



Akutsomatik

**Spital Zollikerberg
Trichtenhauserstrasse 20
8125 Zollikerberg**

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 Spitälern und Kliniken; fr: **A**ssociation **n**ationale pour le **d**éveloppement 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	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011.....	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	3
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	4
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
	C1 Angebotsübersicht.....	5
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011.....	7
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011.....	7
	C4 Kennzahlen 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)	9
	C4-4 Personelle Ressourcen	10
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011.....	10
D	Qualitätsmessungen	11
	D1 Zufriedenheitsmessungen.....	11
	D1-1 Patientenzufriedenheit - OPF	11
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	13
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	14
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	15
	D2 ANQ-Indikatoren.....	16
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	16
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	17
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	18
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	19
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	22
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	24
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO).....	24
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	25
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	26
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	27
	D3-5 Dauerkatheter	28
	D3-6 Elektiver Eintritt.....	29
	D3-6 a Geburt und Sectio.....	30
	D3-6 b Verschiebung elektiver Eingriffe	31
	D3-6 c EMERGE	32
	D3-7 Patientenzufriedenheit in der Radiologie (ambul.)	33
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	34
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	35
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	35
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	36
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	37
F	Schlusswort und Ausblick	38
G	Anhänge.....	39

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.

Unsere Qualitätsphilosophie

Die Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule will Leistungen erbringen, die qualitativ zu den Besten gehören.

Für das Spital Zollikerberg, als Teil der Stiftung, ist es eine besondere Herausforderung unseren Patientinnen und Patienten hochstehende Qualität zu bieten und gleichzeitig den finanziellen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen (wirtschaftliche Leistungserbringung) Rechnung zu tragen.

Die Qualitätsentwicklung unserer Dienstleistungen ist deshalb Sache der obersten Führungsebene. Alle Mitarbeitenden werden in die Verantwortung einbezogen.

Qualität entsteht, wenn wir uns professionell verhalten, zeitgemässe Mittel einsetzen und uns kontinuierlich weiterentwickeln. Letzteres bedingt, dass wir unsere Arbeit immer wieder kritisch reflektieren und uns im eigenen Verantwortungsbereich um Verbesserungen bemühen.

Auch versuchen wir offen mit Fehlern umzugehen. Die Qualitätsentwicklung wird immer wieder auf verschiedensten Ebenen und in unterschiedlichsten Zusammenhängen thematisiert. So soll jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin einen Beitrag zur Zielerreichung leisten können.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die Qualitätsentwicklung im Spital Zollikerberg ist im Sinne des Total Quality Managements auf allen Ebenen des Spitals verankert.

Oberstes Gremium ist die Spitalleitung. Diese beschliesst im Rahmen der Strategie über die mittelfristigen Ziele und im Rahmen der Jahresziele über die ein- oder mehrjährigen Ziele sowie die wichtigsten Massnahmen (z.B. hcrl-Messungen, interne Messungen) im Bereich Qualitätsmanagement. Für die operative Koordination und detaillierteren Zielsetzungen (z.B. für Qualitätszirkel) ist ein spezielles Gremium, die Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung, eingesetzt. Ständige Qualitätszirkel arbeiten zu folgenden Themen:

- Patientensicherheit
- Schmerzbekämpfung
- Hygiene
- Ökologie
- Betrieblicher Gesundheitsschutz
- Labor

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011**Abschluss Projekt Optimal**

Während des Berichtsjahres 2011 lagen die Schwerpunkte in der Fortsetzung und Vorbereitung des Abschlusses der Arbeit aller Teilprojektgruppen. Das Projekt Optimal war im Januar 2009 spitalweit, interdisziplinär und interprofessionell mit folgenden Schwerpunkten gestartet:

- AG Datengrundlage inkl. IT- Unterstützung
- Prozess Bettenzuteilung
- Prozess Geburtsanmeldung und Eintritt in den Gebärsaal
- Restrukturierung Plansection
- Prozess Wöchnerinnen Education
- Koordination int./ext. Dienste
- Austritt

