



**Kreisspital für das Freiamt
Spitalstrasse 144
5630 Muri**



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
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	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	3
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
	C1 Angebotsübersicht.....	4
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	7
D	Qualitätsmessungen	7
	D1 Zufriedenheitsmessungen.....	7
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	10
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	11
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit.....	12
	D2 ANQ-Indikatoren.....	13
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	14
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	15
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	16
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	18
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	21
	D3-6 Weiteres Messthema	23
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	25
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	26
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	26
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	26
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	28
F	Schlusswort und Ausblick	30

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

A

Einleitung

Mehr als 31'500 Patienten wählten für Ihre Behandlung im 2011 das Kreisspital Freiamt aus. Als Akutspital steht die umfassende medizinische Grundversorgung von akut erkrankten und verunfallten Personen rund um die Uhr zur Verfügung.

Rund 500 kompetente, motivierte Mitarbeitende aller Dienste sorgen dafür, dass Sie sich bei uns wohl fühlen.

Die kontinuierlich wachsenden Patientenzahlen betreffen die ambulanten und die stationären Bereiche. Es ist eine erfreuliche Tatsache, dass wir aufgrund dessen unser Dienstleistungsspektrum laufend ausbauen können.

Die Qualität sichtbar und vergleichbar zu machen ist ein wichtiges Ziel des vorliegenden Qualitätsberichts. Wir freuen uns über unsere Resultate und Projekte im Qualitätsbereich zu berichten und danken Ihnen für Ihr Interesse.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die Qualität zu steigern ist ein wichtiges Ziel der gesamten Spitalstrategie.

Als Qualität definieren wir die bestmögliche Nutzung und Einsetzung aller im Spital vorhandenen Ressourcen und Synergien, welche den Patienten in den Mittelpunkt stellen. Die Sicherheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sind ebenso massgebend.

Wir setzen die Vorgaben des nationalen Qualitätsvertrages gemäss ANQ (nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) um.

Im kantonalen Qualitätsausschuss beteiligen wir uns aktiv und führen die Qualitätsvorgaben aus. Im kantonalen Benchmark diskutieren wir die erreichten Qualitätsergebnisse und –Massnahmen.

Mit vorausschauender Perspektive planen wir Qualitätsprojekte. Sie entsprechen den aktuellen Anforderungen fachlicher, menschlicher und organisatorischer Art.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

Das interne Jahresziel „Kommunikation“ unter dem Aspekt „Verbesserung des Informationsflusses“ hat uns durch das ganze 2011 begleitet.

Das interne Qualitätskonzept aus dem 2010 wurde umgesetzt.

Der nationale Qualitätsvertrag ist per Juli 2011 in Kraft getreten. Dieser Vertrag beinhaltet u.a. die Vorgabe von Qualitätsmessungen und deren Instrumente auf nationaler Ebene. Diese Vernetzung bezweckt die Vergleichbarkeit der geleisteten Qualität auf nationaler Ebene zu bestimmten Qualitätsindikatoren durch Vereinheitlichung. Die Vorgaben dazu hat der ANQ festgelegt. Der Beitritt zum nationalen Qualitätsvertrag bedeutete für uns, dass einige Qualitätsmessungen im 2011 sehr kurzfristig angepasst und aufgelegt werden mussten.

Der kantonale Vertrag zum Qualitätsmonitoring wurde ebenfalls neu erstellt. Darin sind Rechte und Pflichten wie auch der Umgang mit erhobenen Daten neu reglementiert.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Kommunikation: Verbesserung des Informationsflusses

Mit Prof. Dr. med. D. Conen haben wir die ärztliche Visite auf den Pflegestationen und die interdisziplinäre Übergabe neu gestaltet. Dabei sind Hilfsmittel entstanden welche zu einer Vereinfachung des Informationsflusses führten. Dass wir auch allgemeine Grundsätze der Kommunikation und organisatorische Abläufe bearbeitet haben, hat zur Optimierung zusätzlich beigetragen.

Qualitätskonzept

Bewährt haben sich unter anderem die Arbeit im Qualitätszirkel. Qualitätsziele und –Massnahmen werden durch das interdisziplinäre und interprofessionelle Fachgremium plant, initiiert und evaluiert.

Umsetzung Qualitätsverträge

Alle vorgegebenen Qualitätsmessungen aus dem nationalen und kantonalen Qualitätsvertrag konnten durchgeführt und sehr gute Resultate erzielt werden.

