauptstadtregion hinaus. Das Inselspital ist Kompetenz-, Hochtechnologie- und Wissenszentrum mit internationaler Ausstrahlung sowie ein Ort der Begegnung für Lehre und Forschung. Per 31.12. 2014 waren 8024 Mitarbeitende im Inselspital auf 6167 (2013: 6024) Vollzeitstellen (Durchschnitt ganzes Jahr 2014) beschäftigt. Im selben Jahr wurden in den 38 Kliniken und Instituten insgesamt 41'155 Patientinnen und Patienten stationär und 605'947 ambulant (inkl. Folgekonsultationen) behandelt. Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.insel.ch>

In der neuen Unternehmensstrategie hat sich das Inselspital zum Ziel gesetzt, „Schrittmacher in Qualität zu sein“. Damit wird der Entwicklung der Qualität ein noch grösseres Gewicht gegeben. Nebst der Gewährleistung der optimalen Patientensicherheit wird die Patientenzufriedenheit verstärkt thematisiert. Die Qualitätsentwicklung orientiert sich an den Grundsätzen der „kontinuierlichen Verbesserung“, also der ständigen Prüfung, Bewertung und Optimierung aller Systeme und Systemkomponenten. Neben einer erstklassigen medizinischen Versorgung will das Inselspital eine hohe zwischenmenschliche Betreuungsqualität gewährleisten und diese stetig verbessern. Durch die kontinuierliche Erhebung der Patientenzufriedenheit und deren klinikspezifischen Auswertung hat das Inselspital ein wichtiges Instrument geschaffen, um mit den Kliniken in einen Dialog zu treten und systematisch konkrete Massnahmen der Qualitätsentwicklung anzustossen.

Im Rahmen des Zusammenschlusses mit der Spital Netz Bern AG (SNBe) hat sich im Jahr 2014 eine verstärkte Zusammenarbeit mit den QM-Verantwortlichen der SNBe-Standorte etabliert. Es fanden regelmässige Q-Koordinationsitzungen statt. Der Kontakt im Alltagsgeschäft hat sich intensiviert. Insbesondere konnten hinsichtlich der ANQ-Erhebungen Synergien genutzt werden.

Der Verwaltungsrat und der Verwaltungsratspräsident des Inselspitals sind von der Regierung des Kantons Bern gewählt. Er legt die strategische Ausrichtung fest. Für die operative Führung ist die Geschäftsleitung unter dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung zuständig (vgl. unten). Die erweiterte Geschäftsleitung berät die Geschäftsleitung und besteht aus den Vorsitzenden der Departementsdirektorien sowie den Mitgliedern der Geschäftsleitung.

Die Geschäftsleitung besteht aus folgenden zehn Mitgliedern (Stand 31.12.2014):

- Holger Baumann, Vorsitzender der Geschäftsleitung
- Prof. Dr. med. Andreas Tobler, Ärztlicher Direktor und Stellvertreter des Vorsitzenden der Geschäftsleitung
- Prof. Dr. med. Matthias Gugger, Direktor Lehre + Forschung
- Ulrich von Allmen, Direktor Pflege / MTT
- Franz Bieri, Direktor Betrieb
- Gerold Bolinger, Direktor Dienste
- Bernhard Leu, Direktor Infrastruktur
- Markus Lüdi, Direktor Personal
- Bruno Haudenschild, Leiter Portalspitäler, Rehabilitation, Langzeitpflege, *mit beratender Stimme*
- Prof. Dr. med. Peter Eggli, Dekan Medizinische Fakultät, *mit beratender Stimme*

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

In einem Spital steht die sichere und effektive Behandlung von Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Um die Gesundheit der behandelten Menschen zu sichern oder wieder herzustellen, wird rund um die Uhr ein enormer Einsatz geleistet. Das Qualitätsmanagement umfasst sowohl die Bereiche Patientensicherheit und Risikomanagement, die systematische Qualitätssicherung durch Zertifizierungen und Akkreditierungen sowie faktenbasierte Qualitätsentwicklung durch spezifische Projekte und Massnahmen. In allen Bereichen sind Kennzahlen eine wichtige Beurteilungs- und Entscheidungsgrundlage. Die Wichtigsten davon werden im vorliegenden Qualitätsbericht dargestellt.

Das Inselspital setzt sich in der neuen Unternehmensstrategie zum Ziel „Schrittmacher in Qualität zu sein“. Damit erhält das Thema Qualität einen zentralen Stellenwert in der Strategielandkarte.

Das Leitbild ist unverändert zum Qualitätsbericht 2012 (vgl. dort).

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014

- Weiterentwicklung und Nutzung von Q-Kennzahlen
- Weiterentwicklung eines internen, spitalspezifischen QM-Systems
- Überprüfung der Zielerreichung des Qualitäts-Leitbildes 2011-2015
- Vernetzung mit der Spital Netz Bern AG

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

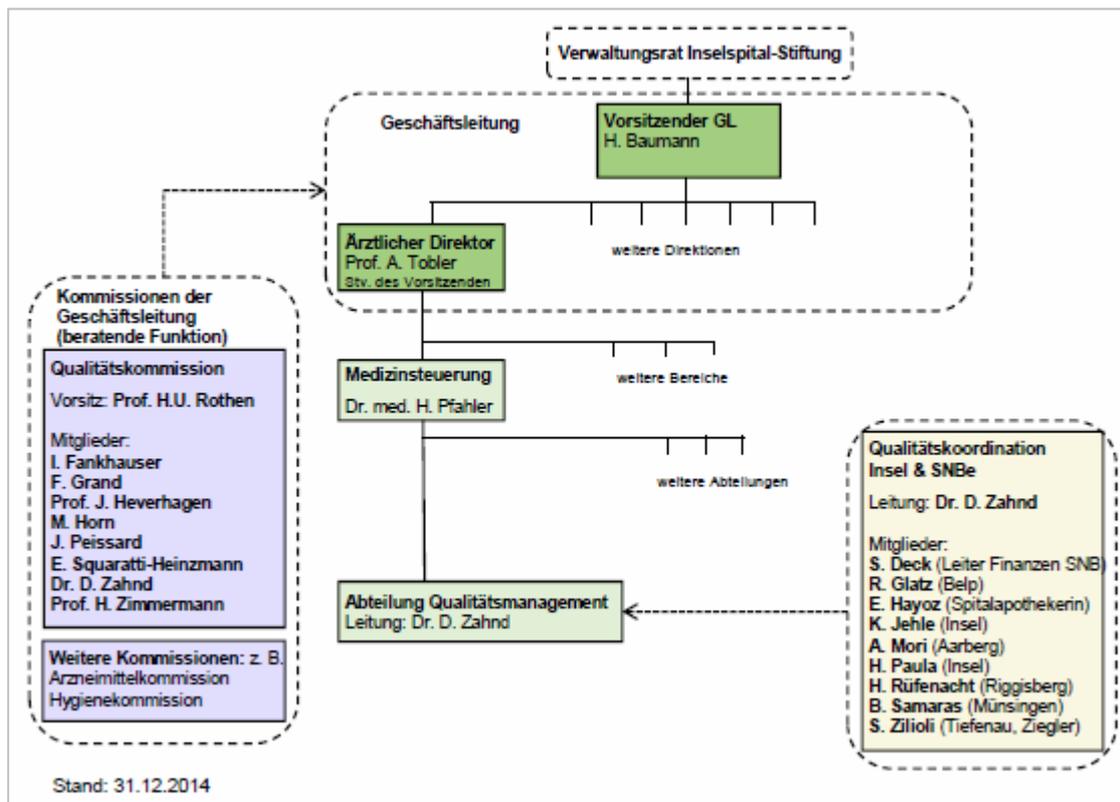
- Im Jahr 2014 wurden folgende Tumorzentren zertifiziert: Bauch- und Tumorzentrum, Hautkrebszentrum, Sarkomzentrum.
- Des Weiteren fanden Zertifizierungen in folgenden Bereichen statt: palliative Zentrum, Radiologie, Radio-Onkologie.
- Die kontinuierliche Patientenzufriedenheitserhebung wurde erstmals klinikspezifisch ausgewertet. Die Ergebnisse auf Basis der Daten 2013 wurden als Prototyp mit einzelnen Kliniken besprochen und werden entsprechend der Rückmeldungen weiterentwickelt.
- Das Konzept für ein internes QM-System wurde weiterentwickelt. Es bestehen damit eine solide Grundlage für den Aufbau eines internen interdisziplinären Auditprozess.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Um das Ziel „Schrittmacher in Qualität zu sein“ nachhaltig zu erreichen, sollen folgende Entwicklungen umgesetzt werden:

