



Klinik SGM Langenthal

Weissensteinstrasse 30
4900 Langenthal



Psychiatrie



Rehabilitation

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/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 Spitalern und Kliniken; fr: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	3
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	3
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	3
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	3
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	3
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
	C1 Angebotsübersicht.....	4
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011	4
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	5
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	5
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	5
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	6
	C4-4 Personelle Ressourcen	6
D	Qualitätsmessungen	7
	D1 Zufriedenheitsmessungen	7
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	8
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	8
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	9
	D2 ANQ-Indikatoren.....	10
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	10
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	10
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	11
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	11
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	12
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	14
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	14
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	14
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	15
	D3-5 Dauerkatheter	15
	D3-6 Weiteres Messthema.....	16
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte.....	17
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	17
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	17
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	18
F	Schlusswort und Ausblick	19

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.

Grundlegende Hinweise

Unser Leistungsangebot umfasst das gesamte Spektrum psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen wie zum Beispiel Angststörungen, Depressionen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen, akute und länger andauernde Belastungsreaktionen, Essstörungen und anderes mehr. Frauen und Männer mit Drogen- und Alkoholproblemen, fremd gefährdendem Verhalten sowie mit erheblichen hirnorganischen Einschränkungen können nicht aufgenommen werden.

Im Jahre 2011 wurden 310 stationäre, 65 tagesklinische und 674 ambulante Patienten behandelt. In der Klinik SGM Langenthal sind rund 110 Mitarbeitende angestellt, die rund 74 Vollzeitstellen abdecken. Der Qualitätsausschuss besteht aus der Klinikleitung mit allen Bereichsleitern und dem nicht therapeutischen Qualitätsbeauftragten.

Das Qualitätskonzept wurde am 13.11.2008 vom Stiftungsrat genehmigt.

Erfassung und Auswertung kritischer Situationen 2011 (CIR)

Im Jahr 2011 wurden 17 kritische Situationen bei 16 Patienten gemeldet (Vorjahr 29 Vorfälle bei 25 Patienten):

- 9 Probleme mit Medikamenten
- 3 Verlegungen per FFE in eine andere psychiatrische Klinik wegen Selbst- oder Fremdgefährdung
- 3 Risikovolles Verhalten
- 2 Suizidversuche
- 2 Unfälle mit Verletzungsfolgen
- 2 Notfallmässige Verlegungen in ein somatisches Spital
- 1 Sachbeschädigung

Im Jahr 2011 wurden keine Meldungen wegen der folgenden Ereignisse erstattet:

- Tätlichkeiten gegenüber Mitpatientinnen
- Tätlichkeiten gegenüber Mitarbeitern
- Zwangsmassnahmen
- Austritt gegen ärztlichen Rat

Nadelstichverletzungen

Abteilung für Qualitätssicherung und Diagnostik (AQSD)

Die AQSD befasst sich mit der Qualitätssicherung im therapeutischen Bereich. Mittels eines selbst entwickelten Programms (XPsy) wird eine systematische Ergebnisevaluation durchgeführt und in Form von Quartals- und Jahresberichten dokumentiert. Sie dient der kontinuierlichen Optimierung des Behandlungskonzeptes und der Therapieergebnisse (Qualitätszirkel). Auch die Erhebung der Patientenzufriedenheit (PoC18) ist in unser Programm integriert. Das ermöglichte eine direkte Gegenüberstellung der Patientenzufriedenheitsdaten mit den Aussagen der Therapeuten zu den Behandlungsergebnissen. Gegen Ende des Berichtsjahrs konnte die neue, deutlich verbesserte Software von XPsy aufgeschaltet werden. Die Patientenbefragungsinstrumente wurden evaluiert und teilweise angepasst. Die Pilotphase der Ergebnismessung der ANQ konnte abgeschlossen werden. Ab Juli 2012 wird der Regelbetrieb eingeführt. Die Auswertung des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (PoC18) wurde der CareMetrics übertragen, um den Stellenwert der Resultate zu erhöhen. 2010 und 2011 erfolgte kein schweizweiter Benchmark der Ergebnisse des PoC18.

Hygiene in Küche, Cafeteria und Hausdienst

Im Berichtsjahr fand keine externe Inspektion der Küche betreffend Einhaltung der Vorschriften der Lebensmittelgesetzgebung statt. Im Hausdienst wurden diverse Schulungen der Mitarbeitenden zu Hygienefragen durchgeführt.