Messungen

Aus den Messungen geht hervor, dass wir sehr zufriedene Patienten, niedrige Infektraten und keine, resp. geringe Anzahl Dekubitus und Stürze, wenig Reoperationen haben. Die Rehospitalisationen haben in erwartetem Masse stattgefunden.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Qualitätskonzept muss weiterhin kommuniziert, umgesetzt und gelebt werden. Darin ist das Arbeiten mit einem jährlichen Qualitätsziel ein wichtiger Bestandteil. Der Qualitätszirkel übernimmt die steuernde Rolle, indem er weiterhin die Qualitätsaktivitäten initiiert und evaluiert.

Die Qualitätsmessungen, v.a. diejenigen die aus dem nationalen Qualitätsvertrag entspringen, müssen evaluiert werden. Zurzeit handelt es sich in verschiedenen Themen um Testversionen, was Anlass gegen eine Veröffentlichung wäre. Wir werden unsere Erfahrungen aus den Qualitätsmessungen des 2011 zur Verfügung stellen.

Der kantonale Qualitätsausschuss verfügt über ein funktionierendes Netzwerk untereinander. Durch die gute Zusammenarbeit werden Entscheidungen gegenseitig akzeptiert und Synergien sinnvoll genutzt. Die Ergebnisse von Qualitätsmessungen werden miteinander verglichen und Lösungen oder –Ansätze diskutiert. Diese gegenseitige Offenheit ermöglicht das gegenseitige Lernen von den Besten.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<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	120 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Marco BENG	056 675 11 77	marco.beng@spital-muri.ch	Spitaldirektor (CEO)
Ruth ENGELER	056 675 12 30	Ruth.engeler@spital-muri.ch	Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung
Andrea KÄPPELI	056 675 11 11	Andrea.kaeppli@spital-muri.ch	Qualitätskoordinatorin
Corinne SCHUMACHER Caroline SCHREPFER	056 675 12 02	ombudstelle@spital-muri.ch	Ombudstelle

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 → Kreisspital für das Freiamt, Muri → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

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

C1 Angebotsübersicht

Angeborene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitalern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie	Muri	
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	Muri	
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>	Muri	
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>	Muri	
Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i>		
Handchirurgie	Muri	Belegarzt: Dr. med. Ch. Hort, Facharzt für Handchirurgie, 5405 Dättwil
Herz- und thorakale Gefässchirurgie <i>(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)</i>		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)</i>	Muri	Konsiliararzt: Dr. med. P. Amantea, Facharzt für Angiologie, 5610 Wohlen
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>	Muri	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>	Muri	
<input type="checkbox"/> Geriatrie <i>(Altersheilkunde)</i>		

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)		Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Aarau
<input type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)		Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Aarau, Dr. med. fuchs, Fachärztin für Infektionskrankheiten
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)		
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)		Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Aarau, Konsiliar- und Belegarzt: Dr. med. A. Schreiber, Oberarzt
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)		Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Baden, Dialysestation und Sprechstunden: Dr. med. R. Pfammatter, Fachärztin für Nephrologie
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)		
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)		Konsiliararzt: Dr. med. G. Rüttimann, 5610 Wohlen, Facharzt für Pneumologie
Intensivmedizin	Muri	
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Kinderchirurgie	Muri	Im Bereich der HNO und Teilbereiche der allgemeinen Chirurgie
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	Muri	Konsiliarärzte: Dr. med. A. Peinemann, 5610 Wohlen, Facharzt Neurologie Dr. med. R. Schmid, 5610 Wohlen, Facharzt Neurologie
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Muri	Belegarzt: Dr. med. B. Haab, 5610 Wohlen, Facharzt für Augenheilkunde
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Muri	Kaderärzte mit Fachgebiet Orthopädie und Traumatologie Belegärzte: Dr. med. H. Burki, 5610 Wohlen, Facharzt Orthopädie Dr. med. J. Chávez, 5610 Wohlen, Facharzt Orthopädie
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Muri	Belegarzt: Dr. med. R. Hasler, 5610 Wohlen, Facharzt für Hals- Nasen-Ohrenkrankheiten

Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	Muri	Belegärzte: Dr. med. P. Trost, 5630 Muri, Facharzt für Kinder und Jugendliche Dr. med. M. Roos, 5610 Wohlen, Facharzt für Kinder und Jugendliche
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>	Muri	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Muri	Belegarzt Dr. med. Ch. Hort, 5405 Dättwil, Facharzt für plastische und rekonstruktive Chirurgie
Psychiatrie und Psychotherapie	Muri	Konsiliararzt, externer psychiatrischer Dienst Dr. med. F. Marohn, 5610 Wohlen, Facharzt für Psychiatrie
Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>	Muri	
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	Muri	Zusammenarbeit mit Kantonsspital Aarau Belegarzt: Dr. med. St. Bauer, 5001 Aarau, Facharzt für Urologie

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	Muri	Auch DIAfit- Gruppenangebot
Ergotherapie		
Ernährungsberatung	Muri	
Logopädie		
Neuropsychologie		
Physiotherapie	Muri	
Psychologie		
Psychotherapie		

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelte Patienten,	24'494	21'320	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	3	5	
Anzahl stationär behandelte Patienten,	7'190	6'898	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	571	570	
Geleistete Pflgetage	39'959	38'287	Inkl. Neugeborene
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	116	111	Exkl. Neugeborene
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5.6	5.6	
Durchschnittliche Bettenbelegung	86.8%	87.1%	

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?

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

Messergebnisse der letzten Befragung

	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	9.28	Notengebung von 0-10 (10=max. Bewertung)
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärztlicher Bereich	9.18	
Pflegerischer Bereich	9.24	

Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input type="checkbox"/> Mecon	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	ANQ- Kurzfragebogen	Name des Messinstitutes	Hcri AG
<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	Nationaler Kurzfragebogen mit folgenden Aspekten: <ul style="list-style-type: none"> - Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen? - Qualität der Behandlung - Arzt: verständliche Antworten - Pflege: verständliche Antworten - Behandlung mit Respekt 			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Erwachsene Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt des Austritts (>18J.) - Einmalige Befragung, Rehospitalisationen werden ausgeschlossen - Spitalaufenthalt mind. 24h stationär - Austritt während Monat November - Akutsomatische Hospitalisation (inkl. Wochenbett) 		
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Patienten, die während dem Spitalaufenthalt versterben - Patienten, die während dem Messmonat mehrmals ins Spital ein- und austreten werden nur einmal befragt 		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	274			
Rücklauf in Prozenten	53.0%	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"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Ombudsstelle
Name der Ansprechperson	Corinne SCHUMACHER, Caroline SCHREPFER
Funktion	Sekretärinnen Leitung Pflegedienst und Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Montag- Donnerstag von 09.00 - 11.00 Uhr
Bemerkungen	Die Patientenzufriedenheit erheben wir laufend durch einen internen KSF/ASA- Fragebogen. Die Rückmeldungen werden regelmässig ausgewertet und Erkenntnisse umgesetzt. Ebenfalls findet ein Kurzgespräch mit der zuständigen Stationsleitung und dem Patienten während der Hospitalisation statt.

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: Einzelne Aspekte sind in anderen Messungen enthalten. In den internen Patientenbefragungsbogen sind auch die Angehörigen angesprochen.	
<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 Spitälern verglichen (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 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:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

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	72%	Der Zufriedenheitsbereich ist ungefähr gleich geblieben wie bei der letzten Messung im 2007. Das ist ein guter Wert.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Mitarbeitende würden sich im Kreisspital Freiamt behandeln lassen	80%	Diese Aussagen sind sehr erfreulich. Sie bestätigen die hohe Qualität, die Verbundenheit und die Zufriedenheit mit den Dienstleistungen des Kreisspitals für das Freiamt. Das Vertrauen in den eigenen Arbeitgeberbetrieb ist doppelt so hoch wie andernorts.
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" 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	NPO plus	Name des Messinstitutes
			Meinungs- und Sozialforschungszentrum 8853 Lachen
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	Es handelte sich um einen Fragebogen mit 40 geschlossenen und offenen Fragen- Bemerkungen/ Begründungen konnten handschriftlich zugefügt werden.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden des KSF		
	Ausschlusskriterien	Keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		269		
Rücklauf in Prozenten		55%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: Noch offen
<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 / Fach-bereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Gynäkologie/ Geburtshilfe