- Entwicklung einer neuen Qualitätsstrategie
- (inter-) nationale Schrittmacherfunktion durch innovative Massnahmen erlangen
- Verbesserung der Patientensicherheit durch elektronische Nutzung der Patientenarmbänder („Bedside-Scanning“)
- Erweiterung und Implementierung des Reportings zur Patientenzufriedenheit durch weitere Indikatoren
- Aufbau eines internen interdisziplinären Auditprozesses und eines Auditorenpoools

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten. | |
| <input type="checkbox"/> | Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. | |
| <input type="checkbox"/> | Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Andere Organisationsform: | Die Abteilung Qualitätsmanagement ist eine Organisationseinheit der ärztlichen Direktion. Die Qualitätskommission ist beratendes Organ der Geschäftsleitung. Daneben hat sie Entscheidungsbefugnisse im Bereich Projektmanagement. |
| Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt | | 310% Stellenprozent zur Verfügung. |

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

| Titel, Vorname, Name | Telefon (direkt) | E-Mail | Stellung / Tätigkeitsgebiet |
|------------------------------------|------------------|--|---|
| Prof. Dr. med. Andreas TOBLER | 031 632 82 32 | andreas.tobler@insel.ch | Ärztlicher Direktor |
| Prof. Dr. med. Hans- Ulrich ROTHEN | 031 632 91 84 | hansulrich.rothen@insel.ch | Vorsitzender Qualitätskommission |
| Dr. med. Henrik PFAHLER | 031 632 12 39 | henrik.pfahler@insel.ch | Leiter Medizinsteuerung |
| Dr. phil. Daniel ZAHND | 031 632 95 77 | daniel.zahnd@insel.ch | Leiter Abteilung Qualitätsmanagement (bis 31.3.2015) |
| Helmut PAULA | 031 632 05 71 | helmut.paula@insel.ch | Klinisches Risikomanagement (Leitung ab 31.3.2015 a.i.) |
| Nicole STOLLER | 031 632 13 08 | nicole.stoller@insel.ch | Fachspezialistin Qualitätsmanagement |
| Kathrin JEHLER | 031 632 03 79 | kathrin.jehle@insel.ch | Fachspezialistin Qualitätsmanagement |

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:

(dieser link ist zur Zeit noch nicht verfügbar - er wird so schnell wie möglich ergänzt)

C1 Kennzahlen 2014

Die Kennzahlen 2014 finden Sie unter diesem Link:

(dieser link ist zur Zeit noch nicht verfügbar - er wird so schnell wie möglich ergänzt)

Bemerkungen

C2 Angebotsübersicht

| Angebotene medizinische Fachgebiete |
|--|
| Allergologie und Immunologie |
| Allgemeine Chirurgie |
| Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensiv-medicin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i> |
| Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechts-krankheiten)</i> |
| Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i> |
| Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i> |
| Handchirurgie |
| Herzgefässchirurgie |

| Angebotene medizinische Fachgebiete |
|---|
| Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal): |
| <input checked="" type="checkbox"/> Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i> |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie <i>(Altersheilkunde)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph-systems)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i> |

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungs-organe)</i> |
| | Intensivmedizin |
| | Kiefer- und Gesichtschirurgie |
| | Kinderchirurgie |
| | Neurochirurgie |
| | Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nerven-systems)</i> |
| | Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i> |
| | Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i> |
| | Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i> |
| | Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i> |
| | Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)</i> |
| | Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie |
| | Radiologie <i>(Röntgen und andere bildgebende Verfahren)</i> |
| | Thoraxchirurgie <i>(Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum)</i> |
| | Tropen- und Reisemedizin |
| | Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i> |
| | Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i> |
| | Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i> |
| | Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i> |
| | Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)</i> |
| | Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie |
| | Psychiatrie und Psychotherapie |
| | Radiologie <i>(Röntgen und andere bildgebende Verfahren)</i> |
| | Thoraxchirurgie <i>(Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum)</i> |
| | Tropen- und Reisemedizin |

| |
|--|
| Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i> |
| weitere |

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

| Angebotene therapeutische Spezialisierungen |
|--|
| Diabetesberatung |
| Ergotherapie |
| Ernährungsberatung |
| Logopädie |
| Neuropsychologie |
| Physiotherapie |
| Psychologie |
| Psychotherapie |
| weitere |



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf <http://www.spitalinformation.ch/startseite/> in der Rubrik „Angebot“.

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2014

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pflgetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2014 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

| Angebote stationäre Fachbereiche | An den Standorten | Durchschnittliche Anzahl Behandlungen pro Tag und Patient | Anzahl Austritte | Geleistete Pflgetage |
|----------------------------------|--|---|------------------|----------------------|
| Neurologische Rehabilitation | Universitätsklinik für Neurologie Abteilung für kognitive und restorative Neurologie (Neuropsychologische Rehabilitation) | | 175 | 6442 |

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

- Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

| Angebotene ambulante Fachbereiche | Klinik / Institut | Anzahl Behandlungen | Anzahl Patienten | Bemerkungen |
|-----------------------------------|---|---------------------|------------------|--|
| Kardiovaskuläre Rehabilitation | Universitätsklinik und Poliklinik für Kardiologie | 16'487 | 667 | Breites Leistungsangebot (z. B. Physiotherapie, Ernährungsberatung, Herzultraschall, Belastungs-EKG, 24 h Blutdruckprofil) |
| Neurologische Rehabilitation | Neurorehabilitation | 3867* | 1230 | Breites Leistungsangebot (z. B. Neuropsychologie, Neurovaskuläre Abklärung, Neuromorphologisches Labor, Schlafmedizin) (* Angegeben sind hier die Anzahl Besuche auf den OE NREH, ERGN, NRTA, ZSWP) |

C4-4 Personelle Ressourcen

| Vorhandene Spezialisierungen | Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort) |
|---|---------------------------------------|
| Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation | |
| Facharzt Neurologie | |
| Facharzt Pneumologie | |
| Facharzt Kardiologie | |
| Facharzt Geriatrie / Innere Medizin | |
| Facharzt Psychiatrie | |
| Weitere | |

- Spezifische Fachärzte sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

| Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte | Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort) |
|--|---------------------------------------|
| Pflege | |
| Physiotherapie | |
| Logopädie | 4.35 VZE |
| Ergotherapie | 6.10 VZE |
| Ernährungsberatung | |
| Neuropsychologie | 6.9 VZE |
| Weitere | |

- Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den **diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften**.

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.

| 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 checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt. | | | |
| <input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | | | |
| Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | | 2013 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015 |
| 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 Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen: | 26 von 32 Organisationseinheiten (25 bettenführende Kliniken) | |
| Messergebnisse der letzten Befragung | | | |
| Gesamter Betrieb | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse | |
| Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen? | 9.36 | 0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall | |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben? | 9.25 | 0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet | |
| Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? | 9.19 | 0 = nie 10 = immer | |
| Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? | 9.26 | 0 = nie 10 = immer | |
| Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt? | 9.54 | 0 = nie 10 = immer | |
| Wie war Ihr Spitaleintritt organisiert? | 8.98 | 0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet | |
| Bekamen Sie trotz unserer zahlreichen Vorkehrungen und Bemühungen eine Infusion oder ein Medikament, welche(s) nicht für Sie vorgesehen war? | 93.4% nein | Ja, nein, vielleicht | |
| Wie beurteilen Sie insgesamt die Schmerzbehandlung?“ | 9.0 | 0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet | |
| Entsprach das Essen Ihren Bedürfnissen?“ | 8.13 | 0 = nie 10 = immer | |
| Fühlten Sie sich über die Zeit nach Ihrem Spitalaustritt informiert und auf sie vorbereitet?“ | 8.82 | 0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet | |
| Würden Sie das Spital Ihrer Familie oder Ihren Freunden weiterempfehlen?“ | 9.26 | 0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall | |
| <input type="checkbox"/> Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert: | | | |

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die vorliegenden Zahlen betreffen die kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung. Der CH-Benchmark über das Online-tool Q1 von hcri macht nur für die ANQ-Messperiode Sinn, da die meisten Spitäler nicht kontinuierlich messen und deshalb die Erhebungszeiträume nicht identisch sind. Die Ergebnisse der kontinuierlichen Messung werden intern nach Klinik ausgewertet und kommuniziert. Es wird ein regelmässiges Reporting angestrebt.

