HIRSLANDEN
KLINIK STEPHANSHORN

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Version 7.0

Akutsomatik

Hirslanden
Klinik Stephanshorn
Brauerstrasse 95
9016 St. Gallen
www.hirslanden.ch

Freigabe am: **31. Mai 2014**
durch: **Andrea Rütsche, Direktorin**

© H+ Die Spitäler der Schweiz I Les Hôpitaux de Suisse I Gli ospedali Svizzeri

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und 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 ... 1
B Qualitätsstrategie ... 2
B1 Qualitätsstrategie und -ziele ... 2
B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013 ... 2
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013 ... 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 2013 ... 6
D Zufriedenheitsmessungen ... 7
D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit ... 7
D2 Angehörigenzufriedenheit ... 9
D3 Mitarbeiterzufriedenheit ... 9
D4 Zuweiserzufriedenheit ... 10
E Nationale Qualitätsmessungen ANQ ... 1
E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik ... 1
E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® ... 2
E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® ... 3
E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso ... 4
E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ ... 6
E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik ... 9
E1-7 SIRIS Implantatregister ... 10
F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013 ... 11
F1 Infektionen (andere als mit Swissnoso) ... 11
F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) ... 12
F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ) ... 13
F5 Dauerkatheter ... 14
G Registerübersicht ... 15
H Verbesserungsaktivitäten und -projekte ... 16
H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards ... 16
H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte ... 16
H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte ... 17
I Schlusswort und Ausblick ... 18

A Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 der Klinik Stephanshorn wertvolle Informationen liefern zu können.

B Qualitätsstrategie

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 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

ISO-Aufrechterhaltungsaudit:

Nach der Erstzertifizierung im Dezember 2012 stand als Schwerpunkt die Erreichung des Aufrechterhaltungsaudits durch eine kontinuierliche Qualität in allen Prozessen unserer Klinik. Ebenfalls zum Thema ISO war als Schwerpunkt die Umsetzung der verschiedenen Punkte aus dem ersten Audit.

Start im Thema EFQM:

Hirslanden setzt sich zum Ziel für alle Kliniken Business Excellence zu erlangen. Als erster Schritt dazu werden alle alle Kaderpersonen zum Thema EFQM geschult, um den weiteren Weg planen zu können.

Teilnahme an allen definierten ANQ-Messungen:

Wie bereits in den vorherigen Jahren standen ebenfalls die Messungen des ANQs als Schwerpunkt im Kalenderjahr. Wie die Jahre zuvor werden in der Klinik Stephanshorn folgende Indikatoren gemessen und Befragungen durchgeführt:

- Messung: Dekubitus
- Messung: Sturz
- Messung: Rehospitalisation
- Messung: Reoperation
- Messung: Prävalenzmessungstag
- Befragung: PEQ

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

ISO-Aufrechterhaltungsaudit:

Das ISO-Aufrechterhaltungsaudit konnte im Dezember 2013 erfolgreich bestanden werden. Die vorgeschlagenen Massnahmen aus der Erstzertifizierung wurden grösstenteils als sinnvoll angesehen und wurden umgesetzt. So wurde auch das Verbesserungs- und Vorschlagswesen eingeführt, welches mittlerweile gut implementiert ist.

Start im Thema EFQM:

Im Herbst 2013 wurden alle Kadermitarbeitenden zum Thema EFQM durch Herr Häfliger der Firma SAQ Qualicon geschult. Nach dem Schulungstag wurde die Selbstbeurteilung mittels eines Fragebogens durchgeführt, damit fürs neue Jahr der Weg zu Committed to excellence beginnen kann.

Teilnahme an allen definierten ANQ-Messungen:

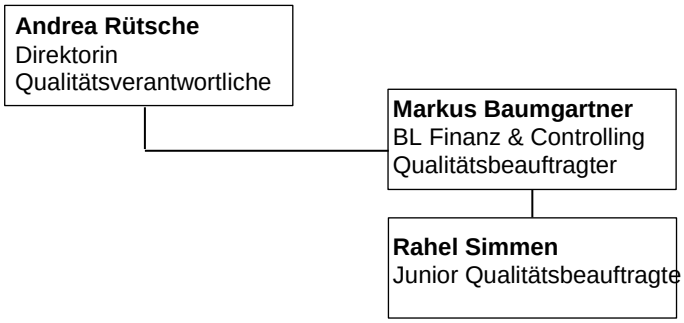
Alle Messungen und Befragungen konnten anhand des ANQ-Jahresplans durchgeführt werden. Aus den Resultaten wurden Massnahmen abgeleitet, definiert und umgesetzt.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

ISO 9001:2008
Weiterhin wird ein Schwerpunkt sein, die Kriterien der ISO-Zertifizierung jährlich zu erreichen und jeweils die externen Audits erfolgreich zu bestehen.

