

Klinik Am Rosenberg Hasenbühlstrasse 11 9410 Heiden



Qualitätsbericht 2012 (V6.0)



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.

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/qualitaet_akutsomatik_fkga



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Handen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an **Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen** (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die **interessierte Öffentlichkeit.**

Bezeichnungen

Um die Lesbarkeit des **Qualitätsberichts** 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.

Inhaltsverzeichnis

Α	Ein	ıleitung	4
В	Qu	alitätsstrategie	5
	B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
	B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	5
	B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	5
	B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
	B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
	B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Bet	triebliche Kennzahlen und Angebot	7
	C1	Angebotsübersicht	7
	C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	9
	C3 K	Cennzahlen Psychiatrie 2012	9
		Cennzahlen Rehabilitation 2012	
	C4	4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	
	C4	4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	
	C4	4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	
		4-4 Personelle Ressourcen	
		Cennzahlen Langzeitpflege 2012	
D	Zuf	friedenheitsmessungen	
	D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	
	D2	Angehörigenzufriedenheit	
	D3	Mitarbeiterzufriedenheit	
	D4	Zuweiserzufriedenheit	
E		IQ-Indikatoren	
	E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik	
		1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	
		1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	
		1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	
		1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	
_		1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ	
F		eitere Qualitätmessungen im Berichtsjahr 2012	
	F1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	
	F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	
	F3	Dekubitus (andere als mit der Methode SPZ)	
	F4	Freiheitseinschränkende Massnahmen	
	F5	Dauerkatheter	
_	F6_	Weiteres Messthema	
G		gisterübersicht	
Н		rbesserungsaktivitäten und -projekte	
	H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	
	H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	
	H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	
!		lusswort und Ausblick	
J	Anh	nänge	41



Leitgedanken gilt es zu verwirklichen.

In der Klinik Am Rosenberg halten wir uns darum fortwährend den Grundsatz vor Augen "Wer aufgehört hat besser zu werden, hat aufgehört gut zu sein". Das permanente Streben nach der optimalen und ganzheitlichen Behandlung aller Patienten setzt eine zeitgemässe Medizinaltechnik, moderne Arbeitsweisen, fachkompetente und engagierte Mitarbeiter und Ärzte voraus.

Seit 2007 baut die Klinik Am Rosenberg systematisch und kontinuierlich ein dezidiertes Qualitätsmanagement auf. Daraus folgte die Implementierung des integralen Managementsystems nach den ISO Normen. Im Jahre 2008 wurde das Qualitätsmanagementsystem und sämtliche Prozesse der Gesamtklinik erstmals nach ISO 9001:2008 zertifiziert. Mit jährlichen internen Audits und externen Erhaltungsaudits werden die Prozesse kontinuierlich überprüft, angepasst und verbessert. Damit erreichten wir im 2011 die erfolgreiche Rezertifizierung.

Mit der Erarbeitung und Aufzeichnung der Prozessstruktur können Schnittstellen optimiert und Abläufe vereinheitlicht werden. Aus diversen Messergebnissen vom kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) werden laufend Massnahmen bezüglich Patientensicherheit sowie Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit initiiert. Mit gezielten Informationen und Schulungen zu Qualitätsthemen wird das Wissen der Mitarbeitenden laufend aufrechterhalten.

Als Basis für die weiteren Ausführungen sind hier die Schwerpunkte und der Massnahmenplan nochmals aufgeführt.

Schwerpunkte für die Periode 2011 – 2013

- ISO-Aufrechterhaltungsaudit 2012 und 2013
- EFQM-Selfassessment 2012
- Einführung und Ausbau diverser ANQ-Messungen (Re-Hospitalisation, Re-Operation, Prävalenz Sturz und Decubitus, Patientenbefragung, SwissNOSO-Infekterfassung Start ab 2012)
- Implantateregister SIRIS per Sept. 2012
- Ausbau von Synergien (Standardisierung, Projektmanagement)
- Nachhaltigkeit
- Einheitliches Reporting intern und extern
- Patientensicherheit

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätspolitik von Hirslanden

- Patienten, Ärzte, Mitarbeiter und Partner wählen Hirslanden, weil sie vom umfassenden Qualitätsmanagement der Gruppe profitieren wollen.
- Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels "Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment und differenziert sich im Markt über Qualitätsführerschaft" ausgerichtet.
- Hirslanden stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.
- Hirslanden setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement.
- Hirslanden verpflichtet sich der kontinuierlichen Verbesserung (KVP), unterstützt durch Transparenz und Benchmarking und stellt sich den nach dem KVG vorgegebenen Qualitätsvergleichen
- Durch die konsequente Nutzung der Synergien innerhalb der Kliniken setzt Hirslanden Standards im Qualitätsmanagement in der Schweizer Spitallandschaft.

