



Schulthess Klinik
Lengghalde 2
8008 Zürich



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

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

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	4
	B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	4
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010.....	4
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	5
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot.....	6
	C1 Angebotsübersicht.....	6
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010	7
D	Qualitätsmessungen	8
	D1 Zufriedenheitsmessungen	8
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	10
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	10
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit.....	10
	D2 ANQ-Indikatoren	12
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape.....	12
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	12
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	13
	D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)	14
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	14
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	14
	D3-2 Stürze.....	15
	D3-6 Weiteres Messthema	15
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	17
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte.....	18
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	18
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte.....	18
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	20
F	Schlusswort und Ausblick	21
G	Impressum	22
H	Anhänge.....	23

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

1883 gründete Professor Wilhelm Schulthess die Schulthess Klinik, welche seit 1935 eine gemeinnützige Stiftung ist. Als orthopädische Spitzenklinik konzentriert sie sich auf anspruchsvolle Behandlungen am Bewegungs- und Stützapparat und zählt zu den führenden orthopädischen Kliniken Europas.

Unsere Kernkompetenzen sind:

- Obere und Untere Extremitäten inklusive Hand- und Fusschirurgie
- Wirbelsäulenzentrum mit den Abteilungen Chirurgie, Neurochirurgie und Neurologie
- Orthobiologie & Knorpelregeneration
- Kinderorthopädie
- Rheumatologie und Rehabilitation
- Manuelle Medizin und Interventionelle Rheumatologie
- Schmerz- und Gutachtenzentrum
- Sportmedizin
- Forschung und Entwicklung

Unser zentrales Anliegen ist es, Menschen von ihren Schmerzen zu befreien und ihre Mobilität wiederherzustellen. «Wir machen mobil» – das ist das Wertversprechen der Klinik. Dies umfasst zusätzlich: die Vermeidung von Komplikationen, einen optimalen Rehabilitationsprozess, eine integrierte Qualitätssicherung sowie die integrierte konservative Behandlung als Alternative.

Die Schulthess Klinik verfügt über 160 Betten, welche für Patienten aller Versicherungsklassen zur Verfügung stehen. 35 Betten befinden sich in unserer postoperativen Klinik in Bad Zurzach.

Die Schulthess Klinik ist ein Swiss Olympic Medical Center, FIFA Medical Centre of Excellence und F-MARC (FIFA Medical Assessment and Research Centre).

Unser Jahresbericht 2010 ist ab Mitte Juni elektronisch auf unserer Website (www.schulthessklinik.ch) erhältlich. Ebenso besteht die Möglichkeit den Jahresbericht gebunden bei uns zu erhalten – zögern Sie nicht uns zu kontaktieren, wir lassen Ihnen gerne ein Exemplar zukommen.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Unsere Schlüsselaussagen:

- Wir machen mobil! Qualitätsleader
- Wir sind fokussiert: wir machen wenig, das allerdings auf Spitzenniveau
- Spitzenmedizin für alle: das ist möglich, weil effizient gearbeitet wird
- Zuweiser sind uns wichtig. In der Zusammenarbeit mit uns erfahren sie viele Vorteile
- Mitarbeitende sind stolz darauf, in der Schulthess Klinik zu arbeiten

Unser Ziel:

- Wir sind ein geführtes, homogenes Unternehmen mit einer Unité de Doctrine
- Die Schulthess Klinik mit ihren Ärzten ist bekannt dafür, in der Behandlung von Leiden des Bewegungs- und Stützapparates weltweit führend zu sein (Leitbild 1989)
- Unsere Mitarbeitenden sind stolz darauf, ihren Teil zu dieser Spitzenleistung beitragen zu dürfen
- Die hohe Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten ist Vorbild für andere Kliniken
- Wir bleiben wirtschaftlich unabhängig, weil wir unsere Effizienz laufend optimieren

(Auszug aus unserem Leitbild 2005)

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

Aufbau eines klinikweiten Qualitätsmanagementsystems.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

Implementierung eines interprofessionellen Qualitätslenkungsausschusses (QLA).

