



Klinik Im Park
Seestrasse 220
8027 Zürich



Akutsomatik

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_fkqa



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 Händen 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

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	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	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
C1	Angebotsübersicht	7
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	9
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2012	9
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2012	11
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	11
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	12
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	13
C4-4	Personelle Ressourcen	13
C5	Kennzahlen Langzeitpflege 2012	14
D	Zufriedenheitsmessungen	15
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	15
D2	Angehörigenzufriedenheit	17
D3	Mitarbeiterzufriedenheit	Fehler! Textmarke nicht definiert.
D4	Zuweiserzufriedenheit	19
E	ANQ-Indikatoren	20
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik	20
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	21
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	22
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	23
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	25
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ	28
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012	30
F1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	30
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	31
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode SPZ)	31
F4	Freiheitseinschränkende Massnahmen	32
F5	Dauerkatheter	33
F6	Weiteres Messthema	33
G	Registerübersicht	34
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	38
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	38
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	38
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	39
I	Schlusswort und Ausblick	41
J	Anhänge	42

Im Bereich Qualitätsmanagement wurden im Berichtsjahr 2012 verschiedene Schwerpunkte gesetzt, um die kontinuierliche Verbesserung voranzutreiben. Im Folgenden werden die wichtigsten Neuerungen resp. Elemente kurz dargestellt:

ANQ

Es wurden alle ANQ-Messungen implementiert, auch wenn die Klinik Im Park aktuell keinen Platz auf der Spitalliste hat (Bundesgerichtsentscheid hängig).

Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Ab März 2012 werden die Wundinfekte für Colon-Eingriffe, die Herzchirurgie sowie Erstimplantation von Kniegelenksprothesen gemessen.

Risk-Management

Das Risk-Management wurde kontinuierlich in die bestehenden Prozesse integriert. Im Frühjahr 2012 wurde das Risk-Management erstmals innerhalb des SQS-Audits überprüft.

Medical Board

Neu eingeführt wurden regelmässige Medical-Board-Sitzungen, in welchen auch das Qualitätsmanagement vertreten ist. Die Sitzung wird mit CIRS-Thematiken kombiniert und involviert alle notwendigen Fachpersonen.

ISO-Audit

Das Rezertifizierungsaudit wurde im Frühjahr 2012 erfolgreich durchgeführt.

IMS

Alle Prozesse wurden vervollständigt und ins neue IMS integriert. Das Tool wird im Alltag genutzt, insbesondere als Nachschlagewerk.

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

- Umsetzung der Messungen von ANQ (SwissNoso, Prävalenzstudie, Patientenbefragung, SIRIS)
- Einführung vom Risk-Management gemäss Vorlagen vom Head-Office
- Ausweitung der Anwendung der Patientenidentifikationsarmbänder auch auf ambulante Patienten
- Systematische Bearbeitung (nach London Protokoll) von kritischen Ereignissen

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

- Risk-Management ist eingeführt bis auf Prozessebenen (Kader wurde geschult)
- Einführung Medical-Board zur Besprechung von kritischen Ereignissen
- Anwendungsrate Händehygiene gesteigert auf 69%

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Erarbeitung Patientensicherheitskonzept (analog klinischem Risk-Management)
- Systematische CIRS-Fallbearbeitung nach London Protokoll

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:	Ist dem Bereich Unternehmensplanung- Steuerung unterstellt.
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	180%	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Stephan Eckhart / Direktion	044 209 22 88	Stephan.eckhart@hirslanden.ch	Qualitätsverantwortung
Stefanie Rohner BL Unternehmensplanung- und Steuerung	044 209 2558	Stefanie.rohner@hirslanden.ch	Qualitätsbeauftragte/-er
Kathrin Candido / Leitung QM	044 209 22 32	kathrin.candido@hirslanden.ch	Qualitätsmanager/-in
Giuseppe Santoro / Hygieneberater	044209 21 62	Giuseppe.santoro@hirslanden.ch	Hygieneverantwortliche/-er
Kathrin Candido / Leitung QM	044 209 22 32	Kathrin.candido@hirslanden.ch	IQIP Erhebungsperson
Giuseppe Santoro / Hygieneberater	044 209 21 62	Giuseppe.santoro@hirslanden.ch	KISS Erhebungsperson
Iris Neelen / Leitung Einkauf&Apotheke	044 209 22 60	Iris.neelen@hirslanden.ch	Materiovigilanzbeauftragte/-er
Dr. Egloff / Viktoria Apotheke	043 344 60 60	info@pharmaworld.com	Pharmakovigilanzbeauftragte/-er
Dr. med. P. Stapfer / Anästhesieärztin	044 209 25 64	Pascale.stapfer@hirslanden.ch	Hämatovigilanzbeauftragte/-er
Mira Vidic / Leitung Radiologie	044 209 21 36	Milica.vidic@hirslanden.ch	Strahlenschutzbeauftragte/-er
Dr. med. D. Schmidlin / Anästhesiarzt	044 209 28 70	Daniel.schmidlin@hirslanden.ch	Transplantationskoordinator/-in
Manfred Hofmann / BL Dienste	044 209 21 22	Manfred.hofmann@hirslanden.ch	EKAS Verantwortlicher
Josephine Ritzel / PL QM	044 209 23 45	Josphine.ritzel@hirslanden.ch	CIRS Beauftragte/-er
Josephine Ritzel / PL QM	044 209 23 45	Josephine.ritzel@hirslanden.ch	Pickerbeauftragte/-er
Claudi Galli / Leitung Patientenaufnahme	044 209 21 65	Claudia.galli@hirslanden.ch	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“.

