



Hirslanden Kliniken Bern:
Klinik Beau-Site
Klinik Permanence
Salem-Spital

**Nordring 4
3013 Bern**



Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch: www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011.....	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	2
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	2
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	3
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
	C1 Angebotsübersicht.....	4
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011.....	6
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	7
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	7
	C4-4 Personelle Ressourcen	7
D	Qualitätsmessungen	8
	D1 Zufriedenheitsmessungen.....	8
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	10
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	11
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	12
	D2 ANQ-Indikatoren.....	13
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	14
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	15
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	16
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	17
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	19
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	21
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO).....	21
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	22
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	23
	D3-5 Dauerkatheter	24
	D3-6 Weitere Messthemen.....	25
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	27
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	28
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	28
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	28
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	29
F	Schlusswort und Ausblick	30

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen, wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

A

Einleitung

Das Jahr 2011 war für Hirslanden Bern ein intensives Jahr. Nicht nur seitens der Patienten hinsichtlich der Behandlungsqualität, sondern verlangten auch die Kostenträger sowie die Gesundheits-Behörden von uns hochstehenden Qualität von Struktur, Prozess und Outcome. Die öffentliche Diskussion um die medizinische Qualität in den Spitälern erfuhr im Berichtsjahr neue Impulse.

Die Gesundheitsbehörde des Kantons Bern (GEF) hat im letzten Jahr begonnen, auch für die Regulierung der Versorgung (Spitalliste) vermehrt Qualitätsindikatoren heranzuziehen. Daher wird eine einheitliche und vergleichbare Methodik der Datenerfassung immer wichtiger.

Hirslanden Bern hat sich auch 2011 der Transparenz der Qualität und der Qualitätsdaten verpflichtet und die versorgungsrelevanten Informationen dem Regulator zu Verfügung gestellt. So ist Hirslanden Bern im Berichtsjahr 2011 ebenfalls dem Nationalen Qualitätsvertrag des ANQ beigetreten. Mit diesem Beitritt verpflichten wir uns, an national vorgegebenen Messungen teilzunehmen und uns dem Benchmark zu stellen.

Für Hirslanden Bern hat die qualitativ hochstehende Leistungserbringung für Patienten, Besucher und Mitarbeitende eine grosse Priorität. Das Ziel ist, die Qualität der erbrachten Leistungen laufend zu verbessern. Neben der ISO- Zertifizierung, welche wir seit 2009 erfolgreich durchführen, haben wir uns im Berichtsjahr 2011 entschlossen, den Weg des EFQM- Modells (European Foundation of Quality Management) anzugehen. Dieses Managementsystem unterstützt die Kliniken bei der Bewertung und Standortbestimmung und der koordinierten, ergebnisorientierten Entwicklung aller Unternehmensbereiche. Als erster wichtiger Schritt konnte im Berichtsjahr 2011 die Selbstbewertung nach dem EFQM-Modell durchgeführt werden.

B**Qualitätsstrategie****B1 Qualitätsstrategie und -ziele****Qualitätspolitik von Hirslanden**

- Patienten, Ärzte, Mitarbeiter und Partner wählen Hirslanden, weil sie vom umfassenden Qualitätsmanagement der Gruppe profitieren wollen.
- Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels „Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment und differenziert sich im Markt über Qualitätsführerschaft“ ausgerichtet.
- Hirslanden stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.
- Hirslanden setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement.
- Hirslanden verpflichtet sich der kontinuierlichen Verbesserung, 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 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

- Aufbau TQM mit dem EFQM- Modell
- Ausbau der Patientensicherheit
- Ausbau medizinischer Register
- Case Management

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

- EFQM- Selbstbewertung
- Aufbau eines Medizin- und Qualitätscontrollings

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- EFQM- Fremdbewertung
- Einführung des SwissVasc- Implantateregisters
- Einführung des SIRIS- Implantateregisters

