

Regionalspital Emmental AG
Oberburgstrasse 54
3400 Burgdorf





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 Handen des Kantons auszufüllen.

#### **Partner**



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern 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**

Α		ıng	
	Die Regio	nalspital Emmental AG (RSE AG)	1
		iis der Anhänge	
		uf Geschäftsbericht	
В	Qualitä	tsstrategie	2
		ätsstrategie und -ziele	
	B2 2 - 3 (	Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
	B3 Erreic	hte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	3
	B4 Qualit	ätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
	B5 Organ	isation des Qualitätsmanagements	4
	B6 Angah	be zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
С	Betrieb	liche Kennzahlen und Angebot	5
		ootsübersicht	
	C2 Kennz	zahlen Akutsomatik 2011	7
	C3 Kennz	zahlen Psychiatrie 2011	7
	C4 Kennz	zahlen Rehabilitation 2011	8
	C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	8
	C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	9
	C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	10
	C4-4	Personelle Ressourcen	10
	C5 Kennz	zahlen Langzeitpflege 2011	11
D	Qualitä	tsmessungentsmessungen	12
	D1 Zufrie	denheitsmessungen	12
	D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	12
	D1-2	Angehörigenzufriedenheit	14
	D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	15
	D1-4	Zuweiserzufriedenheit	16
	D2 ANQ-	Indikatoren	
	D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	18
	D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	19
	D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	20
	D2-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	22
	D2-5	Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	24
	D3 Weite	re Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	26
	D3-1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	26
	D3-2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	27
	Vertiefte F	Erkenntnis und Nutzen von Potenzial zur Verbesserung	27
	D3-3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	28
	D3-4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	29
	D3-5	Dauerkatheter	30
	D3-6	Weiteres Messthema	31
	D4 Regis	ter / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	32
Е	Verbes	serungsaktivitäten und -projekte	33
		zierungen und angewendete Normen / Standards	
		icht über laufende Aktivitäten und Projekte	
		ewählte Qualitätsprojekte	
F		swort und Ausblick	
G		ge	
		eder der Q-Kommission 2011	
	_	sätze	

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

# A Einleitung

## Die Regionalspital Emmental AG (RSE AG)

Die Regionalspital Emmental AG ist ein Akutspital mit den Standorten Burgdorf und Langnau und gewährleistet die Spitalversorgung für eine Bevölkerung von rund 120'000 Einwohnern. An beiden Standorten besteht über 24 Stunden ein Angebot in der medizinischen Grundversorgung, der Notfallversorgung sowie im Rettungsdienst. In Burgdorf werden zusätzlich spezialärztliche Disziplinen angeboten, am Standort Langnau wird ausserdem eine Abteilung für Komplementärmedizin betrieben.

Nebst der Pflege von partnerschaftlichen Beziehungen zu den niedergelassenen ÄrztInnen ist die RSE AG bestrebt, sich mit weiteren Institutionen des Gesundheitswesens (z.B. Spitex, Alters- und Pflegeheime) eng zu vernetzen.

Die RSE AG betreibt über insgesamt 155 Betten für den Akutbetrieb. 2011 wurden 8`569 stationäre und 38`133 ambulante Patienten behandelt. Zusätzlich kommen jährlich über 500 Babys im RSE auf die Welt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro stationären Patienten beträgt für das Jahr 2011 6,2 Tage. Die Bettenbelegung liegt bei 90,5%.

Die RSE AG beschäftigt rund 1100 Mitarbeitende in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung und verfügt über mehr als 50 Ausbildungsstellen.

## Medizinische Kern- und Spezialdisziplinen

Anästhesiologie	Infektiologie	Onkologie
Angiologie	Intensivstation	Ophthalmologie
Chirurgie	Intermediate Care	Orthopädie
Diabetologie/Endokrinologie	Kardiologie	Pneumologie
Gastroenterologie	Komplementärmedizin	Psychiatrie
Geburtshilfe	Medizin allgemein	Radiologie
Gynäkologie	Nephrologie	Rettungsdienst
HNO	Notfallstation	Urologie

## Verzeichnis der Anhänge

Anhang I: Mitglieder der Q-Kommission 2011

Anhang II: Q-Leitsätze

Anhang III: Projekt: Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

#### Verweis auf Geschäftsbericht

Der Geschäftsbericht 2011 kann via Homepage www.rs-e.ch eingesehen werden.



## Qualitätsstrategie

#### B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Im Februar 2004 wurde folgende übergeordnete Botschaft zur Qualität in der RSE AG von der Geschäftsleitung verabschiedet und im April 2007 bestätigt:

#### Qualitätsbotschaft:

Im Zentrum unseres Handelns steht der Mensch, sei es als Patient/in, als Angehörige/r oder als Mitarbeiter/in (Leitbild RSE). Mit einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung verfolgen wir das Ziel, diesem Anspruch weiterhin gerecht zu werden! Wir verstehen das Streben nach Qualität als Verpflichtung für jede(n) Einzelne(n), von der Geschäftsleitung bis zu den Auszubildenden.

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

## B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

#### Pflegezertifizierung der Pflegeabteilungen durch die Concret AG

Das seit 2004 in der RSE AG eingeführte und etablierte Monitoring im Bereich der Pflegequalität hat sich bewährt. Der systemische Ansatz der Pflegequalitätserhebung mittels quantitativen und qualitativen Indikatoren<sup>1</sup> sowie der patientenorientierte Ansatz der Messmethode der Concret AG entsprechen dabei den komplexen Herausforderungen im Berufsfeld Pflege.

Die Zielsetzungen wurden für beide Standorte (Burgdorf und Langnau) wie folgt definiert:

- Gewährleistung einer patientenorientierten und angemessenen bis sicheren Pflege als angestrebtes Qualitätsniveau.
- Prüfung der Legitimation und Wirksamkeit der erbrachten Pflegeleistungen.
- Beurteilung, Sicherung und Förderung eines Entwicklungsprozesses für die Pflegequalität.
- Implementierung und Verankerung der Systematik der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung auf Abteilungsebene.

Die Pflegezertifizierung zeigt sich als sinnvolle Strategie, den Umgang mit sich ständig verändernden Rahmenbedingungen, unter Einbezug der Betroffenen, gezielt zu gestalten = Pflegequalität sichern und fördern.

#### Klinikinformationssystem (KIS)

Das Standort- und Disziplinübergreifende Klinikinformationssystem konnte, nach sorgfältigen Vorbereitungsarbeiten im Herbst 2011 gestaffelt eingeführt werden. Die elektronische Dokumentation soll durch den einfacheren Abruf die Arbeitsabläufe effizienter machen und die Patientensicherheit erhöhen.

#### Behördlich geforderte Messungen 2011/ANQ<sup>2</sup>

Die RSE AG hat, wie sämtliche Spitälern inklusive Privatspitäler in der Schweiz, den nationalen Qualitätsvertrag unterzeichnet und verpflichtet sich damit, die von ANQ vorgeschlagenen Messungen durchzuführen mit dem Ziel, eines gesamtschweizerischen Benchmarking. Die Mitglieder des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, santésuisse und die Eidgenössischen Sozialversicherer. Die Partner im Gesundheitswesen schlagen jährlich, im Rahmen des ANQ paritätisch festgelegte Qualitätsmessungen für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie vor.

1

Grundlagen der Organisation, finanzielle und personelle Ressourcen, Personalentwicklung, Infrastruktur & Ausstattung, Richtlinien und Handlungsanleitungen, Prozessorganisation in der Pflege, Kontinuität in der Behandlungs-/ Versorgungskette, Professionelle Kooperationen, Ausführung der Pflege, Fachexpertise, Outcome.

<sup>1</sup> Indikatoren:

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Association Nationale de la Qualité/Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken Qualitätsbericht 2011 V 5.0 Regionalspital Emmental AG

#### Wiederaufbau der Stelle für Qualitätsmanagement

Nach einer längeren Vakanz der Leitung Qualitätsmanagement konnte die Stelle ab August 2011 mit 50% neu besetzt werden mit dem Ziel, eines systematischen Wiederaufbaus der Stelle und der damit verbundenen Klärung von gezielten Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten.