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Kontinuierliche Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität, damit die Leistungsqualität stetig steigen kann.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input 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, nämlich: –	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	100%	Stellenprozenzte zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Sabrina Kell, BSc.	044 385 79 29	sabrina.kell@kws.ch	Beauftragte 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 → Schulthess Klinik
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten : Schulthess Klinik Zürich und postoperative Klinik in Bad Zurzach.

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Chirurgie	Orthopädische Chirurgie in Zürich	–
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	Zürich	–
Handchirurgie	Zürich	–
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	Osteopathie, Traditionelle Chinesische Medizin in Zürich	–
Intensivmedizin	Intermediate Care in Zürich	–
Kinderchirurgie	Kinderorthopädie in Zürich	–
Neurochirurgie	Zürich	–
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>	Zürich	–
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	Zürich	–
Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>	Zürich	–

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Ergotherapie	Zürich	–
Physiotherapie	Zürich und Bad Zurzach	Physiotherapie Emery in Bad Zurzach

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelte Patienten,	96'055 8'265 16'686	62'072 8'222 16'148	ambulante Fälle ambulant und stationäre Operationen Einzeleingriffe (ambulant + stationär)
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	–	–	–
Anzahl stationär behandelte Patienten,	7'230	7'251	stationäre Fälle
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	–	–	–
Geleistete Pflage tage	48'044	49'284	–
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	160	160	inkl. 35 Betten in der postoperativen Klinik in Bad Zurzach
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6,6	6,8	–
Durchschnittliche Bettenbelegung	81,89%	85%	Schulthess Klinik Zürich und postoperative Klinik in Bad Zurzach

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 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. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.				
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2011
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 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 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	95,4%	Unsere Patientinnen und Patienten würden uns weiter empfehlen, wobei 100% eine maximale Zufriedenheit bedeutet.
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärztliche Versorgung	5,5	Notenskala von 1 = sehr unzufrieden bis 6 = sehr zufrieden
Pflegerische Versorgung und Betreuung	5,4	Notenskala von 1 = sehr unzufrieden bis 6 = sehr zufrieden
Organisation, Management und Service während des Spitalaufenthalt	5,4	Notenskala von 1 = sehr unzufrieden bis 6 = sehr zufrieden
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/> Mecon <input type="checkbox"/> Picker <input checked="" type="checkbox"/> VO: PEQ <input type="checkbox"/> MüPF(-27) <input type="checkbox"/> POC(-18)	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	PEQ	Name des Messinstitutes	Verein Outcome
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes		PEQ = Patients' Experience Questionnaire (engl. Fragebogen zur Erhebung von Patientenerfahrungen). Hierbei werden 15 Fragen zum Spitalaufenthalt gestellt.		
Einschlusskriterien		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Patienten, die 18 Jahre oder älter sind ➤ Stationärer Aufenthalt von mindestens 3 Tagen (2 Übernachtungen) ➤ Austritt nach Hause (bzw. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Reha) Mehrfachhospitalisierte sollen innerhalb 30 Tagen nur einmal befragt werden. Ab mehr als 30 Tage zwischen Austritt und stationärem Wiedereintritt kann der Patient auch ein zweites Mal befragt werden.		
Ausschlusskriterien		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Patienten, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen ➤ Wöchnerinnen ➤ Patienten, die in ein anderes Spital verlegt werden ➤ Verstorbene Patienten (im Spital und nach Spitalaufenthalt – sofern das Spital davon Kenntnis erhält) ➤ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz ➤ Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose 		
Rücklauf in Prozenten		79,7%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" 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. Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Reklamationswesen
Name der Ansprechperson	Claudia Pfister
Funktion	Direktionsassistentin
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	044 385 75 41, 044 385 75 31, claudia.pfister@kws.ch, Dienstagnachmittag und Mittwoch/Freitag ganztägig
Bemerkungen	–

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.

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 checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.

