



OSPIDAL
Gesundheitszentrum Unterengadin
Via da l'Ospidal 280
7550 Scuol



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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.

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
B2	2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	2
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
C1	Angebotsübersicht.....	5
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2011	7
D	Qualitätsmessungen	8
D1	Zufriedenheitsmessungen	8
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
D1-2	Angehörigenzufriedenheit.....	10
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	11
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	12
D2	ANQ-Indikatoren.....	14
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	15
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	16
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	17
D2-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	18
D2-5	Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	21
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	23
D3-1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	23
D3-2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	24
D3-3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	25
D4	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	26
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	27
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	27
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	27
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	28
F	Schlusswort und Ausblick	29

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.



Einleitung

Das Ospidal in Scuol bietet hoch stehende Medizin mit moderner Infrastruktur an – Ein Akutspital mit den Bereichen Chirurgie/Orthopädie, Inneren Medizin/Kardiologie, Frauenheilkunde sowie Anästhesiologie/Schmerztherapie und Rettungsmedizin.

Jährlich werden etwa 1100 Patientinnen und Patienten in den 30 Akutbetten stationär versorgt. Dazu kommen etwa 6800 ambulante Behandlungen durch Fachärzte.

Als schweizerische Neuheit wird die Schulmedizin mit einem komplementär- und palliativmedizinischen Angebot ergänzt: Eine umfassende Betreuungs- und Behandlungsphilosophie, welche den Menschen in seiner Gesamtheit erfasst und daher als „Ganzheitliche Medizin“ bezeichnet wird.

Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Transparenz im Gesundheitswesen sind in der heutigen Zeit häufig geäußerte Anforderungen an ein modernes Spital.

Durch die erfolgreiche Re-Zertifizierung im November 2011 durch die Stiftung sanaCERT zeigt das Ospidal auf, dass ein hohes Qualitätsbewusstsein und ein weit verbreitete Wille zur Qualitätsförderung im Betrieb herrscht.

Der Spitalleitung liegt im Sinne der Transparenz daran, ihre Qualitätsbemühungen auch den Patientinnen und Patienten sowie der Öffentlichkeit frei zugänglich zu machen.

Die Qualitätsberichte sowie auch der Bericht zum Risikomanagement sind auf der Homepage www.cseb.ch publiziert.

Das Leistungsangebot auf einen Blick

Chirurgie: Traumatologie, Orthopädie, Viszeralchirurgie, Chirotherapie, Sportmedizin

Inneren Medizin: Kardiologie, Angiologie, Pulmonologie, Sportmedizin

Frauenheilkunde

Geburtshilfe

Anästhesiologie: Schmerztherapie, Rettungsmedizin

Komplementärmedizin

Palliativ Care

Konsiliarärzte: Dermatologie, Gastroenterologie, Onkologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Radiologie, Augenarzt, ORL

Chirurgischer und internistischer Notfall mit 24h-Betrieb

Rettungsdienst

Radiologie

Labor

Wundmanagement

Physiotherapie

Baby-Schwimmen

Beratungen: zu Diabetes, Ernährung, Wundmanagement, Schwangerschaft, Geburtvorbereitung, Stillen

Kontaktadresse:

Telefon: +41 81 861 10 00

Telefax: +41 81 861 10 01

Ospidal@cseb.ch

www.cseb.ch

Der Qualitätsbericht H+ qualité 2011 wurde am 18.05.2012 von der Spitaldirektion verabschiedet.

B

Qualitätsstrategie

B1 *Qualitätsstrategie und -ziele*

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

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

B2 *2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011*

- Re-Audit im Bereich des klinischen Risikomanagement durch die Gesellschaft für Risikoberatung/Detmold/D
- Beitritt dem nationalen Verein für Qualitätssicherung ANQ
- Einführung der Broschüre für Patienten mit dem Titel: „Fehler vermeiden – Helfen Sie mit“ in den Routinebetrieb
- Durchführung einer Zuweiserbefragung
- Qualitätsmanagement Re-Zertifizierung durch die Stiftung sanaCERT
- Re-OP-Rate
- Re-Hospitalisationsrate

