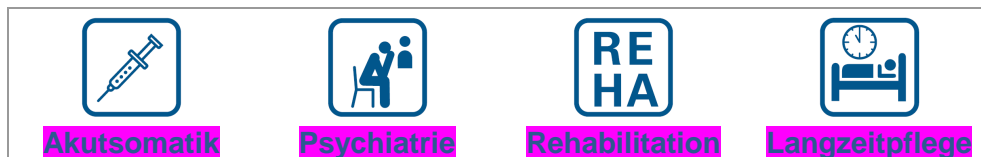




**Spital Schwyz**  
**Waldeggstrasse 10**  
**6430 Schwyz**



# 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](http://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](http://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](http://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.....	2
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement.....	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot.....	3
	C1 Angebotsübersicht.....	3
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011.....	5
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011.....	6
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011.....	6
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation.....	6
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz.....	7
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation).....	7
	C4-4 Personelle Ressourcen.....	8
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011.....	8
D	Qualitätsmessungen.....	9
	D1 Zufriedenheitsmessungen.....	9
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	9
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	11
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit.....	12
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit.....	13
	D2 ANQ-Indikatoren.....	14
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®.....	15
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®.....	16
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	17
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	19
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	21
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011.....	23
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO).....	23
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	24
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	25
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen.....	26
	D3-5 Dauerkatheter.....	27
	D3-6 Weiteres Messthema.....	28
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	29
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte.....	30
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards.....	30
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte.....	30
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	31
F	Schlusswort und Ausblick.....	32
G	Anhänge.....	33

**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 Spital Schwyz ist im Besitz einer privaten Trägerschaft, der Krankenhausgesellschaft Schwyz, mit Sitz in Schwyz. Mit dem Kanton Schwyz vereinbart, stellt das Spital Schwyz die spitalmedizinische Grundversorgung der Menschen in der Region sicher. Es gewährleistet die fachliche Behandlung und Betreuung nach neuesten Standards in den Bereichen

- Allgemeine Innere Medizin – Gastroenterologie – Nephrologie – Kardiologie – Onkologie – Pneumologie – Palliative Medizin – Endokrinologie/Diabetologie – Rheumatologie
- Allgemeine Chirurgie – Traumatologie – Gefässchirurgie – Viszeralchirurgie – Thorakoskopische Chirurgie – Orthopädie (Wirbelsäule, Hüfte, Schulter, Knie, Fuss) – Kinderorthopädische Sprechstunde – Angiologie – Ophthalmologie – HNO – Urologie – Plastische Chirurgie – Pädiatrie
- Geburtshilfe – Mutter/Kind-Station – Gynäkologie
- Anästhesie – Intensivmedizin – Schmerztherapie bei chronischen Schmerzen
- MRI – CT – Interventionelle Radiologie – Ultraschall – Mammographie – Konventionelle Radiologie
- Pflege - Notfallpflege – Intensivpflege – Kinder- und Säuglingspflege - Palliative Care – Akut- und Übergangspflege – Bezugspflege

Als Akutspital – in 80% der medizinischen Fälle und gegen 50% der chirurgischen Fälle werden Patienten notfallmässig eingeliefert – verfügt das Spital Schwyz über eine rund um die Uhr geöffnete, modern konzipierte und ausgerüstete Notfallstation mit einem jederzeit einsatzbereiten Ärzte- und Pflegefachteam. Unsere Intensivbehandlungsstation erfüllt sämtliche Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin und ist von dieser offiziell anerkannt. Auf den ausgezeichneten Ruf, welchen unsere Station für Geburtshilfe genießt, sind wir besonders stolz. Die Babys erblicken unter einfühlsamer und professioneller Begleitung das Licht der Welt im Spital Schwyz.

Das im Jahr 2005 neu eröffnete Dialysezentrum hat einiges an Komfort zu bieten. Nicht umsonst dürfen wir regelmässig Feriendialysegäste willkommen heissen, welche für ihren Urlaub eine Destination in der Nähe des Spital Schwyz ausgesucht haben.