Die Umsetzung der Qualitätspolitik wird durch den bestehenden Hirslanden Qualitätsentwicklungsplan sichergestellt.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

- ISO-Aufrechterhaltungsaudit 2012
- EFQM-Selfassessment 2012
- SwissNOSO-Infekterfassung Start ab 2012
- Implantateregister SIRIS per Sept. 2012
- Patientensicherheit

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

Alle Punkte in B2 erreicht.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Implementierung des EDV-gestützten Integralen Managementsystems (IMS) mit der Abbildung aller wichtigen Kernprozesse sowie Richtlinien, Regelungen, etc.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.			
	Andere Organisationsform, nämlich:			
Für c	bige Qualitätseinheit stehen insgesamt	60	Stellenprozente zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Alexander Rohner			Qualitätsverantwortung
Mägi Frei	071 898 52 31	maegi.frei@hirslanden.ch	Qualitätsbeauftragte/-er
Esther Goldinger, Susi Egger, Dr. med. Christine von Szadkowski			Qualitätsmanager/-in
Susi Egger			Hygieneverantwortliche/-er
Esther Goldinger, Mägi Frei			IQIP Erhebungsperson
Susi Egger			KISS Erhebungsperson
Susi Egger			Materiovigilanzebeauftragte/-er
Dr. med. Christine von Szadkowski			Pharmakovigilanzebeauftragte/-er
Dr. med. Christine von Szadkowski			Hämatovigilanzebeauftragte/-er
Dr. med. Fritz Kägi + Mägi Frei			Strahlenschutzbeauftragte/-er
Nena Andlar			Transplantationskoordinator/-in
Susi Egger			EKAS Verantwortlicher
Dr. med. Christine von Szadkowski			CIRS Beauftragte/-er
Mägi Frei			Pickerbeauftragte/-er
Nena Andlar			Kodierverantwortung



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 → → Kapitel "Leistungen".

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

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie	Heiden	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Heiden	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)		
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		
Handchirurgie	Heiden	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/- raum)		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)		
Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)		
Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)		
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 blut bildenden Organe und des Lymphsystems)			
	Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)			
	Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)			
	Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)			
	Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)			
	Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)			
	Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)			
	Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)			
Inten	sivmedizin			
Kiefe	r- und Gesichtschirurgie			
Kinde	erchirurgie			
Lang	zeitpflege			
Neur	ochirurgie	Heiden		
	ologie andlung von Erkrankungen des Nervensystems)			
	nalmologie enheilkunde)			
	pädie und Traumatologie chen- und Unfallchirurgie)	Heiden		
	Rhino-Laryngologie ORL -Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Heiden		
Pädia (Kind	atrie lerheilkunde)			
	tivmedizin ernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)			
Plast	isch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie			
Psyc	niatrie und Psychotherapie			
Radio (Rön	ologie tgen & andere bildgebende Verfahren)			
Trope	en- und Reisemedizin			
	gie andlung von Erkrankungen der ableitenden wege und der männlichen Geschlechtsorgane)			

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		
Ergotherapie		
Ernährungsberatung		
Logopädie		
Neuropsychologie		
Physiotherapie		
Psychologie		
Psychotherapie		

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelter Patienten,	2287		
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	0	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	3318		
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	0		
Geleistete Pflegetage	19108		
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	62	62	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	4.8		
Durchschnittliche Bettenbelegung			

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2012

Kennzahlen ambulant	Kennzahlen ambulant						
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen				
Ambulant							
Tagesklinik							

Kennzahlen stationär						
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pflegetage		
Stationär						
Fürsorgerische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt)						

Hauptau	Hauptaustrittsdiagnose					
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent			
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen					
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen					
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen					
F3	Affektive Störungen					
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung					
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen					
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen					
F7	Intelligenzminderung					
F8	Entwicklungsstörungen					
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend					
	Weitere					
	Total		100%			

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2012

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 2012 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 und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflegetage
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiovaskuläre Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Paraplegiologische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Überwachungsabteilung (Intensivrehabilitation)				
Weitere				

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 unmittelbarere, 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, nach Bedarf mit externen Spezialisten zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte "Konsiliardienste" zum Beispiel mit 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.

Eigene externe Angebote in anderen Spitälern / Kliniken		stationär	ambulant
		☐ ja	☐ ja
		□ja	□ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastr	Distanz (km)	
	Intensivstation in akutsomatis	chem Spital	km
	Notfall in akutsomatischem S	pital	km
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		

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

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

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

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiovaskuläre Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Paraplegiologische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Überwachungsabteilung (Intensivrehabilitation)				
Weitere				

C4-4 Personelle Ressourcen

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort)
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	
Facharzt Neurologie	
Facharzt Pneumologie	
Facharzt Kardiologie	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	
Facharzt Psychiatrie	
Weitere	

Spezifische Fachärzte sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort)
Pflege	
Physiotherapie	
Logopädie	
Ergotherapie	
Ernährungsberatung	
Neuropsychologie	
Weitere	

Die T\u00e4tigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den T\u00e4tigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkr\u00e4ften.

