

AsanaGruppe

Asana Gruppe AG

Spital & Pflegeheim Leuggern
Kommendeweg
5316 Leuggern

Spital & Pflegeheim Menziken
Spitalstrasse 1
5737 Menziken



Akutsomatik



Langzeitpflege

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

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	2
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
	C1 Angebotsübersicht.....	4
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	6
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011	6
D	Qualitätsmessungen	7
	D1 Zufriedenheitsmessungen	7
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	9
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	10
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	10
	D2 ANQ-Indikatoren.....	11
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	11
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	12
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	13
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	14
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	16
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	18
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	18
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	18
F	Schlusswort und Ausblick	20
G	Anhänge.....	21

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.

Wir garantieren Qualität

„Wir bieten unseren Patientinnen und Patienten eine aufmerksame, kompetente Pflege durch motiviertes, hilfsbereites Personal und gestalten den Spitalaufenthalt möglichst kurz und angenehm.

Wir formulieren für die Pflege verbindliche Standards, achten auf fachliche Kompetenz, auf Sorgfalt in der Ausführung und unterziehen das Spitalgeschehen einer regelmässigen Qualitätskontrolle.

Wir sind Neuem gegenüber aufgeschlossen und überprüfen Verfahren und Abläufe auf ihre aktuelle Zweckmässigkeit.“ (Auszug aus unserem Leitbild)

Die Kunden entscheiden über die Qualität unserer Dienstleistungen, die wir anbieten. Sie sind somit unsere wichtigsten "Qualitätsprüfer".

Die Kosten innerhalb und ausserhalb unserer Organisation beeinflussen direkt unsere Wettbewerbsfähigkeit und den Gewinn. Grundsatz ist für uns daher die kostengünstige Realisierung aller Aufträge, wir nutzen Synergien und überprüfen laufend unsere Prozesse.

Alle Mitarbeitende beeinflussen die Qualität unserer Dienstleistungen. Wir haben somit entscheidende Bedeutung für Qualität und Fehlerverhütung. Alle Mitarbeitende werden geschult und motiviert, um Verbesserungsvorschläge zu machen und gegeben falls Mängel aufzuzeigen. Von besonderer Bedeutung dabei ist die positive Einstellung und aktive Mitarbeit jedes Einzelnen.

Die Leistungsqualität unserer Dienstleistungen ist durch interne Qualitätsmanagementsysteme zu verbessern und auf einem hohen Stand zu erhalten. Die Qualität unserer Dienstleistungen trägt wesentlich zum Unternehmenserfolg bei. Das oberste Bestreben ist es daher, Dienstleistungen zu erbringen, die dem Kunden einen hohen Nutzen geben.

Als Dienstleistungsorganisation sind wir auf den intensiven Kontakt und das partnerschaftliche Verhältnis zu den Ärzten, zu den weiteren, im Gesundheitsversorgungsnetz, für den Kunden tätigen Personen und Diensten, sowie den Angehörigen der Kunden angewiesen. Diese Beziehung pflegen wir mit besonderer Sorgfalt.

Der besonderen Verantwortung gegenüber der Umwelt sind wir uns bewusst. Dies berücksichtigen wir bei der Auswahl von Produkten, Materialien, Prozessen, beim Einsatz von Energien (z.B. Strom, Treibstoffe etc.) und bei der Entsorgung.

Der vorliegende Qualitätsbericht soll für alle Interessierten unsere Qualität sichtbar und vergleichbar machen. Wir sind stolz auf unsere positiven Ergebnissen und nehmen kritische Rückmeldungen ernst. Sie motivieren uns zum Lernen und helfen uns, uns ständig weiter zu entwickeln.

