

Klinik Siloah

Klinik Siloah
Worbstrasse 324
3073 Gümligen



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 Spitalern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie.....	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	3
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	3
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	4
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot.....	5
	C1 Angebotsübersicht	5
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	7
D	Qualitätsmessungen	8
	D1 Zufriedenheitsmessungen	8
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	8
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	10
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit.....	11
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	12
	D2 ANQ-Indikatoren	13
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	14
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	15
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	16
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	18
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	20
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	22
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	23
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards.....	23
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte.....	23
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	24
F	Schlusswort und Ausblick	25
G	Anhänge.....	26

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

Die Messungen des ANQ: Endlich vergleichbare Daten und Kontinuität

Seit dem Jahr 2009 publizieren zahlreiche Institutionen des Gesundheitswesens ihre Berichte über die Qualitätsarbeiten und Resultate in einer einheitlichen Form mit dem hier vorliegenden Qualitätsbericht von H+. Der ANQ, der nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, ist zum „Taktgeber“ für diese koordinierten Messungen und Publikationen geworden. Dadurch entstehen Datensammlungen und Resultate die sich national und sogar international vergleichen lassen.

Das Prinzip hat sich bewährt und auch betriebsintern ist eine gewisse Ruhe und Kontinuität im Messwesen eingetreten. Was vor allem wichtig ist: Durch die gleichbleibenden Messthemen erarbeiten sich die Messverantwortlichen Know-how und Routine; ein nicht zu unterschätzender Vorteil, was die Datenqualität anbelangt.

Grosse und kleine Spitäler

Die oben erwähnten Messungen betreffen sowohl Universitätskliniken wie auch ganz kleine Spitäler. Nicht immer machen gewisse Messthemen oder Messverfahren in ganz kleinen Institutionen Sinn. Nicht etwa, weil dort die Qualitätsansprüche anders wären, sondern weil die Fallzahlen oft sehr klein sind und es mehrere Jahre braucht, bis man statistisch gesicherte Aussagen machen kann.

Welche Transparenz ist gefragt?

Die erhobenen Resultate werden seit einiger Zeit sowohl den Gesundheitsdirektionen wie auch den Medien und der Bevölkerung präsentiert. Dabei ist das passiert, was wir Qualitätsbeauftragten eigentlich alle befürchtet haben: Die Zahlen werden unreflektiert übernommen und kommentiert. Bei der Interpretation der Daten zeigen die meisten Journalisten und Politiker, wie wenig sie von der Materie verstehen und es werden Schlüsse gezogen, die in dieser Form gar nicht zulässig sind. In welcher grotesken Situation das ausarten kann, haben wir im Kanton Bern bei der Festlegung der neuen Spitalliste erleben können. Es ist dringend erforderlich, dass die präsentierten Zahlen von unserer Seite entsprechend kommentiert und die Medien und politischen Gremien bei der Interpretation begleitet werden.

Wenig geeignete Messverfahren

Im Jahr 2011 haben die Berner Spitäler im Bereich Hygiene/Dekubitus/Sturz Prävalenzmessungen durchgeführt. Diese Messungen sind bei Qualitätsmanagern in der Regel nicht sehr beliebt, da sie kaum Rückschlüsse auf Prozessfehler zulassen und damit keine Verbesserungsprojekte auslösen. Wie erwartet, konnten die Resultate von den einzelnen Spitälern kaum verwertet werden. Sie zeigen lediglich auf, wie die Schweiz im Verhältnis zum Ausland beispielsweise punkto Infektionen, Häufigkeit von Dekubitus oder Stürzen dasteht. Die Durchführung der Messung bedeutet jedoch für jedes Spital einen erheblichen Aufwand. Es sind Messungen, die um der Wissenschaftlichkeit willen durchgeführt werden und bei denen der Patient nicht unmittelbar davon profitiert.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele**Qualitätsstrategie der Klinik Siloah****Mission:**

Die Klinik Siloah bietet modernste Medizin und optimale pflegerische Betreuung stadtnah und dennoch im Grünen an. Die Klinik und Tagesklinik Siloah ist einer modernen und innovativen Medizin verpflichtet. Unter innovativer Medizin verstehen die Ärztinnen und Ärzte eine medizinische Versorgung, die neben klassischen Methoden auch neue Ideen und Errungenschaften bereithält. Den Patientinnen und Patienten sollen fortschrittliche ärztliche Kenntnisse sowie moderne medizinische Technik zur Verfügung stehen. Deshalb wird im Gümliger Privatspital laufend in die medizinische Infrastruktur investiert, um einerseits neue Erkenntnisse und Methoden zum Wohle des Patienten anwenden zu können und andererseits das Operationsrisiko so weit wie möglich zu minimieren.