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

| | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---|---------------------------------|------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Mecon | <input type="checkbox"/> | Anderes externes Messinstrument | | |
| <input type="checkbox"/> | Picker | Name des Instruments | | Name des Messinstituts | hcri |
| <input type="checkbox"/> | PEQ | | | | |
| <input type="checkbox"/> | MüPF(-27) | | | | |
| <input type="checkbox"/> | POC(-18) | | | | |
| <input type="checkbox"/> | PZ | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Benchmark | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Eigenes, internes Instrument | ANQ5+ | | | |
| Beschreibung des Instruments | | Fünf ANQ-Fragen, ergänzt durch sechs weitere Fragen | | | |

Angaben zum untersuchten Kollektiv

| | | | | | |
|--|---------------------|---|-----------------------|--|-----------------------------|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Alle Patientinnen und Patienten > 18 Jahre, die länger als 24 Stunden hospitalisiert waren und im Jahr 2014 ausgetreten sind. | | | |
| | Ausschlusskriterien | Patientinnen und Patienten < 18 Jahren, Patientinnen und Patienten der Universitätsklinik für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie | | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 6409 | | | |
| Rücklauf in Prozent | | 21.6% | 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 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 | Patienten-Ombudsstelle |
| | Name der Ansprechperson | Ursula RAUSSER |
| | Funktion | Leiterin Patienten-Ombudsstelle |
| | Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten) | 031 632 85 65; ursula.rausser@insel.ch |
| | Bemerkungen | |

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 type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht . Begründung | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit. | | |
| <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: | 2011 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015 |
| 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 Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen: | Universitätsklinik für Kinderchirurgie Universitätsklinik für Kinderheilkunde (inkl. Neonatologie) |
| Messergebnisse der letzten Befragung | | |
| | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse |
| Gesamter Betrieb | | |
| Resultate pro Bereich | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse |
| Kinderheilkunde | 87% | Gesamteindruck |
| Kinderchirurgie | 85% | Gesamteindruck |
| Neonatologie | 91% | Gesamteindruck |
| <input checked="" type="checkbox"/> Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert: | | 2011; 2012; 2013 |
| <input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | |
| <input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | |
| Begründung | | |
| <input 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"/> Externes Messinstrument | | | |
| Name des Instruments | Picker-Fragebogen für Pädiatrie | Name des Messinstituts | Picker-Institut |
| <input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument | | | |
| Beschreibung des Instruments | | | |
| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
| Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen | Einschlusskriterien | Versand des Fragebogen nach Austritt des Kindes an die Eltern. Alle Eltern, deren Kind in der Messperiode ausgetreten ist und mindestens einen Tag hospitalisiert war | |
| | Ausschlusskriterien | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 632 | |
| Rücklauf in Prozent | | 64% | Erinnerungsschreiben? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

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 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: | 2011 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2017 |
| 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 Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen: | |
| Messergebnisse der letzten Befragung (2011) | | |
| | Zufriedenheits-Werte | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Gesamter Betrieb | 69% | Benchmark: 66% Benchmarking-Teilnehmer: <ul style="list-style-type: none"> • Inselspital Bern • Epilepsie-Zentrum • Spital Männedorf • Spital Uster • St. Claraspital AG • Regionalspital Surselva |
| Resultate pro Bereich | Ergebnisse | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| Thema: Führung | 65% | Benchmark: 64% |
| Thema: Mitarbeiter | 68% | Benchmark: 65% |
| Thema: Partnerschaften & Ressourcen | 68% | Benchmark: 63% |
| Thema: Prozesse | 62% | Benchmark: 62% |
| Thema: Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | 70% | Benchmark: 69% |
| Thema: Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | 66% | Benchmark: 70% |
| <input checked="" type="checkbox"/> Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert: | | 2012 |
| <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). | | |
| Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | |
| Im Rahmen des Zusammenschlusses mit dem SNBe führt das Inselspital das sogenannte Change-Barometer – mittels eigenem Fragebogen – durch und setzt die Mitarbeiterzufriedenheitserhebung bis auf weiteres aus. Eine erneute Befragung ist frühestens im Jahr 2017 geplant. | | |

| Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | |
|---|--------------------------------|------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Externes Messinstrument | | | |
| Name des Instruments | Mitarbeiterbefragung im Spital | Name des Messinstituts | QM RIEDO & QUALIS Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument | | | |
| Beschreibung des Instruments | | | |

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---------------------|-------------------------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter | Einschlusskriterien | Alle festangestellten Mitarbeitende | |
| | Ausschlusskriterien | Praktikanten | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 3684 | |
| Rücklauf in Prozent | | 52,3% | Erinnerungsschreiben? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input 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 type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht . | | |
| | Begründung | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit. | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt. | |
| | <input type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. | |
| | Die letzte Messung erfolgte im Jahr: | 2014 | Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015 |
| 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 checked="" type="checkbox"/> | In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> | ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen: |
| | | | in verschiedenen Kliniken punktuelle Befragungen, in einigen Fachbereichen konkreter Fragebogen, z.B. Frauenklinik, Palliativzentrum |
| Messergebnisse der letzten Befragung | | | |
| Messergebnisse | Zufriedenheits-Wert | Wertung der Ergebnisse | |
| Gesamter Betrieb | | | |
| Resultate pro Bereich | Ergebnisse | Wertung der Ergebnisse | |
| Frauenklinik | 92.1% gute bis sehr gute Zufriedenheit | 93.4% gute bis sehr gute Zufriedenheit mit Spezialangeboten, je nach spezifischem Fachbereich 87.2% - 96.4% | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Ergebnisse wurden bereits im folgenden Qualitätsbericht publiziert. | | |
| <input type="checkbox"/> | Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | |
| | Begründung | Bisher erschien die Publikation nicht sinnvoll, da die Evaluation auf ganz spezifische Fragestellungen zum Fachbereich fokussierte oder bereichsinterne Befragungen im Rahmen von Zertifizierungen darstellen. | |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | | |
| Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | |
| Handlungsfelder und Massnahmen entsprechend den Ergebnissen der spezifischen Fachbereiche | | | |

| Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung | | | |
|---|--|------------------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Externes Messinstrument | | | |
| Name des Instruments | Fragebogen für Interview (mündlich, telefonische Befragung) | Name des Messinstituts | rotthaus.de |
| <input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument | | | |
| Beschreibung des Instruments | Fragebogen mit 5er Skala zu Zufriedenheitswerten und ganz spezifische Fragen mit Ja/Nein Antwortmöglichkeit; Fragebogen für semi-strukturiertes Interview | | |

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|---|---------------------|--|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser | Einschlusskriterien | Frauenklinik: Stichprobe von 143 TOP-Zuweisern | |
| | Ausschlusskriterien | | |
| Anzahl vollständige und valide Fragebogen | | 95 (Interviews) | |
| Rücklauf in Prozent | | 66.4% | Erinnerungsschreiben? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

E

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 innert 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: | | | | |
|---|--------|---|--|--------------------------------------|
| Beobachtete Rate | | Erwartete Rate | Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%) | Ergebnis ¹ A, B oder C |
| Intern | Extern | | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen . | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | | |
| Begründung | | Die Daten werden über den ANQ veröffentlicht. | | |

| Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten |
|---|
| Die ANQ-Messung 2014 (Datengrundlage 2013) wird pseudonomisiert im September 2015 veröffentlicht. |

| 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 | | |
| 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: | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| Beobachtete Rate | Erwartete Rate | Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%) | Ergebnis ² A, B oder C |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen . | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | Der ANQ verzichtet auf eine Veröffentlichung der Daten. | | |

| Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten |
|---|
| |

| 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 | | |
| Bemerkungen | | |

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% (in %) | Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%) * keine Vorjahreswerte vorhanden |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen | 61 | 3 | 4.9% | 1-13.7% | 12.1% (-)* |
| <input checked="" type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen >=16 Jahre | 19 | 2 | 10.5% | 1.3-33.1% | 5.4% (-)* |
| <input checked="" type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen < 16 Jahre | 99 | 2 | 2.0% | 0.2-7.1% | - |
| <input type="checkbox"/> Hernienoperationen | 47 | 3 | 6.4% | 1.3-17.5% | 4.8% (-)* |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dickdarmoperationen (Colon) | 91 | 22 | 24.2% | 15.8-34.3% | 22.3% (-)* |
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio) | - | - | - | - | - |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutterentfernungen | - | - | - | - | - |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulen Chirurgie | - | - | - | - | - |
| <input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen | - | - | - | - | - |
| <input type="checkbox"/> Rektumoperationen | 16 | 3 | 18.8% | 4-45.6% | 16.7% (-)* |
| <input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | | | |
| Begründung | | | | | |

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.

