



Regionalspital Emmental AG
Oberburgstrasse 54
3400 Burgdorf



Akutsomatik



Psychiatrie

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 Spitälern 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
	Die Regionalspital Emmental AG (RSE AG)	1
	Verzeichnis der Anhänge	1
	Verweis auf Geschäftsbericht	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	3
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	4
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
	C1 Angebotsübersicht	5
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	7
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011	7
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	8
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	8
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	9
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	10
	C4-4 Personelle Ressourcen	10
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011	11
D	Qualitätsmessungen	12
	D1 Zufriedenheitsmessungen	12
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	12
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	14
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	15
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	16
	D2 ANQ-Indikatoren	17
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	18
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	19
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	20
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	22
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	24
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	26
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	26
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	27
	Vertiefte Erkenntnis und Nutzen von Potenzial zur Verbesserung	27
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	28
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	29
	D3-5 Dauerkatheter	30
	D3-6 Weiteres Messthema	31
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	32
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	33
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	33
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	33
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	34
F	Schlusswort und Ausblick	36
G	Anhänge	37
	I. Mitglieder der Q-Kommission 2011	37
	II. Q-Leitsätze	38

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.

Die Regionalspital Emmental AG (RSE AG)

Die Regionalspital Emmental AG ist ein Akutspital mit den Standorten Burgdorf und Langnau und gewährleistet die Spitalversorgung für eine Bevölkerung von rund 120'000 Einwohnern. An beiden Standorten besteht über 24 Stunden ein Angebot in der medizinischen Grundversorgung, der Notfallversorgung sowie im Rettungsdienst. In Burgdorf werden zusätzlich spezialärztliche Disziplinen angeboten, am Standort Langnau wird ausserdem eine Abteilung für Komplementärmedizin betrieben.

Nebst der Pflege von partnerschaftlichen Beziehungen zu den niedergelassenen ÄrztInnen ist die RSE AG bestrebt, sich mit weiteren Institutionen des Gesundheitswesens (z.B. Spitex, Alters- und Pflegeheime) eng zu vernetzen.

Die RSE AG betreibt über insgesamt 155 Betten für den Akutbetrieb. 2011 wurden 8'569 stationäre und 38'133 ambulante Patienten behandelt. Zusätzlich kommen jährlich über 500 Babys im RSE auf die Welt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro stationären Patienten beträgt für das Jahr 2011 6,2 Tage. Die Bettenbelegung liegt bei 90,5%.

Die RSE AG beschäftigt rund 1100 Mitarbeitende in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung und verfügt über mehr als 50 Ausbildungsstellen.

Medizinische Kern- und Spezialdisziplinen

Anästhesiologie	Infektiologie	Onkologie
Angiologie	Intensivstation	Ophthalmologie
Chirurgie	Intermediate Care	Orthopädie
Diabetologie/Endokrinologie	Kardiologie	Pneumologie
Gastroenterologie	Komplementärmedizin	Psychiatrie
Geburtshilfe	Medizin allgemein	Radiologie
Gynäkologie	Nephrologie	Rettungsdienst
HNO	Notfallstation	Urologie

Verzeichnis der Anhänge

- Anhang I: Mitglieder der Q-Kommission 2011
- Anhang II: Q-Leitsätze
- Anhang III: Projekt: Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Verweis auf Geschäftsbericht

Der Geschäftsbericht 2011 kann via Homepage www.rs-e.ch eingesehen werden.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Im Februar 2004 wurde folgende übergeordnete Botschaft zur Qualität in der RSE AG von der Geschäftsleitung verabschiedet und im April 2007 bestätigt:

Qualitätsbotschaft:

Im Zentrum unseres Handelns steht der Mensch, sei es als Patient/in, als Angehörige/r oder als Mitarbeiter/in (Leitbild RSE). Mit einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung verfolgen wir das Ziel, diesem Anspruch weiterhin gerecht zu werden! Wir verstehen das Streben nach Qualität als Verpflichtung für jede(n) Einzelne(n), von der Geschäftsleitung bis zu den Auszubildenden.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

Pflegezertifizierung der Pflegeabteilungen durch die Concret AG

Das seit 2004 in der RSE AG eingeführte und etablierte Monitoring im Bereich der Pflegequalität hat sich bewährt. Der systemische Ansatz der Pflegequalitätserhebung mittels quantitativen und qualitativen Indikatoren¹ sowie der patientenorientierte Ansatz der Messmethode der Concret AG entsprechen dabei den komplexen Herausforderungen im Berufsfeld Pflege.