B3 *Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011*

Überprüfung im Bereich des klinischen Risikomanagements

Zuweiserbefragung

Erfolgreiche Re-Zertifizierung der sanaCERT-Standards (31 von 32 max. möglichen Punkten)

- Grundstandard Qualitätsmanagement
- Infektionsprävention und Spitalhygiene
- Erhebung von Patientenurteilen
- Schmerzbekämpfung
- Chirurgie
- Umgang mit kritischen Zwischenfällen
- Dekubitusvermeidung und –Pflege
- Sturzvermeidung

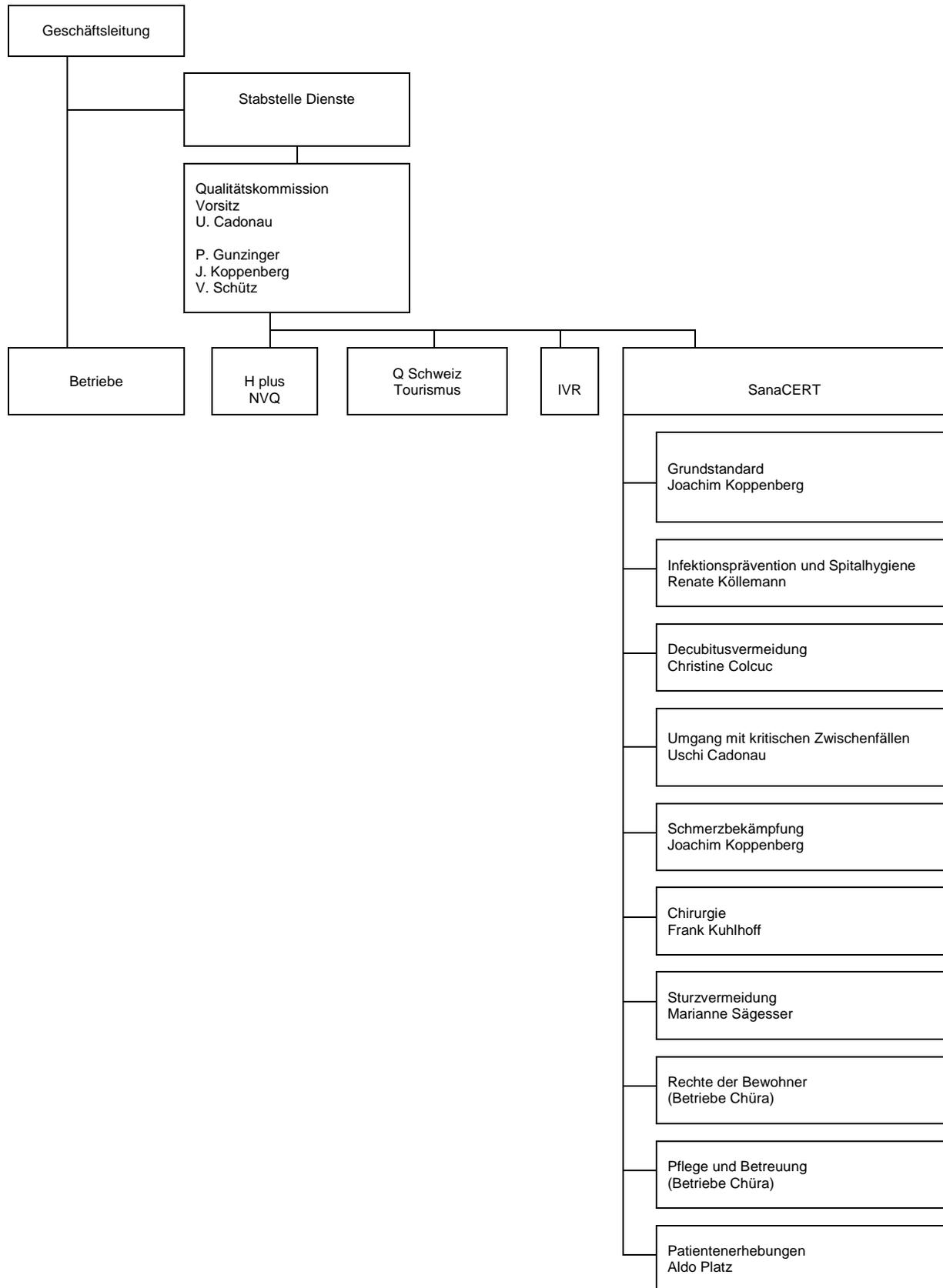
Teilnahme an der nationalen Patientenbefragung gemäss ANQ