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gynäkologie/ Geburtshilfe	Gute Zufriedenheit im allg. chirurg. Bereich, Sprechstundenangebot	Da tiefe Datengrundlage (<19 Zuweiser) niedrige Aussagekraft.
	Mittlere Zufriedenheit im Bereich der onkolog. Therapie, Senologie, Urodynamik und Sterilitätstherapie	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" 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 bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	Wels MEDICAL CONSULTING & KEY ACCOUNT MANAGEMENT
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Fragebogen mit offenen Fragen und numerischer Skala	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Alle zuliefernden Hausärzte der Region (30 Ärzte)		
	Ausschlusskriterien	Keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		19		
Rücklauf in Prozenten		63%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

D2 ANQ-Indikatoren

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

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

Psychiatrie und Rehabilitation:

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

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

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

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

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

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

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

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

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

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

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

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

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Im Bereich der allgemeinen Chirurgie und der 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 ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung	65	2	3.08 % (0.3%- 4.8%)	n.gem. % ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	13	1	7.6% (0.1%-3.8%)	% ()
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	176	0	0% (n. berechnet)	% ()
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

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

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.**Verbesserungsaktivitäten**

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Hygienekonzept OP	Vermeidung/ Verringerung von postoperativen Infekten	Ganzer Operationsbereich, Erstellen neues Hygienekonzept (Blaubuch)	April 2011- Februar 2012

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

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

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

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<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	
12	In Prozent: 23.5%	Davon sind 9 Stürze ausserhalb des Spitalaufenthaltes erfolgt (und waren mehrheitlich als Grund für die Hospitalisation massgebend)	
<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	Patientinnen und Patienten, die stationär (>24h Aufenthalt), >= 16Jahre alt Pat. welche die mündliche Einwilligung geben	
	Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten < 16Jahre alt, Wöchnerinnen, Pat. welche die mündliche Einwilligung nicht geben	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		54	Anteil in Prozent 70%
Bemerkung		An dem Stichtag hatten wir eine tiefe Bettenbelegung und gewisse ein- und austretende Patienten konnten ebenfalls nicht erreicht werden. Diese sind aus der Messung ebenfalls ausgeschlossen.	

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

Dekubitus (Wundliegen)

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

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

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

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

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
2	In Prozent 3.7	0	In Prozent: 0%		
<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	Patientinnen und Patienten, die stationär (>24h Aufenthalt), >= 16Jahre alt Pat. welche die mündliche Einwilligung geben	
	Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten < 16Jahre alt, Wöchnerinnen, Pat. welche die mündliche Einwilligung nicht geben	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		54	Anteil in Prozent 70%
Bemerkung		An dem Stichtag hatten wir eine tiefe Bettenbelegung und gewisse ein- und austretende Patienten konnten ebenfalls nicht erreicht werden. Diese sind aus der Messung ebenfalls ausgeschlossen.	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Verletzungen durch Feuchtigkeit → Aspekt wird im Dekubituskonzept ergänzt	Pflegende kennen den Unterschied und Massnahmen im Vergleich zu Dekubitus	Pflegedienst	Ab Februar 2012
Intertrigo → Aspekt wird im Dekubituskonzept ergänzt.	Pflegende kennen den Unterschied und Massnahmen im Vergleich zu Dekubitus	Pflegedienst	Ab Februar 2012

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten

Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse	
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.3	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.1	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.2	0 = nie 10 = immer	
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.2	0 = nie 10 = immer	
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.6	0 = nie 10 = immer	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Bemerkungen			

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut <input checked="" type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut <input checked="" type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> ESOPE <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH <input type="checkbox"/> NPO PLUS <input type="checkbox"/> Stevemarco sagl
--	---

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital nach einer stationären Behandlung verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	517		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	274	Rücklauf in Prozent	53%
Bemerkung	Verschiedene Patienten wurden in der Zeitspanne November mehrfach befragt. Die Kumulation des Zeitpunktes der Prävalenzmessung Dekubitus/ Sturz und der Patientenzufriedenheitsmessung, parallel die laufende Swiss NOSO Wundinfektionserhebung, haben zu verschiedenen kritischen Rückmeldungen von Patientenseite geführt.		

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.