Die Zielsetzungen wurden für beide Standorte (Burgdorf und Langnau) wie folgt definiert:

- Gewährleistung einer patientenorientierten und angemessenen bis sicheren Pflege als angestrebtes Qualitätsniveau.
- Prüfung der Legitimation und Wirksamkeit der erbrachten Pflegeleistungen.
- Beurteilung, Sicherung und Förderung eines Entwicklungsprozesses für die Pflegequalität.
- Implementierung und Verankerung der Systematik der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung auf Abteilungsebene.

Die Pflegezertifizierung zeigt sich als sinnvolle Strategie, den Umgang mit sich ständig verändernden Rahmenbedingungen, unter Einbezug der Betroffenen, gezielt zu gestalten = Pflegequalität sichern und fördern.

Klinikinformationssystem (KIS)

Das Standort- und Disziplinübergreifende Klinikinformationssystem konnte, nach sorgfältigen Vorbereitungsarbeiten im Herbst 2011 gestaffelt eingeführt werden. Die elektronische Dokumentation soll durch den einfacheren Abruf die Arbeitsabläufe effizienter machen und die Patientensicherheit erhöhen.

Behördlich geforderte Messungen 2011/ANQ²

Die RSE AG hat, wie sämtliche Spitälern inklusive Privatspitäler in der Schweiz, den nationalen Qualitätsvertrag unterzeichnet und verpflichtet sich damit, die von ANQ vorgeschlagenen Messungen durchzuführen mit dem Ziel, eines gesamtschweizerischen Benchmarking. Die Mitglieder des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, santésuisse und die Eidgenössischen Sozialversicherer. Die Partner im Gesundheitswesen schlagen jährlich, im Rahmen des ANQ paritätisch festgelegte Qualitätsmessungen für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie vor.

¹ Indikatoren:

Grundlagen der Organisation, finanzielle und personelle Ressourcen, Personalentwicklung, Infrastruktur & Ausstattung, Richtlinien und Handlungsanleitungen, Prozessorganisation in der Pflege, Kontinuität in der Behandlungs-/ Versorgungskette, Professionelle Kooperationen, Ausführung der Pflege, Fachexpertise, Outcome.

² Association Nationale de la Qualité/Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Qualitätsbericht 2011
Regionalspital Emmental AG

Wiederaufbau der Stelle für Qualitätsmanagement

Nach einer längeren Vakanz der Leitung Qualitätsmanagement konnte die Stelle ab August 2011 mit 50% neu besetzt werden mit dem Ziel, eines systematischen Wiederaufbaus der Stelle und der damit verbundenen Klärung von gezielten Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten.

Durch die Neubesetzung der Stelle für Qualitätsmanagement und der damit gewonnenen Ressourcen konnten Pendenzen in dem Bereich aufgearbeitet und zwei Projekte initiiert und von der Geschäftsleitung genehmigt werden. Es handelt sich bei den Projekten um die Re-Zertifizierung verschiedener Standards nach sanaCERT Suisse sowie um die Wiederaufnahme des Projektes CIRS (Critical Incident Reporting System).

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Re-Zertifizierung aller Pflegeabteilungen durch die Concret AG

Das Ziel, dass alle Pflegeabteilungen die Re-Zertifizierung durch die Concret AG erfolgreich bestehen ist erreicht worden. Mit dieser Strategie können weiterhin die folgenden Ziele verfolgt und erreicht werden:

- das Halten bzw. steigern der Pat.-Zufriedenheit
- die Pflegequalität gemäss dem definierten Niveau und dem Pflegeverständnis zu gewähren (inkl. Sicherheit)
- den Stellenwert der Pflege hoch halten
- die Attraktivität der Arbeitsplätze und Aufrechterhaltung der Konkurrenzfähigkeit erhalten
- das Aufrechterhalten von zielorientierten, systematischen und kontinuierlichen Entwicklungsprozessen/-Potenzial auf Abteilungsebene
- die Möglichkeit der Personalentwicklung und Förderung von Mitarbeitenden anbieten
- die Qualitätsarbeit im Sinne eines Teil des Alltags fördern