Teilnahme an der Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus gemäss ANQ

B4 *Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren*

- Periodische Überprüfung der Qualitätsentwicklung durch Fremdbewertung
- Erhebung von Patientenurteilen
- Mitarbeiterbefragung
- Zertifizierung der Bereiche Langzeitpflege und Spitex
- Teilnahme an den ANQ-Messungen

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	50 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 **Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement**

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
*Uschi Cadonau	081 861 10 62	Ursula.cadonau@cseb.ch	<u>Qualitätsbeauftragte / Koordination aller Q-Aktivitäten</u>
* 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.kollemann@cseb.ch	Hygieneverantwortliche
Nadine Baumann	081 861 10 07	Nadine.baumann@cseb.ch	Kontaktstelle Beschwerdemanagement



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 Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	Konsiliararzt
Allgemeine Chirurgie	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	SGNOR Notärzte,
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	Konsiliararzt
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	
Handchirurgie	
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Konsiliararzt
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>	Konsiliararzt
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislaferkrankungen)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	Konsiliararzt, Tumorboard
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	
Intensivmedizin	IMC-Station
Langzeitpflege	
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>	Konsiliararzt
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	Konsiliararzt
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	Konsiliararzt
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	Konsiliararzt
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>	
Psychiatrie und Psychotherapie	Konsiliararzt
Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>	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	
Ergotherapie	Ja, externe Vernetzung
Ernährungsberatung	
Logopädie	Ja, externe Vernetzung
Neuropsychologie	Ja, externe Vernetzung
Physiotherapie	
Psychologie	Ja, externe Vernetzung
Psychotherapie	Ja, externe Vernetzung

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010(zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelter Patienten,	6863	6521	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	0	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	1145	1156	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	43	43	
Geleistete Pflage tage	7222	7265	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	22	22	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.31	6.28	
Durchschnittliche Bettenbelegung	89.94	90.47	



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 das 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. Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.	Begründung:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	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 %	3 Fragen zum Messthema „Aufnahme“
Information, Aufklärung, Instruktion	83.1 %	5 Fragen zum Messthema „Information, Aufklärung, Instruktion“
Ärztliche Betreuung	87.1 %	6 Fragen zum Messthema „Ärztliche Betreuung“
Pflegerische Betreuung	87.2 %	6 Fragen zum Messthema „Pflegerische Betreuung“
Koordination / Tagesablauf	85.1 %	3 Fragen zum Messthema „Koordination / Tagesablauf“
Hotellerie	84.8 %	2 Fragen zum Messthema „Hotellerie“
Austritt / Kontinuität der Betreuung	84.7 %	4 Fragen zum Messthema „Austritt / Kontinuität der Betreuung“
Behandlungserfolg	89.5 %	7 Fragen zum Messthema „Behandlungserfolg“
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input type="checkbox"/> Mecon <input type="checkbox"/> Picker <input checked="" type="checkbox"/> PEQ <input type="checkbox"/> MüPF(-27) <input type="checkbox"/> POC(-18) <input type="checkbox"/> PZ Benchmark	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	NPO Plus	Name des Messinstitutes	Reusch, Partner Co.
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes		Der Fragebogen enthält insgesamt 36 geschlossenen 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. Der Fragebogen wurde in den Sprachen deutsch und romanisch verschickt. Unterteilt ist der Fragebogen in 8 Beobachtungsbereiche mit unterschiedlicher Gewichtung, wobei geachtet wird, dass alle repräsentativen Bereiche abgedeckt sind.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären, auskunftsfähigen Patienten		
	Ausschlusskriterien	Nicht-auskunftsfähige Patienten		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		148		
Rücklauf in Prozenten		86.8 %	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?

