



St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
Psychiatrie-Zentrum Rheintal
Psychiatrie-Zentrum Werdenberg Sarganserland
Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet
Klinik St. Pirminsberg
Klosterweg
7312 Pfäfers



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 Spalkategorien **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 Spitalern 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

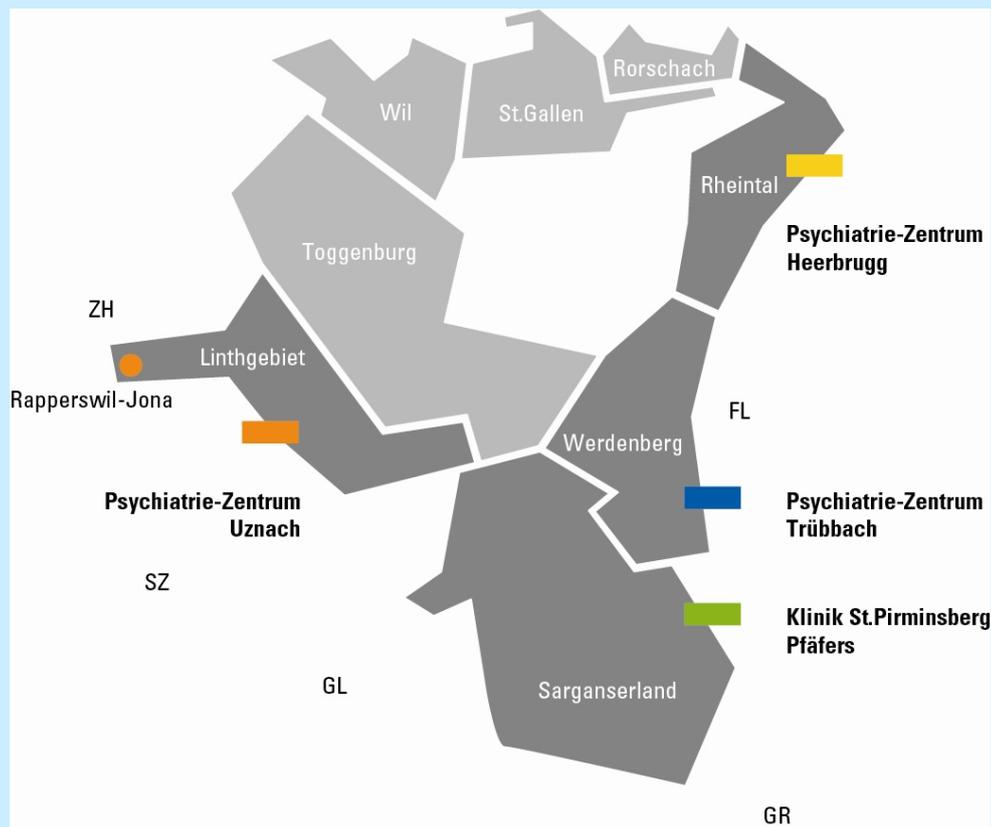
Inhaltsverzeichnis

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	2
	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	6
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011	6
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	7
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	7
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	8
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation).....	9
	C4-4 Personelle Ressourcen	9
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011.....	10
D	Qualitätsmessungen	11
	D1 Zufriedenheitsmessungen	11
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	11
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	13
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit.....	14
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	15
	D2 ANQ-Indikatoren	16
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	17
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	18
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	19
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	21
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	23
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	25
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO).....	25
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	26
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	27
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	28
	D3-5 Dauerkatheter	29
	D3-6 Weiteres Messthema	30
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	31
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	32
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards.....	32
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte.....	32
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	33
F	Schlusswort und Ausblick	34
G	Anhänge.....	35

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.

St.Gallische Psychiatrie-Dienste Südwww.psych.ch

Die St.Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd sind eine rechtlich verselbständigte öffentliche Fachinstitution für die umfassende psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Beratung, Behandlung und Betreuung psychisch kranker und behinderter erwachsener Menschen. Sie sind eingebunden in die regionalen Gesundheitsversorgungssysteme und im südlichen Teil des Kantons St.Gallen tätig.



