

spitäler schaffhausen



Spitäler Schaffhausen
Geissbergstrasse
8208 Schaffhausen



Akutsomatik



Psychiatrie



Rehabilitation



Langzeitpflege

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



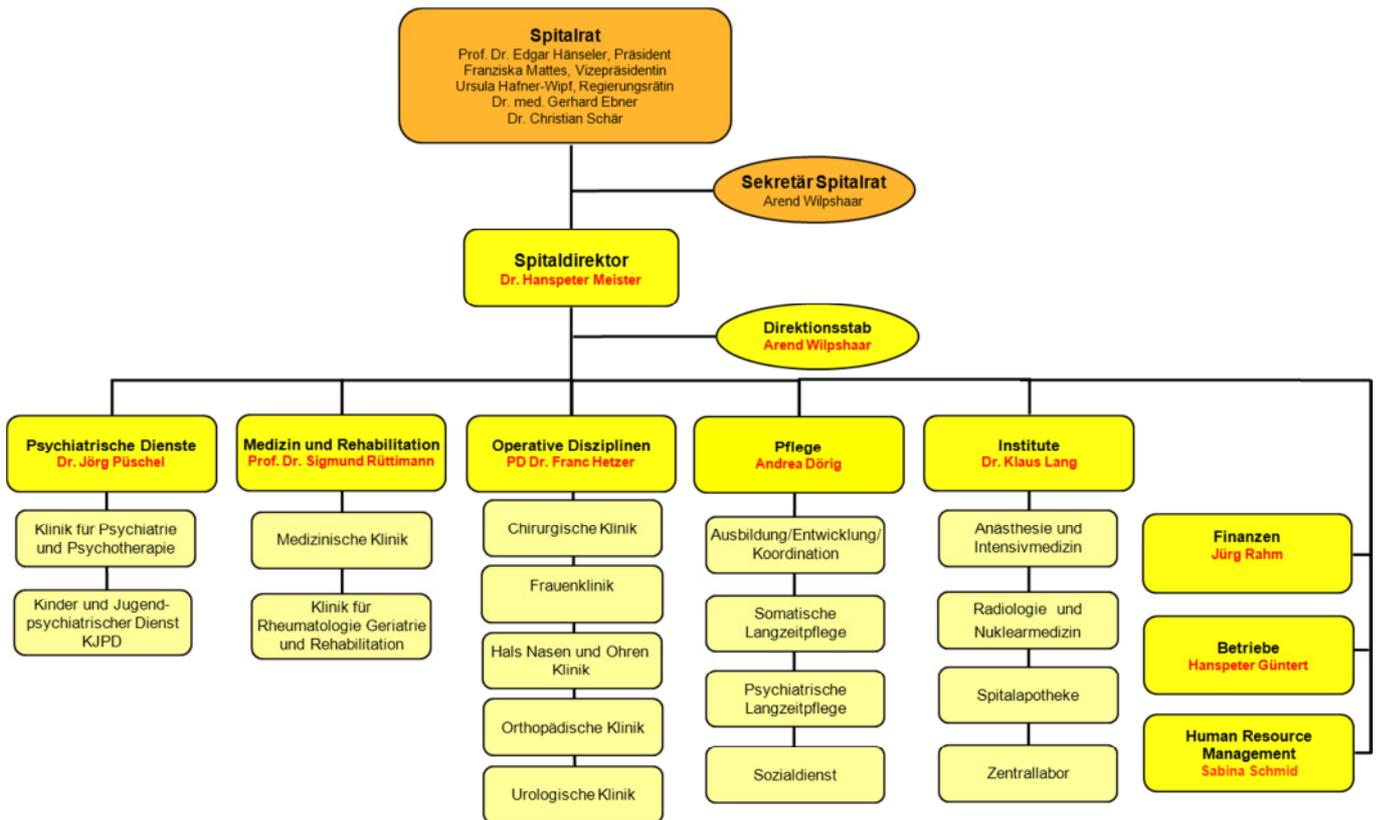
Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	4
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	5
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	5
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	6
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
	C1 Angebotsübersicht.....	7
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	9
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011	9
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	10
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	10
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	10
	C4-3 Personelle Ressourcen	11
D	Qualitätsmessungen	12
	D1 Zufriedenheitsmessungen.....	12
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	12
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	14
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	14
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	14
	D2 ANQ-Indikatoren.....	15
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	15
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	16
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	16
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	17
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	18
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	20
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO).....	20
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	20
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	22
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	24
	D3-5 Dauerkatheter	25
	D3-6 Weiteres Messthema	26
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	27
E	Verbesserungsaktivitäten und –projekte	28
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	28
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	28
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	30
F	Schlusswort und Ausblick	32

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.



