



Kantonale Psychiatrische Dienste Sektor Nord
Psychiatrische Klinik Wil
Zürcherstrasse 30
9500 Wil SG



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: **A**ssociation **n**ationale pour le **d**éveloppement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung.....	4
B	Qualitätsstrategie	6
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	6
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	6
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011.....	6
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren.....	7
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	7
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement.....	7
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot.....	8
	C1 Angebotsübersicht.....	8
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011	8
C5	D Qualitätsmessungen	9
	D1 Zufriedenheitsmessungen	9
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	9
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	11
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit.....	12
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit.....	13
	D2 ANQ-Indikatoren	14
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	15
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	19
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	21
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	21
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	22
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	23
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen.....	24
	D3-6 Weiteres Messthema	25
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	26
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte.....	27
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards.....	27
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	27
	1.1 E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	27
F	Schlusswort und Ausblick	29
G	Anhänge	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.

Die Kantonalen Psychiatrischen Dienste Sektor Nord

www.psychiatrie-nord.sg.ch

Leistungsauftrag

Der Leistungsauftrag ergibt sich aus dem kantonalen Psychiatriekonzept von 1989 und der Spitalplanung von 1995. Darin wird der psychiatrische Versorgungsauftrag formuliert: Die psychiatrische Versorgung ist in Bezug auf die privatärztliche Tätigkeit dezentral und patientennah organisiert. Die Dienste des öffentlichen Gesundheitswesens werden subsidiär zur privatärztlichen Tätigkeit erbracht. Der Versorgungsauftrag besteht aus Prävention, Diagnostik, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation von (erwachsenen) Menschen mit einer psychischen Störung, sofern sie mit psychiatrischen, d.h. medizinischen und psychosozialen Mitteln behandelbar sind. Weitere Aufgaben bestehen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, in der Gutachtertätigkeit sowie in der Förderung der Lehre und Forschung.

Organisation

Die Kantonalen Psychiatrische Dienste - Sektor Nord (KPD-SN) sind eine unselbständig-öffentlich-rechtliche psychiatrische Institution zur Beratung, Betreuung und Behandlung von psychisch, psychosomatisch kranken und seelisch belasteten Erwachsenen und Betagten. Zu diesem Zweck betreiben die KPD-SN am «Hauptsitz» in Wil eine Psychiatrische Klinik mit 223 Betten, eine Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik, ein Ambulatorium sowie ein Spezialpflegeheim für chronisch psychisch kranke Menschen mit 94 Plätzen. Zudem führen die KPD-SN drei externe Psychiatrische Zentren. Im 2011 erfolgen die Vorbereitungen auf die neue Rechtsform: Die KPD-SN werden ab 2012 zusammen mit den Psychiatrie-Diensten Süd den Status einer öffentlich-rechtlich selbständigen Anstalt erhalten

PSYCHIATRISCHE KLINIK WIL

Die Psychiatrische Klinik Wil gewährleistet die stationäre Psychische Versorgung des Sektor Nord. Sie garantiert rund um die Uhr die Aufnahme von psychisch kranken Erwachsenen. Patientinnen und Patienten, die keiner stationären Behandlung mehr bedürfen, werden in die Weiterbetreuung teilstationärer und ambulanter Institutionen des Nachsorgenetzes oder eines niedergelassenen Arztes entlassen. Die Psychiatrische Klinik Wil bietet nebst einer Tagesklinik und einem Ambulatorium folgende Behandlungsbereiche an:

Allgemeine Psychiatrie (Akut- und Langzeitpsychiatrie)

- Menschen vom 18. (vereinzelt auch jüngere) bis zum 60. Altersjahr
- mit akuten, subakuten und chronischen Störungen aus dem gesamten psychiatrischen Diagnosespektrum (ICD-10 F0 - F6)

Gerontopsychiatrie (Akut- und Rehabilitation)

- ältere Menschen ab dem 60. Altersjahr (vereinzelt auch jüngere)
- mit akuten, subakuten und chronischen Störungen aus dem gesamten psychiatrischen Diagnosespektrum (ICD-10 F0 - F6)

Psychotherapie und Psychosomatik

- Menschen bis zum 60. Altersjahr
- mit akuten, subakuten und chronischen Störungen vor allem aus dem Spektrum der neurotischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F4 - F6)

Suchttherapie (Drogen und Alkohol)

- Menschen vom 18. (vereinzelt jüngere) bis zum 60. Altersjahr
- mit psychiatrischen Störungen bedingt durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F1)

Forensik

Die Fachabteilung Forensik erbringt innerhalb der KPD-SN für stationäre, teilstationäre und ambulante Patientinnen und Patienten forensische Konsilien, führt für diese Patientengruppen Begutachtungen durch und steht für allgemeine forensische Fragen zur Verfügung, in Einzelkontakten und im Rahmen von internen Fortbildungen.

