



Krankenhausstrasse 12
3600 Thun

Spital Thun

Krankenhausstrasse 12
3600 Thun

Spital Zweisimmen

Karl Haueter-Strasse 21
3770 Zweisimmen

Spital Saanen

Spitalstrasse
3792 Saanen

Klinik Erlenbach

Spitalstrasse
3762 Erlenbach



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

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/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch: www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalen und Kliniken; fr: **A**ssociation **n**ationale pour le **d**éveloppement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011.....	4
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	6
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	8
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	9
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	9
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	10
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011.....	10
D	Qualitätsmessungen	11
	D1 Zufriedenheitsmessungen	11
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	11
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	12
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	13
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	14
	D2 ANQ-Indikatoren.....	15
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	15
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	16
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	17
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	19
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	21
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	23
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	23
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	24
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	25
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	26
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	27
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	27
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	28
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	32
F	Schlusswort und Ausblick	34

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

2011 hat die Geschäftsleitung der Spital STS AG die neue Unternehmensstrategie erarbeitet. Teil dieser neuen Unternehmensstrategie sind die fünf gemeinsamen Werte, die von den Mitarbeitenden als eine Art Leitplanken verstanden und bei der täglichen Arbeit gelebt werden. So beschreibt das Wertepaar „**Patientenorientierung und Qualität**“ die Leistungserstellung und das Verhältnis sowie den Umgang mit unseren Patientinnen und Patienten. Die Spital STS AG stellt die Qualität der Leistungen und die Zufriedenheit der Patienten in den Mittelpunkt. Beides erfordert ein umfassendes Qualitätsmanagement und ein hohes Qualitätsbewusstsein bei den Mitarbeitenden.

Die Spital STS AG gewährleistet als Regionales Spitalzentrum (RSZ) mit ihren Spitälern in Thun, Zweisimmen, Saanen und der Klinik Erlenbach (Postakut-Pflege) die medizinische Versorgung für die Wohnbevölkerung in der Spitalregion von 132'000 Menschen. Zusätzlich werden Touristen aus aller Welt und Patienten aus anderen Spitalregionen medizinisch versorgt. Nebst einer modernen Infrastruktur für die stationäre medizinische und chirurgische Behandlung bietet die Spital STS AG an ihren vier Standorten eine Vielzahl ambulanter Therapien und Beratungsdienste im Bereich der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung an.

Pro Jahr werden über 15'000 stationäre und über 55'000 ambulante Patientinnen und Patienten behandelt. Die durchschnittliche Aufenthaltszeit beträgt im Akutbereich 6,27 Tage. Insgesamt haben im Berichtsjahr die vier Betriebe der Spital STS AG über 96'000 Pfl egetage erbracht. Die finanziellen Aufwendungen, Nebenbetriebe inklusive, betrugen über CHF 200 Mio. Die Spital STS AG weist nach dem Inselspital Bern die grösste Behandlungsleistung im Kanton Bern auf.

Des Weiteren ist die Spital STS AG Ausbildungsstätte für verschiedenste Spitalberufe und gleichzeitig Ausbildungsinstitution für Ärztinnen und Ärzte mehrerer Fachrichtungen. Im Jahr 2011 erhielt die orthopädische Klinik die Anerkennung für drei Weiterbildungsjahre zum Facharzt für Orthopädie und Traumatologie.

Die Spital STS AG ist ein wichtiger ökonomischer Faktor und bedeutende Arbeitgeberin in der Region.

Nebst der medizinischen und pflegerischen Akutversorgung gewährleistet die Spital STS AG in ihrem Versorgungsgebiet den Ambulanz- und Rettungsdienst und die ambulante und tagesstationäre psychiatrische Versorgung. Hinzu kommt die Führung einer Klinik für Postakutpflege und von verschiedenen Langzeitpflege und Altersheim-Einrichtungen (Alterswohnen STS AG).

Mit den niedergelassenen Ärzten sowie mit diversen Partnerorganisationen wie dem Inselspital (Universitätsspital Bern), der Spitex, den Sozialdiensten, den Alters- und Pflegeheimen betreibt die Spital STS AG einen intensiven Informationsaustausch und ist dadurch hervorragend vernetzt.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

2011 hat die Geschäftsleitung der Spital STS AG die neue Unternehmensstrategie erarbeitet. Im Dezember 2011 hat diese der Verwaltungsrat verabschiedet und in Kraft gesetzt. Nachfolgend ist die Unternehmensstrategie kurz zusammengefasst.

Die Vision

Wir sind das führende überregionale Spitalzentrum im Kanton Bern und leisten einen qualitativ überzeugenden und kosteneffizienten Beitrag für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Die Mission

Medizinische Versorgung der Bevölkerung: Im Zentrum aller Bemühungen stehen unsere Patientinnen und Patienten. Wir konzentrieren unsere Leistungen auf die umfassende Grundversorgung als unser Kerngeschäft und nutzen unsere Kernkompetenzen für ein gezieltes Angebot von Zusatzleistungen. Leistungen ausserhalb dieser Bereiche erbringen wir zusammen mit strategischen Partnern.

Unternehmerische Unabhängigkeit: Wir nutzen unsere Handlungsspielräume aktiv aus und sichern nachhaltig unsere unternehmerische Unabhängigkeit. Wirtschaftliches Handeln ist die Grundlage für die erfolgreiche Gestaltung unserer Zukunft.

Die fünf zentralen Werte

- **PATIENTENORIENTIERUNG UND QUALITÄT.** Der Wert beschreibt die Leistungserstellung und das Verhältnis sowie den Umgang mit unseren Patienten (Kunden).
- **FLEXIBILITÄT UND INNOVATION.** Der Wert benennt die Erwartung und die Einstellung an das Verhalten des Unternehmens und der Mitarbeitenden.
- **INFORMATION UND KOMMUNIKATION.** Der Wert charakterisiert die Qualität im Zusammenhang mit dem Informationsaustausch.
- **RESPEKT UND WERTSCHÄTZUNG.** Der Wert gilt als Orientierungsgrösse im gegenseitigen, persönlichen Umgang und dem Verhalten im Team.
- **EHRlichkeit UND VERTRAUEN.** Der Wert veranschaulicht die Integrität und Qualität der gegenseitigen Erwartung.