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	530 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. Julia Beel	031 335 73 40	julia.beel@hirslanden.ch	- Leiterin Klinische Bereiche - Qualitätsbeauftragte - Kodierverantwortung
Claudine Jungo	031 335 73 46	claudine.jungo@hirslanden.ch	- Qualitätsmanagerin - Materiovigilanzbeauftragte - Pickerbeauftragte
Marianne Laguardia			- Verantwortliche für Hygiene und Infektionsprävention
Beatrice Ryf			IQIP- Erhebungsperson
Dr. pharm. Petra Bundeli			Pharmakovigilanzbeauftragte
<i>Klinik Beau-Site:</i> Dr. med. Rafael Knüsel <i>Klinik Permanence:</i> Dr. med. Peter Kvasnicka <i>Salem-Spital:</i> Dr. med Frank Loose			Hämatovigilanzbeauftragte
Marc Voutat			Strahlenschutzbeauftragter
Esther Näf			CIRS-Beauftragte

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Klinik Beau-Site, Klinik Permanence oder Salem-Spital

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

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten : Klinik Beau-Site , Schänzlihalde 11, 3000 Bern 25 Klinik Permanence , Bümplizstrasse 83, 3018 Bern Salem-Spital , Schänzlistrasse 39, 3000 Bern 25

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten: Hirslanden Bern
Allergologie und Immunologie	x
Allgemeine Chirurgie	x
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	x
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	x
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	x
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	
Handchirurgie	x
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)	x
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	x
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	x
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	x
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	x
<input type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten: Hirslanden Bern
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)</i>	x
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>	x
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>	x
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)</i>	x
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	x
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>	x
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	x
Intensivmedizin	x
Kiefer- und Gesichtschirurgie	x
Kinderchirurgie	
Langzeitpflege	
Neurochirurgie	x
<input type="checkbox"/> Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>	x
<input type="checkbox"/> Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	x
<input type="checkbox"/> Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	x
<input type="checkbox"/> Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	x
<input type="checkbox"/> Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	x
<input type="checkbox"/> Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>	x
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	x
Psychiatrie und Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>	x
Tropen- und Reisemedizin	x
<input type="checkbox"/> Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	x

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten: Hirslanden Bern	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	x	
Ergotherapie	x	Ergobern, Praxis für Ergotherapie
Ernährungsberatung	x	
Logopädie	x	Mundwerk, Praxis für Logopädie
Neuropsychologie		
Physiotherapie	x	
Psychologie		
Psychotherapie		

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen: Hirslanden Bern	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelte Patienten,	54'500	64'000	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	0	
Anzahl stationär behandelte Patienten,	19'900	19'900	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	1'060	1'030	
Geleistete Pflage tage	111'130	113'611	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	328	309	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5.3	5.5	
Durchschnittliche Bettenbelegung	75.61%	80.11%	

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

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

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

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

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten: Hirslanden Bern	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation	x			wird nur leistungsmässig erhoben
Muskuloskeletale Rehabilitation	x			wird nur leistungsmässig erhoben
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation	x			wird nur leistungsmässig erhoben
Rehabilitative Intensivabteilung				

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- ⓘ Spezifische Facharztstitel sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- ⓘ Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pfl egetätigkeit in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkräfte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten: Hirslanden Bern
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	(<input checked="" type="checkbox"/> ja) Facharzt Rheumatologie mit Rehab- Erfahrung	x
Facharzt Neurologie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	x
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> ja	x
Facharzt Kardiale Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> ja	x
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/> ja	x
Facharzt Psychiatrie	<input type="checkbox"/> ja	