Spitalgruppe	
☒	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten:
	14 Kliniken in der ganzen Schweiz / Hirslanden Privatkliniken

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		Belegärzten
Allgemeine Chirurgie		Belegärzten
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)		Anästhesieärzte im Haus
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		Belegärzte
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)		Belegärzte
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		keine
Handchirurgie		Belegärzte
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)		Belegärzte
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		Belegärzte
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)		Belegärzte
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)		Belegärzte
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)		Belegärzte
☐ 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)		Belegärzte
☐ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)		Belegärzte
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaferkrankungen)		Belegärzte
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)		Onkologiezentrum Zürich
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)		Eigene Dialyseabteilung Mit Facharzt
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)		Eigene Physiotherapie
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)		Belegärzte
Intensivmedizin		Eigenen Intensivstation mit Fachärzten Intensivmedizin
Kiefer- und Gesichtschirurgie		Belegärzte
Kinderchirurgie		keine
Langzeitpflege		keine
Neurochirurgie		Belegärzte
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)		Belegärzte
Ophthalmologie (Augenheilkunde)		Belegärzte
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)		Belegärzte
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)		Keine
Pädiatrie (Kinderheilkunde)		keine
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)		keine
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie		Belegärzte
Psychiatrie und Psychotherapie		keine
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)		Eigenes Röntgeninstitut mit Fachärzten Radiologie
Tropen- und Reisemedizin		keine
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)		Belegärzte

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung		Über Diabetesgesellschaft
Ergotherapie		Extern
Ernährungsberatung		Interne Ernährungsberatung
Logopädie		Extern
Neuropsychologie		Extern
Physiotherapie		Interne Physiotherapie
Psychologie		Extern
Psychotherapie		Extern

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	21874	24156	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	0	....
Anzahl stationär behandelter Patienten,	7988	8288	....
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	543	608	....
Geleistete Pflegetage	38508	39737	....
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	139	139	....
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	4.3	4.2	....
Durchschnittliche Bettenbelegung	61.2%	58.9%	....

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2012

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)	---			

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 Pflgetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?

- ❶ Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** 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 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.

Angebundene stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiovaskuläre Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Paraplegiologische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Überwachsungsabteilung (Intensivrehabilitation)				
Weitere				

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- i 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.
- i 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.
- i 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 / Infrastruktur	Distanz (km)
	Intensivstation in akutsomatischem Spital	... km
	Notfall in akutsomatischem Spital	... km

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet

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

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

- ① 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				
Überwachsungsabteilung (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	

- ① 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	

- ① Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den **diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften**.