Die Ziele sind die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und deren Re-Integration in Gesellschaft und Arbeitsmarkt. Die Leistungserbringung erfolgt möglichst vor Ort und eng vernetzt mit den regionalen Leistungspartnern. Ergänzt wird die Behandlungsarbeit mit integrativen und koordinierenden Dienstleistungen. Transparentes Arbeiten und aktives Informieren über das Wesen und die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen trägt zum Abbau von Angst und Vorurteilen bei.

Das Versorgungsmodell ist systemisch-patientenorientiert. Die Grundversorgung erfolgt möglichst gemeindenah, in enger Vernetzung mit lokalen Leistungspartnern. Die ambulanten und tagesklinischen Leistungen werden primär von den drei regionalen Psychiatrie-Zentren in Heerbrugg, Trübbach und Uznach erbracht, die stationäre Versorgung erfolgt am Standort Pfäfers. Die Klinik St.Pirminsborg und die Infrastruktur-Dienste (Administration und Infrastruktur) in Pfäfers sind spezialisierte Dienstleister für die regionalen Zentren.

Handlungsgrundlage bildet die Leistungsvereinbarung mit den kantonalen Gesundheitsbehörden. Im stationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich besteht mit dem Fürstentum Liechtenstein eine Versorgungsvereinbarung.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

- Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen erfahren eine möglichst wohnortnahe Beratung, Behandlung und Betreuung von hoher Qualität. Dies im Verbund mit den anderen regionalen Dienstleistungsanbietern im psychiatrischen und sozialen Kontext.
- Das Profil der Psychiatrie-Dienste Süd wird durch die Mitarbeitenden geprägt. Sie tragen mit ihrer Arbeit und ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung zum hohen Leistungs- und Qualitätsstandard bei. Die Bildungsarbeit dient der Erweiterung der fachlichen und sozialen Fähigkeiten und wird gefördert.
- Der finanzielle Mitteleinsatz zielt auf die Optimierung der Qualität des Kundennutzens und die Vorhaltung geeigneter Infrastruktureinrichtungen ab. Die Gewinnorientierung steht nicht im Vordergrund.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

- Prozessmanagement - Aufrechterhaltungsaudit ISO 9001/2008
- Aufbau Integriertes Risikomanagementsystem – Vorbereitung ISO 31000

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

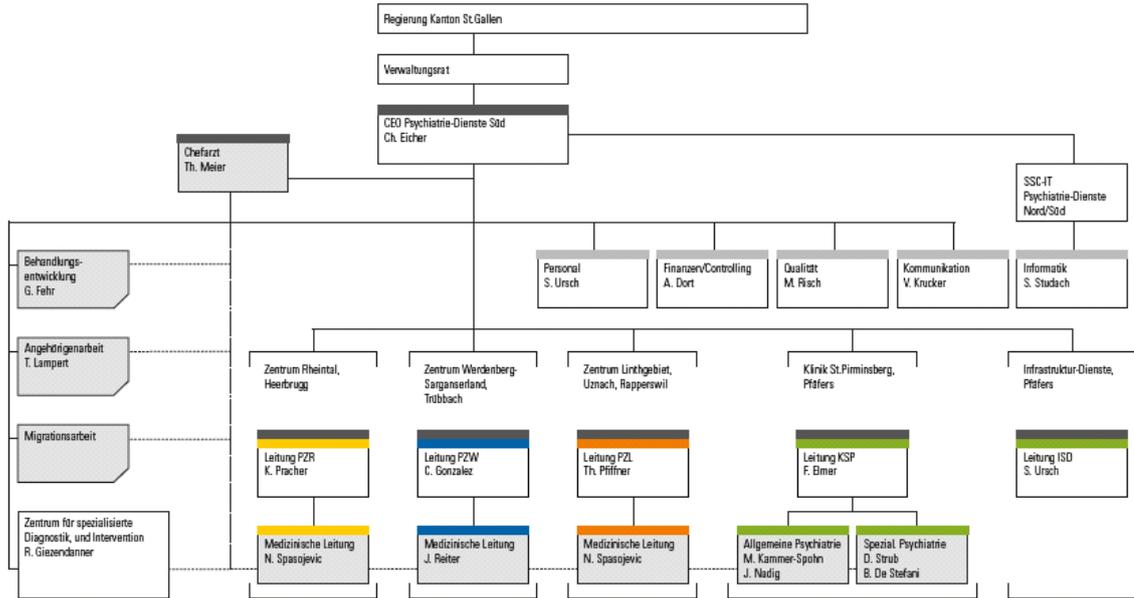
- Aufrechterhaltungsaudit ISO 9001/2008 erfolgreich durchgeführt ohne kritische Abweichungen