<input type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.	
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .	
Bezeichnung der Stelle	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 website 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?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit. Begründung: keine Pädiatrie- und Geriatrieabteilung

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?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2002	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mitarbeiterzufriedenheit NPO plus	Name des Messinstitutes
			Reusch Partner Co.
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

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?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2001
		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb	78.9	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.	
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Leistungsspektrum	79.2	3 Fragen zum Messthema „Leistungsspektrum“	
Organisation	69.9	5 Fragen zum Messthema „Organisation“	
Einweisungsprozess	85.1	9 Fragen zum Messthema „Einweisungsprozess“	
Zusammenarbeit	83.1	6 Fragen zum Messthema „Zusammenarbeit“	
Berichtswesen	75.2	8 Fragen zum Messthema „Berichtswesen“	
Patientenzufr. /Image	81.0	6 Fragen zum Messthema „Patientenzufriedenheit / Image“	
Kommentar: Die nächste Messung der Zuweiserzufriedenheit ist im 2016 vorgesehen.			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/> Externes Messinstrument			
Name des Instrumentes	MECON-Zuweiserfragebogen	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Zuweiserbefragung; validiertes Messinstrument		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	alle Zuweisenden mit mindestens 2 Zuweisungen pro Jahr		
	Ausschlusskriterien	-		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	20 Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten	45.8%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D2 ANQ-Indikatoren

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 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
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch 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 Spitalaustritts. 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 er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für das Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	
	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:
		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.		

Informationen für das Fachpublikum

Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ⁴
--------------------	--

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

⁴Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

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.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		

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

Messergebnisse
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²

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

²Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen.

Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010-September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010-September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten³, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
3 In Prozent: 25	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Sturzrate 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.	

³ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzhebung 2011 ausgeschlossen.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Eine schriftliche Einwilligung wurde abgegeben	
	Ausschlusskriterien	Kinder, Wöchnerinnen, keine schriftliche Einwilligung abgegeben	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	12	Anteil in Prozent	75
Bemerkung	<p>Auf Grund der geringen Teilnehmerzahl ist ein Vergleich mit den schweizweiten Zahlen nur sehr differenziert möglich. Die Messung zeigt, dass unsere Standards Dekubitus und Sturz greifen. Durchgehend wurden gute Resultate erzielt.</p> <p>12 Patienten nahmen an der Messung teil. Zum Zeitpunkt der Messung hatten keine Stürze im Spital stattgefunden. Die registrierten Stürze fanden vor dem Spitaleintritt zu Hause statt, zwei von drei waren mit Sturzfolgen. Es zeigt sich, dass ein Drittel der Patienten die gestürzt sind danach Aktivitäten vermeidet. Untypisch im OEB ist, dass die erhobenen gestürzten Patienten keine Angst haben wieder zu stürzen. Der schweizweite Vergleich zeigt, dass ein Drittel der gestürzten Patienten auch Angst haben wieder zu stürzen.</p>		

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

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
1	In Prozent 8.3	0	In Prozent: 0		
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Prävalenzrate von Dekubitus 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.					

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Schriftliche Einwilligung vorhanden	
	Ausschlusskriterien	Kinder, Wöchnerinnen, keine schriftliche Einwilligung vorhanden	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	12	Anteil in Prozent	75
Bemerkung	12 Patienten nahmen an der Messung teil. Zum Zeitpunkt der Erfassung sind keine Dekubitus im Spital entstanden. Die erfassten Dekubiti sind zu Hause entstanden und betragen Grad I.		

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

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

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 und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse	
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.31	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.38	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.18	0 = nie 10 = immer	
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.34	0 = nie 10 = immer	
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.86	0 = nie 10 = immer	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Bemerkungen			

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut

hcri AG

MECON measure & consult GmbH

Dezentrales Messinstitut

hcri AG

ESOPE

MECON measure & consult GmbH

NPO PLUS

Stevemarco sagl

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, Kinder	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	54		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	35	Rücklauf in Prozent	64.8%
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Anästhesiologie

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Katheterinfektionen kamen in 0,6% vor	Die erhobenen Werte liegen unter dem nationalen Durchschnitt (1%)
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes: Erfassungsbogen Schmerzkatheter / ZVK
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten mit Schmerzkathe tern oder zentralen Venenkathetern (ZVK)
	Ausschlusskriterien	keines
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	133	Anteil in Prozent
Bemerkung		