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.

| 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% (in %) | Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%) * keine Vorjahreswerte vorhanden |
| <input checked="" type="checkbox"/> Herzchirurgie | 990 | 34 | 3.4% | 2.4-4.8% | 3.1% (-)* |
| <input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen | - | - | - | - | - |
| <input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen | - | - | - | - | - |
| <input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | | | |
| Begründung | | | | | |

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

- Die Infektraten von Hernienoperationen, der Colonchirurgie und Rektumchirurgie sind in etwa gleich wie in der Vorperiode. Die Infektrate der Gallenblasenentfernungen ist gesunken, hingegen bleibt diejenige der Colonchirurgie unverändert hoch. Um die entsprechenden OP-Prozesse zu durchleuchten und mögliche Ansatzpunkte für Verbesserungen zu finden, werden ab 2015 spitalhygienische OP-Begehungen durchgeführt.
- Seit 2014 wird die Appendektomien bei Kindern (< 16 Jahre) erfasst.
- Die Rate der Wundinfektionen in der Herzchirurgie ist wie in der Vorjahresperiode exzellent.

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 Blinddarmoperation 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.ang.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: <http://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 | 9 | In Prozent | 1,8% |
| <input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung | | | |
| Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten | | | |
| Die Ergebnisse der ANQ-Messung vom Stichtag 11. November 2014 werden voraussichtlich im Herbst 2015 veröffentlicht. | | | |

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

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | | |
|--|---|--|-----|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | - 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 | - 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 | 504 | Anteil in Prozent (Antwortrate) | 78% |
| Bemerkungen | Antwortrate ist höher als in den Vorjahren. | | |

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: <http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus>

| Deskriptive Messergebnisse 2014 | | Anzahl Erwachsene mit Dekubitus | In Prozent |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|------------|
| Dekubitusprävalenz | Total: Kategorie 1 - 4 | 27 | 5.4% |
| | ohne Kategorie 1 | 16 | 3.2% |
| Prävalenz nach Entstehungs-ort | Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1 | 19 | 3.8% |
| | Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1 | 9 | 1.8% |
| | In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1 | | |
| | In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1 | | |

| Deskriptive Messergebnisse 2014 | | Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus | In Prozent |
|---------------------------------------|--|---|------------|
| Dekubitusprävalenz | Total: Kategorie 1 - 4 | 31 | 42,5% |
| | ohne Kategorie 1 | 3 | 4,1% |
| Prävalenz nach Entstehungs-ort | Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1 | 30 | 41,1% |
| | Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1 | 3 | 4.1% |
| | In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1 | 1 | 1.4% |
| | In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1 | | |

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Begründung

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Ergebnisse der ANQ-Messung vom Stichtag 11. November 2014 werden voraussichtlich im Herbst 2015 veröffentlicht. Die hier vorliegenden Daten sind nicht risikoadjustiert und müssen mit Vorsicht interpretiert werden. Die hohen Raten an Dekubitus bei Kindern betreffen hauptsächlich Druckstellen der ersten Kategorie. Die dokumentierte Rate zeigt zudem eine hohe Sensitivität der Beobachtung und Erfassung.

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

| 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 | 504 | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | 78% |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche | 73 | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | 84% |
| Bemerkungen | | | |

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) | Vertrauensintervall⁶ CI=95% | Wertung der Ergebnisse |
| Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen? | 9.2 | 9.10-9.30 | 0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben? | 9.04 | 8.98-9.01 | 0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet |
| Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? | 8.93 | 8.82-9.04 | 0 = nie 10 = immer |
| Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? | 8.93 | 8.84-9.03 | 0 = nie 10 = immer |
| Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt? | 9.35 | 9.26-9.44 | 0 = nie 10 = immer |
| <input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | | | |

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Im Vergleich zu den anderen Universitätsspitalern sind die Patientinnen und Patienten in allen Bereichen am zufriedensten. Eine Ausnahme ist die Kommunikation mit der Ärzteschaft, hier konnte aber eine Steigerung der Zufriedenheit erreicht werden. Das Inselspital wird in diesem Bereich im Jahr 2014 am zweitbesten bewertet.

Die vorliegenden Daten wurden vom ANQ noch nicht veröffentlicht. Sie sind den Kliniken aber laufend über ein Online-tool zugänglich.

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.

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.

| Angaben zur Messung | | | |
|--|---------------------|--|------------------------------|
| Auswertungsinstitut | | hcri AG | |
| 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 | | 2281 | |
| Anzahl eingetreffener Fragebogen | | 925 | Rücklauf in Prozent 40.6% |
| Bemerkungen | | | |

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? | 8.61 | 8.29-8.93 | 0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat? | 8.54 | 8.26-8.82 | 0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet |
| Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten? | 8.79 | 8.56-9.02 | 0 = nie 10 = immer |
| Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten? | 8.83 | 8.60-9.05 | 0 = nie 10 = immer |
| Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt? | 9.31 | 9.10-9.52 | 0 = nie 10 = immer |
| <input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. | | | |
| Begründung | | | |

| Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten |
|--|
| Im Vergleich mit dem Vorjahr konnten die Zufriedenheitswerte gesteigert werden. |

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

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.

| 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 | | 354 | |
| Anzahl eingetreffener Fragebogen | | 168 | Rücklauf in Prozent 47.5% |
| Bemerkungen | | | |

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 | | |
| Die Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie beteiligt sich an diesem Register. | | |
| 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 | | |

F1 Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)

| | |
|--------------------|--|
| Messthema | Infektionen (andere als mit Swissnoso) |
| Was wird gemessen? | Infekte mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus MRSA |

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

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

Messergebnisse

Infektionen

| Jahr | Total MRSA-Fälle | (davon community-akquirierte Fälle) | (übrige Fälle) | Total stationäre Spitalaufnahmen | Total MRSA-Fälle pro 1'000 stationäre Aufnahmen (spitalerworbene in Klammern) |
|------|------------------|-------------------------------------|----------------|----------------------------------|---|
| 2011 | 59 | 36 | 23 | 38'437 | 1.5 (0.6) |
| 2012 | 60 | 40 | 20 | 37'826 | 1.6 (0.5) |
| 2013 | 52 | 36 | 16 | 39'602 | 1.3 (0.4) |
| 2014 | 79 | 61 | 18 | 41'155 | 1.9 (0.4) |

Die Messung 2014 ist noch **nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Unser **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Begründung

Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Als community-akquiriert gelten Fälle, die innerhalb der ersten 48 Stunden des Spitalaufenthaltes diagnostiziert wurden. Alle anderen Fälle werden als spitalerworben betrachtet, wobei nicht auszuschliessen ist, dass auch diese von ausserhalb erworben wurden.