Patienten erleben im Spital Schwyz eine respektvolle Betreuung. Als Mensch mit Körper, Seele und Geist, in seinem sozialen Umfeld und mit eigener Lebensgeschichte hat jede Patientin, jeder Patient individuelle Bedürfnisse. Mit dieser Erkenntnis unterstützen wir unsere Patienten feinfühlig bei ihrer Genesung. Die Ärzte und Pflegefachleute anerkennen und berücksichtigen die persönliche Bedeutung einer Krankheit. Im Spital Schwyz sind Patienten in guten Händen

Das Unternehmen Spital Schwyz wird nach wirtschaftlichen Aspekten ziel- und zukunftsorientiert geführt. Dazu gehören ein professionelles Qualitätsmanagement, ständige Weiterbildung, eine moderne Ausrüstung und zeitgerechte Arbeitsbedingungen.

[www.spital-schwyz.ch](http://www.spital-schwyz.ch)

# B

## Qualitätsstrategie

### B1 Qualitätsstrategie und -ziele

#### Freitextfeld

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

### B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

KIS-Optimierung; Bezug des renovierten Bereichs für Geburtshilfe und Gynäkologie

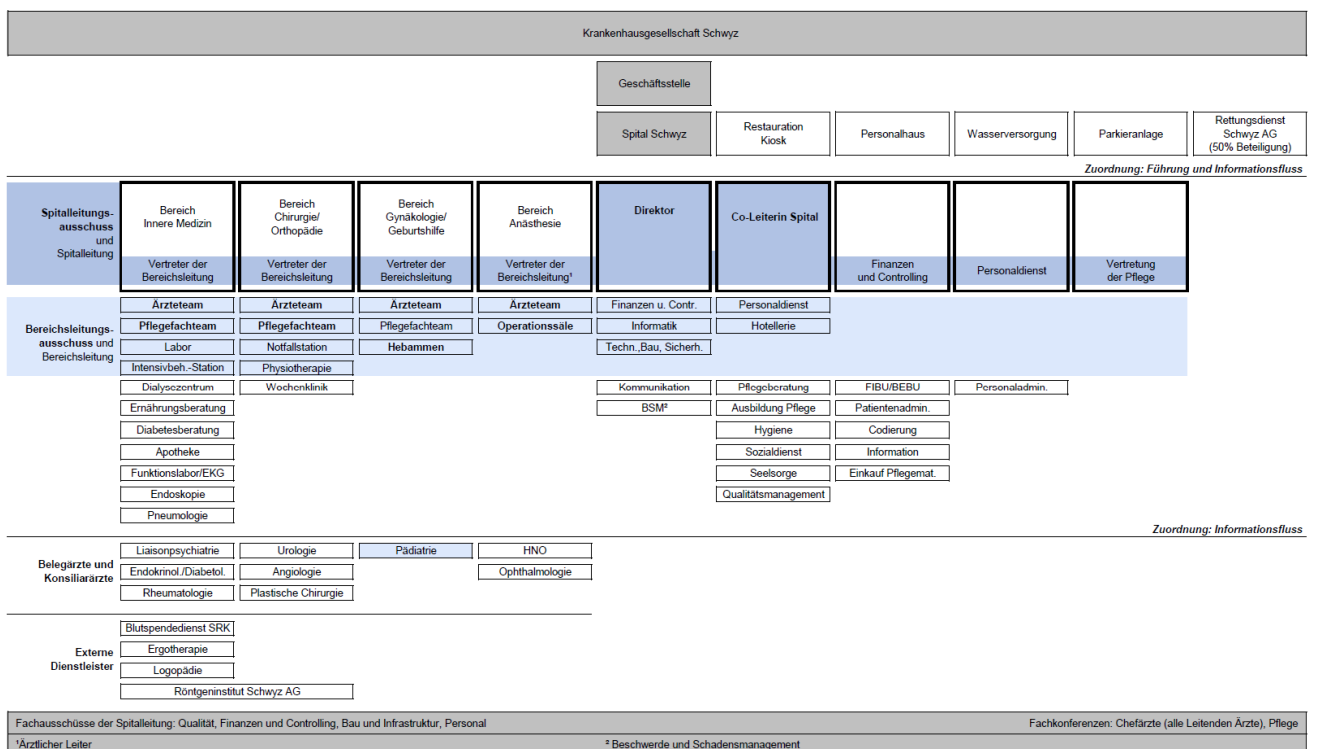
### B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Projekte zur Mangelernährung und zur mediterranen Ernährung.  
Um- und Ausbau-Etappe, insb. Bezug des renovierten Bereichs für Geburtshilfe und Gynäkologie

### B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

KIS-Optimierung; Um- und Ausbau-Etappe insb. Neubau 4. OPS; Neubau IBS und Optimierung Steri