Mitglieder der Spitalleitung

Die Spitäler Schaffhausen (SSH) umfassen das Kantonsspital, die Psychiatrischen Dienste (Psychiatriezentrum und KJPD) sowie die somatische und psychiatrische Langzeitpflege (Pflegezentrum und Psychiatriezentrum) und gehören mit über 1400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den grössten Arbeitgebern im Kanton Schaffhausen. Für die Bewohnerinnen und Bewohner der Region Schaffhausen sind wir eine wichtige Anlaufstelle in psychischen und physischen Krankheitsfragen. Weitere Informationen finden sich auf unserer Home-Page und im Geschäftsbericht 2011 (<http://www.spitaeler-sh.ch/die-spitaeler-schaffhausen/organisation/geschaeftsbericht>).

Standorte:

- Kantonsspital Schaffhausen, Geissbergstrasse 81, 8208 Schaffhausen
- Pflegezentrum Schaffhausen, J.J. Wepfer-Strasse 12, 8200 Schaffhausen
- Psychiatriezentrum Breitenau, Breitenaustrasse 124, 8200 Schaffhausen
- Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Promenadenstrasse 21, 8200 Schaffhausen
- , Hochstrasse 34, 8200 Schaffhausen

Unsere Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und die Zuweiser haben eine berechtigt hohe Erwartung an die Qualität unserer täglichen Arbeit. Sie wünschen eine ausgeprägte Kundenorientierung und in allen Belangen eine medizinische und pflegerische Versorgung auf hohem Niveau.

Deshalb ist Qualität ein wichtiger Schlüsselfaktor für den langfristigen Erfolg der Spitäler Schaffhausen. Das Qualitätsmanagement erstreckt sich über alle Bereiche und alle Leistungen des Unternehmens. Es baut auf das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung auf, das ein zentraler Bestandteil der Unternehmensstrategie ist.

Die Spitäler Schaffhausen haben aus diesen Gründen das methodische Vorgehen des EFQM-Modells ausgewählt. EFQM (European Foundation for Quality Management) ist ein umfassendes Qualitätsmanagement und europaweit etabliert und anerkannt. Es baut auf bewährte Grundprinzipien auf und erlaubt eine ganzheitliche Betrachtung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Mit dem erprobten Vorgehen zur Situationsanalyse bietet es eine gute Unterstützung bei der Identifikation wichtiger Themen und der Priorisierung von Massnahmen. Das Modell ermöglicht es, die vielfältigen Verbesserungsaktivitäten einzuordnen und systematisch anzugehen und umzusetzen.

Mit diesem Vorgehen stellen wir sicher, dass unsere Patientinnen und Patienten, Zuweisenden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, weitere Partner und die Öffentlichkeit mit unseren Dienstleistungen zufrieden sind.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätsziele der SSH

→ Kontinuierliche Verbesserung der Prozessqualität und damit:

- die Bedürfnisse und Erwartungen der Patientinnen und Patienten unter Anerkennung der ethischen Grundsätze und zu deren Zufriedenheit wirkungsvoll und wirtschaftlich erfüllen,
- eine verbesserte Koordination der einzelnen Massnahmen, einen besseren Outcome und eine höhere Patientenzufriedenheit bewirken,
- die Zufriedenheit und Akzeptanz der Partner (zuweisende Ärzte, Kostenträger, Trägerschaft, Öffentlichkeit, usw.) durch optimale Kommunikation und Prozesse erhöhen,
- die fachliche, führungsmässige und sozialen Kompetenz der Mitarbeitenden sowie die Teamarbeit aller Berufsgruppen fördern,
- eine Kommunikations-, Beziehungs- und Fehlerkultur auf einer hohen zwischenmenschlichen Kompetenz entwickeln,
- eine Steigerung der Effizienz im Interesse der Gesamteinstitution erzielen.

→ Die Qualität der Leistungen durch Qualitätsmessungen sichtbar und fassbar machen.

→ Das Qualitätsmanagementsystem als Führungsinstrument einsetzen.

→ Das Qualitätsmanagementsystem bildet die Grundlage für Spitalvergleiche.

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

B2 **2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011**

- Im Rahmen von EFQM wurde das Projekt „Committed to Excellence 2013“ (externe Validierung) initiiert und gestartet
- Zum Thema Prozessmanagement wurden verschiedene Projekte bearbeitet:
 - Klinische Behandlungspfade
 - Ein- und Austrittsmanagement
 - Prästationäres Ambulatorium
 - DRG
 - Diagnosespezifische Behandlungskonzepte (Departement Psychiatrische Dienste)
 - Einführung Hometreatment (KJPD)
- Alle ANQ-Messungen die 2011 gefordert waren, wurden umgesetzt:
 - Patientenzufriedenheitsmessung Akutmedizin
 - Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus
 - Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen
 - Postoperative Wundinfektionsmessung (Schulung und Organisation)
- Es wurde eine weitere Patientenzufriedenheitsmessung mit dem PEQ (Patient's Experience Questionnaire) durchgeführt
- Die Patientenzufriedenheitsmessung in der Psychiatrie wurde abgeschlossen