Für weitere Auskünfte zu dieser Messung steht jonas.marschall@insel.ch zur Verfügung

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" 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 Auswertungsinstitut: | |

Angaben zum untersuchten Kollektiv

| | | |
|--|---------------------|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | Es findet kein flächendeckendes Screening statt. Die Untersuchung ist Risikofaktoren basiert und kann auch ambulant behandelte Patienten einschliessen. |
| | Ausschlusskriterien | |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten | | |
| Bemerkungen | | |

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)

| | |
|--------------------|---|
| Messthema | Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ) |
| Was wird gemessen? | |

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

Messergebnisse

| Anzahl Stürze total | Anzahl mit Behandlungserfolgen | Anzahl ohne Behandlungserfolge |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 532 | 201 | 331 |
| <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. | | |
| Begründung | | |
| <input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | | |

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

| |
|--|
| |
|--|

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

| | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: | Elektronische Sturzerfassung Inselspital |
| <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 stationären Patienten |
| | Ausschlusskriterien | |
| Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten | | |
| Bemerkungen | | |

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)

| | |
|--------------------|--|
| Messthema | Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ) |
| Was wird gemessen? | Lokalisation und Kategorie von Dekubitus |

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

| | |
|---|---|
| Messergebnisse | |
| Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung | Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> | Die Messung 2014 ist abgeschlossen . |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. |
| Begründung | Die Ergebnisse werden intern kommuniziert. Es findet kein Vergleich mit anderen Kliniken statt. |
| <input type="checkbox"/> | Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). |

| |
|--|
| Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten |
| Seit 2008 werden sowohl die Lokalisation wie auch die Kategorie von Dekubitus bei allen Patientinnen und Patienten ab Eintritt alle 8 Stunden erhoben. Die Ergebnisse werden ausgewertet. Die Inzidenz ist konstant unter 4 Prozent. |
| Die im Jahr 2013 lancierten Verbesserungsaktivitäten (Einsatz Hilfsmittel zur Reduktion von Dekubitus und Scherkräften, Frühmobilisation) haben sich etabliert. Im Jahr 2015 ist zudem die Evaluation des Darmmanagement geplant. |

| | | | |
|---|---|---|---------------------------------|
| Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: | Kategorie Einteilung nach EPUAP |
| <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 Patientinnen und Patienten |
| | Ausschlusskriterien | keine |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten | | 5900 Eintritte |
| Bemerkungen | | |

F4 Weiteres Messthema: Händehygiene-Compliance

| | |
|--------------------|---|
| Messthema | Händehygiene-Compliance |
| Was wird gemessen? | Einhaltung von Standards betreffend Händehygiene-Compliance |

| An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt? | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: | OP Bereiche, Stationäre Bereiche (ausser Bewachungsstation), Ausgewählte ambulante Bereiche |
| <input type="checkbox"/> | In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: | |

| Messergebnisse | |
|---|---|
| Händehygiene-Compliance | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
| OP Bereiche: 62% Stationäre Bereiche: 77% Ambulante Bereiche: 67% | Die OP-Bereiche blieben konstant gegenüber dem Vorjahr (2013: 60%). Ebenso blieben die stationären Bereiche konstant (2013: 80%). In den ambulanten Bereichen fand eine Verschlechterung gegenüber dem Vorjahr statt (2013: 74%). |
| <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 Spitälern verglichen (Benchmark). |

| Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013 | | | |
|--|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: | Das Erfassungsinstrument wurde 2005 von Swisnoso entwickelt und anschließend intern angepasst. |
| <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 untersuchte Patienten | | |
| Bemerkung Anzahl der beobachteten Händehygienehandlungen | | OP Bereiche: 2056 (2013: 1'855) Handlungen Stationäre Bereiche: 3013 (2013: 2'530) Handlungen Ambulante Bereiche: 903 (2013: 702) Handlungen |
| Bemerkung | | Für weitere Auskünfte zu dieser Messung kontaktieren sie bitte jonas.marschall@insel.ch |

| Verbesserungsaktivitäten | | | |
|--------------------------|--|---|------------------------|
| Titel | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
| Händehygiene-Compliance | Verbesserung der Händehygiene-Compliance | Verschiedene Kliniken haben dieses Ziel gewählt | |

F5 Weiteres Messthema: CH-IQI Indikatoren

| | |
|--------------------|--|
| Messthema | CH-IQI Indikatoren gemäss Initiative Qualitätsmedizin IQM und Bundesamt für Gesundheit BAG |
| Was wird gemessen? | Krankheitsspezifische Mortalitätsraten, sonstige Raten und Fallzahlen |

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung 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

| Messthema | Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen |
|--|---|
| Zu den wichtigsten akutmedizinischen Krankheitsgruppen werden Analysen der Routinedaten (DRG Datensatz, Medizinische Statistik BFS) durchgeführt. Grundlage sind die Qualitätsindikatoren des BAG (CH-IQI). Dasselbe Indikatoren-Set wird auch von der Initiative Qualitätsmedizin (IQ ^M) verwendet. | Im Falle von sogenannt statistisch auffälligen Ergebnissen werden Fallbesprechungen auf Ebene Chefarzt durchgeführt (sogenannte Peer Reviews). Dabei handelt es sich um strukturierte Fallbesprechungen. Weitere Details und sämtliche Ergebnisse sind auf der Webseite des Inselspitals verfügbar unter http://www.aerztlichedirektion.insel.ch/de/qualitaet0/theme/aufgaben/iqm-qualitaetsindikatoren/ (link bitte händisch eingeben) |
| <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 checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark). | |

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Aktuelle Zahlen werden jeweils Ende Mai auf der oben erwähnten Webseite hochgeladen.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

| | | |
|---|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut: | IQ ^M |

Angaben zum untersuchten Kollektiv

| | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten | Einschlusskriterien | |
| | Ausschlusskriterien | |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten | | |
| Bemerkungen | | |

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? | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil. Begründung |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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](http://www.fmh.ch/saqm/service/forum_medizinische_register.cfm)

| Registerübersicht | | | |
|---|--|--|---------|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab |
| AMDS Absolute Minimal Data Set | Anästhesie | Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS | 2007 |
| AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland | Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin | AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch | |
| 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 | |
| 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 | |

| | | | |
|---|---|---|------|
| European Adult Cardiac Surgical Database | Herzchirurgie | EACTS /European Association for Cardio-Thoracic-Surgery) www.eacts.org/ | 2005 |
| FIVNAT-CH Fécondation In Vitro National | Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie | FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch/ | |
| IDES Register Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenks-prothesen | Orthopädische Chirurgie | MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch | |
| KTRZ Knochtumor-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 http://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochtumor-referenzzentrum/ | |
| 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 | 2008 |
| 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 | |
| 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 | | |
| Schweizer Dialyseregister | Nephrologie | Schweizer Gesellschaft für Nephrologie http://www.swissnephrology.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://www.research-projects.uzh.ch/p14765.htm | |
| SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases | Pneumologie | Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch | |
| SIRIS Schweizer Implantat Register | Orthopädische Chirurgie | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin http://www.siris-implant.ch/ | 2012 |
| SMOB Swiss Morbid Obesity Register | Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric | SMOB Register www.smob.ch | |
| SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry | Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin | Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern http://www.neuropaediatric.ch/snpsr/ | |
| SOG Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft | Ophthalmologie | SOG www.sog-ssso.ch | |
| SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister | Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie | Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebendspende.ch/de/verein.php | |

| | | | |
|---|--|--|------|
| SPNR Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister | Pädiatrie, Nephrologie | Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern http://www.nierenpatienten.ch/informationen/nierenregister/ | |
| SPSU Swiss Paediatric Surveillance Unit | Pädiatrie | Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) http://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 | Universität de Genève und andere Universitäten in der Schweiz https://www.slec.ch | |
| STIS Swiss Teratogen Information Service | Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie | Swiss Teratogen Information Service STIS www.swisstis.ch | |
| STR Schweizer Traumaregister | Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin | Adjumed Services AG www.adjumed.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, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie | Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie http://www.neonet.ch/en/ | |
| 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 http://www.swissnet.net/home.html | |
| SwissNOSO Erfassung postoperativer Wundinfektionen | alle | SwissNoso http://www.swissnoso.ch/ | 2009 |
| Swissregard Nationales Register zu plötzlichen | Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Rechtsmedizin, Pathologie, Herz- und Thorax-, | Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern www.swissregard.ch | |