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2012			
Geleistete Pflegetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Auslastung			



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 Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?							
	Nein, unser Betrieb mis	sst nicht die Patientenzufri	edenheit.				
	Ja, unser Betrieb miss	t die Patientenzufriedenheit					
	☐ Im Berichtsjahr keine Messung	3	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	04.20 12	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014	
		ahr 2012 wurde eine Mess	ung durchgeführt.				
An we	lchen Standorten / in w	elchen Bereichen wurde o	die letzte Befragu	ng durch	ngeführt?		
	Im ganzen Betrieb /						
	In allen Kliniken /						
Messe	ergebnisse der letzten E	Befragung					
Messe	ergebnisse Picker	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Gesan	nter Betrieb	88	Maximum wäre 1	100%			
Result	tate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Wiede	rempfehlungsrate	90.6					
	Die Messung ist noch i	nicht abgeschlossen . Es li	iegen noch keine E	Ergebniss	e vor.		
	Der Betrieb verzichtet	auf die Publikation der Erg	gebnisse.				
M	Die Messergebnisse w	verden mit ienen von ander	en Spitälern vergli	chen (Be	enchmark)		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung						
☐ Mecon	☐ Anderes exte	ernes Messinst	rument			
☑ Picker☐ VO: PEQ☐ MüPF(-27)☐ POC(-18)	Name des Instrumentes			Name des Messinstitutes		
eigenes, inter	☐ eigenes, internes Instrument					
Beschreibung de	s Instrumentes	Standardisierter Picker-Fragebogen "stationäre Akutsomatik" mit Kernset (58 Fragen + 1 offene Frage), Integration von spezifischen Zusatzmodulen für Hirslanden, für Geburtshilfe gibt es einen separaten Fragebogen				
Einschlusskriterien Alle Personen > 18 Jahre mit stationärem Aufenthalt und Austritt in definierter Befragungsperiode nach Hause, Wohnsitz in der Schweiz					definierter	
Ausschlusskriterien Nicht-Erfüllung der Einschlusskriterien, im Spital verstorbene Patienten					ten	
Rücklauf in Proze	enten	70.8	Erinne	rungsschreiben?	☐ 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 ih	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. Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:					
	Bezeichnung der Stelle	Direktion				
	Name der Ansprechperson	Alexander Rohner				
	Funktion	Direktor				
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	071 898 52 15				
	Bemerkungen					

D2 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 o	die Angehörigenzu	ıfrieden	heit im Betrieb gemes	ssen?					
	Nein, unser Betri	eb miss	t nicht die Angehörige	nzufriede	enheit.				
	Ja , unser Betrieb	misst d	ie Angehörigenzufriede	enheit.					
			012 wurde allerdings urchgeführt.		zte Messung Igte im Jahr:		Die nächste Mess vorgesehen in		
	☐ Ja. Im Ber	ichtsjah	r 2012 wurde eine Me	ssung du	ırchgeführt.				
An we	Ichen Standorten	/ in wel	chen Bereichen wurd	e die let	zte Befragun	g durch	ngeführt?		
	_ Im ganzen Betrieb /								
	In allen Kliniken /								
Messe	ergebnisse der letz								
		Z	ufriedenheits-Wert	Wertui	ng der Ergeb	nisse /	Bemerkungen		
	nter Betrieb								
Result	tate pro Bereich	Z	ufriedenheits-Wert	Wertui	ng der Ergeb	nisse /	Bemerkungen		
	Die Messung ist r	och nic	tht abgeschlossen. Es	s liegen r	noch keine Er	gebniss	e vor.		
	Der Betrieb verz	ichtet a	uf die Publikation der	Ergebnis	sse.				
	Die Messergebn	isse wei	rden mit jenen von and	eren Spi	tälern verglic	hen (Be	nchmark).		
Inform	ationen für Fachr	ublikur	n: Eingesetztes Mess	inetrum	ent bei der le	stzton R	ofragung		
	Externes Messins			iiisti uiii	ent bei der ie	izien b	erragurig		_
	Name des		•	N	Name des				
	Instrumentes	••••	Messinstitutes						
	eigenes, internes	Instrum	ent						
Besch	reibung des Instrun	nentes							
Einsch	lusskriterien								
Ausscl	hlusskriterien								
Rückla	ouf in Prozenten			-	rinnerungeec	hraihanʻ	2 □ Nein		دا ٦

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird o	die Mitarbeiterzufrieder	heit im Betrieb gemess	sen?				
	Nein, unser Betrieb mi	sst nicht die Mitarbeiter	zufriedenheit.				
	Ja, unser Betrieb miss	t die Mitarbeiterzufrieder	nheit.				
	Im Berichtsjah keine Messung	r 2012 wurde allerdings durchgeführt.	Die letzte Messung 2012 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:				
	☐ Ja. Im Berichts	jahr 2012 wurde eine Me	essung durchgeführt.				
	elchen Standorten / in v		de die letzte Befragung durchgeführt?				
	Im ganzen Betrieb /nur an folgenden Standorten: an allen Standorten, oder →						
	☐ In allen Kliniken /						
Messe	ergebnisse der letzten I						
	Zufriedenheits- Wert Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen						
Gesar	nter Betrieb	8.3	10 = höchste Zufriedenheit				
Resul	tate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
	istration	8.6					
Hotel		8.7					
Pflege	dienst	8.1					
Medizi	ntechnik	7.9	Resultate analysieren pro Abteilung				
	Die Messung ist noch	nicht abgeschlossen. E	is liegen noch keine Ergebnisse vor.				
	Der Betrieb verzichte	auf die Publikation der	Ergebnisse.				
	Die Messergebnisse v	verden mit jenen von and	deren Spitälern verglichen (Benchmark).				
Inform	sationen für Focknycklil	rum. Eingesetztes Mess	sinstrument bei der letzten Befragung				
	Externes Messinstrum		sinstrument ber der letzten berragung				
	Newsades	5111	Name des				
	Instrumentes Messinstitutes						
	eigenes, internes Instru	ument					
Besch	reibung des Instrumente	s					
Einsch	lusskriterien						
Aussc	hlusskriterien						
Rückla	auf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?				