Das Projekt Optimal hat zum Ziel die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen sinnvoll und effizient einzusetzen. Es sind Mitarbeitende des Spitals aller Hierarchiestufen involviert. Mit dem Abschluss des Projektes wurden Themen zur Sicherung der Nachhaltigkeit definiert, die in den Kliniken und Bereichen permanent weiter verfolgt werden. Dazu zählen u.a. die Schwerpunkte: Austritt/ Übertritte, Wartezeiten, Visitenzeiten, Maternité. Die angestrebte Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit wird in 2012 durch eine interne Befragung erhoben. (s. E)

ANQ*- Beitritt und damit verbundene Messungen**CIRS**

Ende 2011 konnte das positive Fazit zum zweijährigen Bestehenden des CIRS (Critical Incident Reporting System) gezogen werden.

* Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Qualitätsmessungen

In den durchgeführten ANQ und hcri/ Outcome-Messungen 2011 konnte das Spital Zollikerberg seinen hohen Standard weitgehend halten aber schnitt insgesamt positiv im Vergleich mit dem Durchschnitt des Vergleichskollektiv ab.

Ablaufplanung Notfall-Section für alle beteiligten Fachdisziplinen des Spitals (nach Massgabe der GD)

Intranet-Relaunch 2011

Das gesamte Intranet wurde auf ein neues System umgestellt mit Ziel:

- schnelle und aktuelle Informationsweitergabe innerhalb des Spitals zu sichern
- Zugriff für alle Mitarbeiter auf Arbeitsunterlagen: Standards, Weisungen, Informationen zu gewährleisten
- eine Papierreduktion durch permanente Intranet-Nutzung zu erhöhen

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Kontinuierliche Qualitätssicherung

In unserem Betrieb werden eine ganze Reihe von Instrumenten eingesetzt, mit denen wir sicherstellen wollen, dass die Qualität unserer Leistungen kontinuierlich beobachtet und hinterfragt wird. Disziplinär, aber meist interdisziplinär werden Massnahmen entwickelt, die zu Verbesserungen führen. Oberstes internes Auswertungs- und Berichtsgremium stellt die Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung dar. Die wichtigsten Qualitätsentwicklungen sind:

Interdisziplinäre Konferenz für Patientensicherheit und Qualitätszirkel

Alle zwei Monate nehmen Mitarbeitende aus allen Kliniken und Bereichen an einer Konferenz für Patientensicherheit teil. Es werden sicherheitsrelevante Ereignisse besprochen und Massnahmen erarbeitet. Die Teilnahme von Klinik- und Bereichsverantwortlichen erlaubt, viele Verbesserungen sofort umzusetzen. Wenn nötig werden Vorschläge an die Spitaldirektion zur Entscheidung weitergeleitet. Zu verschiedenen übergreifenden Themen tagen regelmässig Qualitätszirkel, so zur Schmerzbekämpfung.

Standards

Eine grosse Zahl von Abläufen und Arbeiten im Spital sind vereinheitlicht, um jederzeit und durch alle Mitarbeitenden eine gleichbleibende Qualität der Patientenbetreuung gewährleisten zu können. Sie sind im Intranet des Spitals für alle Mitarbeitenden verfügbar und werden kontinuierlich angepasst und aktualisiert.

„Ihre Meinung“-Fragebogen und Patienteninterviews

Alle austretenden Patientinnen und Patienten erhalten ein Formular, auf welchem Sie uns einen Kommentar zum Spitalaufenthalt abgeben können. Jährlich werden so über 2500 schriftliche Rückmeldungen von der Direktion entgegengenommen, geprüft und nötigenfalls Massnahmen eingeleitet. Zusätzlich interviewen die Spitaldirektorin und ausgewählte Kaderpersonen regelmässig Patientinnen und Patienten, um sich persönlich ein Bild zu verschaffen, wie die Dienstleistungsqualität im Spital von den Patientinnen und Patienten wahrgenommen wird.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Das Spital bietet im Berichtsjahr: 3 kaufmännisch Auszubildenden, 2 Betriebspraktikern, 1 Informatiker, 27 HF-Studierenden, 8 FH-Studierenden, 23 FaGe's, 10 Studierenden Hebammen FH, 22 Studierenden für die Ausbildungen: Physiotherapie, TOA, IPS, MTRA einen Aus- oder Weiterbildungsplatz an.