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

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Sturzzraten, Verletzungsindex

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 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 checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Akutabteilung

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Sturzprotokoll (Phönyx)
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	sanaCERT

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

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

D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Erworbene Decubiti

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 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 checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Akutabteilung

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Erfassungsprotokoll Dekubitus (Phönyx)	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	sanaCERT	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

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

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A= Fachgesellschaft B= Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C= betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	A: seit 1998	B : Innere Medizin
AQC Daten für Qualitätssicherung	A: Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	A:	B: Chirurgie und Orthopädie
ASF (Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch		
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch		
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch		
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch		
SCQM (SwissClinicalQuality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch		
SIRIS ⁴ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C: geplant ab 2012	
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch		
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch		
Überregionale Krebs-register	B:Name der Fachgesellschaft		
Bemerkung			

⁴ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

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	2011	
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, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt(Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Periodische Überprüfung der Qualitätssicherung durch Fremdbewertung (Stiftung sanaCERT suisse)	Überwachungsaudit (Kontinuierliche Qualitätssicherung)	Ganzer Betrieb	Kontinuierlich
„Fehler vermeiden, Helfen Sie mit“	Erhöhung der Patientensicherheit durch Einbezug von Patienten	Ganzer Betrieb	Kontinuierlich
Erhebung von Nadelstichverletzungen	Minimierung der Nadelstichverletzungen	Ganzer Betrieb	Kontinuierlich
Überprüfung der Händehygiene	Erhöhung der Patienten- und Personalsicherheit	Ganzer Betrieb	Periodisch
Überprüfung Schmerzkonzept	Einhalten des Schmerzkonzeptes	Chirurgie und Orthopädie	Kontinuierlich
CIRS = Umgang mit kritischen Zwischenfällen	Minimieren von Fehlern, Erhöhung der Patientensicherheit	Ganzer Betrieb	Kontinuierlich

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	CIRS Umgang mit kritischen Zwischenfällen	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Fehler vermindern, Erhöhung der Patientensicherheit	
Beschreibung	Anonymes Fehlermeldesystem	
Projektablauf / Methodik	Eigene oder beobachtete Fehler, die keinen bleibenden Schaden verursacht haben, werden anonym mit dem Fehlermeldesystem Riskop gemeldet. Das CIRS-Team wird per e-mail informiert und sichtet die Fehlerbeschreibung innerhalb 48h im 4-Augenprinzip. Gleichzeitig wird eingeschätzt, ob Sofortmassnahmen ergriffen werden müssen, oder ob die Fehlermeldung bei der nächsten Sitzung besprochen wird. Lösungsvorschläge werden an den regelmässigen Sitzungen im Team gesucht und durch den „CIRS-Letter“ an die Mitarbeitenden publiziert.	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	Langzeitpflege mit Pflegegruppen, Spitexbetrieb	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
Involvierte Berufsgruppen	Sämtliche Berufsgruppen des Akutspitals	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Der Standard wurde beim Re-Zertifizierungsaudit 2011 des Ospidal durch sanaCERT suisse sehr gut bewertet. Das Fehlermeldesystem ist bei den Pflegenden gut implementiert. Die Durchdringung bei anderen Berufsgruppen kann noch gesteigert werden. Eine Erhebung bei den Mitarbeitenden ist im Sommer 2012 geplant.	
Weiterführende Unterlagen	sanaCERT Standard 11 „Umgang mit kritischen Zwischenfällen“	



Schlusswort und Ausblick

Im Betrieb Ospidal werden zahlreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen kontinuierlich durchgeführt, welche auch 2011 in fast ausnahmslos allen Bewertungen zu überdurchschnittlichen Ergebnissen führt. So sei an dieser Stelle beispielhaft die Re-Zertifizierung durch sanaCERT erwähnt, bei der 31 von maximal 32 möglichen Punkten erreicht werden konnten. Besonderer Augenmerk muss nun v.a. auf die Erhaltung dieses hohen Qualitäts-Niveaus gerichtet werden.