

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Version 7.0



Klinik Siloah Aerzte AG Worbstrasse 324 3073 Gümligen www.siloah.ch

Freigabe am: 06.04.2014

durch: Mattmann Thomas, Geschäftführer

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

Impressum

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

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

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

Zielpublikum

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

Bezeichnungen

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

Inhaltsverzeichnis

Α	Einleitung	1
В	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013	3
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
С	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
C1	Angebotsübersicht	5
C2	Kennzahlen 2013	7
D	Zufriedenheitsmessungen	7
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	
D2	Angehörigenzufriedenheit	9
D3	Mitarbeiterzufriedenheit	9
D4	Zuweiserzufriedenheit	
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	10
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	12
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso	
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik	
E1-6	Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik	
E1-7	SIRIS Implantatregister	
G	Registerübersicht	
Н	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	21
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	
l	Schlusswort und Ausblick	22



Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

der vor Ihnen liegende Bericht stellt die medizinischen Leistungen der Klinik Siloah Ärzte AG dar und er enthält keine betriebswirtschaftlichen Daten.

Der Bund und die Kantone haben enge Vorgaben zur Gestaltung dieses Berichtes vorgegeben. Deshalb bitten wir Sie um Verständniss sollten die dargestellten Inhalte und deren Anordnung ungewöhnlich erscheinen.

Dafür aber wird Ihnen der Vergleich mit anderen Leistungserbringern erleichtert, weil Sie die entsprechenden Informationen im gleichen Verzeichniss finden können.

Wir, in der Klinik Siloah Ärzte AG, einem Privatspital am Rande der Gemeinde Gümligen Muri, setzen sowohl in der Klinik als auch in der Tagesklinik alles daran dass das Spital, auch bei steigender Komplexität des Behandlungsgeschehens alle relevanten Vorkehrungen trifft damit der beabsichtigte Behandlungserfolg für unsere Patienten, unabhängig von der wirtschaftlichen Situation mit allen verfügbaren Mitteln der modernen Medizin, eintreten wird.

Durch die hohe Kompetenz unserer Mitarbeiter können wir beste Qualität in Diagnostik Therapie und Pflege anbieten. Die Patienten die uns aufsuchen werden unkompliziert und kompetent unter aktuellen medizinischen Erkenntnissen beraten, behandelt und gepflegt.

Um dieses Bestreben zu unterfangen haben wir im Jahr 2013 ausserhalb der bereits bestehenden Klinik einen Neubau begonnen, in deren Untergeschoss eine moderne Patientenaufnahme und im Obergeschoss eine neue Bettenstation für die Klinik vorgesehen ist. Hier können wir, nach deren Fertigstellung, unseren Patienten modernste und zeitgemässe Hotelerie gepaart mit der für die Klinik schon bekannten guten Qualität in Pflege, Behandlung und Therapie anbieten können.



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

- □ strukturierte Arbeitsabläufe
- □ 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). Für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Qualität sorgen hausinterne Arbeitsgruppen (Qualitätskommission, Qualitätszirkel, Projektgruppen, Risikomanagement, IKS) und externe Fachspezialisten.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

- Erarbeiten einer Patienten-Transfer-Checkliste
- Etablieren der Qualitätskommission
- Reanimieren der Cirs-Kultur, einsetzen einer Cirs-Kommission
- Projektgruppe Patientenpfade
- Abschluss der Q-Manager Ausbildung des Q-Beauftragten

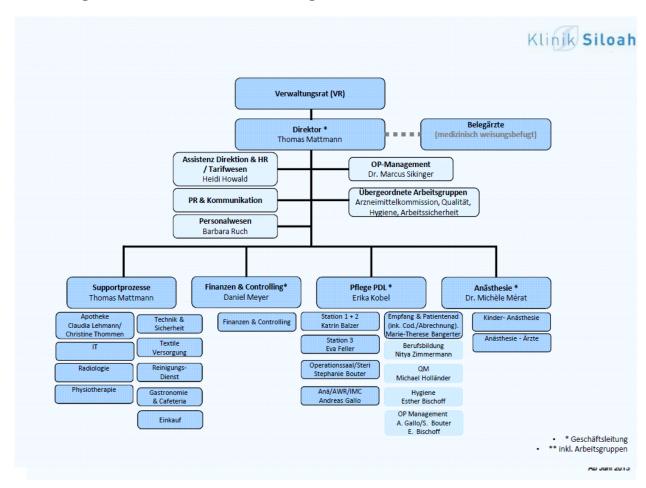
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