Die fünf zentralen Führungsgrundsätze

- **ZIELE UND ERGEBNISSE.** Ich setze in Absprache mit meinen Mitarbeitenden hohe, messbare und erreichbare Ziele. Mein Handeln orientiert sich konsequent an der Auftragserfüllung sowie am qualitativen und quantitativen Ergebnis.
- **VERZÄHNUNG UND INTERDISZIPLINARITÄT.** Ich denke, entscheide und handle als Teil der Unternehmung bereichsübergreifend und stets integrativ.
- **VORBILD.** Ich setze den Menschen in den Mittelpunkt meiner Tätigkeit. Ich lebe vor, was ich von anderen erwarte und lasse mich dabei auch messen. Ich denke unternehmerisch, fordere und fördere die Leistungsbereitschaft.
- **INFORMATION UND KOMMUNIKATION.** Ich kommuniziere offen und respektvoll. Ich informiere rasch, transparent und stufengerecht und leiste dadurch einen wesentlichen Beitrag für das Vertrauen, das Verständnis und die Motivation. Ich gebe und hole Feedbacks.
- **VERANTWORTUNG.** Ich übernehme die Verantwortung für meine Arbeit. Ich stehe zu gemachten Fehlern, suche nach deren Ursachen und lerne daraus. Ich befähige meine Mitarbeitenden zur Weiterentwicklung ihrer Fähigkeiten und Ressourcen.

Die vier strategischen Grundausrichtungen

- **OPTIMIEREN der Prozesse in der Leistungserstellung.** Der Erfolg der Spital STS AG ist primär abhängig von der Qualität der Leistungserstellung und der Zufriedenheit der Patienten. Die Prozesse und Abläufe für die Leistungserstellung werden kontinuierlich nach qualitativen und wirtschaftlichen Kriterien zum Wohle des Patienten weiterentwickelt und optimiert.
- **WACHSEN durch ein höheres Leistungsvolumen.** Die Spital STS AG verfolgt eine Wachstumsstrategie, um die vorhandene Infrastruktur optimal auszunutzen, der Bevölkerung ein attraktives Leistungsangebot bieten und die angestrebten Gewinnziele zwecks Eigenfinanzierung der Weiterentwicklung realisieren zu können. Durch ein überzeugendes Dienstleistungsangebot und einer intensiven Zusammenarbeit mit unseren Partnern werden die Fallzahlen gezielt und kontinuierlich erhöht.
- **VERNETZEN im Netzwerk der gesundheitlichen Grundversorgung.** Die traditionell komplexe Spitalorganisation, wo nebst den medizinischen und pflegerischen Leistungen ein breiter Fächer von administrativen und technischen Dienstleistungen angeboten wird, soll konsequent vernetzt werden. Das kann erreicht werden, indem sich die Spital STS AG mit vor- und nachgelagerten Institutionen des Gesundheitswesens sowie mit privaten Dienstleistern vernetzt, Leistungen von diesen Partnern erbringen lässt und sich dadurch auf das Managen und Erbringen des eigenen Leistungsangebotes konzentrieren kann. Die gezielte Vernetzung mit den vor- und nachgelagerten Partnern und Institutionen wird konsequent vorangetrieben.
- **FINANZIEREN der für die Weiterentwicklung benötigten Investitionsmittel.** Die Finanzierung erfolgt durch das Steigern der Erträge und das Verbessern der Kosteneffizienz in der Leistungserstellung. Es ist Ziel der Spital STS AG, im Vergleich mit den Spitälern des Kantons Bern die Kostenführerschaft zu übernehmen. Durch diese Massnahmen soll eine angemessene Eigenfinanzierung des Unternehmens sichergestellt werden. Durch die Realisierung von angemessenen Gewinnzielen werden die für die Weiterentwicklung der Unternehmung notwendigen Investitionen eigenfinanziert.

Auf der Basis dieser Unternehmensstrategie wird die Qualitätsstrategie stetig überprüft und bei Bedarf angepasst.

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

Qualitätsausschuss

Der Qualitätsausschuss der Spital STS AG hat sich im Rahmen der Reorganisation der Führung der Unternehmung neu positioniert. CEO Bruno Guggisberg und Kommunikationsbeauftragte Marie-Anne Perrot sind neu Mitglied des Qualitätsausschuss. Dadurch ist die Geschäftsleitung der Spital STS AG mit 3 Mitgliedern im Qualitätsausschuss vertreten. Der Vorsitzende des Qualitätsausschuss wird administrativ durch das Geschäftsleitssekretariat unterstützt. Durch diese personelle Erweiterung des Qualitätsausschuss wurde der direkte Wissenstransfer zwischen den obersten strategischen Führungsorganen und der operativen Ebene des Qualitätsmanagements weiter gefestigt.

Der Qualitätsausschuss trifft sich neu alle 2 Monate zu einer ordentlichen Sitzung.

Primäre Tätigkeiten des Qualitätsausschusses im Jahr 2011 waren die Implementierung von Projekten und Massnahmen im Rahmen der Umsetzung der „Qualitätsstrategie des Bundes 2009“, des Strategieprozesses der Spital STS AG und die Durchführung der Qualitätsmessungen gemäss dem nationalen Qualitätsvertrag mit ANQ¹ und dem QABE-Vertrag².

Die periodische Analyse der CIRS-Fälle³ zeigte keine kritische Häufung von Meldungen. Die Aufarbeitung der einzelnen Meldungen erfolgte in den einzelnen Klinken und Fachbereichen.

Die externen Qualitätsmessungen ergaben im Vergleich gegenüber vergleichbaren Schweizerischen Spitälern (externes Benchmarking) jeweils sehr gute Resultate.

Die Erfassung klinisch relevanter Risikofaktoren (Sturz, Decubitus, nosokomiale Infektionen und Mangelernährung) erfolgt seit dem Jahr 2010 standardmässig über das Klinikinformationssystem Phoenix®. Der Qualitätsausschuss analysierte die Qualitätsindikatoren „Sturz“, „Dekubitus“ und „nosokomiale Infektionen“ vierteljährlich. Eine abschliessende Bewertung der intern erhobenen Daten ist jedoch mangels externer Vergleichswerte und fehlender Zahlen der Vorjahre noch nicht möglich.

Die interne Auswertung der Raten „ungeplanter Reoperationen“ und „ungeplanter Rehospitalisation“ nach der Methode SQLape® war aufgrund bisher ungelöster IT-Probleme noch nicht möglich.

Mitglieder der Qualitätsausschuss nahmen regelmässig an den Sitzungen der Steuerungsgruppe QABE und des ANQ teil.

Durch die Teilnahme an qualitätsrelevanten Fort- und Weiterbildungen und externen Audits sind die Mitglieder des Qualitätsausschuss breit vernetzt.