Durch die Neubesetzung der Stelle für Qualitätsmanagement und der damit gewonnenen Ressourcen konnten Pendenzen in dem Bereich aufgearbeitet und zwei Projekte initiiert und von der Geschäftsleitung genehmigt werden. Es handelt sich bei den Projekten um die Re-Zertifizierung verschiedener Standards nach sanaCERT Suisse sowie um die Wiederaufnahme des Projektes CIRS (Critical Incident Reporting System).

### B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

#### Re-Zertifizierung aller Pflegeabteilungen durch die Concret AG

Das Ziel, dass alle Pflegeabteilungen die Re-Zertifizierung durch die Concret AG erfolgreich bestehen ist erreicht worden. Mit dieser Strategie können weiterhin die folgenden Ziele verfolgt und erreicht werden:

- o das Halten bzw. steigern der Pat.-Zufriedenheit
- die Pflegequalität gemäss dem definierten Niveau und dem Pflegeverständnis zu gewähren (inkl. Sicherheit)
- o den Stellenwert der Pflege hoch halten
- o die Attraktivität der Arbeitsplätze und Aufrechterhaltung der Konkurrenzfähigkeit erhalten
- o das Aufrechterhalten von zielorientierten, systematischen und kontinuierlichen Entwicklungsprozessen/-Potenzial auf Abteilungsebene
- o die Möglichkeit der Personalentwicklung und Förderung von Mitarbeitenden anbieten
- o die Qualitätsarbeit im Sinne eines Teil des Alltags fördern

#### Behördlich geforderte Messungen 2011

Die im Rahmen des ANQ paritätisch festgelegte Qualitätsmessungen für den Bereich Akutsomatik wurden termingerecht durchgeführt:

- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen (BFS-Statistik)
- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen (BFS-Statistik)
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- o Prävalenzmessung Sturz inkl. freiheitsbeschränkenden Massnahmen und Dekubitus
- Messung der Patientenzufriedenheit

#### Auszeichnungen/Audits

Die Abteilung für Geburtshilfe konnte Ende November 2011 erneut mit dem Qualitätslabel "Baby-Friendly Hospital" im Rahmen der UNICEF-Initiative ausgezeichnet werden. Dabei werden weltweit Spitäler aufgefordert, "10 Schritte zum erfolgreichen Stellen" umzusetzen.

Die Branchenlösung "Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz" wurde in der RSE AG im November 2011 von der Fachstelle H+Branchenlösung erfolgreich auditiert.

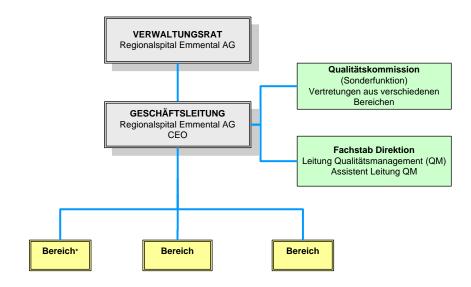
#### B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

#### Für das Jahr 2012 hat sich die RSE AG folgende übergeordnete Qualitätsziele gesetzt:

- Durchführung, Abschluss und Evaluation CIRS-Projekt
- Re-Zertifizierung sanaCERT Suisse im Herbst 2012
- Überarbeitung des Beschwerdekonzeptes
- Durchführung der gesetzlich geforderten Messungen (ANQ)
- Einführung und Anpassung verschiedener Kommunikationsplattformen (Q-News RSE AG/Intranet)

## B5 Organisation des Qualitätsmanagements

#### Organigramm₁ Qualitätsmanagement Regionalspital Emmental AG



\*Bereiche: Medizinische Klinik, Chirurgische Kliniken, Frauenklinik, Perioperative Medizin, Radiologisches Institut, Pflegedienst, Psychiatrischer Dienst, Betriebswirtschaft

1 angelehnt an Organigramm Kaderstufe 1 und 2, Version 1.5, 27.02.2012

Х	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.					
Х	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.					
	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.					
	Andere Organisationsform:					
Für c	bige Qualitätseinheit stehen insgesamt	90%	Stellenprozente zur Verfügung.			

## B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Adrian Schmitter	034 421 21 02	adrian.schmitter@rs-e.ch	CEO Vorsitzender Qualitätskommission
Ruth Schneider	034 421 21 96	ruth.schneider@rs-e.ch	Leiterin Qualitätsmanagement
Sandra Zürcher	034 421 21 12	sandra.zuercher@rs-e.ch	Assistentin Qualitätsmanagement



# 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:

<u>www.spitalinformation.ch</u> → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Regionalspital Emmental AG → Kapitel "Leistungen" → "Fachgebiete", "Apparative Ausstattung" oder "Komfort & Service"

#### **Spitalgruppe**

x Wir sind eine Spital-/Klinikgruppe mit folgenden Standorten:

Burgdorf und Langnau

## C1 Angebotsübersicht

Ang	gebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Alle	rgologie und Immunologie		
Allg	emeine Chirurgie	Burgdorf/Langnau	
(An Inte	sthesiologie und Reanimation wendung von Narkoseverfahren, nsivmedizin, Notfallmedizin und merztherapie)	Burgdorf/Langnau	
(Be	matologie und Venerologie handlung von Haut- und schlechtskrankheiten)	Burgdorf/Langnau	
	äkologie und Geburtshilfe nuenheilkunde)	Burgdorf	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		Burgdorf/Langnau	
Han	dchirurgie		
	z- und thorakale Gefässchirurgie erationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/- m)	Burgdorf/Langnau	
mit	emeine Innere Medizin, folgenden <b>Spezialisierungen</b> (Fachärzte, zialisiertes Pflegepersonal):	Burgdorf/Langnau	
х	Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	Burgdorf/Langnau	
х	Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Burgdorf	
х	Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Burgdorf	
х	Geriatrie (Altersheilkunde)	Burgdorf/Langnau	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)		An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
x	Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	Burgdorf	
	Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
х	Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Burgdorf	
x	Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)	Burgdorf/Langnau	
x	Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Burgdorf	
х	Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Burgdorf	
	Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)		
x	Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Burgdorf	
Inter	nsivmedizin	Burgdorf	
Kief	er- und Gesichtschirurgie		
Kind	erchirurgie		
Lan	gzeitpflege		
Neu	rochirurgie		
(Bel	rologie nandlung von Erkrankungen des vensystems)		
	thalmologie genheilkunde)	Burgdorf	
	opädie und Traumatologie ochen- und Unfallchirurgie)	Burgdorf/Langnau	
Oto- (Hal	Rhino-Laryngologie ORL s-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Burgdorf/Langnau	
	atrie derheilkunde)		
(lina	ativmedizin ernde Behandlung unheilbar wer(st)kranker)	Burgdorf/Langnau	
Plas	tisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie		
Psy	chiatrie und Psychotherapie	Burgdorf/Langnau	
	iologie ntgen & andere bildgebende Verfahren)	Burgdorf/Langnau	
Trop	en- und Reisemedizin		
Urol (Bel Hari	ogie nandlung von Erkrankungen der ableitenden nwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Burgdorf	

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	Burgdorf/Langnau	
Ergotherapie	Burgdorf/Langnau	An beiden Standorten outgesourct
Ernährungsberatung	Burgdorf/Langnau	
Logopädie	Burgdorf	
Neuropsychologie		
Physiotherapie	Burgdorf/Langnau	Standort Langnau outgesourct
Psychologie		
Psychotherapie	Burgdorf/Langnau	

## C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelter Patienten,	38'133	36'465	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			
Anzahl stationär behandelter Patienten,	8'569	8'431	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	472	526	
Geleistete Pflegetage	53'323	51'480	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	155	154	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.2	6.1	
Durchschnittliche Bettenbelegung	90.50%	87.30%	

## C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant						
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden			
ambulant	1'657					
Tagesklinik	87	22		56		
Kennzahlen station	när					
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflegetage		
stationär	18	293	21.6	6'335		

#### C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

#### C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

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

Die Anzahl Austritte und Anzahl Pflegetage 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 Pflegetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflegetage 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.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflegetage
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