D

Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

Messergebnisse der letzten Befragung (2010)		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb: Gesamteindruck %	96.6%	Maximum wäre 100%
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	
Klinik Beau-Site: Gesamteindruck %	96.3%	Maximum wäre 100%
Klinik Permanence: Gesamteindruck %	95.7%	Maximum wäre 100%
Salem-Spital: Gesamteindruck %	98.5%	Maximum wäre 100%
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input checked="" type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	Picker-Zufriedenheitsmessung (stationäre Akutsomatik 2010)	Name des Messinstitutes	Picker Institute Europe
<input type="checkbox"/> PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark				
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes		Standardisierter Picker-Fragebogen „stationäre Akutsomatik“ mit Kernset, Integration von spezifischen Zusatzmodulen für Hirslanden, für Geburtshilfe gibt es einen separaten Fragebogen		

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Beschwerden und Rückmeldungsmanagement
Name der Ansprechperson	Jungo Claudine
Funktion	Qualitätsverantwortliche
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Mo-Fr: 08.00 Uhr bis 17.00 Uhr T: 031 335 73 46 Mail: claudine.jungo@hirslanden.ch
Bemerkungen	/

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

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

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	7.6	Maximum ist 10
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Beau-Site	7.3	Maximum ist 10
Permanence	7.8	Maximum ist 10
Salem	7.6	Maximum ist 10
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
Name des Instrumentes	Hirslanden-Mitarbeiterbefragung 2011	Name des Messinstitutes	GfK Switzerland AG
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden der Hirslanden Bern		
	Ausschlusskriterien	Keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		BS: 232 PM: 82 SA: 339		
Rücklauf in Prozenten		BS: 50% PM: 53% SA: 52%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

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

D2 ANQ-Indikatoren

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

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

Psychiatrie und Rehabilitation:

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

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

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

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

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

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

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

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

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

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²		

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

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung				
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung				
<input type="checkbox"/> Hernieoperation				
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	86	3	3.49%	1.5%
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)				
<input checked="" type="checkbox"/> Herzchirurgie			Noch ausstehend	1.52%
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			Noch ausstehend	1.44%
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen				

³ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten⁴, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Hirslanden Bern: Salem, Beau-Site & Permanence
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Alle Abteilungen, inkl. IMC, WAR, IPS

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
3	In Prozent:	1.3%	Sturzrate nach Spitaleintritt: Die Sturzrate wird als tief bewertet.
28	In Prozent:	12.3%	Sturzrate vor Spitaleintritt: Der Sturz, bzw. die Behandlung der Sturzfolgen sind in der Mehrheit der Grund für die Hospitalisation.
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten, welche vor/nach Spitaleintritt gestürzt waren und mit der Teilnahme an der Untersuchung einverstanden waren.	
	Ausschlusskriterien	Patienten, welche vor/nach Spitaleintritt gestürzt waren und mit der Teilnahme an der Untersuchung nicht einverstanden waren.	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	227	Anteil in Prozent	71.3%
Bemerkung			

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

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden 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?					
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.				Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.				
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?					
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
				Hirslanden Bern: Salem, Beau-Site & Permanence	
				Alle Abteilungen, inkl. IMC, WAR, IPS	
Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
5	In Prozent	2.2%	3	In Prozent:	1.3%
					Dekubitusrate nach Spitaleintritt: Die Dekubitusrate wird als tief bewertet.
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten, welche vor/nach Spitaleintritt gestürzt waren und mit der Teilnahme an der Untersuchung einverstanden waren.	
	Ausschlusskriterien	Patienten, welche vor/nach Spitaleintritt gestürzt waren und mit der Teilnahme an der Untersuchung nicht einverstanden waren.	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	227	Anteil in Prozent	71.3%
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Siehe D3-2			

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

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...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?	SA: 9.41 PM: 9.49 BS: 9.41	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	SA: 9.25 PM: 9.29 BS: 9.28	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	SA: 9.34 PM: 9.39 BS: 9.49	0 = nie 10 = immer	
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	SA: 9.21 PM: 9.11 BS: 9.36	0 = nie 10 = immer	
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	SA: 9.61 PM: 9.53 BS: 9.61	0 = nie 10 = immer	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung			
Zentrales Messinstitut		Dezentrales Messinstitut	
<input checked="" type="checkbox"/> hcri AG		<input checked="" type="checkbox"/> hcri AG	
<input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH		<input type="checkbox"/> ESOPE	
		<input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	
		<input type="checkbox"/> NPO PLUS	
		<input type="checkbox"/> Stevemarco sagl	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	SA: 751 PM: 287 BS: 505		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	SA: 448 PM: 172 BS: 324	Rücklauf in Prozent	SA: 64.98% PM: 59.93% BS: 64.16%
Bemerkung			