Behördlich geforderte Messungen 2011

Die im Rahmen des ANQ paritätisch festgelegte Qualitätsmessungen für den Bereich Akutsomatik wurden termingerecht durchgeführt:

- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen (BFS-Statistik)
- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen (BFS-Statistik)
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz inkl. freiheitsbeschränkenden Massnahmen und Dekubitus
- Messung der Patientenzufriedenheit

Auszeichnungen/Audits

Die Abteilung für Geburtshilfe konnte Ende November 2011 erneut mit dem Qualitätslabel „Baby-Friendly Hospital“ im Rahmen der UNICEF-Initiative ausgezeichnet werden. Dabei werden weltweit Spitäler aufgefordert, „10 Schritte zum erfolgreichen Stellen“ umzusetzen.

Die Branchenlösung „Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz“ wurde in der RSE AG im November 2011 von der Fachstelle H+Branchenlösung erfolgreich auditiert.

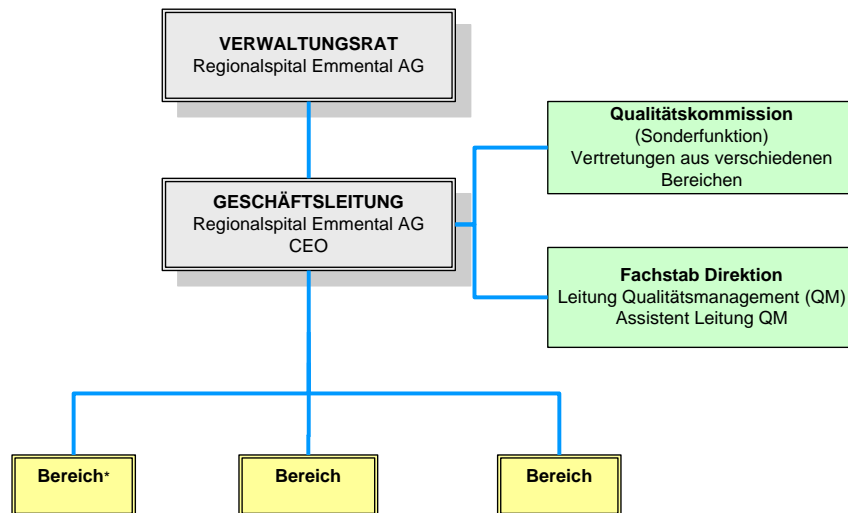
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Für das Jahr 2012 hat sich die RSE AG folgende übergeordnete Qualitätsziele gesetzt:

- Durchführung, Abschluss und Evaluation CIRS-Projekt
- Re-Zertifizierung sanaCERT Suisse im Herbst 2012
- Überarbeitung des Beschwerdekonzepthes
- Durchführung der gesetzlich geforderten Messungen (ANQ)
- Einführung und Anpassung verschiedener Kommunikationsplattformen (Q-News RSE AG/Intranet)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Organigramm: Qualitätsmanagement Regionalspital Emmental AG



***Bereiche:** Medizinische Klinik, Chirurgische Kliniken, Frauenklinik, Perioperative Medizin, Radiologisches Institut, Pflegedienst, Psychiatrischer Dienst, Betriebswirtschaft

angelehnt an Organigramm Kaderstufe 1 und 2, Version 1.5, 27.02.2012

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" 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	90% Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Adrian Schmitter	034 421 21 02	adrian.schmitter@rs-e.ch	CEO Vorsitzender Qualitätskommission
Ruth Schneider	034 421 21 96	ruth.schneider@rs-e.ch	Leiterin Qualitätsmanagement
Sandra Zürcher	034 421 21 12	sandra.zuercher@rs-e.ch	Assistentin Qualitätsmanagement

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

Spitalgruppe	
x	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten :
	Burgdorf und Langnau