- Einführung einer allgemeinverbindlichen Einarbeitungscheckliste für neue Mitarbeiter
- Erfolgreiche Durchführung der vorgeschriebenen Qualitätsmessungen mit dem ANQ
- Aktion "saubere Hände"
- Qualifizieren von Mitarbeitern
- Einführen eines Akut Schmerzdienstes

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Weitere Stärkung von Fähigkeiten und Strukturen
- Aufbau eines Beschwerdemanagements
- Restrukturierung des Fehlermanagements der Klinik

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.				
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		60%	Stellenprozente zur Verfügung.		

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Holländer Michael	031 958 12 06	michael.hollaender@siloah.ch	QM Beauftragter
Kobel Erika	031 958 12 22	erika.kobel@siloah.ch	PDL, M.d.GL
Dr. med. Hofstetter H.	079 284 33 09		Ext. Beratung Swissnoso



Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

L	ını	k 1	m	S)
_	ш			ч

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: $\underline{\text{www.spitalinformation.ch}} \rightarrow \text{Spitalsuche} \rightarrow \text{Regionale Suche} \rightarrow \text{Klinik Siloah} \rightarrow \text{Kapitel "Leistungen"}$.

Spit	Spitalgruppe					
	Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit	und folgendem Angebot:				
	folgenden Standorten:	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Langzeitpflege	
	Gümligen					

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	Gümligen	Belegärzte
Allgemeine Chirurgie	Gümligen	Belegärzte
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensiv- medizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Gümligen	Klinikärzte (Fachärzte Anästhesie, Kinderanästhesie, Schmerztherapie und Intensivmedizin)
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechts- krankheiten)	Gümligen	Belegärzte
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Gümligen	Belegärzte
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		
Handchirurgie	Gümligen	Belegärzte
Herzgefässchirurgie		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Gümligen	Belegärzte
Angiologie ⊠ (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	Gümligen	Belegärzte
Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Gümligen	Belegärzte
Gastroenterologie ☑ (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Gümligen	Belegärzte
☐ Geriatrie (Altersheilkunde)	Gümligen	Belegärzte

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs-
(2. Seite)		netz (mit anderen Spitälern /
		Institutionen, Belegärzten etc.)

		_	
	Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph- systems)	Gümligen	Belegärzte
	Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	Gümligen	Belegärzte
	Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Gümligen	Belegärzte
	Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)	Gümligen	Belegärzte
	Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Gümligen	Belegärzte
	Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Gümligen	Belegärzte
	Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Gümligen	Belegärzte
	Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe)	Gümligen	Belegärzte
Inter	nsivmedizin		
Kiefe	er- und Gesichtschirurgie	Gümligen	Belegärzte
Kind	erchirurgie	Gümligen	Belegärzte
Lang	zeitpflege		
Neu	ochirurgie	Gümligen	Belegärzte
(Beł	rologie nandlung von Erkrankungen des Nerven- nems)	Gümligen	Belegärzte
	thalmologie venheilkunde)	Gümligen	Belegärzte
	opädie und Traumatologie ochen- und Unfallchirurgie)	Gümligen	Belegärzte
	Rhino-Laryngologie ORL s-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Gümligen	Belegärzte
Pädi (Kin	atrie derheilkunde)		
Plas	tisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Gümligen	Belegärzte
	ogie andlung von Erkrankungen der ableitenden awege und der männlichen Geschlechtsorgane)	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	Gümligen	Ambulatorium für stationäre Patienten
Ergotherapie	Gümligen	Praxis Ergo aktiv
Ernährungsberatung	Gümligen	Stiftung Siloah
Logopädie	Gümligen	Praxis Ergo aktiv
Physiotherapie	Gümligen	Physiotherapie Calame
Psychologie	Gümligen	Stiftung Siloah / Dr. M. Welchli

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

ennzahlen	Werte 2013	Werte 2012
nzahl ambulant behandelter Patienten,	6053	6325
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener	0	0
Anzahl stationär behandelter Patienten,	1519	1501
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	0	0
Geleistete Pflegetage	7086	5389
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	33	33
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	4.66	3,66
Durchschnittliche Bettenbelegung	58,8%	57,1%