EFQM:
Die Klinik Stephanshorn hat sich zum Ziel gesetzt, bis im Frühling 2015 eine Fremdbewertung im EFQM durchzuführen. Für diesen Weg werden im Jahr 2014 drei Projekte bearbeitet, welche als Bewerbung für das Erreichen des Zertifikats Committed to excellence eingereicht werden können.

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	633	rahel.simmen@stephanshorn.ch	Junior Qualitätsbeauftragte
Karin Binder	879	karin.binder@stephanshorn.ch	Hygienebeauftragte
Rahel Simmen	633	rahel.simmen@stephanshorn.ch	IQIP Erhebungsperson
Dr. Andreas Stahel	820	andreas.stahel@stephanshorn.ch	Vigilance-Verantwortlicher
Dr. Christoph Oberhänsli	868	christoph.oberhaensli@stephanshorn.ch	Strahlenschutzbeauftragte/-er
Peter Knechtli	539	peter.knechtli@stephanshorn.ch	EKAS Verantwortlicher
Rahel Simmen	633	rahel.simmen@stephanshorn.ch	CIRS Beauftragte

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

http://www.hirslanden.ch/global/de/startseite/ueber_uns/medien/jahresbericht_qualitaetsbericht.html

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Klinik Stephanshorn → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe				
☒ Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	und folgendem Angebot:			
	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Langzeitpflege
Brauerstrasse 95, 9016 St. Gallen	☒	☐	☐	☐

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	**An den Standorten**	**Zusammenarbeit im Versorgungs-netz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	….	….
Allgemeine Chirurgie	Klinik Stephanshorn	….
Anästhesiologie und Reanimation *(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensiv-medizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)*	Klinik Stephanshorn	….
Dermatologie und Venerologie *(Behandlung von Haut- und Geschlechts-krankheiten)*	….	….
Gynäkologie und Geburtshilfe *(Frauenheilkunde)*	Klinik Stephanshorn	….
Medizinische Genetik *(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)*	….	ZeTuP
Handchirurgie	Klinik Stephanshorn	….
Herzgefässchirurgie	….	….
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)*	….	….

Angebotene 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	ZeTuP
☐ 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	Klinik Stephanshorn	….
Kiefer- und Gesichtschirurgie	….	….
Kinderchirurgie	Klinik Stephanshorn	….
Langzeitpflege	….	….
Neurochirurgie	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	….
Thoraxchirurgie *(Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum)*	….	….
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	….	eSwiss-Zentrum
Ergotherapie	….	….
Ernährungsberatung	….	eSwiss-Zentrum
Logopädie	….	….
Neuropsychologie	….	….
Physiotherapie	Klinik Stephanshorn	….
Psychologie	….	….
Psychotherapie	….	….

C2 Kennzahlen 2013

Kennzahlen	**Werte 2013**	**Werte 2012**	**Bemerkungen**
Anzahl **ambulant** behandelter Patienten,	18029	20‘735	Notfall-, Radiologie- und Tagesklinik- Patienten
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener	0	0	
Anzahl **stationär** behandelter Patienten,	6093	5‘517	
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	892	837	
Geleistete Pflegetage	33120	30‘271	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2013	85	85	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5.4	5.4	
Durchschnittliche Bettenbelegung	91.1%	81%	
			Bemerkung

D 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 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 2013** wurde eine Messung durchgeführt.		
	☒ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014