## C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

#### A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- Rehabilitationskliniken k\u00f6nnen ihr Fachwissen und ihre Infrastruktur auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spit\u00e4lern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbst\u00e4ndige Tageskliniken in St\u00e4dten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbr\u00fcchen 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
	□ja		
	□ja		□ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	lächstgelegenes Spital, Ort Leistungsangebot / Infrastruktur		Distanz (km)
	Intensivstation in akutsomatischem Spital		km
	Notfall in akutsomatischem Spital		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
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				
Bemerkungen: Die RSE AG bietet eine ambulante Rehabilitation in folgenden Fachbereichen an: Pneumologie, Kardiologie und Diabetologie				

#### C4-4 Personelle Ressourcen

#### Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- Spezifische Facharzttitel sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- Die T\u00e4tigkeiten der Pflege unterscheiden sind in der Rehabilitation deutlich von der Pfleget\u00e4tigkeit in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkr\u00e4fte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten	
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	□ ja		
Facharzt Neurologie	□ja		
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	□ja		
Facharzt Kardiale Rehabilitation	□ja		
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	□ja		
Facharzt Psychiatrie	□ja		
Diplomierte, rehabilitationsspezifisch	e Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen

Fachpflege Rehabilitation

# C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2011			
Geleistete Pflegetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Auslastung			



# Qualitätsmessungen

### D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für 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 d	lie Patientenzu	ufriedenh	eit im B	etrieb gemessen?	?				
	<b>Nein</b> , unser B	Betrieb <b>mis</b>	sst nich	t die Patientenzufr	iedenheit.		Begründur	ng:	
х	Ja, unser Bet	rieb <b>miss</b> t	t die Pat	tientenzufriedenhei	t.				
		richtsjahr Messung		rurde allerdings eführt.	Die letzte Mes erfolgte im		[	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	
	x Ja. Im	Berichtsj	ahr 201	1 wurde eine Mess	sung durchge	führt.			
An we	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?								
x Im ganzen Betrieb /									
х	In allen Klinike Fachbereiche oder →	en /		nur in fo	olgenden Fachbereich	en /			
Messe	ergebnisse der	letzten B	efragur	ng					
			Zufrie	denheits-Wert	Wertung d	ler Erç	gebnisse /	Bemerkungen	
Gesan	nter Betrieb								
Result	tate pro Bereic	h	Zufrie	denheits-Wert	Wertung d	ler Erç	gebnisse /	Bemerkungen	
	Die Messung	ist <b>noch r</b>	nicht ab	geschlossen. Es	liegen noch k	eine E	rgebnisse v	or.	
Х				Publikation der Er	<u> </u>				
	Die <b>Messerge</b>	ebnisse w	verden n	nit jenen von ander	en Spitälern	vergli	<b>chen</b> (Bend	chmark).	
Inform	nationen für da	ıs Fachpı	ıblikum	: Eingesetztes Me	ssinstrumer	nt bei	der letzten	Befragung	
☐ Med				rnes Messinstrume					
☐ Picl		Name de	S			Nam	ne des		
PE		Instrume	ntes			Mess	sinstitutes		
X POC	PF(-27)								
	Benchmark								
x eiger	nes, internes In:	strument				1			
Beschr	reibung des Ins	trumentes							

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv							
Gesamtheit der zu untersuchenden	Einschlusskriterien						
Patienten	Ausschlusskriterien						
Anzahl vollständige und val	ide Fragebogen						
Rücklauf in Prozenten			Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☐ Ja		

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?						
	Nein, unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.					
х	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.					
	Bezeichnung der Stelle	Leitung Qualitätsmanagement				
	Name der Ansprechperson	Frau Ruth Schneider				
	Funktion	Leiterin Qualitätsmanagement				
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	034 421 21 96				
	Bemerkungen	Im Aufbau				

Verbesserungsaktivitäten					
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von bis)		

## 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	Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?								
Х	Nein, unser Betrieb ı	misst nicht die Angehö	irigenz	ufriedenheit.		Begründur	ng:		
	Ja, unser Betrieb mi	<b>sst</b> die Angehörigenzuf	riedenl	heit.					
		nhr 2011 wurde allerdin ng durchgeführt.	gs	Die letzte Mes erfolgte im				chste Messung is rgesehen im Jahr	
	Ja. Im Berich	tsjahr 2011 wurde eine	Mess	ung durchge	führt.				
Δn we	alchen Standorten / in	welchen Bereichen w	vurda d	dia latzta Re	afragu	na durchae	afiihr	12	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?  Im ganzen Betrieb /nur an folgenden									
	an allen Standorten,		andorte						
	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abte oder →	eilungen, Klir		olgenden Fachbereich en:	nen /				
Messe	ergebnisse der letzter	n Befragung							
	<b>g</b>	Zufriedenheits-We	rt \	Nertung de	r Frae	hnisse / Re	merk	ungen	
Gesar	nter Betrieb	Zumodomiono vio		rortarig do	90	DI110007 D0	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	.u.igon	
	tate pro Bereich	Zufriedenheits-We	rt V	Wertung de	r Erae	bnisse / Be	merk	kungen	
					<u> </u>				
	Die Messung ist noc	h nicht abgeschlosse	n. Es li	iegen noch k	keine E	rgebnisse v	or.		
	Der Betrieb verzicht	tet auf die Publikation	der Er	rgebnisse.					
	Die <b>Messergebniss</b>	e werden mit jenen von	ander	en Spitälern	vergli	i <b>chen</b> (Bend	hmar	k).	
Inform	aationon für das Each	publikum: Eingesetzt	os Mos	ssinstrumo	nt boi	dor lotzton	Rofre	adina	
	Externes Messinstru	<u> </u>	es ivie:	SSIIISUIUIIIEI	iit bei	der letzteri	Della	agung	
	Name des Instrumei			Name	des M	essinstitutes	2		
	eigenes, internes Ins			Traino	400 111		,		
	reibung des Instrumen								
Inforn	nationen für das Fach	publikum: Angaben z	um un	tersuchten	Kolle	ktiv			
Gesar	ntheit der zu	Einschlusskriterien							
unters	uchenden	Ausschlusskriterien							
Anger	iörigen	Ausschlusskriterien							
Anzah	I vollständige und valid	le Fragebogen							
Rückla	auf in Prozenten			Е	rinner	ungsschreib	en?	☐ Nein	 ☐ Ja
Voul	oorungooldivitätaa								
Titel	sserungsaktivitäten	Ziel		Bereich			La	ufzeit (von k	oie)
ritei		LICI		Dereich			Ld	uizeit (VOII l	no)