Am Spital Zollikerberg absolvieren 35 Assistenzärztinnen und –ärzte ihre Facharztweiterbildung.

Aber auch die kontinuierliche Fortbildung nimmt einen grossen Stellenwert ein. Mit diesen Aus-, Weiter- und Fortbildungsaktivitäten trägt das Spital Zollikerberg dazu bei, die Qualität der Dienstleistungen im eigenen Betrieb aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Damit trägt auch gesamtgesellschaftlich das Spital Zollikerberg massgeblich zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems Schweiz bei.

Critical Incident Reporting System

Ende 2011 konnte das positive Fazit zum zweijährigen Bestehen des CIRS (Critical Incident Reporting System) gezogen werden. Eine verstärkte Mitarbeiterbindung bzw. Information zu CIRS-Themen ist durch die interne Veröffentlichung der CIRS-Letter im Intranet seit 2011 gelungen. Für 2013 sind differenzierte statistische Analysen und eine Kategorisierung der Ursachen von Zwischenfällen geplant. Die CIRS-Verantwortlichen aller Bereiche nehmen an der Patientensicherheitskonferenz (siehe unten) teil. So können bereichsübergreifende Probleme diskutiert und gelöst werden.

Komplikationen-Erfassung (sog. Komplikationsliste)

Die Medizinische Klinik und die Chirurgische Klinik erfassen Komplikationen, die bei der Behandlung von Patienten auftreten im System, das die Fachgesellschaften zur Verfügung stellen (s. Komplikationenliste der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin; Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie, AQC). Die Auswertungen über verschiedene Spitäler erlauben, von den Erfahrungen anderer zu profitieren und Fehler zu vermeiden. Die Anästhesie erfasst spezifische Daten, die der Anästhesie-Datenbank Schweiz, ADS, zugeführt werden.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

x	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
x	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
x	Andere Organisationsform:	Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung und Qualitätszirkel
	Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Orsola Vettori	044/397 21 01	orsola.vettori@spitalzollikerberg.ch	Spitaldirektorin
Susanne Hentsch	044/397 2218	susanne.hentsch@spitalzollikerberg.ch	Abteilungsleiterin Entwicklung und Koordination Qualitätskoordinatorin
Beat Frischknecht	0)44 397 27 69	beat.frischknecht@spitalzollikerberg.ch	Controller, Stv. Leiter Rechnungswesen

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 → Spital Zollikerberg
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
☐	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten :

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten Spital Zollikerberg Trichtenhauser- strasse 20 8125 Zollikerberg	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	Spital	BA, USZ
Allgemeine Chirurgie	Spital	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Spital	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	Spital	KA, USZ, Hirslanden
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Spital	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	-	-
Handchirurgie	-	-
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/- raum)	Spital	KA
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
☐ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	Spital	KA
☐ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Spital	KA
☐ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Spital	
☐ Geriatrie (Altersheilkunde)		

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

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	Spital	
Ergotherapie	Spital	
Ernährungsberatung	Spital	
Logopädie	-	
Neuropsychologie	-	
Physiotherapie	Spital	
Psychologie	-	
Psychotherapie	-	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	27'558	25'953	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	2	5	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	9'580	9'577	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	1'589	1'514	
Geleistete Pflgetage	63'697	64'440	Inkl. Neugeborene
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	164	164	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.6	6.7	Inkl. Neugeborene
Durchschnittliche Bettenbelegung	94.7%	97.1%	Ohne Neugeborene

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflgetage
stationär				

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 stationäre 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?

- ❶ 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.
- ❷ 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.
- ❸ 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	☐ ja
Nächstgelegenes 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?