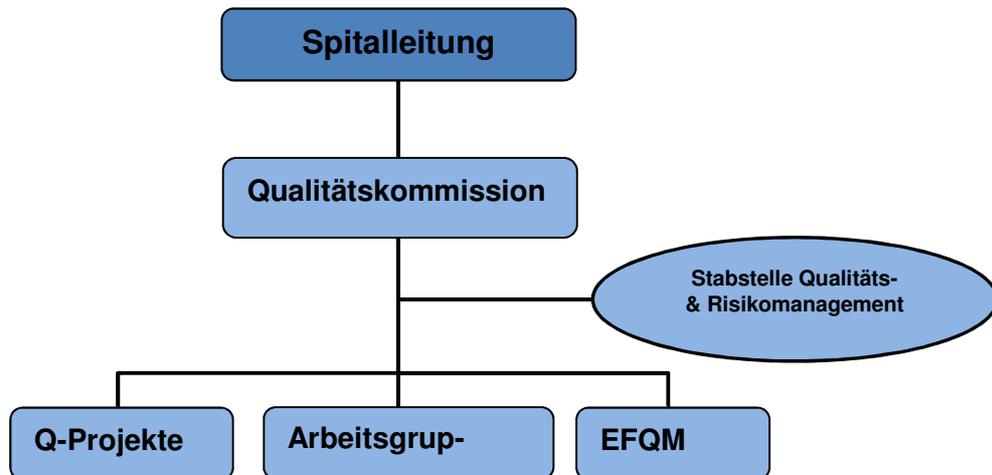
B3 **Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011**

- Der nationale Qualitätsvertrag wurde unterzeichnet
- Sie Spitäler Schaffhausen arbeiten mit einem verbindlichen Messplan
- Die Patientenzufriedenheit konnte gegenüber dem Vorjahr punktuell leicht verbessert werden

B4 **Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren**

- Das EFQM wird flächendeckend eingeführt
- Alle geforderten ANQ-Messungen werden durchgeführt, ausgewertet, kommuniziert und kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen daraus abgeleitet
- Entwicklung und Einführung eines Klinikinformationssystems (KIS)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	60% Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Arend Wilpshaar	052 634 28 69	arend.wilpshaar@spitaeler-sh.ch	Leiter Direktionsstab / Stellvertretender Spitaldirektor
Daniela Strebel	052 634 28 84	daniela.strebl@spitaeler-sh.ch	Direktionsstab / Qualitäts- und Risikomanagement
Madeleine Holenstein	052 634 28 77	madeleine.holenstein@spitaeler-sh.ch	Pflegeexpertin / CIRS Gruppenverantwortliche
Dr. Claudia Gräflein	052 634 24 17	claudia.graeflein@spitaeler-sh.ch	Klinische Pharmazie / QM-Beauftragte
Marianne Wehrli	052 634 24 23	marianne.wehrli@spitaeler-sh.ch	Abteilungsleiterin Mikrobiologie / QM-Verantwortliche Labor / Biosicherheitsverantwortliche
Dr. Uwe Schwarz	052 634 85 62	uwe.schwarz@spitaeler-sh.ch	Oberarzt Anästhesie/ Materiovigilanz
Dr. Kirstin Hergel	052 634 85 55	kirstin.hergel@spitaeler-sh.ch	Oberärztin Anästhesie / Hämovigilanz
Nadine Aschenbrenner Christian Conrad	052 634 25 11 052 634 25 10	nadine.aschenbrenner@spitaeler-sh.ch christian.conrad@spitaeler-sh.ch	Spitalhygiene
Walter De Ventura	052 634 28 55	walter.deventura@spitaeler-sh.ch	Arbeitssicherheit

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Spitäler Schaffhausen → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kantonsspital Schaffhausen, Geissbergstrasse 81, 8208 Schaffhausen • Pflegezentrum Schaffhausen, J.J. Wepfer-Strasse 12, 8200 Schaffhausen • Psychiatriezentrum Breitenau, Breitenaustrasse 124, 8200 Schaffhausen • Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Promenadenstrasse 21, 8200 Schaffhausen • HeGeBe Schaffhausen, Hochstrasse 34, 8200 Schaffhausen