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Anästhesiologische Komplikationen und perioperative Beschwerden
Was wird gemessen?	Qualität der Anästhesieleistungen aus der Sicht der durchführenden Fachperson und Zufriedenheit der Patienten mit der Anästhesieleistungen

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: Anästhesie

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<p>Erhebungsbogen durch Fachperson: Versagen Regionalanästhesie: 0% Hypothermie: 1.3% Haut- und Nervenschädigung: 0.2% Zahnschädigung: 0% Lagerungsschädigung: 0% Übelkeit und Erbrechen: 8%</p> <p>Patientenfragebogen: Insgesamt Zufrieden: 99.6% Aufklärung zu Risiken: 98% sehr zufrieden Gelegenheit Frage zu besprechen: 98% Ja, ausreichend Zeit Über Ängste und Bedenken sprechen: 97% Ja, ausreichend</p> <p>Schmerzen beim Einstich f. Teilnarkose: 92% nicht od. wenig Übelkeit nach Operation: 90% nicht oder eher nicht</p> <p>Erbrechen: 15 Pat (5.7 %) geben erbrechen an Halsschmerzen nach OP: treten in 3 Fällen (1%) auf Heiserkeit nach OP: tritt in 7 Fällen (2.7%) auf Frieren nach OP: 16 Pat. (6.2%) geben frieren an</p> <p>Ausreichende Schmerzbehandlung nach OP: 98% ja</p>	<p>Die Ergebnisse der Messung sind im Benchmark sehr gut. Die antwortenden Patienten weisen eine sehr hohe Zufriedenheit aus.</p> <p>Der Grat zwischen Schmerzen und Übelkeit/ Erbrechen ist sehr eng. Daher wird auf angepasste Dosierung der Medikamente und auf Prophylaxengabe geachtet.</p> <p>Potential liegt in der Bekämpfung des postoperativen Frierens.</p>
<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 checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: Verein Outcome

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Erfasst wurden alle stationären, anästhesierten Patienten >= 16 Jahre alt. Allgemein-, Regional- und kombinierte Anästhesien, MAC	
	Ausschlusskriterien	Pat. die <16Jahre alt sind Ambulante anästhesierte Pat.	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	529	Anteil in Prozent	Rücklafrate Pat. Fragebogen: 262/ 49.6%
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Wärmeempfindung/ Frieren	Warmhaltematerial (insbes. Bairhugger) werden gezielt, vermehrt eingesetzt.	Anästhesie, OP, Aufwachraum	Ab Juni 2011

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	A= 2006	B= Medizin
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.agc.ch	A vor 2006	B= Chirurgie
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A vor 2000	B= Gynäkologie und Geburtshilfe
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch		
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		
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch		
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C= Ab 2012	B= Orthopädie
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:		
Bemerkung			
Fachpersonen, (v.a. Fachärzte) sind persönlich in ihren Fachgesellschaften vertreten.			

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

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
IVR Version 2.0 (2005)	Rettungsdienst	2009	-	Im Rettungsdienst setzen wir auf die Nachhaltigkeit unserer Arbeit zum Wohle der Gesundheit der uns anvertrauten Patienten. Um das hohe Mass an Qualität unserer Dienstleistung aufrecht zu erhalten und kontinuierlich zu verbessern, arbeiten wir nach den Leitlinien des Interverbandes für Rettungswesen.

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)
CIRS (anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse)	Gefahren frühzeitig erkennen und schnell reagieren.	Alle	Kontinuierliche Erfassung
Beschwerdemanagement/ Ombudsstelle	Patienten und/oder Angehörige haben die Möglichkeit, die Erfahrungen bei der Ombudsperson anzubringen. Wenn gewünscht, stellt die Ombudsperson einen persönlichen Kontakt zwischen Betroffenen und Verursacher der Beschwerde her.	Alle	Seit Januar 2009 fortlaufend
Gerätewartung	Alle Geräte entsprechen den Richtlinien der Genauigkeit und Hygiene. Ihre Funktionen werden intern und extern regelmässig überprüft.	Alle	Fortlaufend, gemäss Gerätehinweisen
Dolmetscherdienst	Minimierung von Sprachproblemen	Alle	Fortlaufendes Angebot
Arbeitssicherheit und Brandschutz	Alle Mitarbeitenden werden im Bereich der Arbeitssicherheit / Brandschutz geschult. Es finden regelmässige Refresher-Schulungen statt mit praktischen Übungen.	Alle	Monatlich für neueintretende MA, periodische Refresherkurse
Hygiene	Infekte werden vermieden	Alle	Überarbeitung Hygienekonzept OP 2011 In Arbeit: Entsorgungskonzept, Hygienekonzept