- ❶ 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				

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 Pflege 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 Physikalische Medizin und Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Neurologie	☐ ja	
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Kardiologie Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	☐ ja	
Facharzt Psychiatrie	☐ ja	
Diplomierte, rehaspezifische 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			

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 Patientenzufriedenheit - OPF

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?				
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:	
☒	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?				
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Chirurgie, Medizin, Frauenklinik	
Messergebnisse der letzten Befragung				
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Gesamter Betrieb	79.9 %			
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon	☒ Anderes externes Messinstrument			
☐ Picker	Name des Instrumentes	OPF: Outcome Patienten Fragebogen	Name des Messinstitutes	Hcri Healthcare Research Institute
☐ PEQ				
☐ MüPF(-27)				
☐ POC(-18)				
☐ PZ Benchmark				
☐ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	-Alter >= 18 Jahre -Stationärer Aufenthalt von mindestens 2 Tagen (2 Übernachtungen) -Austritt nach Hause (bzw. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Reha) -Mehrfachhospitalisierte sollen innerhalb 30 Tagen nur einmal befragt werden. Ab >= 30 Tagen zwischen Austritt und stationärem Wiedereintritt kann die Patientin/ der Patient auch ein zweites Mal befragt werden.		
	Ausschlusskriterien	-PatientInnen, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen -Wöchnerinnen -Verstorbene PatientInnen (im Spital und nach Spitalaufenthalt – sofern das Spital davon Kenntnis erhält)		
Anzahl vollständige und valide 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.
☒	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
Bezeichnung der Stelle	Direktion
Name der Ansprechperson	Dr. O. Vettori
Funktion	Spitaldirektorin
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Tagsüber immer erreichbar oder via Sekretariat
Bemerkungen	Jede schriftliche Reklamation wird beantwortet. Alle Patientinnen und Patienten erhalten einen internen Fragebogen.

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
☐	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes
	Name des Messinstitutes
☐	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes	

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

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

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☐ Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.				Begründung:	
☒ Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.					
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2012
☐ Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.					

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
☐	Externes Messinstrument
Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes
☒	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes	Fragebogen, schriftliche Erhebung, standardisiert, nicht offen;

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

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

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.				Begründung:
☒	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.				
☒	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.				

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
☐	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes
	Name des Messinstitutes
☐	eigenes, internes Instrument
	Beschreibung des Instrumentes

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

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

D2 ANQ-Indikatoren

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

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

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrates mit SQLape® im Betrieb gemessen?				
☒	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrates mit SQLape®.		Begründung: Datenabgabe an das Bundesamt für Statistik erfolgt.	
☐	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrates mit SQLape®.			
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2012
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?				
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse				
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.				

Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ¹		

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

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“)			
☐	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.			
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2012
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht			

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

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

Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²		

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

¹ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

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

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		Begründung:	
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☒	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO			
☒	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009-2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2011-2012
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.			

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

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
☐ Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
☐ Hernieoperation			% ()	% ()
X Dickdarm (Colon)			% ()	10.8% (0.3-2.4)
X Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	0.6% (0.1-1)
☐ Herzchirurgie			% ()	% ()
X Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	0.93% (0.1-4.9)
☐ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

³ 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.

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
x Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Der ANQ hat beschlossen die Ergebnisse der postoperativen Wundinfektionsmessung 2011 in pseudonymisierten Form zu veröffentlichen, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Ausserdem konnte SwissNOSO die Validierung der Daten 2010/2011 bis dato noch nicht vornehmen. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.			
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der postoperativen Wundinfektionsraten 2010/2011 zu verzichten.			
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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 Patienten⁴, 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?			
☐ Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.			
☒ Ja , unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:		
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Bettenstationen (ausser Intensiv)	
Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
	In Prozent:		

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

☒	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.	

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

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?	
☐	Nein, unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.
☒	Ja, unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Bettenführende Stationen ausser Intensiv

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

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

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

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

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

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

Hinweis Stand 31.05.2012: Die Daten werden im Qualitätsbericht hier in Kürze veröffentlicht.