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Chirurgie	Kantonsspital	
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	Kantonsspital	
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>		Kantonsspital Winterthur
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>	Kantonsspital	Kantonsspital Winterthur
Handchirurgie	Kantonsspital	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie <i>(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)</i>		Stadtspital Triemli Universitätsspital Zürich Kantonsspital Winterthur
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)</i>	Kantonsspital	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>	Kantonsspital	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>	Kantonsspital	Kantonsspital Winterthur
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie <i>(Altersheilkunde)</i>	Kantonsspital	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)</i>		Kantonsspital Winterthur Spezialarzt
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)</i>	Kantonsspital	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	Kantonsspital	Spezialärzte
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>	Kantonsspital	
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	Kantonsspital	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	Kantonsspital	Kantonsspital Winterthur Spezialarzt
Intensivmedizin	Kantonsspital	
Kiefer- und Gesichtschirurgie		Universitätsspital Zürich
Kinderchirurgie	Kantonsspital	Kinderspital Zürich
Langzeitpflege	Pflegezentrum Psychiatriezentrum	
Neurochirurgie		Kantonsspital Winterthur
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>	Kantonsspital	Kantonsspital Winterthur Spezialarzt
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>		Spezialärzte
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	Kantonsspital	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	Kantonsspital	Kantonsspital Winterthur
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	Kantonsspital	Kinderspital Zürich
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Kantonsspital	
Psychiatrie und Psychotherapie	Psychiatriezentrum Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Kantonsspital	Clenia Privatklinik Littenheid (stationäre Behandlung von Jugendlichen) Klinik Sonnenhof, Ganterschwil (stationäre Behandlung von Kindern)
Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>	Kantonsspital	
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	Kantonsspital	Kantonsspital Winterthur

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
Diabetesberatung	Kantonsspital
Ergotherapie	Kantonsspital / Psychiatriezentrum / Pflegezentrum
Ernährungsberatung	Kantonsspital / Pflegezentrum
Logopädie	Kantonsspital / Psychiatriezentrum / Pflegezentrum
Neuropsychologie	Kantonsspital
Physiotherapie	Kantonsspital / Psychiatriezentrum / Pflegezentrum
Psychologie	Psychiatriezentrum / Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
Psychotherapie	Kantonsspital / Psychiatriezentrum / Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante Behandlungsfälle,	50'706	50'009	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	9	-	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	8'690	8502	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	734	736	
Geleistete Pfl egetage	60'563	63'589	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	181	182	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	7.0	7.7	
Durchschnittliche Bettenbelegung	91.7	-	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant	1428	---	---	---
Tagesklinik	2'379 (=Behandlungstage)	12	---	---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten (=Austritte)	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pfl egetage
stationär	62	574	36.7	21'060
Langzeitpflege	71	16	-	25'753
Stationär Total	133	590	-	46'813

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

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

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

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

Angebote stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Geriatrische Rehabilitation, inkl. Neurologische Reha auf C2	Kantonsspital	2.5	231	5'892
Muskuloskeletale Rehabilitation	Kantonsspital	2	203	3'504

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

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

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
Kantonsspital Winterthur, 8401 Winterthur	Intensivstation in akutsomatischem Spital	30 km
Kantonsspital Winterthur, 8401 Winterthur	Notfall in akutsomatischem Spital	30 km
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet	
Kantonsspital Winterthur	Radioonkologie	
Kantonsspital Winterthur / Universitätsspital Zürich	Neurochirurgie	
Kantonsspital Winterthur	Neurotraumatologie	
Stadtpital Triemli / Universitätsspital Zürich	Invasive Kardiologie / Herzchirurgie	
Externer Neurologe	Neurologie	
Kantonsspital Winterthur	Elektive Becken- und Wirbelsäulenverletzungen	

C4-3 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- ① Spezifische Facharzttitle sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- ① 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	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Kantonsspital
Facharzt Neurologie	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Kantonsspital
Facharzt Kardiale Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Kantonsspital
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Kantonsspital
Facharzt Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Psychiatriezentrums

Diplomierte, rehaspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation	29	22.6

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen: <u>Langzeitpflege Somatik</u>	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2011	54	-	
Geleistete Pflgetage	20'935	21'942	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	66	66	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	77.5	84.4	
Durchschnittliche Auslastung	86.9	91%	

Kennzahlen: <u>Langzeitpflege Psychiatrie</u>	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2011	69	51	
Geleistete Pflgetage	25'753	22'597	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	71	71	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	-	84.1	
Durchschnittliche Auslastung	-	87.2	

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. Institution) und die Betreuung empfunden haben.

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	5.3	Leicht besserer Wert als 2009
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	5.4	
Pflege	5.3	
Organisation	5.1	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input checked="" type="checkbox"/> PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Fragebogen mit 15 Fragen zu den Ärzten, zur Pflege und Organisation		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alter >= 18 Jahre / stationärer Aufenthalt mind. 1 bzw. 2 Tagen (1 bzw. 2 Übernachtungen) / Austritt nach Hause (bzw. Kurzzeitpflege, Reha, Pflegeheim)	
	Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien sind nicht erfüllt / Wöchnerinnen / verstorbene Pat. / keinen festen Wohnsitz in der Schweiz / Psychiatrische Hauptdiagnose	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		438	
Rücklauf in Prozenten		38.2%	Erinnerungsschreiben? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
	Bezeichnung der Stelle: Direktion
	Name der Ansprechperson: Irène Stübing / Monica Moser
	Funktion: Direktionssekretariat
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten): direktionssekretariat@spitaeler-sh.ch
	Bemerkungen: Ombudsstelle für die SSH: Jost Hörni (bis Mai 2012), Schützen-gasse 19, 8224 Löhningen, 052 685 10 00