## 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 Mitarbeite	rzufrieden	heit im Betrieb gem	essen'	?				
☐ <b>Nein</b> , unser	Betrieb <b>mi</b>	isst nicht die Mitarbe	eiterzuf	riedenheit.	Begründun	g:		
x <b>Ja</b> , unser Be	trieb <b>miss</b>	t die Mitarbeiterzufrie	edenhei	t.				
		r 2011 wurde allerdin J durchgeführt.	gs	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009 <b>D</b> i	e nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:		
☐ Ja. In	Berichts	jahr 2011 wurde eine	e Messu	ung durchgeführt.				
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?								
x Im ganzen E				olgenden	ing darongo	MIII C		
an allen Sta	ndorten, od	der → Sta	andorte	n:				
x In allen Klini Fachbereich oder →		ungen, Klir		lgenden Fachbereichen / en:				
Messergebnisse de	er letzten E	Befragung						
		Zufriedenheits- We	ert V	Vertung der Erge	bnisse / Ber	merkungen		
Gesamter Betrieb				ronanig acr _ngc		ge		
Resultate pro Bere	ich	Ergebnisse	V	Vertung der Erge	bnisse / Ber	merkungen		
		Jen		3 44 3 44				
☐ Die Messund	ist <b>noch</b>	nicht abgeschlosse	n. Es li	egen noch keine E	Ergebnisse vo	or.		
	-							
☐ Die Messer	<u> </u>							
Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).								
Informationen für d	las Fachp	ublikum: Eingesetzt						
Informationen für o	las Fachp	ublikum: Eingesetzt ent		ssinstrument bei	der letzten l	3efragung		
Informationen für d	las Fachp	ublikum: Eingesetzt ent			der letzten l			
Informationen für o	las Fachpo essinstrumo nstrumente	ublikum: Eingesetzt ent es s. Messinstitut		ssinstrument bei	der letzten l	Befragung Innopool AG,		
x Externes Me Name des Ir	las Fachpessinstrumente ernes Instru	ublikum: Eingesetzt ent es s. Messinstitut ument	es Mes	Name des M	der letzten l	Befragung Innopool AG,		
x Externes Me Name des Ir eigenes, inte	las Fachpi essinstrumente estrumente ernes Instru strumente	ent s. Messinstitut ument s Standardisierte s	es Mes	Name des M	der letzten l	Befragung Innopool AG,		
x Externes Me Name des Ir eigenes, inte	las Fachpossinstrumente ernes Instrumente strumente	ublikum: Eingesetzt ent es s. Messinstitut ument s Standardisierte s ublikum: Angaben z	es Mes	Name des M	der letzten l	Befragung Innopool AG,		
Informationen für d  x	las Fachpossinstrumente ernes Instrumente strumente	ent s. Messinstitut ument s Standardisierte s	es Mes	Name des M	der letzten l	Befragung Innopool AG,		
Informationen für d  x	las Fachpiessinstrumente ernes Instrumente strumente ernes Enschlu	ublikum: Eingesetzt ent es s. Messinstitut ument s Standardisierte s ublikum: Angaben z	es Mes	Name des M	der letzten l	Befragung Innopool AG,		
Informationen für o  x	las Fachpiessinstrumente ernes Instrustrumente ernes Enstrustrumente ernes Enschlustrumente ernes Ausschl	ublikum: Eingesetzt ent es s. Messinstitut ument s Standardisierte s ublikum: Angaben z usskriterien usskriterien	es Mes	Name des M	der letzten l	Befragung Innopool AG,		
Informationen für d  x	las Fachpiessinstrumente ernes Instrustrumente ernes Enstrustrumente ernes Enschlustrumente ernes Ausschl	ublikum: Eingesetzt ent es s. Messinstitut ument s Standardisierte s ublikum: Angaben z usskriterien usskriterien	es Mes	Name des Mane Befragung	der letzten l	Innopool AG, Managementberatung		
Informationen für o  x	essinstrumente ernes Instrumente strumente Einschlu Ausschl	ublikum: Eingesetzt ent es s. Messinstitut ument s Standardisierte s ublikum: Angaben z usskriterien usskriterien	es Mes	Name des Mane Befragung	der letzten l	Innopool AG, Managementberatung		
Informationen für o  x	essinstrumente ernes Instrumente strumente Einschlu Ausschl und valide en	ublikum: Eingesetzt ent es s. Messinstitut ument s Standardisierte s ublikum: Angaben z usskriterien usskriterien	es Mes	Name des Mane Befragung	der letzten l	Innopool AG, Managementberatung		
Informationen für o  X Externes Me Name des In  eigenes, inte Beschreibung des In  Informationen für o  Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter  Anzahl vollständige Rücklauf in Prozente	as Fachp essinstrumente ernes Instru strumente as Fachp Einschlu Ausschl und valide en	ublikum: Eingesetzt ent es s. Messinstitut ument s Standardisierte s ublikum: Angaben z usskriterien usskriterien	es Mes	Name des Mane Befragung	der letzten l	Innopool AG, Managementberatung		
Informationen für o  x	as Fachp essinstrumente ernes Instru strumente as Fachp Einschlu Ausschl und valide en	ublikum: Eingesetzt ent es s. Messinstitut ument s Standardisierte s ublikum: Angaben z usskriterien usskriterien Fragebogen	es Mes	Name des M che Befragung tersuchten Kolle	der letzten l	Innopool AG, Managementberatung  in? x Nein		

### 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 o	Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?								
	Nein, unser Be	etrieb <b>n</b>	nisst nicht die Zuweis	erzufrie	denheit.	Begründun	g:		
х	<b>Ja</b> , unser Betri	ieb <b>mis</b>	sst die Zuweiserzufried	denheit.					
			hr 2011 wurde allerdin g durchgeführt.	ngs l	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2003 <b>D</b>	ie nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:		
	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.								
An we	lchen Standort	en / in	welchen Bereichen v	wurde d	lie letzte Befragu	ıng durchge	führt?		
х	Im ganzen Bet an allen Stand			nur an fo andortei	olgenden n:				
х	Fach-bereichen / Abteilungen, Kl				lgenden Fachbereichen / en:				
Messe	ergebnisse der	letzten	Befragung						
Messe	ergebnisse		Zufriedenheits-We	ert	Wertung der Er	gebnisse / E	Bemerkungen		
Gesan	nter Betrieb								
Result	tate pro Bereicl	h	Ergebnisse		Wertung der Er	gebnisse / E	Bemerkungen		
	-		n nicht abgeschlosse			Ergebnisse vo	or.		
X			et auf die Publikation werden mit jenen von			ichen (Penek	amork)		
	Die Messerge	DIIISSE	werden mit jenen von	andere	en Spitalein <b>vergi</b>	ichen (benci	imark).		
Inform	nationen für das	s Fach	publikum: Eingesetz	tes Mes	sinstrument bei	der letzten l	Befragung		
	Externes Mess								
	Name des Inst				Name des M	lessinstitutes			
X	eigenes, interr								
Besch	reibung des Inst	rument	es						
Inform	nationen für das	s Fach	publikum: Angaben z	zum un	tersuchten Kolle	ktiv			
	ntheit der zu uchenden	Einsch	lusskriterien						
Zuweis		Aussch	nlusskriterien						
Anzah	l vollständige un	d valid	e Fragebogen						
Rückla	auf in Prozenten				Erinner	ungsschreibe	en?		
Verbe	sserungsaktivit	täten							
Titel			Ziel		Bereich		Laufzeit (von bis)		

#### D2 ANQ-Indikatoren

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

#### Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape<sup>®</sup>
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape<sup>®</sup>
- 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.ang.ch und www.sqlape.com

\A(!	dia	U WG		001® : D-1-		0		
	die potentiell vermeid Nein, unser Betrieb i Wiedereintrittsrate m	misst nicht die pote		-	Begründu			
х	Ja, unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.							
		ahr 2011 wurde alle rtung gemacht.	erdings	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:		
	x Ja. Im Berich	tsjahr 2011 wurde	eine Auswe	ertung gemacht				
An we	elchen Standorten / in	welchen Bereiche	en wurde d	lie letzte Messun	a durchae	führt?		
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten,		nur an fo	olgenden	<u>g</u> gc	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
х	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abto oder →	eilungen,	lgenden Fachbereichen / en:					
Mosse	ergebnisse							
Die po veröffe Zeitpu Interne	otentiell vermeidbaren I entlicht, da die Zuverlä	ssigkeit der berechr g der nationale Qua ziert.	neten Werte	e noch nicht in aus	sreichender	einer pseudonymisierte m Masse gegeben ist u Werte werden auf dem	nd zum	
		<u> </u>						
Auswe	ertungsinstanz	Bundesamt für Sta	atistik BfS					
Verbe	sserungsaktivitäten							
Titel		Ziel		Bereich		Laufzeit (von bis	s)	

\_

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> 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<sup>®</sup> 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.ang.ch und www.sqlape.com

Wird o	die potentiell vermeid	bare Reoperation	srate nach	SQLape <sup>®</sup> im Bet	rieb geme	ssen?
	<b>Nein</b> , unser Betrieb Reoperationsrate na	<b>misst nicht</b> die pot ch SQLape <sup>®</sup> .	entiell verm	eidbare	Begründu	ing:
	☐ In unserem Be	etrieb wird nicht ope	eriert (siehe	auch Kapitel C "	Betriebliche	Kennzahlen und Angebot")
х	Ja, unser Betrieb mi	sst die potentiell ve	ermeidbare	Reoperationsrate	nach SQLa	ape <sup>®</sup> .
		hr 2011 wurde alle rtung gemacht.	erdings I	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
	x Ja. Im <b>Berich</b>	tsjahr 2011 wurde	eine Ausw	ertungen gemac	ht	
An we	elchen Standorten / in	walchan Baraich	en wurde d	lie letzte Messun	a durchae	führt?
		weichen bereich			g durcinge	runit:
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten,	oder →	nur an fo Standorter			
Х	In allen Kliniken /		genden			
	Fachbereichen / Abte oder →	eilungen,	Kliniken / I Abteilunge	Fachbereichen / en:		
Messe	ergebnisse					
noch s	sehr lückenhaften Date nicht verpflichtet, die Re	nqualität nicht zu v	eröffentliche	en. Ausserdem wa	aren die Lei	Berichtsjahr 2011 aufgrund der istungserbringer bis Ende 2009 Bundesamts für Statistik zu
Inform	estionen für des Fook	an children				
Intorti	nationen für das Fach	<u> </u>				
Auswe	ertungsinstanz	Bundesamt für Sta	atistik BfS <sup>4</sup>			
Verbe	sserungsaktivitäten					
Titel		Ziel		Bereich		Laufzeit (von bis)

\_

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> 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?