Qualitätskommission

Die Reorganisation der Führungsstrukturen der Spital STS AG führte zu einer teilweisen personellen Umbesetzung der Qualitätskommission der Spital STS AG.

Die Qualitätskommission traf sich im Berichtsjahr zu vier Sitzungen. Inhalt der Sitzungen war schwerpunktmässig der interdisziplinäre Informations- und Erfahrungsaustausch.

Da künftig der Informationsaustausch in vermehrtem Masse auf elektronischem Weg erfolgt, wird die Qualitätskommission ab 2012 nur noch zweimal jährlich tagen.

Tätigkeiten von weiteren Sub-Kommissionen

Die Tätigkeit der nachfolgenden, ständigen und interdisziplinären Kommissionen ist für die Qualitätsarbeit der Spital STS AG von grosser Bedeutung. Bezeichnend für die vernetzte Qualitätsstruktur der Spital STS AG ist, dass einerseits Mitglieder der strategischen Qualitätsentwicklung (Geschäftsleitung und Qualitätsausschuss) Einsitz in die nachfolgenden

¹ Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

² Qualität in der Akutversorgung im Kanton Bern

³ Critical Incident Reporting System

Kommissionen nehmen, als auch die Vorsitzenden dieser Sub-Kommissionen Mitglieder der Qualitätskommission sind. Dadurch ist der permanente Informationsfluss innerhalb der Spital STS AG gewährleistet.

Arzneimittelkommission:

Die periodisch tagende Arzneimittelkommission überprüft fortlaufend die Aktualität und Sicherheit der in der Spital STS AG verwendeten Arzneimittel. Die Leitung der Spitalapotheke verfolgt regelmässig die Quick-Alerts der Stiftung für Patientensicherheit und hausinterne CIRS-Fälle⁴ mit Bezug zur Medikamentierung. Die Arzneimittelkommission leitet bei Bedarf entsprechende Schutzmassnahmen ein.

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe erarbeitete im Auftrag der Arzneimittelkommission klinikübergreifende Standards zur Thrombo-Embolie-Prophylaxe.

Die Mitarbeitenden der Spitalapotheke sind im Rahmen von internen Audits und Beratungen regelmässig auf Pflegestationen und Spezialeinheiten im Einsatz.

Hygienekommission:

Nosokomiale Infektionen werden standardmässig im Klinikinformationssystem Phoenix® erfasst und periodisch klinikintern ausgewertet.

Die Teilnahme am nationalen Programms „Surgical Site Infection“ von SwissNOSO ist für die Hygienefachverantwortlichen mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden. Erste Resultate mit gesamtschweizerischen Vergleichswerten liegen vor. Die Überprüfung der Erfassungsqualität in den einzelnen Spitälern durch SwissNOSO hat jedoch noch nicht stattgefunden. Ein Vergleich einzelner Spitäler unter einander ist somit noch nicht zulässig.

Ethikkommission:

Eine Arbeitsgruppe, zusammengesetzt aus Mitgliedern der Ethikkommission, hat den Ethik-Leitfaden "Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen" ausgearbeitet.

Die Analyse konkreter ethischer Fragestellungen aus dem Klinikalltag zeigte auf, dass eine Abgrenzung zwischen ethischen, strukturellen, hierarchischen und kommunikativen Problemen zeitweise schwierig ist.

Ernährungskommission:

Gemäss einer nationalen Studie weist ein hoher Prozentsatz der hospitalisierten Patienten Symptome von Mangelernährung auf. Die standardisierte Erfassung des Ernährungszustandes ist daher fester Bestandteil der Pflegedokumentation im Klinikinformationssystem Phoenix®. Die Ernährungskommission verglich die Standards der Spital STS AG zur Erfassung und Behandlung von Mangelernährung mit anerkannten externen Systemen. Die Analyse zeigte, dass das in der Spital STS AG angewendete Vorgehen den andernorts angewendeten Verfahren mindestens ebenbürtig ist.

Qualitätszirkel

Aufgrund von Anregungen von Mitarbeitern oder von CIRS-Meldungen führten die Medizinische Klinik, die chirurgische Klinik, die Frauenklinik und die Spitäler Zweisimmen/Saanen Qualitätszirkel durch.

Qualitätsforum

Die chirurgische Klinik und die Frauenklinik führten Qualitätsforen zum Beschwerdemanagement und zu Themen von CIRS-Meldungen durch.

⁴ Critical Incident Reporting System

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Umsetzen der Unternehmensstrategie

Die neue Führung der Spital STS AG entwickelte gemeinsam mit den Kadermitarbeitern in einem Strategieprozess die strategischen Ziele 2011-2014. Konkrete Qualitätsprojekte werden sich erst in den kommenden Jahren ableiten lassen.

Der Neubau der Notfallstation konnte im Jahr 2011 in Angriff genommen werden. Die chirurgische Notfallstation und der Aufwachraum des OP sind während der Bauphase in Provisorien untergebracht. Dennoch ist die Sicherheit der Patienten unverändert gewährleistet. Parallel zu den Bauarbeiten formierte sich unter der Verantwortung der designierten Leitung der neu interdisziplinär geführten Notfallstation eine Projektgruppe. Ziel der Projektgruppe ist die Zusammenführung der bisherigen zwei Notfallstationen, die Planung des Endausbaus und die Inbetriebnahme Ende 2012.

Als Folge konstant steigender Patienten- und Mitarbeiterzahlen arbeitete die Spitalküche oft an ihrer Kapazitätsgrenze. Ein Umbau und Anpassung an aktuelle Gastronomie-Standards drängte sich somit auf. Im Sommer 2011 konnten nach kurzer Umbauphase das neu gestaltete Personalrestaurant und die öffentliche Cafeteria wieder in Betrieb genommen werden. Die Optimierung der Prozesse der Lebensmittelverarbeitung verbessert die Sicherheit; die optische Aufwertung der Räumlichkeiten und des Inventars steigert das Wohlbefinden von Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen.

Der Patientensicherheit wurde in der Spital STS AG immer einen hohen Stellenwert beigemessen. Die bereits im Jahr 2006 auf der Medizinischen Klinik eingeführte Patientenidentifikation mittels der RFID-Technologie Idef-IS (Identifikationsarmband) ist nun seit 2011 auch auf der Chirurgischen Klinik umgesetzt.

Im Rahmen der Bestrebungen zur Vereinheitlichung von Standards und Prozessen wurden die Betriebsnormen der Medizinischen Klinik und der Chirurgischen Klinik zusammengeführt und auf einer gemeinsamen Intranetplattform publiziert.