Patientenzufriedenheit Erwachsenenpsychiatrie, stationär (MüPF 27)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: 8200 Schaffhausen, Psychiatrische Dienste
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (stationäre Patienten)

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	79 %	In einer Skala von 0% bis 100%, wobei 100% eine maximale Zufriedenheit bedeutet.
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
—	—	—
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input type="checkbox"/> Mecon <input type="checkbox"/> Picker <input type="checkbox"/> PEQ <input checked="" type="checkbox"/> MüPF(-27) <input type="checkbox"/> POC(-18) <input type="checkbox"/> PZ Benchmark <input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
Beschreibung des Instrumentes				

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten, Befragung erfolgte nach Austritt		
	Ausschlusskriterien	- Demenz - Aufenthalt kleiner als 2 Nächte - keine Zweitbefragung, wenn 2. Austritt innerhalb von 3 Monaten nach dem 1. Austritt erfolgt		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		112		
Rücklauf in Prozenten		36.5 %	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
Bezeichnung der Stelle	Chefarzt
Name der Ansprechperson	Dr. med. Jörg Püschel
Funktion	Chefarzt, Departementsleiter
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	052 632 12 01
Bemerkungen	Ombudsstelle für die SSH: Jost Hörni (bis Mai 2012), Schützen-gasse 19, 8224 Löhningen, 052 685 10 00

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit. Begründung:

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit. Begründung:

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit. Begründung:

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von 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®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:

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

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

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

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

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Kantonsspital Schaffhausen (alle akutsomatischen Stationen ohne Rehabilitation)			
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 Interportal des ANQ publiziert.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS¹		

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

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Kantonsspital Schaffhausen
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Chirurgische und Orthopädische Klinik

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 Patienten², die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

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

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

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

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
In Prozent:	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Sturzrate 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.	

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

² Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

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

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

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

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die 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.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Kantonsspital

<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Medizin / Chirurgie / HNO / Orthopädie / Urologie / Frauenklinik
---	---	--

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
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Bemerkungen
Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt, sobald die interne Kommunikation der Ergebnisse abgeschlossen ist.

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung		
Zentrales Messinstitut		Dezentrales Messinstitut
<input checked="" type="checkbox"/> hcri AG		<input type="checkbox"/> hcri AG
<input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH		<input type="checkbox"/> ESOPE
		<input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH
		<input type="checkbox"/> NPO PLUS
		<input type="checkbox"/> 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		

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?	Infektionen auf der Intensivstation nach den Kriterien von KISS (Deutschland)		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Kantonsspital
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Intensivstation
Messergebnisse		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems) Kiss H. et al. 2001/02

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

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Alle Stürze während der Hospitalisation		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Kantonsspital,
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: alle Bettenstationen, inkl. Rehabilitation
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
275	103, inkl. Schmerzen	172	4,7 Stürze / 1000 Pflegetage Frakturindex 1,45%
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Sturzprotokoll
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle hospitalisierten Patienten
	Ausschlusskriterien	keine
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent 100%
Bemerkung	laufende Messung und Evaluierung, inkl. Umsetzung von Verbesserungsaktivitäten	

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Jedes unfreiwillige und/oder unkontrollierte zu Boden Sinken oder Fallen

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

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
146	58 mit Verletzungen, keine Frakturen	88	6,9 Stürze pro 1000 Pflegetage
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten und Patienten der Tagesklinik mit einem Sturz werden erfasst
	Ausschlusskriterien	keine
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Jedes unfreiwillige und/oder unkontrollierte zu Boden Sinken oder Fallen

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

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
40	4	36	

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

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

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

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

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Dekubitusgrad bei Eintritt und Austritt

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

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
156, inkl. Grad 1	51, inkl. Grad 1	Anzahl der im Spital neu entstandenen oder sich verschlechterten Druckgeschwüre: 7 / 1000 Austritte (inkl. Grad 1)

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Mittels LEP-Variable bei Eintritt und Austritt
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle hospitalisierten Patienten	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	100%
Bemerkung		Laufende Messung und Evaluierung, inkl. Umsetzung von Verbesserungsaktivitäten	

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Dekubitus ab Grad 1, die im Pflegezentrum entstanden sind oder sich während des Aufenthaltes verschlechtert haben

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

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen:
32	23	54,7 erworbene Dekubiti pro 1000 Austritte ; 5.47%
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationär eintretenden und austretenden Patienten	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Gesamthaft eingesetzte FEM im Pflegezentrum