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird o	Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?						
	Nein, unser Betrieb mi			enheit.			
	Ja, unser Betrieb miss	t die Zuweiserzufriede	enheit.				
	 _	r 2012 wurde allerding		e letzte Messung		Die nächste Messung i	st
	keine Messung		•	erfolgte im Jahr:		vorgesehen im Jah	r:
	Ja. Im Berichts	jahr 2012 wurde eine	Messun	g durchgeführt.			
	Ichen Standorten / in v					getuhrt?	
	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, od		ur an folg	enden Standorte	en:		
	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteil		_	enden Kliniken / en / Abteilungen	 ı:		
	oder →						
Messe	ergebnisse der letzten I	Refragung					
_	ergebnisse	Zufriedenheits- We	rt V	Vortung der Ere	obnisso	/ Romorkungon	
	nter Betrieb				gebnisse / Bemerkungen		
	tate pro Bereich	Ergebnisse		 Vertung der Erc	ahnissa	/ Bemerkungen	
	late pro Bereich				Jeninsse	/ beillerkungen	
				••			
	Die Messung ist nach				rachnica	. vor	
H	Die Messung ist noch Der Betrieb verzichte				igebilisse	5 VOI.	
H	Die Messergebnisse				chen (Re	nchmark)	
	Bio moccorgosinoco	verden mit jenen ven	anderen	opitalom vorgin	onen (Be	normanty.	
					_		
	nationen für Fachpublik		essinstr	ument bei der l	etzten Be	efragung	
	Externes Messinstrum	ent					
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes					
	eigenes, internes Instru	ument					
Beschreibung des Instrumentes							
Einsch	lusskriterien						
Ausscl	nlusskriterien						
Rückla	ouf in Prozenten			Erinnerungsso	chreiben?	P	☐ Ja



E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2012 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 2012 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.

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

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

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

Wird d	lie potentiell vermeid	bare Wiedereintrittsrate mit	SQLape [®] im Betr	ieb gemess	sen?			
	Nein , unser Betrieb I Wiedereintrittsrate m	nisst nicht die potentiell verm it SQLape [®] .	neidbare	Begründung: Ergebnisse 2012 liegen noch nicht vor.				
\boxtimes	Ja, unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.							
		hr 2012 wurde allerdings rtung gemacht.	D	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:				
		tsjahr 2012 wurde eine Auswe	ertung gemacht					
An we	Ichen Standorten / in	welchen Bereichen wurde o	die letzte Messun	g durchgefi	ührt?			
	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten,	☐nur an fo						
	☐ In allen Kliniken / ☐nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen, oder →							
Messer	gebnisse							
veröffen Zeitpunk	tlicht, da die Zuverläss	ehospitalisationsraten des Ber sigkeit der berechneten Werte der nationale Qualitätsvertrag ert.	noch nicht in ausr	eichendem I	Masse gegeben ist und			
Inform	nationen für das Fach	publikum						
Auswe	Auswertungsinstanz Bundesamt für Statistik BfS ¹							
Verbes	sserungsaktivitäten							
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 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

E1-2 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.ang.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?

	Nein, unser Betrieb Reoperationsrate na		eidbare	Begründun noch nicht	g: Ergebnisse 201 vor.	2 liegen		
	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C "Betriebliche Kennzahlen und Angebot")							
	Ja, unser Betrieb mi	sst die potentiell ve	rmeidbare l	Reoperationsrate	nach SQLar	pe [®] .		
		ahr 2012 wurde alle rtung gemacht.	rdings I	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	D	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:		
		tsjahr 2012 wurde	eine Ausw	ertungen gemac	ht			
An we	elchen Standorten / ir	welchen Bereich	en wurde d	lie letzte Messun	g durchgefi	ührt?		
	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten,	oder →	olgenden n:		igorum.			
☐ In allen Kliniken / ☐nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen, Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:								
Messer	gebnisse							
noch se	Q hat beschlossen die hr lückenhaften Daten cht verpflichtet, die Ren n.	qualität nicht zu vei	röffentlicher	n. Ausserdem war	en die Leistu	ungserbringer bis End	le 2009	
Inform	nationen für das Fach	npublikum						
Auswe	Auswertungsinstanz Bundesamt für Statistik BfS ²							
Verbe	sserungsaktivitäten							
Titel		Ziel		Bereich		Laufzeit (von bi	s)	

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 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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