| | | | |
|--|--|---|----------------|
| Todesfällen von Athleten | Gefässchirurgie, Kardiologie, Intensivmedizin | | |
| SWISSVASC Registry | Gefässchirurgie | Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch | 2005 |
| 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 | |
| TARN (Trauma and research network) | Notfallmedizin | The Trauma Audit & Research Network http://eurotarn.man.ac.uk/ | |
| TR-DGU TraumaRegister DGU | Orthopädische Chirurgie | AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de | |
| Überwachung der Antibiotikaresistenzen und Isolation am Inselspital | Infektiologie, Epidemiologie | | |
| Krebsregister | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab |
| NICER - Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung | Alle | Nationales Institut für Krebs epidemiologie 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 | 2013 |
| Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft - KRBB | Alle | http://www.gesundheitsdienste.bs.ch/ueberuns/organisation/abteilung-projekte-und-services/krebsregister.html | |
| Krebsregister Kanton Freiburg - RFT | Alle | www.liquecancer-fr.ch | |
| Krebsregister Graubünden und Glarus - KR GG | Alle | http://www.ksgr.ch/krebsregister.aspx | |

| | | | |
|---|------|---|--|
| Krebsregister Kanton Genf - RGT | Alle | www.unige.ch/medecine/rqt/index.html | |
| Krebsregister Kanton Jura - RJT | Alle | - | |
| Krebsregister Kanton Neuenburg - RNT | Alle | - | |
| Krebsregister Kanton Tessin | Alle | www.ti.ch/tumori | |
| Krebsregister Kanton Thurgau - KRTG | Alle | www.krtg.ch/ | |
| Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA | Alle | http://www.krebsliga-sg.ch/de/krebsregister/ | |
| 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 | https://www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-krebsregister.html | |

Bemerkung



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter <http://www.spitalinformation.ch/startseite/> 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 |
|---|--|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| ISO 9001:2000 | Bereich Medizintechnik | 2004 | 2010 | |
| ISO 9001:2008 | Bereich Beschaffung + Logistik | 2004 | 2010 | |
| ISO 9001:2000 | Bereich Hauswirtschaft | 2006 | 2012 | |
| ISO 9001:2008 | Bereich Technik & Sicherheit | 2003 | 2011 | |
| ISO 9001:2000 ISO 13485:2003 | Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA) | 2000 2003 | 2006 | Nächste Rezertifizierung geplant für 2015 |
| Concret © | Bereich Pflege: ambulante und stationäre Pflegeeinheiten (35 Einheiten; 2013: 60) | | | Laufend werden Überwachungsaudits und Rezertifizierungen durchgeführt |
| ISO/IEC 17025:2005 | Hämatologisches Labor Kinderklinik | 2005 | 2014 | |
| ISO/IEC 17025:2005 | Universitätsinstitut für Klinische Chemie (inkl. Immunologie, Molekularbiologie, klin. Chemie) | 2000 | 2010 | Nächste Rezertifizierung geplant für 2015 |
| ISO/IEC 17025:2000 | Abteilung Humangenetik, Kinderklinik | 2005 | 2008 | Nächste Rezertifizierung geplant für 2015 |
| ISO/IEC 17025:2005 | Hämatologie (Erwachsene) Hämatologisches Zentrallabor (inkl. Molekulare Diagnostik) | 2001 | 2010 | |
| UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) | Klinik für Kinderchirurgie: Bettenstation, Notfall, Poliklinik und Tagesklinik | 2006 | 2008 | Rezertifizierung in Planung |
| EFQM: Anerkennung für Excellence, Stufe 2 | Bereich Gastronomie | 2008 | 2011 | |
| Anerkennungsverfahren gemäss SGI | Universitätsklinik für Intensiv Medizin | | 2001 | Anerkennung ist ca 30 Jahre gültig |
| Anerkennungsverfahren gemäss SGI | Abteilung für pädiatrische Intensivbehandlung | | 2011 | Anerkennung ist ca 30 Jahre gültig |
| ISO 9001: 2008 | Medizinische Codierung (operatives Medizincontrolling) | 2009 | 2012 | Nächste Rezertifizierung geplant für 2015 |
| Anforderungskatalog der Deutschen Krebsgesellschaft kombiniert mit ISO 9001 | Gynäkologisches Krebszentrum Inselspital Bern | 2011 | 2014 | |
| ISO/IEC 17025 STS 570 | Universitätsklinik Dermatologie: Dermatopathologie | 2012 | | Nächste Rezertifizierung geplant für 2015 |

| Angewendete Norm (2. Seite) | Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet | Jahr der ersten Zertifizierung | Jahr der letzten Rezertifizierung | Bemerkungen |
|---|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Normen der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) | Universitätsklinik für Pneumologie (Ambulante pulmonale Rehabilitation) | 2012 | | Akkreditierung ist unbeschränkt gültig. Bei Programmleiterwechsel findet eine Neubeurteilung durch die Kommission statt. |
| ISO 9001: 2008 | Universitätsklinik für Kinderchirurgie (Klinikleitung, Operationsbereich und Druckmessungslabor) | 2003 | 2012 | |
| Anforderungskatalog der Deutschen Krebsgesellschaft kombiniert mit ISO 9001 | Universitätsklinik für Frauenheilkunde Brustzentrum | 2012 | | 2015 erste Rezertifizierung geplant |
| Normen der AO Foundation | Universitätsklinik für Kinderchirurgie Anerkennung als AO Clinical Study Center | 2012 | | 2015 erste Rezertifizierung geplant |
| ISO 9001 | Universitätsklinik für Frauenheilkunde IVF | 2006 | 2012 | |
| Sanacert | Universitätsklinik für Neurologie: Stroke Center Inselspital | 2013 | | 2016 erste Rezertifizierung geplant |
| Anforderungskatalog der Deutschen Krebsgesellschaft kombiniert mit ISO 9001 | Universitätsklinik für Thoraxchirurgie Lungenkrebszentrum | 2013 | | 2016 erste Rezertifizierung geplant |
| ISO 9001:2008 | Universitätsklinik für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie | 2013 | | 2016 erste Rezertifizierung geplant |
| ISO 9001:2008 | Ärztliche Direktion (strategisches Medizincontrolling) | 2013 | | 2016 erste Rezertifizierung geplant |
| EFQM Committed to Excellence | Universitätsklinik für Frauenheilkunde Gynäkologischen Endokrinologie | 2013 | | 2016 erste Rezertifizierung geplant |

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung laufender Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit), welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

| Aktivität oder Projekt (Titel) | Ziel | Bereich | Laufzeit (von ... bis) |
|--|--|--------------------|------------------------|
| Zertifizierung zum Universitären Hautkrebszentrum | <p>ISO-Zertifizierung (9001) der Prozesse am Patientenpfad entlang (durch Clarzert) zudem fachliche Zertifizierung der Anforderung aus dem Erhebungsbogen für Hautkrebszentren (durch Onkozert) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).</p> <p>Ziele des CCC:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bestmögliche Therapie für Patienten durch Vernetzung aller Tumorspezialisten in Dienstleistung, L&F -Zentrale Eintrittspforte für Patienten – Ärzte gehen zu Patienten -Interdisziplinären Standards mit durchgängigen Patientenprozessen -Produktivitätssteigerung durch Prozessoptimierung -Spitzenleistung in Forschung (klinisch, experimentell und translational) | DURN | 3.2.2014 – 31.3.2015 |
| e-RAMIS | <ul style="list-style-type: none"> - Medikationsfehler bei den beiden Prozessschritten "Richten" und "Abgeben" werden um mind. 40% reduziert - Gesamter administrativer Aufwand im Zusammenhang mit der Medikation und der Medikamentenbewirtschaftung wird verringert - Folgekosten von falsch gerichteten und abgegebenen Medikamenten werden entsprechend reduziert - Bessere Daten für die Kostenrechnung im Swiss-DRG-Datensatz - Reduktion der Notwendigkeit von Doppelkontrollen - Erhöhten Patientensicherheit - Verbesserte Mitarbeiterzufriedenheit durch erhöhte Sicherheit - Vorreiterrolle des Inselspitals | DAIM | 1.3.2012-31.6.16 |
| Einsatz Mikrofasertücher | Reduktion des Reinigungsprodukteeinsatzes um 50%, Hygienischere Arbeitsweise durch den Einsatz eines klaren Farbensystems, Ergonomische Arbeitsweise beim Reinigen | Direktion Betriebe | 1.1.15-31.12.16 |
| EFQM 2* Gynäkologische Endokrinologie | <p>Erreichen der Stufe "Verpflichtung zur Exzellenz 2 Stern" (Committed to Excellence (C2E) 2 Stern).</p> <p>Der Fachbereich Gynäkologische Endokrinologie überprüft mit dem Projekt seine Kompetenzen und Stärken/Schwächen. Er steigert damit seine Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit. Er bietet seinen Mitarbeitern Entwicklungsperspektiven.</p> <p>Desweiteren soll das Projekt Ausgangspunkt für weitere Qualitätsentwicklungsmassnahmen in der Frauenklinik sein und die Rolle des Kompetenzzentrum EFQM in der Frauenklinik ausbauen.</p> | DFKE | 1.8.14-1.8.15 |
| Simulations- und Teamtraining pädiatrische Intensivstation | <ol style="list-style-type: none"> 1. Durchführen von simulationsbasierten Trainingskursen zur Aus- und Weiterbildung von Assistenz-, Ober- und Kaderärzten sowie Intensivpflegefachpersonen der interdisziplinären pädiatrischen Intensivstation. 2. Förderung und Aufrechterhaltung einer hohen fachlichen Kompetenz im Management von pädiatrischen Notfällen. | DFKE | 1.7.14-31.12.15 |

