



Hirslanden
Klinik Stephanshorn
Brauerstrasse 95
9016 St. Gallen



Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

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.

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/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an **Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen** (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die **interessierte Öffentlichkeit**.

Bezeichnungen

Um die **Lesbarkeit des Qualitätsberichts** 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.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
C1	Angebotsübersicht	7
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	9
D	Zufriedenheitsmessungen	10
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	10
D2	Angehörigenzufriedenheit	12
D3	Mitarbeiterzufriedenheit	12
D4	Zuweiserzufriedenheit	13
E	ANQ-Indikatoren	14
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik	14
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	15
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	16
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	17
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	19
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ	21
F	Weitere Qualitätsmessungen im Bereichsjahr 2012	22
F1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	22
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	23
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	24
G	Registerübersicht	25
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	26
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	26
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	26
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	27
I	Schlusswort und Ausblick	28



Einleitung

Die Klinik Stephanshorn gehört seit Oktober 2010 zur Privatklinikgruppe Hirslanden.

Qualitätsmanagement in der Klinik Stephanshorn ist die Gesamtheit aller Aktivitäten und Anstrengungen zur Erbringung von Dienstleistungen, welche die Bedürfnisse der Patienten und Besucher zu 100% Prozent erfüllen und auch den medizinischen Standards entsprechen. Dazu werden Strukturen und Abläufe dokumentiert, laufend überprüft und optimiert. Die Messung der Ergebnisse gehört ebenso dazu.

Ein Fehlermelde- und Vorschlagssystem ermöglicht allen Mitarbeitenden, an der Verbesserung der Prozesse und am Beseitigen von Fehlern mit zu arbeiten.

Die Klinik Stephanshorn führt regelmässig mit einem dazu spezialisierten externen Institut Patientenbefragungen durch und vergleicht die Ergebnisse mit anderen Privatkliniken.

Die Klinik Stephanshorn beteiligt sich ebenso am anerkannten schweizerischen Messsystem der ANQ; zurzeit werden folgende Ergebnisse gemessen: Sturz- und Dekubitusrate, Reoperation, Rehospitalisation, Infektionsrate gemäss SwissNoso und die Patientenbefragung gemäss PEQ.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätspolitik von Hirslanden

- Patienten, Ärzte, Mitarbeiter und Partner wählen Hirslanden, weil sie vom umfassenden Qualitätsmanagement der Gruppe profitieren wollen.
- Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels „Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment und differenziert sich im Markt über Qualitätsführerschaft“ ausgerichtet.
- Hirslanden stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.
- Hirslanden setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement.
- Hirslanden verpflichtet sich der kontinuierlichen Verbesserung (KVP), unterstützt durch Transparenz und Benchmarking und stellt sich den nach dem KVG vorgegebenen Qualitätsvergleichen
- Durch die konsequente Nutzung der Synergien innerhalb der Kliniken setzt Hirslanden Standards im Qualitätsmanagement in der Schweizer Spitallandschaft. Die Umsetzung der Qualitätspolitik wird durch den bestehenden Hirslanden Qualitätsentwicklungsplan sichergestellt.

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

B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

Das Jahr 2012 stand ganz im Zeichen der Vorbereitung für eine erfolgreiche ISO-Zertifizierung im Dezember 2012. Alle Prozesse wurden in der gruppenweit eingesetzten Software IMS, einem integrierten Managementsystem, erstellt und dokumentiert.

Im Frühling fand die erste Patientenbefragung mit dem Picker- Fragebogen statt.