Internes Fortbildungsangebot	Alle Mitarbeitenden erhalten den aktuellen Wissensstand für ihren Aufgabenbereich. Der Informationsfluss findet statt.	Alle Bereiche	Laufend, verschiedene Schwerpunktthemen.
Katastrophenkonzept	Regelmässige Übungen zum Verhalten in Katastrophensituationen. Konzept wird regelmässig auf Umsetzung und Aktualität überprüft.	Alle Bereiche	Fortlaufend seit 2008, in periodischen Abständen.
Dekubitusmonitoring	Minimierung der Entstehung von Druck- und Liegegeschwüren	Alle Pflegebereiche	Dekubituskonzept, kontinuierliche, systematische Erfassung aller gefährdeten Patienten. Seit Herbst 2009
Schmerzdienst	Optimalste Schmerztherapie nach operativen Eingriffen oder medizinischen Krankheitsbildern mit akutem Schmerz. Tägliche Schmerzvisiten durch ausgebildete Pain- Nurses.	Alle Pflegebereiche,	Seit Herbst 2009 fortlaufend
Sturzmonitoring/ Sturzkonzept	Minimierung der Stürze (Siehe auch E3, ausgewählte Qualitätsprojekte)	Alle Pflegebereiche	Kontinuierliche Erfassung der gefährdeten Patienten. Systematische Protokollierung und Auswertung von Stürzen.
Qualitätsmanagement	Aufbau des Gesamt-Qualitätsmanagement. Interprofessionelle und Interdisziplinäre Zusammenarbeit zu aktuellen Qualitätsthemen (Siehe auch E3, ausgewählte Qualitätsprojekte)	Alle Bereiche	Seit Mitte 2010
Kommunikation	Internes Jahresziel 2011 „Verbesserung des Informationsflusses“ (Siehe auch E3 ausgewählte Qualitätsprojekte)	Alle ärztlichen Bereiche (Chir., Med., Gyn., Anästhesie) und Pflegedienst	01.01.11- 31.12.11 (und wird laufend weiter evaluiert)
Austrittsmanagement	Evaluation und Vergleich der Austrittsorganisation mit kantonalem Vergleich. Dies führt zur Erkennung von Verbesserungspotential innerhalb des Austrittsmanagement	Ärztliche und pflegerische Bereiche	16.4.12-15.4.12

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Kommunikation
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Verbesserung des Informationsflusses
Beschreibung	Informationsfluss an ärztlichen Visiten auf den Pflegestationen und Übergaben (Schicht, interdisziplinär, interprofessionell, etc.) werden standardisiert und geübt. Dabei wurde ein Standard zu den ärztlichen Visiten auf den Pflegestationen erarbeitet. Eine Übergabe- Checkliste strukturiert die Übergaben und unterstützt den Informationsfluss. Grundlagen der Kommunikation sind in Handlungsanleitungen und Richtlinien ebenfalls dokumentiert und stehen für alle Mitarbeitenden (auch ausserhalb der involvierten Berufsgruppen) verbindlich zur Verfügung.
Projekttablauf / Methodik	Es wurden zwei Inputreferate gehalten und zwei Workshop zu den beiden Hauptaspekte durchgeführt. Prof. Dr. med. D. Conen hat uns während dem ganzen Projekt begleitet.
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Alle ärztlichen Fachbereiche, Pflegedienst, Austrittsmanagerinnen (Sozialdienst) und Physiotherapie
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die ärztlichen Chefarztvisiten der Medizin finden seit Mitte 2011 anhand des Standards statt. Der interdisziplinäre Austausch als Start der Visite wird sehr geschätzt und erhöht den Informationsfluss und die Kenntnisse aller Beteiligten über das Procedere. Dies vereinfacht die Planung des ganzen Spitalaufenthaltes und die gezielte Austrittsorganisation. Die Erfahrungen der medizinischen Visite werden im Verlauf des 2012 auf den chirurgischen Fachbereich erweitert. Die standardisierten Übergaben werden im 2012 evaluiert.
Weiterführende Unterlagen	

