aarReha
SCHINZNACH

aarReha Schinznach
Fachklinik für Rehabilitation, Rheumatologie, Osteoporose
Badstrasse 55
5116 Schinznach-Bad

RE HA

Rehabilitation

Qualitätsbericht 2009

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern und Basel-Stadt

H+ qualité

Inhaltsverzeichnis

A Einleitung ... 3
B Qualitätsstrategie ... 4
B1 Qualitätsstrategie und -ziele ... 4
B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009 ... 4
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009 ... 4
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren ... 4
B5 Organisation des Qualitätsmanagements ... 4
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement ... 4
C Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung ... 5
C1 Kennzahlen Akutsomatik ... 5
C2 Kennzahlen Psychiatrie ... 5
C3 Kennzahlen Rehabilitation ... 5
C4 Kennzahlen Langzeitpflege ... 5
D Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ... 6
D1 Zufriedenheitsmessungen ... 6
D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit ... 6
D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit ... 7
D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit ... 8
D1-4 Zuweiserzufriedenheit ... 9
D2 ANQ-Indikatoren ... 10
D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte ... 10
D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen ... 10
D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO ... 11
D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen ... 11
D3 Weitere Qualitätsindikatoren ... 12
D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ... 13
D5 KIQ-Pilotprojekte ... 14
D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie ... 14
D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation ... 14
E Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring) ... 15
E1 Pflegeindikatoren ... 15
E1-1 Stürze ... 15
E1-2 Dekubitus (Wundliegen) ... 15
E2 Weitere Qualitätsindikatoren ... 16
E2-1 Zusatz für Langzeitpflege ... 16
E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings ... 16
F Verbesserungsaktivitäten ... 17
F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard ... 17
F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten ... 17
F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte ... 17
F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte ... 18
G Schlusswort und Ausblick ... 20
H Impressum ... 21
I Anhänge ... 22

A Einleitung

Die aarReha Schinznach ist eine anerkannte Fachklinik im Aargauischen Mittelland und behandelt stationäre und ambulante Patienten aus den Bereichen Rheumatologie, Orthopädie und Neurologie. Daneben betreibt sie ein gut eingeführtes Osteoporose-Zentrum.

Die Klinik verfügt über 96 Betten in 52 rollstuhlgängigen Ein-, Zwei- und Dreibettzimmern.

Spezialisierung:

Rheumaerkrankungen; stationäre und ambulante Rehabilitation nach orthopädischen und neurochirurgischen Operationen; Neurorehabilitation (leichtere Fälle); Behandlung chronischer Schmerzen inkl. HWS-Distorsionstrauma; Osteoporosezentrum.

Medizinisches Angebot:

Physiotherapie
Ergotherapie
Klinische Psychologie
Rehabilitationspflege
Sozialdienst
Ernährungsberatung
Labor
Röntgen
Ärztlicher Notfalldienst rund um die Uhr im Hause

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Freitextfeld

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Freitextfeld

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Freitextfeld

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 obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Wiederkehr-Steiger Eveline	056 463 85 21	Eveline.wiederkehr@aarreha.ch	Direktorin, Qualitätsverantwortliche

C Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik

Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl **ambulante** Fälle		
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene		
Anzahl **stationäre** Patienten		
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene		
Anzahl Pflegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte		

C2 Kennzahlen Psychiatrie

Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	**Anzahl Plätze**	**Ø Behandlungsdauer**	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	**Anzahl Fälle**	**Ø Verweildauer**	**Anzahl Pflegetage**
stationär				

Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht	☐ ja	☐ nein	☐ teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte			

C3 Kennzahlen Rehabilitation

Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl **stationäre** Patienten	1'576	
Anzahl Pflegetage gesamt	33'101	
Bettenanzahl per 31.12.	96	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	20.00 Tage	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	94.47 %	
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte	Schinznach-Bad	

C4 Kennzahlen Langzeitpflege

Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl **Bewohner** gesamt per 31.12.		
Anzahl Pflegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung		
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte		

D Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	**Nein**, die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution **nicht** gemessen.		
X	**Ja.** Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**	**Nächste Messung:**
	X Ja. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	**Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
		siehe Beilage 1

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009				
☐ Mecon ☐ Picker ☐ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	**X** Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	PZ-Benchmark	Name des Messinstitutes	Marty Marktforschung & Beratung, Stansstad
☐ eigenes, internes Instrument				

Beschreibung des Instrumentes	Telefonische Befragung (Zufallsgenerator)	
Einschlusskriterien	-	
Ausschlusskriterien	-	
Rücklauf in Prozenten	-	
Erinnerungsschreiben?	☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
X	**Nein**, die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution **nicht systematisch** gemessen.		
☐	**Ja.** Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
	☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**	**Nächste Messung:**
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	**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.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?	☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:	

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☐	**Nein**, die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution **nicht** gemessen.				
X	**Ja.** Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.				
	X Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**	2008	**Nächste Messung:**	2011
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.				