C1 Angebotsübersicht

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

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

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Burgdorf/Langnau	
Ergotherapie	Burgdorf/Langnau	An beiden Standorten outgesourct
Ernährungsberatung	Burgdorf/Langnau	
Logopädie	Burgdorf	
Neuropsychologie		
Physiotherapie	Burgdorf/Langnau	Standort Langnau outgesourct
Psychologie		
Psychotherapie	Burgdorf/Langnau	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	38'133	36'465	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			
Anzahl stationär behandelter Patienten,	8'569	8'431	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	472	526	
Geleistete Pflgetage	53'323	51'480	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	155	154	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.2	6.1	
Durchschnittliche Bettenbelegung	90.50%	87.30%	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant	1'657	---	---	---
Tagesklinik	87	22		56
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflgetage
stationär	18	293	21.6	6'335

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pflgetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** 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 Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.

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

Angebote ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskeletale 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.

Angebote 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				
Bemerkungen: Die RSE AG bietet eine ambulante Rehabilitation in folgenden Fachbereichen an: Pneumologie, Kardiologie und Diabetologie				

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- i Spezifische Facharztstitel 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 Pflgetätigkeit 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 Kardiale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Psychiatrie	<input type="checkbox"/> ja	

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation		

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2011			
Geleistete Pflgetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Auslastung			

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:
x	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
x	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:	
x	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			
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
x	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 bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> 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)			
X POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
x eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input 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"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
	Bezeichnung der Stelle Leitung Qualitätsmanagement
	Name der Ansprechperson Frau Ruth Schneider
	Funktion Leiterin Qualitätsmanagement
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten) 034 421 21 96
	Bemerkungen Im Aufbau

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

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.		

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		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<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 bei der letzten Befragung	
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes <input type="text"/> Name des Messinstitutes <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes <input type="text"/>	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	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)

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:
x	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
x	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
				2013
<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:
x	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		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
x	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 bei der letzten Befragung			
x	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	s. Messinstitut	Name des Messinstitutes
			Innopol AG, Managementberatung
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	Standardisierte schriftliche Befragung	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten		44%	Erinnerungsschreiben?	x Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

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 type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		Begründung:
x	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	x	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2003 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:
x	In allen Kliniken / Fach-bereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
x	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 bei der letzten Befragung	
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes <input type="text"/> Name des Messinstitutes <input type="text"/>
x	eigenes, internes Instrument
	Beschreibung des Instrumentes <input type="text"/>

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

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:
x	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:
x	Ja. Im Berichtsjahr 2011 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:	
x	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 ³		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

³ 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“)		
x	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:
x	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen 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:
x	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 ⁴
--------------------	------------------------------------------

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

⁴ 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“)		
x	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:
x	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt (allerdings erst seit 01.01.2011 mit Swiss NOSO-vorher im Walliser System).		

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... →	x	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Chirurgie, Orthopädie

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 ⁵ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
x Gallenblase-Entfernung Langnau	28	1	3,6 % (0,1-18,3)	% ()
x Gallenblase-Entfernung Burgdorf	74	4	5,4 % (1,5-13,3)	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
x Dickdarm (Colon) Langnau	6	0	0% (0-45,9)	% ()
x Dickdarm (Colon) Burgdorf	57	7	12,3% (5,1-23,7)	% ()
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
x Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen*			% ()	% ()
x Erstimplantation von			% ()	% ()

⁵ 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.

Kniegelenksprothesen**				
------------------------	--	--	--	--

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Bemerkung zu * und **:

noch keine Resultate, da erst 01.01.2011 mit der Messung begonnen und 1 Jahr Follow up

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

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Beobachtungen OP-Säle Langnau und Burgdorf	Identifikation von möglichen Fehlern im Prozess bei Hüft-TP; Reduktion der relativ hohen Infektraten früherer Jahre.	OP- Orthopädie	Januar 2011

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 Patienten⁶, 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:
<input checked="" 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	
20	In Prozent: 21.95%	13 (65%) Stürze erfolgten vor Spitaleintritt	
<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	Akutsomatik stationär	
	Ausschlusskriterien	Psychiatrie, Kinder, Wöchnerinnen	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		95	Anteil in Prozent 70.35%
Bemerkung			