### 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	60% Stellenprozent zur Verfügung.

## B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Kerstin Moeller	041 818 40 28	kerstin.moeller@spital-schwyz.ch	Co-Leiterin Spital, Qualitätsmanagement
Dr. med. Peter Eichhorn	041 818 40 60	peter.eichhorn@spital-schwyz.ch	Co-Chefarzt Innere Medizin
Dr. med. Roger Schlüchter	041 818 40 80	roger.schluechter@spital-schwyz.ch	Chefarzt Chirurgie
Silvia Ofner	041 818 42 38	silvia.ofner@spital-schwyz.ch	Leiterin Ausbildung Pflege
Sibylle Sommer	041 818 43 99	sibylle.sommer@spitalschwyz.ch	Pflegeberaterin HöFa II
Andrea Bürgi	041 818 40 35	andrea.buergi@spital-schwyz.ch	Hygienefachberaterin HöFa I

## 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](http://www.spitalinformation.ch) → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Spital Schwyz  
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe
<input type="checkbox"/> Wir sind eine <b>Spital- /Klinikgruppe</b> mit folgenden <b>Standorten</b> :
--

## C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		Zentrumsspital, USZ
Allgemeine Chirurgie		
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)		
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		Praxis in der Nähe des Spitals
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)		Belegärzte

Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i>		Zentrumsspital, USZ
Handchirurgie		Facharzt Handchirurgie mit eigener OP-Möglichkeit in eigener Praxis in Spitalnähe
Herz- und thorakale Gefässchirurgie <i>(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)</i>		Zentrumsspital, USZ und LUKS
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden <b>Spezialisierungen</b> (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
X Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)</i>		Belegarzt
X Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>		Konsiliararzt
x Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>		
<input type="checkbox"/> Geriatrie <i>(Altersheilkunde)</i>		keine

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
x Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)</i>		
x Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>		Durch eigenen Facharzt der Inneren Medizin
x Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>		Zentrumsspital, LUKS
x Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)</i>		
x Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>		
x Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>		
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>		Diverse ausserkantonale Anbieter
x Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>		Konsiliararzt
Intensivmedizin		
Kiefer- und Gesichtschirurgie		Zentrumsspital, LUKS und USZ
Kinderchirurgie		Zentrumsspital, LUKS
Langzeitpflege		keine
Neurochirurgie		
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>		Facharztpraxis in Spitalnähe

Ophthalmologie (Augenheilkunde)		Belegärzte
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)		
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)		Belegärzte
Pädiatrie (Kinderheilkunde)		Belegärzte
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie		Belegarzt
Psychiatrie und Psychotherapie		Konsiliararzt
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)		Radiologie Institut Schwyz AG (RIS)
Tropen- und Reisemedizin		Keine
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)		Belegärzte

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung		
Ergotherapie		Eigenständiger Anbieter im Haus
Ernährungsberatung		
Logopädie		Eigenständiger Anbieter im Haus
Neuropsychologie		keine
Physiotherapie		
Psychologie		
Psychotherapie		

## C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010(zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl <b>ambulant</b> behandelter Patienten,	15309	14922	inkl. Teilstationär
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	11	8	
Anzahl <b>stationär</b> behandelter Patienten,	6300	6392	Exkl. Übergangspflege
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	395	457	
Geleistete Pflegetage	41876	41292	exkl. Teilstationär + UeP
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	119.0	113.1	Ø betriebene Betten exkl. Teilstationäre + UeP
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.6	6.5	
Durchschnittliche Bettenbelegung	91.3	95.1	



### C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen(Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pfl egetage
stationär				

### C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

#### C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

**Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pfl egetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?**

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

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

Angebotene stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pfl egetage
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

## C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

### A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

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

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote		stationär	ambulant
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)	
	Intensivstation in akutsomatischem Spital	... km	
	Notfall in akutsomatischem Spital	... km	
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		

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

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

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

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

## C4-4 Personelle Ressourcen

### Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

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

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Neurologie	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Kardiologie Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Psychiatrie	<input type="checkbox"/> ja	

Diplomierte, rehaspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation		

## C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl <b>Bewohner</b> gesamt per 31.12.2011			
Geleistete Pflegetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Auslastung			