Die einschlägig bekannten Qualitätsindikatoren (Sturz, Dekubitus, Mangelernährung, nosokomiale Infektionen) werden standardmässig im Rahmen der elektronischen Pflegedokumentation im Klinikinformationssystem Phoenix® erfasst. Eine periodische Auswertung erlaubt frühzeitig allfällige Massnahmen zu ergreifen.

Die im Rahmen des nationalen Qualitätsvertrages mit ANQ und dem kantonalen QABE-Vertrag vereinbarten Qualitätsmessungen konnten alle erfolgreich abgewickelt werden. Erste Grobanalysen zeigten für die Spital STS AG durchwegs positive Resultate.

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Patienten, die im Rahmen von medizinischen Studien behandelt werden, eine qualitativ bessere Therapie erhalten. Das Onkologiezentrum der Spital STS AG nimmt deshalb seit über 10 Jahren an multizentrischen wissenschaftlichen Studien teil. Durchschnittlich werden 25 Studienprotokolle mit Schwergewicht Mamma-, Kolon- und Bronchuskarzinomen sowie malignen Lymphomen angeboten.

Einige qualitätsrelevante Projekte befanden sich im Berichtsjahr noch in der Umsetzungsphase (Neubau Notfallstation, OP-Ambulatorium mit Tagesklinik, Umstrukturierung HR u.a.). Die Überprüfung dieser Strukturen mittels Zufriedenheitsbefragungen (Zuweiser-, Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit) wurde daher vom Qualitätsausschuss für das Jahr 2013 zurückgestellt.

Der Umstrukturierungsprozess der Spitäler Zweisimmen und Saanen hat den Qualitätsausschuss dazu bewogen, Prioritäten zu setzen und an diesen Standorten die Anzahl Messungen zugunsten der internen Qualitätssicherung vorübergehend zu reduzieren. In den beiden Spitälern wurden Qualitätsprojekte mit Schwerpunkt auf die Prozess- und Strukturqualität durchgeführt.

Akkreditierung, Zertifizierung, Audits und Q-Labels

Im Rahmen der Umsetzung der strategischen Qualitätsziele der Spital STS AG wurden im Berichtsjahr mehrere Kliniken und Fachbereiche erfolgreich akkreditiert, zertifiziert oder mittels externer und interner Audits überprüft.

Die Concret AG rezertifizierte im Rahmen von externen Audits die Pflegequalität nach der

Messmethode Q® an sämtlichen Abteilungen der chirurgischen Klinik, der Frauenklinik und der Geburtenabteilung am Standort Thun.

Die Psychiatrischen Dienste wurden im Rahmen eines externen Audits nach der Norm ISO 9001:2008 erfolgreich rezertifiziert.

Die Zertifizierungsstelle SanaCERT konnte der Geburtenabteilung am Spital Thun aufgrund einer Überprüfung der Pflegestandards das von der UNICEF neu geschaffene Qualitätslabel „Baby Friendly Hospital“ BFHI ausstellen.

Dieses engmaschige und flächendeckenden Qualitätssicherungssystem zur Gewährleistung höchster Patientensicherheit ergänzt die Spital STS AG mit regelmässigen Überprüfungen weiterer wichtiger Spezialgebiete (Lüftung und Hygiene im OP, Lebensmittelverarbeitung, Lagerung und Verabreichung labiler Blutprodukte, Führung einer Spitalapotheke, Herstellung von Zytostatika u.a.), die von ausgewiesenen und unabhängigen externen Spezialisten durchgeführt werden.

B4 *Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren*

Konkrete Qualitätsprojekte werden sich erst in den kommenden Jahren direkt aus der neuen Unternehmensstrategie ableiten lassen.

Die Spital STS AG ist bestrebt, den eingeschlagenen Weg weiterzugehen und das Qualitätsmanagement kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dabei setzt die Spital STS AG die Vorgaben von Bund, Kanton und Verbänden um und nutzt den Freiraum, weiterhin eigene Qualitätsprojekte ins Leben zu rufen.

Hohe Priorität geniesst in den kommenden Jahren zudem der Ausbau des internen Risikomanagement, die stetige Weiterentwicklung des Klinikinformationssystems und die Integration von Qualitätstools für den Arbeitsalltag.

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 210 Stellenprozente zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Bruno Guggisberg	033 226 21 21	bruno.guggisberg@spitalstsag.ch	CEO der Spital STS AG Vorsitzender der Geschäftsleitung
Carla Jordi	033 226 29 11	carla.jordi@spitalstsag.ch	Qualitätsbeauftragte Kontaktperson Beschwerdemanagement Chirurgische Klinik und Frauenklinik Spital Thun Klinikleitung Chirurgie und Frauenklinik Spital Thun Mitglied der Geschäftsleitung
Dr. med. Thomas Zaugg	033 226 27 55	thomas.zaugg@spitalstsag.ch	Qualitätsleiter Autor Q-Bericht Stv. Chefarzt Anästhesiologie
Dr. med. Thomas Zehnder	033 226 29 19	thomas.zehnder@spitalstsag.ch	Qualitätsverantwortlicher Medizinische Klinik Spital Thun Kontaktperson Beschwerdemanagement Medizinische Klinik Spital Thun Stv. Chefarzt Medizinische Klinik Spital Thun
Marlis Stähli	033 226 35 42	marlis.staehli@spitalstsag.ch	Qualitätsverantwortliche Medizinische Klinik Spital Thun Stv. Pflegedienstleiterin Medizinische Klinik Spital Thun
Jean-Pierre Beuret	033 729 21 56	jeanpierre.beuret@spitalstsag.ch	Qualitätsverantwortlicher Standorte OSSL Kontaktperson Beschwerdemanagement Standorte OSSL Betriebsleiter Spital Zweisimmen
Heiner Zurbrügg	033 226 29 15	heiner.zurbruegg@spitalstsag.ch	Koordinator externe Qualitätsmessungen Pflegeexperte Stv. Pflegedienstleiter Chirurgie und Frauenklinik Spital Thun
Marie-Anne Perrot	033 226 20 20	marie-anne.perrot@spitalstsag.ch	Kommunikationsbeauftragte Spital STS AG Co-Autorin Q-Bericht

