OSPIDAL
CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA
GESUNDHEITSZENTRUM UNTERENGADIN

OSPIDAL
Gesundheitszentrum Unterengadin
Via da l'Ospidal 280
7550 Scuol

Akutsomatik

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern und Basel-Stadt

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Inhaltsverzeichnis

A Einleitung ... 3
B Qualitätsstrategie ... 4
B1 Qualitätsstrategie und -ziele ... 4
B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010 ... 4
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010 ... 4
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren ... 5
B5 Organisation des Qualitätsmanagements ... 5
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement ... 5
C Betriebliche Kennzahlen und Angebot ... 6
C1 Angebotsübersicht ... 6
C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010 ... 7
D Qualitätsmessungen ... 8
D1 Zufriedenheitsmessungen ... 8
D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit ... 8
D1-2 Angehörigenzufriedenheit ... 10
D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit ... 10
D1-4 Zuweiserzufriedenheit ... 11
D2 ANQ-Indikatoren ... 12
D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape ... 12
D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape ... 13
D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO ... 13
D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ) ... 14
D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010 ... 15
D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO) ... 15
D3-2 Stürze ... 16
D3-3 Dekubitus (Wundliegen) ... 16
D3-6 Weiteres Messthema ... 17
D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung ... 18
E Verbesserungsaktivitäten und -projekte ... 19
E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards ... 19
E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte ... 19
E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte ... 20
F Schlusswort und Ausblick ... 21
G Impressum ... 22
H Anhänge ... 23

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

A Einleitung

Das Ospidal Scuol hat dank seiner 100-jährigen Geschichte den Charme eines Jugendstilhotels, ist jedoch mit modernster medizinischer Infrastruktur ausgerüstet und verfügt als wichtigster Erfolgsfaktor über hochqualifizierte Mitarbeitende, welche sich kontinuierlich und intensiv weiterbilden. Diese Mischung führt im Ergebnis zum Motto „klein aber fein"- und von diesem können Sie als Patientinnen und Patienten unmittelbar profitieren.

Persönliche Betreuung und kurze Wege ermöglichen einen sehr hohen Grad an medizinischer Interdisziplinarität und Interprofessionalität im Interesse der Patienten- bis hin zu der in der Schweiz aktuell einmaligen **„Ganzheitlichen Medizin" bestehend aus Schul- sowie komplementärmedizinischen Komponenten.**

Neben den für uns selbstverständlichen, internen Qualitätssicherungsmassnahmen, die regelmässig von externen, anerkannten Gremien überprüft werden, steht bei uns die Patientensicherheit mit schweizweiten Pilotprojekten im Fokus. Gerne können Sie hierzu Detailinformationen und aktuelle Projekte auf unserer Internetseite www.cseb.ch abrufen.

Mit der Publikation dieses Qualitätsberichtes will das Ospidal Scuol zur Transparenz im Gesundheitswesen beitragen.

Für Fragen und/oder Unklarheiten zum Bericht stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Kontaktadressen:
Telefon: +41 81 861 10 00
Telefax: +41 81 864 99 04
Ospidal@cseb.ch
www.cseb.ch

Der Qualitätsbericht H+ qualité 2010 wurde am 16.06.2011 von der Geschäftsleitung verabschiedet.

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Das Ospidal nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringer wahr. Die oberste operative Führungsebene setzt Qualitätsziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die Arbeiten an der Qualitätsentwicklung. Die Zielerreichung wird gemessen, notwendige Anpassungen werden eingeleitet.

Qualitätsziele

Rezertifizierung durch die Schweizerische Stiftung sanaCERT im 2011

Folgende sanaCERT - Qualitätsstandards werden re- bzw. neu überprüft:

- Grundstandard Qualitätsmanagement (obligatorisch)
- Infektionsprävention und Spitalhygiene
- Erhebung von Patientenurteilen
- Chirurgie
- Decubitusvermeidung und –Pflege
- Schmerzbehandlung
- Umgang mit kritischen Zwischenfällen
- Sturzvermeidung

Re-Audit im Bereich des klinischen Risikomanagements durch die Gesellschaft für Risikoberatung/Detmold/D im 2011