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.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 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 2010 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 type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	67,15%	Mittelwert der Skalen
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Skala: Bettenkapazität	50,4%	100 = maximale positive Einschätzung
Skala: Qualität und Image	87,9%	100 = maximale positive Einschätzung
Skala: Angemessenheit des Austrittszeitpunktes	75,8%	100 = maximale positive Einschätzung
Skala: Einbezug durch die Ärzte der Fachabteilung	33,8%	100 = maximale positive Einschätzung
Skala: Behandlungsberichte	77,1%	100 = maximale positive Einschätzung
Skala: Auftreten der Ärzte der Fachabteilung	77,9%	100 = maximale positive Einschätzung

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	KEF_CH-Zuweiserbefragung	Name des Messinstitutes	Verein Outcome
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Der Fragebogen basiert auf dem Kölner Einweiserfragebogen, der durch die Universität zu Köln (Abteilung Medizinische Soziologie: Leitung Prof. Dr. Pfaff) entwickelt wurde. Der Fragebogen wurde in mehreren Schritten auf Schweizer Verhältnisse angepasst und validiert. Er besteht aus einer Basisversion, die die gemeinsame, verbindliche Grundlage für die Messung und für das Benchmarking (den Vergleich unter den Spitälern und Kliniken) bildet. Ausserdem können aus einem Pool von Fragen weitere zur Messung dazu gewählt werden.			
Einschlusskriterien	Befragt werden alle Zuweiser, die mindestens 2 Patienten pro Jahr stationär bzw. teilstationär zu weisen. Für Spezialkliniken gilt diese Regelung nicht.			
Ausschlusskriterien	Ausgeschlossen sind interne Zuweisungen zum Beispiel über Ambulatorien, ebenso sind Belegärzte ausgeschlossen.			
Rücklauf in Prozenten	16,7%	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 Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 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

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 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 Spital-Austritts. 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 wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?

Nein, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.

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. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?

Nein, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.

In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektionen die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.			
<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 Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	–	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.			

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

Messergebnisse					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festangestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektions-rate Spital / Klinik	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung				3.9%	
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung				4.5%	
<input type="checkbox"/> Hernieoperation				1.1%	
<input type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)				12.7%	
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)				1.9%	
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie					<i>Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					

<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?

Nein, unser Betrieb **mass nicht** die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	früh/ spät, rezidiv („wiederkehrende“), interne postoperative Wundinfekte

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
interne postoperative Wundinfekte: früh = 0,6% spät = 0,2% rezidiv = 0,2%	–

<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).
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Erfassung von postoperativen Wundinfekten
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze
Was wird gemessen?	Anzahl von gestürzten Patienten

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: –
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: –

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
84	6	78	1,4% / 1000 Pflgetage (Normwert: 2,6% – 8,9% in Akutspitälern)

<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).
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes: Erfassung von Zwischenfällen – Sturz
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Hüftprothetik
Was wird gemessen?	Alle geplanten, einseitigen Eingriffe des Einsetzens einer Totalendoprothese bei Coxarthrose.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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 checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Untere Extremitäten

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
–	–

<input checked="" 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).
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Hüft TEP bei Coxarthrose
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Verein Outcome

Messthema	Potentielle vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte
Was wird gemessen?	Anzahl Rehospitalisationen (geplant und ungeplant) innert 30 Tagen nach Austritt.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
2,3% Anzahl Rehospitalisationen (geplant und ungeplant) innert 30 Tagen nach Austritt, wovon 1,1% geplant waren.	–

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Rehospitalisation innert 30 Tagen
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Verein Outcome

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Spine Tango	C Wirbelsäulenzentrum	A EuroSpine	A Dauererfassung
Wissenschaftliche Datensammlung der SCQM zur Verbesserung der Behandlung	A Rheumatologie und Rehabilitation	A SCQM	A
Bemerkungen			
-			

Legende:

- ¹ A=Ganzer Betrieb, übergreifend
 B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
 C=einzelne Abteilung
- ² A=Fachgesellschaft
 B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
 C=betriebseigenes System
- ³ A=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
 B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
 C=Einführung im Berichtsjahr 2010

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
Concret AG	Pflegedienst Zürich und postoperative Klinik in bad Zurzach	2003	2009	2010 fand ein Überwachungsaudit statt.
ISO 9001:2008	Nachkontrollzentrum Obere Extremität und Handchirurgie	2010	–	–