Vision:

Trotz erheblicher Veränderungen im Gesundheitssystem in den kommenden Jahren will die Klinik Siloah auch in Zukunft als modern ausgerüstetes Privatspital mit einer fachlichen Spezialisierung und Bildung von Behandlungsschwerpunkten hervorragende Ergebnisse erzielen. Diese Ziele werden laufend überprüft mit Befragungen der Patienten und Kunden, technischen Überprüfungen und internen und externen Audits.

Strategie:

Die Eckpfeiler der Q-Strategie der Klinik Siloah bilden

- eine hohe Patientenzufriedenheit
- eine hohe Patientensicherheit und
- ein hoher Ausbildungsstand unserer Mitarbeitenden.

Als lernende Organisation sind wir in einem Prozess der ständigen Verbesserung unserer Leistungen und der Überprüfung der Resultate.

1.1 Als privates Belegarztspital sind für uns seit jeher zufriedene Patienten und zuweisende Ärzte sehr wichtig. Deshalb führen wir kontinuierlich klinikinterne Patientenumfragen durch, welche uns sehr konkrete Rückmeldungen geben. Die erhaltenen Rückmeldungen helfen uns, Prozesse zu optimieren und die Betreuung der Patienten zu verbessern.

Gemäss den kantonalen Vorgaben messen wir die Patientenzufriedenheit im stationären Bereich regelmässig gemeinsam mit den anderen Spitälern im Kanton Bern und beteiligen uns am Benchmark. Neu werden wir auch Messungen im ambulanten Sektor vornehmen.

1.2 Gut ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind ein wesentliches Qualitätskriterium einer Klinik. Wir betreiben eine regelmässige intensive Aus- und Weiterbildung unseres Personals sowohl in internen wie auch externen Schulungen. Interne und externe Audits überprüfen bereichsweise gewisse Qualitätskriterien.

1.3 Die Klinik Siloah orientiert sich am EFQM-Modell (erstes Selfassessment 1999). Für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Qualität sorgen hausinterne Arbeitsgruppen (Qualitätszirkel) und externe Fachspezialisten.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

2.1 Messung der Zufriedenheit stationärer Patienten

Zum ersten Mal wurde 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Fragen-Set der ANQ durchgeführt. Dieses kleine Set an gezielten Fragen soll zeigen, ob sich Resultate ergeben, die aussagekräftig sind und ob diese Standard-Fragen in andere Befragungsinstrumente eingebaut werden könnten.

2.2 Perioperative Infektionen

Gemeinsam mit den übrigen Spitälern im Kanton Bern und weiteren Schweizer Spitälern führen wir die vom ANQ koordinierte und von Swiss Noso betreute Messung der postoperativen Wundinfektionen (Surgical Site Infection) weiter.

2.3 Ungeplante Rehospitalisation, bzw. ungeplante Reoperation

Ebenfalls gemeinsam mit den übrigen Spitälern im Kanton Bern und weiteren Schweizer Spitälern führen wir die vom ANQ koordinierte Messung der ungeplanten Rehospitalisation, bzw. der ungeplanten Reoperation durch. Die Resultate werden etwas verzögert generiert, da der BFS-Datensatz mitverwendet wird. Zur Zeit lassen sich noch keine gesicherten Aussagen machen.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

3.1 Kontinuität im Qualitätsmanagement

Die für das QM neu eingesetzte diplomierte Pflegende mit Zusatzausbildung an der Berner Fachhochschule Gesundheit (CAS Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen) konnte sich in das Qualitätsmanagement einarbeiten und die Umsetzung der Qualitätsaktivitäten in der Klinik Siloah weiterführen.

Im OP-Bereich ist zurzeit ein Mitarbeiter in einer einjährigen Ausbildung im Qualitätsmanagement. Das wird es uns erleichtern, die hohen Q-Anforderungen im OP-Bereich zu erfüllen.

3.2 Kontinuität in der Ausbildung

Auch im Jahr 2011 wurde Wert auf die interne Weiterbildung gelegt. Fast alle MA konnten in den Themen Brandschutz, Reanimation, Hygiene und Fehlermanagement/CIRS geschult werden. Kontinuität in der Ausbildung sind Voraussetzungen für die Qualitätssicherung und Qualitäts-Weiterentwicklung.