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			

D

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 misst nicht die Patientenzufriedenheit.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	....	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse Picker	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	16.4% Wiederempfehlungsrate	Bestwert wäre jeweils 0%
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Dimension Emotionale Unterstützung	18.4%	Geringe Abweichung zu Werten vom 2010
Dimension Respektierung indiv. Bedürfnisse	10.4%	Geringe Abweichungen zu Werten vom 2010
Dimension Information und Aufklärung	11.4%	Verschlechterung des Wertes im Vergleich zu 2010
Dimension Behandlungsspez. Informationen	18.6%	Verschlechterung des Wertes im Vergleich zu 2010
Dimension Einbezug Angehörige	17.7%	Verbesserung des Wertes im Vergleich zu 2010
Dimension Physisches Wohlbefinden	10.7%	Verschlechterung im Vergleich zu Werten 2010
Dimension Kontinuität der Entlassung	28.8%	Verbesserung des Wertes im Vergleich zu 2010
Dimension Koordination der Betreuung	7.5%	Deutliche Verbesserung des Wertes im Vergleich zu 2010. Einführung des Konzeptes der Pflegekoordination.
Gesamteindruck	5.1%	
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☒ Picker ☐ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☒ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Pickerinstitut	Name des Messinstitutes	....
☐ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des 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. Möglichkeit Fragebogen Online auszufüllen.		
Einschlusskriterien		Alle Personen > 18 Jahre mit stationärem Aufenthalt und Austritt in definierter Befragungsperiode nach Hause, Wohnsitz in der Schweiz		
Ausschlusskriterien		Nicht-Erfüllung der Einschlusskriterien, im Spital verstorbene Patienten		
Rücklauf in Prozenten		51.5	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Guest Relations
Name der Ansprechperson	Claudia Weil
Funktion	Guest Relations
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	044 209 21 41
Bemerkungen	Machen regelmässige Patientenbesuche zur Erfassung von Zufrieden- und Unzufriedenheiten. Leiten entsprechende Massnahmen in die Wege.

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

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

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	....	Name des Messinstitutes	....
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		....		
Einschlusskriterien		....		
Ausschlusskriterien		....		
Rücklauf in Prozenten		....	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	70%	<i>positiv; gegenüber 2011 konnte eine Verbesserung um 3% erzielt werden (deutlich über dem Durchschnitt der Privatklinikgruppe Hirslanden (58%))</i>
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Mitarbeiterbefragung	Name des Messinstitutes	GfK Switzerland AG
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Alle Mitarbeitenden erhalten einen Fragebogen (Papierform) zugeschickt, welcher anonym beantwortet wird (die Anonymität wird durch die Firma GfK gewährleistet). Die Auswertung erfolgt über die GfK.			
Einschlusskriterien	....			
Ausschlusskriterien	....			
Rücklauf in Prozenten	43%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☒ Ja

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

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

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	....	Name des Messinstitutes	....
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		....		
Einschlusskriterien		....		
Ausschlusskriterien		....		
Rücklauf in Prozenten		....	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja



ANQ-Indikatoren

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 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.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		Begründung:	
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.			
☒	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Auswertung gemacht			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse				
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2012 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.				
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinstanz	SQLape Bundesamt für Statistik BfS ¹			
Verbesserungsaktivitäten				
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)	
-	-	-	-	

¹ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 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.anq.ch und www.sqlape.com

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

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

Messergebnisse

Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2012 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	SQLape Bundesamt für Statistik BfS ²

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich 2012 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2012 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
☐ Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
☐ Hernieoperation			% ()	% ()
☒ Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
☐ Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
☒ Herzchirurgie			% ()	% ()
☐ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
☒ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

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.

☐

Verbesserungsaktivitäten

• • • •

• • • •

• • • •

• • • •

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.aug.ch und www.lpz-um.eu

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

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

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
☐ Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2012 durch.	Begründung:
☒ Ja , unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2012 durch.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
4	In Prozent:	5.2	Anzahl entspricht der bekannten Sturzrate welche im IQIP kontinuierlich erfasst wird. Neben dem bestehenden Sturzpräventionskonzept werden weitere Massnahmen (siehe unten) in die Wege geleitet.
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	Patienten, seitens derer keine Einwilligung vorliegt	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	77	Anteil in Prozent	86.5%
Bemerkung	Indikator wird auch im IQIP erfasst		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Anbringen von Antirutschbelag in Nasszonen	Vermeiden von Ausrutschen in den Nasszonen	Patientenzimmer	Okt. 2012 – Ende 2013

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

Führungshaken für Infusionsständer	Infusionsständer können so besser geführt werden	Pflegeabteilung	Sept. 2012
------------------------------------	--	-----------------	------------

Dekubitus (Wundliegen)

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

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

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
☐ Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2012 durch.	Begründung:
☒ Ja , unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2012 durch.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt			Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
2	In Prozent	20%	1	In Prozent:	2.8%	Weitere Optimierungsmassnahmen werden geplant. Anzahl entspricht der Rate, welche laufend im IQIP erfasst wird. Ergänzend zum Präventionskonzept werden die unten aufgeführten Massnahmen in die Wege geleitet.
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.						