Alfred Zimmermann

CEO Asana Gruppe AG

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Ziel ist eine verbesserte Wirtschaftlichkeit durch das Erreichen einer Mindestgrösse (Economy of scale). Dabei werden die Kernaufgaben Arzt- und Pflegedienst an den Standorten gestärkt. Wir wollen kostengünstige und qualitativ hochstehende Spezialisten in der Grundversorgung im Akut- und Langzeitbereich bleiben und uns auf diese Kernkompetenzen konzentrieren.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

- Weiterentwicklung GL-Stabstelle Qualität und Q-Team/-s zur Erfüllung der vorgegebenen Aufgaben und Rahmenbedingungen
- Ablösen Qualitätsmanagementsystem 2Q
- Beteiligung an Messungen gemäss ANQ Messplan
- Evaluierung neues, zukunftsorientiertes Qualitätssystem
- Umsetzung Mitverantwortung der Belegärzte in die Qualitätssicherung

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

- Weiterentwicklung GL-Stabstelle Qualität
- Evaluierung neues, zukunftsorientiertes Qualitätssystem
- Umsetzung Mitverantwortung der Belegärzte in die Qualitätssicherung

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Erarbeitung und Implementierung neues Qualitätssystem
- Beteiligung an Messungen gemäss ANQ Messplan
- Einführung Standards für die Notfallstationen der Asana Gruppe
- Zertifizierung der beiden Pflegeheime im Bereich Palliative Care

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	80 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Herr Alfred Zimmerman	056 269 49 30	alfred.zimmermann@spitalleuggern.ch	CEO Asana Gruppe
Herr Stefan Bernhard	062 765 31 25	stefan.bernhard@spitalmenziken.ch	Standort-Lt. Menziken /GL
Nicole Monn	056 269 49 32	nicole.monn@spitalleuggern.ch	Leitung HR Asana Gruppe /GL
Yvonne Neff	056 269 41 00	yvonne.neff@spitalleuggern.ch	Leitung Pflege & MTT /GL
Herr Ramon Soler	056 269 41 01	ramon.soler@spitalleuggern.ch	Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe

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 → Asana Gruppe
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
X	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten : Leuggern und Menziken

C1 Angebotsübersicht

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

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

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

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

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	18'296	17753	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	3	6	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	7'484	7245	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	701	723	
Geleistete Pflegetage	39'696	39996	Inkl. Säuglinge
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	113	50/61	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5.3	5.55	
Durchschnittliche Bettenbelegung	96.2	99.18	

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2011	105	104	
Geleistete Pflegetage	37'893	37250	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	106	106	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	136	206.55	
Durchschnittliche Auslastung	97.9	97.39	

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:	
X	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
X	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
X	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 bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
X eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Fragebogen zum ankreuzen. Die Fragen sind in folgende Bereiche gegliedert:	
		<ul style="list-style-type: none"> • Der erste Eindruck • Die pflegerische Betreuung • Die ärztliche Betreuung • Die geburtshilfliche Betreuung • Die Betreuung durch die Anästhesieabteilung und Aufwachraum • Die Verpflegung und Hotellerie • Die weiteren Dienstleistungen (MTTD) • Gesamteindruck • Freitext für Feedback 	

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

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
	Bezeichnung der Stelle Beschwerdemanagement & Vorschlagwesen im Intranet
	Name der Ansprechperson
	Funktion
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)
	Bemerkungen

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Sofortige Bearbeitung der Beschwerden	Der Beschwerdeführer ist zufrieden mit der Lösung	alle	Einführung 2011 laufend
Sofortige Bearbeitung des Feedbacks	Verbesserung der Prozesse	alle	Einführung 2011 laufend

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 type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		Begründung:	
X	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.			
X	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
				2014
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Angehörigenbefragung	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			

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

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:	
X	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.					
X	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2005	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013	
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.					

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

<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 Spitalern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mitarbeiterbefragung	Name des Messinstitutes
X	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:	
X	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.					
X	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014	
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.					

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:	
X	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit 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:
X	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
X	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 ¹		

¹ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die 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“)		
X	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:
X	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
X	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		

² Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die 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.ang.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“)		
X	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2009/2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2009-2015
X	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	X	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Chirurgie, Gynäkologie
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
X	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Der ANQ hat beschlossen die Ergebnisse der postoperativen Wundinfektionsmessung 2011 in pseudonymisierter Form zu veröffentlichen, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Ausserdem konnte SwissNOSO die Validierung der Daten 2010/2011 bis dato noch nicht vornehmen. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.		
	Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitalern und Kliniken auf die Publikation der postoperativen Wundinfektionsraten 2010/2011 zu verzichten.		