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

Das Ospidal arbeitete mit zwei anderen Spitälern der Schweiz und der „Stiftung Patientensicherheit“ im Rahmen einer Pilotstudie an der Einführung einer Broschüre für Patienten mit dem Titel: „Fehler vermeiden – Helfen Sie mit“ mit. Darin bekommen Patienten Informationen und Ratschläge, wie Sie selber zur Verbesserung der Patientensicherheit im Spital beitragen können. Am Ende des Spitalaufenthaltes erhalten die Patienten einen Fragebogen, der dann anonym durch die Stiftung Patientensicherheit ausgewertet wird.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

- Anerkennung des Rettungsdienstes Scuol durch den Internationalen Verband Rettungsdienst (IVR).
- Erfolgreiche Überprüfung des Bereiches Arbeitssicherheit durch H plus.
- Überarbeitung und Genehmigung des Entsorgungskonzeptes.
- Einführung von drei neuen sanaCERT-Standards.
- Überarbeitung des Katastrophenkonzepts inkl. Übung

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Periodische Überprüfung der Qualitätssicherung durch Fremdbewertung (Nächste Überprüfung im November 2011 durch die Stiftung sanaCERT)
- Zuweiserbefragung 2011
- Mitarbeiterbefragung 2011
- Erhebung von Patientenurteilen 2012
- Integration des Qualitätsmanagement in die Bereiche Langzeitpflege und Spitex
- Zertifizierung der Bereiche Langzeitpflege und Spitex im 2012
- Teilnahme an den ANQ-Messungen

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.		
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.		
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.		
☐	Andere Organisationsform, nämlich:		
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		50	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
* Uschi Cadonau	081 861 10 00	ursula.cadonau@cseb.ch	Qualitätsbeauftragte / Koordination aller Q-Aktivitäten
*Joachim Koppenberg	081 861 10 07	Joachim.koppenberg@cseb.ch	Spitaldirektor
Frank Kuhlhoff	081 861 10 06	frank.kuhlhoff@cseb.ch	Chefarzt Chirurgie
Marianne Sägesser	081 861 10 42	marianne.sägesser@cseb.ch	Leiterin Pflegedienst
Christine Colcuc	081 861 10 00	christine.colcuc@cseb.ch	Pflegefachfrau
Aldo Platz	081 861 10 03	aldo.platz@cseb.ch	Leiter Finanzen
Renate Köllemann	081 861 10 37	renate.köllemann@cseb.ch	Hygieneverantwortliche

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Ospidal Scuol
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	**Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)**
Allergologie und Immunologie	Konsiliararzt
Allgemeine Chirurgie	Visceralchirurgie, Kleinchirurgie
Anästhesiologie und Reanimation *(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)*	Alle gängige Narkoseformen, anerkannte Intermediate Care Station inkl. Beatmungsplatz, SGNOR Notärzte, Schmerzambulanz gemäss SSIPM und SSGS,
Dermatologie und Venerologie *(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)*	Konsiliararzt
Gynäkologie und Geburtshilfe *(Frauenheilkunde)*	Gynäkologie und Geburtshilfe
Handchirurgie	ja
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden **Spezialisierungen** (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	
☒ Endokrinologie und Diabetologie *(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)*	ja
☒ Gastroenterologie *(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)*	Ja, Konsiliararzt
☒ Infektiologie *(Behandlung von Infektionskrankheiten)*	Konsiliararzt
☒ Kardiologie *(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)*	ja
☒ Medizinische Onkologie *(Behandlung von Krebserkrankungen)*	Ja, Konsiliararzt, Tumorboard
Langzeitpflege	ja
Ophthalmologie *(Augenheilkunde)*	Konsiliararzt
Orthopädie und Traumatologie *(Knochen- und Unfallchirurgie)*	Schulter-, Hüft-, Knieprothetik, lebhafte Unfallchirurgie
Oto-Rhino-Laryngologie ORL *(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)*	Konsiliararzt
Pädiatrie *(Kinderheilkunde)*	Konsiliararzt
Palliativmedizin *(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)*	Eigene Palliativabteilung in Kombination mit Komplementärmedizin
Psychiatrie und Psychotherapie	Konsiliararzt
Radiologie *(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)*	Digitales Röntgen inkl. 16-Zeiler CT, teleradiologische Befundung durch Konsiliararzt

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	ja
Ergotherapie	ja, externe Vernetzung
Ernährungsberatung	ja, externe Vernetzung
Logopädie	ja, externe Vernetzung
Neuropsychologie	ja, externe Vernetzung
Physiotherapie	ja
Psychologie	ja, externe Vernetzung
Psychotherapie	ja