PSYCHIATRIEZENTREN

Die Psychiatriezentren führen folgende Angebote:

St. Gallen: Ein Ambulatorium mit Spezialsprechstunden, zwei Tageskliniken sowie ein stationäres Angebot für Kriseninterventionen werden unter einem Dach geführt.

Rorschach: Neben einem Ambulatorium wird eine Tagesklinik geführt.

Wattwil: Es besteht aus dem Ambulatorium und der 2011 eröffneten Tagesklinik

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Ziel und Zweck des Qualitätsmanagementsystems ist die kontinuierliche Überprüfung und Verbesserung der Tätigkeiten in den KPD-SN. Das Qualitätsmanagement ist Teil der Unternehmenspolitik und dient als Lenkungs- und Führungsinstrument. Anhand des EFQM-Modells verbessern wir die Qualität unserer Arbeit und deren Rahmenbedingungen.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

Prozess- und Dokumentenmanagement in der Behandlung
Neukonzeptionierung Angehörigenarbeit auf den Stationen
Leistungserfassung REKOLE/Med. Statistik
Vorbereitung ANQ „Nationale Ergebnismessung in der Psychiatrie“

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Tagesklinik in Wattwil realisiert
Pilotprojekt Prozessmanagement abgeschlossen
REKOLE und Integration Med. Statistik ins KIS umgesetzt
Konsiliar- und Liaisondienst eingerichtet
Mobile Equipe (Modellprojekt) eingesetzt
In den Qualitätszirkeln wurden schwergewichtig folgende Themen aufgenommen und bearbeitet:

- Arbeitsbelastung
- Verbesserungen durch bauliche Massnahmen
- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die Teams für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess behandelten schwergewichtig folgende Themen:

- Aggressionsbewältigung und Deeskalation
- Verbesserungen in der Arbeitsergonomie
- Alarmierungskonzept überprüft und angepasst
- Meldeportale für Verbesserungen, erkannte Mängel, Patienten- und Mitarbeiterisiken überprüft und neu konzipiert.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Optimierung des Prozess- und Dokumentenmanagements
- Weiterentwicklung Aus-, Weiter- und Fortbildung und Forschung
- Flächendeckende Führungsseminare fürs mittlere und obere Kader
- Miteinbezug der Mitarbeitenden in die Klinikentwicklung bottom up
- Förderung der aufsuchenden Psychiatrie (mobile Equipen)
- Mittelfristig Überdenken Sektorgrösse
- Positionierung Forensik als Kompetenzzentrum
- Ausbau Konsiliar- und Liaisondienst zur Krisenintervention bei geistig Behinderten
- Ateliers/Natur Living Museum:
- Schaffung gerontopsychiatrische Tagesklinik Raum St. Gallen/Rorschach (Memory Klinik)
- Umsetzung Masterplan Gebäude und Areal im Gelände der Psych. Klinik Wil

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Organigramm

☐	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
X	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	190 Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Bruno Facci	071 913 13 21	Bruno.facci@gd-kpdw.sg.ch	Leiter 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 → **Spital / Klinik XY**
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
X	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten:
	Wil SG, St. Gallen, Rorschach und Wattwil.

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Psychiatrie und Psychotherapie	An allen Standorten	Gegenseitige Konsiliar- und Liaisonsdienst mit Spitälern, Heimen und Justizvollzugsanstalten

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		
Ergotherapie	An allen Standorten	
Ernährungsberatung	Wil und St. Gallen	
Logopädie		
Neuropsychologie	Wil und St. Gallen	v.a. mit niedergelassenen Therapeuten
Physiotherapie	Wil	
Psychologie	An allen Standorten	
Psychotherapie	An allen Standorten	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant	3121 Fälle mit 26 494 Konsultationen	---	---	---
Tagesklinik	534 Fälle mit 18693 Behandlungstagen	74	ca. 280 Stunden	---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflegetage
stationär	223	1961 Fälle	40.0	78359

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?			
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:
X	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
X	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...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	
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
X	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse (nur interne Kommunikation)		
X	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument		
☐ Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☐ PEQ			
☐ MüPF(-27)			
X POC(-18)			
☐ PZ Benchmark			
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten			Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja
Verbesserungsaktivitäten				
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)	
Qualitätszirkel	Diverse Aktivitäten zur Verbesserung der Patienten-Zufriedenheit.	Alle Standorte.	laufend	

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?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
X	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
	Bezeichnung der Stelle
	KVP-Beschwerden
	Name der Ansprechperson
	Bruno Facci
	Funktion
	Leiter Qualitätsmanagement
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)
	Mail (via KVP-Meldeportal)
	Bemerkungen

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

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		Begründung:	
X	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.			
X	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...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
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
X	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse (nur interne Kommunikation)	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
☐	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes Name des Messinstitutes
X	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes	In Anlehnung an andere Zufriedenheits-Fragebogen mit Fokus auf eigene Fragestellungen

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten			Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Neukonzeptionierung Angehörigenarbeit auf den Stationen	Vereinheitlichung des Angebotes	Stationärer Bereich, alle Stationen	2011-2012

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?					
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.			Begründung:	
X	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.				
X	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.				