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	Patienten seitens derer keine Einwilligung vorliegt	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		76	Anteil in Prozent 85.4%
Bemerkung		Indikator wird auch im IQIP erfasst	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Mit SSC schon bei Übergabe in OP Hinweis auf Dekubitusgefährdung / Hautveränderungen	Sensibilisierung für Lagerung im OP	Pflege und OP	Ab Juni 2013
Systematische Ursachenanalyse bei allen Hautdefekten und Dekubiti	Erfassung von Gefahrenquellen	Pflege / OP / Aufwachraum / IPS	Ab Januar 2013

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

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 die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
☒	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9,35	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.25	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.47	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.05	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.51	0 = nie 10 = immer
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Bemerkungen
-

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut ☒ hcri AG ☐ MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut ☐ hcri AG ☐ ESOPE ☐ MECON measure & consult GmbH ☐ NPO PLUS ☐ Stevemarco sagl

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten		555	
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten		345	Rücklauf in Prozent 62.16
Bemerkung		Aufgrund der sehr guten Ergebnisse werden keine Verbesserungsaktivitäten vorgenommen	

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

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



Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO) KISS über BZH Freiburg
Was wird gemessen?	Device assoziierte nosokomiale Infektionen auf der interdisziplinären Intensivstation und postoperative Wundinfektionen nach: Coronarer Bypass Operation , Hüftendoprothesen, Knieendoprothesen und Coloneingriffe.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	....
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	....

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen																				
Prozent Device assoziierte Infektionen 2012 <table><thead><tr><th>Infektionstyp</th><th>Median</th><th>75. Percentile</th><th>Infektionsrate</th></tr></thead><tbody><tr><td>ZVK</td><td>0.77</td><td>1.82</td><td>0</td></tr><tr><td>Pneumonie</td><td>4.51</td><td>7.22</td><td>6.28</td></tr><tr><td>HWK</td><td>0.73</td><td>1.64</td><td>1.05</td></tr></tbody></table> Infektionen 2012: ZVK 0, Pneumonie 4, HWK 2 Infektionen 2011: ZVK 6, Pneumonie 10, HWK 1 Devicetage 2011 2012 ZVK 1/05 1/16 Beatmung 728 637 HWK 1906 1913	Infektionstyp	Median	75. Percentile	Infektionsrate	ZVK	0.77	1.82	0	Pneumonie	4.51	7.22	6.28	HWK	0.73	1.64	1.05	 Die beobachteten Device assoziierten Inzidenzdichten sind verglichen mit der 75. Percentile der Referenzwerte unauffällig. Sie liegen im mittleren Bereich der Referenzwerte				
Infektionstyp	Median	75. Percentile	Infektionsrate																		
ZVK	0.77	1.82	0																		
Pneumonie	4.51	7.22	6.28																		
HWK	0.73	1.64	1.05																		
Prozent Wundinfektionsrate 2012 <table><thead><tr><th>OP-Typ</th><th>Median</th><th>75. Percentile</th><th>Infektionsrate</th></tr></thead><tbody><tr><td>ACRP</td><td>3.03</td><td>4.01</td><td>0</td></tr><tr><td>Hüft-TP</td><td>0.73</td><td>1.32</td><td>0</td></tr><tr><td>Knie-TP</td><td>0.4</td><td>1</td><td>0</td></tr><tr><td>Coloneingriffe</td><td>8.76</td><td>12.56</td><td>0</td></tr></tbody></table> Infektionen mit Follow up: ACRP 0, Hüft-TP 0, Knie-TP 0, Coloneingriffe 1	OP-Typ	Median	75. Percentile	Infektionsrate	ACRP	3.03	4.01	0	Hüft-TP	0.73	1.32	0	Knie-TP	0.4	1	0	Coloneingriffe	8.76	12.56	0	Bei den OP assoziierten Wundinfektionen sind bislang keine Auffälligkeiten zu beobachten. Hier kann ein sehr guter Standard des postoperativen Verlaufs attestiert werden. Bisher ist nach den Telefoninterviews nach einem Monat eine Wundinfektion (Colon) aufgetreten.
OP-Typ	Median	75. Percentile	Infektionsrate																		
ACRP	3.03	4.01	0																		
Hüft-TP	0.73	1.32	0																		
Knie-TP	0.4	1	0																		
Coloneingriffe	8.76	12.56	0																		

☐	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).
☒	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

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 Auswertungsinanz:	Beratungszentrum für Hygiene in Freiburg im Breisgau

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Eine ungeplante Bewegung eines Patienten auf den Boden oder von einer Ebene zur anderen. Bei allen stationären Patienten

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
76	12	64	Anzahl Stürze etwas höher wie im Vorjahr. Keine Stürze mit schwerwiegenden Schädigungen. In der Regel Prellungen und leichte Schmerzen.