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl **ambulante** behandelter Patienten,	6521	6241	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	0	
Anzahl **stationär** behandelter Patienten,	1156	1168	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	43	48	
Geleistete Pflegetage	7265	8105	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	22	24	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.28	6.94	
Durchschnittliche Bettenbelegung	90.47	92.52	

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Patientenzufriedenheit.				
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit.				
	☒	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**	2008	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:** 2012
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	**86.4 %**	**Zufriedenheitswert von 86.4% in einer Skala von 0% bis 100%, wobei 100% eine maximale Zufriedenheit bedeutet.**
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Aufnahme	84.6 %	
Information, Aufklärung, Instruktion	83.1 %	
Ärztliche Betreuung	87.1 %	
Pflegerische Betreuung	87.2 %	
Koordination / Tagesablauf	85.1 %	
Hotellerie	84.8 %	
Austritt / Kontinuität der Betreuung	85.7 %	
Behandlungserfolg	89.5 %	

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☐ Picker ☐ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☒ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	NPO Plus	Name des Messinstitutes	Reusch, Partner Co.
☐ eigenes, internes Instrument				

Beschreibung des Instrumentes	Der Fragebogen enthält insgesamt 36 geschlossene Fragen und vier vom Ospidal ausgewählte individuelle Zusatzfragen. Dabei wird vorwiegend die Rating - Fragetechnik eingesetzt, d.h. dem Patienten werden zu jeder Frage verschiedene Abstufungen für seine Antwort geboten. Für freie Bemerkungen ist genügend Platz vorgesehen. Der Fragebogen wurde in den Sprachen deutsch und romanisch verschickt. Der Fragebogen ist in 8 Beobachtungsbereiche mit unterschiedlicher Gewichtung eingeteilt, wobei geachtet wird, dass alle repräsentativen Bereiche abgedeckt sind.			
Einschlusskriterien	Alle stationären, auskunftsfähigen Patienten			
Ausschlusskriterien	Nicht-auskunftsfähige Patienten			
Rücklauf in Prozenten	68.8 %	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☒ Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?		
☐	**Nein**, unser Betrieb **hat kein** Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.	
☒	**Ja,** unser Betrieb **hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle**. Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:	
	Bezeichnung der Stelle	Beschwerdemanagement
	Name der Ansprechperson	Nadine Baumann
	Funktion	Sekretariat Spitaldirektion
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Tel 081 861 10 07, nadine.baumann@cseb.ch
	Bemerkungen	Ein vorgefertigtes Formular findet sich auch auf der webside www.cseb.ch

D1-2 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?					
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Angehörigenzufriedenheit.				
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Angehörigenzufriedenheit.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.			

D1-3 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?					
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Mitarbeiterzufriedenheit.				
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit.				
	☒	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:** 2011
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.			

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Zuweiserzufriedenheit.				
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit.				
	☒	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**	2001	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:** 2011
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	**Zufriedenheits- Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	**84.7%**	**Zufriedenheitswert von 84.7% in einer Skala von 0% bis 100%, wobei 100% eine maximale Zufriedenheit bedeutet.**
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Chirurgie/Orthopädie	84.9 %	
Innere Medizin	91.0 %	
Gynäkologie/Geburtshilfe	74.5 %	

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
☒	Externes Messinstrument				
	Name des Instrumentes	Zuweiserbefragung	Name des Messinstitutes	Reusch, Partner Co.	
☐	eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Der Fragebogen enthält insgesamt 15 geschlossene Fragen und drei vom Ospidal ausgewählte individuelle Zusatzfragen. Dabei wird vorwiegend die Rating - Fragetechnik eingesetzt, d.h. dem Zuweiserwerden zu jeder Frage verschiedene Abstufungen für seine Antwort geboten. Für freie Bemerkungen ist genügend Platz vorgesehen. Der Fragebogen ist in 15 Beobachtungsbereiche mit unterschiedlicher Gewichtung eingeteilt, wobei geachtet wird, dass alle repräsentativen Bereiche abgedeckt sind.				
Einschlusskriterien	Alle Zuweiser der Region				
Ausschlusskriterien					
Rücklauf in Prozenten	74 %	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☒ Ja	

© 2011, H+ qualité® / Version 4

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.
Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:
Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

Psychiatrie und Rehabilitation:
Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger", der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. Mit der Methode SQLape wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com.

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?					
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.				
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.				
	☒	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:** 2011
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.			