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		
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 Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	2012
☐	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	alle austretenden stationären Patienten ab 18 Jahren (Zeitraum Februar – Mai 2012)			
	Ausschlusskriterien	- Alle Patienten unter 18 Jahren - ambulante Patienten			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		Chirurgisch: 523, Wochenbett: 93			
Rücklauf in Prozent		55.8%	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 Beschwerde-management 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, Bürozeiten
	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 Angehörigen-zufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheits-messung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst** die Angehörigenzufriedenheit **nicht**.		
	Begründung		
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Angehörigenzufriedenheit.		
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt.		
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** 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 2013** wurde eine Messung durchgeführt.		
	☒ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	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:	Klinik Stephanshorn
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	**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	7.60	Scala 1 - 10
Zufriedenheit mit Führung	7.64	Scala 1 - 10
Arbeitszufriedenheit	8.05	Scala 1 - 10

☒	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	2012
☐	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

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 2013** wurde eine Messung durchgeführt.			
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	

E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler 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 der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 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	☒	☐	☐
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.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:	Klinik Stephanshorn
☐	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**[2] A, B oder C
Intern	**Extern**			

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☒	Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist **nicht abgeschlossen**.
☐	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.
Anzahl auswertbare Austritte		
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. Diese Fälle sollten analysiert werden.

[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 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

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:	Klinik Stephanshorn
☐	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**[4] A, B oder C

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☒	Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist **nicht abgeschlossen**.
☐	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.).
Anzahl auswertbare Operationen		
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. Diese Fälle sollten analysiert werden

[5] 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 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

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. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

Ab dem 1. Oktober 2013 erfassen alle Spitäler, die Appendektomien durchführen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, auch postoperative Wundinfektionen. Die Ergebnisse erhalten die Spitälern und Kliniken im März 2015.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Swissnoso

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					**Vorjahreswerte**
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions-messungen nach folgenden Operationen:	**Anzahl beurteilte Operationen** (Total)	**Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen** (N)	**Infektionsrate %**	**Vertrauens-intervall [6] CI = 95%**	**Infektionsrate %** (Vertrauens-intervall CI = 95%)
☒ Gallenblase-Entfernungen	25	0	0.0 %	0.00%	0.00% ( )
☐ Blinddarm-Entfernungen	…	…	… %	…	… % ( )
☐ Hernienoperationen	…	…	… %	…	… % ( )
☒ Dickdarm (Colon)	24	0	0.00 %	0.00%	0.00%( )
☐ Kaiserschnitt (Sectio)	…	…	… %	…	… % ( )
☒ Magenbypassoperationen (optional)	13	1	7.69 %	1.4 %	0.00% ( )
☐ Rektumoperationen (optional)	…	…	… %	…	… % ( )

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

- **13 Magenbypässe:** wurden fälschlicherweise erfasst → gehören nicht zu den definierten Indikatoren. Diese konnten nicht mehr entfernt werden.

☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	

[6] Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2013 (1. Oktober 2012 – 31. September 2013) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012					**Vorjahreswerte**
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions-messungen nach folgenden Operationen:	**Anzahl beurteilte Operationen** (Total)	**Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen** (N)	**Infektionsrate %**	**Vertrauens-intervall**[7] **CI = 95%**	**Infektionsrate %** (Vertrauens-intervall CI = 95%)
☐ Herzchirurgie					
☐ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen					
☒ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	52	2	3.85%	3.8 %	
Wertung der Ergebnisse					
☐ Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.					
Begründung					

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Mess-ergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Mess-ergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkung		

[7] Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung[8] 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

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 2013 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	- Chirurgische Abteilung
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Deskriptive Messergebnisse 2013			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.			**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen[9]**
1	In Prozent	2 %	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), 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, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		49	Anteil in Prozent (Antwortrate)	68 %
Bemerkung		23 % nicht anwesend, nur 9 % kein Interesse Im Vergleich zum letzten Jahr wurden die Wöchnerinnen nicht befragt. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 10 Betten gesperrt.		

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

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die Resultate der diesjährigen Erhebung haben zu keinen neuen Erkenntnissen geführt. Das Bewusstsein für Spannungsblasen ist weiterhin präsent und das Auftreten konnte durch die eingeleiteten interdisziplinären Massnahmen der Vorjahre verringert werden.

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.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch. Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Dekubitus bei Kindern stehen in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	- Chirurgische Abteilung
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	1	2 %
	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	1	2 %
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0 %

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-prävalenz	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	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), 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.		
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	- Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung		
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		49	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	68 %
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche		0	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	0 %
Bemerkung		23 % nicht anwesend, nur 9 % kein Interesse Im Vergleich zum letzten Jahr wurden die Wöchnerinnen nicht befragt. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 10 Betten gesperrt.		