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

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

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

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Postoperative Wundinfektionen nach Hüft TP (SA)	Wundinfektrate: 0.79% (Liegt unter dem Median aller Werte)
Postoperative Wundinfektionen nach Knie-TP (SA)	Wundinfektrate: 0.64% (Liegt unter dem Median aller Werte)
Postoperative Wundinfektionen nach Hüft TP (PM)	Wundinfektrate: 0.0% (Liegt unter dem Median aller Werte)
Postoperative Wundinfektionen nach Knie TP (PM)	Wundinfektrate: 0.0% (Liegt unter dem Median aller Werte)
Postoperative Wundinfektionen nach ACBP (BS)	Wundinfektrate: 1.87% (Liegt unter dem Median aller Werte)
Device-assoziierte Harnwegsinfektion IPS (BS)	Infektrate: 1.33% (Liegt unter dem Median aller Werte)
Device-assoziierte Pneumonie IPS (BS)	Infektrate: 4.33% (Liegt unter dem Median aller Werte)
Device-assoziierte Sepsis IPS (BS)	Infektrate: 0.00% (Liegt unter dem Median aller Werte)

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	KISS
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	Beratungszentrum für Hygiene, Freiburg i.B.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Bei Device-assoziierte Infekte nur IPS
	Ausschlusskriterien	Patienten welche nicht den CDC-Richtlinien (center for disease control) entsprechen
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent	➤ 95%
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Standardisierte ZVK - Einlage	Device-assoziierte Infektrate senken	IPS	Seit 2010

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

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Anzahl Stürze pro 1000 Pflage tage während der Hospitalisation

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	Hirslanden Bern: Salem, Beau-Site & Permanence
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Alle Abteilungen, inkl. IMC, WAR, IPS

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
2.4% Hirslanden Bern	---	---	Die tiefe Sturzrate entspricht dem Risiko der behandelten Patienten.

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, welche während der Hospitalisation stürzen.	
	Ausschlusskriterien	Alle Patienten, welche vor der Hospitalisation stürzen.	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	➤ 95%
Bemerkung		Bei Eintritt wird das Sturzrisiko mittels der Morse Fall Skala systematisch erhoben. Präventive Massnahmen werden entsprechend eingeleitet (gemäss internem Sturzpräventionskonzept), um Sturzfolgen zu vermeiden.	

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

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Anzahl Dekubitus Grad I-IV pro 1000 Pflgetage vor / während der Hospitalisation		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Hirslanden Bern: Salem, Beau-Site & Permanence	
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Alle Abteilungen, inkl. IMC, WAR, IPS	
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
0.39% Dekubitus Grad I-IV	0.54% Hirslanden Bern	Die tiefe Dekubitusrate entspricht dem Risiko der behandelten Patienten.	
0.33% Dekubitus Grad I 0.50% Dekubitus Grad II-IV		Keine Unterscheidung vor/während der Hospitalisation	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Meldeformular Decubituserfassung HIBE Die Gradeinteilung erfolgt nach den Vorgaben vom European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, welche vor/während der Hospitalisation einen Dekubitus Grad I-IV entwickeln	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	➤ 95%
Bemerkung	Bei Eintritt wird das Dekubitusrisiko mittels internem Screening und systematischer Hautinspektion erfasst. Präventive Massnahmen werden gemäss Dekubituspräventionskonzept entsprechend eingeleitet.		