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

⁶ 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:
x	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?		
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt / Rückverlegung		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
2	In Prozent 2.10%	2	In Prozent: 2.10%		
<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	Akutsomatik stationär	
	Ausschlusskriterien	Psychiatrie, Kinder, Wöchnerinnen	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	95	Anteil in Prozent	70.35
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 (≥ 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:	
x	Ja , unser Betrieb mass 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:
x	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?		9.21	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?		8.98	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		9.01	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		9.23	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?		9.50	0 = nie 10 = immer
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Bemerkungen			

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut x hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut <input type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> ESOPE x 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 Patienten jünger als 18 Jahre	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	729		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	367	Rücklauf in Prozent	50.3%
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)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	Postoperative Wundinfektionen nach Hüft- und Knie-TP (im Walliser Netzwerk)

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 checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Orthopädie

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Für 2010 ausstehend	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. (von Prof. Troillet noch nicht geliefert)
<input checked="" 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:	Prof. N. Troillet, ICHV, Sion

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle elektiven Erstimplantationen von Prothesen	
	Ausschlusskriterien	Notfälle, Traumata, Wechseleingriffe	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	100%
Bemerkung			

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

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

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Anzahl Stürze; erfasst durch die Pflege in allen stationären Bereichen

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:
x	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
266	60	206	Die Sturzrate von 4.62 (pro tausend Pflegetage) entspricht einer Erhöhung der Stürze im Vergleich zum Vorjahr (4.32). Hingegen sind weniger Sturzfolgen verzeichnet.

<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.
x	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Alle stationär hospitalisierten PatientInnen > 75 Jahre nach erfolgtem Sturz Spezifische, definierte Situationen wie Pat.-Verlegung, Veränderung des Allgemeinzustandes etc. 	
	Ausschlusskriterien	Pat. <65 Jahre ohne Sturz	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	266	Anteil in Prozent	
Bemerkung	Die Erfassung erfolgt über die Sturzprotokolle. Durch das hohe Qualitätsbewusstseins wird von einer hohen Erfassungsquote ausgegangen.		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Analyse der Pflegedokumentation bei Sturzereignissen	Vertiefte Erkenntnis und Nutzen von Potenzial zur Verbesserung	Pflege	Januar bis März 2011
Interne Audits	Prüfen der Umsetzungsqualität Konzept Sturzprävention	Pflege	2011
Risikoeinschätzung Delirium	Erfassen des Risikos und frühzeitige Intervention auf interdisziplinärer Ebene	Pflege	2011
Optimierung der Strukturen	Lücken in den Hilfsmitteln schliessen	Pflege	November 2010 bis Februar 2011

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

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	-

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:	

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<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 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 Auswertungsinanz:	

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)

D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	im Rahmen Methode LPZ

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:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
38 Freiheitsbeschränkende Massnahmen erfasst am Stichtag. Dies entspricht einem Vorkommen von 39.9% der erfassten PatientInnen.	Noch keine Vergleichswerte vorhanden
<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.	
x 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:	
x Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	LPZ, Maastricht

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Akutsomatik stationär	
	Ausschlusskriterien	Psychiatrie, Kinder, Wöchnerinnen	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	95	Anteil in Prozent	70.35%
Bemerkung			

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

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 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 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 type="checkbox"/> Das Instrument wurde <i>betriebsintern</i> entwickelt	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer <i>betriebsexternen</i> 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

Messthema			
Was wird gemessen?			
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 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 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 www.amis-plus.ch	-	-
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.agc.ch	-	-
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A= seit 1983	B
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	A= seit 1999	B
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	-	-
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	A= seit 2006	B
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	-	-
SIRIS ⁷ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	A= seit 2012	B
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	-	-
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	-	-
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	-	-
Überregionale Krebs-register	B:Name der Fachgesellschaft	-	-
Bemerkung			

⁷ 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 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
Ganzer Betrieb	Qualitätsstandards sanaCERT suisse	2005	2009	Re-Zertifizierung 2012
Pflege	Indikatoren und Normen Concret AG	2007	2011	
Standort Burgdorf	SGI Intensivstation	1998	2011	Re-Zertifizierung 2012
Gyni/Gebh	UNICEF "Baby friendly hospital"	2005	2011	
Labor	QUALAB	2001	2009	
OP	CAS		2009	
Ganzer Betrieb	RSE - Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) - Heimanmeldung	Ohne Zertifizierung		