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 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.	
	In Prozent:
<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 Prävalenzenerhebung 2011 ausgeschlossen.

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:	
X	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?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
	In Prozent		In Prozent:
X	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitalern 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.			

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?	9.2	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.0	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.2	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.1	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.4	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

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	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten		525	
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten		261	Rücklauf in Prozent 49.7

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.

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
2Q	Beide Standorte, alle Bereiche	1997	2009	
IVR-Anerkennung	Rettungsdienst	Leuggern 2007 Menziken 2011	- -	Rezertifizierung 2013

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)
CIRS (anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse)	Fehlerbewusstsein zu erzeugen und Schwachstellen zu korrigieren, Fehler vermeiden	Alle Bereiche	2010, kontinuierliche Erfassung
Qualitätsmanagement	Neues Qualitätsmanagementsystem	Alle Bereiche	2011-2012
Messung „Anästhesiologische Komplikationen und perioperative Beschwerden“	Outcome-Messung	Anästhesie	Jan.-März 2011, Benchmark Mai 2011
Feedbackmanagement	Einheitlicher Umgang mit Rückmeldungen und Beschwerden innerhalb der Asana Gruppe	Alle Bereiche	2011, kontinuierliche Erfassung
Systematische Dekubitus Erfassung	Überarbeitung Dekubituskonzept, Implementierung der Braden Skala in die elektronische Patientenakte	Alle Bereiche	2011, kontinuierliche Erfassung
Qualitäts-Reporting	Nachweis der Qualitäts- und Leistungsfähigkeit der stationären Langzeitpflege	Langzeitpflege	2011 / jährlich
IKS	<ul style="list-style-type: none"> - die Vermögenswerte vor Verlust, Missbrauch und Schaden sichern - eine ordnungsgemässe und zuverlässige Buchführung sicherstellen - die angemessene finanzielle Berichterstattung sicherstellen - die Verhinderung bzw. Aufdeckung deliktischer Handlungen und Fehler aus Sicht des Rechnungswesens. • Sicherstellung 	Alle Bereiche	2008 / -laufend

	<p>ordnungsgemäßer, ethischer, wirtschaftlicher, effizienter und wirksamer Abläufe;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einhaltung der Gesetze und Vorschriften; 		
Konzept Übergangspflege	<p>Adäquate Organisation nach einer Akutbehandlung Einen frühen Langzeitpflegeaufenthalt verhindern Qualitäts- und Effizienzsteigerung</p>	Langzeitpflege	2011 – 2014
Palliative Care	<p>Die wirksame, ganzheitliche "Care" von Patienten, deren Krankheit nicht mehr kurativ behandelbar ist. Dabei stehen die erfolgreiche Behandlung der Schmerzen und weiterer Symptome sowie die Hilfe bei psychologischen, sozialen und seelsorgerischen Problemen an erster Stelle. Das Ziel von Palliative Care ist, die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität am Lebensende durch Linderung von Leiden und Begleitung des terminal Kranken und seiner Nächsten.</p>	Langzeitpflege	2010 -

F

Schlusswort und Ausblick

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an unseren Qualitätsbericht.

Allen unseren Patienten, Mitarbeitenden und Zuweiser danken wir für Ihr Vertrauen.

Wir garantieren Ihnen, dass wir nicht aufhören werden uns zu verbessern.

Eines steht dabei immer uneingeschränkt im Fokus *aller* unserer Aktivitäten: das Wohl und die Zufriedenheit unserer Patienten – damit die ‚Abstimmung mit den Füßen‘, die heute wie gestern der wichtigste Masstab für den Erfolg eines Leistungserbringers ist, auch in Zukunft zu unseren Gunsten ausfällt.

Ramon Soler

Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe AG

Spital Leuggern und Spital Menziken

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 Spitälern 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