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut

☐ hcri AG

☐ MECON measure & consult GmbH

Dezentrales Messinstitut

☐ hcri AG

☐ ESOPE

☐ MECON measure & consult GmbH

☐ NPO PLUS

☐ Stevemarco sagl

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

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

Wurde im Jahr 2011 die Infektionen (andere als mit SwissNOSO) gemessen?			
☒	Nein , unser Betrieb mass keine anderen Infektionen	Begründung:	
☐	Ja , unser Betrieb mass andere Infektionen		

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

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

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

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

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

Wurde im Jahr 2011 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) gemessen?			
☐ Nein , unser Betrieb mass keine anderen Stürze		Begründung:	
☒ Ja , unser Betrieb mass andere Stürze			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:		
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Chirurgie und Medizin	

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:		
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:		

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

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

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

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

Wurde im Jahr 2011 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ) gemessen?			
☒	Nein , unser Betrieb mass keine anderen Dekubitus	Begründung:	
	Ja , unser Betrieb mass anderen Dekubitus		

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

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
☐	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		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung			

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

D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

Wurde im Jahr 2011 freiheitsbeschränkende Massnahmen gemessen?	
☒ Nein , unser Betrieb mass keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen	Begründung:
☐ Ja , unser Betrieb mass freiheitsbeschränkende Massnahmen	

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

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

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

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter		
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		

Wurde im Jahr 2011 die Anzahl Fälle mit Dauerkatheter gemessen?			
☒	Nein , unser Betrieb mass keine anderen Stürze	Begründung:	
☐	Ja , unser Betrieb mass die Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
☐	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		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

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

D3-6 Elektiver Eintritt

Messthema	Elektiver Eintritt
Was wird gemessen?	

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐ 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		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung			

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

D3-6 a Geburt und Sectio

Messthema	Geburt und Sectio
Was wird gemessen?	Geburtsverletzungen, Anzahl Sectiones, Komplikationen der Mutter und des Neugeborenen, Information und Begleitung der Mutter vor, während und nach der Geburt, Angebot des Spitals (Betreuung und Infrastruktur)

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	hcri ag (Healthcare Research institute)

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Geburten (Spontangeburt, vaginal operative Geburten, Sectiones), auch Mehrlingsgeburten und ambulante Geburten
	Ausschlusskriterien	Totgeburten
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	624	
Bemerkung		

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

D3-6 b Verschiebung elektiver Eingriffe

Messthema	Verschiebung elekt. operat. Eingriffe (letzte Messung im 2009)
Was wird gemessen?	Einhaltung OP-Termin, Planungsgenauigkeit, Schnittzeit vs. effektive Zeit

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
x	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	hcri

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle ambulanten und stationären Patienten, die zur Durchführung eines geplanten operativen Eingriffs (Eingriff in einem OP-Saal) eintreten	
	Ausschlusskriterien	Alle Patienten, die notfallmässig in das Spital eintreten.	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		680	
Bemerkung			

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

D3-6 c EMERGE

Messthema	EMERGE – schnelle und sichere Hilfe in der Notfallstation
Was wird gemessen?	Objektive Leistungsqualität (Sicherheit), subjektive Betreuungsqualität (Zufriedenheit), Output-Qualität (Organisationsleistung)

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	hc ri ag

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, die notfallmässig das Spital aufsuchen (ambulante und stationäre Patienten)
	Ausschlusskriterien	keine
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	1354	
Bemerkung		

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

D3-7 Patientenzufriedenheit in der Radiologie (ambul.)

Messthema	Pat.zufriedenheit
Was wird gemessen?	Zufriedenheit mit dem Empfang, Diagnostik, Entlassung

Wurde im Jahr 2011 gemessen?	
☐ Nein	Begründung:
☒ Ja	

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	hcri

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Ambulant angemeldete Patienten
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	230	
Bemerkung	Vergleichskollektiv: 1832	

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

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage 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	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	A 2011	B
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A 2011	C
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	A (MDSi 2008)	
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	A (ADS 2001)	
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	A 2004	
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch		
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C 2012	
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrgap.ch	A	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch		
Überregionale Krebs-register	B:Krebsregister Kanton Zürich und Zug	SAKK	A
Bemerkung			