☐	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).
☒	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

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 Auswertungsinanz:	IQIP

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode SPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Anzahl Dekubiti welche während der Hospitalisation erworben werden.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
3	10	Anzahl minim höher wie im Vorjahr. In der Regel Dekubiti Grad I&II, bzw. Hautläsionen / Spannungsblasen.

☐	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).
☒	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

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

F4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	....
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	....

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
....	

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

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:	....

F5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
....	

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

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 Auswertungsinanz:	....

F6 Weiteres Messthema

Messthema	....
Was wird gemessen?	....

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
....	

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

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 Auswertungsinanz:	....

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.

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 Sprunggelenksprothesen -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/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-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/infreporting		
Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI - MDSi	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008	
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		
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	Mai 2013	
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 Venerologie, 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/verein.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 Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012	
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_Neonatal_Network/aims.php?navid=13		
Swiss Neuropaediatric Stroke Registry - SNPSR	Neurologie, Phys.Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern		
Swiss Paediatric Surveillance Unit - SPSU	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00737/index.html?lang=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_Kantonsspital_Graubunden/Departemente/Institute/Pathologie/Krebsregister/dD0zNzQmbD1kZXU.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 www.spitalinformation.ch 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	2009	2012	....
Ganze Klinik	Committed to Excellence EFQM	2006	....	....
Intensivstation	SGI	....	2011	....
Blutlager	Anerkennung Swissmedic Lagerung Blutprodukte	....	2009	Für internes Blutlager
....				

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)
Bearbeitung CIRS-Fälle	Erfassen und Reduzieren von Gefahrenquellen für Patienten und Mitarbeitende	Ganzes Haus	laufend
Messungen zur Händehygiene	Erreichung hoher Händehygienecompliance	Alle Abteilungen mit direktem Patientenkontakt	laufend
Optimierung in der Anwendung der SSC	Bei allen Patienten mit OP wird die SSC systematisch durchgeführt	Pflegeabteilung / OP / Aufwachraum / IPS	Jan. – Dez. 2013
Erhebung Patientenzufriedenheit mittels Rückmeldungsflyer und Guest Relations	Erhebung der Patientenzufriedenheit zur Evaluation von Verbesserungsmassnahmen	Ganzes Haus	laufend
Jährlicher Händehygienetag	Schulung Mitarbeitende zur Händehygiene	Ganzes Haus	Einmal pro Jahr
Schwerpunktthema aus CIRS / Sicherheit im Umgang mit Medikamenten	Gefahrenquellen im Medikamentenprozess evaluieren zur Initialisierung von gezielten Verbesserungsmassnahmen	Pflegedienst und Medizintechnik in Zusammenarbeit mit Anästhesieärzten	Ab Mai 2013
Relationship Management	Kontaktpflege zu Zuweisern systematisieren, um Rückmeldungen zu Klinikangebot und –Leistung zu erhalten	Verantwortliche Person ist in der Abteilung Marktbearbeitung integriert	Einführung ab August 2012
Einführung CRM-Tool (Customer Relationship Management)	Erfassung, Auswertung und Bearbeitung der Patientenrückmeldung	Guest Relations, Qualitätsmanagement	Ab Herbst 2012

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitle	Einführung Implantaterfassung SIRIS	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Standardisierter Ablauf Implantaterfassung gemäss Vorgaben ANQ (SIRIS)	
Beschreibung	Seit dem 01.09.2013 werden schweizweit alle implantierten Hüft- und Knieendoprothesen registriert. Dieses Vorgehen gilt es zu standardisieren und zu implementieren.	
Projektablauf / Methodik	Juni-September 2012: - Erfassung aller relevanten Orthopäden, Aufklärung und Einverständnis einholen - Klärung der Möglichkeiten zur Online-Erfassung im OP - Schulung der relevanten Mitarbeiter (Online-Erfassung) - Bestellung der notwendigen Barcode-Scanner September 2012 - Definierte Abläufe zur Erfassung - Klare Zuständigkeiten - Beginn der systematischen Erfassung	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
		
