



Uniklinik Balgrist
Forchstrasse 340
8008 Zürich



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 développement 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	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	2
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	3
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
	C1 Angebotsübersicht.....	4
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	6
D	Qualitätsmessungen	7
	D1 Zufriedenheitsmessungen	7
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	9
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	10
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit.....	11
	D2 ANQ-Indikatoren.....	12
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	13
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	14
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	15
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	16
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	18
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	19
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	19
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	20
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	21
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen.....	22
	D3-5 Dauerkatheter	23
	D3-6 Weiteres Messthema	24
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	25
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	26
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	26
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	26
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	27
F	Schlusswort und Ausblick	28
G	Anhänge.....	29

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 Uniklinik Balgrist ist ein hoch spezialisiertes Kompetenzzentrum für die Abklärung, Behandlung und Nachbetreuung von Schädigungen des Bewegungsapparates. Medizinisch gliedert sich das Leistungsangebot in die Bereiche Orthopädie, Paraplegiologie, Rheumatologie, Radiologie, Chiropraktik, Anästhesiologie und Muskuloskelettale Rehabilitation. Das breite Spektrum vernetzter Therapien wird ergänzt durch soziale und psychologische Betreuung, durch Rechtsberatung und berufliche Eingliederungsmassnahmen. Alle Aktivitäten sind darauf ausgerichtet, dem Patienten grösstmögliche Unterstützung zukommen zu lassen.

Die Uniklinik Balgrist erbringt somit für jeden Patienten mit Problemen am Bewegungsapparat die bestmögliche Abklärung, Behandlung und Betreuung. Sie trägt durch Exzellenz in Forschung und Lehre wesentlich zur Verbesserung der weltweiten Behandlungsstandards in Orthopädie und Paraplegiologie bei. Sie bildet und fördert ihre Mitarbeitenden, um diese Mission erfüllen zu können.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätsstrategie

- Die Uniklinik Balgrist betreibt aktiv Qualitätsförderung
- Die Qualitätsförderung wird auf das Erreichen der Unternehmensziele ausgerichtet.
- Qualitätsförderungsmassnahmen sind integrierende Bestandteile der Tätigkeit jedes Mitarbeitenden.

Qualitätsziele

Der Qualitätslenkungsausschuss (QLA) formuliert jährlich die übergeordneten Qualitätsziele der Uniklinik Balgrist, welche in die Qualitätsplanung und das Managementreview aller Bereiche einfließen. Diese sind im Qualitätsplan für das entsprechende Jahr ausgewiesen.

Für das Jahr 2011 wurden gemäss den Klinikschwerpunkten folgende qualitätsrelevanten Ziele definiert:

- Effizienzgewinn - Sparen ohne Qualitätsverlust
- Vorbereitung Einführung DRG

Neben diesen beiden übergeordneten Zielsetzungen wurden diverse weitere bereichs- und prozessspezifische Ziele im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses festgelegt.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

- **Projekt SDS (Same Day Surgery):** Breite Einführung des SDS-Prozesses welches zum Ziel hat, den ganzen Voruntersuchungsprozess zu Optimieren (Aufbau eines Voruntersuchungszentrums). Dadurch werden allfällige Wartezeiten für den Patienten stark verkürzt und eine Begleitung und Führung des Patienten durch den Voruntersuch gewährleistet.
- **Projekt OPS-/Bettendispo:** Übernahme der OPS-Disposition durch die Bettendisposition
- **Intranet/MHB:** Laufende anwenderbezogene Optimierungen
- **Interdisziplinäre Arbeitsgruppen:** Zur Optimierung des ambulanten Prozesses regelmässige interdisziplinäre Arbeitsgruppen durchführen.
- **Patientenbefragung 2010:** Evaluation der Messresultate und Massnahmendefinition/-umsetzung.
- **Qualitätsmanagementsystem nach ISO 9001:2008:** Das seit 2008 klinikweit aufgebaute Qualitätsmanagementsystem wird gelebt und unterstützt die Mitarbeitenden in ihrer täglichen Arbeit (Standards, Checklisten, Richtlinien und umfassende Dokumentation).

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

- **Projekt SDS (Same Day Surgery):** Das Voruntersuchungszentrum konnte in Betrieb genommen werden.
- **Intranet/MHB:** Das Intranet/MHB konnte im 2011 in vielen Bereichen (im Speziellen in der Radiologie und der Physiotherapie) ergänzt werden, sodass diverse anwenderbezogene Optimierungen entstanden.
- **Interdisziplinäre Arbeitsgruppen:** Die Interdisziplinären Arbeitsgruppen haben im 2011 regelmässig getagt und haben wesentlich dazu beigetragen, dass die Prozesse optimiert werden konnten.
- **Patientenbefragung 2010:** Die Resultate aus der Patientenbefragung 2010 wurden detailliert evaluiert und entsprechende Massnahmen definiert. Diese konnten teilweise sofort umgesetzt werden

oder werden im Laufe des Jahres 2012 umgesetzt.