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	Laufzeit (von ... bis)
Pflegezertifizierung	Zertifizierung aller Pflegeabteilungen (inklusive Intensivstation) mit dem Label der Concret AG.	Alle Pflegeabteilungen	2004 - laufend
KIS (Krankenhaus-Informationssystem)	Einführung eines KIS	Ganzer Betrieb	2005 - 2012
Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) Schwerpunktthema: Anwesenheitsmanagement Teilprojekte: <ul style="list-style-type: none"> • Rückkehrgespräche • Gesunde Mitarbeitend 	Übergeordnetes Ziel: Die Fachstelle BGM ist in der RSE AG bis Ende 2013 in der Organisationsstruktur implementiert. Jahresziele 2011: <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Fachstelle BGM ist bis Ende 2011 aufgebaut und den Mitarbeitenden der RSE AG bekannt. 2. Die Datenerhebung für die Ausgangslage ist erhoben. 3. Ein Projektplan (zwei Teilprojekte) für 2012-2013 ist formuliert und genehmigt. 	Pilot: Technik, Ökonomie, Informatik und alle der Pflegedienstleitung unterstellten Abteilungen	2011 – 2013 2011 abgeschlossen

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitle	Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	<p>Jahresziele 2011:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Fachstelle BGM ist bis Ende 2011 aufgebaut und den Mitarbeitenden der RSE AG bekannt. 2. Die Datenerhebung für die Ausgangslage ist erhoben. 3. Ein Projektplan (zwei Teilprojekte) für 2012-2013 ist formuliert und genehmigt. 	
Beschreibung	<p>Betriebliches Gesundheitsmanagement als moderne Unternehmensstrategie soll in der RSE AG darauf ab zielen, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.</p> <p>Beschäftigungs- und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden sowie die Wettbewerbsfähigkeit des Betriebs sollen gesteigert und Krankheitskosten gesenkt werden.</p> <p>Grundlagen sind die obligatorische Prävention und der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.</p>	
Projekttablauf / Methodik	<p>Leitlinien die bei der Bearbeitung von Lösungsmöglichkeiten mitberücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partizipation Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden • Integration Berücksichtigung in allen Unternehmensbereichen und Entscheidungen • Projektmanagement Systematische Durchführung • Ganzheitlichkeit Einbezug verhaltens- und verhältnispräventiver Massnahmen <p>Auftraggeber Verwaltungsrat RSE AG (BGM) Geschäftsleitung RSE AG (Projekt)</p> <p>Projektleitung (operative Leitung des Projektes) Fachverantwortliche BGM</p> <p>Steuerungsgruppe (Steuergruppe BGM) Vorgesetzte aus den Bereichen Pflege, Logistik und HR.</p> <p>Teilprojekte (interdisziplinäre Projektteams) Arbeitsgruppen à ca. 5 Personen pro Teilprojekt mit Führungspersonen aus den involvierten Bereichen</p>	
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? <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Technik, Ökonomie, Informatik, Pflege inkl. Geburtshilfe, Onkologie, Notfall/Rettungsdienst, ZSVA, Physiotherapie	

Involvierte Berufsgruppen	Personal aus oben beschriebenen Abteilungen
Projektelevaluation / Konsequenzen	<i>Prozessevaluation</i> (Optimierung des Projekts, SOLL-IST Vergleich) Überprüfung von Feinzielen und Meilensteinen. Es wird beurteilt, wie die geplanten Massnahmen verlaufen und durchgeführt werden. Die Prozessevaluation diente der Steuerung des Projekts im Sinne der Qualitätssicherung und als Grundlage für die Bewertung der Zielerreichung am Projektende. Sie erfolgte intern durch Projektleitung/Steuergruppe BGM. Feinziele und Meilensteine konnten 2011 alle erreicht werden.
Weiterführende Unterlagen	Konzept BGM, Konzepte der Teilprojekte Rückkehrgespräch und Gesunde Mitarbeitende

Die Regionalspital Emmental AG (RSE AG) setzte sich auch im Jahr 2011 für eine Kultur der Qualitätsentwicklung im Sinne einer lernenden Organisation ein. Trotz der zunehmend erschwerten Situation im Gesundheitswesen, dem grossen gesundheitspolitischen und finanziellen Druck gelang es der RSE AG im Jahre 2011 Gewinne zu erzielen, die Zufriedenheit und das Vertrauen in die medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten der Patientinnen und Patienten zu stabilisieren bzw. zu erhöhen.