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
		
	☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Qualitätsmanagement; OP	
Involvierte Berufsgruppen	PL Qualitätsmanagement, AL OPS, Mitarbeiter OP	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Standardisierter Ablauf der Erfassung aller Hüft- und Knieimplantate und Information aller Betroffenen Ärzte. Das Einholen der relevanten Einwilligungen um daraufhin den Prozess der Erfassung zu implementieren. Der Ablauf ist hinterlegt und wird von den Betroffenen eingehalten. Der Prozess ist implementiert.	
Weiterführende Unterlagen	www.siris-implant.ch	

Projekttitle	Risikomanagement	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Implementierung und kontinuierlicher Aufbau Risikomanagement	
Beschreibung	Einführung und Aufbau des Risikomanagement nach Grundlage der Risikopolitik Mediclinic Switzerland.	
Projektablauf / Methodik	Einhaltung des jährlichen Ablaufs Risikomanagement. Implementierung der Methodik zur Selbstbewertung, Risikobewertung und Einschätzung der Kontrolleffektivität. Die Risikosensibilität soll in allen Bereichen gefördert werden. In den jeweiligen Teams werden die Risiken gemeinsam besprochen und Kontrollen definiert.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
		
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb Die Einführung des Risikomanagements ist für alle Kliniken der Hirslandengruppe verbindlich	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
		
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
		

Involvierte Berufsgruppen	Alle Bereichs- und Abteilungsleiter, Qualitätsmanagement
Projektevaluation / Konsequenzen	Die Risikosensibilität wird durch die Besprechung innerhalb der Teams gefördert. Die Risiken werden identifiziert und bewertet. Der jährliche Prozess ist implementiert. Die weitere Implementierung wird gefördert. Das Risikomanagement befindet sich in kontinuierlichem Aufbau, der schwerpunkthafte Betrachtung Patientensicherheit wird konzipiert.
Weiterführende Unterlagen	Risikopolitik und Risikomethode der Mediclinic Switzerland AG

Projekttitle	Patientenidentifikationsarmband	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Alle Patienten tragen ein Patientenarmband, bis anhin nur stationäre Patienten	
Beschreibung	Auch ambulante Patienten sollen zur Gewährleistung der Identifikation ein Patientenarmband tragen. Bei der Anwendung der Surgical Safety Checklist ist das Patientenarmband ein Checkpunkt zur Identifikation.	
Projektablauf / Methodik	Antrag und Verabschiedung von Managementteam	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
		
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
		
	☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Tagesklinik	
Involvierte Berufsgruppen	Bereichsleitung / Abteilungsleitung / Patientenaufnahme / IT	
Projektevaluation / Konsequenzen	Die Anwendung des Armbandes wurde von allen begrüsst, die Umsetzung konnte reibungslos in die Wege geleitet werden.	
Weiterführende Unterlagen	Interner Standard zur Anwendung des Patientenarmbandes	

Projekttitle	Umbau Geburtenabteilung mit integriertem Sectio-Saal	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Es wird den Müttern ermöglicht, auch eine Geburt mit Kaiserschnitt in der familiären und geborgenen Atmosphäre der ihnen vertrauten Geburtenabteilung zu erleben. Durch die Integration des Sectio-Saals unmittelbar neben den Gebäurzimmern ist ein rasches Handeln möglich, das wertvolle Zeit spart. Denn die Sicherheit von Mutter und Kind steht an erster Stelle.	
Beschreibung	Integrierter Sectio-Saal auf Geburten-Abteilung	
Projektablauf / Methodik	Viereinhalbmonatiger Umbau	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
		
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
		
	☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Geburtenabteilung	
Involvierte Berufsgruppen	Gynäkologen, Hebammen, Anästhesie	
Projektevaluation / Konsequenzen	Innerhalb der Planungsarbeiten	
Weiterführende Unterlagen		



Schlusswort und Ausblick

Das in der Klinik Im Park etablierte Qualitätsmanagement wird sich im Jahr 2013 auf folgende Schwerpunkte konzentrieren, um die kontinuierliche Verbesserung voranzutreiben:

- Systematische Analyse der CIRS-Fälle nach London Protokoll zur Förderung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit
- Erstellen eines Patientensicherheitskonzeptes gemäss klinischem Risk-Management in Orientierung an die Faktoren des Risk-Managements inklusive Schulungen
- Sicherstellung der Handhabung Surgical Safety Checklist
- Jährliche Durchführung des Händehygienetages und die Beobachtungen zur Erfassung der Anwendungsrate Händehygiene
- Impfkampagne zur Erhöhung der Impfquote bei den Mitarbeitenden
- Etablierung Relationship Management zu Zuweisern
- Etablierung CRM als Basis für kontinuierliche Verbesserung



Anhänge