	•			· ·			
	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst</b> Wundinfektionsrate mit Sw		erative	Begründung:			
	☐ In unserem Betrieb	wird nicht operie	rt (siehe auch Kapitel C	"Betriebliche Kennzah	len und Angeb	ot")	
х	Ja, unser Betrieb misst die	postoperative V	Vundinfektionsrate mit S	SwissNOSO.			
	Im Berichtsjahr 20 September 2011) w keine Messungen	urden allerdings	Die letzte Messung erfolgte im Jahr		e Messung ist ehen im Jahr:		
	x Ja. Im <b>Berichtsjahr</b> (allerdings erst seit	•	rden Messungen durch Valliser System).	geführt			
An v	velchen Standorten / in welc	hen Bereichen	wurde die letzte Messu	ıng durchgeführt?			
Х	Im ganzen Betrieb / an alle Standorten, oder →		nur an folgenden andorten:				
	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilunge oder →	en, Kli	nur in folgenden iniken / Fachbereichen / oteilungen:	Chirurgie, Orthopäo	lie		
2011 mes	er Betrieb beteiligte sich I an den Wundinfektions- sungen nach folgenden rationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest- gestellter Wund- infektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall <sup>5</sup> CI = 95%)	Infektionsrat Spital / Klinik (Vertrauensin CI = 95%)	2010	
х	Gallenblase-Entfernung Langnau	28	1	3,6 % (0,1-18,3 )		%()	
х	Gallenblase-Entfernung Burgdorf	74	4	5,4 % (1,5-13,3 )		%()	
	Blinddarm-Entfernung			%()		%()	
	Hernieoperation			%()		%()	
Х	Dickdarm (Colon) Langnau	6	0	0% (0-45,9)		%()	
х	Dickdarm (Colon) Burgdorf	57	7	12,3% (5,1-23,7 )		%()	
	Kaiserschnitt (Sectio)			%()		%()	
	Herzchirurgie			%()		%()	
х	Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen*			%()		%()	
х	Erstimplantation von			%()		%()	

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Kniegelenksprothesen\*\*

## Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

### Bemerkung zu \*und\*\*:

noch keine Resultate, da erst 01.01.2011 mit der Messung begonnen und 1 Jahr Follow up

x Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Verbesserungsaktivitäten									
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von bis)						
Beobachtungen OP-Säle Langnau und Burgdorf	Identifikation von möglichen Fehlern im Prozess bei Hüft-TP; Reduktion der relativ hohen Infektraten früherer Jahre.	OP- Orthopädie	Januar 2011						

## 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 Patienten<sup>6</sup>, 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.ang.ch und www.lpz-um.eu

Informationen für das Fachpublikum

Messinstitution Berner Fachhochschule										
Stürz	Stürze									
	Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.									
Wird d	ie Prävalenzn	nessung Sturz	mit der Metho	de LPZ	im Betr	ieb durchgefüh	rt?			
		Betrieb <b>führt nic</b> Z am Stichtag, 8				ırz mit der	Begründun	g:		
х	Ja, unser Bet 2011durch.	rieb führt die Pi	rävalenzmess	ung Stu	ırz mit d	er Methode LP	Z am Stichta	ag, 8. November		
An wel	chen Standor	rten / in welche	n Bereichen v	vurde ir	n Berich	ıtsjahr 2011 die	Messung d	urchgeführt?		
х	Im ganzen Be					en Standorten:				
х	In allen Klinik Fachbereiche oder →	en / en / Abteilungen,				n Kliniken / Abteilungen:				
	l <b>hospitalisier</b> Tage vorher <b>g</b> e	te Patienten, di estürzt sind.	e am Stichtag	oder	Wertur	ng der Ergebnis	sse / Bemerl	kungen		
20	Ir	n Prozent:	21.95%		13 (659	%) Stürze erfolgt	en vor Spita	leintritt		
	Der <b>Betrieb</b>	verzichtet auf d	lie Publikation	n der Er	gebnisse	).				
Inform	ationen für da	es Fachpubliku	m: Angahan z	rum unt	arsucht	an Kollektiv				
	theit der zu	Einschlusskrite		zum untersuchten Kollektiv						
	ıchenden	Ausschlusskrit	erien	Akutsomatik stationär  Psychiatrie, Kinder, Wöchnerinnen						
Anzahl	der tatsächlich	n untersuchten F	Patienten	95	95 Anteil in Prozent 70.35%					
Bemerkung										

\_

Titel

Verbesserungsaktivitäten

Ziel

**Bereich** 

Laufzeit (von ... bis)

 $<sup>^{6}\,</sup>$  Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 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 waagerecht 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?

	Nein, unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus m der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.							kubitus mit	Begr	ündung:	
х	Ja, unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.										
An wel	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?										
х		anzen Be Ilen Stan		oder →		nur ar	folgende	n Standorten:			
х				eilungen,				n Kliniken / Abteilungen:			
	itus b	ereits be		andenem aleintritt /	Anzahl P Dekubitu Spitalauf	ıs währ	end dem	vorbenem		tung der Ergebnisse / erkungen	
2		In Proz	ent 2	2.10%	2	In	Prozent:	2.10%			
	Der	Betrieb	verzich	ntet auf die I	Publikation	<b>n</b> der Er	gebnisse.				
Inform	ation	en für da	as Fach	npublikum:	Angaben z	um un	tersuchte	n Kollektiv			
Gesam			Einscl	hlusskriterier	n	Akutsomatik stationär					
untersu Patient		den	Ausso	chlusskriterie	n	n Psychiatrie, Kinder, Wöchnerin			inen		
Anzahl	der ta	atsächlich	n unters	suchten Patie	enten	95		Antei	l in Pro	ozent 70.35	
Bemerkung											
Verbes	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 Krankheitssituationen 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 Spitalqualität 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.ang.ch

Wurd	Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?										
	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>mass nicht</b> Kurzfragebogen ANQ.	die Pa	tientenz	zufriedenheit mit	Begründung:						
х	Ja, unser Betrieb mass die Pati	entenzı	ufrieden	heit mit Kurzfragebogen A	NQ.						
An w	elchen Standorten / in welchen	Bereic	hen wu	ırde die letzte Befragung	durchaeführt?						
х	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder →		1	an folgenden Standorten:							
х	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder →	niken /nur in f									
Mess	ergebnisse der letzten Befragu	ng									
Gesa	mter Betrieb			Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse						
	en Sie für dieselbe Behandlung w s Spital kommen?	ieder in	1	9.21	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall						
	eurteilen Sie die Qualität der Beh rhalten haben?	andlun	g, die	8.98	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet						
	n Sie Fragen an eine Ärztin oder e en, bekamen Sie verständliche An			9.01	0 = nie 10 = immer						
	n Sie Fragen an das Pflegeperson men Sie verständliche Antworten?		en,	9.23	0 = nie 10 = immer						
	en Sie während Ihres Spitalaufen ekt und Würde behandelt?	0 = nie 10 = immer									
Х	Der Betrieb verzichtet auf die F	ublika	<b>tion</b> de	r Ergebnisse.							
Rome	orkungon										
Deille	er kurigeti		Bemerkungen								

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung							
Zentrales Messinstitut x hcri AG  MECON measure & consult GmbH			Dezentrales Messinstitut  hcri AG ESOPE  x MECON measure & consult GmbH NPO PLUS Stevemarco sagl				
Informationen für da	s Fach	publikum: Angaben zu	m uni	ersuchten Koll	ektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden	Einsc	hlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.				
Patienten	Ausso	chlusskriterien	Verstorbene Patienten Patienten jünger als 18 Jahre				
Anzahl der total anges	chrieb	enen Patienten	729				
Anzahl der tatsächlich	teilger	nommener Patienten	367 Rücklauf in Prozent 50.3%				50.3%
Bemerkung							
Verbesserungsaktivitäten							
Titel				Bereich		Laufzei	it (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)