Ein Schwerpunkt im Jahr 2010 war die Durchführung verschiedener gesetzlich geforderten Qualitätsmessungen, welche für das Personal einen grossen zeitlichen Mehraufwand bedeutete. Das Verständnis für gesamtschweizerische Messungen mit dem Ziel eines künftigen Benchmark war eine der Motivationen für das Personal diesen Mehraufwand zu leisten verbunden mit der Hoffnung, dass die Ergebnisse auch dem eignen Spital und deren Qualitätsentwicklung nützlich sind.

Die regelmässigen Pflegequalitätserhebungen konnten auch im Jahr 2011 termingerecht und erfolgreich durchgeführt werden. Diese externe Überprüfung der Pflegequalität, welche organisatorisch und zeitlich eine grosse Herausforderung für das Pflegepersonal bedeuten, zeigen uns sowohl Stärken wie auch Entwicklungspotential und tragen zu einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Bereich bei.

Weitere erfolgreiche Auszeichnungen sind in der Geburtshilfe mit der Erneuerung des Qualitätslabels „Baby-Friendly-Hospital zu verzeichnen und die Branchenlösung „Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz“ welche Ende 2011 erfolgreich auditiert wurde, siehe B3 *„Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011“*, Seite 3.

Im Mai 2011, anlässlich der Verleihung des Swiss Quality Awards konnte Dr. med. Martin Egger, stellvertretender Chefarzt der Medizinischen Klinik, und sein Projektteam für das Qualitätsentwicklungsprojekt den Preis in der Kategorie Patientensicherheit entgegennehmen.

Diese Auszeichnung beruht auf den hervorragenden Projektergebnissen im Jahre 2010, welche aufzeigen, dass die Urinkatheter-Tage und unnötigen Antibiotika-Behandlungstage bei Harnwegsinfektionen durch verschiedene interdisziplinäre Massnahmen, um 38% respektive um 55% reduziert werden konnten (siehe dazu ausführlicher Q-Bericht 2010).

Die Schwerpunkte im kommenden Jahr sind neben der Analyse der erhobenen Daten und der Planung allfälliger Verbesserungsmassnahmen die Bearbeitung der beiden Qualitätsprojekte CIRS (Critical Incident Reporting System) und die Re-Zertifizierung sanaCERT suisse mit dem Ziel eines erfolgreichen Abschlusses beider Projekte.

Die systematische Erfassung von kritischen Zwischenfällen (CIRS) und deren Bearbeitung ist ein wichtiger Beitrag zur Entwicklung unserer Sicherheitskultur. Weiter werden im Rahmen der Re-Zertifizierung sanaCERT suisse vorhandene Standards überprüft und neue Standards aufgebaut. Damit leisten wir in verschiedenen Fachgebieten einen wichtigen Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung.

I. Mitglieder der Q-Kommission 2011

Vorsitz:

Adrian Schmitter, CEO und Vorsitzender der Geschäftsleitung

Mitglieder:

Claudia Biedermann, Leiterin Pflege RSE AG

Dr. med. Bernard Chappuis, Leitender Arzt Medizin Burgdorf

Heidi Friedli-Wüthrich, Leiterin Pflegeentwicklung

Karola Kunz, Leiterin Physiotherapie

Dr. med. Daniel Stoffel, Chefarzt Chirurgie Langnau

Dr. med. Simone Zobrist, Leitende Ärztin Psychiatrie

Ruth Schneider, Leiterin Qualitätsmanagement RSE AG

Sekretariat:

Sandra Züricher, Assistentin QM

II. Q-Leitsätze

Qualitätsbotschaft:

Im Zentrum unseres Handelns steht der Mensch, sei es als Patient/in, als Angehörige/r oder als Mitarbeiter/in (Leitbild RSE). Mit einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung verfolgen wir das Ziel, diesem Anspruch weiterhin gerecht zu werden! Wir verstehen das Streben nach Qualität als Verpflichtung für jede(n) Einzelne(n), von der Geschäftsleitung bis zu den Auszubildenden.