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Einführung ANQ – Outcomemessungen und Integration in den Arbeitsalltag
- Weiterführung des Prozessmanagementsystems und Vorbereitung auf EFQM
- Umsetzung Integriertes Risikomanagement

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Aufbauorganisation
Organigramm



Legende



<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 80 Stellenprozente zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med Thomas, MEIER	081 303 60 60	thomas.meier@psych.ch	Chefarzt und Qualitätsverantwortlicher
Mag., Michaela, RISCH	081 303 68 45	michaela.risch@psych.ch	Leiterin Zentralstelle Qualität
Marco, SPRENGER	081 303 68 45	marco.sprenger@psych.ch	Mitarbeiter Zentralstelle Qualität

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 → St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd

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

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten:</p> <p>Psychiatrie-Zentrum Rheintal, Heerbrugg (PZR) Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-Sarganserland, Trübbach (PZW) Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet, Uznach (PZL) Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers (KSP)</p>

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie		
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>		
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>		
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>		
Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i>		
Handchirurgie		
Herz- und thorakale Gefässchirurgie <i>(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)</i>		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
<input type="checkbox"/> Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)</i>		
<input type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>		
<input type="checkbox"/> Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>		
<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 type="checkbox"/> Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)</i>		
<input type="checkbox"/> Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>		
<input type="checkbox"/> Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>		
<input type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)</i>		
<input type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>		
<input type="checkbox"/> Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>		
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>		
<input type="checkbox"/> Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>		
Intensivmedizin		
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Kinderchirurgie		
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>		
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>		
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>		
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>		
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>		
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie		
Psychiatrie und Psychotherapie	PZR PZW PZL KSP	Stiftung förderraum, Spital Altstätten, Alters- und Pflegeheime Spitäler Grabs und Walenstadt, Alters- und Pflegeheime Spital Linth, Alters- und Pflegeheime Kliniken Valens, Ärztenetz PizolCare
Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>		
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>		

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		
Ernährungsberatung		
Logopädie		
Neuropsychologie		
Physiotherapie		
Psychologie	PZR PZW PZL KSP	
Psychotherapie	PZR PZW PZL KSP	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,			
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			
Anzahl stationär behandelter Patienten,			
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene			
Geleistete Pflage tage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Bettenbelegung			

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant	4'857	---	---	---
Tagesklinik	310	44	9'328 Tage im Total	---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflage tage
stationär	140	1414	39.1	50'531

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

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

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

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

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

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

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

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

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

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

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

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

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

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

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

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation		

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

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

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.	Begründung:	
<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 type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers
<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		Kein Zufriedenheits-Wert ausgewiesen	
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 checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> PEQ			
<input checked="" type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mit Demenz ▪ mit Aufenthaltsdauer von weniger als 2 Nächten ▪ wenn der Wiedereintritt innerhalb von weniger als 3 Monaten erfolgte und beim letzten Eintritt bereits ein Fragebogen versendet wurde (Bernadette Wildhaber kann hierzu Auskunft geben). 		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		189		
Rücklauf in Prozenten	42%	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.
Bezeichnung der Stelle	Ombudsstelle für Patienten
Name der Ansprechperson	Michaela Risch
Funktion	Leiterin Qualitätsmanagement
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Di und Do unter 081 303 68 45 oder michaela.risch@psych.ch
Bemerkungen	Beschwerden werden an die Ombudsstelle weitergegeben

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Organisation Nachbetreuung	Verbesserter Informationsfluss ,mit nachbehandelnden Therapeuten	Gesamte Klinik	2012 - 2013
Information und Aufklärung bzgl. Nebenwirkung von Medikamenten	Einbezug des Kernteams in die Aufklärung des Patienten	Gesamte Klinik	2012 – 2013

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 type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		Begründung:
<input type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	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: 2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014
<input 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 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	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<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 checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mecon	Name des Messinstitutes
			Mecon
<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		Begründung:
<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:	2003
		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2012
<input 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 type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fach-bereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mecon	Name des Messinstitutes
			Mecon
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D2 ANQ-Indikatoren

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

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 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:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
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.