Zufriedenheitsmessungen

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

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird	Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?								
	Nein, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht.								
	Begründung	Begründung Siehe ANQ Messung							
	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.								
	☐ Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.								
	Die letzte Messung erfo	olgte im Jahr:	2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014				

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?									
	Im ganzen Betrieb an allen Standorte		r →		nur an folg andorten:				
	Fachbereichen / Abteilungen, Klir		nur in folg niken / Fa teilungen	achbereiche	n /				
Messe	Messergebnisse der letzten Befragung								
			Zufried	lenheits-\	Vert	Wertung o	der Ergebnisse /	Bemerkungen	
Gesar	nter Betrieb								
Resul	tate pro Bereich		Zufried	lenheits-\	Nert	Wertung o	der Ergebnisse /	Bemerkungen	
	Die Ergebnisse w								
	Die Auswertung is						keine Ergebnisse	e vor.	
Ш	Der Betrieb verzie	chtet a	uf die Pi	ublikation	der Erge	ebnisse.			
	Begründung	icee wa	rdon mit	ionon voi	andoron	Cnitäloro v	erglishen (Panal	hmark)	
	Die Messergebn i	isse we	eraen mii	. jenen voi	i anderer	i Spitaletti v	ergiichen (Benci	illiaik).	
Inforn	nationen für das Fa	chpub	likum: E	ingesetz	tes Mess	instrument	bei der letzten l	Befragung	
	Mecon			externes		trument	I		
	Picker PEQ	Name	e des ments	ANQ na Patiente			Name des Messinstituts	HCRI	
	MüPF(-27)	i i i o i o	monto	1 dilonio	moonaga	g 2010	Modernomate		
	POC(-18)								
	PZ Benchmark								
Rosch	Eigenes, internes		nent		ögen mit Fragenset ählte Stichfragen zu ärztlichen , pflegerischen und administrativen				
Descri	reibung des mstrum	ents			gen sowie zur Hotellerie getrennt in ambulantes und stationäres				
Inforn	nationen für das Fa	chpub	likum: <i>A</i>	\ngaben z	zum unte	rsuchten K	ollektiv		
		Ein	schlussk	riterien	Stationäre und tagesstationäre und ambulante Patienten sowie Elternbefragung in der Kinderchirurgie				
		Aus	sschluss	kriterien	ambulante Augenpatienten				
Anzah	ıl vollständige und va	alide Fr	ageboge	en	851				
Rückla	auf in Prozent				32.1	Erir	nnerungsschreibe	n? 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								
	Bezeichnung der								
	Name der Anspre		on		Kobel E	 :rika			
	Funktion	•			PDL, St	v. GL			
	Erreichbarkeit (Te	lefon, E	-Mail, Z	eiten)	031 958	3 12 22; <u>erik</u>	a.kobel@siloah.c	<u>h</u>	
	Bemerkungen								

D2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?						
\boxtimes	Nein, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht.					
	Begründung	Messung in den Folgejahren angedacht				

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wirc	Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?						
	Nein, unser Betrieb mis	Nein, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht.					
	Begründung	Wir erwarten eine koordinierte Messung im gesamten Kanton mit gleichen validierten Messinstrumenten					

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?						
\boxtimes	Nein, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht.					
	Begründung					



Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

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

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

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung					
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen		Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:			
und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Ja	Nein	Dispens		
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	\boxtimes				
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	\boxtimes				
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swissnoso	\boxtimes				
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	\boxtimes				
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	\boxtimes				
Patientenzufriedenheit					
SIRIS Implantat-Register	\boxtimes				
Kinderspezifischer Messplan					
Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien					
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ					
Nationale Elternbefragung					
Bemerkung					

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

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

Mit der Methode SQLape^{®1} wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

An we	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?						
	Im ganzen Betr an allen Stando		nur an folgenden Standorten:				
	In allen Kliniker Fachbereichen	n / / Abteilungen, oder →			den Kliniken / n / Abteilungen:		
Aktuel	lle Auswertungs	sergebnisse mit den Da	ten aus de	m Jahr:			2011
Beoba	chtete Rate		Erwartet	e Rate	Vertrauensinter		Ergebnis ²
Intern		Extern			der erwarteten Rate (CI = 95%)		A, B oder C
0.83		1.1	2.63				A
Wertu	ng der Ergebnis	sse / Bemerkungen					
\boxtimes	Die Auswertung	g 2013 mit den Daten 20	12 ist nicht	abgeschlo	ssen.		
	Der Betrieb ver	rzichtet auf die Publikat	ion der Erg	gebnisse.			
·	Begründung						
Inform	ationen für das	Fachpublikum					
Auswe	rtungsinstanz	Bundesamt für Sta	atistik BFS ³				
Inform	ationen für das	Fachpublikum: Angab	en zum un	tersuchten	Kollektiv		
		Einschlusskriterie		Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)			
	ntheit der zu uchenden Patien	ten Ausschlusskriterie			nten, gesunde Ne und Patienten mit		ene, in andere Spitäler sitz im Ausland.
Anzahl	l auswertbare Au	stritte	1187				
Bemerkung							
Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten							
Titel		Ziel		Bereich		Lauf	zeit (von bis)