3.2 Kontinuität in den Messungen

Bereits zum zweiten Mal kam das standardisierte Messthemen-Set des ANQ zur Anwendung. Die Messungen „ungeplante Rehospitalisation“, „ungeplante Reoperation“ und „perioperative Infektionsrate“ sowie „Patientenzufriedenheit stationär“ werden von allen Spitälern im Kanton Bern (und zahlreichen anderen Schweizer Spitälern) gemessen. Die Messungen haben sich etabliert, die Messverantwortlichen konnten sich viel Wissen aneignen und die Messabläufe haben sich „eingeschliffen“. Damit steigt die Datenqualität. Leider stehen aus verschiedenen Gründen noch keine aussagekräftigen Resultate zur Verfügung. Die erwähnten Messungen brauchen eine gewisse Vorlaufzeit (1-2 Jahre), damit statistisch signifikante Aussagen gemacht werden können.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Klinik Siloah wird sich aufgrund der aktuellen Entwicklung des Gesundheitswesens im Kanton Bern noch stärker auf ihre erfolgreichen Standbeine konzentrieren. Das wird sich ohne Zweifel auch auf das Qualitätsmanagement auswirken. Erfolgreiche Unternehmen, besonders im Dienstleistungsbereich, werden sich vermehrt nach dem EFQM-Modell ausrichten

Die Empfehlungen der ANQ resp. die Vorgaben des Kantons werden die Mess- und Überwachungstätigkeit im Q-Management bestimmen und Benchmarks mit den anderen Spitalern im Kanton Bern (und ausserhalb) ermöglichen.

Die Klinik Siloah hofft, so auch in Zukunft jederzeit belegen zu können, dass auch ein kleines Spital in der Lage ist, exzellente Leistungen zu erbringen.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Organigramm

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere Organisationsform: <input type="text" value="zusätzlich externe Beratung"/>
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	<input type="text" value="30"/> Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. Heinz Hofstetter	079 284 33 09	hofstetter@riscom.ch	ext. Q-Beauftragter
Heidi Baumgartner	031 958 11 11	heidi.baumgartner@siloah.ch	Q-Beauftragte Pflege

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Spital / Klinik XY
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C1 Angebotsübersicht

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

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)</i>	Gümligen	Belegärzte
☒ Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>	Gümligen	Belegärzte
☒ Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>	Gümligen	Belegärzte
☒ Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)</i>	Gümligen	Belegärzte
☒ Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	Gümligen	Belegärzte
☒ Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>	Gümligen	Belegärzte
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	Gümligen	Belegärzte
☒ Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	Gümligen	Belegärzte
Intensivmedizin		
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Gümligen	Belegärzte
Kinderchirurgie	Gümligen	Belegärzte
Langzeitpflege	Gümligen	Belegärzte
Neurochirurgie	Gümligen	Belegärzte
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>	Gümligen	Belegärzte
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	Gümligen	Belegärzte
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	Gümligen	Belegärzte
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	Gümligen	Belegärzte
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>		
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Gümligen	Belegärzte
Psychiatrie und Psychotherapie		
Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>	Gümligen	Belegärzte
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	Gümligen	Belegärzte

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung		
Ergotherapie		
Ernährungsberatung		
Logopädie		
Neuropsychologie		
Physiotherapie	Gümligen	Physiotherapie Siloah - André Calame
Psychologie		
Psychotherapie		

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelter Patienten,	5599	5195	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	0	keine Geburtshilfe
Anzahl stationär behandelter Patienten,	1652	1530	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	0	0	keine Geburtshilfe
Geleistete Pflage tage	7071	5286	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	33	33	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	4.1	3.6	
Durchschnittliche Bettenbelegung	58.7	48.5	

D

Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	92%	Gesamthaft gesehen erfreulicher Wert. Durchschnittswert für alle Spitäler war 92.4%, tiefster Wert 85%, höchster Wert 98%
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	ANQ Nationale Patientenbefragung 2011	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> PEQ			Institut hcri
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Fragenset mit ausgewählten 5 Stichfragen, die in andere Messinstrumente integriert werden können. Die Fragen betreffen die ärztliche und pflegerische Betreuung und die Frage nach der Spitaltreue.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Austritt zwischen 1.11.2011 und 30.11.2011 - Alter >= 18 Jahre - Stationärer Aufenthalt von mindestens 24 Stunden - Mehrfachhospitalisierte sollen nur einmal befragt werden.		
	Ausschlusskriterien	- Patienten, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen - Verstorbene Patienten (im Spital und nach Spitalaufenthalt – sofern das Spital davon Kenntnis erhält) - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		71		
Rücklauf in Prozenten		64.5	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Qualitätsmanagerin / alternativ: Direktion
Name der Ansprechperson	Frau Heidi Baumgartner / Frau Heidi Howald
Funktion	Qualitätsmanagerin / Direktion
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	031 958 11 11
Bemerkungen	

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

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		Begründung: noch kein geeignetes Messinstrument evaluiert.
<input type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

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

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.	Begründung: Die MA-Zufriedenheit soll demnächst koordiniert im ganzen Kanton mit einheitlichem Messinstrument gemessen werden.
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.	
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung		
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument	
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument	
	Beschreibung des Instrumentes	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

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

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.	Begründung: Messung vorgesehen 2013	
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fach-bereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung		
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument	
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument	
	Beschreibung des Instrumentes	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

D2 ANQ-Indikatoren

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

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

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

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

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

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

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ¹		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

¹ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

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

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse				
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.				
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²			
Verbesserungsaktivitäten				
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)	

² Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Hernieoperation	79	0	0% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	70	0	0% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen	36	0	0% ()	% ()

³ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Aufgrund der noch geringen Fallzahlen verzichten wir zur Zeit noch auf eine detaillierte Auswertung, bis statistisch signifikante Ergebnisse erzielt werden können. Bis zum Auswertungszeitpunkt hat sich noch kein gesicherter Infektionsfall ereignet.