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → [Spital STS AG](#)
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe			
☒	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten:		
	Verwaltungsstandort:		
	Spital STS AG		
	Krankenhausstrasse 12		
	3600 Thun		
	Spitalstandorte:		
	Spital STS AG Thun		
	Krankenhausstrasse 12		
	3600 Thun		
	Spital STS AG Zweisimmen	Spital STS AG Saanen	Spital STS AG Klinik Erlenbach
	Karl Haueter-Strasse 21	Spitalstrasse	Spitalstrasse
	3770 Zweisimmen	3792 Saanen	3762 Erlenbach

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelte Patienten,	56'613	57'563	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	14	12	
Anzahl stationär behandelte Patienten,	15'463	14'918	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	1'022	1'078	
Geleistete Pflegetage	96'900	95'937	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	271	276	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.27	6.43	
Durchschnittliche Bettenbelegung	97.9%	95.2%	

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:
☒	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
☒	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	Spital STS AG Thun
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Chirurgische Klinik Frauenklinik Medizinische Klinik
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert von 5.5	Sehr erfreuliches Ergebnis in einer Skala von 1 (schlechteste Einschätzung) bis 6 (beste Einschätzung)	
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Detaillierte Ergebnisse entnehmen Sie dem Q-Bericht 2010 und der Website des <u>ANQ</u> ⁵			
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument		
☐ Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☒ PEQ			
☐ MüPF(-27)			
☐ POC(-18)			
☐ PZ Benchmark			
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Patient's Experience Questionnaire des Vereins Outcome	

⁵ Association nationale pour le développement de qualité dans les hopitaux et les cliniques
Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patientinnen und Patienten ab 2 Nächten hospitalisiert		
	Ausschlusskriterien	Geburtenabteilung		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten		47%	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	Qualitätsverantwortliche der Kliniken und der Standorte
Name der Ansprechperson	a) Carla Jordi (Chirurgische Klinik und Frauenklinik Spital Thun) b) Dr. med. Thomas Zehnder (Medizinische Klinik Spital Thun) c) Jean-Pierre Beuret (Spitäler Zweisimmen und Saanen)
Funktion	a) Klinikleitung Chirurgie und Frauenklinik Thun b) Stv. Chefarzt Medizinische Klinik Thun c) Betriebsleiter Spital Zweisimmen
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Siehe Tabelle B6
Bemerkungen	- Entgegennahme und Weiterleiten der Beschwerde durch alle Mitarbeitende des Unternehmens. - Ablauf des Beschwerdemanagements gemäss Betriebsnorm "Konzept Beschwerdemanagement"

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

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

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.		Begründung:	
☒	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
☒	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	77 Punkte	77 Punkte in einer Skala von 0 (tiefste Zufriedenheit) bis 100 (höchste Zufriedenheit) - Mittelwert alle Spitäler: 75 Punkte
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Detaillierte Ergebnisse entnehmen Sie dem Q-Bericht 2010		
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Cash Arbeitgeber Award 2009	Name des Messinstitutes Icommit Organisationsberatung
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes Anonyme, schriftliche Mitarbeiterbefragung			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle fest angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spital STS AG		
	Ausschlusskriterien	- Weniger als 3 Monate angestellt - SchülerInnen und Auszubildende		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten		45%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert von 84	Mit 84 Punkten in einer Skala von 0 (gar nicht zufrieden) bis 100 (sehr zufrieden) weist das Spital Thun gegenüber seinen Mitbewerbern eine überdurchschnittlich hohe Gesamtzufriedenheit der Zuweiser aus.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Detaillierte Ergebnisse entnehmen Sie dem Q-Bericht 2010		
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
☒ Externes Messinstrument	
Name des Instrumentes	Zuweiserzufriedenheitsstudie
Name des Messinstitutes	TransferPlus
☐ eigenes, internes Instrument	
Beschreibung des Instrumentes	Online-Befragung im Sommer 2010

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Zuweisende Ärzte im Einzugsgebiet des Spitals Thun		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten	26%	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein	☐ Ja

D2 ANQ-Indikatoren

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

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

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

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

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

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		Begründung:
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ⁶		

⁶ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		Begründung:
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		

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

Messergebnisse
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ⁷

⁷ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO. Begründung:		
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
☒	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒	...nur an folgenden Standorten: Spital STS AG Thun
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Allgemeinchirurgie, Orthopädie, Gynäkologie

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ⁸ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
☐ Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
☐ Hernieoperation			% ()	% ()
☒ Dickdarm (Colon)	171	23	13.5% (8.7-19.5)	9% (4.7-15.1)
☒ Kaiserschnitt (Sectio)	312	7 ⁹	2.2% (09.-4.6)	2.6% (1-5.5)
☐ Herzchirurgie			% ()	% ()
☒ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	84 ¹⁰	0	0% (0-4.3)	1.8% (0.5-4.5)
☐ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

⁸ 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.

⁹ Ausschlüsslich oberflächliche Wundinfektionen

¹⁰ Eingriffe zwischen 1. Juni 2010 und 30. September 2010

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Die ermittelten Werte liegen im Rahmen der zu erwartenden Resultate. SwissNOSO konnte die Validierung der Daten 2010/2011 bis dato noch nicht vornehmen. Die Zuverlässigkeit der berechneten Werte ist dadurch noch nicht in ausreichendem Masse gegeben. Der ANQ hat daher beschlossen, die Ergebnisse der postoperativen Wundinfektionsmessung 2011 in pseudonymisierten Form zu veröffentlichen.
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten¹¹, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule Gesundheit BFH

Stürze

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

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
☐	Nein, unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
☒	Ja, unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

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

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
22	In Prozent:	15%	Der Wert liegt unter dem nationalen Wert
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	204	
	Ausschlusskriterien	58	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	146	Anteil in Prozent	71.5%
Bemerkung	Die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ ist für die Spitäler mit einem erheblichen personellen und folglich auch finanziellen Aufwand verbunden. Die Spital STS AG ermittelte für die Planung und Durchführung der 2 Messungen am 08.11.2011 einen Zeitaufwand von 442 Arbeitsstunden. Dies entspricht ca. 53 Arbeitstagen. Ein direkter Vergleich der Resultate mit anderen Spitälern ist nicht zulässig, da eine Risikoadjustierung der Daten noch nicht durchgeführt wurde.		