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 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 type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
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		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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 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:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input 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 type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
<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

<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
--

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

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
In Prozent:	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

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)

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 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 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 Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
	In Prozent		In Prozent:	
<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			
	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?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		
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			
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	
<input type="checkbox"/>	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	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten			
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten			Rücklauf in Prozent
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

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

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

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

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

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

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

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?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers
<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
<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).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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

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

D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	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?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Akut A, C und D Memory

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 checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

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

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)

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

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

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

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

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

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

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	
Was wird gemessen?	

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

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

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

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

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

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.agc.ch		
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch		
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 ⁵ (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.srrgap.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			

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
ISO 9001/2008	St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd	2010		
Culinarium	Gastronomie und Hotellerie Klinik St. Pirminsberg Pfäfers	2008	2011	dritte Krone
HACCP	St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd	2008	2010	
Zertifikat für Forest Management		2009	Gültig bis 2014	
Zertifikat für naturnahe Gestaltung Areal	Klinik St. Pirminsberg, Pfäfers	2009		Stiftung Natur und Wirtschaft
Minergie Zertifikat	Klinik St. Pirminsberg, Pfäfers, Neubau A6	2010		
QIII	Klinik St.Pirminsberg	2011	Gültig bis 2014	

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)
Dokumentation Behandlung	Evaluation und Anpassung der Dokumentation im Behandlungsverlauf	Gesamte Psychiatrie-Dienste Süd	2012
Managementreview	Aufbau bzw. Dokumentation des Führungsbereichs	Gesamte Psychiatrie-Dienste Süd	2012
Risikomanagement	Aufbau eines Risk-managementsystems und Integration in bestehendes QMS	Gesamte Psychiatrie-Dienste Süd	2011-2013

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Integriertes Risikomanagement	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Einführung eines integrierten Risikomanagements	
Beschreibung	<p>Mit der Einführung eines integrierten Risikomanagement (IRM) soll eine systematische Erfassung und Bewertung aller für die Psychiatrie Süd relevanter Risiken erreicht werden. Dabei müssen die für unsere Organisation relevanten Risiken erkannt und unsere Wahrnehmung darüber berücksichtigt werden. Dafür muss zuerst die Risikopolitik (sie beschreibt generelle Handhabung von Risiken) beschrieben werden. Die Risikopolitik setzt die Rahmenbedingungen für das Risikomanagement, beinhaltet Aussagen zu Entscheidungskriterien, differenziert allenfalls Risiken in Kern- und Randrisiken auf, um Risiken zu externalisieren. Risikopolitik lässt sich als Umsetzungsprozess der Risikoanalyse verstehen. Ferner liegt es in der Verantwortung der Risikopolitik, ein Risikobewusstsein (risk awareness) in allen Unternehmensbereichen zu etablieren. Es liegt in der Rolle des Verwaltungsrates die Risikomanagementpolitik der PDS zu genehmigen. Er delegiert die Umsetzung an die Geschäftsleitung. Alle Aktivitäten in den Psychiatrie-Diensten Süd beinhalten Risiken die verwaltet und gesteuert werden müssen. Das IRM unterstützt die Entscheidungsfindung. Es umfasst dabei die Anwendung der systematischen Methoden, jedoch auch die Kommunikation und Beratung.</p>	
Projekttablauf / Methodik	Das integrierte Risikomanagement orientiert sich dabei an der ISO Norm 31000 und den Umsetzungsnormen ONR 49000.	
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 Mitarbeiter	
Projektelevaluation / Konsequenzen	ISO Norm 31000	
Weiterführende Unterlagen		