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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Innere Medizin, Chirurgie/Orthopädie
<input 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
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>12.9</b>	Mecon: Unzufriedenheitsindex ganze Befragung (0=max. Zufriedenheit; 100= max. Unzufriedenheit)
<b>Resultate pro Bereich</b>	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	12.5	Im Benchmark (BM)
Pflege	10.6	Besser als BM
Organisation	16.4	Besser als BM
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
x	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
X Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<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			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle ausgetretenen stat. Patienten in der Messperiode		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		628		
Rücklauf in Prozenten	39.7%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>hat kein</b> Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.</b>		
	Bezeichnung der Stelle	Beschwerden- und Schadensmanagement	
	Name der Ansprechperson	Ursula Trautmann	
	Funktion	Direktionssassistentin	
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	041 818 40 27, <a href="mailto:ursula.trautmann@spital-schwyz.ch">ursula.trautmann@spital-schwyz.ch</a> , Montag bis Donnerstag ganzer Tag	
	Bemerkungen		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
BSM-Dokumente	Ablage im KIS	Beschwerde/Schadenmanagement	2011/12

## 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?			
x	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Angehörigenzufriedenheit.	Begründung: keine. Angehörige können ihre Meinung/ Feedbacks mittels Fragebogen oder formlos einbringen.	
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	<b>Die letzte Messung erfolgte im Jahr:</b>	<b>Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:</b>
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input 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 der letzten Befragung		
	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<b>Gesamter Betrieb</b>		
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<b>Kommentar:</b>		
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument Name des Instrumentes: _____ Name des Messinstitutes: _____
x	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes	Feedback-Fragebogen „Ihre Meinung interessiert uns“ mit freiwilligen Angabe von Name und Adresse; basierend auf den PAZ-Fragebogen von Mecon

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien	Alle stat. und teilstat. Patienten und deren Angehörige		
	Ausschlusskriterien	keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten	rund 10%	Erinnerungsschreiben?	X Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
<b>Titel</b>	<b>Ziel</b>	<b>Bereich</b>	<b>Laufzeit</b> (von ... bis)

### 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 <b>misst nicht</b> die Mitarbeiterzufriedenheit.			Begründung:
x	Ja, unser Betrieb <b>misst</b> die Mitarbeiterzufriedenheit.			
x	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings <b>keine Messung</b> 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.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
x	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 der letzten Befragung		
	<b>Zufriedenheits- Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>63.0</b>	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von <b>0 (= minimale Zufriedenheit)</b> bis <b>100 (= maximale Zufriedenheit)</b> . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
Ärzte	57.3	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	62.5	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
med.-technisches Personal	56.7	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Hauswirtschaftspersonal	68.1	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	68.4	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
x	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
x	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mecon	Name des Messinstitutes
			Mecon measure & consult GmbH
<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		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		316		
Rücklauf in Prozenten		61.0%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein    x Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Keine Detailangaben			

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input 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 der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>		
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes
	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument
	Beschreibung des Instrumentes

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja



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

## 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](http://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](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		Begründung:
x	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Auswertung gemacht.</b>	<b>Die letzte Messung erfolgte im Jahr:</b>	<b>Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:</b>
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
x	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			
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 <sup>1</sup>		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

<sup>1</sup>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](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
x	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Auswertung gemacht.</b>	Die <b>letzte Messung</b> erfolgte im Jahr:	Die <b>nächste Messung</b> ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine <b>Auswertungen gemacht</b>		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
x	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			
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 <sup>2</sup>		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

<sup>2</sup>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](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
x	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> (Juni 2010-September 2011) wurden allerdings <b>keine Messungen</b> durchgeführt.	<b>Die letzte Messung erfolgte im Jahr:</b>	<b>Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:</b>
x	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> (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 <sup>3</sup> CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ( )	% ( )
x Hernieoperation	173		% ( )	% ( )
x Dickdarm (Colon)	88		% ( )	% ( )
x Kaiserschnitt (Sectio)	137		% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ( )	% ( )
x Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	33* * 1.6-30.9.2010		% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ( )	% ( )

<sup>3</sup>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.

**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen****Zu geringe Fallzahlen für aussagekräftige Werte**

x Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Der ANQ hat beschlossen die Ergebnisse der postoperativen Wundinfektionsmessung 2011 in pseudonymisierten Form zu veröffentlichen, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Ausserdem konnte SwissNOSO die Validierung der Daten 2010/2011 bis dato noch nicht vornehmen. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.

Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der postoperativen Wundinfektionsraten 2010/2011 zu verzichten.