| | | | |
|---|---|------|-----------------|
| | 3. Erhöhung der Patientensicherheit unter Berücksichtigung von Aspekten des Crisis Resource Management. | | |
| Inter-professionelle Betreuung Hämostasestörungen | Hauptziel: An der Universitätsklinik für Hämatologie des Inselspitals soll ein evidenzbasiertes Betreuungsangebot für Patienten mit angeborenen Hämostasestörungen und ihre Angehörigen durch ein interprofessionelles Team mit einer Advanced Practice Nurse (APN) aufgebaut, umgesetzt und evaluiert werden. | DOLS | 1.8.14-31.12.16 |
| Prozess-optimierung Ein- und Austrittsmanagement DOLS | Ziel 1:Überarbeitung von Schnittstellenproblemen im Eintrittsmanagement Ziel 2: Erstellung eines interprofessionellen Austrittskonzeptes für das Departement DOLS (teilweise schon erarbeitet) Ziel 3: Beschreibung von Austrittsprozessen/ Abläufen von Patienten, welche von den jeweiligen Stationen des DOLS (Rad.Onk., Med.Onk., Hämat.Onk., Palliative Care) entlassen werden und Klärung der jeweils interprofessionellen Verantwortlichkeiten. Ziel 4: Alle am Austritt beteiligten internen und externen Personen/ Institutionen verfügen rechtzeitig über die für sie relevanten Informationen (einschliesslich Patienten/Angehörigen) | DOLS | 1.1.15-31.12.15 |
| EFQM Stufe 1 Poliklinik Plast.- und Handchirurgie | Erreichen der Stufe "Committed to Excellence". Die Poliklinik für Plastische- und Handchirurgie überprüft mit dem Projekt seine Kompetenzen und Stärken/Schwächen. Sie steigert damit ihre Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit. Sie optimiert einerseits die Behandlungsqualität bei ihren Patienten und bietet andererseits dadurch ihren Mitarbeitenden weitere Entwicklungsperspektiven an. Die Poliklinik für Plastische- und Handchirurgie kann durch das Projekt ihre Konkurrenzfähigkeit stärken, da die Qualitätsentwicklungsmassnahmen ihr Potential erhöht, sich als ein marktführendes Kompetenzzentrum in der Stadt Bern zu behaupten. | DOPH | 1.1.15-31.12.15 |

| Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt? | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb hat kein CIRS? |
| Begründung | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb hat 2004 ein CIRS eingeführt. |
| <input type="checkbox"/> | Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert. |
| Bemerkungen | |

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Projekttitlel | Pflegesprechstunde für Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz | |
| Projektart | <input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt | <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton) |
| Projektziel | Eine Beratungssprechstunde durch eine Advanced Practice Nurse (APN), in Zusammenarbeit mit den Ärzten, zur Information von Patienten mit einer chronischen Niereninsuffizienz und deren Angehörigen ist mit einem Beratungsleitfaden systematisiert, auf dem Ambulatorium der Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie implementiert und evaluiert. | |
| Beschreibung | <p>Chronische Niereninsuffizienz ist eine degenerative Erkrankung, die mit konservativen Therapien hinausgezögert werden kann. Studien zeigen, dass eine gezielte und individuell durchgeführte Edukation der Patienten die Zeitspanne bis zu einer Nierenersatztherapie verlängern konnte.</p> <p>In der Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie soll eine Advanced Practice Nurse eingesetzt werden, um diese Edukation der Patienten durchzuführen und sie in ihrem Lifestylemanagement zu unterstützen und zu begleiten. Themen, welche wiederholt angesprochen werden sollten sind: Symptome und Symptommanagement der chronischen Niereninsuffizienz, Komplikationen der Erkrankung und der Therapien, Familie und Sozialleben, Flüssigkeitszufuhr, Diät und Medikation.</p> | |
| Projekttablauf / Methodik | <p>Die Umsetzung erfolgte nach der Aktionsforschung nach Stringer (look/think/act) mit folgenden Meilensteinen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erarbeitung des Beratungsleitfadens 2. Pilot Beratungssprechstunde 3. Evaluation des Piloten 4. Implementierung der Beratungssprechstunde ist in das Dienstleistungsangebot der Klinik <p>Per 31.5.2014 konnte das Projekt erfolgreich abgeschlossen werden</p> | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie | |
| Involvierte Berufsgruppen | Ärzeschaft und Pflege | |
| Projektelevaluation / Konsequenzen | Das Ziel der Edukation ist eine Zunahme des Wissens von den Patienten über ihre Erkrankung und die Möglichkeiten des Umgangs damit. Es hat eine Wirkungskontrolle stattgefunden, durch die nachgewiesen werden konnte, dass einen Monat nach der ersten Sprechstunde, das Wissen zugenommen hat. | |
| Weiterführende Unterlagen | | |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Projekttitle | ISO 9001 Zertifizierung des Instituts für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie (DIPR) | |
| Projektart | <input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt | <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton) |
| Projektziel | <p>Formales Hauptziel ist die Erreichung eines ISO 9001:2008-Zertifikats, dadurch sollen folgende qualitative Ziele erreicht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schaffung einer Qualitätskultur - Schaffung eines Systems zur kontinuierlichen Verbesserung - Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit - Verbesserung der Patientenzufriedenheit - Verbesserung der Zuweiserzufriedenheit - Verbesserung des Image | |
| Beschreibung | <p>Im Sinne einer bestmöglichen Patientenbetreuung und einer maximalen Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit wurde das Qualitätsmanagementsystem des Universitätsinstituts für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie (DIPR) verbessert und gemäss des internationalen Standards DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.</p> | |
| Projekttablauf / Methodik | <p>Unter Einbezug einer externen Beratungsfirma (EvoConsult), die über eine grosse Erfahrung bezüglich Zertifizierungen am Inselspital verfügt, wurde im Jahr 2013 der Teilbereich Magnetresonanztomographie zertifiziert. Im Jahr 2014 fand die Ausweitung dieser Zertifizierung auf das gesamte Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie inkl. Lehre und Forschung statt. Das Vorgehen richtete sich an den Vorgaben einer ISO-Zertifizierung und wurde mit dem Zertifizierungsaudit durch die akkreditierte Prüfanstalt Swiss TS am 27.1.2015 abgeschlossen.</p> | |
| 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? Das DIPR mit seinen zahlreichen Aussenstellen ist organisatorisch vielschichtig und dementsprechend ergeben sich sehr komplexe Schnittstellen zu internen und externen Zuweisern. Die Zertifizierung dieses Bereichs hat deshalb Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit den verschiedenen klinischen Abteilungen. | |
| Involvierte Berufsgruppen | Ärzeschaft und MTRA | |
| Projektelevaluation / Konsequenzen | <p>Die erfolgreiche Zertifizierung entspricht der Erreichung des formalen Hauptziels, womit ein entscheidender Schritt für die qualitativen Ziele der Schaffung einer Qualitätskultur und eines Systems zur kontinuierlichen Verbesserung stattgefunden hat. Da keine systematische Erhebung der Zufriedenheit der verschiedenen Stakeholdern vorgenommen wurde, kann der Effekt der Zertifizierung nur geschätzt werden. Es fanden allerdings bereits kleinere Qualitätsverbesserungsprojekte statt, wie zum Beispiel die Einführung eines Anamnesegesprächs vor den Untersuchungen. Die Präsenz der Ärzteschaft und damit die Zufriedenheit der Patienten konnte dadurch deutlich gesteigert werden.</p> | |
| Weiterführende Unterlagen | | |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Projekttitlel | COPE franz. Version: Umsetzung Rahmenkonzept Patienten- und Angehörigenedukation | |
| Projektart | <input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt | <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton) |
| Projektziel | Übersetzung der Dokumentation zur Edukation von Eltern mit frühgeborenen Kindern und dadurch die Gewährleistung der Gleichbehandlung der deutsch- und französischsprachigen Eltern bezüglich der Elternedukation. | |
| Beschreibung | <p>Auf der neonatologischen Abteilung der Universitätsklinik für Kinderheilkunde wurde das evidenzbasierte Programm COPE (Creating Opportunities for Parent Empowerment) von Melnyk und Feinstein (2004, 2006, 2008) identifiziert, in deutscher Sprache hergestellt und im 2./3. Quartal 2012 implementiert.</p> <p>Die Patienten- und Angehörigenedukation COPE beinhaltet ein Lernpaket für die Eltern frühgeborener Kinder zum Erlangen von Fertigkeiten und Wissen im Umgang mit ihrem Kind, familienzentrierter Beratung und Begleitung zur Alltagsbewältigung.</p> <p>Das vorliegende Projekt umfasst die Übersetzung dieser Dokumente auf Französisch.</p> | |
| Projekttablauf / Methodik | Abschluss eines Lizenzvertrages, Übersetzung der englischen Version unter Berücksichtigung der in der deutschsprachigen Version eingearbeiteten Anpassungen an die kulturellen Gegebenheiten in Europa. Einbezug der Schlüsselpersonen im Nachfolgeprojekt, die im Hauptprojekt 2010 -2012 tätig waren, um Ressourcen zu sparen. | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Kinderklinik, Abteilung Neonatologie | |
| Involvierte Berufsgruppen | Ärztenschaft und Pflege | |
| Projektelevaluation / Konsequenzen | Die Implementierung der französischen Version ist erfolgt. | |
| Weiterführende Unterlagen | | |