Ein weiteres zentrales Element war die Durchführung der durch den ANQ empfohlenen Qualitätsmessungen:

- Infektionen nach bestimmten Operationen SwissNOSO
- Nationale Patientenbefragung mit dem PEQ Fragebogen
- Prävalenzmessung von Sturz und Dekubitus mit dem Instrument LPZ
- Messungen von Sturz, Dekubitus, Reoperation und Rehospitalisation

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

- Inhouse- Auditorenschulung durch SAQ-Qualicon: 16 Kadermitglieder konnten an der Schulung teilnehmen und wurden anschliessend als interne Auditoren eingesetzt.
- Einführung IMS in der ganzen Klinik: Mittels Schulungen konnten alle Mitarbeitenden eine Einführung ins IMS und Qualitätsmanagement erleben.
- Einführung CIRS in der ganzen Klinik: Das neue H-CIRS Tool gab uns die Möglichkeit, mit der Neueinführung ebenfalls das Thema CIRS neu zu schulen.
- Erlangen des ISO-Zertifikats 9001:2008
- Aufgleisung Beschwerdemanagement: Der Prozess des Beschwerdemanagement konnte definiert werden und das dazugehörige Formular wurde erstellt.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Für das Kalenderjahr 2013 wird die Bearbeitung der besprochenen Empfehlungen aus dem ISO-Auditbericht ein Schwerpunkt sein, um das Überwachungsaudit im Dezember 2013 ebenfalls zu bestehen.
- Das Vorschlagswesen wird eingeführt und muss sich etablieren.
- Vorbereitungen für das Self- Assessment nach EFQM werden im Kalenderjahr 2013/14 beginnen.
- Die Einführung und Etablierung der Vigilanzen wird im Kalenderjahr 2013 umgesetzt.

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:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	120% Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Andrea Rütsche	531	andrea.ruetsche@stephanshorn.ch	Qualitätsverantwortung
Markus Baumgartner	583	markus.baumgartner@stephanshorn.ch	Qualitätsbeauftragter
Rahel Simmen	663	rahel.simmen@stephanshorn.ch	Junior Qualitätsbeauftragte
Karin Binder	879	karin.binder@stephanshorn.ch	Hygienebeauftragte
Rahel Simmen			IQIP Erhebungsperson
Dr. Andreas Stahel	820	andreas.stahel@stephanshorn.ch	Materiovigilanzebeauftragter
Dr. Andreas Stahel			Pharmakovigilanzebeauftragter
Dr. Andreas Stahel			Hämatovigilanzebeauftragter
Rahel Zähnler	584	christoph.oberhaensli@stephanshorn.ch	Strahlenschutzbeauftragte/-er
....			Transplantationskoordinator/-in
Peter Knechtli	539	peter.knechtli@stephanshorn.ch	EKAS Verantwortlicher
Rahel Simmen			CIRS Beauftragte
Rahel Simmen			Pickerbeauftragte
Markus Baumgartner			Kodierverantwortung



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 → Klinik Stephanshorn → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe		
☒	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	Brauerstrasse 95, 9016 St. Gallen

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	....	....
Allgemeine Chirurgie	Klinik Stephanshorn	....
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Klinik Stephanshorn	....
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	....	....
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Klinik Stephanshorn	....
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	....	Zetup
Handchirurgie	Klinik Stephanshorn	....
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und am Gefässen im Brustkorb und-raum)	....	....
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Klinik Stephanshorn	....
☐ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	....	....
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Klinik Stephanshorn	....
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Klinik Stephanshorn	....
☐ Geriatrie (Altersheilkunde)	....	....

Angebote medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph- systems)	Klinik Stephanshorn	Zetup
☐ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	....	....
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	....	Kantonsspital St. Gallen
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)	Klinik Stephanshorn	....
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Klinik Stephanshorn	....
☐ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	....	....
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Klinik Stephanshorn	....
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe)	Klinik Stephanshorn	....
Intensivmedizin	....	....
Kiefer- und Gesichtschirurgie	....	....
Kinderchirurgie	Klinik Stephanshorn	
Langzeitpflege	....	....
Neurochirurgie (ausschliessliche Wirbelsäulenchirurgie)	Klinik Stephanshorn	
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)	....	Rheinburgklinik Ambi
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	....	....
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Klinik Stephanshorn	....
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Klinik Stephanshorn	....
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	....	....
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)- kranker)	Klinik Stephanshorn	Zetup
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Klinik Stephanshorn	....
Psychiatrie und Psychotherapie	....	....
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	Klinik Stephanshorn	....
Tropen- und Reisemedizin	....	....
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Klinik Stephanshorn	....