- **Zuweiserbefragung 2011:** Die Resultate aus der Zuweiserbefragung 2011 wurden detailliert evaluiert und entsprechende Massnahmen definiert.
- **Qualitätsmanagementsystem nach ISO 9001:2008:** Die Uniklinik Balgrist hat die Rezertifizierung nach ISO 9001:2008 erfolgreich ohne Auflagen bestanden.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Für 2012 wurden gemäss den Klinikschwerpunkten folgende qualitätsrelevanten Ziele definiert:

- Strategie-Review
- Konsolidierung des Projekt-Portfolios (Stärkung des Projektcontrollings)
- Den Patienten in den Vordergrund stellen

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☒	Andere Organisationsform:	Die Organisation des Qualitätsmanagements stellt eine Mischform dar: Vertretung in der Klinikleitung durch den Spitaldirektor und Qualitätsverantwortlichen der Klinik einerseits, und der Klinikleitung unterstellte Stabsfunktion durch die Unternehmensentwicklung andererseits
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		100 Stellenprocente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Herr Prof. Dr. Christian Pfirrmann	044 386 33 05	christian.pfirrmann@balgrist.ch	Chefarzt und Institutsleiter Radiologie Qualitätsverantwortlicher der Klinik und Vorsteher des QLA
Herr Dr. Serge Altmann	044 386 14 14	serge.altmann@balgrist.ch	Spitaldirektor Mitglied QLA
Herr Istvan Ehrenbaum	044 386 14 16	istvan.ehrenbaum@balgrist.ch	Unternehmensentwicklung Mitglied QLA

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

C1 Angebotsübersicht

Angeborene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Uniklinik Balgrist	
Handchirurgie	Uniklinik Balgrist	
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Uniklinik Balgrist	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Uniklinik Balgrist	
Kinderchirurgie		Kinderspital Zürich
Langzeitpflege	Zentrum für Paraplegie	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Uniklinik Balgrist	
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Uniklinik Balgrist	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Zentrum für Paraplegie	

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	Uniklinik Balgrist	
Ergotherapie	Zentrum für Paraplegie	
Ernährungsberatung	Uniklinik Balgrist	
Physiotherapie	Uniklinik Balgrist	
Wundambulatorium	Uniklinik Balgrist	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	40'414 3'423 4'808 48'645	38'216 3'279 4'408 45'903	Orthopädie Rheumatologie Paraplegiologie Total
Anzahl stationär behandelter Patienten,	4'331 243 240 4'814	4'169 274 235 4'678	Orthopädie Rheumatologie Paraplegiologie Total
Geleistete Pflegetage	29'773 4'865 11'612 46'250	28'938 5'748 12'025 46'711	Orthopädie Rheumatologie Paraplegiologie Total
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	88 21 32 141	88 21 32 141	Orthopädie Rheumatologie Paraplegiologie Total
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.9 20.0 48.4	6.9 21.0 51.2	Orthopädie Rheumatologie Paraplegiologie
Durchschnittliche Bettenbelegung	90% 74% 99% 90%	90% 75% 103% 91%	Orthopädie Rheumatologie Paraplegiologie Total



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?				
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:	
☒	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
☒	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?				
☐	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.			
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument			
☐ Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
☐ PEQ				
☐ MüPF(-27)				
☐ 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	

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.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Assistentin Spitaldirektor
Name der Ansprechperson	Frau Juana Gut
Funktion	Assistentin Spitaldirektor
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Juana.gut@balgrist.ch
Bemerkungen	Zusätzlich steht allen Mitarbeitenden das interne Vorschlags- und Reklamationswesen zur Verfügung, wo Beschwerden (auch von Patienten) direkt dem Spitaldirektor gemeldet werden.

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: Aufgrund der vielen anderen Patientenbezogenen Zufriedenheitsbefragungen wurde auf eine Angehörigenbefragung vorerst verzichtet.
☐	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

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:	
☒	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
☒	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	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?		
☒	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.	
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
☐	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes Name des Messinstitutes
☐	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)

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:	
☒	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	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?		
☒	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.		
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
☐	Externes Messinstrument
Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes
☐	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:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
☒	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:	
☐	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.