Pandemie-Vorsorge

Unter der Leitung von Urs Ellenberger wird die Vorsorge für die Klinik SGM Langenthal laufend überprüft.

Pandemiepläne liegen vor. Die Mitarbeiter werden regelmässig geschult und setzen die beschlossenen Hygienemassnahmen für Patienten, Besuchende und Mitarbeitende um. Sowohl vom H1N1- als auch vom Noro-Virus oder von einer Grippeepidemie blieben wir im Berichtsjahr verschont.

Mitarbeiter-Umfrage

Im Jahr 2011 fand keine Mitarbeiter-Umfrage statt. Die nächste Umfrage wird im Frühling 2012 durchgeführt.

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz mit Notfallorganisation

Die gesamte Dokumentation ist gemäss den aktuellen H+ Vorgaben auf dem neuesten Stand. Unser Sicherheitsbeauftragter besucht regelmässig die von H+ angebotenen Schulungen. Unser Personal wurde an vier Terminen gestaffelt in dieses Thema inkl. Brandschutz und Brandbekämpfung eingeführt.

Im September 2011 fand durch das beco (Volkswirtschaftsdirektion des Kantons Bern) die Systemkontrolle ASA statt (Arbeitssicherheit). Die Überprüfung zeigte ein erfreuliches Resultat. Einzelne kleinere Mängel konnten bis Ende Jahr behoben werden.

Arbeitsbedingungen

Die Überprüfung der Arbeitsbedingungen durch das beco im November 2010 ergab die weitgehend bekannten Schwachstellen, insbesondere bei den Arbeits-/Ruhezeiten der Ärzte und bei den Pikettdiensten. Der Bericht verlangte eine Umsetzung der rechtlichen Bedingungen bis im Dezember 2011. Mit dem Projekt „Überprüfung der Arbeitsbedingungen“ und der Inkraftsetzung des neuen Personalreglements per 01.01.2011 konnten die Mängel fristgerecht behoben werden.

Langenthal, 6. März 2012

Nicht therapeutischer Qualitätsbeauftragter

Timon Spörri

B**Qualitätsstrategie****B1 Qualitätsstrategie und -ziele**

Gegenseitige Unterstützung und vernetztes Arbeiten über alle Abteilungen hinweg

 Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.**B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011**Mitarbeit im Projekt Psysuisse
Ausbau KIS (digitales Krankenhaus-Informationssystem)**B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011**

Einführung elektronische Medikation

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weiterentwicklung der KIS Teilprojekte Terminplanung

B5 Organisation des Qualitätsmanagements Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten. Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. Andere Organisationsform:Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt **110** Stellenprozent zur Verfügung.**B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement**

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. René Hefti	062 919 22 34	rene.hefti@klinik-sgm.ch	KL-Mitglied, Chefarzt
Timon Spörri	062 919 22 15	timon.spoerri@klinik-sgm.ch	Leiter nicht therapeutische QS

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 → Klinik SGM Langenthal → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten :

C1 Angebotsübersicht

Angeborene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Psychiatrie und Psychotherapie	Langenthal	
Psychosomatik	Langenthal	

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

Angeborene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Ergotherapie	Langenthal	
Physiotherapie	Langenthal	
Psychologie	Langenthal	
Psychotherapie	Langenthal	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant	674	---	---	---
Tagesklinik	65	15		---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflgetage
stationär	24	204	44	8968

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

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

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2011 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwere Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.

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

Angebote stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Psychosomatische Rehabilitation	Langenthal		95	4268

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbare, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.
- Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, mit **externen Spezialisten** nach Bedarf zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ mit zum Beispiel Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote		stationär	ambulant
keine		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)	
SRO Langenthal	Intensivstation in akutsomatischem Spital	2 km	
	Notfall in akutsomatischem Spital	2 km	
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		

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

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

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

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- ⓘ Spezifische Facharzttitle sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- ⓘ Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pflgetätigkeit in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkräfte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Facharzt Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Langenthal

Diplomierte, rehaspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation	2	1.8

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 type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	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 type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Stationär, Tagesklinik
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb	85.5 %	Durchschnittswert PoC18, Soll-Wert von 80 % gut erreicht.	
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Stationär	85.9 %	Weitere Details sind dem Bericht unserer Abteilung AQSD 2011 auf spitalinformation.ch zu entnehmen	
Tagesklinik	82.6 %		
<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 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 checked="" type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
<input checked="" type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Ergebnis-Messung mit validierten Instrumenten für die Bereiche Patientenzufriedenheit, Symptom-Verbesserung, interpersonelle Probleme, existentielle Erfüllung, Religiosität und therapeutische Beziehung.	