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

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

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

³ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape[®] wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Weiterführende Informationen: www.ang.ch und www.sglape.com

An welch	en Standorten / ir	n welchen Bereichen v	wurde d	ie Auswertung gemacht?		
_	n ganzen Betrieb / n allen Standorten,			ur an folgenden andorten:		
	allen Kliniken / achbereichen / Abt	eilungen, oder →		ur in folgenden Kliniken / chbereichen / Abteilungen:		
Aktuelle /	Auswertungserge	bnisse mit den Daten	aus dei	m Jahr:	2011	
Beobachtete Rate Erwartete Rate			Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)		Ergebnis ⁴ A, B oder C	
2.81		1.58			С	
Wertung	der Ergebnisse /	Bemerkungen				
⊠ D	ie Auswertung 201	3 mit den Daten 2012 is	st nicht	abgeschlossen.		
□ D	er Betrieb verzich t	tet auf die Publikation	der Erg	ebnisse.		
В	egründung					
lufa ati						
informati	onen für das Facl		-			
Auswertur	ngsinstanz	Bundesamt für Statist	ik BFS°			
Weiterfüh	rende Informatio	nen: Angaben zum un	ntersuch	nten Kollektiv		
Gesamthe		Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)			
untersuch	enden Patienten	Ausschlusskriterien	_	ngriffe mit diagnostischem Ziel B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).		
Anzahl au	swertbare Operation	onen	1568			
Bemerkur	ıg					
D						
	nsmassnanmen	und / oder Verbesseru	ıngsaktı			
Titel		Ziel		Bereich	Laufzeit (von bis)	

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

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

⁵ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso

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

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

Swissnoso führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

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

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

Informationen für das Fachpublikum							
Auswertungsinstanz Swissnoso							
An welchen Standorten / in	velchen Bereiche	en wurde die Mes	sung durchgef	ührt?			
	er →	nur an fo	lgenden Standor	rten:			
☐ In allen Kliniken / ☐nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder → ☐ Fachbereichen / Abteilungen:							
Ergebnisse der Messperiode	: 01.06.09 – 30.0	9.12			Vorjahreswerte		
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions- messungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest- gestellter Wund- infektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauens- intervall ⁶ CI = 95%	Infektionsrate %		
☐ Gallenblase-Entfernunger			%		%()		
☐ Blinddarm-Entfernungen			%		%()		
	72	1	1.39 %	0.2-9.2	0%		
☐ Dickdarm (Colon)			%		%()		
☐ Kaiserschnitt (Sectio)			%		%()		
Magenbypassoperationer (optional)			%		%()		
Rektumoperationen (optional)			%		%()		
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen							
☐ Der Betrieb verzichtet	☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.						
Begründung							

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

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012							
an d mes	er Betrieb beteiligte si len Wundinfektions- sungen nach folgende rationen:	beurteilte	Anzahl fest- gestellter Wund- infektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauens- intervall ⁷ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauens- intervall CI = 95%)	
	Herzchirurgie					%()	
	Erstimplantationen vor Hüftgelenksprothesen	n 64	2	3.13 %	0.6-9	% ()	
	Erstimplantationen vor Kniegelenksprothesen		2	5.41 %	1.4-26	% ()	
Wer	tung der Ergebnisse						
Geri	nge Fallzahlen lassen d	en Wert Infektionsrate	schon bei 2 Infekt	ionen sehr hoch	erscheinen		
	Der Betrieb verzichtet	auf die Publikation d	ler Ergebnisse.				
	Begründung						
Info	rmationen für das Facl	hpublikum: Angaben	zum untersuchte	n Kollektiv			
		Einschlusskriterien Erwachsene	antananahan dan Onanatianan (aiaha Tahallan mit dan Masa				
	amtheit der zu rsuchenden Patienten	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	entsprechender	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.			