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Device-assoziierte Harnwegsinfektion IPS (BS)	Infektrate 1.33%
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	KISS
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	Beratungszentrum für Hygiene, Freiburg i.B.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle IPS- hospitalisierte Patienten welche den CDC- Richtlinien entsprechen (center for disease control)
	Ausschlusskriterien	Patienten welche nicht den CDC-Richtlinien (center for disease control) entsprechen
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent	> 95%
Bemerkung	Devicetage: 2262	

D3-6 Weitere Messthemen

Messthema	Delir
Was wird gemessen?	Anzahl Patienten mit einem postoperativen Delir

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Klinik Beau-Site: 32 Salem-Spital: 16	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes: Postoperative Delirerfassung HIBE
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: Screening aller Patienten präoperativ und 3 Tage postoperativ mit der Delirium Observation Scale (DOS). Falls DOS positiv → Assessment mit der Neecham-Skala oder CAM-ICU (Confusion Assessment Method für Intensivstationen)

Messthema	IQIP (International Quality Indicator Project)
Was wird gemessen?	<ul style="list-style-type: none"> - Ungeplante Wiederaufnahmen in die stationäre Akutversorgung - Ungeplante Rückkehr in den OP - Dokumentierte Stürze in der Akutversorgung - Dekubitus-Inzidenz gesamt während stationärer Akutbehandlung - Mortalität stationärer Akutpatienten gesamt

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<i>Ungeplante Wiederaufnahmen in die stationäre Akutversorgung</i> BS: 0.4 SA: 0.09 PM: 0.12 <i>Ungeplante Rückkehr in den OP</i> BS: 1.73 SA: 0.27 PM: 0.15 <i>Dokumentierte Stürze in der Akutversorgung</i> BS: 0.33 SA: 0.17 PM: 0.25 <i>Dekubitus-Inzidenz gesamt während stationärer Akutbehandlung</i>	Die Kliniken bewegen sich jeweils unter dem Durchschnittswert der Vergleichsgruppe. Allgemein ist zu erwähnen, dass die Resultate der IQIP- Auswertung nur bedingt aussagekräftig sind. Sie sind nicht Risiko-korrigiert und berücksichtigen Faktoren wie Alter, Schweregrad der Krankheit und Nebendiagnosen nicht.

BS: 0.06 SA: 0.04 PM: 0.07 <i>Mortalität stationärer Akutpatienten gesamt</i> BS: 2.1 SA: 0.7 PM: 0.05	
--	--

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011

<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	IQIP (International Quality Indicator Project)

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A =Ja B =nein C = geplant	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-Infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	B	-
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	B	-
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	B	-
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	A	B
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	A	B
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	B	-
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	B	-
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	A	C
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	A	B
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	B	-
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	C	B
Überregionale Krebs-register	B:WBC- Register	A	B
Spine Tango	B: European Spine Society (ESS) www.eurospine.org	A	B
CIRS	C	A	A
Qualivision	C	A	B

⁵ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
ISO 9001:2008	Ganzer Betrieb	2009	-	Nächste Rezertifizierung findet im 2012 statt
EFQM Selbstbewertung	Ganzer Betrieb	2012 (EFQM-Fremdbewertung)	-	
UNICEF-Auszeichnung „Stillfreundliche Klinik“	Geburtenabteilung Salem-Spital	2009	2010	