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Morbidity-Mortality-Konferenz	Alle 3 Monate die postoperativen Komplikationen / Todesfälle innerhalb der Klinik präsentieren und besprechen.	Ganze Klinik	Laufend
Hygiene Kommission	In allen Bereichen der Klinik die Rate der Infekte zu kontrollieren und zu minimieren	Ganze Klinik	Laufend
Arbeitsgruppe Pflegequalität	Erstellung und Unterstützung neuer Pflegevorgaben (Weisungen, Leitlinien, Informationen, Formulare).	Pflegedienst- abteilungen Schulthess Klinik Zürich und Bad Zurzach	Einführung 2009, seitdem laufend

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Qualitätssicherung am Kunstgelenk Schulter / Ellenbogen	Betreuung und regelmässige Kontrollen zur frühzeitigen Identifikation von Komplikationen (Patient), ausführliche Dokumentation (Arzt)	Obere Extremitäten	Laufend
IDES	Dokumentationssystem von Hüft- und Knieimplantaten zur kontinuierlichen Qualitätskontrolle.	Untere Extremitäten	Laufend
Interprofessioneller Qualitätslenkungsausschuss (QLA).	Der Qualitätslenkungsausschuss (QLA) soll den Weg weisen zur Einführung eines übergreifenden QMS der Schulthess Klinik und für die «Lenkung» aller qualitätsrelevanten Aktivitäten der einzelnen Bereiche zuständig sein.	Ganze Klinik	Laufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitle	Einführung eines Qualitätsmanagements für die prospektive Datenerfassung mit standardisierten Fragebögen zu Funktion und Lebensqualität durch einen individuellen Verlaufsbericht.	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Zertifizierung nach der Qualitätsnorm ISO 9001:2008	
Beschreibung	Betreuung und regelmässige Kontrollen zur frühzeitigen Identifikation von Komplikationen (Patient), ausführliche Dokumentation (Arzt)	
Projektablauf / Methodik	<p>Die Sicherung der Qualität unserer medizinischen Dienstleistung ist uns ein wichtiges Anliegen. Deshalb wurde bereits vor 10 Jahren im Team der oberen Extremitäten von PD Dr. Beat Simmen ein wissenschaftliches Projekt ins Leben gerufen, bei dem Patienten nach einer Schulter- oder Ellenbogenprothese systematisch nachkontrolliert werden. Aus den so gewonnenen Daten können mögliche Komplikationen frühzeitig erkannt werden und ein ständiger Verbesserungsprozess führt dazu, dass Operationstechniken und -methoden verfeinert und verbessert werden können.</p> <p>Um die mit einer solchen Kontrolle einhergehenden Methoden und Prozesse zu optimieren und zu standardisieren, wurde im vergangenen Jahr im Nachkontrollzentrum der Oberen Extremitäten durch Dr. C. Kolling ein Qualitätsmanagementsystem nach der international anerkannten Norm ISO 9001 eingeführt und im September 2010 als eines der ersten weltweit erfolgreich zertifiziert.</p> <p>Besonders hervorgehoben werden muss die Vollständigkeitsrate dieser Nachkontrollen. Über 95% der operierten Patienten werden dank dem Einsatz von PD Dr. J Goldhahn und seinem Team über Jahre systematisch nachverfolgt, ein Zeugnis hervorragenden Qualität dieses Nachkontrollsystems. Ziel ist es, die dafür nötigen Prozesse in ihrer hohen Qualität aufrechtzuerhalten oder sogar zu verbessern. Auf lange Sicht sollen zudem weitere Patientengruppen eingeschlossen werden.</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? Forschung & Entwicklung – Obere Extremitäten und Handchirurgie	
Involvierte Berufsgruppen	Forschungsteam Obere Extremitäten und Handchirurgie	
Projektelevaluation / Konsequenzen	–	
Weiterführende Unterlagen	–	

Die Schulthess Klinik erlangte ihren guten Ruf nicht nur durch ihre hervorragenden Leistungen als Behandlungszentrum für Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, sondern auch durch die Arbeiten des mittlerweile renommierten Instituts für Research & Development (Forschung und Entwicklung). Dieses ist in vier Hauptforschungsgebiete unterteilt – Obere Extremitäten, Untere Extremitäten, Wirbelsäulenzentrum und F-MARC (FIFA Medical Assessment and Research Centre). Die Forschungsaktivitäten werden dabei hauptsächlich von den entsprechenden klinischen Abteilungen bestimmt.