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

Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

Ausschlusskriterien

Qualitätsbericht 2013 Klinik Siloah Aerzte AG

Bemerkung

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

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁸ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum				
Messinstitution	Berner Fachhochschule			

Stürze

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

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

An we	An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?							
	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder →			nur an folgenden Standorten:				
					ur in folgenden Kliniken / hbereichen / Abteilungen:			
Deskri	iptive Mess	ergebnisse 2013						
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.				sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁹			
1		In Prozent		5 %	Bei der geringen Anzahl von Patienten (20 Teilnehmer) ergibt ein Sturz während des Spitalaufenthaltes diesen hohen Prozentwert			
	Der Betriel	o verzichtet auf die F	ublikation der	Ergebr	isse.			
Begründung								

Informationen für da	Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu	Einschlusskriterien	mediate of auf freiwill - Vorhande	Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, Intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.			
untersuchenden Patienten	Ausschlusskriterien	 Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorli Säuglinge der Wochenbettstation, Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 		ändnis vorliegt,		
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		20	Anteil in Prozent (Antwortrate)	80%		
Bemerkung						

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

⁸ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.
⁹ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von bis)
Überarbeiten des Standards "Sturz"	Bessere Prävention	Gesamte Klinik ausser Administration	laufend

Dekubitus (Wundliegen)

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

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?						
Im ganzen Betrieb /						
		•				
ptive Messe	rgebnisse 2013	Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent			
itus-	Total: Kategorie 1 - 4	1	5 %			
enz	ohne Kategorie 1	1	5 %			
enz nach hungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	1	5 %			
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	1	5 %			
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	0	0 %			
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0 %			
	Im ganzen an allen Sta In allen Klin Fachbereic ptive Messe itus- enz enz nach	Im ganzen Betrieb /nu an allen Standorten, oder → In allen Kliniken /nu Fachbereichen / Abteilungen, oder → Fac ptive Messergebnisse 2013 itus- enz Total: Kategorie 1 - 4 ohne Kategorie 1 enz nach hungsort Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1 Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1 In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1 In einer anderen Institution	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder → In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder → In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder → In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: In allen Kliniken / In allen Klin			

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-	Total: Kategorie 1 - 4	0	0 %
prävalenz	ohne Kategorie 1	0	0 %
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0 %
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0 %
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	0	0 %
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0 %

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Solche	Solche Messungen werden von Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. das während der Messung anwesende					
	Patientenklientel, saisonale Schwankungen und Messfehler. Bei der geringen Anzahl von Patienten (20 Teilnehmer) ergibt ein Dekubitus während des Spitalaufenthaltes diesen hohen Prozentwert.					
	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
	Begründung					

Informationen für d	as Fachpublikum: Angaber	n zum untersucht	ten Kollektiv	
	Einschlusskriterien Erwachsene	mediate care freiwilliger Bare Vorhandene	re Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intens e), Patienten zwischen 16 und 18 Ja asis in die Messung eingeschlosser mündliche Einverständniserklärung igen oder der gesetzliche Vertretun	ahre konnten auf n werden. g des Patienten,
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	 Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung 		
	Ausschlusskriterien	 Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 		
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		20	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	80 %
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche		2	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	100 %
Bemerkung				

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten					
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von bis)		
Überarbeitung Pflegestandard Dekubitus und Schulung von Mitarbeitern	Vermeiden von Dekubitalgeschwüren	Gesamte Klinik ausser Administration	laufend		