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?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		Begründung:	
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.			
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
☒	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:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...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?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		Begründung:	
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☒	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.			
☒	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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:	

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 Patienten³, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

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

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?		
☒	Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung: Die Uniklinik Balgrist ist erst per 01. Januar 2012 dem ANQ beigetreten. Sturzmessung erfolgt ab 2012.
☐	Ja , unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	

³ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 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?		
☒	Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung: Die Uniklinik Balgrist ist erst per 01. Januar 2012 dem ANQ beigetreten. Erfolgt ab 2012.
☐	Ja , unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	

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: Die Uniklinik Balgrist ist erst per 01. Januar 2012 dem ANQ beigetreten.
☐	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	

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... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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.
☐	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 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)

D3-3 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... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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.			
☐ 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 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... →	☐ ...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)

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

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)

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema			
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)

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
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	Ja	B
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	Ja	B
SIRIS ⁴ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	Ja, 01. Januar 2012	A
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	Ja	C
Überregionale Krebsregister	B: Universitäres Tumorzentrum	C, 2012/2013	C
Bemerkung			

⁴ 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
ISO-Zertifizierung Norm: ISO 9001:2008	Ganze Uniklinik	2008	2011	

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
CIRS	Das Ziel ist die Behandlungsqualität und Patientensicherheit laufend zu verbessern.	Medizin	laufend
Vigilanzmeldesystem	Das Ziel ist die Patientensicherheit laufend zu verbessern.	Medizin	laufend
Hygiene Kommission	Die Infektrate zu kontrollieren und zu minimieren.	Ganze Klinik	laufend
Klinisch-wissenschaftliche Qualitätskontrollen	Ziel ist eine qualitativ hohe klinische-Wissenschaft zu betreiben.	Medizin	laufend
Qualitätssicherung Lehre	Ziel ist eine qualitativ hohe klinische-Lehre zu betreiben.	Medizin	laufend
Reklamations- und Vorschlagswesen	Trägt zur laufenden Verbesserung der ganzen Uniklinik bei.	Ganze Klinik	laufend
Managementreview und interne Prozessaudits	Laufende Verbesserung der Abläufe und Zusammenarbeit in der ganzen Uniklinik.	Ganze Klinik	laufend
Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung	Dient der Gesunderhaltung der Mitarbeiter (Prävention).	Ganze Klinik	laufend
Klinikinformationssystem (KIS)	Hohe Effizienz in den Abläufen durch Systemunterstützung und optimal zur Verfügung stehende Patienteninformationen.	Ganze Klinik	laufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	Aufbau präop. Voruntersuchungszentrum (SDS)	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Verkürzen von Wartezeiten und eine Begleitung und Führung der Patienten durch den Voruntersuch.	
Beschreibung	Breite Einführung des SDS-Prozesses welches zum Ziel hat, den ganzen Voruntersuchungsprozess zu Optimieren (Aufbau eines Voruntersuchungszentrums). Dadurch werden allfällige Wartezeiten für den Patienten stark verkürzt und eine Begleitung und Führung des Patienten durch den Voruntersuch gewährleistet.	
Projektablauf / Methodik	• Evaluierung und Planung eines neuen Ablaufes • Bauliche Massnahmen prüfen und umsetzen • Implementieren des neuen Ablaufes • Überprüfen der Umsetzung auf allfällige Verbesserungen • Umsetzen der festgestellten Verbesserungen	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
		
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
		
Einsatzgebiet	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
		
Involvierte Berufsgruppen	Medizin, Pflege, Bettendisposition, Diagnostik	
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

- Wo sinnvoll, werden zur Qualitätssteigerung und Steigerung der effizienten Leistungserbringung Kooperationen mit anderen Spitälern, Forschungs- und Lehranstalten, Praxen, spezialisierten Firmen oder anderen gemeinnützigen Organisationen etc. eingegangen.
- Kooperationen zur Mehrwertschaffung können in der patientenbezogenen Behandlungskette sowohl vor-, wie neben- und nachgelagerte Aktivitäten betreffen.
- Kooperationen mit international führenden Instituten, insbesondere der ETH Zürich, dem Universitäts-Spital Zürich, Kinder Spital und der Universität Zürich, unterstützen die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungs-, Forschungs- und Lehrstandards.
- Kooperationen mit ausgewählten Kliniken und Spitälern werden zur Komplimentierung des Angebotes genutzt (Netzwerk). Sie bewirken eine breitere Basis zu höherer Effizienz und besserer Qualität
- Die Uniklinik Balgrist sorgt mit effektiven, effizienten und innovativen unterstützenden Funktionen (Verwaltung, Querschnittsaktivitäten, Qualitätsmanagement, Klinik- Nebenbetriebe, Komfortmanagement etc.) für eine Fokussierung auf eine ständige Verbesserung in den medizinischen Kernaktivitäten.



Anhänge