¹¹ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

Dekubitus (Wundliegen)

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

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

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?					
☐		Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.		Begründung:	
☒		Ja , unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?					
☐		Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		☒ ...nur an folgenden Standorten: Spital Thun Spital Zweisimmen Spital Saanen	
☒		In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Ohne Geburtenabteilung	
Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt / Rückverlegung			Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
7	In Prozent	4.79%	6	In Prozent:	4.1%
					Der Anteil erworbener Dekubitus liegt unter dem nationalen Wert.
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		204		
	Ausschlusskriterien		58		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			146	Anteil in Prozent 71.5%	
Bemerkung			Die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ ist für die Spitäler mit einem erheblichen personellen und folglich auch finanziellen Aufwand verbunden. Die Spital STS AG ermittelte für die Planung und Durchführung der 2 Messungen am 08.11.2011 einen Zeitaufwand von 442 Arbeitsstunden. Dies entspricht ca. 53 Arbeitstagen. Ein direkter Vergleich der Resultate mit anderen Spitälern ist nicht zulässig, da eine Risikoadjustierung der Daten noch nicht durchgeführt wurde.		

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

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
☐	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
☒	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten: Spital Thun Spital Zweisimmen Spital Saanen
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.54	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.25	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.36	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.38	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.62	0 = nie 10 = immer
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Bemerkungen		
Diese repräsentative Kurzbefragung zur Patientenzufriedenheit zeigt im Vergleich zu anderen Schweizer Spitälern überdurchschnittlich hohe Zufriedenheitswerte.		

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	• Verstorbene Patienten • Patienten jünger als 18 Jahre • Geburtenabteilung
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	908	
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	476	Rücklauf in Prozent 52.4%
Bemerkung	keine	

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

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)		
Was wird gemessen?	Nosokomiale Wundinfekte, Harnwegsinfekte und Pneumonien		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒	...nur an folgenden Standorten: Spital STS AG Thun
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie, Urologie, Gynäkologie, Medizin

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Nosokomiale Wundinfekte 87 Wundinfekte auf 8329 Operationen = 1.05% Nosokomiale Harnwegsinfekte 73 pro Jahr = 0.8 / 1000 Pflgetage Nosokomiale Pneumonien 22 pro Jahr = 0.2 / 1000 Pflgetage	Die Ergebnisse werden vierteljährlich durch den Qualitätsausschuss überprüft. Die Analyse der Ergebnisse findet auf Ebene Kliniken und Abteilungen statt.
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Infekterfassung im Rahmen der Pflegedokumentation im Klinikinformationssystem Phoenix®	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung		keine	

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

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Alle im Spital aufgetretene Stürze (Vollerfassung)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?

- | | |
|--|---|
| ☒ Im ganzen Betrieb /
an allen Standorten, oder... → | ☐ ...nur an folgenden Standorten: |
| ☒ In allen Kliniken /
Fachbereichen / Abteilungen,
oder... → | ☐ ...nur in folgenden Kliniken /
Fachbereichen / Abteilungen: |

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
330 3.29 pro 1000 Pflgetage 2.22%			Abnahme im Vergleich zum Vorjahr
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011

- | | |
|---|---|
| ☒ Das Instrument wurde betriebsintern
entwickelt. | Name des Instrumentes: |
| ☐ Das Instrument wurde von einer
betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der
Auswertungsinstanz: |

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Sturzerfassung im Rahmen der Pflegedokumentation im Klinikinformationssystem Phoenix®	
	Ausschlusskriterien	Keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		14851	Anteil in Prozent 100%
Bemerkung		keine	

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

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Alle vorbestehenden und im Spital erworbenen Dekubiti (inkl. Grad 1)		

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

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
259 1.74%	316 3.15 pro 1000 Pflegetage 2.13%	Abnahme im Vergleich zum Vorjahr
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Dekubituserfassung im Rahmen der Pflegedokumentation im Klinikinformationssystem Phoenix®	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		14851	Anteil in Prozent 100%
Bemerkung		keine	

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A = Ja, seit 20xx B = nein C = geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	A: seit ca. 2003	B: Medizinische Klinik Spital Thun
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	B	
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A: seit ca. 2005	B: Frauenklinik
Minimal Dataset für CH- Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	A: 2009	C:Intensivstation Spital Thun
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	B	
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	B	
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	B	
SIRIS ¹² (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C: 2012	B: Orthopädie
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	B	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	A: seit ca. 2004	C: Wirbelsäulenchirurgie
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	B	
SwissNET	B:schweizweites Register für neuroendokrine Tumore	C: 2012	B: Onkologiezentrum Thun-Berner Oberland
Bemerkung			
keine			

¹² Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
REKOLE von H+	Rechnungswesen der Spital STS AG	2010		
"Friendly Workspace" durch Gesundheitsförderung Schweiz	Betriebliches Gesundheitsmanagement (Human Resources)	2010		
EKAS (Arbeitssicherheit)	Spital STS AG Thun	2007	2010	
Messmethode Q (Concret AG)	Medizinische Klinik Thun	2005	2010	Überwachungsaudit 2011
Messmethode Q (Concret AG)	Chirurgische Klinik Thun	1999	2011	
Messmethode Q (Concret AG)	Frauenklinik Thun	1999	2011	
Messmethode Q (Concret AG)	Geburtenabteilung Thun	2001	2011	
Baby Friendly Hospital BFHI nach UNICEF	Geburtenabteilung Thun	2011		Erstzertifizierung nach der neuen UNICEF-Norm "Baby Friendly Hospital"
ISO 9001:2008	Psychiatrische Dienste	2008	2011	
Akkreditierung nach ISO/IEC 17025:2005	Labor	2006	2010	Akkreditierung durch SAS
Akkreditierung nach ISO 15189:2007	Labor	2008	2010	Akkreditierung durch SAS
ISO 9001:2008	OP Spital Thun (OP, Lagerungspflege und Anästhesie)	2009		Jahresaudit 2011
HACCP (Lebensmittelgesetz)	Lebensmittelverarbeitung Thun, Zweisimmen und Saanen	2002		Jahresaudit 2010
Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW)	Wundsprechstunde der Angiologie (Medizinische Klinik Thun)	2010		Zertifizierung nach den Richtlinien des BAG
BSV/IV 2000	Berufliche Förderung und Klärung (BFK)	2002	2009	Rezertifizierung 2012 geplant
ISO 13485:2003; ISO 17665-1:2006	Zentralsterilisation (ZSVA) Spital Thun	2010		Jahresaudit 2011
Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQPH)	Apotheke Thun, Zweisimmen und Saanen	2010		Betriebsbewilligung
Herstellung von Zytostatika	Apotheke Thun	2010		Herstellungsbewilligung
Swissmedic	Labile Blutprodukte Thun und Zweisimmen	2008		Betriebsbewilligung bis 2012
EKAS (Arbeitssicherheit)	Spital STS AG Zweisimmen	2008		
Messmethode Q (Concret AG)	alle Kliniken Zweisimmen	2002	2010	Überwachungsaudit 2011
Messmethode Q (Concret AG)	OP-Betrieb und Anästhesie Zweisimmen	2010		Überwachungsaudit 2011
Messmethode Q (Concret AG)	Klinik Erlenbach inkl. Postakutpflege	2006	2010	Überwachungsaudit 2011