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

Mit der Methode SQLape wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?					
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.				
	☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.				
	☒	**Im Berichtsjahr 2010** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:** 2011
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** wurde eine Messung durchgeführt.			

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.
Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.
SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?					
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.				
	☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.				
	☒	**Im Berichtsjahr 2010** (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings **keine Messungen** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:** 2011
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2010** (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.			

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.
Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
☒	**Nein**, unser Betrieb **mass nicht** die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
☐	**Ja,** unser Betrieb **mass** die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	**Infektionen (andere als mit SwissNOSO)**
Was wird gemessen?	**Nadelstichverletzungen**

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
6 Nadelstichverletzungen wurden für das Jahr 2010 gemeldet.	Durch die Einführung von Sicherheitskanülen, konnten die Verletzungen bei Blutentnahme von 58% auf 17 % gesenkt werden.

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).
☐	**Präventionsmassnahmen** sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	**Name des Instrumentes:**	Nadelstichverletzungen
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	**Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:**	

Messthema	**Infektionen (andere als mit SwissNOSO)**
Was wird gemessen?	**Katheterinfektionen (Schmerzkatheter und ZVKs)**

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Anästhesiologie

Messergebnisse	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Bei 48 Kathetern kam es zu keinem Infekt (0%)	Grundsätzlich gut, jedoch ggf. zu geringe Fallgrösse (Messung läuft weiter)

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).
☐	**Präventionsmassnahmen** sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	**Name des Instrumentes:**	Erfassungsbogen Schmerzkatheter / ZVK
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	**Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:**	

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze
Was wird gemessen?	Sturzraten , Verletzungsindex

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☒	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).
☐	**Präventionsmassnahmen** sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Sturzprotokoll (Phönyx)
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	SanaCERT

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)
Was wird gemessen?	Erworbene Decubiti

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☒	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).
☐	**Präventionsmassnahmen** sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Erfassungsprotokoll Decubitus
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	SanaCert

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	**AQC**
Was wird gemessen?	**Infektionsraten / Komplikationsraten von ausgewählten OPS / OP-Dauer / Liege-Dauer**

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Chirurgie und Orthopädie

Messergebnisse	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

☒	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).
☐	**Präventionsmassnahmen** sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	**Name des Instrumentes:**	**AQC**
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	**Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:**	Arbeitgemeinschaft für die Qualitätssicherung in der Chirurgie

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich [1]	Erfassungsgrundlage [2]	Status [3]
AMIS plus	B: Innere Medizin	Erfassung des Diagnostik- und Therapiemanagements	A: Dauererfassung
AQC	B: Chirurgie und Orthopädie	Erfassung von Re-Operationen und Infekten	A: Dauererfassung
Bemerkungen			

Legende:

[1] **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung

[2] **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System

[3] **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
C=Einführung im Berichtsjahr 2010

E Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
IVR	Rettungsdienst	2010		
SanaCERT	Akutabteilung	2006	2008	
Gesellschaft für Risikoberatung	Ganzer Betrieb	2005	2011	

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Aktivität oder Projekt (Titel)	**Ziel**	**Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft**	**Projekte: Laufzeit** (von … bis)
Periodische Überprüfung der Qualitätssicherung durch Fremdbewertung (Nächste Überprüfung im November 2011 durch die Stiftung sanaCERT)	Re- Zertifizierung	Gesamtes Spital	kontinuierlich
Zuweiserbefragung	Erhöhung der Zuweiserzufriedenheit	Gesamtes Spital	2011
Erhebung von Patientenurteilen	Erhöhung der Patientenzufriedenheit	Gesamtes Spital	2012
Mitarbeiterbefragung	Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit	Gesamtes Spital	2011
Re-Evaluation Risikomanagement	Erhöhung der Patientensicherheit	Gesamtes Spital	2011

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitel	**Re-Evaluation Risikomanagement**	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Erhöhung der Patientensicherheit	
Beschreibung	Externe Risikomanagementanalyse	
Projektablauf / Methodik	Externe Auditierung	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	.....	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	.....	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	.....	
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen	
Projektevaluation / Konsequenzen	Umsetzung diverser Sicherheitsmassnahmen (CIRS, WHO-Checkliste, Patienteninformationsbroschüre, u.a.)	
Weiterführende Unterlagen	„Klinisches Risikomanagement am Ospidal d`Engiadina Bassa“, Schweizerische Ärztezeitung 2006	