Das Qualitätsmanagementkonzept betrifft in erster Linie die Geschäftsleitung der Psychiatrie-Dienste Süd und deren Mitarbeitende. Miteinbezogen in die Qualitätsentwicklung sind unsere externen Partner wie Zuweiser und andere Leistungserbringer im psychiatrischen Umfeld. Unsere Anstrengungen für unsere Anspruchsgruppen sollen spürbar sein – Patienten, Angehörige, Leistungspartner und Finanzierer (Kanton und Krankenkassen). Die Psychiatrie Dienste Süd legen grossen Wert auf Qualität und deren Weiterentwicklung.

Die Qualitätspolitik ist ein Bestandteil der Unternehmenspolitik und beinhaltet die grundsätzlichen An- und Absichten des Unternehmens bezüglich Qualität. Ende 2010 wurde die ISO Zertifizierung nach ISO 9001/2008 erlangt. Weiter wollen die Psychiatrie-Dienste Süd den Weg zur Excellence beschreiten. Im Optimalfall werden in den Geschäftseinheiten mit Unterstützung durch die Zentralstelle Qualität jährlich nach der Radar-Logik Qualitätsziele definiert, umgesetzt und evaluiert. Im Rahmen von Befragungen, Evaluierungen oder Audits werden von der Zentralstelle Qualität Vorschläge für Schwerpunktthemen eingebracht.

- die angestrebten Ergebnisse werden in der Strategie der Organisation verankert.
- es werden integrierte Ansätze für fundiertes Vorgehen geplant und entwickelt um die angestrebten Ergebnisse jetzt und in Zukunft zu erzielen.
- Das Vorgehen wird systematisch umgesetzt und angewendet
- Die umgesetzten Vorgehen und Ergebnisse werden durch kontinuierliche Überprüfung und Analyse bewertet und verbessert. Ausserdem werden Lernprozesse aufrechterhalten.

In der Qualitätsarbeit innerhalb der Psychiatrie-Dienste Süd orientiert man sich an den sieben Grundkonzepten der Excellence. Excellente Organisationen

- ...erfüllen ihre Mission und entwickeln sich in Richtung ihrer Vision. Sie gehen geplant vor und erreichen ausgewogene Ergebnisse in all den Bereichen, die durch die kurz- und langfristigen Bedürfnisse ihrer Interessengruppen bestimmt werden. Sie übertreffen diese Bedürfnisse dort, wo es relevant ist.
- ...wissen, dass Kunden der Hauptgrund für ihre Existenz sind und streben innovativ nach Wertschöpfung für diese. Dies erreichen sie durch Verständnis und Antizipation der Kundenbedürfnisse und Kundenerwartungen
- ... haben Führungskräfte, die die Zukunft konsequent gestalten und verwirklichen. Sie agieren als Vorbilder für Werte und Moral
- ... werden mittels strukturierter und an der Strategie ausgerichteter Prozesse gemanaget. Sie treffen faktenbasiert Entscheidungen um ausgewogene und nachhaltige Ergebnisse zu erzielen
- ... achten ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und schaffen eine Kultur der aktiven Mitwirkung, um einen angemessenen Ausgleich von Organisations- und persönlichen Zielen zu erreichen.
- ... schaffen Mehrwert und steigern ihr Leistung durch kontinuierliche und systematische Innovation, in dem sie die Kreativität all ihrer Interessengruppen nutzbar machen.
- ... suchen, entwickeln und unterhalten vertrauensvolle Partnerschaften mit verschiedenen Partnern, um gemeinsamen Erfolg sicherzustellen. Diese Partnerschaften können unter anderem mit Kunden, gesellschaftlichen Gruppen, Schlüssellieferanten, Bildungsorganisationen oder Nichtregierungsorganisationen eingegangen werden.
- ... schliessen ethische Haltung, klare Werte und die höchsten Verhaltensstandards als integrale Bestandteile in ihre Kultur mit ein, was sie dazu befähigt, ökonomische, soziale und ökologische Nachhaltigkeit anzustreben.



Anhänge