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Bei 24,9 % der Patienten wurden FEM eingesetzt, bei 15,8% dieser Patienten kamen mehr als eine FEM zum Einsatz	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	An einem Stichtag wurden monatlich alle stationären Patienten erfasst
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Gesamthaft eingesetzte FEM in der Langzeitpflege im Psychiatricentrum

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
- In 6 Fällen wurde 365 Tage und in 4 Fällen 15-325 Tage ein Bettgitter eingesetzt - In 2 Fällen wurde 365 Tage und in 3 Fällen 35-151 Tage eine Zewi-Decke eingesetzt - In 1 Fall wurde 365 Tage und in 2 Fällen 162-325 Tage ein Lendenhalter eingesetzt	Erhoben werden: Bettgitter, Zewidecke, Lendenhalter, Armgurte, Beingurte, Bauchgurte. Dazu gibt es Richtlinien im Pflegestandard Sturzprävention.
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011

<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Erfassung FEM
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung			

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Pflegezentrum
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
-----------------------	---

23% der Patienten hatten einen Dauerkatheter; 34,8% der Katheterträger hatten einen suprapubischen Katheter.	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011

<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Erfassung Dauerkatheter
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	An einem Stichtag wurden monatlich alle stationären Patienten erfasst	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung			

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Erfassung von Aggressionsereignissen
Was wird gemessen?	„Jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, welches für den Patienten oder die Patientin selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient oder die Patientin selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen ist“. (Morrison 1990)

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<ul style="list-style-type: none"> - Erhebungsdauer: 27.3.-30.9.11 - Anzahl gemeldete Aggressionsereignisse: 139 - Alle Ereignisse erfolgten durch Patientinnen und Patienten - Ziel der Aggressionen waren in 69% der Fälle Pflegefachpersonen - In 39% war die Konsequenz für das Opfer eine erlebte Bedrohung, in 39% gab es keine Konsequenzen und in 27% fühlten sie sich belästigt. In 2 Fällen war eine ärztliche Behandlung nötig, 9 Personen hatten eine sichtbare Verletzung und in 5 Fällen musste Mobiliar repariert werden. 	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	SOAS-R Staff Observation of Aggressions Scale-Revised (Njman/Palmsierna 1998), Adaptierte Fassung für Notfallstationen (SOAS-R, Steck 2004; überarbeitet Reinhardt 2009)

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Erlebte Aggression in den Spitälern Schaffhausen durch Patienten, Mitarbeitende, Angehörige und andere Personen
	Ausschlusskriterien	keine
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung	Der Erfassungsbogen konnte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgefüllt werden, es betraf auch Ereignisse mit Angehörigen oder weiteren Personen (nicht nur mit Patienten)	

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-Infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	A	B
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	A	B
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A	B
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	A	B
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	A	B
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	A	B
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	A	B
SIRIS ³ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C (ab September 2012)	B
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	A	B
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	B	B
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	A	B
SGIM (Komplikationenliste)	A: Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin http://www.sgim.ch	A	B

³ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

E

Verbesserungsaktivitäten und –projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
EFQM: „Committed to Excellence“	Spitäler Schaffhausen	2010	-	2013 „Committed to Excellence“
Akkreditierung nach ISO / Norm 17025	Labor	1999	2009	Gültigkeit bis 15.8.2014
Anerkennung als mikrobiologisches und serologisches Labor	Labor	-	2009	Die Bewilligung ist bis am 31.1.2015 gültig
Swissmedic: mikrobiologische oder serologische Untersuchungen	Labor	-	2009	Die Bewilligung ist bis am 23.7.2012 gültig

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)
Optimierung Delir-Management	Erkennen und Screening von Risikopatienten und frühzeitige Behandlung von Patienten mit einem Delir	DOD	Pilot Orthopädie Januar – Mai 2011 definitive Einführung Juli 2011
Medikamentensicherheit	Einheitliches Vorgehen beim Richten, Kontrollieren und Verteilen von Medikamenten, inkl. neue Dispenser	Bettenstationen Kantonsspital und Pflegezentrum	November 2011 – Januar 2012 / Einführung Juli 2012
CIRS	Aus Fehlern lernen: - Fehleranalyse - kritische Ereignisse erkennen - Auswege aus kritischen Situationen aufzeigen	Alle medizinischen und pflegerischen Bereiche	bei ersten Bereichen seit 2006 in Betrieb, alle Bereiche seit 2010
Einführung des Nutrition Risk Score (NRS)	Erfassen des Ernährungszustandes bei Eintritt ins Spital	Kantonsspital	Umsetzung 2011 / Interne Evaluation Herbst 2012
Privat versicherte Patienten	Zusatzleistungen für Privat und Halbprivat Patienten	Kantonsspital	2011
Verpflegungsqualität	Durch neue Speisepläne und -angebote, Rezepturen, Einkaufsmassnahmen und einer liebevollen Präsentation die Qualität der Verpflegung steigern	Spitäler Schaffhausen	2011-2012