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
X	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse (nur interne Kommunikation)	
X	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
X	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	MECON-Mitarbeiterbefragung	Name des Messinstitutes
			MECON
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten			Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Führungsfortbildungen	Verbesserung der Führungsqualität	Alle Standorte	2011- 2013

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?					
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.			Begründung:	
X	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.				
X	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.				

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fach-bereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
X	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse (nur interne Kommunikation).
X	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
X	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	MECON-Zuweiserbefragung	Name des Messinstitutes
	MECON		
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten			Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

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

D2 ANQ-Indikatoren

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

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

Psychiatrie und Rehabilitation:

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

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

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

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

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		Begründung:
☐	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
X	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
X	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...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

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

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.

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?		
☒	Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung: Wir führen eigene Statistiken über Stürze auf Gerontostationen.
☐	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?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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

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

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

Dekubitus (Wundliegen)

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

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

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?		
☒	Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung: Wir führen eigene Statistiken über Dekubiti auf Gerontostationen.
☐	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?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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

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

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

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

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 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?			
☒	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		Begründung: Wir erheben die Patientenzufriedenheit mit dem PoC-18.
☐	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...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?		0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?		0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		0 = nie 10 = immer	
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		0 = nie 10 = immer	
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?		0 = nie 10 = immer	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Bemerkungen			

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut

☐ hcri AG

☐ MECON measure & consult GmbH

Dezentrales Messinstitut

☐ hcri AG

☐ ESOPE

☐ MECON measure & consult GmbH

☐ NPO PLUS

☐ Stevemarco sagl

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten		
Anzahl der tatsächlich teilgenommenen Patienten		Rücklauf in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
☐	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 im Berichtsjahr 2011			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

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

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

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	X	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Stationen der Gerontopsychiatrie

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
X Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
X	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Formular über Sturzereignisse im KIS
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

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

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

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	X	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Stationen der Gerontopsychiatrie

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐		Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
X		Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐		Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
X	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Formular über Dekubitusereignisse im KIS
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

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

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

D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	X	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Stationen Akut- und Langzeitpsychiatrie, teilweise Gerontopsychiatrie

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
X	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
X	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Die Erfassung erfolgt über die Verordnungen im KIS.
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

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

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

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema

Was wird gemessen?

Risikosituationen

Anzahl Ereignisse, welche die psychische oder physische Sicherheit von Patienten und/oder Personal gefährden.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
X	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
X	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

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

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

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A=Ja, seit 20xx B=nein C = geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.agc.ch		
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch		
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGL 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 ² (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch		
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch		
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch		
Überregionale Krebs-register	B:Name der Fachgesellschaft		
Bemerkung			

² Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
EFQM	Gesamtklinik	2008	2010	Nächste Rezertifizierung offen
EKAS	Gesamtklinik	2008		Nächste 2012
Sicherheit	IT	2008		Nächste 2013
	Labor	2008	2010	Durch Verein für medizinische Qualitätskontrolle
	Röntgen	2008	2010	Durch Firma für Röntgenbedarf
	Apotheke	2008	2011	durch Kantonsapotheke
	Naturpark	2005	2007	Erholungsraum für Patienten und Mitarbeitende Nächste Rezertifizierung 2012

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)

1.1 E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel		
Bereich	☐ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik		

Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?
	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?
	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
	
Involvierte Berufsgruppen	
Projektevaluation / Konsequenzen	
Weiterführende Unterlagen	

Die gültige Strategie Psychiatrie 2008plus baut auf der Strategie Psychiatrie 2000plus auf und entwickelt diese weiter.

Die Weiterentwicklung und der Ausbau eines gelebten und laufend aktualisierten Prozessmanagements in den Kern-, Support- und Managementprozessen ist auch in Zukunft eine ständige Herausforderung. Darüber hinaus verfolgen die KPD-SN eine Stärkung im Bereich Wissensmanagement/Forschung. Das eigens dazu geschaffene COEUR entwickelt sich weiter. Darin werden die Aus-, Fort- und Weiterbildungen zusammengeführt, intensiviert und professionalisiert. Hier wird Lehre zukunftsweisend ausgerichtet und angewandte Forschung in Zusammenarbeit mit Hochschulen und Fachverbänden angestrebt.

Die KPD-SN nehmen im Qualitätsmanagement eine führende Rolle ein. Auf dieser Basis möchten sie sich weiter entwickeln und sehen vor, sich mittelfristig für ESPRIX zu bewerben. Die im 2010 erfolgte Rezertifizierung R4E war ein Meilenstein auf dem Weg dorthin.



Anhänge