Mess	thema		als mit	SwissNo	OSO)			
Was	wird gemesser	1?	Postoperative Wund	linfektio	nen nac	h Hüft- und Kr	ie-TP	(im Walliser Netzwerk)
An w	elchen Stando	rten / ir	n welchen Bereichen v	vurde ir	n Berich	ntsjahr 2011 die	Mess	ung durchgeführt?
х	Im ganzen Be an allen Stan			nur an	folgende	en Standorten:		
	In allen Klinik Fachbereiche oder →					n Kliniken / Abteilungen:	Ortho	ppädie
Mess	ergebnisse			Wertu	ng der E	Ergebnisse / Be	merku	ıngen
Für 20	010 ausstehend	l						
x	Die Messung	ist <b>abç</b>	<b>jeschlossen</b> . Es lieger	noch k	eine Erg	ebnisse vor. (vo	n Prof.	Troillet noch nicht geliefert)
х	Der Betrieb v	erzich	et auf die Publikation	der Erg	ebnisse.			
х	Die Me <b>sserg</b>	ebniss	<b>e</b> werden mit jenen von	andere	n Spitäle	rn <b>verglichen</b> (	Benchi	mark).
Inforr	nationen für da	as Facl	npublikum: Eingesetz	tes Mes	sinstrur	nent im Berich	tsjahr :	2011
	Das Instrume entwickelt.	ent wur	de betriebsintern	Name des Instrumentes:				
х	Das Instrume betriebsexter		de von einer chinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:  Prof. N. Troillet, ICHV, Sion			N. Troillet, ICHV, Sion	
Inforr	nationen für da	as Fact	npublikum: Angaben z	zum unt	ersucht	en Kollektiv		
Gesa	mtheit der zu	1	hlusskriterien			Erstimplantation	en von	Prothesen
Patier	suchenden nten	Ausso	chlusskriterien	Notfälle, Traumata, Wechseleingriffe				
Anzal	nl der tatsächlic	h unters	suchten Patienten			Anteil in Pro	zent	100%
Beme	rkung							
Verbe	esserungsaktiv	vitäten						
Titel Ziel				Bereic	h		Laufzeit (von bis)	

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

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Anzahl Stürze; erfasst durch die Pflege in allen stationären Bereichen

An we	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?									
х	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder →		nur an folgenden Standorten:							
х	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder →		nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:							

Anzah	nl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
266		60	206	Die Sturzrate von 4.62 (pro tausend Pflegetage) entspricht einer Erhöhung der Stürze im Vergleich zum Vorjahr (4.32). Hingegen sind weniger Sturzfolgen verzeichnet.					
	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.								
	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.								
Х	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).								

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011									
Х	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:							
	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	<ul><li>nach er</li><li>Spezifis</li></ul>	<ul> <li>Alle stationär hospitalisierten PatientInnen &gt; 75 Ja</li> <li>nach erfolgtem Sturz</li> <li>Spezifische, definierte Situationen wie PatVerleg Veränderung des Allgemeinzustandes etc.</li> </ul>						
Patienten	Ausschlusskriterien	Pat. <65 Jahre ohne Sturz							
Anzahl der tatsächlich	ch untersuchten Patienten	266	Anteil in Prozent						
Bemerkung				protokolle. Durch das hohe er hohen Erfassungsquote					

Verbesserungsaktivitäten									
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von bis)						
Analyse der Pflegedokumentation bei Sturzereignissen  Vertiefte Erkenntnis und Nutzen von Potenzial zur Verbesserung		Pflege	Januar bis März 2011						
Interne Audits	Prüfen der Umsetzungsqualität Konzept Sturzprävention	Pflege	2011						
Risikoeinschätzung Erfassen des Risikos und frühzeitige Intervention auf interdisziplinärer Ebene		Pflege	2011						
Optimierung der Strukturen	Lücken in den Hilfsmitteln schliessen	Pflege	November 2010 bis Februar 2011						

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

Messthema		Dekul	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)						
Was wird gemessen?			-						
An we	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?								
	☐ Im ganzen Betrieb / ☐					nur an folgenden Standorten:			
	an allen Standorten, oder →  In allen Kliniken /nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder → nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:								
	nl vorhandene pitaleintritt / Ri							Vertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
	Die Messung							ebnisse v	or.
	Der <b>Betrieb</b>								
	Die <b>Messerg</b>	ebnisse	werden r	mit jenen vor	andere	en Spitäle	ern <b>verglich</b>	<b>en</b> (Benc	hmark).
Inforn	nationen für da	as Fachp	ublikum	: Eingesetz	tes Mes	sinstrur	nent im Bei	richtsjahı	· 2011
	Das Instrume entwickelt.	ent wurde	e betriebs	intern	Name	des Inst	rumentes:		
	Das Instrume betriebsexter				Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:				
Inform	nationen für d	es Fachr	uhlikum	· Angahan a	rum un	tersucht	en Kollektiv	V	
Informationen für das Fachpublikum: Angabe Einschlusskriterien Gesamtheit der zu						tersaem	en Roneki	·	
1	ntersuchenden Patienten Ausschlusskriterien								
Anzah	Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten Anteil in Prozent								
Bemerkung									
Verbe	Verbesserungsaktivitäten								
Titel			Ziel			Bereich			Laufzeit (von bis)

## D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema Freiheitsbeschränkende Massnahmen									
			im Rahmen Methode LPZ						
Was wird gemesser	ue Li Z								
An welchen Stando	rten / in w	elchen Bereichen v	vurde i	m Berich	ntsjahr 2011 die	e Mes	sung durchgeführt?		
x Im ganzen B an allen Star			nur an folgenden Standorten:						
x In allen Kliniken /									
Messergebnisse			Wertu	ıng der E	Ergebnisse / Be	emerk	ungen		
38 Freiheitsbeschränkende Massnahmen erfasst am Stichtag. Dies entspricht einem Vorkommen von 39.9% der erfassten PatientInnen.				keine Ve	rgleichswerte vo	orhand	den		
☐ Die Messung	g ist <b>noch</b> i	nicht abgeschlosse	n. Es li	egen noc	h keine Ergebn	isse v	or.		
☐ Der <b>Betrieb</b>	verzichtet	auf die Publikatior	n der Er	gebnisse	).				
x Die Messer	gebnisse v	verden mit jenen vor	andere	en Spitäle	ern <b>verglichen</b> (	(Bencl	nmark).		
Informationen für d	as Fachpu	ublikum: Eingesetzt	tes Mes	sinstrur	nent im Berich	tsjahr	2011		
Das Instrumen entwickelt.	t wurde be	triebsintern	Name des Instrumentes:						
x Das Instrumen betriebsexterne		n einer tanz entwickelt.	Name des Anbieters / der LPZ, Maastricht Auswertungsinstanz:						
Informationen für d	as Fachpu	ublikum: Angaben z	zum un	tersucht	en Kollektiv				
Gesamtheit der zu		sskriterien	Akutsomatik stationär						
untersuchenden Patienten  Ausschlusskriterien  Psychiatrie, Kinder, Wöchnerinnen									
Anzahl der tatsächlic	h untersuc	hten Patienten	95 Anteil in Prozent 70.35%			70.35%			
Bemerkung									
Verbesserungsaktiv	vitäten								
Titel		Ziel		Bereic	h		Laufzeit (von bis)		