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

Wir	Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?								
	Nein , unser Betrieb mis Wundinfektionsrate mit \$		toperative		Begründung: Ergebnisse 2012 liegen noch nicht vor.				
	☐ In unserem Betrie	eb wird nicht ope	eriert (siehe auch Kapite	I C "E	Betrieblich	ne Kennzal	nlen und Ange	bot")	
\boxtimes	Ja, unser Betrieb misst	Ja, unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.							
	Im Berichtsjahr 2 September 2012) keine Messunge	wurden allerdin					te Messung ist sehen im Jahr:		
	Ja. Im Berichtsja	hr 2012 (Juni 2	010 - September 2012)	wurde	en Messı	ıngen durc	hgeführt.		
An	welchen Standorten / in we	elchen Bereiche	en wurde die letzte Me	ssun	g durchç	geführt?			
	Im ganzen Betrieb / an a Standorten, oder →	allen 🗌	nur an folgenden Standorten:						
	☐ In allen Kliniken / ☐nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen, oder → Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:								
2012 mes	er Betrieb beteiligte sich 2 an den Wundinfektions- sungen nach folgenden rationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest- gestellter Wund- infektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2012 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)		Infektionsrate Spital / Klinik 2 (Vertrauensint CI = 95%)	2 0 10		
	Gallenblase-Entfernung					% ()		% ()	
	Blinddarm-Entfernung					% ()		% ()	
	Hernieoperation					% ()		% ()	
	Dickdarm (Colon)					% ()		%()	
	Kaiserschnitt (Sectio)	%()						%()	
	Herzchirurgie		%()						
	Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					%()		% ()	
	Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					% ()		%()	

Qualitätsbericht 2012 Klinik Am Rosenberg

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.

Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen						
	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.						

Verbesserungsaktivitäten						
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von bis)			

E1-4 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.ang.ch und www.lpz-um.eu

Informationen für das Fachpublikum

Messinstitution		Berner Fachh	nochschu	ile					
	Stürze Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.								
Wird die Prävalen:	Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?								
	r Betrieb <mark>führt n</mark> PZ am Stichtag				turz mit der		ng: Ergebnisse 2012 ch nicht vor.		
Ja, unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2012durch.							tag, 8. November		
An welchen Stand	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?								
Im ganzen Betrieb /									
☐ In allen Klir Fachbereic oder →	niken / hen / Abteilunge			len Kliniken / / Abteilungen:					
Anzahl hospitalisie bis 30 Tage vorher g		ie am Stichtag	oder	Wertui	ng der Ergebniss	se / Bemerl	kungen		
	n Prozent:			Ergebnisse 2012 liegen noch nicht vor.					
Der Betrieb	verzichtet auf	die Publikatio	n der Erg	gebnisse	9.				
Informationen für d	as Fachnuhliki	ım: Angabon :	zum unte	areucht	en Kollektiv				
Gesamtheit der zu	Einschlusskrit			SISUCIII	en Rollektiv				
untersuchenden Patienten Ausschlusskriterien									
Anzahl der tatsächlic	h untersuchten			Anteil i	n Prozent				
Bemerkung									
Verbesserungsakt	ivitäten								
Titel	Ziel			Berei	ch	Lau	fzeit (von bis)		

_

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2012 ausgeschlossen.

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagerecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird o	Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?											
				f ührte nich m Stichtag				Dekubitus mit	Begr	ründung:		
Ja, unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am 9 2012 durch.							PZ am Stichtaç	յ, 8. November				
An we	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?											
		ganzen E allen Sta		oder →		nur ar	folgend	len Standorten:				
☐ In allen Kliniken / ☐ ☐ Fachbereichen / Abteilungen, oder →							en Kliniken / ' Abteilungen:					
	Dekubitus bereits bei Spitaleintritt Dekubitu				Anzahl P Dekubitu Spitalauf	ıs währe		vorbenem		ing der Ergeb erkungen	nisse /	
		In Proz	ent			In P	rozent:		Ergeb vor.	nisse 2012 lieg	jen noch nicht	
	Der l	Betrieb	verzicht	et auf die F	Publikation	n der Erg	ebnisse.					
Informa	atione	en für da	as Fachp	oublikum: /	Angaben z	zum unte	ersuchte	en Kollektiv				
Gesam			Einschl	usskriterier	ı							
untersu Patiente		aen	Aussch	lusskriterie	n							
Anzahl	Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten						Anteil	in Pro	zent			
Bemerkung												
Verbe	esseru	ıngsakti	ivitäten									
Titel Ziel						Bereic	:h		Laufzeit (von	bis)		

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

....