F Schlusswort und Ausblick

Unserem Qualitätsmanagement-Motto folgend: „Der Weg ist das Ziel!“

G Impressum

Herausgeber / Lesehilfe

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern
© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch

Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

➔ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

➔ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien

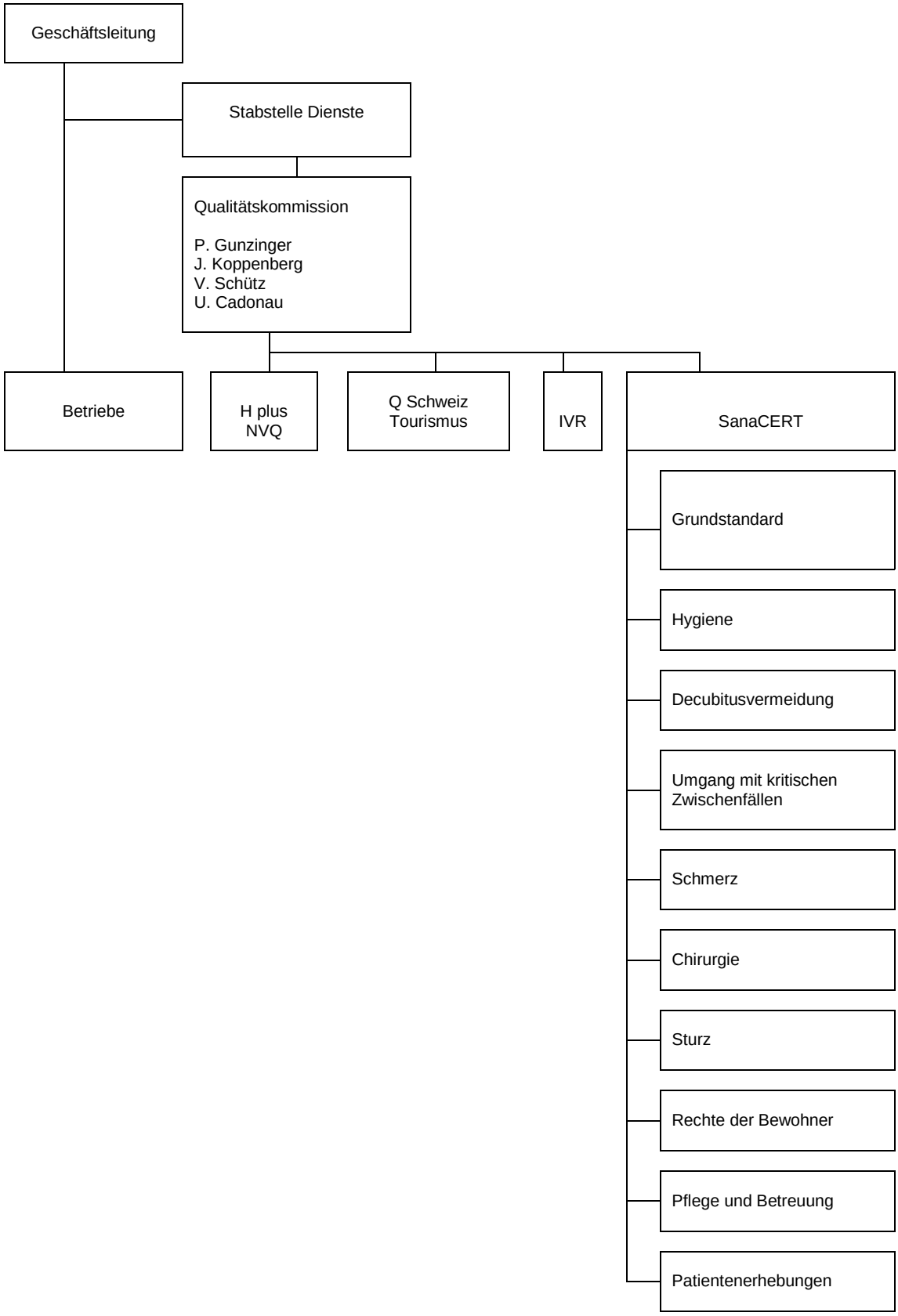
Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **Be**rn) erarbeitet. Im Handbuch H+qualité® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.
Siehe auch
http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html
voir également
http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html

Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Qu**alitätsmonitoring **Ba**sel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualité® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.
Siehe auch http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html

Partner

Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.
Siehe auch http://www.anq.ch

H Anhänge



© 2011, H+ qualité® / Version 4