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	Klinik Stephanshorn	....
Psychologie		
Psychotherapie		

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	20'735	20'159	Radiologie- und Tagesklinik- Patienten
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener	0	3	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	5'517	5'112	
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	837	837	
Geleistete Pflegetage	30'271	28'665	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	85	85	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5.4	5.5	
Durchschnittliche Bettenbelegung	81%	76%	

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 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	☒	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	alle stationären Patienten
☐	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	
Gesamtzufriedenheit stationäre Patienten, Chirurgie	89.2 %	Maximum 100%	
Wiederempfehlungsquote stationäre Patienten Chirurgie	90.9%	Maximum 100%	
Gesamtzufriedenheit stationäre Patienten, Wochenbett	79.3%	Maximum 100%	
Wiederempfehlungsquote stationäre Patienten Wochenbett	80.2%	Maximum 100%	
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
☒	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 Instruments	Name des Messinstituts
☒	PEQ		
☐	MüPF(-27)		
☐	POC(-18)		
☐	PZ Benchmark		
☐	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instruments			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Picker: alle austretenden stationären Patienten ab 18 Jahren (Zeitraum Februar bis Mai 2012) PEQ: alle austretenden stationären Patienten ab 18 Jahren (Zeitraum September 2012)		
	Ausschlusskriterien	- Alle Patienten unter 18 Jahren - ambulante Patienten		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		Picker: Chirurgisch: 523, Wochenbett: 93 PEQ: 275		
Rücklauf in Prozent		Picker: 55.8% PEQ: 62.37%	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	Qualitätsbeauftragter
Name der Ansprechperson	M. Baumgartner
Funktion	Leiter Finanz- und Controllerdienst
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	071 282 75 83
Bemerkungen	

D2 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 die Angehörigenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☐	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

D3 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 die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	☒	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

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	7.76	Scala 1 - 10
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Arbeitsinhalt / Sinn der Arbeit	8.05	Scala 1 - 10
Umgang miteinander	7.45	Scala 1 - 10
Mitarbeiterentwicklung	7.6	Scala 1 - 10
Zufriedenheit mit Führung	7.64	Scala 1 - 10
Arbeitszufriedenheit	8.05	Scala 1 - 10
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒ Externes Messinstrument				
Name des Instruments			Name des Messinstituts GFK	
☐ Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent		68%	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja

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

D4 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 die Zuweiserzufriedenheit nicht .
	Begründung
☐	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.
☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.
☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:



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 ANQs 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.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

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.

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	☒	☐	☐
SIRIS Implantat-Register	☒	☐	☐
Bemerkung			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®¹ 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: www.ang.ch und www.sqlape.com

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?					
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		☐ ...nur an folgenden Standorten:			
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:			
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:					
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
Intern	Extern				
					A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
☒ Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.					
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					
Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinstanz		Bundesamt für Statistik BFS ³			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)			
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.			
Anzahlbezogene Fälle (Risikopopulation)					
Bemerkung					
Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten					
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)		

¹ SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

² A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen.

³ 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 Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein 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. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
				A = gut B = normal C = muss analysiert werden

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☒	Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ⁵

Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Anzahleinbezogene Fälle (Risikopopulation)		
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

⁴ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen.