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	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.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009				
☐	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes				
Einschlusskriterien				
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten				
Erinnerungsschreiben?	☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:		

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	**Nein**, die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution **nicht** gemessen.		
☒	**Ja.** Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**	**Nächste Messung:**
	☒ Ja. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☒	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Mittelwert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	**79.7 Punkte**	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von **0 (= minimale Zufriedenheit)** bis **100 (= maximale Zufriedenheit)**. Die Gesamtzufriedenheit wird aus 37 Fragen zu allen für die Zuweisenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultate pro Messbereich		
Leistungsspektrum	84.6 Punkte	5 Fragen zum Messbereich „Leistungsspektrum“
Organisation	82.9 Punkte	6 Fragen zum Messbereich „Organisation“
Einweisungsprozess	74.7 Punkte	10 Fragen zum Messbereich „Einweisungsprozess“
Zusammenarbeit	80.0 Punkte	7 Fragen zum Messbereich „Zusammenarbeit“
Berichtwesen	74.7 Punkte	5 Fragen zum Messbereich „Berichtwesen“
Patientenzufr. / Image	81.5 Punkte	4 Fragen zum Messbereich „Patientenzufriedenheit / Image“
Kommentar:		

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	MECON-Zuweiserfragebogen	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
☐	eigenes, internes Instrument			

Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Zuweiserbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien	alle Zuweisenden		
Ausschlusskriterien	Zuweisende mit weniger als 2 Zuweisungen pro Jahr werden nicht befragt		
Rücklauf in Prozenten	36.0%		
Erinnerungsschreiben?	☐ Nein.	☒ Ja, Einsatz wie folgt:	nach 4 Wochen an alle Zuweisenden

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?				
X	**Nein**, die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution **nicht** gemessen.			
☐	**Ja.** Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.			
	☐ **Keine** Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**		**Nächste Messung:**
	☐ **Ja**. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.			
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Anzahl Austritte in 2009	**Anzahl Wiedereintritte in 2009**	**Rehospitalisations-rate: Ergebnis [%]**	**Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)**	**Auswertungsinstanz**

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?				
☐	**Nein**, die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution **nicht** gemessen.			
☐	**Ja.** Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.			
	☐ **Keine** Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**		**Nächste Messung:**
	☐ **Ja**. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.			
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Anzahl Behandlungen in 2009	**Anzahl erneute Behandlungen in 2009**	**Reoperationsrate: Ergebnis [%]**	**Auswertungsinstanz**

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?				
☐	**Nein**, die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution **nicht** gemessen.			
☐	**Ja.** Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.			
	☐ **Keine** Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**		**Nächste Messung:**
	☐ **Ja**. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.			
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Messthemen 2009		**Messwerte**	**Bemerkungen**
☐	Gallenblase		
☐	Blinddarmentfernung		
☐	Hernieoperation		
☐	Operation am Dickdarm		
☐	Kaiserschnitt		
☐	Herzchirurgie		
☐	Hüftgelenksprothesen		
☐	Kniegelenksprothesen		

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?				
☐	**Nein**, die Infektionen werden in unserer Institution **nicht** gemessen.			
☐	**Ja.** Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.			
	☐ **Keine** Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**		**Nächste Messung:**
	☐ **Ja**. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.			
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Infektions-Messthema	

Messung im Berichtsjahr 2009			
Gemessene Abteilungen:		**Ergebnis:**	
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.		
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☐	internes Instrument	**Name des Instrumentes:**
☐	externes Instrument	**Name Anbieter / Auswertungsinstanz:**

D3 Weitere Qualitätsindikatoren

Messthema	**Zufriedenheit ambulanter Physiotherapie-Patienten**

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	**Physiotherapie**	**Ergebnis:**	**Siehe Beilage 3**
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
X	internes Instrument	**Name des Instrumentes:**	**Befragung ambulante Patienten**
☐	externes Instrument	**Name Anbieter / Auswertungsinstanz:**	

Messthema	**Sturzprotokoll**

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	**alle**	**Ergebnis:**	**Siehe Beilage 4**
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
X	internes Instrument	**Name des Instrumentes:**	**Sturzprotokoll**
☐	externes Instrument	**Name Anbieter / Auswertungsinstanz:**	

Messthema	**Komplikationenliste**

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	**Alle**	**Ergebnis:**	
X Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	internes Instrument	**Name des Instrumentes:**	
X	externes Instrument	**Name Anbieter / Auswertungsinstanz:**	Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich [1]	Erfassungsgrundlage [2]	Status [3]
Bemerkungen			

Legende:

[1] **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung

[2] **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System

[3] **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009
C=Einführung im Berichtsjahr 2009

D5 KIQ-Pilotprojekte

Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheits-direktorenkonferenz GDK, spezifizierte für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmassnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie

Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☐ ja	**Gewählte Messvariante:** ☐ Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen ☐ Symptombelastung, Lebensqualität ☐ Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
☐ nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation

Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
X ja: muskuloskelettale Reha	**Gewählte Körperregionen:** **X** Lendenwirbelsäule (LWS) **X** Halswirbelsäule (HWS) **X** Untere Extremitäten (UEX) ☐ Obere Extremitäten (OEX) **X** ganzer Körper (SYS)
☐ ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
X nein	

E Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze

Definition des Messthema „Sturz“	**Sturzprotokoll**

Messung im Berichtsjahr 2009					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	**Ganzer Betrieb**				
Gemessene Abteilungen:	**Alle Abteilungen**				
Ergebnis gesamt:	**Siehe Beilage 4**	Anteil **mit** Behandlungsfolgen:		Anteil **ohne** Behandlungsfolgen:	

☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
X	internes Instrument	**Name des Instrumentes:**	**Sturzprotokoll**
☐	externes Instrument	**Name Anbieter / Auswertungsinstanz:**	

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		**Ergebnis gesamt:**	

☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Entstehungsort der Dekubiti	**Werte (quantitativ)**				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung					
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.					
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	internes Instrument	**Name des Instrumentes:**	
☐	externes Instrument	**Name Anbieter / Auswertungsinstanz:**	

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege

Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	☐ Richtlinien bestehen.	☐ Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema	**Therapie-Assessment**

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	**Therapien**	**Ergebnis:**	
X Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
X internes Instrument	**Name des Instrumentes:**	**Therapie-Assessment**
☐ externes Instrument	**Name Anbieter / Auswertungsinstanz:**	

Messthema	**Patienten-Briefkasten**

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	**alle**	**Ergebnis:**	Messung Patientenzufrie-denheit, Vorschlagswesen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
X Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
X internes Instrument	**Name des Instrumentes:**	**Patienten-Briefkasten**
☐ externes Instrument	**Name Anbieter / Auswertungsinstanz:**	

F Verbesserungsaktivitäten

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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	**Angewendete Norm**	**Zertifizierungs-jahr**	**Jahr der letzten Rezertifizierung**	**Bemerkungen**
Ganzer Betrieb	EFQM			In Planung

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

*Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten*

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	**Aktivität** (Titel)	**Ziel**	**Status Ende 2009**

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

*Auflistung der aktuellen Qualitäts**projekte** im Berichtsjahr (laufend / beendet)*

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	**Projekt** (Titel)	**Ziel**	**Laufzeit** (von … bis)
Ganzer Betrieb	PZ-Benchmark	Messung Patientenzufrie-denheit	laufend
Ganzer Betrieb	Patienten-Briefkasten	Messung Patientenzufrie-denheit, Vorschlagswesen	laufend
Therapien	Befragung ambulante Therapie-Patienten	Messung Patientenzufrie-denheit	laufend
Ganzer Betrieb	Komplikationenliste	Erfassung von Komplikationen	laufend
Ganzer Betrieb	Sturzprotokoll	Erfassung und Bearbeitung von Stürzen	laufend
Medizin	ANQ	Messung der medizinischen Ergebnisqualität	laufend
Therapien	Therapie-Assessment	Verschiedene Beurteilungssysteme	laufend

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 ***abgeschlossenen*** *Qualitätsprojekten*

Projekttitel	**Führungsgrundsätze**	
Bereich	**X** internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Gemeinsames Führungsverständnis auf Stufe Klinikleitung und Kader	
Beschreibung	Erarbeiten von Führungsgrundsätzen als Basis für ein gemeinsames Führungsverständnis	
Projektablauf / Methodik	Das Thema Führung ist festes Traktandum jeder KL- Sitzung. In einem ersten Schritt wurde die Zusammenarbeit in der KL definiert und gemeinsam „Spielregeln“ zu den folgenden Punkten erarbeit: Kommunikation / Information / Wertschätzung / Umgang mit Kritik / Zielsetzung, -erreichung. Für die Erarbeitung Führungsgrundsätze nahm sich die KL einen Tag Zeit (Klausur). Der Tag fand ausserhalb der Klinik statt und wird von einem externen Moderator begleitet. Die erarbeiteten Führungsgrundsätze wurden den Stellvertretungen der KL-Mitglieder vorgestellt, und gemeinsam wurde die weitere Ausbreitung festgelegt. Die Führungsgrundsätze wurden an der „Weiterbildung Mittleres Kader“ thematisiert und anschliessend allen Mitarbeitenden in geeigneter Form zugänglich gemacht.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	X Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	alle	
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitel		
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		
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitel		
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		
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

G Schlusswort und Ausblick

Freitextfeld

Impressum

Herausgeber / Lesehilfe

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern
© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch

Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

➔ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

➔ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien

Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **Be**rn) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe

Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner

Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch

I Anhänge

Beilage 1	Patientenzufriedenheits-Benchmark
Beilage 2	Messung Zuweiser-Zufriedenheit
Beilage 3	Befragung ambulanter Therapie-Patienten
Beilage 4	Sturzprotokoll