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 checked="" 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	VCRD-Sekretariat, Pappelweg 46, 3006 Berb
Name der Ansprechperson	
Funktion	
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	031 333 73 85
Bemerkungen	

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:

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:	2010
		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	2.2	Bewertungsskala von 1-6 (1 = bestes Ergebnis)
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

<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 bei der letzten Befragung

<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes Basis FEO Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes	Basis FEO ergänzt mit spezifischen Fragen der Klinik

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		
Rücklauf in Prozenten	97 %	Erinnerungsschreiben? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.	Begründung:
-------------------------------------	---	-------------

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?

Nein, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.

Begründung:

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?

Nein, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.

Begründung:

In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)

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 checked="" type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/> In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)	

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 Patienten¹, 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 checked="" type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb führt nicht 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
In Prozent:	

¹ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzenerhebung 2011 ausgeschlossen.

<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.	

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

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
	In Prozent		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 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 checked="" type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung: Messung mit PoC18

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

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

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle		
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 Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
0	0	0	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" 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:	CIRS
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

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

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle		
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 vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" 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:	CIRS
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen		
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		
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:
Messergebnisse		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Es waren keine Massnahmen nötig			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" 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:	CIRS
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter		
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
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 type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<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 type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	
Was wird gemessen?	

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 type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<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 type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

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

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



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
H+ Rahmen-Vertrag Arbeitssicherheit (EKAS)	Gesamt-Klinik	2002	2011	
QUALAB	Labor	2003	2010	

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)
KIS (digitales Krankenhaus Informationssystem)	Standardisierte Verlaufsdocumentation, elektronische Medikation, Terminkalender	Gesamt-Klinik	2008-2012
Patienten-Befragung: Ergebnis-Messung Therapie und Küche	mit validierten Instrumenten für Patienten-Zufriedenheit, Symptom-Verbesserung, interpersonelle Probleme, existentielle Erfüllung, Religiosität, therapeutische Beziehung.	Gesamt-Klinik.	aktiv
CIR: Erfassung und Auswertung kritischer Situationen	Statistik, Besprechung und Massnahmen-Auswertung	Gesamt-Klinik	aktiv
Labor	Qualab für verlässliche Labor-Ergebnisse	Gesamt-Klinik	aktiv
Beschwerde-Management	Konsequentes Lernen aus Fehlern	Gesamt-Klinik	aktiv
Risk-Management mit unserem Versicherungsbroker Swissbroke	Gewährleistung optimale Versicherungsdeckung	Gesamt-Klinik	aktiv
IKS mit Risikobeurteilung	Risiken erkennen und bewerten	Gesamt-Klinik	aktiv
Analyse unserer Prozesse	Schlankere Prozesse	Gesamt-Klinik	aktiv
Vereinheitlichung Formulare	Bessere Übersicht	Gesamt-Klinik	aktiv
SIGE H+ Branchenlösung	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamt-Klinik	aktiv
EKAS H+ Branchenlösung	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamt-Klinik	aktiv
Mitarbeiter-Befragung	Erfassung Organisationsklimas (FEO), 88 Items alle 2 Jahre Bereichsspezifische Diskussion der Ergebnisse mit allen Kadern Erarbeitung entsprechender Massnahmen	Gesamt-Klinik	aktiv

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	XPsy	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Kontinuierliche Optimierung des Behandlungskonzeptes und der Therapieergebnisse (Qualitätszirkel). Erhebung der Patientenzufriedenheit (PoC18) mit demselben Programm.	
Beschreibung	Mittels der Software (XPsy) wird eine systematische Ergebnisevaluation durchgeführt und in Form von Quartals- und Jahresberichten dokumentiert. Gearbeitet wird mit validierten Instrumenten für Patienten-Zufriedenheit, Symptom-Verbesserung, interpersonelle Probleme, existentielle Erfüllung, Religiosität und therapeutische Beziehung. Das ermöglichte eine direkte Gegenüberstellung der Patientenzufriedenheitsdaten mit den effektiven Behandlungsergebnissen. Die mittels XPsy u.a. von den Patienten direkt am Bildschirm eingegebenen PoC18 Daten (Perception of Care PoC-18) werden auch extern von der Firma Caremetrics GmbH, Bronschhofen ausgewertet.	
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	
Involvierte Berufsgruppen	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		



Schlusswort und Ausblick