Das **Team der Oberen Extremitäten und Handchirurgie** bietet allen Patienten, bei denen das Schulter- und Ellbogengelenk durch eine Prothese ersetzt wird, die Möglichkeit, den Funktionszustand ihres Gelenks im Rahmen einer Spezialsprechstunde langfristig überprüfen zu lassen. Mit Hilfe des seit 2006 abteilungsweit eingeführten Nachkontrollsystems werden dabei sowohl objektive Parameter wie das Bewegungsausmass oder die Kraft, wie auch subjektive Parameter wie Schmerz und Zufriedenheit festgehalten. So können mögliche Veränderungen am Kunstgelenk frühzeitig erkannt und gegebenenfalls eine geeignete Behandlung veranlasst werden. Zudem helfen positive aber auch negative Rückmeldungen, unsere Behandlungsergebnisse weiter zu optimieren.

Im **Team der Unteren Extremitäten und Knorpelmedizin** werden retrospektive (Versuchs- und Kontrollgruppe werden rückblickend gebildet) und prospektive Studien (Einteilung der Teilnehmenden in die Versuchs- und Kontrollgruppe wird vorher bestimmt und darf später nicht verändert werden) auf den Gebieten der Hüft- sowie Knieendoprothetik dokumentiert. Die klinischen und funktionellen Ergebnisse beziehen sich dabei auf Primärprothesen und Revisionsfälle. Seit Beginn der systematischen Dokumentationen (Hüfte 1984, Knie 1995) haben sich die Messinstrumente kontinuierlich weiterentwickelt. Verwendet werden dabei objektive Messmethoden sowie Patienten-Selbsteinschätzungs-Fragebogen. So kann z.B. auch der Einfluss der verschiedenen Operationstechniken (minimal-invasiv oder konventionell) sowohl aus objektiver, wie auch aus subjektiver Sicht miteinander verglichen werden.

Das Neuromuscular Research Laboratory (NRL) ist ein Forschungsbereich der Unteren Extremitäten. Veränderungen der neuromuskulären Funktion treten in Verbindung mit Alterung, Inaktivität, Immobilisation, Rehabilitation und Training auf, und sind deshalb sowohl vor wie auch nach orthopädischen Eingriffen von Bedeutung. Hier werden in wissenschaftlichen Studien die Veränderungen der neuralen und muskulären Funktion vor und/oder nach einem operativen Eingriff mit objektiven und subjektiven Messinstrumenten untersucht. Beispiele für objektive Untersuchungen sind die Messung der Kraft, der Muskeldicke und der Muskelaktivierung. Dazu gehören aber auch funktionelle Tests (Gehen, Treppensteigen und Stehen im Gleichgewicht). Subjektive Messmethoden sind Patienten-Selbsteinschätzungs-Fragebogen bei denen die Patienten z.B. ihre Schmerzen bei bestimmten Alltagsaktivitäten einstufen.

Das **Team des Wirbelsäulenzentrums Chirurgie und Neurologie** analysiert routinemässig das Behandlungsergebnis der im Wirbelsäulenzentrum operierten Patienten. Dazu werden alle Patienten vor dem Eingriff (präoperativ) und in bestimmten Abständen nach der Operation (postoperativ) befragt. In Zusammenarbeit mit dem von der Spine Society of Europe initiierten «Spine Tango», dem bisher einzigen internationalen Register zur Erfassung von Wirbelsäulenoperationen, können die Behandlungsergebnisse der teilnehmenden Kliniken verglichen werden. Zusätzlich können auch die Ergebnisse bei unterschiedlichen Krankheitsbildern (Indikationen) und Operationstechniken sowie der Einfluss von bestimmten Patientenmerkmalen analysiert werden. Immer mit dem Ziel, die Behandlung unserer Patienten weiter zu verbessern.

Das **Team von F-MARC** beschäftigt sich vorwiegend mit der Prävention von Fussballverletzungen sowie die Förderung des Fussballs als gesunde Breitensportart.

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Handbuch H+qualité® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualitätsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualité® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen.

Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le **d**éveloppement de **q**ualité dans les **h**ôpitaux et les **c**liniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>



Anhänge