⁵Die 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 Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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 ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende 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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde 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:	

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:				Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☒ Gallenblase-Entfernungen	15	0	0% ()	0% ()
☐ Blinddarm-Entfernungen	....	....		
☐ Hernieoperationen	....	....		
☒ Dickdarm (Colon)	21	0	0% ()	9.52% ()
☐ Kaiserschnitt (Sectio)	....	....		
☐ Herzchirurgie	....	....		
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	0	Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.		
☒ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	49			
☐ Magenbypassoperationen (optional)	....	....		
☐ Rektumoperationen (optional)	....	....		
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
☐ Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung				

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	SwissNOSO

⁶Das 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.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Anzahleinbezogene Fälle (Risikopopulation)		
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁷ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum			
Messinstitution	Berner Fachhochschule		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		80	Anteil in Prozent (Antwortrate) 84%
Bemerkung		10% nicht anwesend, nur 6 % kein Interesse	

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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:
Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		2012	
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁸	
4	In Prozent	2%	Alle vier Stürze ereigneten sich vor dem Klinikeintritt
☐ Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

⁷ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

Dekubitus (Wundliegen)

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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:	

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:	2012	Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4	0	0%
	ohne Kategorie 1	0	0%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 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.

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

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:	

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.55	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.43	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.5	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.27	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.63	0 = nie 10 = immer

Bemerkungen	
☐	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut	Dezentrales Messinstitut
☒ hcri AG	☐ hcri AG
☐ MECON measure & consult GmbH	☐ MECON measure & consult GmbH
	☐ ESOPE
	☐ NPO PLUS
	☐ Stevemarcosagl
	☐ QM Riedo

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		440	
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten		276	Rücklauf in Prozent 62.73%
Bemerkung		....	



Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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		
Infektionen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
2		
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: KISS

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten bei folgenden OP: - Hüftendoprothese - Knieendoprothese - Sectio Caesarea - Colon-OP	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		540	Anteil in Prozent 100%
Bemerkung			

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

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
44	30	14	
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012

☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	IQIP

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten in der Klinik, bei welchen sich einen Sturz ereignet hat	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung		Änderung der Sturzdefinition aufgrund von IQIP, Zunahme der Sturzmeldungen	

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 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		
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
1	56	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	IQIP

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten in der Klinik, bei welchen ein Dekubitus entdeckt wurde	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung		Bewusstsein Spannungsblase = Dekubitus Grad II hat zur massiven Erhöhung der Dekubitusstatistik geführt (Sensibilisierung durch Prävalenzmessung)	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Spannungsblasen	Reduktion der Spannungsblasen in allen Bereichen	OPS, Anästhesie, Pflege, Hygiene	Jahr 2013



Registerübersicht

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.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?

☐ **Nein**, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.

Begründung

☒ **Ja**, unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

Registerübersicht

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitäts- sicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	Sep- tember 2012	Klinik Stephanshorn
Bemerkung				

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 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	Ganze Klinik	2012		

H2 Übersicht überlaufende 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)

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	Einführung des Prozessmanagement und ISO-Zertifizierung	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Mittels einem integrierten Managementsystem das Prozessmanagement einführen	
Beschreibung	Das integrierte Managementsystem IMS wurde wie in allen anderen 13 Kliniken eingeführt und als Jahresabschluss die ISO-Zertifizierung 2008:9001 angestrebt.	
Projektablauf / Methodik	Schulung der Prozesseigner Prozesse dokumentieren MA in den jeweiligen Bereichen geschult interne Audits durchgeführt Externes Audit durchgeführt und Zertifikat erreicht	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☒ im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? 	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	16 Kaderpersonen wurde als interne Auditoren geschult	
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

Schlusswort und Ausblick

Ausblick:

- Für das Kalenderjahr 2013 wird die Bearbeitung der besprochenen Empfehlungen aus dem ISO-Auditbericht ein Schwerpunkt sein, um das Überwachungsaudit im Dezember 2013 ebenfalls zu bestehen.
- Das Vorschlagswesen wird eingeführt und muss sich etablieren.
- Vorbereitungen für das Self- Assessment nach dem EFQM werden im Kalenderjahr 2013/14 beginnen.
- Die Einführung und Etablierung der Vigilanzen wird im Kalenderjahr 2013 umgesetzt.