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten
Die Resultate der diesjährigen Erhebung haben zu keinen neuen Erkenntnissen geführt. Das Bewusstsein für Spannungsblasen ist weiterhin präsent und das Auftreten konnte durch die eingeleiteten interdisziplinären Massnahmen der Vorjahre verringert werden.

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 2013 in der Akutsomatik

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.

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

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	**Zufriedenheits-Wert** (Mittelwert)	**Vertrauens-intervall**[10] CI=95%	**Wertung der Ergebnisse**
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.4		0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.3		0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.6		0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.1		0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.4		0 = nie 10 = immer

Bemerkungen	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

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 2013 das Spital verlassen haben.		
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.		
Anzahl angeschriebene Patienten		455		
Anzahl eingetroffener Fragenbogen		267	Rücklauf in Prozent	58.7 %
Bemerkung		Aufgrund der guten Resultate wurden keine spezifischen Massnahmen ergriffen.		

[10] Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

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

Messergebnisse
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlich: www.anq.ch
Bemerkung

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantate
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkung		

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO)

F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013

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 2013 die Messung durchgeführt?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	Klinik Stephanshorn
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse		
Infektionen		**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
3		
☐	Die Messung 2013 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 2013			
☐	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 - Abdominelle Hysterektomie - Cholezystektomie - Colon-OP
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten		239
Bemerkung		Beschluss der Hygienekommission; Colonchirurgie, Abd. Hysterektomie, Cholezystektomien per Ende Dezember 2013 beenden. Neu seit 01.08.2013 Erfassung von Device assoziierte HWI, Device assoziierte Sepsis, Device assoziierte Pneumonie und Mitternachtsstatistik an der Intensivstation. Ab 2014 Erfassung der Indikatoren Hüft TP und Knie TP.

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 2013 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	Klinik Stephanshorn
☐	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**
45	12	25	Bei 15 Stürzen wurde die Überwachung intensiviert

☐	Die Messung 2013 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 2013			
☒	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 gestürzte Patienten		45
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Schlafförderung Musik	Evidenznachweis durch Pflegequalitätsgruppe zur Schlafförderung mit Musik anstelle von Schlafmedikamenten	Pflege	Jahresziel 2014

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 2013 die Messung durchgeführt?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	Klinik Stephanshorn
☐	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**
2	52	davon 41 Spannungsblasen

☐	Die Messung 2013 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 2013			
☒	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		
Bemerkung		Im Laufe des Jahres wurden die Ärzte und das Personal auf die Thematik sensibilisert. Eine Testphase mit Comfeel konnte als positiv bewertet werden. Spannungsblasen sind seit dem 2. Quartal rückläufig.

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Dekubituskonzept	Erstellen eines Dekubitus-konzeptes	Pflege	Jahresziel 2014

F5 Dauerkatheter

Messthema	**Dauerkatheter**
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?				
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒	...nur an folgenden Standorten:	Intensivstation
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Dauerkatheter	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Keine Infekte aufgrund Dauerkatheter bei Patienten, welche auf der Intensivstation lagen	

☐	Die Messung 2013 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 2013			
☒	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	Alle Intensivstation-Patienten welche einen Harnwegskatheter, einen zentralen Venenkatheter oder einen Intubationskatheter hatten
	Ausschlusskriterien	keine
Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten		
Bemerkung		Die Messung läuft erst seit der Eröffnung der Intensivstation im August 2013.

G 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[11]

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2013	Klinik Stephanshorn
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2013	Klinik Stephanshorn
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2013	Klink Stephanshorn
Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA	Alle	krebsliga-sg.ch/de/index.cfm		Klinik Stephanshorn

[11] Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

H 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		Aufrechterhaltungsaudit im 2013
Brustzentrum Qualitätslabel der schweizerischen Krebsliga (SGS)	Brustzentrum	2013		In Zusammenarbeit mit dem ZeTuP SG

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
EFQM	Fremdbeurteilung	Ganze Klinik	Januar 2014 – März 2015
ISO 9001:2008	Rezertifizierung	Ganze Klinik	Dezember 2015
Safety Check	Hohe Patientensicherheit anbieten	Pflege / OP / Anästhesie / Belegärzte	laufend