**Verbesserungsaktivitäten**

<b>Titel</b>	<b>Ziel</b>	<b>Bereich</b>	<b>Laufzeit (von ... bis)</b>

## 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 Patienten<sup>4</sup>, 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](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://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 führte 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:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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

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

Verbesserungsaktivitäten

<sup>4</sup> Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzhebung 2011 ausgeschlossen.

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

## 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](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus)

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

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

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

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

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

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle 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 ( $\geq 18$  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](http://www.anq.ch)

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>mass nicht</b> die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
x	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>mass</b> die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
x	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 der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.25	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.01	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.20	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.26	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.63	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
Bemerkungen		



### Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut

hcri AG

MECON measure & consult GmbH

Dezentrales Messinstitut

hcri AG

ESOPE

MECON measure & consult GmbH

NPO PLUS

Stevemarco sagl

### Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten			
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten			Rücklauf in Prozent
Bemerkung			

### Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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

### D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

#### D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

<b>Messthema</b>	<b>Infektionen (andere als mit SwissNOSO)</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	<b>keine</b>

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input 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
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch <b>nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:
<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
	Ausschlusskriterien
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent
Bemerkung	

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

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

<b>Messthema</b>	<b>Stürze (andere als mit der Methode LPZ)</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	Risikoeinschätzungen, Massnahmen zur Verhinderung sowie effektive Stürze inkl. Folgen, Art und Ort etc.

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:

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
150	3	(85)	Unvollständige Erfassung
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
<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		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

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

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

<b>Messthema</b>	<b>Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)</b>		
<b>Was wird gemessen?</b>			
<b>An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?</b>			
<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:
<b>Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung</b>	<b>Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (Benchmark).		
<b>Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011</b>			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde <b>betriebsintern</b> entwickelt.	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer <b>betriebsexternen</b> Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	
<b>Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv</b>			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung			
<b>Verbesserungsaktivitäten</b>			
<b>Titel</b>	<b>Ziel</b>	<b>Bereich</b>	<b>Laufzeit (von ... bis)</b>

### D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

<b>Messthema</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

<b>An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?</b>	
<input 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:

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

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

<b>Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv</b>	
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien
	Ausschlusskriterien
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent
Bemerkung	

<b>Verbesserungsaktivitäten</b>			
<b>Titel</b>	<b>Ziel</b>	<b>Bereich</b>	<b>Laufzeit</b> (von ... bis)

D3-5 Dauerkatheter

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

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

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

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

### D3-6 Weiteres Messthema

<b>Messthema</b>	
<b>Was wird gemessen?</b>	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input 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
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<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
	Ausschlusskriterien
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent
Bemerkung	

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

## D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	B	
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	A	B
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	A	B
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	A	B
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.sgar-ssar.ch">www.sgar-ssar.ch</a>	B	
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	?	
SCQM (SwissClinicalQuality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>	B	
SIRIS <sup>5</sup> (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	C	
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>		
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register <a href="http://www.swiss-spine.ch">www.swiss-spine.ch</a>		
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>		
Überregionale Krebs-register	B:Name der Fachgesellschaft		
<b>Bemerkung</b>			

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



# E

## Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter [www.spitalinformation.ch](http://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
RL der SGI; Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin	Intensivpflegestation	2009	2009	Ausbildungsstätte für Pflegefachleute und für Ärzte; IBS-Anerkennung

### E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt(Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Umbau-/Ausbau in mehreren Phasen	Infrastruktur an aktuelle Bedürfnisse (Patienten und MA) anpassen	Ganzes Spital	2008-2012
IMS – Integriertes Managementsystem	Einführung einer Software zum Management von Prozessen, Vorgabedokumenten und KVP	Ganzes Spital	2009-2012
KIS-Optimierung, -Konsolidierung	Vereinfachungen; verbesserter Bedienungskomfort; höhere Anwenderkompetenz	Ganzes Spital	2009-2012
Einführung Bezugspersonenpflege (BZP)	Pat.zufriedenheit durch klar definierte Zuständigkeiten der BZP und optim. Patientenprozess	Alle Pflegestationen	2008-2013
Medikationsprozess - Optimierung	Prozessoptimierung und Erhöhung der Patientensicherheit	Ganzes Spital	2010-2012
Logistik	Prozessoptimierung	Ganzes Spital	Kontinuierlich bis ca. 2013

### E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

<b>Projekttitlel</b>		
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung		
Projekttablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	.....	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	.....	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	.....	
Involvierte Berufsgruppen		
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		



## Schlusswort und Ausblick

Freitextfeld



## Anhänge