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

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

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

An we	ichen Standorte	en / in weichen Bereichen	wurae	e die letzte Berragu	ng aurcngerunrt	ſ	
	Im ganzen Bet an allen Stand	rieb / orten, oder →		nur an folgender	n Standorten:		
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder →			nur in folgenden Fachbereichen / A				
Aktuel	Aktuelle Messergebnisse						
Gesam	nter Betrieb			Zufriedenheits- Wert (Mittelwert)	Vertrauens- intervall ¹⁰ CI=95%	Wertung der Ergebnisse	
	n Sie für dieselbe kommen?	e Behandlung wieder in dies	es	9.09	8.48-9.70	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall	
	urteilen Sie die (n haben?	Qualität der Behandlung, die	Sie	9.05	8.56-9.53	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?			9.27	8.72-9.82	0 = nie 10 = immer		
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?				9.37	8.93-9.81	0 = nie 10 = immer	
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?				9.6	9.25-9.96	0 = nie 10 = immer	
Bemer	kungen						
		rzichtet auf die Publikation o	der Er	gebnisse.			
	Begründung						
Inform	ationen für das	Fachpublikum					
Auswe	rtungsinstanz	hcri AG und MECON mea	sure 8	consult GmbH			
Inform	ationen für das	Fachpublikum: Angaben	zum u	ıntersuchten Kollel	ktiv		
Gesam	ntheit der zu	Einschlusskriterien		ie Befragung wurde n September 2013 d		(≥ 18 Jahre) versendet, die n haben.	
untersuchenden Patienten Ausschlusskriterien			-				
Anzahl	angeschriebene	Patienten	88	8			
Anzahl eingetroffener Fragenbogen			4:	3	Rücklauf in Prozei	nt 48.86 %	

1

Bemerkung

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

E1-6 Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik

Auch im Kinderbereich ist die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität ein wichtiger Qualitätsindikator. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern um diese Beurteilung gebeten. Dazu wurden die fünf Fragen des ANQ-Kurzfragebogen auf die Perspektive der Eltern angepasst.

An wei	chen Standorte	en / in weichen Bereichen wu	rde die letzte Berragu	ing aurcngerunrt	ſ		
	Im ganzen Bet an allen Stand	rieb / □ orten, oder →	nur an folgende	n Standorten:			
☐ In allen Kliniken / ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		nur in folgender Fachbereichen / <i>F</i>					
Messe	Messergebnisse 2013						
Gesam	nter Betrieb		Zufriedenheits- Wert (Mittelwert)	Vertrauens- intervall ¹¹ CI = 95%	Wertung der Ergebnisse		
	n Sie dieses Spi Familie weitere	tal in Ihrem Freundeskreis und mpfehlen?	8.26	7.09-10.00	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall		
	urteilen Sie die 0 halten hat?	Qualität der Betreuung, die Ihr	8.22	6.93-9.52	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet		
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?				7.98-10.00	0 = nie 10 = immer		
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ih Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?			hr 8.44	7.03-9.85	0 = nie 10 = immer		
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?			8.78	7.43-10.00	0 = nie 10 = immer		
Bemer	kungen						
	Der Betrieb ve	rzichtet auf die Publikation der	Ergebnisse.				
	Begründung						
Inform	ationen für das	Fachpublikum					
Auswei	rtungsinstanz	hcri AG und MECON measu	re & consult GmbH				
Inform	ationen für das	Fachpublikum: Angaben zu	m untersuchten Kolle	ktiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden		Einschlusskriterien			Patienten (unter 16 Jahre) Spital verlassen haben.		
		Ausschlusskriterien	 Im Spital verstorbene Patienten Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 				
Anzahl	angeschriebene	e Eltern	20				
Anzahl eingetroffener Fragenbogen			9	Rücklauf in Prozei	nt 45 %		

Bemerkung

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

E1-7 SIRIS Implantatregister

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?					
	Im ganzen Bet an allen Stand	rieb / orten, oder →		nur an folgenden Standorten:	
	In allen Klinike Fachbereicher	n / n / Abteilungen, oder →		nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messe	Messergebnisse				
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlich: www.anq.ch					
Bemer	Bemerkung				
Informa	ationen für das	Fachpublikum: Angaben z	zum u	ntersuchten Kollektiv	
untersu	theit der zu schenden	Einschlusskriterien	Al	le Patienten ab 18 Jahren mit Hüft un	d Knieimplantate
Patiente	Patienten Ausschlusskriterien Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben				
Bemerk	Bemerkung				
Informa	ationen für das	Fachpublikum			
Auswer	swertungsinstanz Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO)				



Registerübersicht

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

Nimmt der Betrieb an Registern teil?				
	Nein, unser Be	etrieb nimmt an keinen Registern teil.		
	Begründung			
\boxtimes	Ja, unser Betri	ieb nimmt an folgenden Registern teil.		

Registerübersicht ¹²						
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten		
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2009	Gümligen		

Klinik Siloah Aerzte AG

¹² Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm
Qualitätsbericht 2013
V7.0
Seite 20



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter <u>www.spitalinformation.ch</u> zu finden.