Bistro Olive	Ein neu gestaltetes Restaurant mit einem neuen Konzept beim Eingang im Kantonsspital	Kantonsspital	2011
Prästationäres Ambulatorium	Die präoperativen Abklärungen verkürzen den Spitalaufenthalt und können in einem kompakten und effizienten Ablauf, ohne Wartezeiten, erbracht werden	Kantonsspital, Departement Operative Dienste	2011
Antibiotika-Gruppe	Empfehlungen für Antibiotika-Therapien, Vermeidung multiresistenter Erreger	Akutmedizin	seit mehreren Jahren in Betrieb
Benchmark Antibiotika	Senkung des Antibiotika-Verbrauchs (Meldung des Antibiotika-Verbrauchs in gemeinsame Datenbank)	Apotheke	seit mehreren Jahren
Arbeitsgruppe Hygiene und Prävention	Fördert die Qualitätsentwicklung, koordiniert und überwacht die eingeführten spezifischen Qualitätssicherungssysteme und ist verantwortlich für sämtliche Fragestellungen in Bezug auf Spitalhygiene, (Infektions-) Prävention, Epidemiologie sowie Arbeitssicherheit.	Akutmedizin	seit mehreren Jahren in Betrieb
Wundgruppe	Fördert die Qualitätsentwicklung, koordiniert und überwacht die eingeführten spezifischen Qualitätssicherungssysteme und ist verantwortlich für sämtliche Fragestellungen in Bezug auf Wunden.	Akutmedizin und Geriatrie	seit mehreren Jahren in Betrieb
Sturzprävention	Erfassen von gefährdeten Patienten und reduzieren von Stürzen und daraus resultierenden Verletzungen.	Bettenstationen Kantonsspital und Pflegezentrum	seit 2003
Dekubitusprävention	Erfassen von gefährdeten Patienten und verhindern von Druckulcera	Bettenstationen Kantonsspital und Pflegezentrum	seit 2004
Pflegeprozess-Verantwortliche	Umsetzung Pflegeprozess, inkl. Pflegediagnostik (Coaching der Teammitglieder, erstellen von dokumentarischen Hilfsmitteln)	Bettenstationen Akutmedizin und Geriatrie	seit 2004
Arbeitsgruppe Pflegestandard	Erarbeiten, einführen und überprüfen von Pflegestandards und pflegerischen Richtlinien	Bettenstationen Akutmedizin und Geriatrie	seit 1999
Wissensdatenbank der Apotheke: AMeLi	Die apothekeneigene Wissensdatenbank ist auf eine aktuelle Software übertragen. Suchmöglichkeiten und spitalweiter Zugriff auf die Datenbank sind ermöglicht.	Spitäler Schaffhausen	Seit 2010
Qualitätskommission	Systematische Weiterentwicklung des Gesamtbetriebes	Spitäler Schaffhausen	Seit 2010

Diagnosespezifische Behandlungskonzepte	Auf diagnostische Schwerpunkte ausgerichtete Behandlungskonzepte, welche auf den aktuellen Leitlinien und Haltungen und Erfahrungen aufbauen	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	2011 - 2012
Behandlungskonzept psychiatrische Rehabilitation	Erstellung rehabilitationsbezogenes Behandlungskonzept unter Berücksichtigung reha-bilitationsspezifischer Behand-lungs- und Pflege-prozesse. Einführung und Erprobung neuer Instrumente, die eine syste-matische Beurteilung der Ein-schränk-ungen eines Patienten ermöglichen, welche nicht pri-mär durch die akute Psycho-pathologie verursacht sind.	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	2011 - 2012

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Prästationäres Ambulatorium (Kantonsspital)	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Die präoperative Aufklärungen und Voruntersuchungen im prästationären Ambulatorium verkürzen den Spitalaufenthalt um den bisherigen Eintrittstag vor der Operation. Dies gewährleistet einen kompakten und effizienten Ablauf ohne wesentliche Wartezeiten und erhöht die Zufriedenheit der Patienten.	
Beschreibung	Bis dato war es üblich, dass stationäre operative Patienten am Vortag der Operation eingetreten sind. Um den Eintritt am OP Tag zu ermöglichen müssen alle relevanten Teilschritte, Fragen, Aufklärungen, Verordnungen, Zusatzuntersuchungen, usw. im prästationären Prozess geklärt werden. Dies muss von klar definierten Personen/ Funktionen im Sinne einer „Drehscheibenfunktion“ koordiniert werden. Bereits vor dem Termin im prästationären Ambi ist die Einbindung der Zuweiser bzw. der Hausärzte notwendig.	
Projekttablauf / Methodik	Definition des Standardprozesses mit einem Raumkonzept, Regelung von Verantwortung und Kompetenzen, Erstellen einer IST-Analyse, Klärung der IT-Unterstützung und aller Schnittstellen (wie z.B. Anästhesie, Pflege, Aufgebotsstelle, Hausärzte,...). Einführung der neuen Abläufe und Information der Patientinnen und Patienten.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Kantonsspital <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Departement Operative Disziplinen / Departement Institute	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, diplomiertes Pflegepersonal, Anästhesie, IT	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Patientenzufriedenheitsbefragung	