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 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 2012 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2012. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2012** 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 2012 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?								
	Nein , unser Betrieb mass nicht Kurzfragebogen ANQ.	die Pa	tientenz	ufriedenheit mit	Begründung:			
	Ja, unser Betrieb mass die Patie	heit mit Kurzfragebogen Al	NQ.					
An w	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?							
				an folgenden Standorten:				
	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder →			n folgenden Kliniken / ereichen / Abteilungen:				
Messergebnisse der letzten Befragung								
Gesa	mter Betrieb			Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse			
	en Sie für dieselbe Behandlung w s Spital kommen?	ieder ir	1	9.56	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall			
	peurteilen Sie die Qualität der Beh rhalten haben?	andlun	g, die	9.5	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet			
	n Sie Fragen an eine Ärztin oder e en, bekamen Sie verständliche An			9.39	0 = nie 10 = immer			
	n Sie Fragen an das Pflegeperson men Sie verständliche Antworten?		en,	9.36	0 = nie 10 = immer			
	en Sie während Ihres Spitalaufent ekt und Würde behandelt?	thaltes	9.57	0 = nie 10 = immer				
	Der Betrieb verzichtet auf die P	ublika	tion der	Ergebnisse.				
Beme	erkungen							

Zentrales Messinstitut ☑ hcri AG ☐ MECON measure & consult GmbH			Dezentrales Messinstitut hcri AG ESOPE MECON measure & consult GmbH NPO PLUS Stevemarco sagl				
Informationen für da	s Fach	publikum: Angaben zu	m un	tersuchten Koll	lektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einsc	hlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2012 das Spital verlassen haben.				
	Auss	chlusskriterien	Verstorbene Patienten				
Anzahl der total anges	chrieb	enen Patienten	208				
Anzahl der tatsächlich	teilger	nommener Patienten	157		Rücklauf in I	Prozent	
Bemerkung			75.48				
Verbesserungsaktivitäten							
Titel Ziel				Bereich		Laufzei	it (von bis)
Ī							

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

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.

F

Weitere Qualitätmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Moss	sthema	Infektionen (andere als	mit SwiceNOSO)					
		illiektionen (andere als	ilit Swissivosoj					
vvas	Was wird gemessen?							
An w	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?							
	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, od		an folgenden Standorten:					
	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilu oder →		n folgenden Kliniken / ereichen / Abteilungen:					
Mess	sergebnisse		Wertung der Ergebni	sse / Bemerkungen				
	Die Messung ist noch r	nicht abgeschlossen. Es	liegen noch keine Ergebn	isse vor.				
	Der Betrieb verzichtet	auf die Publikation der E	Ergebnisse.					
	Die Messergebnisse w	verden mit jenen von ande	ren Spitälern verglichen	(Benchmark).				
	Präventionsmassnahr	nen sind in den Verbesse	rungsaktivitäten beschrie	ben.				
Infor	mationen für Fachpublik	um: Eingesetztes Messir	strument im Berichtsial	nr 2012				
	Das Instrument wurde von betriebsexternen Fachins		Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:					
		·						

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messtl	hema		Stürze (and	ere als mit d	er Methode LPZ)			
Was w	rird gemess	en?						
An we	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?							
	☐ Im ganzen Betrieb / ☐nur an folgenden Standorten: an allen Standorten, oder →							
	In allen Kliniken /							
Anzahl	Stürze total	Anzahl mit Beh		hl ohne ndlungsfolge	Wertung der Ergebni	sse / Bemerkungen		
0.13								
	☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.							
	Der Betrie	b verzichtet a	uf die Publ	ikation der Er	gebnisse.			
	Die Messe	rgebnisse we	rden mit jen	en von ander	en Spitälern verglichen ((Benchmark).		

	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.							
Info	Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012							
	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:						
	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	IQIP					

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode SPZ)

Mess	ssthema Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)					
Was	Vas wird gemessen?					
A		dahan Bandahan		N. Maranan danah matikato		
An w	eichen Standorten / in we	eicnen Bereicner	i wurde im Berichtsjanr 2012	2 die Messung durchgeführt?		
	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, ode	=r →	nur an folgenden Standorte	en:		
	In allen Kliniken /					
	Anzahl vorhandene Dekubiti Anzahl erworbene Dekubiti Wertung der Ergebnisse / während dem Spitalaufenthalt Bemerkungen					
	Die Messung ist noch n	icht abgeschlos	sen. Es liegen noch keine Erg	ebnisse vor.		
	Der Betrieb verzichtet	auf die Publikati	on der Ergebnisse.			
	Die Messergebnisse w	erden mit jenen v	on anderen Spitälern verglich	en (Benchmark).		
	Präventionsmassnahn	nen sind in den V	erbesserungsaktivitäten besch	nrieben.		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012						
	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt Name des Instrumentes:					
	Das Instrument wurde von betriebsexternen Fachinst		Name des Anbieters / Auswertungsinsta			

F4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

Mes	sthema	Freiheitseinschränkende Massnahmen			
Was	wird gemessen?	Dokumentation d Fall	er Häufig	keit im Verhältnis der Ge	esamtfälle und der Massnahme pro
An v	velchen Standorten / in w	elchen Bereichen	wurde in	n Berichtsjahr 2012 die	e Messung durchgeführt?
	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, od	er →	nur an	folgenden Standorten:	
				folgenden Kliniken / eichen / Abteilungen:	
Mes	sergebnisse			Wertung der Ergebni	sse / Bemerkungen
	Die Messung ist noch r	nicht abgeschloss	sen. Es lie	egen noch keine Ergebn	isse vor.
	Der Betrieb verzichtet	auf die Publikation	n der Er	gebnisse.	
	Die Messergebnisse w	verden mit jenen vo	on andere	n Spitälern verglichen ((Benchmark).
	Präventionsmassnahr	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012					
	Das Instrument wurde bet entwickelt			Name des Instrumentes:	
	Das Instrument wurde vor betriebsexternen Fachinst			Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