## D3-5 Dauerkatheter

Messthema							
Was wird gemessen? Anzahl Fälle mit Dau			auerkat	heter			
True III a gemesse.		71124111 7 4110 11111 25	adomat	110101			
An welchen Stando	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?						
Im ganzen B an allen Star		nur an folgenden Standorten:					
☐ In allen Klinil Fachbereich oder →			nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:				
Messergebnisse			Wertu	ıng der Er	gebnisse / Be	merkı	ungen
☐ Die Messung	j ist <b>noch</b> i	nicht abgeschlosse	n. Es li	egen noch	keine Ergebni	sse vo	or.
☐ Der <b>Betrieb</b>	verzichtet	auf die Publikation	der Er	gebnisse.			
☐ Die Messerg	<b>jebnisse</b> v	verden mit jenen von	andere	en Spitäler	n <b>verglichen</b> (	Bench	ımark).
Informationen für d	as Fachpu	ublikum: Eingesetzt	es Mes	sinstrum	ent im Bericht	tsjahr	2011
Das Instrumentwickelt	ent wurde	betriebsintern	Name des Instrumentes:				
Das Instrumbetriebsexte		von einer instanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:				
Information on file of	aa Faabaa	shiika waxa Amarahan a			. Kallaktiv		
Informationen für d	·		um un	tersucnte	n Kollektiv		
Gesamtheit der zu	Einschlu	sskriterien					
Patienten	untersuchenden Patienten  Ausschlusskriterien						
Anzahl der tatsächlic	⊥ h untersuc	hten Patienten			Anteil in Pro	zent	
Bemerkung							
Verbesserungsaktiv	/itäten						
Titel		Ziel		Bereich			Laufzeit (von bis)

## D3-6 Weiteres Messthema

Mess	Messthema Messthema							
Was	Was wird gemessen?							
An w	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?							
							lurcngerunrt?	
	Im ganzen Betrieb /nur an folgenden Standorten: an allen Standorten, oder →							
	☐ In allen Kliniken /nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, Fachbereichen / Abteilungen: oder →							
Mess	ergebnisse			Wertu	ıng der l	Ergebnisse / Be	merkungen	
	Die Messung	ist <b>noch</b>	nicht abgeschlosse	en. Es li	egen no	ch keine Ergebni	sse vor.	
	Der <b>Betrieb</b>	verzichte	et auf die Publikatior	n der Er	gebnisse	).		
	Die <b>Messerg</b>	ebnisse	werden mit jenen vor	n andere	en Spitäle	ern <b>verglichen</b> (l	Benchmark).	
Inform	nationan für de	ac Eachr	oublikum: Eingesetz	toe Mos	cinctru	mont im Boright	ciobr 2011	
	Das Instrument			1		rumentes:	Sjalli 2011	
_	entwickelt	wurde b	ethebsintern	Name	des insi	rumentes.		
_	Das Instrument		on einer stanz entwickelt.		des Antertungsin	oieters / der		
	Болговоожотто	arr domi	otaniz ontwiction	7100111	ortungun	iota i E.		
Inforr	nationen für da	as Fach	oublikum: Angaben z	zum un	tersucht	en Kollektiv		
	Gesamtheit der zu Einschlusskriterien							
	ntersuchenden autenten Ausschlusskriterien							
Anzal	nl der tatsächlic	l h untersu	chten Patienten			Anteil in Proz	zent	
Bemerkung			71110111111102011					
Domo	20montaling							
Verbe	Verbesserungsaktivitäten							
Titel			Ziel		Bereic	h	Laufz	zeit (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 A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A = Ja, seit 20xx B = nein C = geplant, ab 201x	Bereich 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	-	-
AQC Daten für Qualitätssicherung	<b>A:</b> Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie <u>www.aqc.ch</u>	-	-
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A= seit 1983	В
Minimal Dataset für CH- Gesellschaft für Intensiv-medizin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	A= seit 1999	В
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	A= seit 2006	В
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	<b>A:</b> Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie <u>www.scqm.ch</u>	-	-
SIRIS <sup>7</sup> (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	A= seit 2012	В
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			

\_

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> 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.



# 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
Ganzer Betrieb	Qualitätsstandards sanaCERT suisse	2005	2009	Re-Zertifizierung 2012
Pflege	Indikatoren und Normen Concret AG	2007	2011	
Standort Burgdorf	SGI Intensivstation	1998	2011	Re-Zertifizierung 2012
Gyni/Gebh	UNICEF "Baby friendly hosptial"	2005	2011	
Labor	QUALAB	2001	2009	
OP	CAS		2009	
Ganzer Betrieb	RSE - Fürsorgerische Freiheits- entziehung (FFE) - Heimanmeldung	Ohne Zertifizierung		

# 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)
Pflegezertifizierung	Zertifizierung aller Pflegeabteilungen (inklusive Intensivstation) mit dem Label der Concret AG.	Alle Pflegeabteilungen	2004 - laufend
KIS (Krankenkaus- Informationssystem)	Einführung eines KIS	Ganzer Betrieb	2005 - 2012
Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)  Schwerpunktthema: Anwesenheitsmanagement  Teilprojekte:	Übergeordnetes Ziel: Die Fachstelle BGM ist in der RSE AG bis Ende 2013 in der Organisationsstruktur implementiert.  Jahresziele 2011:  1. Die Fachstelle BGM ist bis Ende 2011 aufgebaut und den Mitarbeitenden der RSE AG bekannt.  2. Die Datenerhebung für die Ausgangslage ist erhoben.  3. Ein Projektplan (zwei Teilprojekte) für 2012-2013 ist formuliert und genehmigt.	Pilot: Technik, Ökonomie, Informatik und alle der Pflegedienstleitung unterstellten Abteilungen	2011 – 2013 2011 abgeschlossen

# E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)				
Bereich					
Projektziel	<ol> <li>Jahresziele 2011:         <ol> <li>Die Fachstelle BGM ist bis Ende 2011 aufgebaut und den Mitarbeitenden der RSE AG bekannt.</li> <li>Die Datenerhebung für die Ausgangslage ist erhoben.</li> </ol> </li> <li>Ein Projektplan (zwei Teilprojekte) für 2012-2013 ist formuliert und genehmigt.</li> </ol>				
Beschreibung	Betriebliches Gesundheitsmanagement als moderne Unternehmensstrategie soll in der RSE AG darauf ab zielen, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.  Beschäftigungs- und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden sowie die Wettbewerbsfähigkeit des Betriebs sollen gesteigert und Krankheitskosten gesenkt werden.  Grundlagen sind die obligatorische Prävention und der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.				
Projektablauf / Methodik	Partizipation     Die gesamte Belegschaft muss     Integration     Berücksichtigung in allen Unter Entscheidungen     Projektmanagement     Systematische Durchführung     Ganzheitlichkeit     Einbezug verhaltens- und verh  Auftraggeber Verwaltungsrat RSE AG (BGM) Gesche Projektleitung (operative Leitung Fachverantwortliche BGM  Steuerungsgruppe (Steuergrupp Vorgesetzte aus den Bereichen Pflege, Teilprojekte (interdisziplinäre PArbeitsgruppen à ca. 5 Personen pro T	rnehmensbereichen und  ältnispräventiver Massnahmen  äftsleitung RSE AG (Projekt)  ng des Projektes)  pe BGM ) , Logistik und HR.			
Einsatzgebiet	den involvierten Bereichen  mit anderen Betrieben. Welche Betriebe Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Einzelne Standorte. An welchen Stando  einzelne Abteilungen. In welchen Abteilu Technik, Ökonomie, Informatik, Pflege Notfall/Rettungsdienst, ZSVA, Physioth	Betrieb orten? ungen? inkl. Geburtshilfe, Onkologie,			

Involvierte Berufsgruppen	Personal aus oben beschriebenen Abteilungen
Projektevaluation / Konsequenzen	Prozessevaluation (Optimierung des Projekts, SOLL-IST Vergleich) Überprüfung von Feinzielen und Meilensteinen. Es wird beurteilt, wie die geplanten Massnahmen verlaufen und durchgeführt werden. Die Prozessevaluation diente der Steuerung des Projekts im Sinne der Qualitätssicherung und als Grundlage für die Bewertung der Zielerreichung am Projektende. Sie erfolgte intern durch Projektleitung/Steuergruppe BGM. Feinziele und Meilensteine konnten 2011 alle erreicht werden.
Weiterführende Unterlagen	Konzept BGM, Konzepte der Teilprojekte Rückkehrgespräch und Gesunde Mitarbeitende



#### Schlusswort und Ausblick

Die Regionalspital Emmental AG (RSE AG) setzte sich auch im Jahr 2011 für eine Kultur der Qualitätsentwicklung im Sinne einer lernenden Organisation ein. Trotz der zunehmend erschwerten Situation im Gesundheitswesen, dem grossen gesundheitspolitischen und finanziellen Druck gelang es der RSE AG im Jahre 2011 Gewinne zu erzielen, die Zufriedenheit und das Vertrauen in die medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten der Patientinnen und Patienten zu stabilisieren bzw. zu erhöhen.