Projekttitlel	Einführung des Nutrition Risk Score (NRS) im Kantonsspital	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)

Projektziel	Erfassen des Ernährungszustandes bei Eintritt ins Spital
Beschreibung	Anhand eines validierten Scores werden alle Patienten innerhalb der ersten 48 h nach Spitaleintritt gescreent
Projektablauf / Methodik	Alle Patienten werden mittels Fragebogen vom diplomierten Pflegepersonal über den Gewichtsverlauf in den letzten 1-3 Monaten befragt. Weiter wird die aktuelle Diagnose ins Procedere mit einbezogen. Je nach erreichter Punktzahl werden erste ernährungs-therapeutische Schritte eingeleitet sowie die Ernährungsberatung konsiliarisch beigezogen. In Zusammenarbeit mit dem zuständigen Arzt, der Pflegefachperson sowie der Ernährungsberaterin wird das weitere Vorgehen besprochen und wöchentlich überprüft. Jede Massnahme wird elektronisch festgehalten und fortlaufend überprüft. Hierzu stehen eigens dafür entwickelte Unterlagen zur Verfügung.
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Chirurgie und Medizin
Involvierte Berufsgruppen	Ärztlicher Dienst, diplomiertes Pflegepersonal, Apotheke, Ernährungsberatung
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die 1.Evaluation findet im Laufe des 2. Semesters 2012 statt und wird von der Projektgruppe durchgeführt

Projekttitle	Diagnosespezifische Behandlungskonzepte in der Psychiatrie
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Erstellung von evidenz-basierten bzw. Best Practice basierten Behandlungskonzepten für die neu zugewiesenen diagnosespezifischen Schwerpunkte der Psychiatrie.
Beschreibung	Für die Schwerpunkte affektive Störungen, psychotische Störungen, organische psychische Störungen sowie Abhängigkeitserkrankungen wurden diagnosespezifische Behandlungskonzepte erarbeitet, die auf aktuelle Leitlinien (evidence-based) wie auch auf Best Practice und Erfahrungen der Behandelnden aufbauen.
Projektablauf / Methodik	Jede Station erarbeitete in einer Teilprojektgruppe für ihren Schwerpunkt ein Behandlungskonzept. Diese wurden in 3 sogenannten Soundingboards im erweiterten Kader der Klinik präsentiert und besprochen. Die daraus resultierenden Feedbacks konnten in die Fertigstellung der Behandlungskonzepte aufgenommen werden.
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen, Pflege, Spezialtherapien, Sozialdienst.
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Projektevaluation erfolgt in den oben erwähnten Soundingboards durch den regelmässigen Erfahrungsaustausch mit Feedback. Zusätzlich wird bei der nächsten Befragung zur Zufriedenheit der stationären Patienten ein Einfluss auf die Ergebnisse erwartet.
Weiterführende Unterlagen	Die Beschreibungen der Schwerpunktthemen sind auf der Internetseite der Spitäler Schaffhausen zu finden.

F

Schlusswort und Ausblick

2011 war wiederum ein sehr aktives und dynamisches Jahr. Verschiedene Aktivitäten und Projekte wurden - neben der Behandlung und Betreuung unserer Patientinnen und Patienten - im Hinblick auf den bevorstehenden Systemwechsel in der Abgeltung stationärer Leistungen ab 2012 mit Hochdruck weitergeführt und teilweise abgeschlossen. Der Fokus lag und liegt auf der Sicherstellung einer guten Behandlungs- und Dienstleistungsqualität, der Prozessoptimierung und der Stärkung der Zusammenarbeit mit unseren Partnerinnen und Partnern. Die vielen Herausforderungen konnten Dank des grossen Engagements und der guten Zusammenarbeit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter motiviert angegangen werden.

Im Mittelpunkt der Qualitätsarbeit stand die Vorbereitung für die EFQM-Selbstbewertung 2012 mit dem Ziel 2013 wiederum ein externes Audit durchzuführen. Aber auch die ANQ-Messungen haben viel Zeit und Ressourcen in Anspruch genommen damit alle geforderten Messungen zeitgerecht durchgeführt werden konnten.

Die Schwerpunkte im Jahr 2012 liegen bei der EFQM-Selbstbewertung und den ANQ-Messungen mit den daraus folgenden Verbesserungsprojekten.