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Permanente Aktivitäten			
Qualitätsausschuss Spital STS AG	Festlegen und Umsetzen der Q-Strategie der Spital STS AG in Einklang mit übergeordneten Q-Vorgaben (Bund und Kanton)	Spital STS AG	
Qualitätskommission Spital STS AG	Interdisziplinärer Wissensaustausch	Spital STS AG	
Qualitätskommission Spital Zweisimmen	Interdisziplinärer Wissensaustausch	Spital STS AG Zweisimmen	
Qualitätskommission Spital Saanen	Interdisziplinärer Wissensaustausch	Spital STS AG Saanen	
CIRS (Critical Incident Reporting System) Anonymes Fehlermeldesystem	Schliessen von Sicherheitslücken „Lernen aus Fehlern“	Spital STS AG	
Tumorboard	Interdisziplinärer Behandlungsplan bei onkologischen Erkrankungen	Spital STS AG Thun	
Hygienekommission	Beratung und Erstellen von Normen rund um die Spitalhygiene	Spital STS AG	
Ethikkommission	Beratung und Erstellen von Normen rund um die Medizin-Ethik	Spital STS AG	
Arzneimittelkommission	Beratung und Erstellen von Normen rund um Arzneimittel	Spital STS AG	
Ernährungskommission	Beratung und Erstellen von Normen rund um die Ernährung	Spital STS AG Thun	
Hausarztfortbildung	Fachlicher Austausch mit zuweisenden und nachbehandelnden Ärzten	Spital STS AG Thun	
Informationen rund um die Geburt	Informationen für werdende Eltern zum Thema Geburt	Spital STS AG Thun	
Laienfortbildung	Information der Bevölkerung über das Behandlungsangebot der Spital STS AG	Spital STS AG Thun	

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Permanente Aktivitäten			
Qualitätszirkel und Qualitätsforum	Bearbeitung von Qualitätsprojekten in interdisziplinären Arbeitsgruppen Analyse der CIRS-Fälle	Medizinische Klinik Thun Chirurgische Klinik Thun Orthopädische Klinik Thun Frauenklinik Thun Spital Zweisimmen Spital Saanen	
OP-Ausschuss	Bearbeitung von medizinischen, technischen und kommunikativen Ereignissen Ressourcenplanung	Operative Kliniken Anästhesie Medizintechnischer Bereich	
Fach- und Leitungssitzung	Bearbeitung von Komplikationen und Zwischenfällen Analyse der CIRS-Fälle	Institut für Anästhesiologie	
Klinikkonferenzen	Bearbeitung von Komplikationen und Zwischenfällen Analyse von CIRS-Fällen	Medizinische Klinik Chirurgische Klinik Frauenklinik	
Teilnahme an Multicenterstudien	Förderung der Wissenschaft und Forschung in der Onkologie	Onkologie Spital STS AG Thun	
Strategische Projekte gemäss Projektportfolio	Weiterentwicklung der Unternehmung	Spital STS AG	

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Projekte			
Latexarmes Spital	Ersatz latexhaltigen Produkte durch latexfreie Alternativen; Schutz von Patienten und Mitarbeitern	Spital STS AG Thun	2008 bis 2011
Neubau interdisziplinärer Notfall für das Spital Thun	Zusammenführen der Notfallbereiche von Medizin und Chirurgie in eine neu konzipierte interdisziplinäre Notfallstation	Spital STS AG Thun	2008 bis 2012
Umbau OP-Trakt mit Bereich "Kleineingriff" und Urologie	Entflechtung der OP-Prozesse für Kleineingriffe und reguläre OPs Bauliche Anpassungen an neue Prozessanforderungen Neugestaltung urologischer Arbeitsplatz	OP Spital STS AG Thun	2008 bis 2011
Umbau Personalrestaurant	Umbau und Kapazitätserweiterung des Personalrestaurants nach den aktuellen Standards der Mitarbeiterverpflegung	Spital STS AG Thun	2010 bis 2011
Palliative Care – Netzwerk Region Thun	optimale Betreuung der Pat im Palliative Care-Setting durch ein vernetztes und klar strukturiertes Angebot mit dem fachlichen Lead bei der Spital STS AG	Onkologiezentrum Spital STS AG	2009 bis 2011
Netzwerk Onkologische Rehabilitation Thun-Berner Oberland	durch ein strukturiertes, modular aufgebautes Angebot umfassende Betreuung und Therapie der Krebspatienten mit dem Ziel der bestmöglichen Lebensqualität, Integration ins berufliche und gesellschaftliche Leben	Onkologiezentrum Spital STS AG	2010 bis 2014
Beckenbodenzentrum Thun	Aufbau eines interdisziplinären Kompetenz-Centers zur Diagnostik und Therapie von Erkrankungen im Bereich des Beckenbodens	Spital STS AG Thun	2009 bis 2012
Konsolidierung der Betriebsnormen der Spital STS AG	Zusammenführung der Betriebsnormen der Medizinischen und der Chirurgischen Klinik	Spital STS AG Thun	2011
Sicherheit am Arbeitsplatz durch Sicherheitsprodukte	Evaluation und Einführung von Sicherheitsprodukten am Arbeitsplatz in Anlehnung an künftige EU-Normen	Spital STS AG	2011bis 2013
Elektronische Patientenidentifikation mittels RFID (Projekt Idef-IS)	Erhöhung der Patientensicherheit durch elektronische Patientenidentifikation mittels RFID	Chirurgische Klinik Thun	2011
Zertifizierung „Baby Friendly Hospital“ BFHI nach UNICEF	Umsetzen und Zertifizieren der neuen UNICEF-Norm „Baby friendly Hospital“ BFHI	Geburtenabteilung Thun	2010 bis 2011