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| Projekttitel | Der betagte Mensch als Notfallpatient | |
| Projektart | <input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt | <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton) |
| Projektziel | <p>Generelles Ziel: Verbesserte Sicherheit für betagte Patientinnen und Patienten im Universitären Notfallzentrum durch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisierung für die speziellen Bedürfnisse betagter Patienten im Notfall - Einführung eines geriatrischen Assessment bei allen Personen über 75 Jahren zur Früherkennung von kognitiven Störungen, dementiellen Entwicklungen und der Gefahr für die Entwicklung eines Delirs im Verlauf. - Einführung systematischer Kontrollen der Interaktionen von neu verordneten Medikamenten bei etablierten Medikamentenbehandlungen. - Optimierung der Absprachen und Kommunikation im interprofessionellen Team durch Repetieren der CRM (Crew Resource Management) Kriterien - Erstellen von Richtlinien für die Betreuung von betagten Personen im Notfall mit ihren spezifischen Bedürfnissen bei physischen und kognitiven Einschränkungen. - Erstellen einer Checkliste für ambulant geführte Patientinnen und Patienten über 75 Jahre im Universitären Notfallzentrum. | |
| Beschreibung | <p>Die demographischen Veränderungen spiegeln sich in den die aktuellen Zahlen des Universitären Notfallzentrums. So zeigt die Trendanalyse einen signifikanten prozentualen Anstieg von Personen ≥ 65 in der Gesamtpopulation der Notfalleintritte in den Jahren 2002-2011. Die Mehrheit (54%) der betagten Personen wird stationär behandelt, was einem signifikanten Unterschied zu den jüngeren Patienten entspricht.</p> <p>Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Gruppe von über 65-jährigen eine Herausforderung für den Notfall darstellt, da sich auf Grund der altersbedingten Veränderungen in der Physiologie andere Auswirkungen bei Erkrankungen, wie bei Stürzen beispielsweise, ergeben als bei jüngeren Patienten. Zudem haben über 65-jährige häufig mehrere Erkrankungen und somit mehrere medikamentöse Behandlungen gleichzeitig. Dadurch ist das Risiko für Notfalleintritte erhöht. Kürzer werdende Aufenthaltsdauern in Spitälern sind ein Risiko für raschen Wiedereintritt, insbesondere wenn zu Hause die Betreuung durch Fachpersonen nur ungenügend zur Verfügung steht.</p> <p>Für die Notfallzentren ist es unerlässlich, die Abläufe und Prozesse den demographischen Entwicklungen anzupassen. Das Personal des Universitären Notfallzentrums hat sich zum Ziel gesetzt, auf die sich abzeichnende Entwicklung zu reagieren und ein Konzept zu erarbeiten, das im Rahmen der interprofessionellen Weiterbildung umgesetzt wird.</p> | |
| Projekttablauf / Methodik | Erarbeitung eines Konzeptes und verschiedener Instrumente (z.B. Assessment, Checkliste) | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Universitäres Notfallzentrum | |
| Involvierte Berufsgruppen | Ärztenschaft und Pflege | |
| Projektelevaluation / Konsequenzen | Es hat eine Weiterbildung mit Einbezug von Simulationspatienten stattgefunden, an der 78% aller Pflegenden, 80% aller OberärztInnen und 36% aller AssistenzärztInnen teilgenommen haben. | |
| Weiterführende Unterlagen | | |



Schlusswort und Ausblick

Viele Massnahmen im Bereich Patientensicherheit (CIRS/EBKE, Patientenarmband) und Qualitätsmanagement (kontinuierliche Erhebung der Patientenzufriedenheit, ANQ-Messungen) sind gut etabliert und werden von den Kliniken getragen. Darauf aufbauend soll in den nächsten Jahren das Engagement laufend erweitert werden. So sind folgende Entwicklungen in Planung:

- Erarbeitung einer neuen Qualitätsstrategie, basierend auf der Geschäftsstrategie, unter Einbezug der relevanten Stakeholder und unter Berücksichtigung des Zusammenschlusses mit dem Spital Netz Bern
- Aufbau eines internen Auditprozesses anhand eines interdisziplinären QM-Systems
- Erweiterung des Reportings von Qualitäts-relevanten Kennzahlen
- Schrittweise Einführung elektronischer Hilfsmittel zur Steigerung der Patientensicherheit (z.B. „Bedside-Scanning“, e-RAMIS)
- Verbesserungsmaßnahmen im Bereich der Infektionsprophylaxe

Zudem werden laufend Projekte unterstützt, die aus den Kliniken eingebracht werden.

Eine besondere Herausforderung wird auch im kommenden Jahr der Zusammenschluss des Insspitals mit der Spital Netz Bern AG bleiben. Dieser Prozess soll bis zum 01.01.2016 abgeschlossen sein. Im Rahmen des Qualitätsmanagements sind die zuständigen Personen der SNBe-Standorte bereits heute stark in die weitere Entwicklung einheitlicher Vorgehensweisen eingebunden. Diese Zusammenarbeit wird als sehr gewinnbringend betrachtet und soll beibehalten werden.

Die in diesem Bericht vorgestellten Projekte und Massnahmen sollen ermöglichen, das Ziel „Schrittmacher in Qualität zu sein“ nachhaltig zu erreichen. Im Mittelpunkt aller Massnahmen stehen dabei die Interessen und Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten.

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 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:

http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutso_matik_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 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.ang.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).