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?		
☐	**Nein**, unser Betrieb hat kein CIRS?	
	Begründung	
☒	**Ja,** unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.	
	☒	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.
	Bemerkung	Das CIRS ist in der Klinik seit langem bekannt. Im November 2012 wurden alle Mitarbeiter erneut darauf geschult. Ebenfalls nehmen alle neuen Mitarbeiter am Einführungstag an einer Sequenz zum Thema CIRS teil.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	**Einführung Safety Check**	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Eine klinikeigene angepasste Safety Check Liste zu haben, welche im Thema Patientensicherheit Unterstützung anbietet	
Beschreibung	Mit der Vorlage der WHO-Checkliste wurde mit Führungspersonen aus den Bereichen Pflege, Anästhesieärzte, Anästhesiepflege und Qualitätsmanagement eine für die Klinik angepasste Version der Safety Checkliste erstellt.	
Projektablauf / Methodik	- Erstellen einer neuen Safety Checkliste - Vorstellen der neuen Checkliste im Kader und in der Qualitätskommission - Verabschiedung durch die Direktorin - Information an alle Belegärzte und Mitarbeiter über die neue Safety Checkliste und der Verbindlichkeit dieser Liste	
Einsatzgebiet	☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Pflegeabteilungen, Intensivstation, Tagesklinik, Aufwachraum, OP-Bereich	
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Anästhesieärzte, Anästhesiepflege, Qualitätsmanagement	
Projektevaluation / Konsequenzen	Die Checkliste ist etabliert im Betrieb und es wird anhand der Liste gearbeitet. Einige kleine Optimierungen stehen im Prozess noch an.	

Projekttitel	**Einführung Vorschlagswesen**	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Ein klinikweites Vorschlagswesen für alle Mitarbeiter zugänglich zu führen	
Beschreibung	Alle Mitarbeiter haben mittels des Vorschlagwesens die Möglichkeit, ihre Ideen zur Optimierung oder zu Einsparungen einzureichen	
Projektablauf / Methodik	- Erstellen eines Meldeformulares für das Vorschlagswesen - Erstellen eines Informationsschreibens mit dem Sinn und dem Zweck des Vorschlagwesens - Information über das Kader an alle Mitarbeitenden	
Involvierte Berufsgruppen	Erstellt und verabschiedet von den Mitgliedern der Qualitätskommission der Klinik Stephanshorn	
Projektevaluation / Konsequenzen	Regelmässig gehen Vorschläge von Mitarbeitern im Qualitätsmanagement ein. Mehrheitlich sind die Ideen Optimierungsvorschläge, welche wir teilweise umsetzen konnten und die Ideen nach einem Matrix honorierten.	

Projekttitel	**Einführung und Etablierung Vigilance-Meldewesen**	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Alle Vigilancethemen werden an die korrekte Stelle gemeldet	
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik	- Erstellen eines Prozesses und Richtlinien zu den einzelnen Vigilance-Themen - Verabschiedung des Prozesses durch die Qualitätskommission und Direktion - Schulung aller Mitarbeiter über die Thematik Vigilance	
Involvierte Berufsgruppen	Alle Klinikmitarbeiter, Schwerpunkt alle möglichen betroffenen Bereiche	
Projektevaluation / Konsequenzen	Die Mitarbeiter konnten alle geschult werden Erste Meldungen sind auf dem korrekten Weg eingegangen	

I Schlusswort und Ausblick

Ausblick:

- Nach der Selbstbeurteilung nach EFQM im Januar 2014 wird der Schwerpunkt sein im Bearbeiten der drei EFQM-Projekte, mit dem Fernziel, anfangs Jahr 2015 eine Fremdbeurteilung zu durchlaufen, um das Zertifikat Committed to excellence zu erhalten.
- Umsetzung der Massnahmen aus dem Aufrechterhaltungsaudit ISO 9001:2008 bis Dezember 2014
- Aufgleisen einer ambulanten Befragung fürs Kalenderjahr 2015

Herausgeber

Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/dienstleistungen/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 Gremien und Partner

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/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.

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

Siehe auch: www.anq.ch

Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Die Begleitkommission der SAMW prüft publizierte Qualitätsberichte und befürwortet die Verwendung der H+ Vorlage.