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von bis)
Schulung aller Mitarbeiter in Brandschutzmassnahmen in Theorie und Praxis	Mindestens 80% der Mitarbeitenden soll über ein Grundwissen und Grundfähigkeiten im Brandschutz verfügen	Ganzer Betrieb	laufend
Schulung aller Mitarbeiter in Wiederbelebungsmassnahmen nach den aktuellen Richtlinien	Mindestens 90% der Mitarbeiter soll über ein Basiswissen und Praxiskenntnisse in Reanimationsmassnahmen verfügen	Ganzer Betrieb	laufend
Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Blutprodukten	Mindestens 90% der Mitarbeiter soll über den Umgang, die Lagerung und Zwischenfälle im Zusammenhang mit Blutprodukten geschult sein.	Klinikärzte, Pflege	laufend
Messung und Auswertung von nosokomialen Infekten mit der Messung von Swiss Noso	Laufend Erkenntnisse gewinnen und ergreifen von Massnahmen in Zusammenarbeit mit der externen Hygieneberatung	Ganzer Betrieb	laufend
Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit dem Meldesystem CIRS	Ausweitung der Aktivitäten rund um das Fehlermeldesystem CIRS, Auswertung der Meldungen durch eine Expertengruppe	Ganzer Betrieb	laufend

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?				
	Nein, unser Be	unser Betrieb hat kein CIRS?		
	Begründung			
\boxtimes	Ja , unser Betr	trieb hat ein CIRS eingeführt.		
		Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.		
	Bemerkung			

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	Patienten Transfer Checkliste		
Bereich		externes Projekt (z.B. mit Kanton)	
Projektziel	Förderung der Patientensicherheit durch: • Professionelle Kommuinikation und strukturierte Informationsübermittlung • Fehlerreduktion durch systematisches "Doppel-Checken" (mindestens Vieraugenprinzip) prozessrelevanter Gegebenheiten		
Beschreibung	Patientensicherheits-Checklisten sind in vielen Ländern vorgeschriebener Standard. In der Schweiz bemühen sich die Stiftung für Patientensicherheit zusammen mit der FMH solche Checklisten einzuführen, die SGAR fordert sie sogar für die Anästhesieabteilungen.		
Projektablauf / Methodik	 Zusammenstellen einer Arbeitsgruppe aus allen betroffenen Bereichen Erstellen einer Patiententransfer-Checkliste aus verschiedenen Vorlagen und nach den Bedürfnissen der Klinik Vorstellen der Checkliste bei den Abteilungsleitungen Prüfung der Items auf Anwendbarkeit in einer Pilotphase von 4 Wochen Revision der Items nach der Pilotphase Verbindliche (100% Compliance) Einführung der Checkliste als erstes Modul einer den ganzen Operationsprozess begleitenden Patientensicherheitscheckliste 		
Einsatzgebiet	 ☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☑ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb. ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? 		
Involvierte Berufsgruppen	Àrzte, Pflege, Bettendispo		
Projektevaluation / Konsequenzen	Wird noch Evaluiert/ laufende Verbesserungen bei der OP-Vorbereitung und ständige Verbesserungen für die Patientensicherheit		
Weiterführende Unterlagen			



Schlusswort und Ausblick

Auch 2013 wurden alle Messvorgaben des ANQ, dieses Jahr erstmals ergänzt durch die kinderspezifische Prävalenzmessung "Dekubitus" und die nationale Elternbefragung weitergeführt.

Diesbezüglich bleibt zu hoffen, dass die Auswertungsverfahren für alle Messungen so beschleunigt werden, damit die Kliniken die Resultate zeitnah verwerten und daraufhin zielgerichtete Massnahmen einleiten können.

Die laufenden Veränderungen und Umwälzungen im Gesundheitssystem des Kanton Bern, mit veränderten Vorgaben und neuen Leistungsaufträgen, werden auch in Zukunft die Qualitätsansprüche der Klinik Siloah mitbestimmen und damit eine hohe Flexibilität und Aufmerksamkeit der Qualitätsgremien erforderlich machen

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben: H+ Die Spitäler der Schweiz Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet patientensicherheit/qualitaetsbericht









Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik _fkqa



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



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

Siehe auch: www.anq.ch



Die Voldage fürder Qualitätte eich het litzte isie hauf die Einpfte Nagen, Eine baug, Analyse und Veröffe til baug vor Datterüße die medizirisie be Behandlungs- qBelität (das Gehandlungs- qBelität (das Gehandlu