Projekttitlel	Qualitätsmanagement
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Die Strukturen, Aufgaben und Kompetenzen innerhalb des Qualitätsmanagements sind geklärt. Ein Qualitätskonzept des KSF liegt in schriftlicher Form vor. Es wird ein Qualitätszirkel zusammengestellt mit Vertretern der wichtigsten Disziplinen und der obersten Führungsebene. Innerhalb des Qualitätszirkels werden die Qualitätsziele für die kommenden Jahre zusammengestellt und der Spitalleitung vorgeschlagen.
Beschreibung	Das Qualitätsorganisation wurde schriftlich festgehalten. Es beinhaltet auch die Regelung von Aufgaben und Kompetenzen. Die verschiedenen Arbeitsgruppen wie z.B. die CIRS- Gruppe, Arbeitsgruppe Sicherheit und Gesundheit, Hygienefachgruppe, Ernährungsfachgruppe etc. , sind definiert aufgenommen und die Zusammenarbeit geklärt. Mit der Koordination werden Doppelspurigkeiten vermieden. Die Vorgehensweise umschreibt den Qualitätszyklus (Plan- Do- Check- Act).
Projekttablauf / Methodik	- Erarbeitung des QM- Konzeptes anhand der Gesamt- Spitalstrategie und bereits vorliegenden Dokumenten (Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung und Qualitätskoordinatorin)

	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstellen des Konzeptes innerhalb der Spitalleitung - Genehmigung durch die Spitalleitung - Umsetzung: Zusammenstellung des Qualitätszirkels, aktuelle Zielsetzungen und Planung der dazugehörigen Massnahmen <p>Evaluation: siehe unten</p>
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Alle Bereiche inkl. Spitalleitung
Projektelevaluation / Konsequenzen	Regelmässige Anpassungen des Konzeptes durch die Qualitätskordinatorin und die Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung. Befragung der beteiligten Personen im Qualitätszirkel und in der Spitalleitung. Befragung der Arbeitsgruppenleiter zur Zusammenarbeit und Umsetzung. Geplante Evaluation: Mitte 2012
Weiterführende Unterlagen	

Projekttitlel	Sturzkonzept	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Eine Sturzgefährdung wird frühzeitig erkannt. Mit vorbeugenden Massnahmen werden Stürze verhindert.	
Beschreibung	Das Konzept beinhaltet ein Assessment zur Sturzgefährdung, beschreibt verschiedene, präventive Massnahmen zur individuellen Anwendung und bietet Hilfestellung im Umgang mit diversen Hilfsmitteln sowie zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Die systematische Sturzerfassung und –Analyse gehört ebenso dazu.	
Projekttablauf / Methodik	Erarbeitung des Sturzkonzeptes durch Pflegeexpertin in interdisziplinärer Zusammenarbeit, Schulung von Pflegenden, Anwendung des Konzeptes, anschliessende Erhebung der Sturzgefährdung mit der standardisierten Messung des Vereins Outcome.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Pflegedienst, ärztlicher Dienst, Physiotherapie	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Sensibilisierung auf die Sturzgefahr hat in den involvierten Berufsgruppen stattgefunden, die Sturzrate ist deutlich unter dem Gesamtkollektiv. Das Assessment zur Erhebung der Sturzgefährdung wird standardisiert und geübt angewendet.	
Weiterführende Unterlagen		

F

Schlusswort und Ausblick

„Wer aufhört besser zu werden, hört auf, gut zu sein“. (M. Ebner- Eschenbach)

Dieser Leitgedanke ist nach wie vor zentral für uns. Mit der Verankerung im Qualitätskonzept möchten wir offen in die Zukunft gehen, das Potential zum Lernen und „Besser-Werden“ nutzen.

Dazu gehört auch, dass wir mit Veränderungen mitgehen, Innovationen wagen und um die bestmögliche Qualität für alle unsere Patienten zu ermöglichen.

Mit dem rasanten Anstieg von Patientenzahlen, wichtigen und grossen Projekten sind wir auch herausgefordert, zu den Mitarbeitenden Sorge zu tragen. Das familiäre Betriebsklima pflegen wir aktiv. So stellen wir im 2012 gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung als internes Jahresthema der Qualität ins Zentrum.

Die Sicherheit und die Wirksamkeit unserer Behandlungen stehen jederzeit im Vordergrund. Dies bedeutet auch, dass alle unsere Mitarbeitenden täglich ihr Bestes geben. Professionelle Zusammenarbeit und Fachkompetenz gemischt mit Empathie führen zur guten Arbeitsqualität und tragen wesentlich zur Zufriedenheit von allen Beteiligten bei.

Wir sind auf gutem Weg, die Qualität zu leben. Wir suchen immer wieder nach neuen Herausforderungen, um sie zu steigern.

Marco Beng

Ruth Engeler

Andrea Käppeli

CEO, Kreisspital für das Freiamt

Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung

Qualitätskoordinatorin