⁵ 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
HQuality	Gesamte Spital	2008	2008	Re-Zertifizierung 2012
Arbeitssicherheit	Gesamte Spital		2010	
Qualitop	Physiotherapie	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)
ANQ-Messungen 2012	Qualitätssicherung		permanente Aktivität
Lärmreduktion im OP	Delir-Prävention	DLZ OP (IS)	2012
Komplikationen SGIM	Erfassung von Komplikationen	Medizin, Chirurgie	permanente Aktivität
Sicherung der Nachhaltigkeit aus dem Optimal-Projekt		Medizin, Chirurgie, Frauenklinik, Administration	permanente Aktivität
KIS	Verbesserung der internen Dokumentation, Minimierung der Papierendokumentation, Verbesserung der internen und externen Zusammenarbeit	Interdisziplinäre Projektgruppe KIS	Stufe I bis 2012
CIRS	Qualitätsverbesserung und Fehlerminimierung durch kontinuierliche Auswertung des internen Meldesystem für kritische Zwischenfälle	sog. Vier Meldekreise über das gesamte Spital, Leitung: Klinikleitung des DLZ IPS/OPS	permanente Aktivität
Sicherheit in der Informatik	Gewährleistung der Patientenbetreuung bei Ausfall eines Systems und optimale Unterstützung der Prozesse durch IT	IT-Bereich	permanente Aktivität
Eingriffsverwechslung	Erhöhung der Patientensicherheit im OP durch Vermeidung von Eingriffsverwechslungen (z.B. wrong side surgery), Patientenverwechslungen	DLZ IPS/OPS	permanente Aktivität
Weitere Implementierung der Bezugspflege mit neuem Skill-Grademix (Integration der FAGE)	Die Patienten und Patientinnen erfahren eine auf sie und ihre Situation abgestimmte Pflege mit spezieller Verantwortung, die einer bestimmten Pflegefachperson zugeordnet ist.	Klinikleitungen, Bereich Koordination und Entwicklung	permanente Aktivität
Gesundheitsförderung des Personals	Reduktion der Absenzen, Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Mitarbeitenden	Stabsstelle	permanente Aktivitäten

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	Projekt Optimal	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Prozessoptimierung, Mitarbeiterzufriedenheit fördern	
Beschreibung	Interdisziplinäres über alle Hierarchie-Stufen gehendes, von der HSG in der 1. Phase begleitetes Projekt. Start: 2009 Ende: 2011, Nachhaltigkeitssicherung läuft weiter 2012	
Projektablauf / Methodik	Schwachstellen-Evaluierung, Festlegung von Hauptproblemfeldern, Prozessbetrachtung im IST, Festlegung zukünftiger Prozesse SOLL, Arbeit in Projektgruppen/Schulung von Projektleitern mit Unterstützung der HSG, Festlegung von Meilensteinen/ Zeitschiene für die Bearbeitung der Einzelthemen, permanente Dokumentation der Verbesserung und der Prozesse/ Prozesscontrolling Umsetzung der neu festgelegten Prozesse in den Spitalalltag, Absicherung bei Problemen durch götti-Prinzip, kontinuierliche Rückkopplung der Teilprojektleiter zur Spitalleitung über Entwicklung der Teilprojekte interne Kommunikation an Mitarbeitende über Fortentwicklung des Gesamtprojektes über verschiedene interne Medien Evaluierung der Ergebnisse Festlegung zur Nachhaltigkeitssicherung	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Kliniken: Medizin, Frauenheilkunde, Chirurgie, DLZ IPS/OPS IT, Admin. Bereiche des Spitals, Physiotherapie	
Involvierte Berufsgruppen	Pfleger, Ärzte, Verwaltung,	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Mitarbeiterzufriedenheit: Messung 2012 ANQ und hcrl-Messungen evaluieren kontinuierliche die Qualität inkl. Nachhaltigkeitsthemen	
Weiterführende Unterlagen	-	

Qualitativ hochstehende Leistungen zu erbringen fordert alle, die am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligt sind, sei es beim Patienten direkt oder als Supportdienstleistende. Qualität setzt tägliches Bemühen voraus.

Das Spital Zollikerberg setzt dabei auf:

- die fachliche Kompetenz seiner Mitarbeitenden
- eine verlässliche Teamleistung
- persönliche Zuwendung



Anhänge