F5 Dauerkatheter

Messthema		Dauerkatheter				
Was v	vird gemessen?	Anzahl Fälle mit	Dauerkatl	neter		
An we	elchen Standorten / in w	elchen Bereicher	n wurde ir	n Berichtsjahr 2012 die	e Messung durchgeführt?	
	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, ode			folgenden Standorten:		
	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilu oder →	Ingen,		folgenden Kliniken / eichen / Abteilungen:		
Messe	ergebnisse			Wertung der Ergebnis	sse / Bemerkungen	
П	Die Messuna ist noch r	nicht abgeschlos	sen. Es lie	egen noch keine Ergebni	isse vor.	
	Der Betrieb verzichtet					
	Die Messergebnisse w	verden mit jenen v	on andere	n Spitälern verglichen (Benchmark).	
	Präventionsmassnahr	nen sind in den Ve	erbesseru	ngsaktivitäten beschriel	oen.	
Inforn	nationen für Fachpublik	um: Eingesetztes	Messins	trument im Berichtsiah	nr 2012	
	Das Instrument wurde bet entwickelt			Name des Instrumentes:		
_	Das Instrument wurde vor betriebsexternen Fachinst			Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:		
F6	Weiteres Messth					
	vird gemessen?					
		elchen Bereicher		•	e Messung durchgeführt?	
	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, ode	er →	nur an	folgenden Standorten:		
	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilu oder →	ingen,		folgenden Kliniken / eichen / Abteilungen:		
Messe	ergebnisse			Wertung der Ergebnis	sse / 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).			Benchmark).		
	Präventionsmassnahr	nen sind in den Ve	erbesseru	ngsaktivitäten beschriel	ben.	
Inforn	nationen für Fachpublikı	um: Ei <u>ngesetztes</u>	Messins	trument <u>im Berichtsiah</u>	nr 2012	
	Das Instrument wurde bet entwickelt			Name des Instrumentes:		
Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.				Name des Anbieters / der		



Registerübersicht

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.

Nimn	Nimmt der Betrieb an Registern teil?				
	Nein, unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.				
	Begründung				
	Ja, unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.				

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Absolute Minimal Data Set - AMDS	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS		
Acute Myocardial Infarction in Switzerland - AMIS Plus	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - AQC	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch		
Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken - ASF	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch		
European registry and network for intoxication type metabolic disorders - E-IMD	Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Endokrinologie/ Diabetologie, Nephrologie, Intensivmedizin	Universitätsklinikum Heidelberg www.e-imd.org		
Fécondation In Vitro National - FIVNAT-CH	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch/		
IDES Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenks- prothesen -IDES Register	Orthopädische Chirurgie	MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch		
Knochentumor- Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie - KTRZ	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das- universitaetsspital/bereiche/m edizinische- querschnittsfunktionen/klinike n-institute-		

	Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	abteilungen/pathologie/abteilungen/knochentumor-referenzzentrum/	
Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch	
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreportin	
Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI - MDSi	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	
Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien - MIBB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	
Register für Linsenimplantate - OCULA	Ophthalmologie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/ief 0	
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	
Schweizer Patientenregister für Duchenne Muskeldystrophie und Spinale Muskelatrophie	Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Medizin und Rehabilitation, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie	CHUV und Kinderspital Zürich www.asrim.ch	
Schweizer Wachstumsregister - SWR	Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nephrologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern www.ispm.ch	
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank - SAfW DB	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venero- logie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	
Schweizerische HIV Kohortenstudie - SHCS	Infektiologie	Schweizerische HIV Kohortenstudie www.shcs.ch	
Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister - SOL-DHR	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebendspende.ch/de/ver ein.php	
Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister - SPNR	Pädiatrie, Nephrologie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.swiss- paediatrics.org/fr/informations /news/swiss-paediatric-renal- registry	

SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	
Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases - SIOLD	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitäts- sicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	
Swiss Breast Center Database - SBCDB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch	
Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neona tal_Network/aims.php?navid= 13	
Swiss Neuropaediatric Stroke Registry - SNPSR	Neurologie, Phys.Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatrie, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	
Swiss Paediatric Surveillance Unit - SPSU	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/k m meld esystem/00737/index.html?la ng=de	
Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch	
Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program - SRRQAP	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	
Swiss SLE Cohort Study - SSCS	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Allergologie / Immunologie, Nephrologie, Rheumatologie	Université de Genève und andere Universitäten in der Schweiz www.slec.ch	
Swiss Teratogen Information Service - STIS	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie	Swiss Teratogen Information Service STIS www.swisstis.ch	
Swissregard - Nationales Register zu plötzlichen Todesfällen von Athleten	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Rechtsmedizin, Pathologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Kardiologie, Intensivmedizin	Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern www.swissregard.ch	
SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch	

SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	
TraumaRegister DGU - TR-DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de	
Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung - NICER	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und - registrierung www.nicer.org	
Schweizer Kinderkrebsregister - SKKR	Alle	www.kinderkrebsregister.ch	
Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft - KRBB	Alle	-	
Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	www.krebsregister.usz.ch	
Krebsregister Graubünden und Glarus - KR GG	Alle	www.ksgr.ch/Das Kantonsspi tal_Graubuenden/Departeme nte/Institute/Pathologie/ Krebsregister/dD0zNzQmbD1 kZXU.html	
Krebsregister St. Gallen- Appenzell - KR SGA	Alle	krebsliga-sg.ch/de/index.cfm	
Krebsregister Kanton Freiburg - RFT	Alle	www.liguecancer-fr.ch	
Krebsregister Kanton Genf - RGT	Alle	www.unige.ch/medecine/rgt/index.html	
Krebsregister Kanton Jura - RJT	Alle	-	
Krebsregister Kanton Neuenburg - RNT	Alle	-	
Krebsregister Kanton Tessin	Alle	www.ti.ch/tumori	
Krebsregister Kanton Waadt - RVT	Alle	-	
Bemerkung			



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter <u>www.spitalinformation.ch</u> zu finden.

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Ganzes Spital	ISO 9001:2008	2008	2011	
ZSVA	ISO 13485			

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von bis)
ANQ: SwissNOSO- Infekterfassung	Implementierung	QM, Hygiene	Jan 12 - Feb 12
ANQ: SIRIS Implantateregister	Implementierung	QM, OP	Jul 12 - Aug 12

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	ANQ: SwissNOSO Infekterfassung			
Bereich	☐ internes Projekt	⊠ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)		
Projektziel	Infekerfassung nach den Vorgaben von ANG	Q bei Hüft- und Knieprothesen		
Beschreibung	Systematische Erfassung allfälliger Inektione mitmachen	en, sofern Patienten bei der Studie		
Projektablauf / Methodik	Telefonate nach Vorgabe ANQ nach 30 und	365 Tagen nach Austritt		
Einsatzgebiet				
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb			
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standor	ten?		
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?			
Involvierte Berufsgruppen				
Projektevaluation / Konsequenzen				
Weiterführende Unterlagen	ANQ-Vertrag			

Projekttitel	SIRIS Implantateregister			
Bereich	☐ internes Projekt	⊠ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)		
Projektziel	nationales Register zur Erfassung aller Impl Vorgabe ANQ	antete von Hüft- und Knieprothesen nach		
Beschreibung	Systematische Erfassung der Implantate			
Projektablauf / Methodik	nach Vorgabe ANQ			
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?			
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb			
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?			
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?			
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, OP			
Projektevaluation / Konsequenzen				
Weiterführende Unterlagen	l			

Projekttitel	<u></u>	
Bereich	☐ internes Projekt	externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	ļ	
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen	·	



Schlusswort und Ausblick

Damit es der Klinik möglich ist ihre Vision zu erreichen, ist das Ausweisen der Qualität von den in der Klinik erbrachten Leistungen zentral wichtig. Leistungen sollen nicht nur erbracht, sondern auch objektiv aufgezeigt und die Wirksamkeit aller Prozesse überprüft werden.

Kunden möchten informiert werden und anhand von ausgewiesenen medizinischen Leistungen und deren qualitativer Erbringung den Anbieter auswählen. Zudem steigt mit der Vergabe von Leistungsaufträgen der Rechtfertigungsdruck gegenüber den Krankenkassen und eine genaue Erfassung der Leistungen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die Klink Am Rosenberg erhebt seit Jahren systematisch Qualitätskennzahlen, um eine hohe Qualität zu gewährleisten und sich kontinuierlich zu verbessern. Durch Daten der anderen Kliniken der Hirslanden Gruppe und

gewährleisten und sich kontinuierlich zu verbessern. Durch Daten der anderen Kliniken der Hirslanden Gruppe und teilweise auch durch internationale Vergleiche stehen bei den meisten der überwachten Qualitätskennzahlen Benchmarks zur Verfügung. Die ständige Herausforderung ist es, die zur Verfügung stehenden Daten optimal zu analysieren, zu vernetzen und daraus wirksame Managemententscheidungen abzuleiten.

Im August 2011 fand das erste Re-Zertifizierungsaudit nach ISO 9001:2008 statt. Dabei wurde erstmals das Risk-Management bewertet. Dieses Audit haben wir engagiert und breit abgestützt realisiert und ohne Auflagen erfüllt. Auch wenn eine kurze Verschnaufpause eingelegt werden kann steht die Qualität immer im Mittelpunkt des täglichen Geschehens.

Schwerpunkte im 2013:

- Überführung des vorhandenen Intranets in ein webbasiertes Integrales Managementsystems, inklusiv Überprüfung und allfälliger Überarbeitung sämtlicher Prozesse und deren Dokumente
- Erstellung neuer Prozesse mit Berücksichtigung deren Schnittstellen

J Anhänge

Seite 41 von 41