Qualitätsziele

Patientenorientierung: Wir wollen zufriedene PatientInnen, welche gemäss den heutigen Möglichkeiten der Diagnostik, Therapie und Pflege angemessen und ihren Bedürfnissen entsprechend behandelt und betreut werden. Wir halten uns dabei an die Grundsätze der Humanität, Ethik und Wirtschaftlichkeit.

Dies bedingt unter anderem eine rechtzeitige und bedarfsgerechte Aufklärung und Information vor und während dem Spitalaufenthalt, das Aufzeigen von alternativen Behandlungsmöglichkeiten, den frühzeitigen Einbezug und die Mitbestimmung bei Entscheidungen, das Vorhandensein von klaren Ansprechpartnern, eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Unterbringung und Verpflegung, eine angemessene, individuelle und dem neusten Erkenntnisstand entsprechende medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung und Betreuung, eine umfassende und vollständige Information bei Austritt sowie eine schnelle, übersichtliche und fehlerfreie Administration.

Mitarbeiterorientierung: Wir wollen zufriedene und motivierte Führungskräfte und Mitarbeitende, welche über eine hohe fachliche, soziale und emotionale Kompetenz verfügen. Alle unsere Mitarbeitenden bilden die Basis für die hohe Qualität unserer Leistungserbringung.

Dies bedingt unter anderem die gegenseitige Achtung, ein gutes Betriebsklima, eine bedarfsgerechte räumliche und technische Ausstattung, gebührende Anerkennung für die erbrachten Leistungen, eine offene Kommunikation, Möglichkeiten zur Mitsprache und aktiven Mitgestaltung, Zielvereinbarungen, konkurrenzfähige Anstellungsbedingungen, eine angemessene Arbeitsbelastung, hohe Selbstverantwortung, klare und aktuelle Stellenbeschreibungen, Möglichkeiten zum Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie eine gezielte, bedarfs- und bedürfnisgerechte Aus- und Weiterbildung.

Partnerschaftliche Arbeitsweise: Unsere internen und externen Partner sind mit unserer Leistungserbringung zufrieden und werden - wo für die PatientInnen notwendig und sinnvoll - in die Leistungserbringung eingebunden. Partner sind alle internen Leistungserbringer, Hausärzte, Spitex, Lieferanten, Kanton und Krankenversicherer. Wir stellen an unsere Partner dieselben Qualitätsansprüche wie an uns selbst.

Dies bedingt unter anderem die Festlegung von Regeln der Zusammenarbeit, Klärung der gegenseitigen Anforderungen und Erwartungen, gegenseitige Wertschätzung, einen regelmässigen Informationsaustausch, offene Kommunikation und Transparenz.

Prozessorientierung: Unsere Kern- und Supportprozesse sind zweckmässig, effizient und sicher gestaltet, auf die Bedürfnisse der Patienten und Partner ausgerichtet und entsprechen wo vorhanden, allgemein anerkanntem Wissen. Ihre Kenntnis, verbindliche Einhaltung und regelmässige Überprüfung bilden die Basis für ein erfolgreiches Ergebnis.

Dies bedingt unter anderem die Definition, Analyse und Dokumentation der wichtigsten Kern- und Supportprozesse, bewusstes Risikomanagement, einen optimalen Einsatz der Ressourcen, die Vermeidung von Doppelspurigkeiten, die Kenntnis der Ansprüche der PatientInnen und Partner, die Kenntnis der geltenden fachlichen Standards, die klare Regelung der Verantwortungen, Kompetenzen und Aufgaben sowie die kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der Prozesse.

Ergebnisorientierung: Wir arbeiten ergebnisorientiert. Die Ergebnisse und die Auswirkungen unserer Leistungen werden regelmässig und systematisch erhoben, analysiert und in die kontinuierliche Qualitätsentwicklung mit einbezogen.

Dies bedingt unter anderem die systematische Erhebung, Auswertung und Analyse der Zufriedenheit sowie der Wünsche und Verbesserungsvorschläge der PatientInnen, MitarbeiterInnen, internen und externen Partner, der erzielten Behandlungsergebnisse (Outcome) sowie der Finanzkennzahlen.