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Interprofessioneller Q-Zirkel			
Evidenzbasierter Einsatz von Antithrombosestrümpfen	Verzicht auf routinemässige Verwendung bei allen Patienten, Einsatz nur noch bei klarer Indikation	Alle Kliniken am Standort Thun	2011 bis 2012
Neuer Pflegestandard: Delirium-Management	Gezieltes Erfassen von Risikopatienten mittels Screening, proaktives Delirmanagement	Chirurgie, Orthopädie/ Traumatologie, Frauenklinik, Postakutpflege	2011 bis 2012
Pflegekonzept Abschiedskultur bei sterbenden Patienten	Individuelle Gestaltung der letzten Lebensphase unter Einbezug der Patienten und Angehörigen und von Abschiedsritualen.	Chirurgie, Orthopädie/ Traumatologie, Frauenklinik	2011 bis 2012
Neuüberarbeitung interner Patientenfragebogen	Erfassen der Patientenzufriedenheit, systematische Auswertung und Nutzung zur Qualitätsentwicklung.	Chirurgie, Orthopädie/ Traumatologie, Frauenklinik	2011

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	Elektronische Patientenidentifikation mittels RFID (Projekt Idef-IS)	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Erhöhung der Patientensicherheit durch elektronische Patientenidentifikation mittels RFID (Patientenarmbänder)	
Beschreibung	Erweiterung des Projektes Idef-IS (Elektronische Patientenidentifikation mittels RFID) auf die Chirurgische Klinik. Anwendung bei Blutentnahmen, Bluttransfusionen und zukünftig auch bei der Medikamentenverabreichung: Bettseitiger Check/Abgleich >Verordnung (KIS) >Patient (Armband) >Pflegeperson (Badge) mittels Scanner.	
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☒ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Spital Thun, Chirurgische Klinik	
	☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? 5 Bettenstationen, Einführung auf weiteren Stationen geplant.	
Involvierte Berufsgruppen	IT-Mitarbeitende, Pflegefachpersonen, Mitarbeitende Technik und Sicherheit	
Projektevaluation / Konsequenzen	Gute Akzeptanz der Armbänder bei den Patienten, problemlose Anwendung und geringer Zeitaufwand für die Pflegenden. Diese elektronische Sicherheitsmassnahme ist kein Ersatz für die hohe Aufmerksamkeit und sicherheitsbezogene Sensibilisierung der Mitarbeitenden.	
Weiterführende Unterlagen	Publikationen auf Anfrage	

Projekttitel	Konsolidierung der Betriebsnormen der Spital STS AG	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Zusammenführung der Betriebsnormen der Medizinischen und der Chirurgischen Klinik	
Beschreibung	Die bisher getrennt im Intranet aufgeschalteten Medizinischen und Chirurgischen Behandlungsschemen/Handlungsanweisungen wurden neu strukturiert und in ein einziges Ablagesystem zusammengeführt. Zusätzlich wurden die Dokumentenarten, deren Verbindlichkeit und die Prozesseigner definiert und ein Bewirtschaftungskonzept erstellt. Sämtliche Dokumente wurden überprüft und bei Bedarf aktualisiert.	
Projektablauf / Methodik	Konzepterarbeitung und Projektleitung durch die beiden Betriebsnormenverantwortlichen der Chirurgischen und Medizinischen Kliniken unter Einbezug von weiteren ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☒ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Spital Thun	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Pflegedienstleitungen, Pflegeexperten, Pflegefachpersonen, Spital- und Belegärzte, Physiotherapie, Mitarbeiterin Administration	
Projektevaluation / Konsequenzen	Problemloser Übergang von der bisherigen zur neuen Struktur des Ablagesystems im Intranet. Einfache und übersichtliche Handhabung und hoher Nutzen im Alltag. Klärung der Dokumentenarten und der Verbindlichkeit wird von den Anwendern geschätzt. Schnelle und nachvollziehbare Aktualisierung und Bewirtschaftung ist möglich.	
Weiterführende Unterlagen	--	

Projekttitel	Umbau Personalrestaurant	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Umbau und Kapazitätserweiterung des Personalrestaurants	
Beschreibung	Eckpunkte des Umbaus: - Grundfläche des Restaurants bleibt gleich - Einbau einer Free-Flow-Anlage - Neugestaltung des Gästeraumes analog dem Konzept in der Cafeteria (Deckenkonzept, Farben, Mobiliar, Beleuchtung, Innenbegrünung) - Einbau einer Quell-Lüftung - Effiziente Schalldämmung - Schalldämmender Bodenbelag - Neue Fensterfront - 200 Sitzplätze - Eingang analog der aktuellen Situation	
Projektablauf / Methodik	1. Vorstudie Projektauftrag Projektteam Zielsetzung Betriebskonzept Terminplanung 2. Grobkonzept Solldefinition Lösungsvarianten KV Bewertung der Varianten 3. Detailkonzept Detailplanung Umsetzungskonzept Ausschreibung Kosten Vergabe 4. Realisierung 5. Einführung	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☒ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Spital Thun ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Restauration, Küche, Technik, externe wie z.B. Architekt, HLSKE-Planer, Gastroplaner, Deckenbauer etc.	
Projektevaluation / Konsequenzen	- Optimierung der Raum-Atmosphäre (Luftqualität, Lärmdämmung, Beleuchtung) - Optimierung der Lebensmittelsicherheit und der Qualität - Umsatzsteigerung - Kundenzufriedenheit bzw. Mitarbeiterzufriedenheit - Optimierung der Prozesse - Optimierte Arbeitsplätze der Restaurations-Mitarbeitenden	
Weiterführende Unterlagen		

Die Ziele des Qualitätsmanagement sind die Gewährleistung qualitativ hochstehende Leistungserbringung und die Sicherung der Patientensicherheit und -zufriedenheit. Aus diesem Grund geht der Dank des Qualitätsausschusses der Spital STS AG an alle Mitarbeitenden, die engagiert im Bereich des Qualitätsmanagement jeden Tag hervorragende Arbeit zum Wohle und zur Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten leisten und über ein hohes Qualitätsbewusstsein verfügen.

Das Qualitäts- und Risikomanagement wird weiterhin in der Spital STS AG eine sehr wichtige Rolle einnehmen, sind sie doch ein wichtiger Faktor für den Unternehmenserfolg. Es gilt das bisher hohe Qualitätsniveau auch unter erhöhtem Kostendruck zu halten und in Teilbereichen zu intensivieren, damit auch in Zukunft unsere Patientinnen und Patienten das Vertrauen in unsere Unternehmung haben und damit massgeblich zu unserem Erfolg beitragen.

Das Qualitätsmanagement ist seit 2011 eng in der Geschäftsleitung der Spital STS AG verankert und vereinfachte im Berichtsjahr die Entscheidungsfindung im Bereich der Qualität.

Die Geschäftsleitung der Spital STS AG hat den Qualitätsbericht an ihrer Sitzung vom 24. Mai 2012 genehmigt.