Ein Schwerpunkt im Jahr 2010 war die Durchführung verschiedener gesetzlich geforderten Qualitätsmessungen, welche für das Personal einen grossen zeitlichen Mehraufwand bedeutete. Das Verständnis für gesamtschweizerische Messungen mit dem Ziel eines künftigen Benchmark war eine der Motivationen für das Personal diesen Mehraufwand zu leisten verbunden mit der Hoffnung, dass die Ergebnisse auch dem eignen Spital und deren Qualitätsentwicklung nützlich sind.

Die regelmässigen Pflegequalitätserhebungen konnten auch im Jahr 2011 termingerecht und erfolgreich durchgeführt werden. Diese externe Überprüfung der Pflegequalität, welche organisatorisch und zeitlich eine grosse Herausforderung für das Pflegepersonal bedeuten, zeigen uns sowohl Stärken wie auch Entwicklungspotential und tragen zu einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Bereich bei.

Weitere erfolgreiche Auszeichnungen sind in der Geburtshilfe mit der Erneuerung des Qualitätslabels "Baby-Friendly-Hospital zu verzeichnen und die Branchenlösung "Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz" welche Ende 2011 erfolgreich auditiert wurde, siehe B3 "Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011", Seite 3.

Im Mai 2011, anlässlich der Verleihung des Swiss Quality Awards konnte Dr. med. Martin Egger, stellvertretender Chefarzt der Medizinischen Klinik, und sein Projektteam für das Qualitätsentwicklungsprojekt den Preis in der Kategorie Patientensicherheit entgegennehmen. Diese Auszeichnung beruht auf den hervorragenden Projektergebnissen im Jahre 2010, welche aufzeigen, dass die Urinkatheter-Tage und unnötigen Antibiotika-Behandlungstage bei

Harnweginfektionen durch verschiedene interdisziplinärere Massnahmen, um 38% respektive um 55% reduziert werden konnten (siehe dazu ausführlicher Q-Bericht 2010).

Die Schwerpunkte im kommenden Jahr sind neben der Analyse der erhobenen Daten und der Planung allfälliger Verbesserungsmassnahmen die Bearbeitung der beiden Qualitätsprojekte CIRS (Critical Incident Reporting System) und die Re-Zertifizierung sanaCERT suisse mit dem Ziel eines erfolgreichen Abschlusses beider Projekte.

Die systematische Erfassung von kritischen Zwischenfällen (CIRS) und deren Bearbeitung ist ein wichtiger Beitrag zur Entwicklung unserer Sicherheitskultur. Weiter werden im Rahmen der Re-Zertifizierung sanaCERT suisse vorhandene Standards überprüft und neue Standards aufgebaut. Damit leisten wir in verschiedenen Fachgebieten einen wichtigen Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung.

# G Anhänge

## I. Mitglieder der Q-Kommission 2011

#### Vorsitz:

Adrian Schmitter, CEO und Vorsitzender der Geschäftsleitung

#### Mitglieder:

Claudia Biedermann, Leiterin Pflege RSE AG
Dr. med. Bernard Chappuis, Leitender Arzt Medizin Burgdorf
Heidi Friedli-Wüthrich, Leiterin Pflegeentwicklung
Karola Kunz, Leiterin Physiotherapie
Dr. med. Daniel Stoffel, Chefarzt Chirurgie Langnau
Dr. med. Simone Zobrist, Leitende Ärztin Psychiatrie
Ruth Schneider, Leiterin Qualitätsmanagement RSE AG

#### Sekretariat:

Sandra Züricher, Assistentin QM

#### II. Q-Leitsätze

#### Qualitätsbotschaft:

Im Zentrum unseres Handelns steht der Mensch, sei es als Patient/in, als Angehörige/r oder als Mitarbeiter/in (Leitbild RSE). Mit einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung verfolgen wir das Ziel, diesem Anspruch weiterhin gerecht zu werden! Wir verstehen das Streben nach Qualität als Verpflichtung für jede(n) Einzelne(n), von der Geschäftsleitung bis zu den Auszubildenden.

#### Qualitätsziele

**Patientenorientierung:** Wir wollen zufriedene PatientInnen, welche gemäss den heutigen Möglichkeiten der Diagnostik, Therapie und Pflege angemessen und ihren Bedürfnissen entsprechend behandelt und betreut werden. Wir halten uns dabei an die Grundsätze der Humanität, Ethik und Wirtschaftlichkeit.

Dies bedingt unter anderem eine rechtzeitige und bedarfsgerechte Aufklärung und Information vor und während dem Spitalaufenthalt, das Aufzeigen von alternativen Behandlungsmöglichkeiten, den frühzeitigen Einbezug und die Mitbestimmung bei Entscheidungen, das Vorhandensein von klaren Ansprechpartnern, eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Unterbringung und Verpflegung, eine angemessene, individuelle und dem neusten Erkenntnisstand entsprechende medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung und Betreuung, eine umfassende und vollständige Information bei Austritt sowie eine schnelle, übersichtliche und fehlerfreie Administration.

**Mitarbeiterorientierung:** Wir wollen zufriedene und motivierte Führungskräfte und Mitarbeitende, welche über eine hohe fachliche, soziale und emotionale Kompetenz verfügen. Alle unsere Mitarbeitenden bilden die Basis für die hohe Qualität unserer Leistungserbringung.

Dies bedingt unter anderem die gegenseitige Achtung, ein gutes Betriebsklima, eine bedarfsgerechte räumliche und technische Ausstattung, gebührende Anerkennung für die erbrachten Leistungen, eine offene Möglichkeiten Zielvereinbarungen, Kommunikation, zur Mitsprache und aktiven Mitgestaltung, konkurrenzfähige Anstellungsbedingungen, eine angemessene Arbeitsbelastung. hohe Stellenbeschreibungen. verantwortung, und aktuelle Möglichkeiten zum Wissens-Erfahrensaustausch sowie eine gezielte, bedarfs- und bedürfnisgerechte Aus- und Weiterbildung.

Partnerschaftliche Arbeitsweise: Unsere internen und externen Partner sind mit unserer Leistungserbringung zufrieden und werden - wo für die PatientInnen notwenig und sinnvoll - in die Leistungserbringung eingebunden. Partner sind alle internen Leistungserbringer, Hausärzte, Spitex, Lieferanten, Kanton und Krankenversicherer. Wir stellen an unsere Partner dieselben Qualitätsansprüche wie an uns selbst.

Dies bedingt unter anderem die Festlegung von Regeln der Zusammenarbeit, Klärung der gegenseitigen Anforderungen und Erwartungen, gegenseitige Wertschätzung, einen regelmässigen Informationsaustausch, offene Kommunikation und Transparenz.

**Prozessorientierung:** Unsere Kern- und Supportprozesse sind zweckmässig, effizient und sicher gestaltet, auf die Bedürfnisse der Patienten und Partner ausgerichtet und entsprechen wo vorhanden, allgemein anerkanntem Wissen. Ihre Kenntnis, verbindliche Einhaltung und regelmässige Überprüfung bilden die Basis für ein erfolgreiches Ergebnis.

Dies bedingt unter anderem die Definition, Analyse und Dokumentation der wichtigsten Kern- und Supportprozesse, bewusstes Risikomanagement, einen optimalen Einsatz der Ressourcen, die Vermeidung von Doppelspurigkeiten, die Kenntnis der Ansprüche der Patientlnnen und Partner, die Kenntnis der geltenden fachlichen Standards, die klare Regelung der Verantwortungen, Kompetenzen und Aufgaben sowie die kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der Prozesse.

**Ergebnisorientierung:** Wir arbeiten ergebnisorientiert. Die Ergebnisse und die Auswirkungen unserer Leistungen werden regelmässig und systematisch erhoben, analysiert und in die kontinuierliche Qualitätsentwicklung mit einbezogen.

Dies bedingt unter anderem die systematische Erhebung, Auswertung und Analyse der Zufriedenheit sowie der Wünsche und Verbesserungsvorschläge der Patientlnnen, MitarbeiterInnen, internen und externen Partner, der erzielten Behandlungsergebnisse (Outcome) sowie der Finanzkennzahlen.