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

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

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

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten⁴, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

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

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

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

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
In Prozent:	Bis zur Berichtsverfassung liegen noch keine aussagekräftigen Resultate vor.
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

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

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

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzenerhebung 2011 ausgeschlossen.

Dekubitus (Wundliegen)

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

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

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
	In Prozent		In Prozent:	Zur Zeit liegen noch keine analysierten und aussagekräftigen Resultate vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent	
Bemerkung				
Verbesserungsaktivitäten				
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)	

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

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.2 (9.3)	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.1 (9.1)	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.5 (9.2)	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.0 (9.1)	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.2 (9.5)	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Bemerkungen		
Die Resultate der Frage 5 werden hausintern und interdisziplinär zu diskutieren sein.		

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut

hcri AG

MECON measure & consult GmbH

Dezentrales Messinstitut

hcri AG

ESOPE

MECON measure & consult GmbH

NPO PLUS

Stevemarco sagl

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	110		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	71	Rücklauf in Prozent	64.5
Bemerkung	Es handelt sich um einen überdurchschnittlich guten Rücklauf. Mittelwert aller Spitäler war 51.6%		

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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

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	B	
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	B	
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	B	
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 ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C 2012	
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	B	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	B	
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	B	
Überregionale Krebs-register	B:Name der Fachgesellschaft	B	
Bemerkung			

⁵ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

E

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen

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, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Schulung aller Mitarbeitenden in Brandschutzmassnahmen in Theorie und Praxis	Mindestens 80% der Belegschaft soll über ein Grundwissen und Praxiskenntnisse im Brandschutz verfügen	ganzer Betrieb	laufend
Schulung aller Mitarbeitenden in Reanimationsmassnahmen in Theorie und Praxis	Mindestens 90% der Belegschaft soll über ein Grundwissen und Praxiskenntnisse in den Reanimationsverfahren verfügen.	ganzer Betrieb	laufend
Messung und Auswertung der nosokomialen Infekte mit der Messung von SwissNoso (Start Juni 2009)	Laufend Erkenntnisse gewinnen über den Stand der Infektionshäufigkeit und die gefährdeten Patientengruppen. Ergreifen von Massnahmen in Zusammenarbeit mit der externen Beraterin für Hygienefragen.	ganzer Betrieb Pflege	laufend
Schulung Pflege und Paramedizin im Umgang mit Fehlern und dem Meldesystem CIRS	weiterer Ausbau der Aktivitäten rund um das Fehlermeldesystem CIRS. Auswertung der bisherigen Meldungen und ev. Einspeisung ins Schweizer CIRRNET.	ganzer Betrieb	laufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel		
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung		
Projekttablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
Involvierte Berufsgruppen		
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

Im Jahr 2011 wurden die Messvorgaben des ANQ, die für die Spitäler des Kantons Bern verbindlich sind, weitergeführt. Es wurde gesamtschweizerisch kontinuierlich und koordiniert gemessen.

Wir sind weiterhin gespannt auf die Messresultate. Zahlreiche Resultate sind jedoch aus Gründen des Messverfahrens noch ausstehend. Dies schlägt sich auch in den (fehlenden) Resultaten dieses Q-Berichtes nieder.

Als kleines Spital müssen wir unsere Kräfte bündeln und für die wichtigen Qualitätsmessungen reservieren. Es bleibt daher wenig Spielraum für „grosse Qualitätsprojekte“.

Im Jahre 2011 haben wir wiederum die Zufriedenheit im stationären Bereich gemessen, koordiniert und gemeinsam mit den übrigen Spitälern im Kanton Bern und weiteren, dem ANQ angeschlossenen Spitälern. Es kam erstmals ein Set von Kernfragen zur Anwendung, dessen Aussagekraft sich in den kommenden Jahren zeigen wird.

Es bleibt zu hoffen, dass künftig Resultate zur Verfügung stehen werden, die über das Schweizerische Gesundheitswesen gewisse Aussagen zulassen.

Nach den Umwälzungen im Gesundheitswesen des Kantons Bern und der Vergabe der neuen Leistungsaufträge wird sich zeigen, in welcher Art und mit welchen Qualitätsansprüchen kleine Spitäler in Zukunft ihre Leistung erbringen werden.

G Anhänge