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
IQIP	Erhöhung Patientensicherheit/ Prozessoptimierung	Hirslanden Kliniken Bern (alle Standorte)	laufend
Infektvollerfassung	Erhöhung Patientensicherheit/ Prozessoptimierung	Hirslanden Kliniken Bern (alle Standorte)	laufend
Komplikationserfassung	Erhöhung Patientensicherheit/ Prozessoptimierung	Hirslanden Kliniken Bern (alle Standorte)	laufend
Antibiotika-Monitoring	Erhöhung Patientensicherheit/ Prozessoptimierung	Hirslanden Kliniken Bern (alle Standorte)	laufend
Überprüfung Pflegedokumentation	Erhöhung Patientensicherheit/ Prozessoptimierung	Hirslanden Kliniken Bern (alle Standorte)	laufend
Überprüfung Pflegevisite	Erhöhung Patientensicherheit/ Prozessoptimierung	Salem- Spital (alle Standorte)	laufend
Überprüfung Schmerzrichtlinien / Konzept	Erhöhung Patientensicherheit/ Prozessoptimierung	Hirslanden Kliniken Bern (alle Standorte)	laufend
Überprüfung Wundrichtlinien	Erhöhung Patientensicherheit/ Prozessoptimierung	Hirslanden Kliniken Bern (alle Standorte)	laufend
Überprüfung Bezugspflegerichtlinien	Erhöhung Patientensicherheit/ Prozessoptimierung	Hirslanden Kliniken Bern (alle Standorte)	laufend
Überprüfung Kinaesthetics-Konzept	Erhöhung der Fachkompetenz Mitarbeitenden	Klinik Beau-Site	laufend
Überprüfung Händehygiene	Erhöhung Patientensicherheit/ Prozessoptimierung	Hirslanden Kliniken Bern (alle Standorte)	laufend
Arbeitsunfälle	Erhöhung Patientensicherheit/ Prozessoptimierung	Hirslanden Kliniken Bern (alle Standorte)	laufend
EKAS Gefahrenvermittlung	Erhöhung Patienten und Mitarbeitendensicherheit/ Prozessoptimierung	Hirslanden Kliniken Bern (alle Standorte)	laufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Aufbau eines Medizin- und Qualitätscontrollings	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Datenabgleich und –steuerung von Qualitätsindikatoren aus medizinischem Datensatz und internen Qualitätskennzahlen	
Beschreibung	Verarbeitung und Analyse von medizinischen Leistungsdaten Datengrundlage zur Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Prozesse sowie der Behandlungsqualität	
Projektablauf / Methodik	Definierte Meilensteine: - Erarbeitung Grundkonzept MC - Rekrutierung einer Person mit geeignetem Profil - Erarbeitung Feinkonzept MC - MC operativ	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb (Hirslanden Bern)	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, med. Codierung, Hygienefachperson, Qualitätsfachperson	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Regelmässige Evaluation Ableitung von Massnahmen	
Weiterführende Unterlagen	/	

F

Schlusswort und Ausblick

Der Rückblick auf das Jahr 2011 zeigt folgende Besonderheiten:

- Die Betriebsorganisation wird neu auch anhand des EFQM-Modells evaluiert und optimiert.
- Die Erfassung der Rehospitalisationen wurde als wichtiger Indikator auch für die Beurteilung der medizinischen Dienstleistung durch die Behörden herangezogen. Dabei sind Schwierigkeiten insbesondere bei Methodik, Definition und Abgrenzung aufgetreten. Verschiedene Messungen müssen auch in Zukunft durchgeführt und veröffentlicht werden. Dies führte zu einem Aufwand der Datenerfassung und der Komplexität der Datenauswertung ohne einen direkten Mehrwert zu erlangen.

Zu den Herausforderungen des Jahres 2012 gehört:

- Neben den übergeordneten Qualitätsindikatoren nimmt die Bedeutung von fachspezifischen Registern kontinuierlich zu. Neben der Betreuung der bestehenden Register in der Neurochirurgie (Spine-Tango) und der Gynäko-Onkologie (WBC) kommen für 2012 weitere Aufgaben auf den Bereich Qualität und Entwicklung zu:
 - Ausbau SIRIS Implantate Register
 - Ausbau SwissVasc Register
- Doppelspurigkeiten in der Datenerfassung und Auswertung zu eliminieren
- Transparenz der Resultate für die Klinik herzustellen und einen Benchmark zu ermöglichen

Um die Prozesse in Bereich QM zu optimieren bedarf es im 2012 einer engen Zusammenarbeit zwischen QM und Medizincontrolling.